



บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการเรียนรู้ชนิดของทักษะทางสังคมจากบอร์ดเกมต่อความสามารถในการแสดงทักษะ
ที่ได้เรียนรู้ไปโดยไม่หยุดหยัดในนักเรียนออทิสซึมสเปกตรัมที่ศูนย์วิจัยออทิสติก มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปิยะวรรณ ศรีสุรศักดิ์, นิษฏาเนตร กาสีชา, กรวรรณ โหม่งพุด, สุชาติ พหลภาคย์

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในช่วงการระบาดของโรคโควิด -19 ของเด็กและวัยรุ่น
ออทิสซึมสเปกตรัม

วิริษา จุลเสน, ทิฆัมพร หอสิริ, นภัทร สิกธาโนมัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำกับอารมณ์ของเด็ก สุขภาวะทางจิตของเด็ก และสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตร
ของผู้ปกครองในเด็กประดุมวัยในกรุงเทพมหานคร

พิมพ์ประพันธ์ อุไรกุล, ปรีชวัน จันทรศิริ, จิรดา ประสาทพรศิริโชค

ความสัมพันธ์ระหว่างการตัดการใช้โทรศัพท์มือถือและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

สุภาภัก วัลย์หล้า, ศิริวรรณ ปิยะวัฒน์เมธา, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวก
ของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

กัญชมน สีหะปัญญา, ชูชาติ วงศ์อนุชิต

การทำงานของครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคทางกายที่ไม่เรื้อรัง
ณิชา จันทรประเสริฐ, นิดา ลิมสุวรรณ

ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว ฉบับภาษาไทย

ธนาพร แสงพวงคานนท์, ธนารุจน์ บุรณสุขสกุล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค

ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี

หทัยรัตน์ คุณิย์พันธุ์, เอ็มน์สรี มินทราศักดิ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019

ศีพัตินา สุวรรณเกิด, พิชรินทร์ เสรี, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติในคนไข้ภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย

นวรรณ ราชาดัน, กานต์ จำรูญโรจน์, ดาวชมพู นาคะวิโร

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ่อนล่งพุงในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ณัฐยา ชาติเชื้อ, วิศิธา นวลละออง, มุกิตา พนาสทิติย์

ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในระบบ 6 เดือน ของผู้บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ในคลินิกเมทาโดน ณ โรงพยาบาล
ประจวบคีรีขันธ์

วิญญู จินะณรงค์, ปวรุฒม์ พวงศรี

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์

President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ เธียรโมกข์

Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปราณี เมื่อน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Mounnoi, M.D.

ปฏิคม

พ.อ.พลังสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsana 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 วรณฤทธิ

Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

Registrar

Ft.Lt.Piyawat Dendumrongkul, M.D.

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปรากฏ ทยยางกูร

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

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 Limsirratana, 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 Suwana 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 ศุภสิทธิ์อำรง
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 2

เมษายน - มิถุนายน 2567

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการเรียนรู้ชนิดของทักษะทางสังคมจากบอร์ดเกมต่อความสามารถในการแสดงทักษะ ที่ได้เรียนรู้ไปโดยไม่หยุดคิดในนักเรียนออทิสซึมสเปกตรัมที่ศูนย์วิจัยออทิสติก มหาวิทยาลัยขอนแก่น <i>ปิยะวรรณ ศรีสุวัฑฒ์, นิษฐาเนตร กาศีชา, กรวรรณ ไหมงพุด, สุชาติ พหลภาคย์</i>	96
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในช่วงการระบาดของโรคโควิด -19 ของเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัม <i>วิชา จุลเสน, ทิพย์พร หอศิริ, นภัทร สิทธาโนมัย</i>	108
ความสัมพันธ์ระหว่างการกำกบอารมณ์ของเด็ก สุขภาวะทางจิตของเด็ก และสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตร ของผู้ปกครอง ในเด็กประถมวัยในกรุงเทพมหานคร <i>พิมพ์ประพันธ์ อุไรกุล, ปรัชวัน จันทร์ศิริ, จิรดา ประสาทพรศิริโชค</i>	121
ความสัมพันธ์ระหว่างการติดการใช้โทรศัพท์มือถือและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น <i>สุภาภัก วิลัยหล้า, ศิริวรรณ ปิยะวัฒน์เมธา, กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล</i>	137
ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น <i>กัญชมน สีหะปัญญา, ชูชาติ วงศ์อนุชิต</i>	146
การทำงานของครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคทางกาย ที่ไม่เรื้อรัง <i>ณิชา จันทร์ประเสริฐ, นิดา ลิ่มสุวรรณ</i>	160
ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว ฉบับภาษาไทย <i>ธนาพร แสงพงศานนท์, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค</i>	169
ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี <i>หทัยรัตน์ คุณิย์พันธุ์, เอ็มน์สรี มินทราศักดิ์</i>	182
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 <i>ศีพัฒนา สุวรรณเกิด, พัชรินทร์ เสรี, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์</i>	192
การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติในคนไข้ภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อย <i>นวรรณ ราชาดัน, กานต์ จำรูญโรจน์, ดาวชมพู นาคะวิโร</i>	202
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ <i>ณัฐยา ชาติเชื้อ, วินิตรา นวลละออง, มุทิตา พนาสถิตย์</i>	215
ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในระบบ 6 เดือน ของผู้บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ในคลินิกเมทาโดน ณ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ <i>วิญญ์ จินะณรงค์, ปวรุตม์ พวงศรี</i>	228
สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย	239



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 69 Number 2

April - June 2024

CONTENTS

EDITORIAL

A

ORIGINAL ARTICLES

- Effect of Learning Types of Social Skills from a Board Game on the Non-Emotional Expression of the Learned Skills Among Students with Autism Spectrum Disorder at Autistic Research Center Khon Kaen University 96
Piyawan Srisuruk, Nitthanate Kasicha, Korrawan Mongput, Suchat Paholpak
- Prevalence and Associated Factors of Emotional and Behavioral Problems During COVID-19 Pandemic in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder 108
Warisa Chulasen, Tikumporn Hosiri, Napat Sittanomai
- The Association Between Child Emotion Regulation, Child Mental Health Status and Parental Competence in School-Aged Children in Bangkok, Thailand 121
Pimprapan Ooraikul, Parichawan Chandarasiri, Jirada Prasartpornsirichoke
- Correlation Between Smartphone Addiction and Depression in Secondary School Children 137
Supapak Wilailah, Siriwan Piyawattanametha, Kusalaporn Chaiudomsom, Nawanant Piyavhatkul
- The Effect of a Parent Management Training Program on Parents' Mental Health, Family Relationships, Positive Parenting and Behaviors of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder 146
Kanchamon Seehapanya, Choochart Wong-Anuchit
- Family Functioning and Caregiver Stress in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Comparing to Non-Chronic Physical Illness 160
Nicha Janprasert, Nida Limsuwan
- Validity and Reliability of the Thai Version of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS-Thai) 169
Tanaporn Sangpongsanon, Thanvaruj Booranasuksakul, Jirada Prasartpornsirichoke
- Mental Health of Psychiatric Patients' Caregivers at Psychiatric Outpatient Department in Pattani Hospital 182
Hatairat Kuneepant, Emnasree Mintrasak
- Factors Associated with Anxiety and Depression of Teachers During the Covid-19 Pandemic 192
Seepanna Suwannagird, Patcharin Seree, Komsan Kiatrungrit
- Factors Influencing Mindfulness Practice in Patients with Mild Cognitive Impairment: A Qualitative Research Study 202
Nawan Rachatan, Kam Jumroonrojana, Daochompu Nakawiro
- The Prevalence and Associated Factors of Metabolic Syndrome in Psychiatric Patients at Thammasat University Hospital 215
Nuttaya Chartchua, Winitra Nuallaong, Muthita Phanasathit
- Predicting Factors of Six Months Retention in Methadone Maintenance Therapy at Prachuap Khiri Khan Hospital 228
Vinn Jinanarong, Pavarud Puangsri
- Contents Preface in Journal of Mental Health of Thailand 239

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) ของปี พ.ศ. 2567 โดยมีบทความทั้งหมด 12 บทความด้วยกัน ทำให้เมื่อรวมกับฉบับที่ 1 ของปีนี้ วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ มีบทความตีพิมพ์มากถึง 19 เรื่อง และจากต้นปีถึงวันนี้ (4 มิถุนายน 2567) มีบทความส่งเข้ามาเพื่อพิจารณา มากกว่า 30 บทความ ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะบทความจำนวนไม่น้อยเป็นของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชที่ส่งตีพิมพ์ก่อนสอบจบการฝึกอบรม ทำให้ช่วงต้นปีโดยเฉพาะในเดือนมกราคมและเดือนกุมภาพันธ์มีบทความส่งเข้ามาจำนวนมากถึง 20 เรื่อง ใน 2 เดือน ซึ่งส่งผลให้การพิจารณาบทความและดำเนินการมีความล่าช้าไปบ้าง เนื่องจากต้องใช้เวลาตรวจสอบผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนมาก ในระยะเวลาใกล้เคียงกัน

ดังนั้นสำหรับงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านที่จะใช้เพื่อจบการฝึกอบรม ทางวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ แนะนำให้ส่งก่อนเดือนมกราคมของปีที่จะจบการฝึกอบรม เช่น หากจบการฝึกอบรมปี 2567 แนะนำให้ส่งบทความอย่างช้าในเดือนธันวาคม 2566 เนื่องจากหากส่งหลังจากนั้นวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ อาจไม่สามารถดำเนินการเสร็จได้ทันก่อนเดือนพฤษภาคม

ทั้งนี้ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความกับทางวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาช่วยประเมินบทความให้กับวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ

ธรรมนูญ เจริญบุญ

บรรณาธิการ

ผลของการเรียนรู้ชนิดของทักษะทางสังคมจากบอร์ดเกมต่อความสามารถในการแสดงทักษะที่ได้เรียนรู้ไปโดยไม่หยุดหัดในนักเรียนออทิสซึมสเปกตรัมที่ศูนย์วิจัยออทิสติก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปิยะวรรณ ศรีสุรัตน์*, นิษฐเนตร กาศีชา**, กรวรรณ โหม่งพุ่ม*, สุชาติ พหลภาคย์**,***

*สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**สถาบันวิจัยและบริการออทิสซึม มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาบอร์ดเกมเพื่อใช้สอนนักเรียนอนุบาลที่เป็นโรค Autism Spectrum Disorder (ASD) ให้รู้จักทักษะในการสังคม 3 ชนิด (รอยยิ้ม แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ตนเอง) และประเมินผลของการเรียนรู้จากบอร์ดเกมต่อความสามารถในการแสดงทักษะที่ได้เรียนรู้ไปในชีวิตประจำวันได้บ่อยขึ้นโดยไม่หยุดหัดในแต่ละสัปดาห์

วิธีการศึกษา ศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เป็นการทดลองแบบ single subject design รูปแบบ A - B ในชุดนักเรียนอนุบาลที่เป็น ASD เลื่อนนักเรียนอย่างเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 คน อายุ 5 - 7 ปี ที่ศูนย์วิจัยออทิสติก มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE643074) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) บอร์ดเกมที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเป็นเกมที่ส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องแสดงทักษะทางสังคมแต่ละชนิดดังกล่าวข้างต้น บอร์ดเกมทำให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านทฤษฎี social และ experiential learning เพื่อให้เด็กเรียนนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน บอร์ดเกมได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญการสอนหรือการพยาบาลเด็ก ASD จำนวน 3 คน ว่ามีความเหมาะสม ได้ค่า item objective congruence; IOC รายข้อระหว่าง 0.67 - 1 2) แบบประเมินความบ่อยในชีวิตประจำวันในรอบสัปดาห์ในการแสดงทักษะทางสังคมที่ได้เรียนรู้ไปโดยไม่มีอาการหยุดหัด ผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกันประเมินว่าแบบประเมินมีความเหมาะสม สามารถใช้ประเมินได้ มีค่า IOC รายข้อระหว่าง 0.67 - 1 3) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลประชากรศาสตร์ สถิติที่ใช้ประกอบด้วยการบอกจำนวนรวมของแต่ละรายการ การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลดิบ และ single subject design graph พร้อมกับแสดง baseline trend ด้วยโปรแกรม Microsoft excel

ผลการศึกษา ภายหลังจากการใช้บอร์ดเกมสอนตามรูปแบบและตามตารางเวลาที่กำหนดไว้ให้รู้จักเหตุการณ์ต่างๆ ที่ต้องแสดงทักษะรอยยิ้ม แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ ปรากฏว่านักเรียนอนุบาล ASD สามารถแสดงทักษะดังกล่าวในชีวิตประจำวันในรอบสัปดาห์โดยไม่หยุดหัดได้บ่อยกว่าก่อนการสอน การสอนในช่วงนี้ยังทำให้ได้คะแนนแสดงทักษะได้มากกว่า baseline trend

สรุป สามารถใช้บอร์ดเกมเพื่อเป็นวิธีที่สอนให้นักเรียนอนุบาล ASD เรียนรู้ และสร้างทักษะทางสังคมชนิดรอยยิ้ม แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ตนเองได้

คำสำคัญ บอร์ดเกม การแสดงทักษะทางสังคม รอยยิ้ม แบ่งปัน ควบคุมอารมณ์ นักเรียนที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม

Corresponding author: สุชาติ พหลภาคย์

สถาบันวิจัยและบริการออทิสซึม มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail: suchat_p@kku.ac.th

วันรับ : 8 พฤศจิกายน 2566 วันแก้ไข : 4 มีนาคม 2567 วันตอบรับ : 6 March 2567

Effect of Learning Types of Social Skills from a Board Game on the Non-Emotional Expression of the Learned Skills Among Students with Autism Spectrum Disorder at Autistic Research Center Khon Kaen University

Piyawan Srisuruk*, Nitthanate Kasicha**, Korrawan Mongput*, Suchat Paholpak**,***

*Educational Psychology and Counseling, Faculty of Education, Khon Kaen University

**Research and Service Institute for Autism, Khon Kaen University

***Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of utilizing a board game for instructing 3 specific social skills (waiting, sharing, and emotional self-control (WSE) in kindergarten children with autism spectrum disorder (KwASD). The research also assessed the weekly frequency of the acquired WSE skills being expressed in daily life without accompanying irritability.

Methods: Conducted between May 1 and August 31, 2021, the research employed a purposive sampling approach, A - B model, within a single-subject design, involving 5 cases. Participants were KwASD aged 5 - 7 years from the Khon Kaen University Autistic Center. Ethical approval was obtained from the Human Research Ethics Committee at Khon Kaen University (HE643074). Research instruments included 1) a board game developed by the authors, emphasis on learning through social and experiential learning theory to impart each of WSE skills, underwent evaluation and approval by 3 experts in teaching and nursing KwASD and resulted in an item objective congruence (IOC) index ranging from 0.67 to 1 for each assessment item; 2) An assessment form to appraise the weekly frequency of expression of the learned WSE without irritability, and underwent evaluation by the same expert panel, yielding IOC index from 0.67 to 1 for each assessment item; and 3) a demographic data collection form. Statistical analysis involved enumerating item numbers, analyzing raw data changes, and creating single-subject design and baseline trend graphs using Microsoft Excel.

Results: Following structured teaching sessions with the board game, centered around events requiring WSE expression, all KwASD participants demonstrated increased expression of WSE in daily life, with reduced irritability compared to pre-learning levels. Subsequent teaching sessions consistently elevated all WSE scores above the baseline trend.

Conclusion: The findings suggested that a board game can effectively serve as a tool for instructing KwASD in acquiring and applying social skills, specifically focusing on waiting, sharing, and emotional self-control.

Keywords: Board Games, social skill expression, waiting, sharing, emotional self-control, children with autism spectrum disorder

Corresponding author: Suchat Paholpak

E-mail: suchat_p@kku.ac.th

Received 8 November 2023 Revised 4 March 2024 Accepted 6 March 2024

บทนำ

เด็กที่เป็นโรคออทิซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder; ASD) มักจะมีอาการบกพร่องในการแสดงทักษะที่เหมาะสมในขณะเข้าสังคม ไม่สามารถแสดงทักษะทางสังคมแบบตอบสนองกันไปตามแบบต้องรอคอย ต้องแบ่งปันและการควบคุมอารมณ์ตนเอง เด็กที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมยังมีความบกพร่องในการแสดงพฤติกรรมสื่อสารที่ไม่ใช่เป็นการใช้คำพูด (nonverbal communicative behaviors)¹ ความบกพร่องดังกล่าวทำให้เด็กที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ได้ลำบาก ไม่ยืดหยุ่น ไม่สามารถอดทนรอคอย ไม่สามารถแบ่งปัน และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ส่งผลให้ไม่สามารถ integrate ตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนและสังคมได้² ทักษะที่ต้องใช้ในการเข้าสังคมมีหลายชนิด ได้แก่ การรอคอย การแบ่งปัน การควบคุมอารมณ์ตนเองเป็นต้น การแสดงทักษะเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้การปฏิสัมพันธ์ดีขึ้น เพิ่มความสุขให้แก่ตนเอง³ การเคยเรียนรู้จากการสังเกต ทำตามหรือชักจูง หรือได้เห็นแบบอย่างตาม social learning theory⁴ และการเรียนรู้จากประสบการณ์จากการเล่นเกี่ยวกับการแสดงทักษะทางสังคมที่เหมาะสมตาม experiential learning⁵ จะเป็นวิธีที่ทำให้เด็ก ASD ได้เรียนรู้จักและฝึกฝนทักษะทางสังคมจนสามารถแสดงทักษะที่ได้เรียนรู้ไปได้บ่อย และแสดงได้อย่างเหมาะสมในสังคมโดยไม่หงุดหงิดและ/หรือโกรธ⁶ วิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งในการสอนเด็กให้รู้จักทักษะทางสังคมชนิดต่างๆ คือการเล่นและการใช้ของเล่น (toy)⁷ การเล่นจะต้องมีการพูดถึงชนิดของทักษะด้วยคำที่ง่าย และพูดถึงทักษะที่กำลังจะแสดงควรสอนเกี่ยวกับชนิดต่างๆ ของทักษะ และสอนการแสดงทักษะนั้นๆ ตั้งแต่เด็กยังเล็กมากและควรจะสอนบ่อยๆ⁸

บอร์ดเกม (Board Game) เป็นเกมที่เล่นบนแผ่นกระดาน ผู้เล่นจะวางหมากหรือการ์ดไว้ตรงหน้า จากนั้นจะเคลื่อนหมากหรือการ์ดไปยังตำแหน่งต่างๆ บนกระดานตามเกณฑ์การเล่น อุปกรณ์การเล่นประกอบด้วยแผ่นกระดานที่มีภาพเป็นเค้าโครงให้เดินหมากหรือการ์ด และลูกเต๋าสำหรับทอด การเล่นจะมีหลักเกณฑ์สำหรับการเล่นซึ่งจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สามารถใช้บอร์ดเกมเพื่อความสนุกสนาน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้⁹ และเพื่อส่งเสริมการแสดงทักษะทางสังคม มีวรรณกรรมที่แสดงว่าสามารถใช้บอร์ดเกมสอนเด็กที่เป็นโรคออทิซึมสเปกตรัมให้สามารถนำทักษะทางสังคมที่เรียนรู้จากการเล่นบอร์ดเกมไปแสดงกับผู้อื่นที่ไม่เคยอยู่ในการเล่นบอร์ดเกมได้¹⁰ หรือ

ทำให้เด็กที่เป็นโรคออทิซึมสเปกตรัมเข้าร่วมกับเหตุการณ์ทางสังคมได้ดีขึ้น รวมทั้งแสดงทักษะทางสังคมแบบโต้ตอบกันได้ดีขึ้นด้วย¹¹ บอร์ดเกมมีหลายชนิด ได้แก่ checker, eurogame, pandemic และ peg solitaire บอร์ดเกมสามารถจำลองเหตุการณ์จริงมาเล่นเป็นเกมได้ ตัวอย่างคือ cluedo เกณฑ์การเล่นอาจจะง่าย ๆ อย่างการเล่น “งูไต่บันได” หรืออาจจะยากซับซ้อนอย่าง advanced squad leader จำนวนครั้งในการเล่นบอร์ดเกมเพื่อสอนให้รู้จักชนิดและการแสดงอารมณ์ต่างๆ ไม่ได้มีการทำวิจัยไว้ บอร์ดเกมเป็นเกมที่เราสามารถจับต้องได้ เล่นด้วยกันได้ เห็นหน้าเห็นตาซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้พูดคุยกัน ใช้ส่งเสริมการเรียนรู้ หรือใช้สอนการควบคุมอารมณ์ผ่านกติกาในการเล่นเกม¹²

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับใช้บอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้นมา เพื่อการสอนนักเรียนอนุบาลที่เป็นโรค ASD ให้มีทักษะทางสังคมชนิดรอคอย การแบ่งปันและการควบคุมอารมณ์ตนเองได้บ่อยขึ้น และเป็นการเล่นโดยไม่หงุดหงิด โดยเป็นบอร์ดเกมที่ง่ายทั้งในด้านการผลิต การเตรียมอุปกรณ์ วิธีการเล่น มีความสนุกจากการเล่น และเกิดประโยชน์จากการเล่น คือผู้เรียนสามารถนำประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนจากบอร์ดเกมไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ หากใช้แล้วได้ผลก็จะเป็นการเริ่มต้นการทำวิจัยที่ใหญ่ขึ้น เพื่อนำไปสู่การใช้ทั่วไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบอร์ดเกมเพื่อใช้สอนนักเรียนอนุบาลที่เป็นโรค ASD ให้รู้จักเหตุการณ์ที่ต้องแสดงทักษะทางสังคมชนิดรอคอย แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ตนเอง
2. เพื่อศึกษาผลการสอนด้วยบอร์ดเกมต่อความบ่อยของการแสดงทักษะทางสังคมในชีวิตประจำวันในรอบสัปดาห์ ชนิดรอคอย แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ เป็นการแสดงทักษะโดยไม่หงุดหงิด

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยอย่างเจาะจง (purposive sampling) เป็นนักเรียนอนุบาลชั้นปีที่ 1 ที่ศูนย์วิจัยออทิสติกมหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมจำนวน 5 คน อายุระหว่าง 5 - 7 ปี เคยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นเด็กที่มีภาวะ ASD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-5 นักเรียนที่เข้าร่วม

กับการวิจัย และบิดามารดาหรือผู้ปกครอง จะต้องได้รับฟังคำอธิบายจากผู้นิพนธ์คนที่ 2 เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และวิธีการประเมินผลการวิจัย จนเข้าใจและยินดีเข้าร่วมกับการวิจัย บิดามารดาหรือผู้ปกครองจะต้องลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมกับงานวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ จิตแพทย์ประจำสถาบันวิจัยและบริการขอทืชมวินิจฉัยว่าเป็นเด็กที่มีความพิการอื่นร่วมด้วย เช่น เป็นลมชัก สมองพิการ โรค Fragile X syndrome โรค metabolic disorders โรคเชาวน์ปัญญาบกพร่อง กำลังรับประทานยาที่ส่งผลต่อจิตประสาท กำลังเข้าร่วมกับโครงการวิจัยอื่นและไม่ประสงค์จะเข้าร่วมงานกับโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. บอร์ดเกม คณะผู้วิจัยได้พัฒนาบอร์ดเกมขึ้นมา 1 บอร์ดเกม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอนนักเรียนที่เป็นโรค ASD เรียนให้รู้จักเหตุการณ์ที่ต้องแสดงทักษะที่เกี่ยวกับการเข้าสังคม 3 ชนิด คือ รอคอย แบ่งปัน และการควบคุมอารมณ์ตนเอง ตัวอย่างนักเรียน ASD คนหนึ่งทอดลูกเต๋าลงไปที่กลางบอร์ดได้ช่องของตน รอคอย นักเรียนก็จะต้องใช้ความคิดว่าการ์ดภาพเหตุการณ์ที่อยู่ตรงหน้าของตนเอง มีการ์ดภาพใดบ้างที่เป็นเหตุการณ์ที่ต้องอดทน รอคอย ตัวอย่างถ้ามีการ์ดภาพเหตุการณ์รอฟอมแม่มารับกลับบ้าน นักเรียนก็จะนำภาพนั้นส่งเข้าไปที่ด้านหน้าของตนเอง เป็นการฝึกให้นักเรียนได้คิดก่อนว่าการอดทนรอคอยมีเหตุการณ์อะไรบ้าง แล้วก็จะสะท้อนการคิดด้วยการนำการ์ดเหตุการณ์ที่เป็นการแสดงอาการรอคอย ส่งออกไปจากกองการ์ดของตนเอง บอร์ดเกมเป็นแผ่นยางไวนิลสีเหลี่ยมมีสี่ด้าน มีขนาดกว้างและยาว 90 x 90 เซนติเมตร ตรงกลางของบอร์ดเกมจะเป็นวงกลม เส้นผ่านศูนย์กลาง 25 เซนติเมตร แบ่งวงกลมเป็น 3 ส่วน ขนาดเท่ากัน เขียนคำว่าอดทนรอคอย แบ่งปัน ควบคุมอารมณ์ตนเอง บอร์ดเกมมีการ์ดภาพแสดงเหตุการณ์ประจำทักษะ ทักษะละ 9 ภาพ โดยไม่ซ้ำเหตุการณ์ รวมทั้งหมดมี 27 การ์ด ตัวอย่างการ์ดเหตุการณ์ที่บอกให้ออดทนรอคอยประกอบด้วย การเข้าแถวตอนเช้าเพื่อรอเคารพธงชาติ รอกินขนมพักเบรก เข้าแถวรอกินข้าวเที่ยง เข้าแถวรอเข้าห้องน้ำ รอฟอมแม่มารับ เป็นต้น การ์ดเหตุการณ์บอกให้แบ่งปันประกอบด้วย การผลัดกันเล่น แบ่งไอติมให้เพื่อน เล่นอย่างบอลด้วยกัน ไม่ดึงของจากมือเพื่อน แบ่งนมให้เพื่อนกิน เป็นต้น การ์ดเหตุการณ์บอกให้ควบคุมตนเองประกอบด้วย การ์ดภาพไม่ตีคนอื่น นับหนึ่งถึงสิบเมื่อโกรธ ไม่ร้องไห้เมื่ออยากได้ของเล่น

เป่าลมแรงๆ 3 ครั้ง เมื่อตื่นตื่น ขอบคุณเมื่อได้รับของ เป็นต้น การเล่นเกมประกอบด้วยนักเรียน จำนวน 3 คน นั่งกันคนละด้านของแผ่นบอร์ดเกม ครูฝึกนั่งด้านที่เหลือ แต่ละด้านมีภาพสี่เหลี่ยมด้านละ 3 ภาพ เป็นที่วางการ์ดภาพละ 1 การ์ด มีถุงผ้ากลมสำหรับทอย ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 8 เซนติเมตร บรรจุทรายละเอียดหนัก 300 กรัม เริ่มต้นการเล่นประกอบด้วยครูผู้สอน (ผู้นิพนธ์คนที่ 2) และนักเรียนแนะนำตนเอง ครูผู้สอนอธิบายวิธีการเล่นเกม บอกประโยชน์จากการเล่นเกม ครูจะอธิบายและจะบอกให้นักเรียนจำว่าการ์ดเหตุการณ์ที่บอกให้เราต้องรอคอย แบ่งปัน ควบคุมอารมณ์ตนเองมีอะไรบ้าง ครูจะแสดงการ์ดตามทักษะทางสังคมแต่ละชนิดให้เห็น บอกระยะเวลาที่จะเล่นประมาณครั้งละ 20 - 30 นาที ครูผู้สอนจะสับการ์ดสักครู่ให้การ์ดเหตุการณ์คละกัน แล้วแจกการ์ดให้หยางวางตรงหน้าของผู้เล่นคนละ 3 ใบ จากนั้นนักเรียนคนที่ 1 ทอยถุงทรายให้เข้าไปที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของวงกลม ก่อนทอยนักเรียนจะใช้ความคิดสังเกตจากภาพการ์ดที่อยู่ตรงหน้าของตนเองว่ามีการ์ดเหตุการณ์อะไรบ้าง แล้วจะประมาณแรงทอยว่าจะทอยไปลงที่ส่วนใดของวงกลมกลางบอร์ดเกม เพื่อให้สอดคล้องกับการ์ดภาพเหตุการณ์ที่ตนเองมีอยู่ เมื่อทอยลงไปแล้ว ยกตัวอย่างทอยได้ส่วนที่เป็นการอดทนรอคอย นักเรียนก็จะพิจารณาหยิบการ์ดภาพเหตุการณ์ที่อยู่ตรงหน้าที่ตรงกับ การรอคอยออกไปวางไว้ในช่องการรอคอยที่ทอยได้ จากนั้นนักเรียนจะเอื้อมมือไปหยิบแผ่นการ์ดหนึ่งใบจากกองกลาง มาวางในช่องสี่เหลี่ยมที่ว่างขึ้นมา ถ้าการ์ดทั้ง 3 แผ่น ตรงหน้าของตนเองไม่ตรงกับการอดทนรอคอยที่ทอยได้ ผู้เล่นก็จะเอื้อมไปหยิบการ์ดแผ่นบนสุดจากกองกลางมา 1 แผ่น ถ้าแผ่นการ์ดที่ได้มาตรงกับทักษะที่ทอยได้ก็จะคว่ำแผ่นการ์ดนั้นไว้ที่ทักษะทางสังคมที่ตนเองทอยได้ คราวใดที่ได้การ์ดตรงกับทักษะทางสังคมที่ทอยได้จะขอให้ นักเรียนคนนั้นอ่านออกเสียงดัง ตัวอย่าง "อดทนรอคอยได้แก่รอกินขนมพักเบรก" ครูก็จะชวนทุกคนยิ้มปรบมือ แปะมือซึ่งกันและกัน ถ้าไม่ตรงก็จะวางแผ่นการ์ดเกมไว้รวมกับการ์ดเกม 3 ใบ ที่มีอยู่ จากนั้นก็จะวนไปเป็นคราวเล่นของนักเรียนคนที่ 2 คนที่ 3 และคุณครู เล่นจนการ์ดจากกองกลางหมด หรือเล่นจนครบ 20 - 30 นาที เมื่อการเล่นจบลงผู้เล่นทุกคนก็จะผลัดกันบอกว่าทักษะทางสังคมแต่ละชนิดมีเหตุการณ์ตัวอย่างอะไรบ้าง เป็นการฝึกให้นักทบทวน ครูจะเป็นคนช่วยบอกไป เพื่อให้นักเรียนเรียกชื่อเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง จากนั้นผู้เล่นทุกคนจะปรบมือชื่นชมและดีใจ ทั้งต่อตนเอง และเพื่อนที่ร่วมมือในการเล่นเกมจบ ผู้อ่านที่สนใจอยากดูบอร์ดเกม สามารถขอภาพถ่ายได้จากผู้นิพนธ์ที่ 1

การประเมินบอร์ดเกมว่ามีความเหมาะสมในการสอนนักเรียนให้รู้จักและสอนให้นักเรียนแสดงทักษะการสังคมเป้าหมายทั้ง 3 ชนิด คณะผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญด้านการสอน หรือการพยาบาลนักเรียนออทิสซึมสเปกตรัมรวมจำนวน 3 คน คนแรกเป็นอาจารย์คณะศึกษาศาสตร์ วุฒิปริญญาตรี บัณฑิต สาขาการเคลื่อนไหวของมนุษย์ วุฒิปริญญาตรี สาขากิจกรรมบำบัด คนที่สองเป็นครูศูนย์วิจัยออทิสติก วุฒิมหาบัณฑิต สาขาหลักสูตรการศึกษาพิเศษ คนที่สามเป็นพยาบาล วุฒิปริญญาตรี บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีประสบการณ์ในการสอนหรือพยาบาลนักเรียนออทิสซึมสเปกตรัมไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ประเมินว่าบอร์ดเกมมีความเหมาะสมในการเล่นเพื่อส่งเสริมให้รู้จักและแสดงทักษะการรอคอย การแบ่งปัน และการควบคุมอารมณ์ตนเองในนักเรียนอนุบาลที่เป็นโรค ASD ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะประเมินรายละเอียด ดังนี้ คู่มือการเล่นเข้าใจง่ายและชัดเจน 1 ข้อ รูปแบบของบอร์ดเกม 4 ข้อ ได้แก่ 1) บอร์ดเกม การ์ด ถุงทรายมีขนาดเหมาะสม 2) บอร์ดเกม ออกแบบได้สวยงามและดึงดูดความสนใจ 3) ภาพเหตุการณ์ในการ์ดแต่ละชุดของทักษะการสังคมสอดคล้องกับทักษะเป้าหมาย 4) ระยะเวลาในการเล่นบอร์ดเกมแต่ละรอบเหมาะสม เนื้อหาของบอร์ดเกม 2 ข้อ ได้แก่ 1) บอร์ดเกมสามารถส่งเสริมให้ผู้เล่นท่องจำ คิด เข้าใจ และดึงข้อมูลออกมาใช้เกี่ยวกับการรอคอย แบ่งปัน และการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ 2) ผู้เล่นมีโอกาสทำการเล่นได้มากกว่าไม่ได้ บอร์ดเกมถูกออกแบบมาให้เล่นตรงตามวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ได้แก่ 1) บอร์ดเกมออกแบบแล้วชวนผู้เล่นได้ทำความเข้าใจ ก่อนที่จะตอบสนอง 2) บอร์ดเกมนี้ส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 3) บอร์ดเกมนี้ส่งเสริมการสื่อสารทางสังคม รวมการประเมินความเหมาะสมของบอร์ดเกม 10 ข้อ ผู้อ่านที่สนใจแบบประเมินสามารถติดต่อขอแบบประเมินได้จากผู้นิพนธ์ที่ 1 ผู้ประเมินจะให้คะแนนการประเมินรายข้อตามเกณฑ์ของ item objective congruence; IOC แต่ละข้อย่อยให้คะแนน -1, 0 หรือ 1 คะแนน -1 หมายความว่าไม่สอดคล้อง (incongruent) คะแนน 0 หมายความว่าไม่แน่ใจหรือยังสงสัย คะแนน +1 หมายความว่าสอดคล้อง (congruent) ข้อประเมินข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ก็จะต้องแก้ไขข้อประเมินหรือเนื้อหาอันนั้นไว้ ถ้าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.5 ก็จะต้องแก้ไขข้อประเมินหรือเนื้อหาตามคำแนะนำแล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 คน ประเมินใหม่จนกว่าจะได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับหรือมากกว่า 0.5¹³ ผลการประเมินความเหมาะสมของบอร์ดเกม 10 ข้อได้ว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้อมี 2 ข้อ ที่ได้คะแนน 0.67

นอกนั้นได้ข้อละ 1 คะแนน สรุปได้ว่าบอร์ดเกมนี้มีความเหมาะสมที่จะใช้เล่นเพื่อส่งเสริมให้รู้จักและให้แสดงทักษะทางสังคมด้านการรอคอย การแบ่งปัน และการควบคุมอารมณ์

2. แบบประเมินการแสดงทักษะทางสังคมชนิดรอคอย แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ตนเอง คณะผู้วิจัยได้ประชุมกันเพื่อสร้างแบบประเมินการแสดงทักษะทางสังคมข้างต้น ประกอบด้วย การประเมินแต่ละทักษะ 5 ข้อ การประเมินการแสดงทักษะชนิดรอคอย 5 ข้อ ดังนี้ 1) นักเรียนไม่หงุดหงิดไม่อารมณ์เสียเมื่อต้องรอเพื่อนเล่นให้เสร็จก่อน 2) นักเรียนไม่หงุดหงิดไม่อารมณ์เสียเมื่ออยากกลับบ้าน 3) นักเรียนไม่หงุดหงิดไม่อารมณ์เสียเมื่อพ่อแม่มารับเข้า 4) นักเรียนไม่หงุดหงิดไม่อารมณ์เสียเมื่อรอกินขนมพักเบรก 5) นักเรียนไม่หงุดหงิดไม่อารมณ์เสียเมื่อต้องเข้าแถวรับประทานอาหารเที่ยง ประเมินทักษะชนิดแบ่งปันและทักษะควบคุมอารมณ์ตนเองอีกทักษะละ 5 ข้อ รายละเอียดแต่ละข้อจะคล้ายกับการประเมินทักษะรอคอย แต่ต่างกันที่ชนิดของเหตุการณ์ที่ใช้ในการประเมิน ดังนั้นการประเมินทักษะการแบ่งปันจึงประกอบด้วยนักเรียนไม่หงุดหงิดไม่อารมณ์เสียเมื่อต้องแบ่งขนมให้เพื่อน เมื่อต้องแบ่งของเล่นให้เพื่อน เมื่อต้องเล่นอย่างบอลด้วยกัน เมื่อต้องเล่นต่อบล็อกไม้ด้วยกัน เมื่อต้องแบ่งสีให้เพื่อนระบายสีด้วยกัน การประเมินทักษะการควบคุมอารมณ์ตนเองประกอบด้วยนักเรียนไม่หงุดหงิดไม่อารมณ์เสียเมื่ออยากได้ของเล่น เมื่อถูกแย่งของเล่น เมื่อมีเพื่อนมาขอเล่นด้วย เมื่อจะบอกเพื่อนว่าขอเล่นด้วย และเมื่อเพื่อนส่งเสียงดังขณะเล่น แบบประเมินการแสดงทักษะทางสังคมนี้จึงมี 15 ข้อ ประเมินว่าในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาเด็กนักเรียนสามารถแสดงทักษะแต่ละทักษะได้บ่อยแค่ไหน ให้คะแนนการประเมินดังนี้ 1 คะแนน หมายถึงแสดงทักษะได้น้อยมาก มักหงุดหงิดอารมณ์เสียเมื่อต้องแสดงทักษะเป้าหมาย จนครูต้องใช้เวลาปลอบและอธิบายให้ฟัง 2 คะแนน หมายถึงแสดงทักษะได้บ้างเล็กน้อยแต่ก็ยังมีอาการหงุดหงิดอารมณ์เสีย ครูต้องช่วยปลอบ บ้าง 3 คะแนน หมายถึงแสดงทักษะได้บ้างไม่ได้บ้าง แสดงอาการหงุดหงิดอารมณ์เสียบ้างไม่หงุดหงิดไม่อารมณ์เสียบ้าง ครูช่วยปลอบบ้างไม่ต้องช่วยปลอบบ้าง 4 คะแนน หมายถึงแสดงทักษะได้ค่อนข้างบ่อย แสดงอาการหงุดหงิดอารมณ์เสียน้อยมาก น้อยครั้งมากที่ครูต้องช่วยปลอบ 5 คะแนน หมายถึงแสดงทักษะได้บ่อยทีเดียว อาการหงุดหงิดอารมณ์เสียมีน้อยมากๆ ครูไม่ต้องช่วยปลอบเลย คะแนนเต็มของการแสดงแต่ละทักษะคือ 25 คะแนน

การประเมินว่าแบบประเมินการแสดงทักษะทางสังคมว่ามีความเหมาะสมสามารถใช้ในการประเมินนักเรียนอนุบาล

เกี่ยวกับการแสดงทักษะรอยค้อย แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ตนเอง คณะผู้วิจัยได้ส่งแบบประเมินทักษะทางสังคมพร้อมกับแบบประเมินความเหมาะสมของแบบประเมินทักษะทางสังคมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมประเมินแบบประเมินแต่ละทักษะว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ดังนี้ 1) ใจความในแต่ละข้อชัดเจนกะทัดรัด 2) แต่ละข้อเป็นการประเมินการแสดงทักษะที่กำลังรับการประเมิน 3) ข้อความที่กำกับกรทำให้คะแนนในแต่ละข้อมีความเหมาะสม 4) การประเมินในแต่ละข้อเป็นการประเมินเพื่อการพัฒนาไปข้างหน้า รวมแล้วผู้เชี่ยวชาญต้องประเมินและให้คะแนน 12 ข้อ ผู้อ่านที่สนใจแบบประเมินการแสดงทักษะทางสังคมข้างต้น และแบบประเมินความเหมาะสมของแบบประเมินการแสดงทักษะทางสังคม สามารถขอได้จากผู้นิพนธ์ที่ 1 การประเมินว่าแบบประเมินการแสดงทักษะทางสังคมมีความเหมาะสมจนสามารถใช้ในการประเมินได้หรือไม่ 12 ข้อ ได้ผลว่ามี 3 ข้อ ที่ได้คะแนนเฉลี่ย 0.67 ที่เหลืออีก 9 ข้อ ได้คะแนนเฉลี่ยข้อละ 1 คะแนนสรุปได้ว่าแบบประเมินการแสดงทักษะทางสังคมมีความเหมาะสม

3. แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของทั้งเด็กและผู้ปกครอง ประกอบด้วยการสอบถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ลำดับที่ในพี่น้อง จำนวนปีนับจากปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นเด็กที่มีภาวะออทิสซึมเปกตรัม การรักษาที่กำลังได้รับ และชั้นที่กำลังเรียน

การเล่นบอร์ดเกม ผู้นิพนธ์ที่ 2 เป็นคนเล่นบอร์ดเกมทุกครั้งกับนักเรียน เล่นตามเกณฑ์การเล่นที่กำหนดไว้ เล่นที่ห้องว่างหนึ่งในศูนย์วิจัยออทิสติก เล่นกันที่ห้องนี้ตลอดการวิจัย คณะผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์วิจัยออทิสติกให้ทำกิจกรรมการวิจัยนี้ได้ เมื่อถึงเวลาตามที่ได้กำหนดไว้ผู้นิพนธ์คนที่ 2 ก็จะไปที่ห้องเรียนของนักเรียน แล้วขออนุญาตครูประจำชั้นพานักเรียนมาทำกิจกรรมรอบแรก จำนวน 3 คน รอบที่ 2 จำนวน 2 คน ทั้ง 5 คนเรียนอยู่ในห้องเดียวกัน นักเรียนกับผู้นิพนธ์คนที่ 2 พากันมาที่ห้องที่กำหนดไว้เพื่อการเล่นบอร์ดเกม เรียนรู้เหตุการณ์ที่ต้องแสดงทักษะทางสังคม เนื่องจากบอร์ดเกมได้รับการออกแบบสำหรับนักเรียนจำนวนมากที่สุด 3 คน และครูผู้สอนอีก 1 คน การวิจัยนี้มีนักเรียน 5 คน จึงแบ่งการเล่นบอร์ดเกมเป็น 2 รอบ รอบแรกมีนักเรียน 3 คน กับครู 1 คน รอบที่สองมีนักเรียน 2 คน กับครูคนเดิม 1 คน จะเล่นบอร์ดเกมนี้ทุกวันจันทร์ รวม 10 ครั้ง ต่อเนื่องกัน เล่นรอบแรกระหว่างเวลา 9.30 - 10.00 น. รอบที่สองระหว่างเวลา 10.30 - 11.00 น. ถ้านักเรียนยังอ่านหนังสือไม่ออก ครูก็จะช่วยอ่านให้ฟังแทน การประเมินการแสดงทักษะทางสังคม

แต่ละชนิดจะประเมินโดยผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน ผู้นิพนธ์ที่ 1 ประเมินผู้นิพนธ์ที่ 3 จะสอนผู้ช่วยนักวิจัยสองครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที จนสามารถให้คะแนนการแสดงทักษะตามแบบประเมินได้ตรงกันทั้ง 3 คน ในช่วงของการทำวิจัยผู้ช่วยนักวิจัยคนนี้จะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยครูประจำชั้นของนักเรียนไปด้วย ทำงานตามที่ครูประจำชั้นมอบหมาย การประเมินการแสดงทักษะจะประเมินทุกпятวันศุกร์ การประเมินในระยะ baseline จะประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกันรวม 4 ครั้ง การประเมินในระยะ intervention จะประเมิน 10 ครั้ง ผู้ช่วยนักวิจัยจะบันทึกคะแนนที่ได้จากการประเมินใส่ในกระดาษ แล้วส่งไปให้ผู้นิพนธ์ที่ 2 ทำทันทีเพื่อเก็บรวบรวมเป็นสถิติและเพื่อการวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเภท case series ของ single subject research design ชนิด AB ระยะเวลาของการทำวิจัยคือระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ก่อน (ระยะ A) และขณะ intervention (ระยะ B) จะมีการบันทึกผลการประเมินทักษะรอยค้อย แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ตนเอง แสดงผลการวิจัยด้วยคะแนนดิบ และ single subject design graph ผู้วิจัยได้เสนอ baseline trend extrapolation ด้วยเส้นประในกราฟแต่ละกราฟ เพื่อแสดงให้เห็นว่าในกรณีที่ไม่มี intervention แล้ว ทักษะทางสังคมตามพื้นฐานจะดำเนินไปอย่างไร การ plot graph และ baseline trend ใช้โปรแกรม excel workbook ใน Microsoft 11 การแสดง baseline trend จะช่วยให้การแปลผลด้วยสายตาแม่นยำขึ้น¹⁴ ระยะ baseline เป็นการประเมินความสามารถในการแสดงทักษะเป้าหมายก่อนทำ intervention การประเมินในระยะ baseline จะทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้งต่อเนื่องกัน การประเมินความสามารถในการแสดงทักษะเป้าหมายในระยะ intervention จะประเมินสัปดาห์ละครั้ง 10 ครั้งต่อเนื่องกัน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE643074) แม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นนักเรียนเล็ก แต่ผู้วิจัยก็ต้องอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองฟัง การที่ผู้เข้าร่วมกับโครงการวิจัยเป็นเด็ก อายุ 5-7 ปี ผู้ขอคำยินยอมจึงอธิบายด้วยคำพูดที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ด้วยทำที่ออนไลน์ ใช้ภาพประกอบช่วย อธิบายสั้นแต่ชัดเจน จนเด็กแสดงอาการเห็นด้วย เช่น

พนักหน้าเห็นด้วยที่จะเข้าร่วมกับโครงการวิจัย (assent) การชวนให้เข้าร่วมกับโครงการวิจัยจะต้องกระทำพร้อมกันทั้งต่อหน้าเด็กและบิดามารดา ตลอดเวลาที่เด็กเข้าร่วมกับโครงการวิจัย ผู้วิจัยก็จะหมั่นสังเกตอาการเต็มใจที่จะเข้าร่วมกับโครงการวิจัย (engagement) ความสนใจ ในขณะที่ร่วมกับการวิจัยก็ต้องรู้สึกสะดวกสบาย รู้สึกปลอดภัย เป็นต้น¹⁵ ภายหลังจากอธิบายจนเป็นที่เข้าใจแล้ว นักวิจัยก็จะขอให้ผู้ปกครองลงนามในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมกับโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะต้องเข้าร่วมกับโครงการวิจัยจนเสร็จสิ้น

ผลการศึกษา

เด็กที่เป็นโรค ASD ที่เข้าร่วมกับโครงการวิจัย มี 5 คน อายุระหว่าง 5 - 7 ปี เป็นนักเรียนชาย 4 คน นักเรียนหญิง 1 คน แม้อายุจะต่างกันแต่ก็กำลังเรียนอยู่ชั้นอนุบาลปีที่ 1 ทุกคน อาชีพของบิดามารดาคือรับราชการหรือทำธุรกิจ บิดามารดาภายในคู่เดียวกัน มีอาชีพเดียวกัน เด็กทุกคนเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ASD ได้ 1 - 3 ปีแล้ว เด็กทุกคนรวมทั้งบิดามารดากำลังรับการรักษาโรค ASD ในเด็ก แบบรับคำปรึกษาจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ไม่มีการใช้ยารักษา จิตแพทย์ท่านนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ (ตารางที่ 1)

การเล่นบอร์ดเกมเพื่อเรียนรู้ทักษะทางสังคมในภาพรวม ในระยะ baseline นักเรียนทุกคนยังสามารถแสดงทักษะการรอคอย แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ได้น้อย เกี่ยวกับทักษะการรอคอย ตามตารางที่ 2 และกราฟที่ 1 คะแนนเต็มคือ 25 คะแนน พบว่าในระยะ baseline นักเรียนมีความสามารถในการแสดงทักษะการรอคอย ด้วยคะแนน 4 - 6 พอๆ กัน เมื่อได้เล่นบอร์ดเกมเพื่อเรียนรู้จักเหตุการณ์ต่างๆ ที่ต้องรอคอย ช่วงแรกของการเล่นส่งผลให้คะแนนความถี่ของการแสดงการรอคอยได้โดยไม่หยุดหงิดขึ้นๆ ลงๆ โดยเฉพาะนักเรียนคนที่ 5 คะแนนการรอคอยได้โดยไม่หยุดหงิดไม่ขึ้นเหนือ baseline trend จนกว่าได้เรียนรู้จากการเล่นบอร์ดเกมไป 6 ครั้งแล้ว ภายหลังจากการเล่นบอร์ดเกม 6 ครั้งแล้ว นักเรียนทุกคนสามารถแสดงทักษะการรอคอยโดยไม่หยุดหงิดได้บ่อยขึ้น จนได้ค่าคะแนนอยู่เหนือ baseline trend การประเมินครั้งสุดท้ายพบว่าความสามารถในการแสดงทักษะการรอคอยของนักเรียนชั้นอนุบาลได้คะแนนระหว่าง 8 - 16 นักเรียนคนที่ 2 และ 3 เรียนรู้และแสดงอาการรอคอยโดยไม่หยุดหงิดได้บ่อยขึ้น ตั้งแต่การเรียนให้รู้จักการรอคอยจากการเล่นบอร์ดเกมเพียงไม่กี่ครั้ง เกี่ยวกับทักษะการแบ่งปัน (ตารางที่ 2 และกราฟที่ 2) คะแนนเต็มคือ 25 คะแนน ในระยะ baseline นักเรียนแสดงทักษะการแบ่งปันด้วยคะแนน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของเด็กที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมที่เข้าร่วมกับโครงการวิจัย

ข้อมูล	เด็กคนที่ 1	เด็กคนที่ 2	เด็กคนที่ 3	เด็กคนที่ 4	เด็กคนที่ 5
เพศ	หญิง	ชาย	ชาย	ชาย	ชาย
อายุ (ปี)	5	5	6	6	7
กำลังเรียนระดับอนุบาลชั้นปีที่	1	1	1	1	1
อาชีพของบิดา/มารดา	รับราชการ/ รับราชการ	รับราชการ/ รับราชการ	ธุรกิจส่วนตัว/ ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ/ รับราชการ	ธุรกิจส่วนตัว/ ธุรกิจส่วนตัว
ระยะเวลา (ปี) นับจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ASD จนเข้าร่วมกับโครงการวิจัย	1	1	2	3	3
ปัจจุบันกำลังได้รับการรักษาโรค ASD	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่
ปัจจุบันกำลังกินยาหรือฉีดยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	ไม่	ไม่	ไม่	ไม่	ไม่
ระดับความรุนแรงของโรคออทิซึมสเปกตรัมตามเกณฑ์ DSM-5	1	1	1	1	1

*ความรุนแรงระดับที่ 1 ตาม DSM-5 หมายความว่า ต้องช่วยเหลือทั้งทางด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและด้านพฤติกรรม การช่วยเหลือด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นการช่วยเหลือเพื่อไม่ให้อาการทางสังคมที่ดูแปลก ให้มีความเป็นธรรมชาติและเพื่อให้ประสบความสำเร็จ ความช่วยเหลือทางด้านพฤติกรรมเป็นการช่วยเหลือให้สามารถเปลี่ยนผ่านจากกิจกรรมหนึ่งไปยังอีกกิจกรรมหนึ่งได้ ช่วยเหลือในการจัดระเบียบและวางแผน การดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเป็นตัวของตัวเอง¹

4 - 7 พอปุ่กัน เมื่อได้เล่นบอร์ดเกมเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ควรจะแบ่งปัน สืบค้นหาแรกๆ นักเรียนคนที่ 2, 4 และ 5 แสดงทักษะแบ่งปันได้ลดลงหรือเสมอกับเส้น baseline trend แต่เมื่อได้เล่นบอร์ดเกมไปได้ 7 ครั้งแล้ว นักเรียนทุกคนก็สามารถแสดงทักษะการแบ่งปันโดยไม่หงุดหงิดได้บ่อยขึ้น และคะแนนอยู่เหนือเส้น baseline trend ตลอดไป นักเรียนคนที่ 3 เรียนรู้และแสดงอาการแบ่งปันได้บ่อยขึ้นตั้งแต่หลังการเล่นบอร์ดเกมครั้งแรก หลังจากนั้นคะแนนการรอคอยได้โดยไม่หงุดหงิดทำได้บ่อยขึ้นเรื่อยๆ จนจบการวิจัย การประเมินความสามารถในการแสดงทักษะการแบ่งปันครั้งสุดท้ายพบว่า ได้คะแนนระหว่าง 10 - 17 เกี่ยวกับทักษะการควบคุมอารมณ์ (ตารางที่ 2 และกราฟที่ 3) คะแนนเต็มคือ 25 คะแนน ในระยะ baseline นักเรียนแสดงการควบคุมอารมณ์ตนเองได้คะแนนความบ่อยระหว่าง 4 - 6 พอปุ่กัน เมื่อได้เล่นบอร์ดเกมเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ควรจะควบคุมอารมณ์ตนเอง มีบางสัปดาห์ที่

นักเรียนคนที่ 1, 2, 4 และ 5 ที่แสดงการควบคุมอารมณ์ตนเองได้คะแนนลดลงไปจากเส้นหรือเสมอกับเส้น baseline trend แต่เมื่อได้เล่นบอร์ดเกมไปได้ 8 ครั้ง นักเรียนทุกคนก็สามารถแสดงการควบคุมอารมณ์ได้บ่อยขึ้น จนคะแนนอยู่เหนือเส้น baseline trend ตลอดไป การประเมินความสามารถในการแสดงทักษะการควบคุมอารมณ์ครั้งสุดท้ายพบว่า นักเรียนได้คะแนนระหว่าง 9 - 18 นักเรียนคนที่ 3 เรียนรู้เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์และแสดงการควบคุมอารมณ์ได้บ่อยขึ้นตั้งแต่หลังการเล่นบอร์ดเกมครั้งแรก

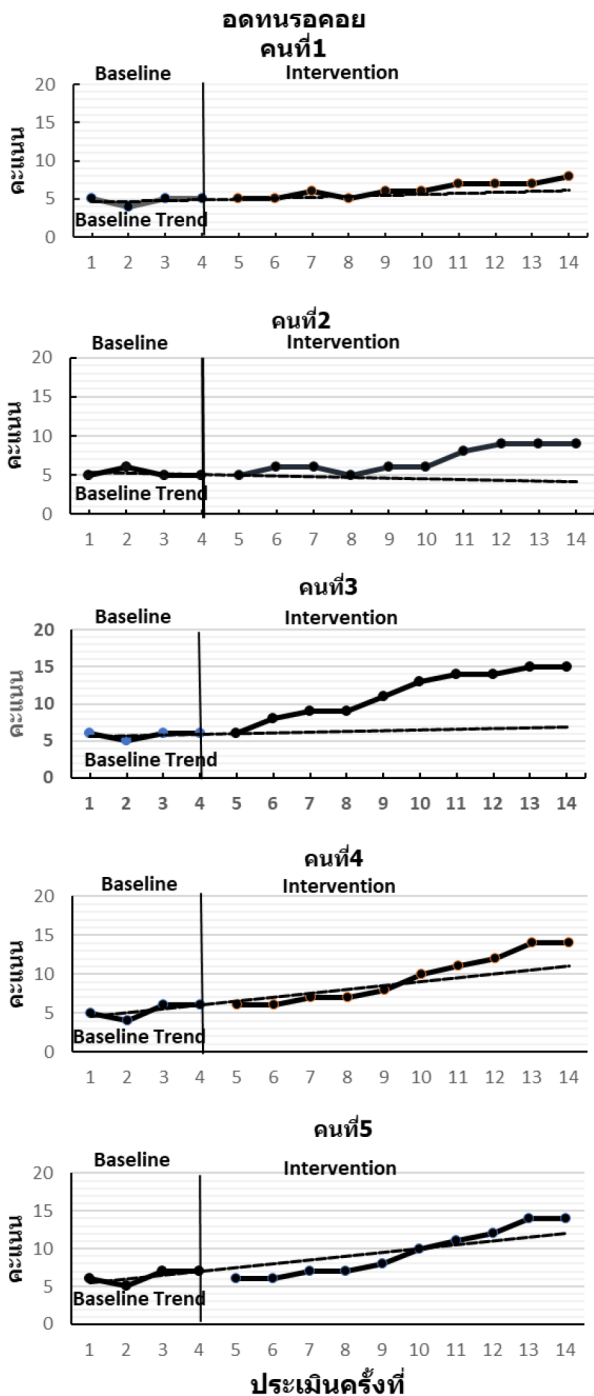
เมื่อพิจารณาผลการเรียนรู้เกี่ยวกับการแสดงทักษะทางสังคมพบว่า นักเรียนคนแรกเริ่มแสดงทักษะการรอคอย แบ่งปัน และการควบคุมตนเองได้ดีกว่า baseline trend ตั้งแต่การเล่นบอร์ดเกมครั้งที่ 6 นักเรียนคนที่ 2 ตั้งแต่ครั้งที่ 7 นักเรียนคนที่ 3 ตั้งแต่ครั้งที่ 3 นักเรียนคนที่ 4 ตั้งแต่ครั้งที่ 6 และนักเรียนคนที่ 5 ตั้งแต่ครั้งที่ 8

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินการแสดงผลออกซึ่งทักษะในการรอคอย แบ่งปันและการควบคุมอารมณ์ตนเอง

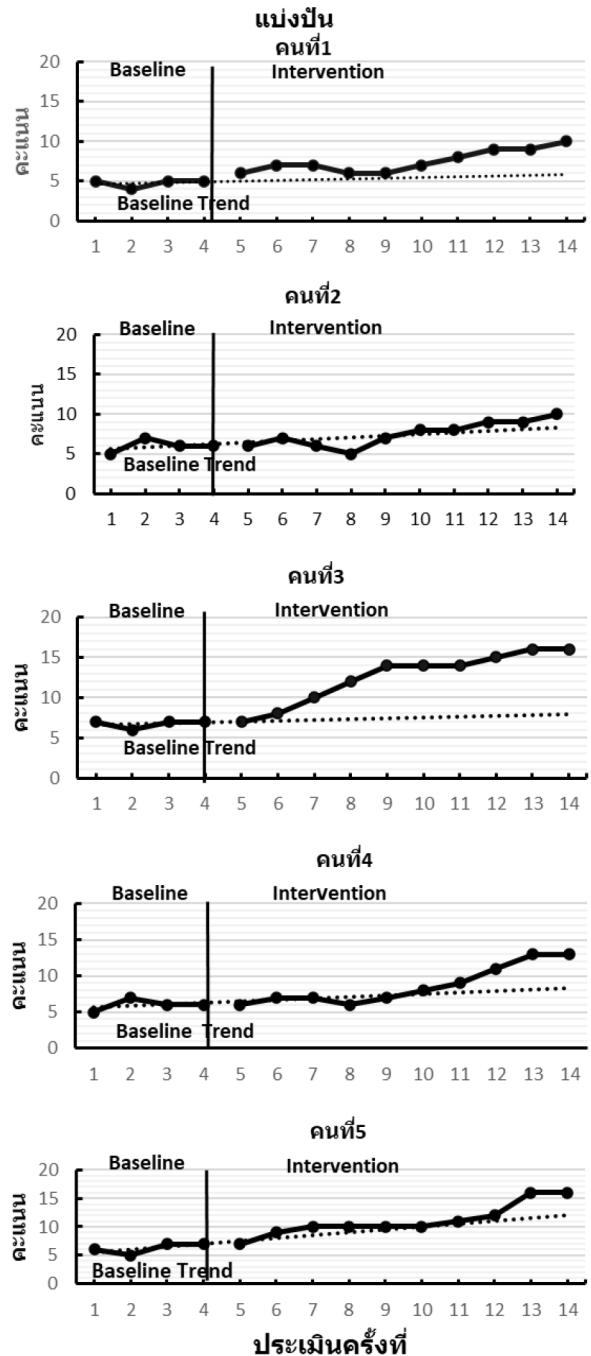
ชนิดของทักษะที่กำลังถูกประเมิน	นักเรียนคนที่กำลังถูกประเมิน	ครั้งที่ (นับต่อเนื่องกัน)													
		ระยะ Baseline (1 - 4)					ระยะ Intervention (5 - 14)								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
รอคอย	1	5	5	5	5	5	5	6	5	6	6	7	7	7	8
	2	5	5	5	5	5	6	6	5	6	6	8	9	9	9
	3	6	6	6	6	6	8	9	9	11	13	14	15	17	17
	4	5	5	6	6	6	6	7	7	8	10	11	12	14	14
	5	6	6	7	7	7	7	7	9	10	10	11	11	16	16
แบ่งปัน	1	5	5	6	6	6	7	7	6	6	7	8	9	9	10
	2	5	5	6	6	6	7	6	5	7	8	8	9	9	10
	3	7	6	7	7	8	9	10	12	14	14	14	15	17	17
	4	5	5	6	6	6	7	7	6	7	8	9	11	13	13
	5	6	6	7	7	7	9	10	10	10	10	11	12	16	16
ควบคุมอารมณ์ตนเอง	1	5	5	5	5	5	6	7	5	6	7	8	9	9	9
	2	6	6	6	6	6	8	7	6	7	8	9	12	13	14
	3	6	6	6	6	6	7	9	9	11	13	14	15	17	18
	4	6	5	7	7	7	7	8	7	8	10	10	12	13	13
	5	6	6	7	7	7	9	10	10	11	11	12	12	18	18

นักเรียนหมายเลขเดียวกันคือคนเดียวกัน แต่ละทักษะหลักมี 5 ทักษะย่อย แต่ละทักษะย่อยมีคะแนนจาก 1 - 5 คะแนนเต็มแต่ละทักษะหลักคือ 25 คะแนน ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ประเมินการแสดงผลออกซึ่ง ประเมินทุกป้ายวันศุกร์ ประเมินคะแนนใส่กระดาษ กระดาษคะแนนจะถูกส่งไปให้ผู้สนับสนุนคนสุดท้ายภายในเย็นเดียวกันเพื่อบรรจุคะแนนเข้าสู่ระบบ file ใน computer มีการแนะนำให้ผู้ช่วยนักวิจัยไม่ให้จำคะแนนที่ได้จากการประเมินครั้งก่อนๆ

กราฟที่ 1 แสดงผลการประเมินทักษะการรอคอย เปรียบเทียบระหว่างระยะ baseline กับระยะ intervention ภายใต้อาชีพได้แสดง baseline trend ของนักเรียนแต่ละคน



กราฟที่ 2 แสดงผลการประเมินทักษะการแบ่งปัน เปรียบเทียบระหว่างระยะ baseline กับระยะ intervention ภายใต้อาชีพได้แสดง baseline trend ของนักเรียนแต่ละคน



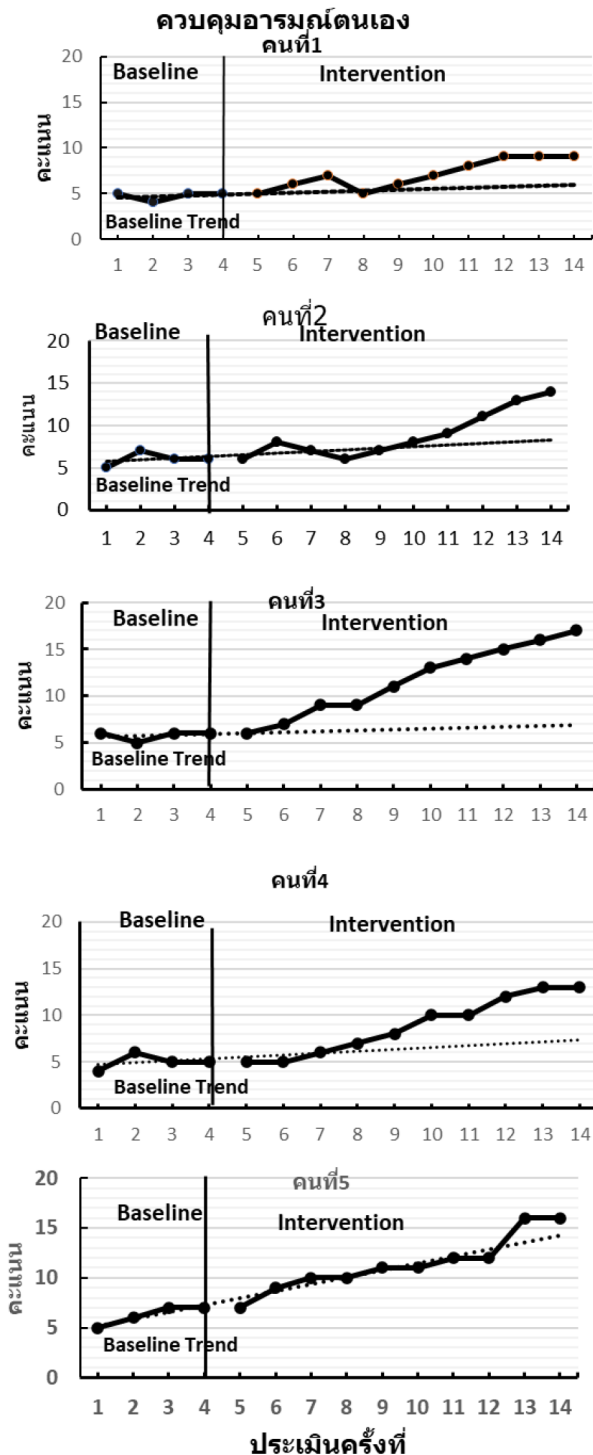
วิจารณ์

นักเรียนอนุบาลที่เป็นโรค ASD ที่เข้าร่วมกับโครงการวิจัย มีความรุนแรงของโรค ASD ตามเกณฑ์ของ DSM-5 เพียงระดับ 1 แต่ก่อนการทดลองเด็กมีความสามารถในการแสดงทักษะรอคอย แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย และแม้ว่าจะได้เรียนรู้

จากบอร์ดเกมเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องแสดงทักษะทางสังคม ข้างต้น คะแนนผลของการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะจะนำไปแสดงทักษะเหล่านี้ในชีวิตประจำวันที่ประเมินด้วยความบ่อยในการแสดงทักษะเป้าหมายโดยไม่หยุดหยิ่งก็ยิ่งขึ้นๆ ลงๆ ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเกิดจากการประเมินเป็นการประเมินทักษะทางสังคมรอคอย

ในหลายเหตุการณ์ย่อย ประเมินทักษะแบ่งปันเป็นก็ประเมินในหลายเหตุการณ์ย่อย ประเมินการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ก็ประเมินในหลายเหตุการณ์ย่อย แทนที่จะประเมินทักษะทางสังคมในเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเท่านั้น เช่น ประเมินทักษะใน

กราฟที่ 3 แสดงผลการประเมินทักษะการควบคุมอารมณ์เปรียบเทียบระหว่างระยะ baseline กับระยะ intervention ภายในกราฟได้แสดง baseline trend ของนักเรียนแต่ละคน



การรอคอยคุณพ่อคุณแม่มารับที่นั่น เป็นต้น แต่ละทักษะทางสังคมจะมีหลายเหตุการณ์ที่ต้องใช้ทักษะเดียวกัน กว่าจะมีความสามารถในการแสดงทักษะทางสังคมอย่างเดียวกันแต่ในหลายเหตุการณ์ย่อยๆ ได้อย่างเสถียร ก็ต้องสอนไปเรื่อยๆ จนกว่าจะจดจำได้หมด และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ การสอนให้ทราบว่าเมื่อเหตุการณ์นาาชนิดที่ต้องให้แสดงทักษะเดียวกันเป็นการเตรียมเด็กให้ generalization เป็นการสอนให้เกิดความสามารถในการ generalize จะต้องเป็นส่วนหนึ่งของแผนการสอน¹⁶ การสอนด้วยบอร์ดเกมนี้มีช่วงเวลาพักคั่นระหว่างการสอน เป็นการสอนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การสอนโดยมีช่วงพักคั่นจะทำให้เด็กเรียนรู้อะไรที่ได้อ่านแล้วไปกระบวนการเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป สามารถนำไปใช้ได้กว้างขวางขึ้น¹⁷ ผลการทดลองพบว่าการสอนทักษะควบคุมอารมณ์ตนเองได้กว่าคะแนนการแสดงทักษะนี้จะเสถียรจะต้องสอนหลายครั้งกว่าการสอนทักษะทางสังคมอีกสองชนิด อย่างไรก็ตามการประเมินความสามารถในการแสดงทักษะทางสังคมครั้งสุดท้ายก็ยังพบว่า นักเรียนชั้นอนุบาลบางคนก็ยังแสดงทักษะทางสังคมได้คะแนนเพิ่มจากระยะ baseline ไม่ได้มากนัก

การวิจัยนี้พบว่าสามารถสอนให้เกิดทักษะทางสังคมชนิดรอคอย แบ่งปัน และควบคุมอารมณ์ตนเองด้วยบอร์ดเกมได้ บอร์ดเกมเป็นเกมที่มีโครงสร้างที่แน่นอน กิจกรรมที่มีโครงสร้างที่แน่นอนจะส่งเสริมเด็กเรียนรู้อะไรที่ซ้ำมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากขึ้น¹⁸ ในเกมก็มีการผลัดเปลี่ยนกันรอคอย มีการคิดก่อนที่จะนำการ์ดเหตุการณ์ที่ต้องแสดงทักษะที่ตนเองทอยได้ มีการให้รางวัล (ปรบมือ แปะมือซึ่งกันและกัน) มีการให้บททวน มีการสร้างสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน มีการสร้างความเข้าใจพฤติกรรมกลุ่มและเข้าใจทักษะทางสังคม¹⁹ ในเกมยังมีการฝึกฝนการไม่พบการ์ดเหตุการณ์ที่ตรงกับทักษะที่ทอยได้ ทำให้ต้องหยิบการ์ดจากกองกลางเพิ่ม และถ้าหยิบมาแล้วการ์ดเหตุการณ์ยังไม่ตรงกับทักษะที่ทอยได้ ก็ต้องผ่านการเล่นไปให้เพื่อนคนถัดไป¹⁸ เป็นการชักจูงความผิตหวังในบรรยากาศการเล่นที่มีความปลอดภัย (safe environment)²⁰ การเล่นเกมที่สอนเกี่ยวกับทักษะทางสังคม เล่นซ้ำๆ จะเป็นการปลูกฝังให้เกิดทักษะเป้าหมายอย่างแข็งแรงเพื่อใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป การเล่นเกมของเด็กเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาของเด็กเอง ในขณะที่เด็กกำลังเล่นเด็กจะพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาและการเล่นช่วยสร้างมิตรภาพ²¹ ขณะเดียวกันเมื่อนำผลการวิจัยไปใช้จริง ผู้สอนจะต้องหมั่นตรวจสอบเสมอว่าคะแนนที่ได้จากการประเมินการแสดงทักษะ

ในช่วงโมเมนต์ต่างๆ ในระยะ intervention อยู่เหนือ baseline trend หรือเหนือกว่าการปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติหรือไม่ คนที่เกี่ยวข้องในการสอนนักเรียนชั้นอนุบาลที่เป็นโรคออทิซึมสเปกตรัมจึงสามารถเลือกใช้บอร์ดเกมสอนทักษะทางสังคมแก่นักเรียนได้ ทั้งนี้เพราะว่าในขณะนี้ยังไม่มีวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่ใช้สอนทักษะทางสังคมแก่นักเรียนออทิซึมสเปกตรัมได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด²²

ข้อจำกัด

การวิจัยนี้เป็น single subject design ไม่มีกลุ่มควบคุม การมีกลุ่มควบคุมจะได้เปรียบเทียบกับคะแนนพฤติกรรมการแสดงทักษะเป้าหมายระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่ม intervention ทำให้สามารถเข้าใจและตีความหมายผลการวิจัยด้วยสถิติอนุมาณได้²³ คณะผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชั้นอนุบาลที่เป็นโรคออทิซึมสเปกตรัมที่มีอยู่ทั้งหมด 5 คน ในศูนย์วิจัยออทิสติก มหาวิทยาลัยขอนแก่น เข้าร่วมกับโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยประสบความสำเร็จที่นักเรียนทุกคนพยายามแสดงความยินยอมที่จะเข้าร่วมกับโครงการวิจัย ขณะเดียวกันผู้ปกครองของเด็กเหล่านี้ก็แสดงความยินยอมที่จะให้บุตรของตนเองเข้าร่วมกับการวิจัย คณะผู้วิจัยจึงไม่ได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

การตีความผลจากการวิจัยด้วย single subject design ไปได้อย่างทั่วไป (generalization) แม้ว่าจะเป็นการ single subject design ที่มีกรณีตัวอย่างถึง 5 กรณี ก็ต้องตีความอย่างระมัดระวัง คณะผู้วิจัยปรารถนาอย่างยิ่งที่จะดำเนินการวิจัยนี้ซ้ำด้วย randomized controlled trials ซึ่งเป็น gold standard สำหรับการประเมิน effectiveness research เพื่อนำไปสู่การอ้างอิงหรือการใช้ทั่วไปได้ (generalization)²⁴ เครื่องมือที่ใช้ประเมินการแสดงทักษะการสื่อสารอารมณ์ คณะผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจงกับทักษะที่ได้เรียนรู้จากบอร์ดเกม เป็นแบบประเมินพฤติกรรมทักษะทางอารมณ์ที่ตรงเป้าหมายของการวิจัย เป็นแบบประเมินที่สั้น ทำให้เสร็จได้ในระยะเวลาสั้น การฝึกฝนผู้ให้คะแนนทักษะทางอารมณ์จนได้คะแนนตรงกันกับที่คณะผู้วิจัยให้ก็ทำได้ง่าย คณะผู้วิจัยได้แนวคิดในการให้คะแนนจากแบบประเมิน social skill rating scale (SSRS) เป็นแบบประเมินแบบ Likert มีค่า internal consistency 0.94 และค่า stability estimate ของทั้งฉบับ 0.84²⁵ วรรณกรรมที่รายงานผลการทำวิจัยโดยสร้างแบบประเมินแบบสั้นและประเมินตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ก็สามารถพบได้²⁶ การประเมินการแสดงทักษะเป้าหมายในงานวิจัยนี้กระทำภายในสิ่งแวดล้อมที่เป็นโรงเรียนไม่ได้ประเมินนอกโรงเรียน เช่นนี้อาจจะทำให้การนำผลการวิจัยไปใช้มีข้อจำกัด

การประเมินแบบเฉพาะเหตุการณ์ย่อมทำให้แบบประเมินมีข้อจำกัดคือไม่ได้ประเมินการแสดงทักษะในภาพกว้าง อีกประการหนึ่งแบบประเมินแม้จะได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญว่ามีความเหมาะสม แต่ก็ควรจะได้ผ่านการทดสอบ psychometric property เพื่อการเลือกแบบประเมินที่เหมาะสมที่สุดในการทำวิจัย²⁷ นักเรียน ASD บางคนเรียนรู้การแสดงทักษะทางสังคมเป้าหมายได้เร็ว บางคนก็เรียนรู้การแสดงทักษะทางสังคมเป้าหมายได้ช้า จึงสมควรจะได้ศึกษาว่าเกิดจากอิทธิพลอะไร เช่น ระดับเชาวน์ปัญญา ความสามารถในการฟังแล้วเข้าใจได้เร็ว ความสามารถในการเข้าใจสังคมและระดับการสบตา นอกจากนี้การวิจัยไม่ได้ใช้สเกลวัดอาการของ ASD โดยตรง ทั้งก่อนและหลัง intervention ที่เป็นเช่นนี้เพราะการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เฉพาะอยู่ที่การพัฒนาทักษะการสังคมชนิดย่อยเท่านั้น

สรุป

บอร์ดเกมมีความเหมาะสมที่จะใช้สอนให้นักเรียนอนุบาลที่เป็นโรค ASD ให้รู้จักและนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับทักษะในรอยคออ แบ่งปันและควบคุมอารมณ์ตนเองได้โดยไม่หงุดหงิด แต่ก็ต้องสอนอยู่เรื่อยๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้นิพนธ์ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยออทิสติก มหาวิทยาลัยขอนแก่น เด็กนักเรียนชั้นอนุบาล ผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่อนุญาตให้ทำกิจกรรมการวิจัยนี้จนกระทั่งเสร็จสิ้นการวิจัย คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยและบริการออทิสซึม มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้อนุมัติทุนการวิจัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวนเงิน 35,000 บาท เพื่อสนับสนุนการทำวิจัยนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีประโยชน์ขัดกันใดๆ สถาบันวิจัยและบริการออทิสซึม มหาวิทยาลัยขอนแก่น แม้จะให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยนี้ แต่ก็ไม่มีบทบาททางความคิดต่อการดำเนินงานวิจัยนี้ ไม่ว่าจะเป็นการเขียนโครงร่างการวิจัย การดำเนินการวิจัย การตีความและการรายงานผลการวิจัย ผลการวิจัยนี้เกิดจากความคิดและการทำวิจัยอย่างอิสระของคณะผู้วิจัยเท่านั้น

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ปิยะวรรณ ศรีสุรภักดิ์: คิดชื่อเรื่อง วางรูปแบบการวิจัย กำกับการวิจัย เขียนบทความ; นิษฐเนตร กาศีชา: ช่วยคิดชื่อเรื่อง

ช่วยออกความคิดเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย ดำเนิน ช่วยตรวจทาน และออกความเห็นเกี่ยวกับบทความ; กวรวรรณ โหม่งพุดม: ช่วยคิด ชื่อเรื่อง ช่วยออกความคิดเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย ช่วยกำกับ การวิจัย ช่วยตรวจทานและออกความเห็นเกี่ยวกับบทความ; สุชาติ พหลภาคย์: ช่วยคิดชื่อเรื่อง ช่วยออกความคิดเกี่ยวกับรูปแบบ การวิจัย ช่วยกำกับการวิจัย ออกแบบการวิเคราะห์ผลการวิจัย ช่วยตรวจทานและออกความเห็นเกี่ยวกับบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Autism spectrum disorder. In: American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2022. p.56-67.
2. Groden J, Cautela J. Procedures to increase social interaction among adolescents with autism: a multiple baseline analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1988; 19: 87-93.
3. Romanczyk RG, White S, Gillis JM. Social skills versus skilled social behavior: a problematic distinction in autism spectrum disorders. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention* 2005; 2: 177-93.
4. Bandura A. Social learning theory. NY: Prentice-Hall; 1977.
5. Osei A. Application of theoretical and experiential Learning. In: Osei A. Beginning with Brandon's Interest. Leiden: Brill; 2010: p.89-98.
6. Gates JA, McNair ML, Richards JK, Lerner MD. Social knowledge & performance in autism: a critical review & recommendations. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2023; 26: 665-89.
7. Lindsay S, Hounsell KG, Cassiani C. A scoping review of the role of LEGO® therapy for improving inclusion and social skills among children and youth with autism. *Disabil Health J* 2017; 10: 173-82.
8. Mathrick R, Meagher T, Norbury CF. Evaluation of an interview skills training package for adolescents with speech, language and communication needs. *Int J Lang Commun Disord* 2017; 52: 786-99.
9. Noda S, Shirotaki K, Nakao M. The effectiveness of intervention with board games: a systematic review. *Biopsychosoc Med* 2019; 21: 13-22.
10. Oppenheim-Leaf ML, Leaf JB, Call NA. Teaching board games to two children with an autism spectrum disorder. *J Dev Phys Disabil* 2012; 24: 347-58.
11. Hsu HT, Lee IJ. Using augmented reality technology with serial learning framework to develop a serial social story situation board game system for children with autism to improve social situation understanding and social reciprocity skills. *Proceeding of the Universal Access in Human-Computer Interaction. Applications and Practice: 14th International Conference, UAHCI 2020. Gewerbestrasse: Springer International Publishing; 2020.*
12. Hromek R, Roffey S. Promoting social and emotional learning with games: it's fun and we learn things. *Simulation & Gaming* 2009, 40: 626-44.
13. Turner RC, Mulvenon SW, Thomas SP, Balkin RS. Computing indices of item congruence for test development validity assessments. *Proceeding of the 27th Annual SAS Users' Group Inter-National Conference. Miami: SAS Institute Inc; 2002.*
14. Johnson MB, Ottenbacher KJ. Trend line influence on visual analysis of single-subject data in rehabilitation research. *Int Disabil Stud* 1991; 13: 55-9.
15. Katz AL, Webb SA, Committee on bioethics. Informed consent in decision-making in pediatric practice. *Pediatrics* 2016; 138(2): e20161485.
16. McCarton C, Weiss MJ, Feldman I, Hickie J, The McCarton Foundation. Improving the generalization of skills in learners with autism. *Autism Spectrum News. MA: David Minot. [updated 2009 Jul 1; cited 2023 Oct 10]* Available from: <https://autismspectrumnews.org/improving-the-generalization-of-skills-in-learners-with-autism/>
17. Donato KM. Generalization: help your child apply new skills to new situations. [homepage on the Internet] [updated 2018 June 3; cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://www.discover-autism-help.com/generalization.html>.
18. Morrier MJ, Ziegler SMT. I wanna play too: factors related to changes in social behavior for children with and without autism spectrum disorder after implementation of a structured outdoor play curriculum. *J Autism Dev Disord* 2018 ;48: 2530-41.
19. Seselja E, Leake J. Can kids with autism and ADHD learn more effectively by playing tabletop games? Sydney: ABC [updated 2021 Apr 15; cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://www.abc.net.au/news/2021-04-15/tabletop-games-transform-learning-for-kids-with-autism-/100058168>
20. Department of Education. The learning environment. Queensland Government: Autism Hub [updated 2020 Sep 04; cited 2023 Oct 10]. Available from: [The learning environment \(education.qld.gov.au\)](https://www.education.qld.gov.au).
21. Yilmaz RM. Educational magic toys developed with augmented reality technology for early childhood education. *Comput Hum Behav* 2016; 54: 240-8.
22. Francis K. Autism interventions: a critical update. *Dev Med Child Neurol* 2005; 47: 493-9.
23. Tachibana Y, Miyazaki C, Ota E, Mori R, Hwang Y, Kobayashi E, et al. A systematic review and meta-analysis of comprehensive interventions for pre-school children with autism spectrum disorder (ASD). *PLoS One* 2017; 12: 1-8.
24. Hariton E, Locascio JJ. Randomised controlled trials - the gold standard for effectiveness research. *BJOG* 2018; 125: 1716.
25. Gresham FM. Assessment of social skills in children and adolescents. In: Andrews JJW, Saklofske DH, Janzen HL. Editors. *Handbook of psychoeducational assessment: Ability, achievement, and behavior in children.* UT: Academic Press; 2001. pp. 325-55.
26. Gresham FM, Cook CR, Collins T, Dart E, Rasetshwane K, Truelson E, et al. Developing a Change-Sensitive Brief Behavior Rating Scale as a progress monitoring tool for social behavior: An example using the Social Skills Rating System-Teacher Form. *School Psychology Review* 2010; 39: 364-79.
27. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26: 649-59.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของเด็กและวัยรุ่นนอกทิสซึมสเปกตรัม

วริษา จุลเสน*, ทิฆัมพร หอสิริ*, นภัทร สิทธาโนมัย**

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคออทิสซึมสเปกตรัมในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ณ โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบตัดขวาง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมและผู้ปกครอง ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม 3 ชุด คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 167 คนในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมร้อยละ 46.7 ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน พบร้อยละ 85.6 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น พบร้อยละ 39.5 พฤติกรรมเกรง พบร้อยละ 24.6 และปัญหาอารมณ์ พบร้อยละ 15 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรคร่วมทางจิตเวช ปัญหาการนอน ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวถูกกักตัวเนื่องจากมีความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 และมีความยากลำบากในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

สรุป ความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมมีทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และประสบการณ์ของผู้ป่วยในช่วงการระบาด ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลควรมีการประเมินและติดตามปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

คำสำคัญ โควิด-19 ออทิสซึมสเปกตรัม ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม เด็ก วัยรุ่น ประเทศไทย

Corresponding author: ทิฆัมพร หอสิริ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: tikumporn.hos@mahidol.ac.th

วันรับ : 6 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2567 วันตอบรับ : 3 เมษายน 2567

Prevalence and Associated Factors of Emotional and Behavioral Problems During COVID-19 Pandemic in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder

Warisa Chulasen*, Tikumporn Hosiri*, Napat Sittanomai**

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

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

ABSTRACT

Objective: To explore the prevalence and factors associated with emotional and behavioral problems among children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD) during the COVID-19 pandemic who sought care at Siriraj Hospital from July 2022 to January 2023.

Methods: This descriptive cross-sectional study recruited children with ASD and their parents. Parents were required to complete three questionnaires; demographic data about children and their guardians, the Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and an assessment of the impact of the COVID-19 pandemic.

Results: The study included 167 participants. The prevalence of emotional and behavioral problems was 46.7%. Within each dimension, the prevalence rates were as follows: peer relationship problems at 85.6%, hyperactivity/inattention at 39.5%, conduct problems at 24.6%, and emotional symptoms at 15.0%. Emotional and behavioral problems were significantly associated with psychiatric comorbidities, quarantine measures affecting both children and family members due to COVID-19 risk, confirmed cases of COVID-19 among family members, disruptions to children's daily routines, and sleep problems.

Conclusion: The prevalence of emotional and behavioral problems during the COVID-19 pandemic in children and adolescents with ASD was nearly half the total sample in the study. They may experience emotional and behavioral problems, which can be caused by both comorbidity psychiatric disorders and patient's experiences. As such, it is important for physicians to closely monitor and assess any such issues in their ASD patients.

Keywords: COVID-19, autism spectrum disorder (ASD), emotional and behavioral problems, children, adolescence, Thailand

Corresponding author: Tikumporn Hosiri

E-mail: tikumporn.hos@mahidol.ac.th

Received 6 December 2023 Revised 20 March 2024 Accepted 3 เมษายน 2024

บทนำ

โรคออทิสซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder, ASD) มีอาการแสดงหลักคือ ความล่าช้าของพัฒนาการด้านภาษา และด้านทักษะสังคม มีความผิดปกติของพฤติกรรมและความไวของประสาทสัมผัส มีความสนใจหมกมุ่นหรือจำกัดไม่เป็นตามพัฒนาการปกติ¹ ข้อมูลประชากรรวมพบเด็กออทิสซึมสเปกตรัมได้ประมาณ 1 ในประชากร 100 คน^{2,3} ข้อมูลในประเทศไทยจากสำนักสถิติแห่งชาติ รายงานผลสำรวจของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2559 ความชุกของโรคออทิสซึมสเปกตรัมพบ 6 คน ในประชากร 1,000 คน⁴ จากการศึกษาในต่างประเทศ ผู้ป่วยออทิสซึมสเปกตรัมมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมากกว่าประชากรทั่วไป ความชุกของปัญหาดังกล่าวสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคม อาการแสดงของผู้ป่วยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย⁵

จากสถานการณ์การระบาดทั่วโลก (pandemic) ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (COVID-19) ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563⁶ มีรายงานพบปัญหาความเครียดที่เพิ่มขึ้น พบความเสี่ยงและกระตุ้นอาการทางจิตเวชในกลุ่มประชากรทั่วไปมากขึ้น^{7,8} จากนโยบายการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบต่อรูปแบบชีวิตประจำวันของประชาชนและระบบของสังคมทั่วโลก เช่น การจำกัดการเดินทาง การปรับรูปแบบการทำงานและการเรียน กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคออทิสซึมสเปกตรัมได้ถูกจัดเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว และเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลพิเศษ⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาในต่างประเทศพบปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมโดยเปรียบเทียบช่วงก่อนและช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าในช่วงที่มีการระบาด กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ความสามารถทางสังคมลดลง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมมีทั้งปัจจัยเรื่องเพศ สถานการณ์การกักตัว และการขาดความช่วยเหลือจากโรงเรียน¹⁰⁻¹² สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อรายแรกตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และเกิดการระบาดระลอกแรกตามมา รัฐบาลไทยประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (พรก.ฉุกเฉิน) ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การทำงานที่บ้าน การเรียนรูปแบบออนไลน์ การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการระบาด การกักตัวผู้ติดเชื้อและผู้มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ และการจำกัดการเดินทางข้ามประเทศ การระบาดระลอกที่ 2 ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ระลอกที่ 3 ในเดือน

เมษายน พ.ศ. 2564 และระลอกที่ 4 ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งสถานการณ์การระบาดระลอกที่ 4 เป็นช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์โอไมครอน (omicron) ซึ่งผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง รัฐบาลจึงมีการผ่อนปรนนโยบายควบคุมการระบาดของโรค เช่น เปิดการเดินทางระหว่างพื้นที่ เริ่มเปิดการเรียนที่สถาบันการศึกษา การปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานตามปกติ ภายใต้นโยบายป้องกันการติดเชื้อ เช่น การรักษาระยะห่างและสวมหน้ากากอนามัย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีการปรับนโยบายการบริหารสถานการณ์การระบาดเข้าสู่ระดับโรคประจำถิ่น (endemic)¹⁴ และมีการยกเลิกการใช้ พรก.ฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565¹³⁻¹⁷

การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีจำกัด ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคออทิสซึมสเปกตรัม ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบตัดขวาง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ประชากรคือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคออทิสซึมสเปกตรัมที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2566 การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัสโครงการ COA SI 242/2565) รูปแบบการศึกษาเป็นลักษณะการสำรวจโดยผู้ปกครองตอบแบบสอบถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว ใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงงานวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลของอาสาสมัครถูกเก็บเป็นความลับและไม่มี การระบุตัวตน อาสาสมัครทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโดยไม่มีผลต่อการรักษา

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยออทิสซึมสเปกตรัมที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ที่มีอายุ

4 - 16 ปี 2) ผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีช่วงเวลาดูแลผู้ป่วยนานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) ผู้ดูแลสามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ 4) ผู้ดูแลและผู้ช่วยยินดีเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคในการตอบแบบสอบถาม 2) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือตอบแบบทั้งดิ่ง

ขนาดตัวอย่างในงานวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตร

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

กำหนดค่า N คือค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้ป่วยออทิสซึมสเปกตรัมที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 - 2564 ค่า p คือความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่นโรคออทิสซึมสเปกตรัม อ้างอิงการศึกษาของ Stephanie et al. (2022)¹⁸ เท่ากับร้อยละ 80 และกำหนดค่า acceptable error เท่ากับ 0.05 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 153 คน และเพื่อป้องกันการ dropout จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 184 คน

เครื่องมือ

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ อายุที่เริ่มพูดคำที่มีความหมาย ลักษณะโรงเรียน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการรักษา โรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ และประวัติการรักษาด้วยยาทางจิตเวช
 - 1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา และสถานะการทำงาน (นิยามของสถานะการทำงาน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การทำงานเต็มเวลา (full-time) หมายถึงลูกจ้างหรือพนักงานทั่วไปที่มีสัญญาจ้าง และการทำงานไม่เต็มเวลา (part-time) หมายถึง การทำงานแบบยืดหยุ่น

โดยมีข้อตกลงเรื่องวัน เวลาทำงาน และจำนวนชั่วโมงทำงานเป็นครั้ง)

2. แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนฉบับภาษาไทย (ชุดผู้ปกครองประเมินเด็ก) แปลจาก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) โดย ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และ พรรณพิมล วิปุลการ^{19,20} ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เครื่องมือจากกรมสุขภาพจิต แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ทั้งฉบับ ในเกณฑ์ดี ($\alpha = 0.76$) มีจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็นด้านจุดแข็ง คือ ความสามารถทางสังคม ด้านจุดอ่อน คือ ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น และปัญหาพฤติกรรมเกรง/ความประพฤติ การศึกษานี้เลือกข้อคำถามเฉพาะด้านจุดอ่อน เนื่องจากต้องการศึกษาปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม ผู้ปกครองเลือกคำตอบที่ตรงกับผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา การให้คะแนนและแปลผล แบบสอบถามมีคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน คะแนนรวมแต่ละด้านเท่ากับ 0 - 10 คะแนน รายงานเป็นค่าคะแนนดิบ และแปลงเป็นค่าคะแนนมาตรฐาน (T-score) เพื่อแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ เกณฑ์ปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหา

3. แบบสอบถามผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของ Colizzi et al (2020)¹⁰ และ Amorim et al. (2020)¹¹ การศึกษานี้กำหนดช่วงระยะเวลาที่ได้รับผลกระทบตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565¹⁴ ข้อคำถามเกี่ยวกับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดต่อผู้ป่วย ผู้ปกครองและครอบครัว เช่น การไม่ได้ไปโรงเรียน การกักตัว การติดเชื้อโรค และการสูญเสียจากสถานการณ์การระบาด รวมทั้งมีคำถามเรื่องแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ รวมจำนวนคำถามเท่ากับ 14 ข้อ คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ มีและไม่มี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS สถิติเชิงพรรณนา แสดงข้อมูลทั่วไป ความชุก และลักษณะของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม นำเสนอด้วยค่าความถี่ (n) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD) ส่วนข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR) สถิติเชิงวิเคราะห์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม ข้อมูลที่มีการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้สถิติ independent-sample t-test

เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ การเปรียบเทียบข้อมูลมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้สถิติ ANOVA เมื่อมีการแจกแจงแบบปกติ หากมีนัยสำคัญทางสถิติใช้สถิติ Bonferroni test ใช้ Pearson correlation เมื่อข้อมูลที่เปรียบเทียบกัน 2 ชุด ที่เป็นข้อมูลแบบอัตราส่วน และใช้สถิติ Multivariable linear regression analysis เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมเมื่อได้ควบคุมปัจจัยอื่นของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 176 ราย ตอบข้อมูลครบถ้วนจำนวน 167 ราย (ร้อยละ 94.9) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยออกซิซึมสเปกตรัมมีอายุเฉลี่ย 8.89 ± 3.54 ปี เพศชาย 145 คน (ร้อยละ 86.8) มีโรคประจำตัวทางจิตเวชอื่นๆ ร้อยละ 77.2 แบ่งเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 55.7 ความบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 46.7 และโรคอื่นๆ ร้อยละ 15.6 ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยาจิตเวช ร้อยละ 76.6 พบการใช้กลุ่มยาด้านอาการทางจิต (antipsychotic drugs) มากที่สุด (ร้อยละ 54.5) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการรักษาเท่ากับ 4 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มพูดคำที่มีความหมายเท่ากับ 2.59 ± 1.24 ปี เข้ารับการศึกษานในโรงเรียน ร้อยละ 90.4 เป็นโรงเรียนทั่วไป ร้อยละ 68.3 และอายุเฉลี่ยที่เริ่มเข้าโรงเรียนเท่ากับ 3.75 ± 1.58 ปี

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.75 ± 9.47 ปี เพศหญิง ร้อยละ 85.6 เป็นมารดา ร้อยละ 71.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.3 ทำงานเต็มเวลา ร้อยละ 48.5 ผู้ป่วยอาศัยกับบิดาและ/หรือมารดา ร้อยละ 83.2 ดังตารางที่ 1

ความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรวมในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

พบความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรวมเท่ากับ ร้อยละ 46.7 แบ่งเป็นปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 85.6 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น ร้อยละ 39.5 พฤติกรรมเกร ร้อยละ 24.6 และปัญหาอารมณ์ ร้อยละ 15.0 ดังตารางที่ 2

ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ผลกระทบต่อผู้ป่วย พบว่าไม่ได้ไปโรงเรียน ร้อยละ 71.3

ไม่ได้ทำกิจกรรมนอกบ้าน ร้อยละ 68.3 มีปัญหาการเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 49.1 ผู้ปกครองมีความยากลำบากในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ร้อยละ 44.9 ผู้ป่วยต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 40.7 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 37.7 และพบมีปัญหาคารนอน ร้อยละ 23.4

ผลกระทบต่อผู้ปกครองและครอบครัว พบว่ามีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.9 สมาชิกในครอบครัวต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 49.7 สมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 49.1 สูญเสียสมาชิกในครอบครัวจากการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 1.8

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ดังนี้ จากสถานพยาบาล ร้อยละ 44.3 จากโรงเรียน ร้อยละ 40.1 และจากชุมชน ร้อยละ 28.7 ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรวม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ($t = -2.571, p = 0.011$) มีโรคสมาธิสั้นเป็นโรคร่วม ($t = -2.905, p = 0.011$) ผู้ป่วยต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด-19 ($t = -2.824, p = 0.005$) ผู้ดูแลมีความลำบากในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($t = -2.282, p = 0.024$) มีปัญหาการนอน ($t = -4.03=28, p < 0.001$) สมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ($t = -3.140, p = 0.002$) และมีสมาชิกในครอบครัวต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ($t = -3.057, p = 0.003$) ดังตารางที่ 4

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติมโดยควบคุมปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ พบว่าผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ยังคงมีความสัมพันธ์กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด-19 ($p = 0.006$) ผู้ดูแลมีความลำบากในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($p = 0.007$) มีปัญหาการนอน ($p < 0.001$) สมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อโควิด-19 ($p = 0.004$) และมีสมาชิกในครอบครัวต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ($p = 0.004$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง (n = 167)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วย			ผู้ปกครอง		
อายุ			อายุ		
<7 ปี	54	32.3	20 - 40 ปี	68	40.7
7 - 12 ปี	77	46.1	41 - 60 ปี	84	50.3
>12 ปี	36	21.6	>60 ปี	15	9
เพศ			เพศ		
ชาย	145	86.8	ชาย	24	14.4
หญิง	22	13.2	หญิง	143	85.6
โรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ			ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ไม่มี	38	22.8	บิดา	17	10.2
มี	129	77.2	มารดา	120	71.9
โรคสมาธิสั้น	93	55.7	อื่นๆ	30	18
ความบกพร่องทางสติปัญญา	78	46.7	ระดับการศึกษา		
โรคอื่นๆ	26	15.6	ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	35	21
การรักษาด้วยกลุ่มยาจิตเวช			มัธยมศึกษาตอนปลาย	28	16.8
ไม่มี	39	23.4	ปวช.	13	7.8
มี	128	76.6	ปวส.	11	6.6
antipsychotics	91	54.5	ปริญญาตรี	73	43.7
antidepressants	8	4.8	สูงกว่าปริญญาตรี	7	4.2
psychostimulants	67	40.1	สถานะการทำงาน		
benzodiazepines	2	1.2	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	58	34.7
alpha 2 agonists	17	10.2	ทำงานไม่เต็มเวลา (part-time)	28	16.8
อื่นๆ	3	1.8	ทำงานเต็มเวลา (full-time)	81	48.5
อายุที่เริ่มพูดคำที่มีความหมาย			ผู้ที่พักอาศัยกับผู้ป่วยเป็นหลัก		
<5 ปี	134	80.2	พักกับบิดาและ/หรือมารดา	139	83.2
5 ปีขึ้นไป	14	8.4	พักกับญาติที่ไม่ใช่บิดาหรือมารดาและอื่นๆ	28	16.8
ไม่ทราบ	19	11.4			
การเข้ารับการศึกษานในโรงเรียน					
ไม่มี	16	9.6			
มี	151	90.4			
โรงเรียนทั่วไป	114	75.5			
โรงเรียนพิเศษ	37	24.5			
ระยะเวลาที่รับการรักษา (ปี) Median = 4 (IQR = 5)					

IQR = Interquartile range

ตารางที่ 2 ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย (n = 167)

ปัญหา	Mean (SD)	จำนวน (ร้อยละ)		
		ไม่มีปัญหา	กลุ่มเสี่ยง	มีปัญหา
ปัญหาอารมณ์	3.32 (2.00)	122 (73.1)	20 (12.0)	25 (15.0)
พฤติกรรมเกราะ	2.49 (1.66)	96 (57.5)	30 (18.0)	41 (24.6)
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	5.89 (2.43)	76 (45.5)	25 (15.0)	66 (39.5)
ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน	4.94 (1.56)	10 (6.0)	14 (8.4)	143 (85.6)
ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรวม	16.65 (5.39)	55 (32.9)	34 (20.4)	78 (46.7)

นิยามของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรวม หมายถึง รวมปัญหาทั้ง 4 ด้าน คือ ปัญหาอารมณ์ พฤติกรรมเกราะ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน; SD = Standard deviation

ตารางที่ 3 ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (n=167)

ผลกระทบ	จำนวน (ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
ต่อผู้ป่วย		
ไม่ได้ไปโรงเรียน	119 (71.3)	48 (28.7)
ไม่ได้ทำกิจกรรมนอกบ้าน	114 (68.3)	53 (31.7)
มีปัญหาการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล	82 (49.1)	85 (50.9)
ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก	75 (44.9)	92 (55.1)
ต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด-19	68 (40.7)	99 (59.3)
ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อโรคโควิด-19	63 (37.7)	104 (62.3)
มีปัญหาการนอน	39 (23.3)	128 (76.7)
ต่อผู้ปกครองและครอบครัว		
ผลกระทบต่อการทำงานอาชีพ	50 (29.9)	117 (70.1)
ต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด-19	83 (49.7)	84 (50.3)
สมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคโควิด-19	82 (49.1)	85 (50.9)
การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวจากการติดเชื้อโรคโควิด-19	3 (1.8)	164 (98.2)
การช่วยเหลือที่ได้รับ		
การช่วยเหลือจากโรงเรียน	67 (40.1)	100 (59.9)
การช่วยเหลือจากชุมชน	48 (28.7)	119 (71.3)
การช่วยเหลือจากสถานพยาบาล	74 (44.3)	93 (55.7)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมกับปัจจัยต่างๆ

ตัวแปร	ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม		p-value
	Mean	(SD)	
ผู้ป่วย			
อายุ	<7 ปี	15.87 (5.36)	0.371
	7 - 12 ปี	17.22 (5.26)	
	>12 ปี	16.61 (5.69)	
เพศ	ชาย	16.54 (0.43)	0.787
	หญิง	17.36 (1.40)	
โรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ	มี	17.22 (5.37)	0.011*
	ไม่มี	14.71 (5.05)	
โรคสมาธิสั้น	มี	17.71 (5.27)	0.004*
	ไม่มี	15.32 (5.27)	
ความบกพร่องทางสติปัญญา	มี	17.71 (4.79)	0.864
	ไม่มี	16.72 (5.89)	
อื่นๆ	มี	15.31 (5.77)	0.167
	ไม่มี	16.90 (5.30)	
มีคำพูดที่มีความหมายก่อนอายุ 5 ปี	มี	16.46 (5.44)	0.341
	ไม่มี	17.45 (5.16)	
การเข้ารับการศึกษานในโรงเรียน	มี	16.53 (5.46)	0.367
	ไม่มี	17.81 (4.64)	
ลักษณะโรงเรียน	โรงเรียนทั่วไป	16.29 (5.56)	0.344
	โรงเรียนพิเศษ	17.27 (5.15)	
ระยะเวลาได้รับการรักษา (ปี)	Median = 4 (IQR = 5) r = 0.048**		0.537
อายุที่เริ่มเข้าโรงเรียน (ปี)	Mean 3.75 ± 1.58 r = -0.035**		0.672
การไม่ได้ไปโรงเรียน	มี	16.87 (5.33)	0.423
	ไม่มี	16.13 (5.55)	
การไม่ได้ทำกิจกรรมนอกบ้าน	มี	17.14 (5.39)	0.086
	ไม่มี	15.60 (5.28)	
ปัญหาการเข้ารับการตรวจในโรงพยาบาล	มี	16.42 (5.44)	0.577
	ไม่มี	16.89 (5.36)	
ผู้ดูแลมีความลำบากในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	มี	17.69 (5.34)	0.024*
	ไม่มี	15.80 (5.30)	
ผู้ป่วยต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด-19	มี	18.04 (5.47)	0.005*
	ไม่มี	15.70 (5.14)	
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคโควิด-19	มี	17.68 (5.47)	0.054
	ไม่มี	16.03 (5.26)	
มีปัญหาการนอน	มี	19.56 (4.79)	<0.001*
	ไม่มี	15.77 (5.26)	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมกับปัจจัยต่างๆ (ต่อ)

ตัวแปร	ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม Mean (SD)	p-value
ผู้ปกครองและครอบครัว		
ผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ	มี	15.90 (5.32)
	ไม่มี	16.97 (5.41)
ผู้ปกครองต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19	มี	17.90 (5.40)
	ไม่มี	15.42 (5.11)
สมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19	มี	17.95 (5.46)
	ไม่มี	15.40 (5.04)
การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวจากการติดเชื้อโควิด-19	มี	14.00 (3.61)
	ไม่มี	16.70 (5.41)
การช่วยเหลือที่ได้รับ		
จากโรงเรียน	มี	15.93 (5.79)
	ไม่มี	17.14 (5.07)
จากชุมชน	มี	16.67 (5.58)
	ไม่มี	16.65 (5.33)
จากโรงพยาบาล	มี	16.19 (5.73)
	ไม่มี	17.02 (5.10)

SD = Standard deviation; *p-value <0.05; ** r วิเคราะห์ด้วย Pearson correlation

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยสถิติ Multivariable linear regression analysis

ปัจจัย	B	S.E.	β	t	p-value
ผลกระทบต่อผู้ป่วย					
ความลำบากในการดูแลกิจวัตรประจำวัน	2.245	0.824	0.208	2.724	0.007*
ต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด-19	2.312	0.827	0.211	2.796	0.006*
มีปัญหาการนอน	3.784	0.934	0.298	4.050	<0.001*
ผลกระทบต่อครอบครัว					
ต้องกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด-19	2.387	0.813	0.222	2.936	0.004*
สมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19	2.404	0.817	0.224	2.941	0.004*

B = Unstandardized Coefficients; S.E. = The standard error for the unstandardized beta; β = Standardized Coefficients; *p-value<0.05

วิจารณ์

ความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรวม

พบความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรวมในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นนอกทิสซิมสเปกตรัม ร้อยละ 47.6 แตกต่างจากผลการศึกษาในประเทศสหราชอาณาจักรของ Stephanie et al.

(2022)¹⁸ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่รับการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกับการศึกษานี้ และใช้แบบประเมิน SDQ เช่นกัน Stephanie พบความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในขณะเรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 79.8 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 80 ความแตกต่างของความชุกดังกล่าว

อาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนของการศึกษานี้ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งช่วยลดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม จึงอาจพบความชุกของปัญหาน้อยกว่าการศึกษาของ Stephanie ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากหลายวิชาชีพและไม่ได้ระบุการรักษาที่ได้รับการรักษาของ Melanie Palmer et al. (2023)²¹ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกัน โดยเปรียบเทียบคะแนนปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าในช่วงการระบาดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมลดลง อาจเป็นผลมาจากมาตรการเรียนออนไลน์ที่บ้าน ส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมลดความเครียดทั้งจากด้านการเรียนและปัญหาการเข้าสังคม ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของการศึกษานี้ที่มีความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมน้อยกว่าการศึกษาของ Stephanie

การศึกษานี้พบว่าผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กและผู้ดูแลเด็กออทิสซึมสเปกตรัมมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนมากที่สุด (ร้อยละ 85.6) นอกจากนี้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับอาการหลักด้านพัฒนาการภาษาและสังคมล่าช้า ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ป่วยต้องอยู่บ้านเป็นเวลานานและอาจเว้นระยะเวลานานขึ้นในการฝึกกระตุ้นพัฒนากับนักบำบัด ผู้ป่วยจึงขาดโอกาสในการฝึกทักษะภาษาและสังคมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และเมื่อกลับเข้าเรียนในสถานศึกษา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวอย่างมากกับเพื่อนที่ไม่ได้เรียนร่วมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และการเรียนเป็นระบบมากกว่าการเรียนออนไลน์ ซึ่งมีผลการแสดงออกทั้งอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยและส่งผลเสียด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน²² นอกจากนี้การสวมหน้ากากอนามัยและรักษาระยะห่างอาจมีผลต่อความสามารถในการเข้าใจสถานการณ์และอารมณ์ของทั้งผู้ป่วยและเพื่อน โดยเฉพาะผู้ป่วยออทิสซึมสเปกตรัมที่มี gaze fixation บริเวณดวงตาลดลงเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์และการรับรู้อารมณ์ผู้อื่น²³

ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมและปัญหาการนอน สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศอิตาลีของ Magda Di Renzo et al. (2020)²⁴ และการทบทวนงานวิจัยต่างๆ อย่างเป็นระบบของ Janise Dal Pai et al. (2022)²⁵ ซึ่งพบว่าในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 เด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมมีปัญหาอารมณ์ เช่น ความหงุดหงิด

วิตกกังวล และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้นรวมทั้งมีปัญหาการนอน นอกจากนี้การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยและครอบครัวที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโควิด-19 มากกว่าผลการศึกษาในประเทศอิตาลีของ Colizzi et al. (2020)¹⁰ แต่ผลกระทบต่อการจัดการชีวิตประจำวันและผลกระทบต่ออาการประกอบอาชีพของผู้ดูแลน้อยกว่า อาจเป็นเพราะความแตกต่างของช่วงเวลาเก็บข้อมูล การศึกษาของ Colizzi อยู่ในช่วง pandemics ในขณะที่การศึกษานี้เริ่มเข้าสู่ช่วง endemic

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบโรคสมาธิสั้นเป็นโรคร่วม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ต่างพบว่า ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัม การมีโรคสมาธิสั้นเป็นโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมีอาการหุนหัน ควบคุมอารมณ์ไม่ดี จึงเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมได้ง่าย²⁶⁻²⁸ แต่ในทางตรงข้ามมีการศึกษาพบว่าจากสถานการณ์การกักตัวที่บ้าน ผู้ปกครองและเด็กที่มีอาการโรคสมาธิสั้นอยู่บ้านร่วมกัน ทำให้มีการดูแลใกล้ชิด ส่งผลให้อาการสมาธิสั้นดีขึ้น²⁹ ซึ่งอาจทำให้พบความชุกของปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้า

การศึกษานี้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ปัญหาการนอน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าปัญหาการนอนสัมพันธ์กับปัญหาอารมณ์ อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น หงุดหงิดและก้าวร้าว^{30,31} โดยปัญหาการนอนนั้นส่งผลให้ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมนั้นแย่ลง ในทางกลับกันการมีโรคสมาธิสั้น ทำให้ปัญหาการนอนนั้นแย่ลง ซึ่งปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 นั้น อาจมีตั้งแต่วิธีเข้านอนและเวลาตื่นที่ช้าขึ้น ระยะเวลาการนอนที่สั้นลง ความกังวลก่อนเข้านอน มีการศึกษาเปรียบเทียบในความแตกต่างของเวลาเข้านอนและตื่นนอน ในช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³² ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องกักตัวเนื่องจากความเครียดติดเชื้อโรคโควิด-19

ผู้ปกครองมีความยากลำบากในการช่วยผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวัน และสมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหรือการใช้ชีวิตประจำวันในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ ผู้ป่วยใช้เวลากับเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น ใช้เวลากับสิ่งที่สนใจมากขึ้น มีเวลาว่างมากขึ้น ไม่ได้พบเจอญาติหรือคนสนิท และมีปัญหาการเรียนทางไกล²³ ในผู้ป่วยออทิสซึมสเปกตรัมในผู้ใหญ่ พบว่ามีความผ่อนคลายจากความกดดันทางสังคมมากขึ้น มีความกังวลในการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นออทิสซึมสเปกตรัม³³ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยออทิสซึมสเปกตรัมที่ยืดหยุ่น ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความลำบากในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เมื่อมีเวลาว่างมากขึ้นหรือถูกกักตัวผู้ป่วยที่มีความสนใจเฉพาะบางอย่างใช้เวลาทำสิ่งนั้นมากขึ้น ส่งผลให้เมื่อออกจากกักตัว หรือกลับสู่สถานการณ์ปกติ เช่น การไปโรงเรียน จำเป็นต้องลดเวลากับสิ่งที่สนใจ มีการศึกษาพบวิธีจัดการความเครียดของผู้ป่วยในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 นั้น ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น³⁴ ทั้งหมดนี้ส่งผลให้เกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมขึ้น หรือต้องมีพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การอยู่ไม่นิ่ง การกระตุ้นตัวเอง เพื่อตอบสนองความต้องการที่มี รวมถึงเมื่อต้องแยกตัวจากสังคมในระยะหนึ่ง อาจทำให้อาการด้านสังคมเพิ่มขึ้น เมื่อต้องกลับเข้าสู่สังคมอีกครั้ง ส่งผลให้มีปัญหาสัมพันธภาพทางสังคมได้ มีการศึกษาพบในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ปกครองรายงานว่ามีความยากลำบากในการจัดการปัญหาพฤติกรรม เช่น การกิน การใช้เวลาว่างมากขึ้น¹⁰

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ อาจมีปัจจัยรบกวนอื่นๆ ที่กระทบต่อผลการศึกษานี้ เช่น รูปแบบการเลี้ยงดู ความเครียดของผู้ดูแล ความรุนแรงของอาการออทิสซึมสเปกตรัม รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคและศึกษาในกลุ่มประชากรที่โรงพยาบาลแห่งเดียวจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรของทั้งประเทศได้

การนำผลการศึกษานี้ไปใช้ประโยชน์ คือ กรณีที่มีการระบาดของโรคในระดับ pandemic หรือ endemic ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมควรได้รับการประเมินและช่วยเหลือในปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ควร มีรูปแบบกิจกรรมหรือคำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง หรือผ่านการสื่อสารออนไลน์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อลดความเครียดและปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรม การจัดบริการ telemedicine เป็นหนึ่งระบบการบริการ

ทั้งจากแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาแบบองค์รวมในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

สรุป

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนมากที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม คือ โรคร่วมทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคสมาธิสั้น ผู้ปกครองมีความยากลำบากในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การถูกกักตัวเนื่องจากความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด-19 ทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การติดเชื้อโรคโควิด-19 ของสมาชิกในครอบครัว และปัญหาการนอนของผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลควรมีการประเมินและติดตามปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัมในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

แหล่งทุนการศึกษาวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ (IO) R01653106 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ. ทศพร องค์พิเชฐเมธา หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้ให้คำปรึกษาด้านสถิติงานวิจัย และบุคลากรหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ที่สนับสนุนการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

วิรัช จุลเสนา: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์และอภิปรายผล และเขียนนิพนธ์ต้นฉบับ; ทิษณ์พร หอสิริ: ที่ปรึกษาหลักโครงการวิจัย วิเคราะห์และอภิปรายผล ตรวจสอบแก้ไขบทความ และติดต่อประสานงานตีพิมพ์; นภัทร สิทธิธำนิมัย: ที่ปรึกษาร่วมโครงการวิจัย และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.
2. World Health Organization. Autism spectrum disorders [Internet]. [cited 2021 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Data & statistics on autism spectrum disorder [Internet]. [cited 2021 Nov 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
4. National Statistical Office Thailand. Prevalence of autism spectrum disorder in general population [Internet]. [cited 2021 Nov 2]. Available from: http://164.115.22.198/nso/phpview.php?folder=uploads/Health/File/&partfile=Data_05020203_0601.xlsx.
5. Muratori F, Turi M, Prosperi M, Narzisi A, Valeri G, Guerrero S, et al. Parental perspectives on psychiatric comorbidity in preschoolers with autism spectrum disorders receiving publicly funded mental health services. *Front Psychiatry* 2019;10:107.
6. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed* 2020;91(1):157-60.
7. Lima CKT, Carvalho PM de M, Lima I de AAS, Nunes JVA de O, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res* 2020;287:112915.
8. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e21.
9. Narzisi A. Handle the autism spectrum condition during Coronavirus (COVID-19) stay at home period: ten tips for helping parents and caregivers of young children. *Brain Sci* 2020;10(4):207.
10. Colizzi M, Sironi E, Antonini F, Ciceri ML, Bovo C, Zocante L. Psychosocial and behavioral impact of COVID-19 in autism spectrum disorder: an online parent survey. *Brain Sci* 2020;10(6):341.
11. Amorim R, Catarino S, Miragaia P, Ferreras C, Viana V, Guardiano M. The impact of COVID-19 on children with autism spectrum disorder. *Rev Neurol* 2020;71(8):285-91.
12. Nonweiler J, Rattray F, Baulcomb J, Happé F, Absoud M. Prevalence and associated factors of emotional and behavioural difficulties during COVID-19 pandemic in children with neurodevelopmental disorders. *Children (Basel)* 2020;7(9):128.
13. Office of the Council of State. Regulation issued under section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situation B.E. 2548 (2005) (No.1). Government Gazette Vol. 137, special section 69 d, dated 2020 Mar 25.
14. Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Endemic approach to COVID-19 [Internet]. [cited 2024 Feb 13]. Available from: <https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/42090.pdf>
15. Office of the Council of State. Regulation issued under section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situation B.E. 2548 (2005) (No.37). Government Gazette Vol. 138, special section 262 d, dated 2021 Oct 30.
16. Office of the Council of State. Regulation issued under section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situation B.E. 2548 (2005) (No.42). Government Gazette Vol. 139, special section 16 d, dated 2022 Jan 21.
17. Office of the Council of State. Notification Re: Cancellation of the Declaration of an Emergency Situation in all areas of the Kingdom of Thailand. Government Gazette Vol. 139, special section 232 d, dated 2022 Sep 29.
18. Hastings SE, Hastings RP, Swales MA, Hughes JC. Emotional and behavioural problems of children with autism spectrum disorder attending mainstream schools. *Int J Dev Disabil* 2021;68(5):633-40.
19. Woerner W, Nuanmanee S, Becker A, Wongpiromsarn Y, Mongkol A. Normative data and psychometric properties of Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Ment Health Thai* 2011;19(1):42-57.
20. Wongpiromsarn Y, Wipulakorn P, Nuanmanee S, Woerner W, Mongkol A. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Thai improved version: change and administration. *J Ment Health Thai* 2011;19(2):128-34.
21. Palmer M, Chandler S, Carter Leno V, Mgaith F, Yorke I, Hollocks M, et al. Factors associated with mental health symptoms among UK autistic children and young people and their parents during the COVID-19 pandemic. *Autism* 2023 Feb 27;27(7):2098-111.
22. Jacques C, Saulnier G, Éthier A, Soulières I. Experience of autistic children and their families during the pandemic: from distress to coping strategies. *J Autism Dev Disord* 2022;52(8):3626-38
23. Papagiannopoulou EA, Chitty KM, Hermens DF, Hickie IB, Lagopoulos J. A systematic review and meta-analysis of eye-tracking studies in children with autism spectrum disorders. *Soc Neurosci* 2014;9(6):610-32
24. Di Renzo M, Di Castelbianco FB, Vanadia E, Petrillo M, D'Errico S, Racinaro L, et al. Parent-reported behavioural changes in children with autism spectrum disorder during the COVID-19 lockdown in Italy. *Contin Educ* 2020;1(1):117-25.
25. Dal Pai J, Wolff CG, Aranchipe CS, Kepler CK, Dos Santos GA, Canton LAL, et al. COVID-19 pandemic and autism spectrum disorder, consequences to children and adolescents - a systematic review. *Rev J Autism Dev Disord* 2022;1-26.
26. Andersen PN, Hovik KT, Skogli EW, Øie MG. Severity of autism symptoms and degree of attentional difficulties predicts emotional and behavioral problems in children with high-functioning autism; a two-year follow-up study. *Front Psychol* 2017;8:2004.
27. Margari L, Craig F, Margari F, Legrottaglie A, Palumbi R, De Giambattista C. A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:1191-202.
28. Hosiri T, Sittanomai N, Bumrungrakul T, Boon-yasidhi V. Emotion regulation and behavioral problems in children with autism spectrum disorder: a university hospital based cross-sectional study. *Siriraj Med J* 2023;75(3):218-23.
29. Kanchalearnpong P, Putthisri S. The Impact of COVID-19 pandemic on symptoms and functions in attention deficit hyperactivity disorder children in psychiatric out patient department at Ramathibodi hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2023;68(2):127-41.



30. Mazurek MO, Sohl K. Sleep and behavioral problems in children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2016;46(6):1906-15.
31. Mazzone L, Postorino V, Siracusano M, Riccioni A, Curatolo P. The relationship between sleep problems, neurobiological alterations, core symptoms of autism spectrum disorder, and psychiatric comorbidities. *J Clin Med* 2018;7(5):102.
32. Gios TS, Mecca TP, Kataoka LE, Rezende TCB, Lowenthal R. Sleep problems before and during the COVID-19 pandemic in children with autism spectrum disorder, Down syndrome, and typical development. *J Autism Dev Disord* 2022;54(2):491-500.
33. Oomen D, Nijhof AD, Wiersema JR. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on adults with autism: a survey study across three countries. *Mol Autism* 2021;12(1):21.
34. Wang F, Memis I, Durocher JS, Furar E, Cavalcante L, Eshraghi RS, et al. Efficacy of coping mechanisms used during COVID-19 as reported by parents of children with autism. *PLoS One* 2023;18(4):e0283494.

ความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับอารมณ์ของเด็ก สุขภาวะทางจิตของเด็ก และสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง ในเด็กประถมวัย ในกรุงเทพมหานคร

พิมพ์ประพันธ์ อุไรกุล*, ปรีชวัน จันทร์ศิริ*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับอารมณ์ของเด็ก สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง และสุขภาวะทางจิตของเด็กอายุ 8 - 12 ปี ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ ศึกษาในโรงเรียนสาธิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถามไม่ระบุตัวตน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบวัดการกำกับอารมณ์ในเด็ก (ERQ-CA/HIF) แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนทั้งฉบับเด็กประเมินตนเองและฉบับผู้ปกครองประเมิน (SDQ) และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการเป็นบิดามารดา (PSOC) โดยเด็กนักเรียนอายุ 8 - 12 ปี กับผู้ดูแลหลักทั้งหมดถูกคัดเข้า จากนั้นเด็กที่มีโรคกลุ่มความผิดปกติทางพัฒนาการและระบบประสาท หรือมีข้อจำกัดด้านการอ่านเขียน ถูกคัดออกจากการศึกษา ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชก็ถูกคัดออกเช่นกัน โดยคำนวณทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ด้วย Pearson's correlation และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกันด้วย dependent T-test, independent T-test และ one-way ANOVA การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ เรียบร้อยแล้ว

ผลการศึกษา เด็กและผู้ปกครองจำนวนทั้งสิ้น 306 คู่ ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมวิจัย อายุเฉลี่ยของเด็กและผู้ปกครองคือ 9.8 และ 44.9 ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน และระดับการศึกษาของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง การศึกษาวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับอารมณ์ของเด็กกับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง แต่พบความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำถึงปานกลาง ระหว่างการกำกับอารมณ์ของเด็กกับปัญหาสุขภาวะทางจิตทุกด้าน ทั้งฉบับเด็กประเมินตนเองและผู้ปกครองประเมิน ($r = -.19$ ถึง $-.31$) อารมณ์ทางลบของเด็กกับสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตร ($r = -.16$ ถึง $-.19$) และสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรกับปัญหาสุขภาวะทางจิตฉบับผู้ปกครองประเมิน ($r = -.12$ ถึง $-.29$) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำถึงปานกลาง ระหว่างอารมณ์ทางบวกกับพฤติกรรมดีทางสังคม ($r = .12$ ถึง $.24$) ในส่วนของอารมณ์ทางลบนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาวะทางจิตระดับปานกลางในด้านอารมณ์ ($r = .62$) และระดับต่ำในด้านอื่นๆ ($r = .23$ ถึง $.30$)

สรุป การศึกษาวิจัยนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับอารมณ์ของเด็กกับสุขภาวะทางจิตของเด็ก ในขณะที่การรับรู้สมรรถนะในการเป็นบิดามารดาก็สัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของเด็กเช่นกัน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมดีทางสังคมและปัญหาสมาธิ การศึกษาวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับอารมณ์ของเด็กกับการรับรู้สมรรถนะในการเป็นบิดามารดา ซึ่งเป็นที่น่าสงสัยว่าผู้ปกครองตระหนักถึงอิทธิพลของตนเองต่อการกำกับอารมณ์ของเด็กหรือไม่ การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการด้านระเบียบวิธีวิจัยและการขยายผล โดยได้มีการแนะนำแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคตไว้แล้ว

คำสำคัญ การกำกับอารมณ์ สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตร สุขภาวะทางจิตในเด็ก ปัญหาสุขภาพจิต

Corresponding author: ปรีชวัน จันทร์ศิริ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

E-mail: parichawan.C@chula.ac.th

วันรับ : 7 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 7 มีนาคม 2567 วันตอบรับ : 21 มีนาคม 2567

The Association Between Child Emotion Regulation, Child Mental Health Status, and Parental Competence in School-Aged Children in Bangkok, Thailand

Pimprapan Ooraikul*, Parichawan Chandarasiri*, Jirada Prasartpornsirichoke*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to examine the relationship between child emotion regulation, child mental health status, and parental competence in non-clinical 8 to 12-year-old children in a school in Bangkok, Thailand.

Methods: This cross-sectional study was conducted in a demonstrative school in Bangkok from March to May 2023 using an anonymous survey. Measurements consisted of demographic data, ERQ-CA/HIF for child emotion regulation, self-rated and parent-rated SDQ for child mental health status, and PSOC for parental competence. All available children aged 8-12 years and their primary caregivers were included, then children with neurodevelopmental disorder(s) and academic disadvantages were excluded. Parents with major psychiatric disorder(s) were also excluded. Informed consent was given, and ethical approval was granted. The relationship between factors was analyzed using Pearson's correlation. Dependent T-test, independent T-test, and one-way ANOVA were used to compare groups with different demographics.

Results: A total of 306 child-parent dyads were eligible for the study. The mean age of the children and the parents were 9.8 and 44.9 years respectively. Most of the participants had high household income and high parental education. No association between child emotion regulation and parental competence was found. However, there were weak to moderate negative associations between child emotion regulation and all psychological symptoms ($r = -.19$ to $-.31$); negative emotions and parental competence ($r = -.16$ to $-.19$); and parental competence and parent-rated psychological symptoms ($r = -.12$ to $-.29$). Weak to moderate positive associations between child emotion regulation and prosocial behaviors ($r = .12$ to $.24$) were also found, whereas negative emotions were moderately associated with emotional problems ($r = .62$), and weakly with all other psychological symptoms ($r = .23$ to $.30$).

Conclusion: This study found that emotion regulation is positively associated with prosocial behavior and negatively associated with mental health problems, while parental competence is associated with child's mental health outcomes, particularly prosocial behaviors and attention problems. However, no association between child emotion regulation and parental competence was found which raised an urgent question of whether parents realize their important role in coaching their child's emotion regulation. There were several limitations. More research is needed to better understand the relationship between emotion regulation, mental health, and perceived parental competence in Thai culture, with improvements for the future as suggested.

Keywords: emotion regulation, children mental health, child psychological symptoms, parental competence, parent self-efficacy

Corresponding author: Parichawan Chandarasiri

E-mail: parichawan.C@chula.ac.th

Received 7 January 2024 Revised 7 March 2024 Accepted 21 March 2024

INTRODUCTION

A person's mental health is influenced by individual biological factors, psychological factors, family, culture, and social constructs that change over time.¹ One of the key determinants of mental health is emotional regulation (ER). ER is commonly defined as the process by which individuals influence the experience of their emotions, both positive and negative.² Research on ER and adult psychopathology has shown certain correlations, indicating that ER is a transdiagnostic factor for several mental disorders and a protective factor against psychopathology.^{3,4} Similar patterns were observed in studies conducted on children and adolescents.^{5,6}

There is a rigorous body of research on ER during the infant through preschool years. Infant temperament, mother-child dyadic interaction, and attachment are acknowledged as fundamental components for emotion development and regulation in the early years of life. However, there is still a knowledge gap in post-early childhood,⁷ the period when cognitive control and awareness of emotion emerge as the neural pathway between prefrontal cortex and amygdala continues to mature.⁸ It is also the time when other environmental factors start to influence the development of emotion,⁹ and thus alter the child-parent dynamic.

The overall quality of this child-parent dynamic interaction can be reflected by the parent's evaluation of their own abilities in caregiving, namely "perceived parental competence".¹⁰ Child characteristics, emotional and behavioral problems, influence perceived parental competence.¹¹⁻¹³ For example, externalizing problems of children could predict parental competence,¹⁴ and predict a lower level of parental support,¹⁵ which in turn modify the child's ER. On the other hand, if they felt competent, mothers engaged more in positive parenting,¹⁶ even those with depression.¹⁷ In summary, perceived parental competence is intertwined with parent-child relationship and child outcomes.^{18,19} In addition to ensuring physical comfort and encouraging academic success, parents also play an enormous part in coaching their child's emotions,

usually without consciously knowing. Whether perceived parental competence is correlated with child's ER is yet to be examined.

Investigating mental health-related issues needs to consider the importance of culture. The majority of empirical research on ER was conducted in western countries,^{20,21} however, appropriate emotional responses and social behaviors vary. For example, collectivistic cultures like those in Asia typically discourage the expression of emotions to maintain harmony.²²⁻²⁴ Thailand is also classified as collectivism, implying that Thai people value conformity over individualism.^{25,26} In Thailand, there are very few studies on ER and their correlation with mental health in adult, and even fewer in children and adolescents. Most studies on children ER in Thailand to date are experimental studies focusing on the efficacy of interventions for children with mental health problems, and others mainly focused on either preschoolers or adolescents.²⁷⁻³²

In this study, we aimed to investigate the relationship between child's ER, child's psychological symptoms, and parental competence in non-clinical school-aged children. If child's ER is correlated with perceived parental competence, it might be helpful to explore further on their causal relationship to design preventive programs or policies promoting children's mental health in the future. And if they are indeed unconnected, further inspection to explain why it is so might be needed.

METHODS

This is a cross-sectional study collecting data during March - May 2023, using a questionnaire survey as a tool, from child-parent dyads in a demonstrative school located in Bangkok, Thailand. All participants, both students and parents, provided their informed assent and consent before handing back the answers. This study followed the Declaration of Helsinki. Ethical approval was granted by the Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand (IRB Number 0683/65, COA Number 1607/2022).

Participants

There are two major types of schools in Thailand: public and private schools. Most of the students are in public schools which include government and demonstrative schools. Demonstrative schools usually have a screening system for children with neurodevelopmental and psychiatric disorders while disordered students in government schools are more likely to remain undetected which would not be ideal for our study design. Due to limited resources, this study was carried out in only one school well situated for the researchers.

The inclusion criteria included: (1) children aged 8 to 12 years old; (2) children whose participating parent is legally responsible; and (3) children whose participating parent is the primary caregiver, for example, those who spend time regularly with the child, or are together with the child for more than 2 years.

The exclusion criteria were: (1) children with any kind of neurodevelopment disorder(s) such as intellectual disability, learning disorder, autistic spectrum disorder, and attention-deficit hyperactivity disorder; (2) children who can neither read nor write Thai as well as their academic year requirement; (3) parents with a diagnosis of major psychiatric disorder(s) such as major depressive disorder, bipolar disorder, and schizophrenia; and (4) participants who did not answer a major part of the questionnaire or did not answer the questions that determine eligibility to be included in the study.

We obtained permission from the school before conducting the survey. The calculated sample size was 270 using the Taro Yamane formula [$n = N/1 + Ne^2$], given that the estimated population (N) was 840 and error margin (e) was 0.05. To prevent anticipated errors in data collection, the calculated sample size was increased by 10% to 297. Furthermore, the estimated response rate was 30-40%, so we intended to collect the data from every classroom that had children who met the inclusion criteria rather by than randomization. A researcher visited the school in person to describe the details to the students before handing out the anonymous

survey. Since some classrooms were not available at that time, only 660 questionnaires were launched.

Demographic Data

Demographic data of children, including age, sex, underlying conditions and educational limitations was provided by their parents. The parent's data consisted of age, sex, parental role, marital status, educational degree, monthly household income range, legal responsibility for the child, time spent with the child, and parental psychiatric history. Marital status and monthly household income was included because they are possible confounders of parental competence.

Emotion Regulation

ER was measured using How I Feel: A Self-Report Measure of Emotional Arousal and Regulation for Children (HIF) and a part of Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA). HIF measures positive and negative emotional arousal and the ability to regulate those emotions.³³ There is evidence that the questionnaire is reliable and valid (Cronbach's Alpha values for the 3 subscales are .82, .86, and .77) across age 8 - 12, regardless of the level of schooling, sex, and different ethnicities and socioeconomic statuses.^{5,34} ERQ-CA was adapted from the adult Emotion Regulation Questionnaire³⁵ for children aged 9 - 12,³⁶ measuring the use of cognitive reappraisal, an adaptive ER strategy flourishing in middle childhood.

They were translated to Thai and adjusted as one tool, ERQ-CA/HIF, by Duangporn Kittisunthorn.³⁰ Honorary specialists have inspected the linguistic components and deemed suitable for school-aged children. It was tried out for preliminary inspection of tool quality in 100 students and analyzed for corrected item-total correlation (CITC). The Cronbach's Alpha Coefficient of the whole questionnaire is .874. The Cronbach's Alpha Coefficient of emotion regulation, positive emotions, negative emotions, and awareness of the ability to regulate are .810, .834, .887, and .895 respectively.

ERQ-CA/HIF was divided into four parts: (1) the use of cognitive reappraisal as ER; (2) the quality of positive emotions; (3) the quality of negative emotions; (4) the awareness of the ability to regulate emotions. Each question uses a five-point Likert scale. A higher score on each subscale represents a greater ER ability, a greater intensity and frequency of positive emotions and negative emotions, and a better awareness of their ER ability. This study used the first 3 parts in the analysis.

Children Mental Health

Children mental health status was evaluated by both the child and the parent using The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ),³⁷ translated to Thai by Panpimol Lortrakul et al. and publicly launched by Thailand's Ministry of Public Health and modified by Youngyud Wongpiromsarn et al.,³⁸ The Cronbach's Alpha Coefficient is .73. The SDQ consists of 25 items under five subscales of prosocial skills, emotional symptoms, behavioral problems, attention, and peer relationship. Emotion and relationship domains are considered internalizing symptoms while behavior and attention domains are considered externalizing. A higher score on prosocial skills reflects strength while a higher score on the remaining domains reflects difficulties. The categorical interpretation of the self-report version of this questionnaire was designed for children aged 10 and above, therefore, we used the raw scores in this study to give insight into how children evaluate themselves compared to the parents.

Parental Competence

This study used Parenting Sense of Competence scale (PSOC) which is one of the most commonly used tools for measuring parental competence/self-efficacy. Even though it was meant for parents of newborn children at first when presented by Gibaud-Wallston and Wandersman (1978) at the American Psychological Association, it was later adapted and tested for older children.³⁹ It has been validated in both normative and at-risk populations.^{40,41} The Thai version was developed by Tatirat Suwansujarid who also launched a study for

validation of this measurement in Thai fathers compared to Thai mothers.⁴² There were 2 subscales which are skills/knowledge and perceived value/comfort. A higher total score suggests the parent's higher sense of competence. The Cronbach's Alpha Coefficient is .78

Statistical Analysis

Data were analyzed via SPSS version 28.0. Descriptive data of the participants were defined by number, percentage, mean, and standard deviation. The scoring of ERQ-CA/HIF, SDQ, and PSOC was presented in mean and standard deviation. Independent and dependent T-test, and one-way ANOVA were used to determine a significant mean difference between different demographic groups. Pearson's correlation was used to analyze the correlation between each continuous variable. Statistical significance was set at $P < .050$ (two-tailed). Missing data was dealt by imputing mean values of the item since the order of the questions in each measurement was not grouped together and the result showed normal distribution. There were 18 samples that had missing data of less than 5 items. When more than 5 items or an essential part of the data was missing, the candidate was excluded as depicted in Fig 1.

RESULTS

Fig 1 shows the flow chart of participant recruitment. The response rate was 47.7%. Among the 387 returned questionnaires, 17 did not meet inclusion criteria, 20 met exclusion criteria and 44 were missing a large part of the data so they were all discarded (20.9%).

Descriptive Characteristics

The mean age (standard deviation) of the child group and parent group was 9.8 (± 1.23) and 44.9 (± 6.29) respectively. 48.4% of the students were girls while the majority of the parents were mothers (74.8%). 25.2% of the parents were male and only one of them was uncle. Most of the participants had similar societal backgrounds, including high family income, high parental education, and married parents (see Table 1).

TABLE 1 Descriptive characteristics of the participants

Characteristics	n (%)
Child age (years)	
8	60 (19.6)
9	67 (21.9)
10	80 (26.1)
11	74 (24.2)
12	25 (8.2)
Grade	
Grade 3	85 (27.8)
Grade 4	66 (21.6)
Grade 5	85 (27.8)
Grade 6	70 (22.9)
Child sex	
Male	158 (51.6)
Female	148 (48.4)
Parent sex	
Male	77 (25.2)
Female	229 (74.8)
Parental relationship	
Father	76 (24.8)
Mother	229 (74.8)
Uncle	1 (0.3)
Parental education	
High school	3 (1.0)
Bachelor	107 (35.0)
Master	152 (49.7)
PhD	44 (14.4)
Monthly Household income (THB)	
Less than 20,000	4 (1.3)
20,000 - 44,000	37 (12.1)
44,000 - 68,000	45 (14.7)
68,000 - 96,000	56 (18.3)
More than 96,000	164 (53.6)
Marital status	
Married	284 (92.8)
Living separately	6 (2.0)
Divorced	10 (3.3)
Widowed	6 (2.0)

Correlation between Factors

The Pearson's correlation coefficients (*r*) of (-).80 to 1 is considered strong, (-).50 to .80 is considered moderate, and (-).20 to .50 is considered weak. The majority of the results fell under a weak to moderate degree, but we also include significant correlations ($P < .010$) that had coefficients below (-).20. Table 2 presents the mean scores (standard deviation) and correlations among emotion regulation (ERQ-CA/HIF), parental competence (PSOC), and children's mental health status (SDQ), which can be categorized in pairs as described below:

Child's emotion regulation and parental competence

No association between child's emotion regulation and perceived parental competence was found. However, the negative emotions subscale was negatively associated with perceived parenting skill ($r = -.16$) and perceived parenting value ($r = -.19$)

Child's emotion regulation and mental health

While ER was negatively associated with self-evaluated emotion, behavior, attention, and peer relationship problems ($r = -.25, -.31, -.29, -.19$ respectively) and positively associated with prosocial behaviors ($r = .24$), it was barely associated with only parent-rated prosocial behaviors and relationship problems ($r = .12, -.11$). Higher scores of positive emotions were associated with more prosocial behaviors ($r = .23$) and fewer emotion and relationship problems ($r = -.13, -.15$) Conversely, negative emotions were positively associated with the mentioned psychological domains ($r = .62, .30, .26, .23$) in self-report but not in parent's report.

Child's mental health and parental competence

All domains of child's mental health outcomes were associated with parental competence in parent's answers ($r = -.12$ to $-.29$). On the other hand, perceived parenting value was associated with the child's account of emotional problems ($r = -.12$), whereas perceived parenting skill was associated with prosocial behaviors ($r = .12$) and attention problems ($r = -.17$).

Comparison between Groups

Apart from the primary objective, we analyzed differences between child and parent reports of mental health status, as well as the influence of age and gender on children's ER and mental health. Children reported significantly higher SDQ difficulties and lower prosocial skill scores than parents ($P < .001$ in prosocial, emotion, behavior, and attention domains; $P = .010$ in peer relationship domain) as shown in [Supplement 1](#).

[Table 3](#) compares the scores of boys and girls.

Girls were more aware of negative emotions ($P < .001$) and reported more emotional problems ($P < .001$). Parents of the boys rated a higher score on attention ($P < .001$) and behavioral problems ($P = .044$), but not the children themselves, while older children (Grade 5-6) reported lower ER ($P = .015$) and rated themselves as having more behavioral ($P = .002$), attention ($P = .004$), and peer relationship problems ($P = .014$), as presented in [Table 4](#).

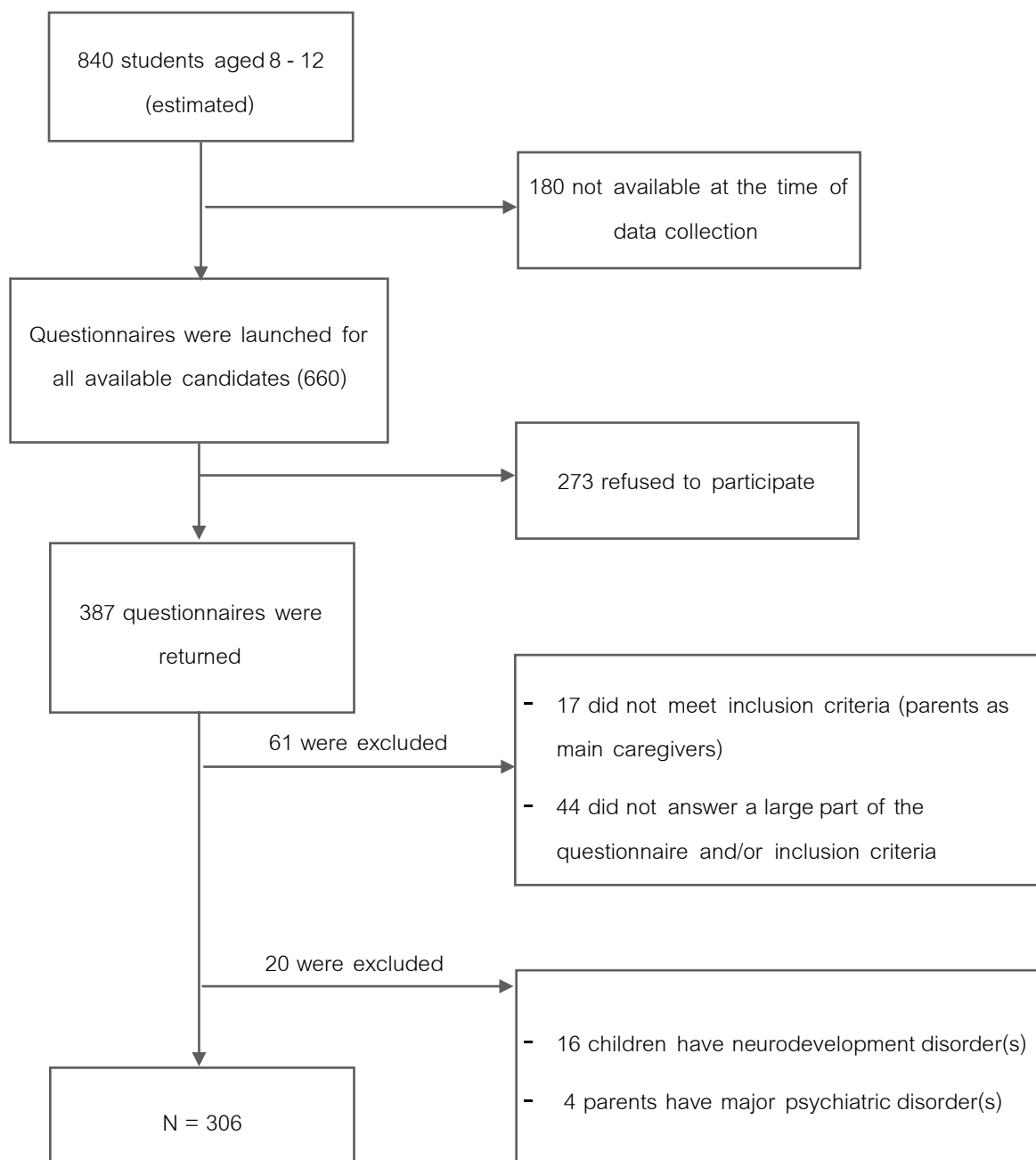


FIG 1 Flow chart of participant recruitment

TABLE 2 Mean scores and Pearson's correlations among variables

	Mean	S.D.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 ER	21.3	3.86	1														
2 PE	29.3	5.54	.41**	1													
3 NE	33.4	8.26	-.24**	-.04	1												
4 PSOC_Skill	37.0	5.14	.05	.06	-.16**	1											
5 PSOC_Value	39.4	6.70	.01	-.08	-.19**	.49**	1										
6 C_Prosocial	6.8	1.94	.24**	.23**	-.06	.12*	.00	1									
7 C_Emotion	3.3	2.52	-.25**	-.13*	.62**	-.10	-.12*	-.08	1								
8 C_Behavior	2.5	1.69	-.31**	-.10	.30**	-.06	-.06	-.27**	.21**	1							
9 C_Attention	3.2	2.30	-.29**	-.10	.26**	-.17**	-.10	-.22**	.29**	.39**	1						
10 C_Relationship	2.4	1.67	-.19**	-.15**	.23**	-.09	-.04	-.12*	.27**	.17**	.23**	1					
11 P_Prosocial	7.3	1.92	.12**	.10	-.04	.21**	.13*	.39**	-.03	-.17**	-.09	.03	1				
12 P_Emotion	1.7	1.79	-.03	-.07	.11	-.22**	-.26**	-.01	.39**	-.03	.01	.04	-.14*	1			
13 P_Behavior	1.3	1.04	-.10	-.09	.06	-.28**	-.29**	-.11	.01	.28**	.30**	.06	-.25**	.09	1		
14 P_Attention	2.5	2.22	-.07	.04	.32	-.22**	-.22**	-.04	-.03	.20**	.46**	.19**	-.22**	.13*	.41**	1	
15 P_Relationship	2.1	1.43	-.11*	-.08	.08	-.09	-.20**	-.01	.15*	.11*	.13*	.42**	-.09	.20**	.09	.20**	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Abbreviations: ER = Emotional regulation, PE = Positive emotions, NE = Negative emotions, PSOC_skill = Perceived parenting skill, PSOC_Value = Perceived parenting value, C_Prosocial = Child-rated prosocial behaviors, C_Emotion = Child-rated emotional problems, C_Behavior = Child-rated behavioral problems, C_Attention = Child-rated attention problems, C_Relationship = Child-rated relationship problems, P_Prosocial = Parent-rated prosocial behaviors, P_Emotion = Parent-rated emotional problems, P_Behavior = Parent-rated behavioral problems, P_Attention = Parent-rated attention problems, P_Relationship = Parent-rated relationship problems,

TABLE 3 Independent T-test comparing the differences that child's sex and age had on ERQ-CA/HIF and SDQ scores.

Outcome Variables		Boys Mean (S.D.)	Girls Mean (S.D.)	t	Mean diff.	P-value	Cohen's d	Grade 3-4 Mean (S.D.)	Grade 5-6 Mean (S.D.)	t	Mean diff.	P-value	Cohen's d
ERQ-CA/HIF													
	ER	21.4 (4.05)	21.2 (3.67)	0.44	0.20	.660	3.87	21.9 (3.69)	20.8 (3.97)	2.45	1.07	.015*	3.83
	PE	29.6 (5.70)	29.0 (5.38)	0.86	0.54	.390	5.55	29.8 (5.58)	28.8 (5.49)	1.40	0.88	.164	5.54
	NE	31.8 (7.74)	35.0 (8.50)	-3.42	-3.17	<.001**	8.12	32.9 (8.09)	33.9 (8.42)	-1.10	-1.04	.270	8.26
SDQ													
Prosocial	Child-rated	6.7 (1.88)	6.9 (2.02)	-.74	-0.16	.460	1.94	6.9 (1.98)	6.7 (1.90)	1.01	0.22	.320	1.94
	Parent-rated	7.1 (1.86)	7.4 (1.97)	-1.40	-0.31	.160	1.91	7.4 (1.91)	7.1 (1.92)	1.23	0.27	.220	1.91
Emotion	Child-rated	2.8 (2.11)	3.8 (2.78)	-3.87	-1.10	<.001**	2.46	3.0 (2.43)	3.5 (2.58)	-1.68	-0.48	.090	2.51
	Parent-rated	1.6 (1.65)	1.8 (1.93)	-1.34	-0.27	.180	1.79	1.7 (1.78)	1.6 (1.80)	0.50	0.10	.620	1.79
Behavior	Child-rated	2.6 (1.80)	2.4 (1.55)	1.08	0.21	.280	1.69	2.2 (1.52)	2.8 (1.79)	-3.13	-0.59	.002*	1.66
	Parent-rated	1.4 (1.10)	1.1 (0.98)	2.02	0.24	.044*	1.04	1.3 (1.07)	1.2 (1.02)	0.66	0.08	.510	1.05
Attention	Child-rated	3.4 (2.25)	3.0 (2.35)	1.29	0.34	.200	2.29	2.8 (2.03)	3.6 (2.48)	-2.91	-0.75	.004*	2.27
	Parent-rated	3.1 (2.41)	1.9 (1.81)	4.91	1.19	<.001**	2.14	2.5 (2.16)	2.5 (2.28)	-0.08	-0.20	.940	2.22
Relationship	Child-rated	2.5 (1.73)	2.3 (1.60)	1.01	0.19	.310	1.67	2.1 (1.47)	2.6 (1.82)	-2.48	-0.47	.014*	1.65
	Parent-rated	2.2 (1.55)	2.0 (1.28)	1.69	2.74	.090	1.42	2.0 (1.49)	2.2 (1.36)	-0.82	-0.16	.410	1.43

* Significant at p <0.05, ** Significant at p <0.01

Abbreviations: Mean diff. = Mean difference, ERQ-CA/HIF = Adapted Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA) and How I Feel (HIF),

ER = Emotional regulation, PE = Positive emotions, NE = Negative emotions, SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire

DISCUSSION

This study examined the relationship between the child's emotion regulation (ER), child's mental health, and perceived parental competence in community samples in the context of Thai culture. Notably, there was no association between child's ER and parental competence, but all other factors were related (Table 2) as will be discussed below. It is important to note that nearly all Pearson's correlation coefficients (r) in this study had only a weak to moderate level of strength even if they are significant at the .010 level.

Compared to existing interventional studies in Thailand,^{28,30,31} the mean ER score in this study was higher. It could be because this study was conducted in non-clinical children, and/or might be affected by non-response bias. The prevalence of children's mental health problems in this study (see Supplement 1) was lower than that of primary school students in Thailand as reported in a recent survey.⁴³ Certain population characteristics such as high family income and parental education might be accountable since low socioeconomic status and low parental education predict mental health problems in children and adolescents.⁴⁴ Likewise, household income was known to affect parental competence,⁴⁵ but the population in our study was homogeneously financially well, and thus the distinction could not be observed.

There was no association between child's ER and parental competence in this study even though parents value their child's ability to regulate emotions as it helps maintain harmony,^{23,32} and children in a collectivistic culture use greater ER.⁴⁶ The reason behind this might be that most parents are not aware that they hold the power to coach their child's emotion,⁴⁷ thus do not regard their child's ER as a part of parental competence. However, child's ER was positively associated with both self-evaluated ($r = .24$) and parent-rated prosocial behavior ($r = .19$). Further speculation revealed that children with higher scores of positive emotions recounted more prosocial behaviors ($r = .23$) and fewer emotion and relationship problems ($r = -.13, -.15$), substantiating the current theory of prosocial development through

empathy.⁴⁸⁻⁵⁰ Positive emotions can be seen very early in infants and can elicit positive social interactions from caregivers, reinforcing the positive state. When they grow up, they become interested in other people's feelings and can share emotional states (i.e. empathy), therefore engaging more in prosocial behaviors and having good relationships. A possible explanation for why this study found no association between child's positive emotions and parental competence is that positive emotions are more difficult to discern than negative emotions and prosocial behaviors.⁵¹

Child-rated prosocial behaviors ($r = .12$), along with attention problems ($r = -.17$), were also correlated with perceived parenting skill. Since Thai parents tend to be protective and involved in their children's lives and take their child's outcomes as their responsibility,⁵² they might feel more capable if the child is "socially good" and "studious" as desired by society. Similarly, perceived parenting value was associated with child's account of emotional problems ($r = -.12$) and negative emotions ($r = -.19$). Causality cannot be determined in this study, but the relationship was likely bidirectional and perhaps mediated by underlying factors such as attachment and boundary. Further research is helpful to elucidate this assumption.

Regarding the parent's evaluation of child's psychological problems, all domains were associated with parental competence (see Table 2). To date, there still are contradictory explanations. While a recent systematic review discovered that children's problematic behaviors unidirectionally predicted lower parental competence,⁵³ another suggested that parental competence predicts child's behavioral problems and social adjustment.¹⁹ Other longitudinal studies concluded that parents shape their child's ER by the way they react to child's negative emotions.^{54,55} Well-designed longitudinal studies in Thailand are necessary to look into this subject.

On the other hand, internalizing symptoms, as well as emotional processes, are better speculated by self-report.^{56,57} The result consequently showed that ER was negatively associated with emotion, behavior,

attention, and peer relationship problems ($r = -.25, -.31, -.29, -.19$ respectively), while negative emotions were positively associated with those psychological domains ($r = .62, .30, .26, .23$). Moreover, as presented in Table 3, girls expressed higher levels of negative emotions ($p < .001$) and emotional problems ($p < .001$) compared to boys, aligning with previous studies indicating gender differences in emotion regulation and mental health.^{58,59}

In addition to the primary objective, we found a significant disparity in mental health outcomes between child and parent reports. Parents rated their child as having lower mental health problems which could be a result of the social desirability bias of the parents. It is also plausible that the children in our study viewed themselves as more disruptive since many of them were younger than standard age for the same academic year, therefore facing more pressure to perform beyond their developmental level. Thai families with middle to upper income usually prioritize achievement, therefore the children tend to be more self-critical.⁶⁰ This attitude was also reflected in child's report of lower ER ability ($P = .015$) and more behavioral ($P = .002$), attention ($P = .004$), and peer relationship problems ($P = .014$) in older (Grade 5-6) compared to younger (Grade 3-4) students, which is incompatible with previous findings,⁶¹ implicating that contextual factors are relevant to mental health.

Most outcomes were consistent with prevailing literature in terms of ER and its association with mental health. This study raised an urgent matter that parents, at least those in our study who had low socioeconomic risks, might not realize the magnitude of their Importance as their child's emotion coach and model. Previous mental health-promoting policies might not have an impact as much as they should because of this missing link. Further investigation to test this hypothesis is needed. This study also highlighted the role of positive emotions in prosocial behavior development.

Strengths, Limitations, and Future Directions

This study is the first of its kind to measure the subjective emotional regulation (ER) of non-clinical

school-aged children in Thailand and to examine the association between children's ER and perceived parental competence. This added to the gap in knowledge of emotion. The study also used the multiple informants method to evaluate psychological symptoms, which made the results more reliable. As stated above, we urged researchers to examine whether parents realize that they are significant to their child's emotion development.

Nevertheless, there were several limitations. Firstly, this is a cross-sectional study which means that it cannot describe the causal direction of the correlations. Future studies should consider using other types of methodologies e.g. longitudinal design or other analysis models such as path analysis. Secondly, the population was from a single school with similar backgrounds, so the results may not be generalized to other populations. Conducting research in more diverse samples is recommended. Thirdly, most of the correlation coefficients were weak to moderate, implying that there might be other confounding factors, for instance, the study did not measure child temperament and attachment which are established factors influencing a child's ER. Lastly, emotions are widely varied. Deconstructing emotions, especially those categorized as positive, and analyzing them separately could be insightful. We recommended future researchers to explore more positive emotions and their merit on mental health.

CONCLUSION

This study found that emotion regulation is positively associated with prosocial behavior and negatively associated with mental health problems, while parental competence is associated with child's mental health outcomes, particularly prosocial behaviors and attention problems. No association between child's emotion regulation and parental competence was found therefore it raised an urgent question whether parents realize their Important role in coaching their child's emotion regulation. The study also highlights the influence of certain population characteristics, such as family income and parental education, in mental health status. Further

research is needed to better understand the intricate relationship between emotion regulation, mental health, and perceived parental competence in Thai culture.

Acknowledgement

We would like to thank all the participants for completing the survey and the school for helpful collaboration.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no competing interests.

REFERENCE

1. Freeman M. The world mental health report: transforming mental health for all. *World Psychiatry* 2022; 21(3): 391-2.
2. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol* 1998; 2(3): 271-99.
3. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25(2): 128-34.
4. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2017; 57: 141-63.
5. Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr* 2006; 27(2): 155-68.
6. Schafer JO, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *J Youth Adolesc* 2017; 46(2): 261-76.
7. Barriola E, Gullone E, Hughes EK. Child and adolescent emotion regulation: the role of parental emotion regulation and expression. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14(2): 198-212.
8. Willner CJ, Hoffmann JD, Bailey CS, Harrison AP, Garcia B, Ng ZJ, et al. The development of cognitive reappraisal from early childhood through adolescence: A systematic review and methodological recommendations. *Front Psychol* 2022; 13: 875964.
9. Crowell JA. Development of emotion regulation in typically developing children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2021; 30(3): 467-74.
10. Montigny F, Lacharité C. Perceived parental efficacy: concept analysis. *J Adv Nurs* 2005; 49(4): 387-96.
11. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL. Parental socialization of emotion. *Psychol Inq* 1998; 9(4): 241-73.
12. Rutherford HJV, Wallace NS, Laurent HK, Mayes LC. Emotion regulation in parenthood. *Dev Rev* 2015; 36: 1-14.
13. Hajal NJ, Paley B. Parental emotion and emotion regulation: A critical target of study for research and intervention to promote child emotion socialization. *Dev Psychol* 2020; 56(3): 403-17.
14. Slagt M, Dekovic M, de Haan AD, van den Akker AL, Prinzie P. Longitudinal associations between mothers' and fathers' sense of competence and children's externalizing problems: the mediating role of parenting. *Dev Psychol* 2012; 48(6): 1554-62.
15. Elam KK, Chassin L, Eisenberg N, Spinrad TL. Marital stress and children's externalizing behavior as predictors of mothers' and fathers' parenting. *Dev Psychopathol* 2017; 29(4): 1305-18.
16. Hill NE, Bush KR. Relationships between parenting environment and children's mental health among African American and European American mothers and children. *J Marriage Fam* 2001; 63(4): 954-66.
17. Knoche LL, Givens JE, Sheridan SM. Risk and protective factors for children of adolescents: Maternal depression and parental sense of competence. *J Child Fam Stud* 2007; 16(5): 684-95.
18. Jones TL, Prinz RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clin Psychol Rev* 2005; 25(3): 341-63.
19. Albanese AM, Russo GR, Geller PA. The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child Care Health Dev* 2019; 45(3): 333-63.
20. Dunbar AS, Leerkes EM, Coard SI, Supple AJ, Calkins S. An integrative conceptual model of parental racial/ethnic and emotion socialization and links to children's social-emotional development among African American families. *Child Dev Perspect* 2017; 11(1): 16-22.
21. Labella MH. The sociocultural context of emotion socialization in African American families. *Clin Psychol Rev* 2018; 59: 1-15.
22. Morelen D, Thomassin K. Emotion socialization and ethnicity: an examination of practices and outcomes in African American, Asian American, and Latin American families. *Yale J Biol Med* 2013; 86(2): 168-78.
23. Morelen D, Jacob ML, Suveg C, Jones A, Thomassin K. Family emotion expressivity, emotion regulation, and the link to psychopathology: Examination across race. *Br J Psychol* 2013; 104(2): 149-66.
24. Suveg C, Raley JN, Morelen D, Wang W, Han RZ, Champion S. Child and family emotional functioning: A cross-national examination of families from China and the United States. *J Child Fam Stud* 2014; 23(8): 1444-54.
25. Hofstede G. *Cultures and organizations: Software of the mind*. 3rd ed: New York: McGraw-Hill Professional; 2010.
26. Pannapat Pruksakit AK. The perspective of Chinese teachers toward Thai students in learning environment. *Proceedings of the Burapha University International Conference 2016*. 2016.
27. Lertsrimongkol P. Effects of an emotional regulation training program on teamwork skills of sixth grade students. Master [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
28. Chaiwong S. Effects of cognitive behavior therapy group counseling on emotion regulation and related factors of children of divorce. Master [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.

29. Thanidawan Wanthaneeyakul PK. The effect of individual solution focus brief therapy on emotion regulation of adolescent mothers. *Research Methodology & Cognitive Science*. 2015; 13: 18-26.
30. Kittisunthorn D. Effect of cognitive behavior therapy group counseling on resilience and emotion regulation in middle childhood. Master [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016.
31. Samart S. The effects of cognitive behavior of group counseling on emotion regulation of Chonburi juvenile delinquency at the observation. *JTJS* 2018; 11(1): 25-37.
32. Yong GH, Lin MH, Toh TH, Marsh NV. Social-emotional development of children in Asia: A systematic review. *Behav Sci* 2023; 13(2).
33. Walden TA, Harris VS, Catron TF. How I feel: a self-report measure of emotional arousal and regulation for children. *Psychol Assess* 2003; 15(3): 399-412.
34. Ciucci E, Baroncelli A, Grazzani I, Ornaghi V, Caprin C. Emotional arousal and regulation: Further evidence of the validity of the "How I Feel" questionnaire for use with school-age children. *J Sch Health* 2016; 86(3): 195-203.
35. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85(2): 348-62.
36. Gullone E, Taffe J. The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): a psychometric evaluation. *Psychol Assess* 2012; 24(2): 409-17.
37. Goodman R, Ford T, Corbin T, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 Suppl 2: II 25-31.
38. Youngyud Wongpiromsarn PW, Supavadee Nuanmanee, Wolfgang Woener, Apichai Mongkol. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Thai improved version: change and administration. *J Ment Health Thai* 2012; 19(2): 128-34.
39. Mash CJ. A measure of parenting satisfaction and efficacy. *J Clin Child Psychol* 1989; 18(2): 167-75.
40. Gilmore L, Cuskelly M. Factor structure of the Parenting Sense of Competence scale using a normative sample. *Child Care Health Dev* 2009; 35(1): 48-55.
41. Nunes C, Ayala-Nunes L, Ferreira LI, Pechorro P, Freitas D, Martins C, et al. Parenting Sense of Competence: Psychometrics and invariance among a community and an at-risk samples of Portuguese parents. *Healthc* 2022; 11(1): 15.
42. Suwansujarid T, Vatanasomboon P, Gaylord N, Lapvongwatana P. Validation of the parenting sense of competence scale in fathers: Thai version. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2013; 44(5): 916-26.
43. 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, 2022. *Pediatric Health Med Ther* 2023; 14: 159-68.
44. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *Plos One* 2019; 14(3): e0213700.
45. Fang Y, Boelens M, Windhorst DA, Raat H, van Grieken A. Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review. *J Adv Nurs* 2021; 77(6): 2641-61.
46. Teuber Z, Schreiber S, Rueth J-E, Lohaus A. Emotion regulation among Chinese and German children and adolescents: a binational comparative study. *Curr Psychol* 2023; 42(28): 24641-55.
47. Nimkannon O, Weinstein B. Influence of emotion regulation and empathy on Thai parenting behavior: A path analytic model. *Schol Human Sciences* 2015; 6(2).
48. Davis M, Suveg C. Focusing on the positive: a review of the role of child positive affect in developmental psychopathology. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2014; 17(2): 97-124.
49. Hammond SI, Drummond JK. Rethinking emotions in the context of infants' prosocial behavior: The role of interest and positive emotions. *Dev Psychol* 2019; 55(9): 1882-8.
50. Eisenberg N. Considering the role of positive emotion in the early emergence of prosocial behavior: Commentary on Hammond and Drummond (2019). *Dev Psychol* 2020; 56(4): 843-5.
51. Kim G, Walden T, Harris V, Karrass J, Catron T. Positive emotion, negative emotion, and emotion control in the externalizing problems of school-aged children. *Child Psychiatry Hum De*. 2007; 37(3): 221-39.
52. Yotanyamaneewong S, Tapanya S. Education and Parenting in Thailand. In: Sorbring E, Lansford JE, editors. *School systems, parent behavior, and academic achievement: An international perspective*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 111-21.
53. Glatz T, Lippold M, Chung G, Jensen TM. A systematic review of parental self-efficacy among parents of school-age children and adolescents. *Adolesc Res Rev* 2023; 9: 75-91.
54. Peisch V, Dale C, Parent J, Burt K. Parent socialization of coping and child emotion regulation abilities: A longitudinal examination. *Fam Process* 2020; 59(4): 1722-36.
55. Perry NB, Dollar JM, Calkins SD, Keane SP, Shanahan L. Maternal socialization of child emotion and adolescent adjustment: Indirect effects through emotion regulation. *Dev Psychol* 2020; 56(3): 541-52.
56. Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A. Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 (Suppl 2): II17-24.
57. Vazire S. Who knows what about a person? The self-other knowledge asymmetry (SOKA) model. *J Pers Soc Psychol* 2010; 98(2): 281-300.
58. Cunningham JN, Kliewer W, Garner PW. Emotion socialization, child emotion understanding and regulation, and adjustment in urban African American families: differential associations across child gender. *Dev Psychopathol* 2009; 21(1): 261-83.
59. Sanchis-Sanchis A, Grau MD, Moliner AR, Morales-Murillo CP. Effects of age and gender in emotion regulation of children and adolescents. *Front Psychol* 2020; 11: 946.
60. Tapanya S. Attributions and attitudes of mothers and fathers in Thailand. *Parent Sci Pract* 2011; 11(2-3): 190-8.
61. Lopez-Perez B, Pacella D. Interpersonal emotion regulation in children: Age, gender, and cross-cultural differences using a serious game. *Emotion* 2021; 21(1): 17-27.

Supplement Data

Supplement 1 Paired T-test of self-report and parent-report SDQ scores

SDQ	Parent-rated Mean (S.D.)	Child-rated Mean (S.D.)	t	P-value	Cohen's d
Prosocial	7.3 (1.92)	6.8 (1.94)	3.85	< .001**	2.12
Emotion	1.7 (1.79)	3.3 (2.52)	-11.37	< .001**	2.45
Behavior	1.3 (1.04)	2.5 (1.69)	-12.96	< .001**	1.72
Attention	2.5 (2.22)	3.2 (2.30)	-5.34	< .001**	2.34
Relationship	2.1 (1.43)	2.4 (1.67)	-2.58	.010*	1.68

* Significant at $p < 0.5$ ** Significant at $p < 0.01$

Abbreviation: SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire

Supplement 2 One-way ANOVA analysis of parental competence between different marital status groups

Outcome Variables	Marital Status	Mean (S.D.)	df	Mean Square	F	P-value
Perceived Skills	Married	37.0 (5.12)	3	15.23	0.57	.667
	Separated	39.7 (5.50)				
	Divorced	37.4 (6.17)				
	Widowed	36.7 (4.80)				
Perceived Value	Married	39.3 (6.61)	3	21.41	0.74	.699
	Separated	40.5 (9.95)				
	Divorced	37.8 (8.32)				
	Widowed	41.7 (5.43)				

Supplement 3 One-way ANOVA of outcome variables between different monthly household income groups

Outcome Variables	Household Income (THB/month)	Mean (S.D.)	df	Mean Square	F	P-value
ERQ-CA/HIF						
ER	<20k	24.8 (2.22)	4	17.82	1.20	.261
	20k - 44k	21.8 (4.05)				
	44k - 68k	21.5 (3.48)				
	68k - 96k	20.9 (3.90)				
	>96k	21.2 (3.92)				
PE	<20k	33.0 (5.29)	4	48.06	1.58	.155
	20k - 44k	28.9 (6.10)				
	44k - 68k	29.0 (5.36)				
	68k - 96k	30.667 (5.32)				
	>96k	28.9 (5.50)				

Supplement 3 One-way ANOVA of outcome variables between different monthly household income groups (con.)

Outcome Variables		Household Income (THB/month)	Mean (S.D.)	df	Mean Square	F	P-value
NE		<20k	35.8 (6.65)	4	51.21	0.75	.606
		20k - 44k	32.1 (8.59)				
		44k - 68k	33.2 (8.15)				
		68k - 96k	34.8 (7.89)				
		>96k	33.2 (8.38)				
PSOC							
Perceived Skills		<20k	36.3 (2.87)	4	0.93	0.04	.963
		20k - 44k	37.0 (5.11)				
		44k - 68k	37.0 (5.35)				
		68k - 96k	37.2 (4.54)				
		>96k	37.0 (5.37)				
Perceived Value		<20k	39.0 (9.90)	4	12.07	0.27	.919
		20k - 44k	40.2 (6.78)				
		44k - 68k	39.3 (7.19)				
		68k - 96k	39.7 (6.28)				
		>96k	39.1 (6.70)				
SDQ							
Prosocial	Child-rated	<20k	7.8 (2.06)	4	2.65	0.70	.713
		20k - 44k	6.5 (1.80)				
		44k - 68k	7.0 (1.84)				
		68k - 96k	6.6 (2.23)				
		>96k	6.9 (1.90)				
	Parent-rated	<20k	8.3 (2.22)	4	3.39	0.92	.390
		20k - 44k	7.3 (1.63)				
		44k - 68k	7.5 (1.97)				
		68k - 96k	7.5 (1.95)				
		>96k	7.1 (1.94)				
Emotion	Child-rated	<20k	2.8 (1.26)	4	5.79	0.91	.388
		20k - 44k	2.6 (2.47)				
		44k - 68k	3.3 (2.43)				
		68k - 96k	3.4 (2.43)				
		>96k	3.4 (2.60)				
	Parent-rated	<20k	2.3 (2.63)	4	1.28	0.40	.830
		20k - 44k	1.5 (1.64)				
		44k - 68k	1.6 (1.74)				
		68k - 96k	1.5 (1.56)				
		>96k	1.8 (1.90)				

Supplement 3 One-way ANOVA of outcome variables between different monthly household income groups (con.)

Outcome Variables		Household Income (THB/month)	Mean (S.D.)	df	Mean Square	F	P-value
Behavior	Child-rated	<20k	1.8 (0.96)	4	4.76	1.69	.128
		20k - 44k	2.0 (1.35)				
		44k - 68k	2.3 (1.48)				
		68k - 96k	2.6 (1.90)				
		>96k	2.7 (1.73)				
	Parent-rated	<20k	1.3 (0.96)	4	0.48	0.44	.732
		20k - 44k	1.2 (1.02)				
		44k - 68k	1.2 (1.00)				
		68k - 96k	1.1 (0.96)				
		>96k	1.3 (1.10)				
Attention	Child-rated	<20k	2.3 (1.89)	4	2.59	0.49	.681
		20k - 44k	3.2 (2.40)				
		44k - 68k	3.0 (2.39)				
		68k - 96k	3.5 (2.42)				
		>96k	3.2 (2.22)				
	Parent-rated	<20k	1.8 (2.06)	4	1.92	0.39	.732
		20k - 44k	2.3 (1.77)				
		44k - 68k	2.6 (2.59)				
		68k - 96k	2.7 (2.44)				
		>96k	2.5 (2.14)				
Relationship	Child-rated	<20k	2.3 (2.63)	4	4.66	1.69	.115
		20k - 44k	2.2 (1.58)				
		44k - 68k	1.8 (1.30)				
		68k - 96k	2.4 (1.52)				
		>96k	2.5 (1.78)				
	Parent-rated	<20k	3.0 (1.41)	4	3.63	0.13	.082
		20k - 44k	2.0 (1.33)				
		44k - 68k	2.3 (1.33)				
		68k - 96k	1.8 (1.28)				
		>96k	2.2 (1.50)				

Abbreviations: ERQ-CA/HIF = Adapted Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA) and How I Feel (HIF), ER = Emotional Regulation, PE = Positive emotions, NE = Negative emotions, PSOC = Parenting Sense of Competence Scale SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้โทรศัพท์มือถือและภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

สุภาภัก วัลย์หล้า*, ศิริวรรณ ปิยวัฒน์เมธา**, กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม**, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล**

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

**สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดการใช้โทรศัพท์มือถือและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และเพื่อศึกษาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวทั่วไปและวัตถุประสงค์ในการใช้โทรศัพท์มือถือ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการติดสมาร์ทโฟนฉบับภาษาไทย (Smartphone Addiction Scale-Thai Shot Version) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กฉบับภาษาไทย (Children's Depression Inventory) โดยใช้สถิติพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ chi-square, Spearman's correlation หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ logistic regression ในรูปแบบ bivariate analysis และ multivariable analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย 290 ราย พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการติดโทรศัพท์มือถือและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระดับชั้นเรียนที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้ามลดลง (Adj. OR 0.19, $p < 0.001$ ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2, Adj. OR 0.46, $p < 0.001$ ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3) ผลการเรียนที่ดีขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามลดลง (Adj. OR 0.47, $p = 0.011$) ระยะเวลาในการเล่นมือถือนานขึ้น 1 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น 1.10 เท่า (Adj. OR 1.10, $p = 0.045$) การติดการใช้โทรศัพท์มือถือมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น 2.92 เท่า (Adj. OR 2.92, $p < 0.001$)

สรุป การติดการใช้โทรศัพท์มือถือมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ระดับชั้นเรียน ระดับผลการเรียน และระยะเวลาในการใช้โทรศัพท์มือถือ

คำสำคัญ ติดการใช้โทรศัพท์มือถือ ภาวะซึมเศร้า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Corresponding author: ศิริวรรณ ปิยวัฒน์เมธา

สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail: siriwwa@kku.ac.th

วันรับ : 8 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 15 มีนาคม 2567 วันตอบรับ : 18 มีนาคม 2567



Correlation Between Smartphone Addiction and Depression in Secondary School Children

Supapak Wilailah*, Siriwan Piyawattanametha**, SettingsKusalaporn Chaiudomsom**,

Nawanant Piyavhatkul**

*Department of Psychiatry and Drug Dependence, Kalasin Hospital

**Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ABSTRACT

Objective: To study the correlation between smartphone addiction and depression in secondary school children and related factors associated with depression in secondary school children.

Method: A cross-sectional study was conducted in secondary school children. The data was collected by using demographic questionnaire, Smartphone Addiction Scale-Thai Short Version (SAS-SV-TH), Children's Depression Inventory (CDI)-Thai version. The data was analyzed by descriptive analysis for general information. Analytical statistics, chi-square and Spearman's correlation, were used to explore the relationship between smartphone addiction and depression. Logistic regression in both bivariate and multivariable analyses was applied to investigate the association between various factors and depression.

Results: Among the 290 children who were included in the study, 51% were female, smartphone addiction was statistically significantly associated with depression in secondary school children ($p < 0.001$). Factor associated with depression in secondary school children were educational level (Adj. OR 0.19, 95%CI: 0.08 - 0.43 for grade 8, Adj. OR 0.46, 95%CI: 0.23 - 0.92, $p < 0.001$ for grade 3), academic achievement (grade point average) (Adj. OR 0.47 95% CI: 0.26 - 0.84, $p = 0.011$), screen time (Adj. OR 1.10, 95%CI: 1.002 - 1.21, $p = 0.045$) and smartphone addiction (Adj. OR 2.92, 95%CI: 1.63 - 5.23, $p < 0.001$).

Conclusion: The study revealed a statistically significant association between smartphone addiction and depression among secondary school children. Other factors associated with depression in secondary school children were educational level, academic achievement and screen time.

Keywords: smartphone addiction, depression, secondary school children

Corresponding author: Siriwan Piyawattanametha

E-mail: siriwwa@kku.ac.th

Received 8 January 2024 Revised 15 March 2024 Accepted 18 March 2024

บทนำ

ปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้มาก และมีความสำคัญ ซึ่งโรคซึมเศร้านี้ทำให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพมากที่สุดสำหรับหญิงไทยและเป็นอันดับ 5 สำหรับชายไทย¹ ทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมรอบข้าง และเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ เช่น การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรง แนวโน้มของโรคซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นพบมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบการศึกษาในประเทศไทยว่าวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 44 หรือประมาณ 3 ล้านราย จากวัยรุ่นทั้งหมดประมาณ 8 ล้านราย² จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010-2016 จำนวนวัยรุ่นอเมริกันที่มีอาการของโรคซึมเศร้าอย่างน้อยหนึ่งครั้งเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 และในปี ค.ศ. 2016 ประมาณร้อยละ 13 มีอาการซึมเศร้าอย่างน้อยหนึ่งครั้งในปีก่อนหน้านี้ นอกจากนี้การเสียชีวิตเนื่องจากการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรอายุ 10 - 19 ปี เพิ่มขึ้นอย่างมาก สำนักงานควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริการะบุว่าอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นสูงที่สุดในรอบ 40 ปี³

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า สิ่งแวดล้อม สภาพทางสังคม การกลั่นแกล้งล้อเลียนบนโลกออนไลน์ โรคร่วม (comorbidity)⁴ การพัฒนาของเทคโนโลยีเป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีการใช้โทรศัพท์มือถือประเภทสมาร์ตโฟนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดกาญจนบุรี พบการเสพติดการสื่อสารทั้งโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากขึ้น⁵ และงานวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกาพบการใช้โทรศัพท์มือถือมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่⁶ อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่บ่งบอกถึงการใช้โทรศัพท์มือถือมีผลต่ออารมณ์ด้านบวก เพื่อให้บรรเทาความต้องการทั้งทางกายภาพ ความปลอดภัย ความรัก ความเป็นเจ้าของ การได้รับความชื่นชมนับถือจากคนอื่น และเพื่อสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยทางจิตใจ หากพัฒนาการสื่อสารระหว่างบุคคลได้ดี ก็จะสามารถสร้างความสุขให้แก่ชีวิตตนเองได้⁷

ดังที่กล่าวมาโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มเด็กวัยรุ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวชในหลายด้าน และแนวโน้มของการใช้เทคโนโลยีผ่านทางสมาร์ตโฟนเพิ่มขึ้น ทำให้ทางผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและการเสพติดการใช้โทรศัพท์มือถือในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

รวมถึงศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแม้ว่าจะได้มีการศึกษาวิจัยในประเด็นนี้มาบ้างแล้วในประเทศอื่นหรือในภูมิภาคอื่น แต่ด้วยลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้เกิดบริบทที่แตกต่างระหว่างพื้นที่ได้ อีกทั้งงานวิจัยที่ทำก่อนหน้านี้ทำในกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งในปัจจุบันพบว่าแนวโน้มของการเกิดโรคซึมเศร้าพบมากขึ้นในกลุ่มอายุที่เด็กลง ทางผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้น โดยทางผู้วิจัยเลือกคัดกรองภาวะซึมเศร้าแทนการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เข้าถึงนักเรียนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะมีประโยชน์ในการหาแนวทางป้องกันและลดการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากขึ้นในอนาคต

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีการและประชากร

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross sectional study) เก็บข้อมูลจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น โดยมีอาสาสมัครและผู้ปกครองที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 290 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE621179

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายและหญิงที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ช่วงอายุ 12 - 15 ปี สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้ปกครองยินยอมให้ร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นเรียน ระดับ GPA ภาคการศึกษาล่าสุด โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ใช้โทรศัพท์มือถือโดยเฉลี่ยต่อวัน ความถี่ของการใช้โทรศัพท์มือถือโดยเฉลี่ยต่อวัน วัตถุประสงค์ในการใช้โทรศัพท์มือถือ
2. แบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับภาษาไทย (Smartphone Addiction Scale-Thai Short Version (SAS-SV-TH)) โดย รศ.สุภาภัก เจริญวานิช⁸ แปลมาจาก Smartphone addiction scale-short version (SAS-SV)⁹ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6 - 60 และมีจุดตัด คือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 31 ในเพศชาย หรือคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 33 คะแนนในเพศหญิง จะหมายถึงมีพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟน

ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมมีค่า 0.94 และรายข้ออยู่ระหว่าง 0.76 - 0.97

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กฉบับภาษาไทย (Children's depression inventory (CDI)) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ¹⁰ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบ คะแนนรวมของ CDI มีตั้งแต่ 0 - 52 หากได้คะแนน >15 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมคือ 0.83 มีความไว ร้อยละ 78.7 ความจำเพาะ ร้อยละ 91.3 และความตรง ร้อยละ 87

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร $N = k \times 10 \times (1/p)$ โดยกำหนดจำนวนปัจจัยที่ต้องการศึกษา (k) 8 ปัจจัย ความชุกของโรคซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (P) 0.44¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่าง 182 ราย คาดคะเนโอกาสที่จะได้รับการตอบรับประมาณ ร้อยละ 60 จึงจำเป็นต้องใช้กลุ่มประชากรประมาณ 303 ราย และเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม และเกิดความรู้สึกแตกต่าง จึงสุ่มตัวอย่างแบบ cluster sampling แจกแบบสอบถามทั้งห้อง โดยทำการแจกเฉพาะห้องเลขคู่ในแต่ละชั้นปี รวม 315 ราย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 27 ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการติดการใช้โทรศัพท์มือถือกับภาวะซึมเศร้าใช้ chi-square และ Spearman's correlation และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าใช้ logistic regression ในรูปแบบ bivariate analysis และ multivariable analysis สถิติทดสอบจะใช้ค่านัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 290 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง 149 ราย (ร้อยละ 51.4) และกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 141 ราย (ร้อยละ 48.6) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 13.4 ปี ผลการเรียน (GPA) เฉลี่ย 3.7 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 0.49) ระยะเวลาในการใช้มือถือเฉลี่ย 6 ชั่วโมงต่อวัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 3.07) ความถี่ในการใช้มือถือโดยเฉลี่ย 20 ครั้งต่อวัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 0.49) ตามตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 290 ราย พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 โดยมีผู้ที่มีการติดการใช้โทรศัพท์มือถือที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.6 โดยการติดโทรศัพท์มือถือมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.43, p < 0.001$) ตามตารางที่ 2 และรูปที่ 1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์โดยใช้ logistic regression ในการทดสอบรูปแบบ bivariate analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 แตกต่างกับมัธยมศึกษาปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (crude OR 0.29, 95%CI: 0.15 - 0.54, $p < 0.001$) ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 แตกต่างกับมัธยมศึกษาปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (crude OR 0.74, 95%CI: 0.42 - 1.31, $p < 0.001$) เกรดเฉลี่ยที่แตกต่างมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (crude OR 0.49, 95%CI: 0.29 - 0.83, $p = 0.008$) ระยะเวลาในการใช้มือถือเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (crude OR 1.08, 95%CI: 1 - 1.17, $p = 0.046$)

สาเหตุการใช้ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้เพื่อระบายความเครียด อึดอัดในใจ (crude OR 1.84, 95%CI: 1.13 - 3, $p = 0.014$) ทำให้หายเหงาว่าเหว่ (crude OR 1.73, 95%CI: 1.06 - 2.81, $p = 0.027$) เปิดเผยความในใจสามารถแสดงออก (crude OR 2.67, 95%CI: 1.4 - 5.06, $p = 0.003$) และสร้างตัวตนของตัวเองผ่านการใช้งานให้ผู้อื่นเห็นได้มากขึ้น (crude OR 1.97, 95%CI: 1.17 - 3.32, $p = 0.011$) ตามตารางที่ 3

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ทำนายความเสี่ยง โดยใช้ logistic regression ในรูปแบบ multivariable analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ระดับชั้นเรียนที่สูงขึ้น มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าลดลงเมื่อเทียบกับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (adj. OR 0.19, 95%CI: 0.08 - 0.43, $p < 0.001$) และ adj. OR 0.46, 95%CI: 0.23 - 0.92, $p < 0.001$ ตามลำดับ) ระดับการเรียนที่ดีขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าที่ลดลง (adj. OR 0.47, 95%CI: 0.26 - 0.84, $p = 0.011$) ระยะเวลาในการเล่นมือถือนานขึ้น 1 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าเพิ่มขึ้น 1.10 เท่า (adj. OR 1.10, 95%CI: 1.002 - 1.21, $p = 0.045$) และการติดการใช้โทรศัพท์มือถือมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่า

เพิ่มมากขึ้น 2.92 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ติดการใช้โทรศัพท์มือถือ (adj. OR 2.92, 95%CI: 1.63 - 5.23, $p < 0.001$) ตามตารางที่ 4

วิจารณ์

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในงานวิจัยนี้เท่ากับร้อยละ 36.6 ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นเมื่อเทียบกับงานวิจัยที่จังหวัดเชียงใหม่¹¹ เมื่อปี พ.ศ. 2558 พบความชุกร้อยละ 14.65 สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต โดยพบว่าร้อยละ 28 ของเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า¹² และงานวิจัยก่อนหน้าในจังหวัดขอนแก่น นักเรียนมัธยมต้นมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.74¹³

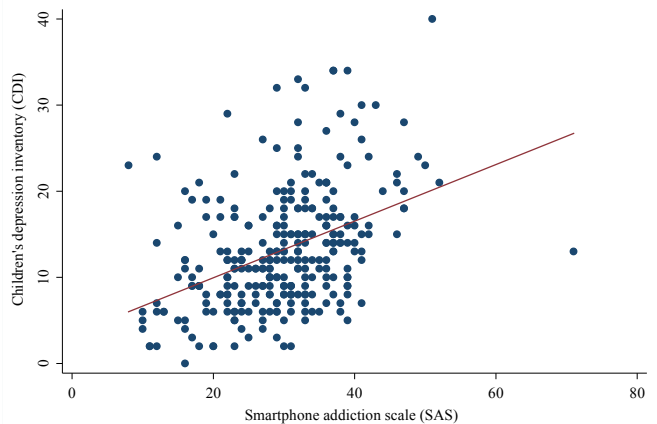
จากงานวิจัยนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ระดับชั้นเรียนที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าลดลง ซึ่งการเข้าเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมากจากชั้นประถมศึกษา และอาจจะมีกรย้ายโรงเรียนทำให้เกิดความเครียดในการปรับตัวเข้ากับเพื่อนและสังคมใหม่ เมื่อสามารถปรับตัวได้มากขึ้น หรือมีแนวทางในการจัดการปัญหาจึงทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลง¹⁴ ระดับการเรียนที่ดีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าลดลง การที่สามารถเรียนได้ดีแสดงถึงศักยภาพในการแก้ปัญหา หรือทำให้เกิดประสบการณ์เชิงบวกได้ และยืดหยุ่นได้มากกว่า¹⁵ การเรียนดีจึงถือเป็นปัจจัยเชิงบวกที่จะช่วยเพิ่มจุดแข็งให้กับวัยรุ่น เพราะสามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และได้การสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว¹⁶

ระยะเวลาในการเล่นโทรศัพท์มือถือที่นานขึ้นสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร่าเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ พบว่าการเล่นมือถือมีผลกระทบต่ออารมณ์กังวล ซึมเศร่า ปัญหาพฤติกรรม สมาธิที่ลดลง ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง ความรับผิดชอบ¹⁷ คุณภาพการนอน¹⁸ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อเรื่องการเรียน การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น และทำให้เกิดโรคอ้วนตามมาได้¹⁹

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 290)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	149 (51.38)
อายุ	mean (SD) = 13.4 (0.95)
ระดับชั้น	
ม. 1	101 (34.95)
ม. 2	96 (33.22)
ม. 3	92 (31.83)
ผลการเรียนเฉลี่ย	mean (SD) = 3.65 (0.49)
1.00 - 1.99	4 (1.58)
2.00 - 2.99	17 (6.72)
3.00 - 4.00	232 (91.70)
การใช้โทรศัพท์มือถือ	
ระยะเวลา (ชั่วโมง/วัน)	mean (SD) = 5.95 (3.07)
ความถี่ (ครั้ง/วัน)	mean (SD) = 20.07 (30.63)

SD = Standard deviation



รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการติดโทรศัพท์มือถือและภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติทดสอบ Spearman's correlations

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการติดโทรศัพท์มือถือและภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติทดสอบ chi-square test

การติดโทรศัพท์มือถือ	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	กลุ่มตัวอย่าง (n = 289)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า	
ไม่ใช่	171 (59.17)	130 (71.04)	41 (38.68)	<0.001
ใช่	118 (40.83)	53 (28.96)	65 (61.32)	

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า		
เพศ				0.536
ชาย	92 (50)	49 (46.23)	1	
หญิง	92 (50)	57 (53.77)	1.16 (0.72 - 1.88)	
อายุ (ปี)			0.91 (0.71 - 1.17)	0.477
ระดับชั้นเรียน				<0.001*
ม. 1	53 (28.8)	48 (45.71)	1	
ม. 2	76 (41.3)	20 (19.05)	0.29 (0.15 - 0.54)	
ม. 3	55 (29.89)	37 (35.24)	0.74 (0.42 - 1.31)	
ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA)			0.49 (0.29 - 0.83)	0.008*
GPA				0.096
1.00 - 1.99	1 (0.61)	3 (3.33)	1	
2.00 - 2.99	8 (4.91)	9 (10)	0.38 (0.03 - 4.37)	
3.00 - 4.00	154 (94.48)	78 (86.67)	0.17 (0.02 - 1.65)	
ระยะเวลา (ชั่วโมง/วัน)			1.08 (1.00 - 1.17)	0.046*
ความถี่ (ครั้ง/วัน)			0.99 (0.99 - 1.00)	0.255
ระบายความเครียด อึดอัดในใจ	87 (47.28)	66 (62.26)	1.84 (1.13 - 3.00)	0.014*
ทำให้หายใจหอบเหนื่อย	88 (47.83)	65 (61.32)	1.73 (1.06 - 2.81)	0.027*
เปิดเผยความในใจ	20 (10.87)	26 (24.53)	2.67 (1.40 - 5.06)	0.003*
แสดงความคิดเห็น	46 (25)	38 (35.85)	1.68 (1.00 - 2.82)	0.051
เพิ่มความคุ้นเคย ใกล้ชิดสนิทสนม	56 (30.43)	39 (36.79)	1.33 (0.80 - 2.20)	0.267
สร้างเครือข่ายสังคม รู้จักคนอื่นๆ มากขึ้น	92 (50)	52 (49.06)	0.96 (0.60 - 1.55)	0.877
สร้างความสุข สบายใจ	146 (79.35)	82 (77.36)	0.89 (0.50 - 1.59)	0.691
ขอรับความช่วยเหลือ	29 (15.76)	17 (16.04)	1.02 (0.53 - 1.96)	0.950
พัฒนาการเรียนรู้ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	126 (68.48)	72 (67.92)	0.97 (0.58 - 1.63)	0.922
สามารถแสดงออกและสร้างตัวตนของตัวเองผ่าน				
การใช้งานให้ผู้อื่นเห็นได้มากขึ้น	42 (22.83)	39 (36.79)	1.97 (1.17 - 3.32)	0.011*
คะแนนการติดโทรศัพท์มือถือ			1.09 (1.06 - 1.13)	<0.001*
การติดโทรศัพท์มือถือ	53 (28.96)	65 (61.32)	3.89 (2.35 - 6.44)	<0.001*

OR = odd ratio, 95%CI = 95% Confidential interval, GPA = Grade Point Average, * = P-value <0.05

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
ระดับชั้นเรียน		<0.001*		<0.001*
ม. 1	1		1	
ม. 2	0.29 (0.15 - 0.54)		0.19 (0.08 - 0.43)	
ม. 3	0.74 (0.42 - 1.31)		0.46 (0.23 - 0.92)	
ระดับผลการเรียน	0.49 (0.29 - 0.83)	0.008*	0.47 (0.26 - 0.84)	0.011*
ระยะเวลา (ชั่วโมง)	1.08 (1.00 - 1.17)	0.046*	1.10 (1.00 - 1.21)	0.045*
การติดโทรศัพท์มือถือ		<0.001*		<0.001*
ไม่ใช่	1		1	
ใช่	3.89 (2.35 - 6.44)		2.92 (1.63 - 5.23)	

OR = Odd ratio, 95%CI = 95% Confidential interval, GPA = Grade Point Average, * = P-value <0.05

วัตถุประสงค์หลักในงานวิจัยนี้ พบว่าการติดการใช้โทรศัพท์มือถือมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น 2.92 เท่า สอดคล้องกับงานวิจัยของไทยที่ศึกษาในกลุ่มเด็กอายุ 15 - 19 ปี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือ การเสพติดการสื่อสารทางโทรศัพท์ โดยปริมาณการใช้งานอาจไม่สำคัญเท่ากับความรู้สึกต้องการใช้ในลักษณะเสพติด⁵ ดังนั้นแม้ว่าการใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุความต้องการ สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยทางจิตใจ⁷ แต่ก็สร้างปัญหาทางจิตใจและร่างกายให้กับคนในยุคปัจจุบันได้ในเวลาเดียวกัน และงานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าปัญหาการใช้โทรศัพท์ในผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า⁶ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยในประเทศอินเดีย พบว่าวัยรุ่นในปัจจุบันใช้โทรศัพท์มือถือในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น ซึ่งนำมาสู่ปัญหาการเข้าสังคม การสร้างความสัมพันธ์ และสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ²⁰

นอกจากนั้นจากงานวิจัยนี้พบว่าสาเหตุการใช้โทรศัพท์มือถือที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การใช้เพื่อระบายความเครียด อึดอัดในใจ ทำให้หายเหงาว่าเหว่ เปิดเผยความในใจ และเพื่อสามารถแสดงออกและสร้างตัวตนของตัวเองผ่านการใช้งานให้ผู้อื่นเห็นได้มากขึ้น ซึ่งเป็นการเลือกใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อช่วยลดอาการของภาวะซึมเศร้า และในทางการแพทย์มีการนำโทรศัพท์มาใช้เพื่อเพิ่มช่องทางในการสื่อสาร ให้ความรู้ คำแนะนำ บำบัดรักษา²¹ เพื่อเพิ่มความสะดวกและความปลอดภัยในยุคปัจจุบันนี้ ซึ่งคาดว่าจะมีการพัฒนารูปแบบของการสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทำให้

สามารถป้องกันโรคระบาดรวมทั้งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางได้²²

หากพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย ของการเข้ามาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีอย่างไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ สิ่งที่สามารถป้องกันความเสี่ยงและปัญหาจากการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ได้ คือการใช้ภายใต้คำแนะนำ การดูแลของผู้ปกครอง และคนใกล้ชิด ภาครัฐช่วยควบคุมสื่อที่เหมาะสม ให้เกิดประโยชน์และปลอดภัยสูงสุด

งานวิจัยนี้มีข้อดีคือสามารถเก็บข้อมูลได้ค่อนข้างครบถ้วนและมากกว่าที่คำนวณไว้ ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงสถานการณ์การเรียนในรูปแบบปกติ ก่อนที่จะเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างรุนแรงในประเทศไทย ทำให้สามารถใช้ทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์ปกติได้ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในทางคลินิก การชั่งปรองวัดให้ครอบคลุมถึงรูปแบบการใช้โทรศัพท์มือถือ และสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปแนะนำให้กับผู้ปกครอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบภาคตัดขวาง สามารถบอกลักษณะแนวโน้มของความสัมพันธ์ แต่ยังไม่สามารถแสดงความเป็นเหตุและผลได้ว่าการติดการใช้โทรศัพท์มือถือมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่ กลุ่มประชากรนี้เก็บข้อมูลในโรงเรียนเพียงโรงเรียนเดียว และไม่ได้สำรวจการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ที่ใช้งานในลักษณะใกล้เคียงกัน การเก็บแบบสอบถามอยู่ในช่วงก่อนสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รุนแรงในประเทศไทย

จนทำให้ต้องเรียนรูปแบบออนไลน์ที่จำเป็นต้องใช้โทรศัพท์มือถือมากขึ้น และแม้ว่าสถานการณ์โรคระบาดจะสงบลงแล้ว เด็กนักเรียนส่วนใหญ่ยังใช้โทรศัพท์มือถือในการเรียนและติดต่อสื่อสารมากขึ้น ทำให้เปรียบเทียบช่วงเวลาก่อนและหลังที่มีสถานการณ์โรคระบาดได้ยาก และอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้ศึกษา เช่น เศรษฐฐานะ การเจ็บป่วยทางจิตเวช การเลี้ยงดู

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ระดับชั้นเรียนที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าลดลง ระดับผลการเรียนที่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าลดลง ระยะเวลาในการใช้โทรศัพท์มือถือนานขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น 1.10 เท่า และการติดการใช้โทรศัพท์มือถือมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น 2.92 เท่า

การใช้โทรศัพท์มือถือภายใต้คำแนะนำ การดูแลของผู้ปกครอง และภาครัฐช่วยควบคุมสื่อที่เหมาะสมให้เกิดประโยชน์และปลอดภัยสูงสุด สามารถป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและปัญหาจากการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.พญ.นิรมล พัจจนสุนทร ที่ให้คำแนะนำและชี้แนะถึงแนวทางการจัดทำวิจัย ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.พงศธร พหลภาคย์ และ ดร.จิตรจิรา ไชยฤทธิ์ ผู้ให้คำปรึกษาด้านการเก็บ วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล รวมถึงการคำนวณทางสถิติ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฝ่ายมัธยมศึกษา (ศึกษาศาสตร์) และคณาจารย์ ที่ให้คำแนะนำแนวทาง ช่วยเหลือในการประสานงานประชาสัมพันธ์ไปจนถึงเก็บข้อมูลสำเร็จ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

สุภาภัก วิลัยหล้า: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; ศิริวรรณ ปิยะวัฒน์เมธา: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และ

การตรวจสอบแก้ไขบทความ; กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล: การออกแบบการศึกษา และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Chaiudomsom K, Arunpongpisarn S, Virasiri S. Depressive disorders. In: Chaiudomsom K, Paholpak P, Vadhanavikit P, Aphisitphinyo S, editors. Psychiatry. 2nd ed. Khonkaen: Klungnana Vitthaya Press; 2017. p.174.
2. Thongpet N. Checklist of causes and symptoms of depression [Internet]. Department of Mental Health; 2019 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>.
3. SaeLim P. Depression: Lonely, hopeless, burned out emotional state of Millennial generation in 2019. The Momentum [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://themomentum.co/millennials-mental-health-2019/>.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
5. Pewnill T. Communication technology use behavior and mental health of secondary school students in Kanchanaburi Province. TU Journal 2015;34(2):134-49.
6. Saeb S, Zhang M, Karr CJ, Schueller SM, Corden ME, Kording KP, et al. Mobile phone sensor correlates of depressive symptom severity in daily-life behavior: An exploratory study. J Med Internet Res 2015;17:e175.
7. Wood JT. Interpersonal communication: everyday encounters. 7th ed. Boston (MA): Cengage Learning; 2012.
8. Charoenwanit S, Soonthornchaiya R. Development of smartphone addiction scale: Thai short version (SAS-SV-TH). J Ment Health Thailand 2019;27(1):25-36.
9. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. PLoS One 2013;8(12):e83558.
10. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. The Children's Depression Inventory as a screen for depression in Thai children. J Med Assoc Thailand 1997;80:491-9.
11. Jiamjaroenkul J, Limsuwan N. Depression among junior high school students in Muang district, Chiang Mai province. J Psychiatr Assoc Thailand 2015;60:253-64.
12. Lohapattanabamrung A. COVID-19 and mental health [internet]. Department of Mental Health; 2024 [cited 2024 Feb 28]. Available from: <https://dmh.go.th/news/-dmh.go.th>.
13. Surawan W. Prevalence and factors relating to depression of junior high school students in Nam Phong District, Khon Kaen Province. J Psychiatr Assoc Thailand 2021;66(4):403-16.
14. Evans D, Borriello GA, Field AP. A review of the academic and psychological impact of the transition to secondary education. Front Psychol 2018;9:1482.



15. Krause K, Midgley N, Edbrooke-Childs J, Wolpert M. A comprehensive mapping of outcomes following psychotherapy for adolescent depression: The perspectives of young people, their parents and therapists. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;30:1779-91.
16. Rinne GR, O'Brien MP, Miklowitz DJ, Addington JM, Cannon TD. Depression, family interaction and family intervention in adolescents at clinical-high risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2021;15:360-6.
17. Männikkö N, Ruotsalainen H, Miettunen J, Kääriäinen M. Associations between childhood and adolescent emotional and behavioral characteristics and screen time of adolescents. *Issues Ment Health Nurs* 2020;41:700-12.
18. Twenge JM, Hisler GC, Krizan Z. Associations between screen time and sleep duration are primarily driven by portable electronic devices: Evidence from a population-based study of U.S. children ages 0-17. *Sleep Med* 2019;56:211-8.
19. Cai Y, Zhu X, Wu X. Overweight, obesity, and screen-time viewing among Chinese school-aged children: National prevalence estimates from the 2016 Physical Activity and Fitness in China-The Youth Study. *J Sport Health Sci* 2017;6:404-9.
20. Davey S, Davey A, Raghav SK, Singh JV, Singh N, Blachnio A, et al. Predictors and consequences of "Phubbing" among adolescents and youth in India: An impact evaluation study. *J Family Community Med* 2018;25:35-42.
21. Reinhardt I, Gouzoulis-Mayfrank E, Zielasek J. Use of telepsychiatry in emergency and crisis intervention: Current evidence. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21:63.
22. Di Carlo F, Sociali A, Picutti E, Pettorruso M, Vellante F, Verrastro V, et al. Telepsychiatry and other cutting-edge technologies in COVID-19 pandemic: Bridging the distance in mental health assistance. *Int J Clin Practice* 2021;75:10.1111/ijcp.13716.

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

กัญชมน สีหะปัญญา*, ชูชาติ วงศ์อนุชิต**

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (25 คน) และกลุ่มควบคุม (25 คน) โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (DASS-21) แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) Independent t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษา ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ของผู้ปกครอง และคะแนนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและคะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง มีความเหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการฝึกอบรมทักษะผู้ปกครอง และยังส่งผลในด้าน การลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย

คำสำคัญ เด็กสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรม โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง

Corresponding author: ชูชาติ วงศ์อนุชิต

กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

E-mail: choochart.d@gmail.com

วันรับ : 17 มีนาคม 2567 วันแก้ไข : 29 เมษายน 2567 วันตอบรับ : 30 เมษายน 2567

The Effect of a Parent Management Training Program on Parents' Mental Health, Family Relationships, Positive Parenting, and Behaviors of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Kanchamon Seehapanya*, Choochart Wong-Anuchit**

*Master of Nursing Science Student (Psychiatric and Mental Health Nursing), Mahasarakham University Faculty of Nursing

**Assistant Professor (Psychiatric and Mental Health Nursing), Mahasarakham University Faculty of Nursing

ABSTRACT

Objective: To compare scores of parents' mental health, family relationships, positive parenting, and behaviors of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) between the experimental and control groups of parents after participating in a Parent Management Training (PMT) Program.

Methods: This quasi-experimental research used a pretest-posttest design. The parents of children with ADHD were randomly assigned to an experimental (n=25) or control group (n=25). The experimental group participated in the PMT program and usual care for 6 weeks; the control group received usual care only. In addition to demographic characteristics, four instruments were used to collect data: the 21-item Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21), the 10-item Family Relationship Questionnaire, the 16-item Positive Parenting Questionnaire, and the 10-item Modified IOWA Conners Rating Scale. Health outcomes of this study were (1) three individual mental health (stress, anxiety, and depression), (2) family relationship, (3) positive parenting, and (4) parents' ratings of the behaviors of their children with ADHD. Descriptive statistics independent t-test, and paired t-test were used for data analysis.

Results: After participating in the PMT program, the scores of parents' three mental health (stress, anxiety, and depression) and parents' ratings of behaviors of children with ADHD were significantly lower than parents in the control group ($p < .05$). The scores of family relationships and positive parenting in the experimental group were significantly higher than those in the control group ($p < .05$).

Conclusion: The PMT Program is suitable for training parents' skills and also results in reducing behavioral problems of children with ADHD

Key words: ADHD, Behavior Modification, Parent Management Training

Corresponding author: Choochart Wong-Anuchit

E-mail: choochart.d@gmail.com

Received 17 March 2024 Revised 29 April 2024 Accepted 30 April 2024

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน เกิดจากการทำหน้าที่ของสมองบกพร่องทำให้เกิดอาการทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ และความบกพร่องในการทำหน้าที่ ความซุกซนของโรคดังกล่าวทั่วโลกมีค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 7.2¹ สำหรับในประเทศไทยพบเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นอยู่ประมาณ ร้อยละ 5 - 8² โดยพบได้บ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ขัดขวางพัฒนาการตามปกติของเด็ก เพิ่มความทุกข์แก่ผู้ปกครองและสร้างภาระให้กับสังคม³ โรคสมาธิสั้นหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม มีแนวโน้มที่เด็กจะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมซึ่งอาจนำไปสู่อารมณ์รุนแรง หุนหันพลันแล่นรุนแรงและมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้⁴ สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ หน้าที่การงาน และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นส่งผลต่อความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเด็ก โดยเฉพาะปัญหาด้านพฤติกรรมชนอยู่ไม่นิ่ง และต่อต้าน เป็นอาการที่แสดงออกของโรคสมาธิสั้นที่พบได้บ่อย นอกจากนี้ยังพบปัญหาพฤติกรรมด้านอื่นๆ อีกมาก เช่น พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกราะ และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม⁵ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ปกครอง⁶ การใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมไปถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว⁷ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นนั้นจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนาน ส่งผลให้ครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ จึงจัดได้ว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างยิ่ง และปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นนั้นคือ การเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁸ ดังนั้นผู้ปกครองจึงถือว่ามีบทบาทสำคัญในการปรับพฤติกรรมของเด็กเป็นอย่างมาก⁹

การฝึกอบรมผู้ปกครอง (Parent Management Training: PMT) เป็นการเสริมสร้างแนวทางปฏิบัติในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง¹⁰ มีรากฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory)¹¹ เป้าหมายเพื่อสอนให้ผู้ปกครองป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มากขึ้น ถือว่าเป็นการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน¹² และได้รับการยอมรับในการนำมาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{13,14} อย่างไรก็ตามเนื้อหาในรายละเอียดของแต่ละโปรแกรมที่มีอยู่นั้นอาจแตกต่างกันออกไป แต่หัวใจสำคัญซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในการจัดการพฤติกรรมที่ยังคงไว้ในแต่ละโปรแกรม คือ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมในโปรแกรมของผู้ปกครอง¹⁵ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหลักของการฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่นำมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ¹⁶ ความสำเร็จของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองนั้นขึ้นอยู่กับการใช้ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ได้เรียนรู้ระหว่างการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการเข้าร่วมโปรแกรม จากการวิเคราะห์เชิงอภิमान (meta-analysis) พบว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองมีประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์ด้านผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยผลลัพธ์ 7 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ ด้านอาการด้านพฤติกรรม ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก ด้านการเลี้ยงดูเชิงลบ ด้านความรู้สึกรู้สึกความสามารถในการเป็นพ่อแม่ ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง¹⁷

ในประเทศไทยได้เริ่มมีโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ปี 2543 พัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะจากสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ถือเป็นต้นแบบของการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กในประเทศไทย¹⁸ และในปี 2564 ได้มีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองดังกล่าวเพิ่มเติมโดยการปรับปรุงรูปแบบของการฝึกอบรม เพื่อเปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองที่อยู่ในชนบทห่างไกลได้มีโอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้นและไม่เสียค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม¹⁹ โดยใช้ชื่อว่าเน็ตป้ามา (Internet-Based Parent Management Training Program: Net PAMA) ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กเบื้องต้นให้แก่ผู้ปกครองผ่านระบบออนไลน์ ด้วยการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม การเสริมแรงเชิงบวก ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจนและได้ผล การแก้ปัญหาของผู้ปกครอง เทคนิคการให้รางวัล และการใช้วิธีการลงโทษที่เหมาะสม ทำให้ผู้ปกครองมีทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่ตนเองดูแลอยู่เพิ่มมากขึ้น และสามารถเลือกใช้เทคนิคต่างๆ ในการดูแลเด็กได้เป็นอย่างดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าในประเทศไทย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่ดีขึ้นของเด็กสมาธิสั้นเป็นหลัก ส่วนผลลัพธ์ด้านผู้ปกครองนั้นยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้ปกครองบางคนยังต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทำให้ไม่สามารถตั้งศักยภาพของตนเองออกมาใช้เพื่อดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเต็มที่²⁰ การดูแลเด็กที่มีภาวะดังกล่าวนับว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเอง เด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นเพื่อให้การฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อเด็ก ครอบครัว และสังคมมากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองหลักสูตรออนไลน์ (Net PAMA) ของรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์พรนภดล มาใช้ โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบของการฝึกอบรมผู้ปกครองจากหลักสูตรออนไลน์มาเป็นการฝึกอบรมผู้ปกครองในสถานบริการที่มีคลินิกเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้กำหนดเป้าหมายในการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีการพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพที่สามารถดูแลตนเองได้ในอนาคต โดยผลของการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ดำเนินการทดลองที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไป ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 330-300/2566 เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น (เด็กสมาธิสั้น อายุ 6 - 12 ปี) ที่มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก ซึ่งทำหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างใดๆ 2) ผู้ปกครองไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองด้านพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น 3) สามารถอ่านเขียนได้และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และ 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย โดยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณค่าสัดส่วนจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสูตรการหา effect size ของ Cohen (1977) ซึ่งใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER 3.1.9.4 คำนวณจากผลการวิจัยที่ใกล้เคียงของ ภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ⁸ ที่ได้ศึกษาผลการติดตามเป็นระยะ 1 ปี ของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ดို့ต่อด้านโดยคำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ 0.9 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) เท่ากับ 0.90 และกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้เกิดความผิดพลาดในการศึกษาน้อยที่สุดและคงไว้ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเหมาะสมกับการวิเคราะห์ผลการวิจัย เมื่อเกิดการสูญหายจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 คน (ร้อยละ 15) รวมเป็น 50 คน การวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนจากการสุ่ม ซึ่งผู้วิจัยกำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่กลุ่มประชากรของโรงพยาบาลทุกคน มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ แล้วจับสลากแบบไม่คืนที่ (sampling without replacement) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก โรคประจำตัวของผู้ปกครอง ส่วนข้อมูลทั่วไป

ของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศและอายุเด็ก

2) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุภัทญา สว่าง และคณะ ซึ่ง ผนึกวรรต บัวทอง และ ภัทร พิชัยรัตน์เสถียร ได้ทำการปรับปรุงสรรพนามและข้อความในบางข้อ โดยได้รับการอนุญาตในการดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามจากผู้พัฒนาเพื่อนำไปใช้ในการวิจัย²¹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่ตรงกับฉันเลย (0 คะแนน) ตรงกับฉันบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) ตรงกับฉันหรือเกิดขึ้นบ่อย (2 คะแนน) และตรงกับฉันมากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด (3 คะแนน) โดยมีการแปลผล ดังนี้ ระดับปกติ (ภาวะเครียด 0 - 7 คะแนน ภาวะวิตกกังวล 0 - 3 คะแนน และภาวะซึมเศร้า 0 - 4 คะแนน) ระดับต่ำ (ภาวะเครียด 8 - 9 คะแนน ภาวะวิตกกังวล 4 - 5 คะแนน และภาวะซึมเศร้า 5 - 6 คะแนน) ระดับปานกลาง (ภาวะเครียด 10 - 12 คะแนน ภาวะวิตกกังวล 6 - 7 คะแนน และภาวะซึมเศร้า 7 - 10 คะแนน) ระดับรุนแรง (ภาวะเครียด 13 - 16 คะแนน ภาวะวิตกกังวล 8 - 9 คะแนน และภาวะซึมเศร้า 11 - 13 คะแนน) และระดับรุนแรงที่สุด (ภาวะเครียดมากกว่า 17 คะแนนขึ้นไป ภาวะวิตกกังวลมากกว่า 10 คะแนนขึ้นไป และภาวะซึมเศร้ามากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ความเครียด เท่ากับ 0.69 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82

3) แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (family relationship questionnaire) เครื่องมือวิจัยนี้นำมาจากแบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของ ดารุณี งามขำ²² ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ สม่ำเสมอ (5 คะแนน) บ่อย/เกือบทุกโอกาส (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยเลย (1 คะแนน) โดยมีการแปลผล คือ ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับต่ำ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.99 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

4) แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire) พัฒนาโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล ใช้วัดพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง¹⁹ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำสม่ำเสมอ (3 คะแนน) ทำบ้าง (2 คะแนน) ไม่ค่อยทำ (1 คะแนน) และไม่เคยทำเลย (0 คะแนน) จำแนกระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (0 - 32 คะแนน) ระดับปานกลาง (33 - 40 คะแนน) และระดับมาก (41 - 48 คะแนน) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.81 - 0.94 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

5) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (modified IOWA Conners rating scale) พัฒนาโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเด็กด้วยตนเอง⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ คือ ไม่ทำเลย (0 คะแนน) ทำเล็กน้อย (1 คะแนน) ทำค่อนข้างมาก (2 คะแนน) และทำมาก (3 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมด 0 - 30 คะแนน โดยมีการแปลผลคือ คะแนนรวมทั้งต่ำลง หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นลดลง มีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC: Index of item objective congruence) ทุกข้อได้ >0.5 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.863

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำไปทดสอบกับผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านภาวะเครียด เท่ากับ .852 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ .837 และภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .906 ส่วนแบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก และแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .939, .961 และ .890 ตามลำดับ

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

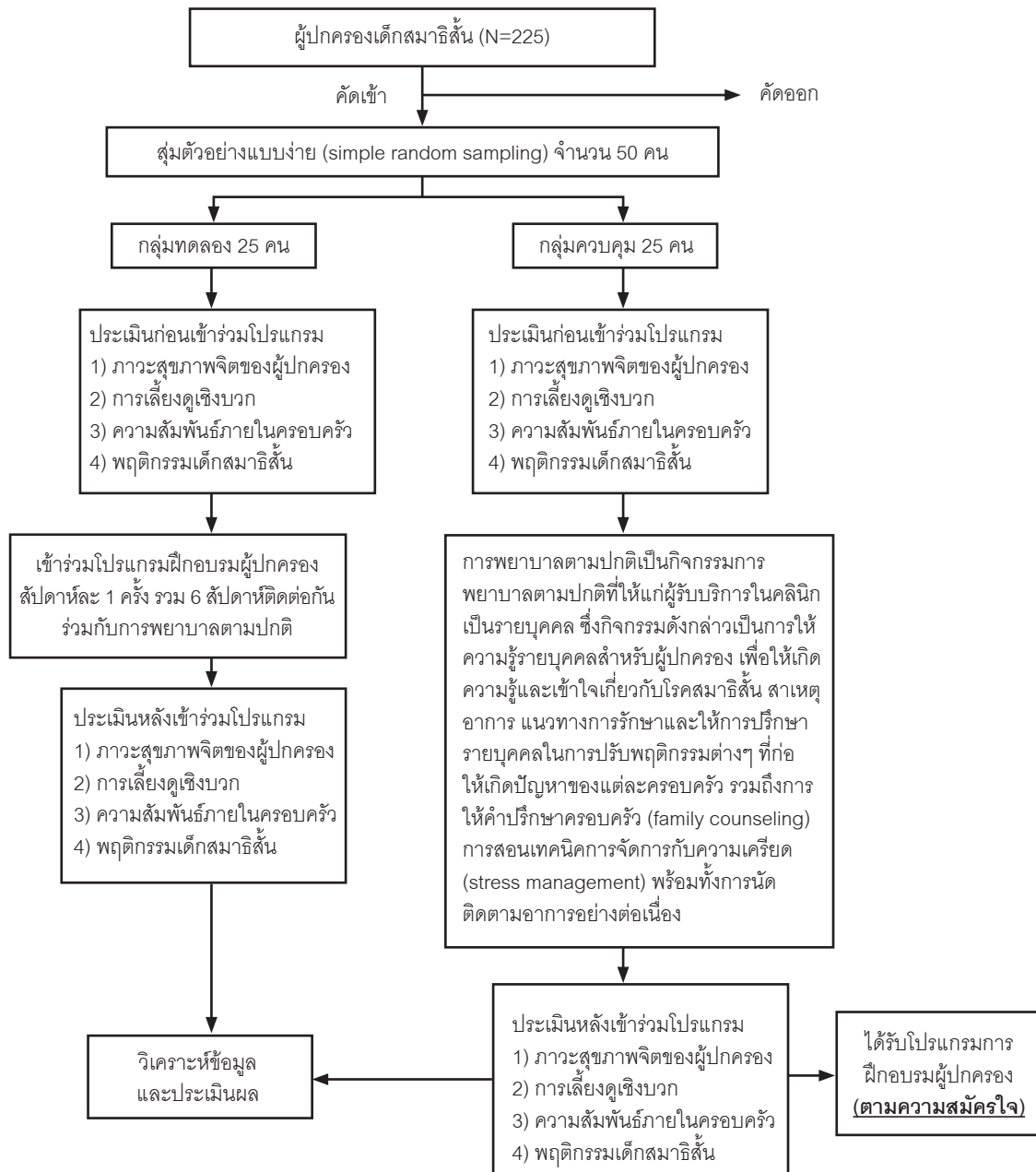
โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง การวิจัยครั้งนี้ใช้

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้นโดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรทักษะการเป็นวิทยากรการเลี้ยงดูเชิงบวกด้วยหลักสูตรเน็ตป่าไม้ รุ่นที่ 5 เมื่อวันที่ 21 - 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กให้แก่ผู้ปกครอง และได้ดำเนินการขออนุญาตเพื่อนำโปรแกรมมาใช้ในการทำวิจัย โดยที่ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของโปรแกรมแต่ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกอบรมจากรูปแบบออนไลน์เป็นรูปแบบของการฝึกอบรมผู้ปกครองในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาล โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) บั๊จจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก 2) เทคนิคการสื่อสาร 3) เทคนิคการชม 4) เทคนิคการให้รางวัล 5) เทคนิคการลงโทษ และ

6) เทคนิคการทำตารางให้คะแนน ดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที รวม 6 สัปดาห์ติดต่อกัน

3. การดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม (กลุ่มที่ 1 - 4) ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 8 คน 5 คน 6 คน และ 6 คน ตามลำดับ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (leader) และมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้นำกลุ่มร่วม (co-leader) ดำเนินกิจกรรมจนเสร็จสิ้น กระบวนการทั้ง 4 กลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความยินยอมจากอาสาสมัครด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล (data collector) ทั้งหมดในทุกช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัย



ส่วนกลุ่มควบคุมสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองได้ตามความสมัครใจภายหลังการประเมิน 6 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยจัดกลุ่มสำหรับการเข้าร่วมโปรแกรมในห้วงระยะเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่จัดกลุ่มสลับกันคนละวันกับกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ปกครองเลือกเข้ากลุ่มตามวัน เวลาที่สะดวก แต่ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมไม่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ตัวแปรที่ศึกษา (outcomes) คือ ด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. และระดับปริญญาตรี ทำอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท มีความสัมพันธ์กับเด็ก คือ เป็นบิดามารดาและผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ในส่วนของข้อมูลของเด็กสมาธิสั้นพบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 8 - 9 ปี และ 10 - 12 ปี และมีระยะเวลาในการรักษาอยู่ในช่วง 2 - 3 ปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง พบว่าภาวะสุขภาพจิต (ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าภาวะสุขภาพจิต (ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ความสัมพันธ์

ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ในขณะที่หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นมารดาของเด็ก สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงและมีความเกี่ยวข้องกับเด็ก คือ เป็นมารดา²³⁻²⁵ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test พบว่า ลักษณะประชากรของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีอิทธิพลกับผลลัพธ์ของการวิจัยทั้งหมดในครั้งนี้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างเป็นผลมาจากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่ได้รับ อันสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองดีขึ้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น และยังมีผลให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กสมาธิสั้นลดลง ซึ่งอธิบายได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองดีขึ้น โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=50)		กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ปกครอง								
เพศ^a								
ชาย	11	22.00	6	24.00	5	20.00	.117	.733
หญิง	39	78.00	19	76.00	20	80.00		
อายุ (ปี)^a								
20 - 40 ปี	26	52.00	12	48.00	14	56.00	13.84	.983
41 - 59 ปี	24	48.00	13	52.00	11	44.00		
Mean= 39.88, SD= 10.04, Max= 56, Min= 25								
ระดับการศึกษา^b								
ประถมศึกษา	6	12.00	3	12.00	3	12.00	1.431	.906
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	12.00	2	8.00	4	16.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	16.00	5	20.00	3	12.00		
อนุปริญญา/ปวส.	15	30.00	8	32.00	7	28.00		
ปริญญาตรี	15	30.00	7	28.00	8	32.00		
อาชีพ^b								
เกษตรกร	11	22.00	3	12.00	8	32.00	4.303	.378
ค้าขาย	12	24.00	7	28.00	5	20.00		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	16.00	4	16.00	4	16.00		
แม่บ้าน	2	4.00	2	8.00	0	00.00		
รับจ้าง	17	34.00	9	36.00	8	32.00		
รายได้/เดือน^a								
5,000 - 10,000 บาท	28	56.00	13	52.00	15	60.00	16.64	.068
10,001 - 15,000 บาท	26	52.00	12	48.00	14	56.00		
15,001 บาท ขึ้นไป	1	2.00	0	00.00	1	4.00		
Mean= 11,440, SD= 5,171.19, Max= 35,000 Min= 5,000								
ความสัมพันธ์กับเด็ก^b								
บิดา/มารดา	30	60.00	16	64.00	14	56.00	1.679	.846
ปู่/ย่า - ตา/ยาย	14	28.00	6	24.00	8	32.00		
ลุง/ป้า - น้ำ/อา	6	12.00	3	12.00	3	12.00		
โรคประจำตัว^a								
มี	12	24.00	3	12.00	9	36.00	3.947	.047
ไม่มี	38	76.00	22	88.00	16	64.00		
เด็กสมาธิสั้น								
เพศ^a								
ชาย	37	74.00	19	76.00	18	72.00	.104	.747
หญิง	13	26.00	6	24.00	7	28.00		

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

อายุ (ปี) ^a						1.727	.422
6 - 7 ปี	12	24.00	6	24.00	6	24.00	
8 - 9 ปี	22	44.00	13	52.00	9	36.00	
10 - 12 ปี	16	32.00	6	24.00	10	40.00	
Mean= 8.96, SD= 1.79, Max= 12, Min= 6							
ระยะเวลาในการรักษา ^a						.642	.860
0 - 12 เดือน	17	34.00	8	32.00	9	36.00	
13 - 24 เดือน	25	50.00	12	48.00	13	52.00	
25 เดือน ขึ้นไป	8	16.00	5	20.00	3	12.00	
Mean= 21.84, SD= 8.28, Max= 36, Min= 12							

a=Chi-Square, b=Fisher's Exact Test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean (SD)	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง					
ด้านภาวะเครียด	11.96 (2.18)	5.32 (1.62)	24	14.86	.000
ด้านภาวะวิตกกังวล	7.84 (3.38)	2.12 (1.85)	24	8.32	.000
ด้านภาวะซึมเศร้า	8.16 (3.05)	2.44 (1.60)	24	9.38	.000
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	23.24 (4.19)	38.60 (3.34)	24	16.40	.000
การเลี้ยงดูเชิงบวก	11.44 (2.14)	32.44 (3.62)	24	25.61	.000
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	20.16 (3.98)	12.88 (3.62)	24	10.14	.000

ของกลุ่มทดลองลดลงมาอยู่ในระดับปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเป็นการให้ความรู้รายบุคคล สำหรับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา และให้การปรึกษารายบุคคล ในการปรับพฤติกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว รวมถึง การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) การสอนเทคนิค การจัดการกับความเครียด (stress management) พร้อมทั้งการ นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีระดับของความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังอยู่ในระดับ ปานกลาง และจากผลการวิจัยนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าความเครียด

มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ บุคคลมีภาวะเครียด ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกกดดันไม่สบายใจ และ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น มีปัญหาการนอน รู้สึกเบื่อหน่ายไม่ยอมพบปะผู้คนไม่ค่อยมีสมาธิ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวายใจ โดยที่สามารถบอกได้ชัดเจนว่า เครียดเรื่องอะไรแต่ยังคงทำงานและใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ อาการเหล่านี้สามารถสังเกตได้ด้วยตัวเอง ทำให้บุคคลสามารถ รับรู้ภาวะสุขภาพจิตของตนเองได้รวดเร็วกว่าภาวะอื่นๆ หากผู้ดูแล รู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกที่รับผิดชอบในการดูแล ได้ทุกเรื่อง โดยเฉพาะเมื่อต้องดูแลบุคคลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง					
ด้านภาวะเครียด	11.96 (2.18)	11.20 (2.66)	24	-1.10	.276
ด้านภาวะวิตกกังวล	7.84 (3.38)	6.08 (2.75)	24	-2.01	.059
ด้านภาวะซึมเศร้า	8.16 (3.05)	8.60 (3.59)	24	.46	.643
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	23.24 (4.19)	26.08 (6.49)	24	1.83	.073
การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง	11.44 (2.14)	11.16 (4.51)	24	-.28	.781
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	20.16 (3.98)	21.80 (8.47)	24	.87	.385
หลังการทดลอง					
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง					
ด้านภาวะเครียด	5.32 (1.62)	11.28 (2.73)	24	9.37	.000
ด้านภาวะวิตกกังวล	2.12 (1.85)	6.12 (2.68)	24	6.13	.000
ด้านภาวะซึมเศร้า	2.44 (1.60)	8.64 (3.39)	24	8.26	.000
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	38.60 (3.34)	26.20 (6.36)	24	-8.62	.000
การเลี้ยงดูเชิงบวก	32.44 (3.62)	11.20 (4.35)	24	-16.90	.000
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	12.88 (3.62)	20.80 (4.31)	24	7.30	.000

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างของคะแนน		Mean Difference	t	p-value
	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)			
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง					
ด้านภาวะเครียด	5.72 (3.04)	-0.04 (0.45)	-5.76	-9.34	.000
ด้านภาวะวิตกกังวล	5.72 (3.43)	-0.04 (0.20)	-5.76	-8.37	.000
ด้านภาวะซึมเศร้า	6.64 (2.23)	-0.08 (0.27)	-6.72	-14.92	.000
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	15.36 (4.68)	0.12 (0.33)	-15.24	-16.24	.000
การเลี้ยงดูเชิงบวก	16.20 (3.16)	0.04 (0.53)	-16.16	-25.18	.000
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	-7.28 (3.58)	-1.00 (5.84)	6.28	6.28	.000

ร่วมกับมีปัญหาด้านพฤติกรรม อาจส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอย ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าตามมาได้²⁶

กิจกรรมในโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองของการวิจัยนี้มีแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมจะเป็นการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านประสบการณ์เดิมและการสะท้อนคิด ซึ่งจะช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้²⁷ ลักษณะการฝึกอบรมประกอบไปด้วย การบรรยายเนื้อหาความรู้ และการฝึกปฏิบัติผสมผสานกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นหลักในการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ มุมมองความคิดในการเลี้ยงลูกเชิงบวกระหว่างกลุ่มผู้ปกครอง โดยมีกระบวนการ (facilitator) คอยช่วยส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ปกครอง การเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนั้นถือเป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของโปรแกรมนี้ และก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของ Irvin D. Yalom^{28,29} โดยพบปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นชัดเจนในการบำบัดครั้งนี้ ได้แก่ การเพาะความหวัง ความเป็นสากล การให้ข้อมูล การรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์ การแก้ไข ประสบการณ์เดิมจากครอบครัว การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ความเป็นปึกแผ่น การได้ปลดปล่อยความรู้สึกและการเรียนรู้ ัจธรรมแห่งชีวิต นอกจากนี้ผู้ปกครองยังได้สัมผัสถึงความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้กล้าเปิดเผยและปลดปล่อยความทุกข์ที่อัดอั้นไว้ในใจ ได้รับความช่วยเหลือโดยมีกระบวนการ (facilitator) คอยให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ปกครองมองเห็นศักยภาพของตัวเอง ช่วยให้ผู้ปกครองเรียนรู้และยอมรับว่าอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่ใช่สิ่งที่ผิดปกติ ผู้ปกครองจะเกิดความผูกพันและรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีการเกื้อหนุน ให้กำลังใจกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ปกครอง³⁰ จึงส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองดีขึ้น

2. ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น โดยพิจารณา ระดับคะแนนความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มผู้ปกครองส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเป็นบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นถึงร้อยละ 64 ซึ่งบิดามารดานั้นมีสายสัมพันธ์ สายใยความรักความผูกพันที่แน่นแฟ้น มีความคาดหวังและต้องการอยากให้ลูกมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นที่รักของคนรอบข้างอยู่ก่อนแล้ว เมื่อผู้ปกครองนำความรู้ความเข้าใจเหล่านี้ไปลงมือปฏิบัติ โดยใช้เทคนิคต่างๆ ที่ได้รับการฝึกอบรมผู้ปกครองไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมจึงส่งผลให้ความขัดแย้งในครอบครัวลดลง สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมผู้ปกครองจะได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ปกครองลดรูปแบบของความสัมพันธ์ในแง่ลบ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะใหม่ที่ดียิ่งขึ้น เช่น การใช้คำพูดที่สุภาพ สั้น ง่ายและชัดเจน การให้แรงเสริมเชิงบวก ให้กำลังใจด้วยการชื่นชม ไม่ใช้วิธีการลงโทษที่รุนแรง รวมไปถึงการฝึกการควบคุมอารมณ์ซึ่งส่งผลดีต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว³¹ เมื่อผู้ปกครองมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัว จะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการเรียนรู้ที่จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัว ก่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน รักใคร่กลมเกลียว ส่งผลให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพราะสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น³²

3. ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น มีการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มมีการเลี้ยงดูเชิงบวกอยู่ในระดับน้อย แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของการเลี้ยงดูเชิงบวกจะพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (จากเดิมค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 11.44 เพิ่มขึ้นเป็น 32.44) ซึ่งเกือบถึงเกณฑ์ระดับปานกลาง (33 - 40 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมนั้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (จากเดิมค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 11.16 เพิ่มขึ้นเป็น 11.20) ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ซึ่งมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบหลักสำคัญในการปรับ

พฤติกรรมเด็ก ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมในโปรแกรมของผู้ปกครอง^{14,15} โดยมุ่งเน้นถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมอง การรับรู้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ปกครองที่มีต่อตนเองและต่อเด็กสมาธิสั้น ทำให้เกิดการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hornstra ซึ่งพบว่า รูปแบบการเลี้ยงดูมีผลกระทบต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูและใช้รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก จะพบปัญหาพฤติกรรมได้น้อยกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูในรูปแบบอื่น³³ และการที่ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยพื้นฐานด้านความรู้และการศึกษาของผู้ปกครองที่พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ปกครองมีการศึกษาสูงกว่าเกณฑ์การศึกษาขั้นพื้นฐานของประเทศไทย (ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง³⁴ ทำให้ผู้ปกครองแสวงหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มเติม มุ่งเน้นการปรับวิธีการเลี้ยงดูเชิงบวกมากขึ้น เพื่อให้การปรับพฤติกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

4. ด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองพบว่า พฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่งและด้านต่อต้านของเด็กลดลง จะเห็นได้จากระดับของพฤติกรรมเด็กมีการเปลี่ยนแปลงไปในระดับที่ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กลดลงค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 20.16 ลดลงเหลือ 12.88) ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงเพียงเล็กน้อย (จากเดิมค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 21.80 ลดลงเหลือ 20.80) ทั้งนี้เป็นผลมาจากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมในการดำเนินกิจกรรม โดยมีกระบวนการ (facilitator) คอยเสริมสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มและกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้ปกครองได้ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมครบทั้ง 6 ครั้ง มีส่วนร่วมในทุกๆ กิจกรรมอย่างเต็มที่ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมและฝึกใช้ทักษะต่างๆ อย่างตั้งใจ ร่วมกันหาวิธีการใช้ทักษะต่างๆ ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ และร่วมกันวางแผนเพื่อที่จะนำทักษะเหล่านั้นกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถเลือกใช้ทักษะต่างๆ ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป

ถือเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงดูและแนวทางการปรับพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น³⁵ และยังส่งผลดีต่ออารมณ์ ช่วยเพิ่มทักษะการเข้าสังคมของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย³⁶ กิจกรรมในโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองมุ่งเน้นถึงหลักสำคัญในเลี้ยงดู เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้องโดยใช้หลักการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ผู้ปกครองจะได้นำประสบการณ์ของการเรียนรู้เดิมที่มีอยู่มาพัฒนาให้กลายเป็นองค์ความรู้ใหม่ สมาชิกในกลุ่มจะร่วมกันสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จนเกิดเป็นการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม โดยมีกระบวนการ (facilitator) เป็นผู้ประสาน ช่วยสรุปเป็นความคิดรวบยอด เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ใหม่ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ตามสถานการณ์ต่างๆ ที่บ้าน และพัฒนาให้เป็นแนวทางการปฏิบัติของตัวเองและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ สานบุญมา ที่ได้ฝึกอบรมผู้ปกครองโดยนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb³⁷ มาใช้ เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม³⁸ ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับพื้นฐานและทักษะที่จำเป็นในการดูแลจัดการกับพฤติกรรมเด็กในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง พร้อมทั้งฝึกสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กได้ อย่างไรก็ตามในประเด็นด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่มีคะแนนลดลงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านการได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมพฤติกรรมตามแผนการรักษาปกติ จึงทำให้ส่งผลถึงการลดลงของคะแนนด้านพฤติกรรมได้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง โดยมีการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายใต้บริบทของกลุ่มผู้ปกครองซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ครอบครัวมีเศรษฐกิจทางสังคมต่ำ จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอธิบายในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินติดตามผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อเนื่องในระยะ

ยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป และควรมีการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ โดยฝึกอบรมให้กับผู้ปกครอง พยาบาลวิชาชีพในชุมชน และครูในโรงเรียน ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นหรือเด็กที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่มีปัญหาพฤติกรรม เพื่อร่วมกันดูแลให้เด็กได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

สรุป

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ผู้ปกครองมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมชน สมาธิสั้น ตื้อต่อต้านลดลง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นล้วนเป็นผลมาจากการใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรม โดยมีกระบวนการ (facilitator) เป็นผู้คอยช่วยส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ถือเป็นหัวใจหลักสำคัญในโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง จึงควรมีการจัดระบบบริการในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นทั่วไปให้มีโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้มากขึ้นนอกเหนือจากการใช้ยาที่เป็นการรักษาหลักในปัจจุบัน

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้นิพนธ์ขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาวุทธิทย์ พรนพดล และคณะ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำโปรแกรมมาใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กัญชมน สีหะปัญญา: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; ชูชาติ วงศ์อนุชิต: ออกแบบการศึกษา ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Chaulagani A, Lyhmann I, Halmoy A, Widding-Havneraas T, Nytingnes O, Bjelland I, et al. A systematic meta-review of systematic reviews on attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Psychiatry* 2023; 66: 90.
2. Department of Mental Health [Internet]: ADHD: It can be treated 2022. [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31481>.
3. Hsu YC, Chen CT, Yang HJ, Chou P. Family structure, birth order, and aggressive behaviors among school-aged boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; 54: 661-70.
4. Young S, Cocallis K. ADHD and offending. *J Neural Transm (Vienna)* 2021; 128(7): 1009-19.
5. Teepapal T, Rueangsawat S, Nakhit T, Khamaurai N. Attention deficit hyperactivity disorders and factors related to behavioral problems in school-aged children: a literature review. *Journal of Health Research and Innovation* 2021; 5:28-41.
6. Miklosi M, Lelki F, Janovicz J, Kovacs B, Kassai R. Meta-analytic review of studies on the relationship between adult attention deficit/hyperactivity disorder and parenting behaviour: comparison of studies using self-report and observation. *Neuropsychopharmacol Hung* 2023; 25: 109-22.
7. Fan L, Qing W, Wang Y, Zhan M. Family socioeconomic status and attention deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the mediating role of executive function. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(18):11608.
8. Chongsuksiri P, Punyapas S. One year follow-up of parent management training program for children with externalizing behavior problems. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64: 163-76.
9. Park JL, Hudec KL, Johnston C. Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2017; 56: 25-39.
10. Alvarez M. C, Garcia B. H, Navarro Flores C. M, Vazquez A. L, Lara J, Domenech M. M. Parent training interventions. In B. Halpern-Felscher & R. Corona (Eds.), *Encyclopedia of child and adolescent health*. Elsevier. Chapter accepted pending minor revisions; 2021.
11. Dedousis-Wallace A, Drysdale SA, McAloon J, Ollendick TH. Parental and familial predictors and moderators of parent management treatment programs for conduct problems in youth. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2021; 24: 92-119.
12. Bado P, Quimas R, Bernardes C, Tripp G, Mattos P, Furukawa E. Needs assessment for behavioral parent training for ADHD in Brazil. *Front Psychiatry* 2022.
13. Dale C, Parent J, Forehand R, DiMarzio K, Sonuga-Barke E, Long N, et al. Behavioral parent training for preschool ADHD: family-centered profiles predict changes in parenting and child outcomes. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2022; 51: 726-39.
14. Piffner L, Dvorsky M, Hawkey E, Chung S, Haack L, Owens E. Improving adherence to behavioral parent training for ADHD using digital health tools. *J Psychiatr Brain Sci* 2022; 7.
15. de la Caridad Alvarez M, Garcia BH, Navarro Flores CM, Vázquez AL, Lara J, Domenech Rodríguez MM. Parent training interventions. in: halpern-felscher b, editor. *encyclopedia of child*

- and adolescent health (first edition). Oxford: Academic Press 2023; 800-20.
16. Zarakoviti E, Shafran R, Papadimitriou D, Bennett SD. The efficacy of parent training interventions for disruptive behavior disorders in treating untargeted comorbid internalizing symptoms in children and adolescents: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2021; 24: 542-52.
 17. Dekkers TJ, Hornstra R, van der Oord S, Luman M, Hoekstra PJ, Groenman AP, et al. Meta-analysis: which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022; 61: 478-94.
 18. Jansiri C. Effectiveness of implementing the caregiver training regrading behavior modification of ADHD program, Suanprung psychiatric hospital, Chiang Mai province. 2010.
 19. Pornnoppadol C. NET PAMA Facilitators' manual (3rd ed.): media zone printing 2023.
 20. Sharma S, Govindan R, Kommu JVS. Effectiveness of parent-to-parent support group in reduction of anxiety and stress among parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. *Indian J Psychol Med* 2022; 44: 575-9.
 21. Chootong R, Wiwattanaworaset P. Mental health status, family state and family functioning of undergraduate students in a southern university, thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64: 337-50.
 22. Ngamkum D. Relationships between family factors and behavioral problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, eastern region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2013; 27: 16-28.
 23. Siebelink NM, Bogels SM, Speckens AEM, Dammers JT, Wolfers T, Buitelaar JK, et al. A randomised controlled trial (Mind Champ) of a mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents. *J Child Psychol Psychiatry* 2022; 63: 165-77.
 24. Rungmueanporn L. Positive parenting of parents with adhd children in ratchaburi hospital. *Region 4-5 Medical Journal* 2020; 39: 392-403.
 25. Yodkraisri J. Factors affecting quality of life in caregivers of children with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, queen sirikit national institute of child health (QSNICH). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2022; 67:7-20.
 26. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61: 319-30.
 27. Srisuwan K. The effect of caregiver training program with reflection on the stress management skill of caregivers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2022; 36: 49-61.
 28. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. Leszcz M, editor. New York: Basic Books/Hachette Book Group; 2005.
 29. Tungpunkom P. Group psychotherapy for the health professions: concept and application. 2nd ed. Krongchang Printing Company Limited; 2014.
 30. Chequer de Castro Paiva G, Ferreira ESDA, Silva Jales J, Romano-Silva MA, Marques de Miranda D. Online parent training platform for complementary treatment of disruptive behavior disorders in attention deficit hyperactivity disorder: a randomized controlled trial protocol. *PLoS One* 2022; 17: 18-1.
 31. Arabi Z, Moghaddam LF, Sahebalzamani M. The effect of emotion regulation training on family relationships of hyperactive children. *J Educ Health Promot* 2020; 9: 101.
 32. Thomas P, Liu H, Umberson D. Family relationships and well-being. *Innov Aging* 2017; 1.
 33. Hoshier S, John A, Nadja R. The effects of parenting styles on behavioral problems in primary school children: a cross-cultural review. *Asian Soc Sci* 2015; 11: 171-86.
 34. Seethikaew N, Kodyee S, Moonpanane K, Pitchalard K, Reangsing C, Tripathi S. Factors related to positive parenting behaviors and executive function in preschool-age children, Chiang Rai province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2022; 32: 122-33.
 35. Joseph HM, Farmer C, Kipp H, Kolko D, Aman M, McGinley J, et al. Attendance and engagement in parent training predict child behavioral outcomes in children pharmacologically treated for attention-deficit/hyperactivity disorder and severe aggression. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2019; 29: 90-99
 36. Feng M, Xu J, Zhai M, Wu Q, Chu K, Xie L, et al. Behavior management training for parents of children with preschool adhd based on parent-child interactions: a multicenter randomized controlled, follow-up study. *Behav Neurol* 2023; 37: 356-34.
 37. Kolb D. *Experiential Learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
 38. Saboonma J, Rodcumdee B, Suktrakul S. The effect of group experiential learning for parents on aggressive behaviors of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2019; 31: 23-34.

การทำงานของครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคทางกายที่ไม่เรื้อรัง

ณิชา จันทรประเสริฐ*, นิดา ลีมสุวรรณ*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเรื่องการทำงานของครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคทางกายที่ไม่เรื้อรัง

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจำนวน 97 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายที่ไม่เรื้อรังจำนวน 101 คน

ผลการศึกษา ผลการเปรียบเทียบการทำงานของครอบครัวระหว่างครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคทางกายที่ไม่เรื้อรัง พบการทำงานของครอบครัวที่แย่กว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคทางกายในด้านความยากลำบาก การสื่อสาร และการทำงานของครอบครัวโดยทั่วไป นอกจากนี้พบความเครียดของผู้ดูแลที่มากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคทางกาย และพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มผู้ป่วย ความยากลำบาก การสื่อสาร การทำงานของครอบครัวโดยทั่วไป และความเครียดของผู้ดูแล นอกจากนี้ความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญระหว่างทุกๆ ด้านของการทำงานของครอบครัว การทำงานของครอบครัวโดยทั่วไป และความเครียดของผู้ดูแล

สรุป กลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีการทำงานของครอบครัวที่แย่กว่า และมีความเครียดของผู้ดูแลที่มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายที่ไม่เรื้อรัง การให้การดูแลด้านครอบครัวมีแนวโน้มว่าจะเป็นประโยชน์ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

คำสำคัญ โรคสมาธิสั้น การทำงานของครอบครัว ความเครียดของผู้ดูแล โรคทางกาย

Corresponding author: นิดา ลีมสุวรรณ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: nidahanaka@yahoo.com

วันรับ : 26 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 27 กุมภาพันธ์ 2567 วันตอบรับ : 27 กุมภาพันธ์ 2567

Family Functioning and Caregiver Stress in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Comparing to Non-Chronic Physical Illness

Nicha Janprasert*, Nida Limsuwan*

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

ABSTRACT

Objective: To specifically investigate the family functioning and caregiver stress in the family with ADHD comparing to the family with non-chronic physical illness.

Method: A cross-sectional study consisted of 97 subjects in ADHD group and 101 subjects in non-chronic physical illness group.

Results: The comparison of the family functioning between ADHD and non-chronic physical illness group demonstrated significantly poorer family functioning in ADHD group than physical illness group on difficulties, communication and the general family functioning. Moreover, higher caregiver stress in ADHD group than physical illness group was demonstrated. In addition, the significant associations between clinical groups, difficulties, communication, general family functioning and caregiver stress were reported. Furthermore, the positive associations between all dimensions of family functioning, general family functioning and caregiver stress were significant.

Conclusion: ADHD group had poorer family functioning and higher caregiver stress level than physical illness group. Family interventions potentially have benefits for ADHD population.

Keywords: ADHD, family functioning, caregiver stress, physical illness

Corresponding author: Nida Limsuwan

E-mail: nidahanaka@yahoo.com

Received 26 January 2024 Revised 27 February 2024 Accepted 27 February 2024

INTRODUCTION

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder in children and adolescents. A global prevalence of ADHD was reported at 7.6% of children aged 3 to 12 years and 5.6% of teenagers aged 12 to 18 years.¹ It is characterized by three symptom domains included inattention, hyperactivity, and impulsivity. ADHD has been linked to a variety of impairments such as academic underachievement, conduct behaviors, sleep problems and emotional disturbance.² In addition, ADHD can impact family dynamics in various ways. Families of individuals with ADHD might experience challenges related to communication, organization, time management, and emotional regulation. This condition can require additional support, understanding, and strategies to manage symptoms effectively within family unit.³

Family functioning refers to the way families operate and interact with one another. It encompasses various aspects such as communication, roles, boundaries, decision-making, and the overall emotional climate within the family. Healthy family functioning involves effective communication, mutual support, clear roles, and ability to adapt to changes and challenges.⁴ In the context of ADHD, effective family functioning can significantly contribute to overall well-being and success of the individual with ADHD. This includes understanding and adapting to the individual's ADHD symptoms, providing appropriate support and structure, managing any related stressors, and maintaining open communication. For example, the study revealed that good family roles and behavior control were associated with controlled ADHD symptoms.⁵ Moreover, the evidence showed that psychoeducation increased mother-child interaction and family functioning in families with ADHD children.⁶

However, few studies demonstrated the differences in family functioning between ADHD and other clinical samples. Recently, Uran and Kilic⁷ compared family functioning in children with ADHD-combined type (ADHD-C), disruptive mood dysregulation disorder (DMDD), and healthy controls (HC). The results showed

that communication, affective responsiveness, affective involvement, and general functioning of DMDD group were worse than ADHD-C group. However, family functioning of the ADHD-C group was not different from the family functioning of the control group. In addition, Young et al.⁸ compared family functioning in youth with ADHD and bipolar disorder (BD) to typically developing control (TDC) group. This study demonstrated that both BD and ADHD families had worse general functioning scores and roles subscale of the Family Assessment Device (FAD) than TDC families.

In addition, parents/caregivers of children with ADHD often face difficulties in maintaining routines, managing behavior, helping with schoolwork, and navigating social interactions. These challenges can lead to increased stress levels; as a result, the parents/caregivers may feel overwhelmed, frustrated, and even isolated. Moreover, high levels of parenting stress can impact parental practices and child behaviors.⁹ However, most neurodevelopmental and psychiatric disorders in children and adolescents included ADHD are chronic illnesses which can highlight the risk for parental stress and emotional difficulties such as anxiety and depression.¹⁰ The previous studies regarding family functioning in ADHD mostly compared ADHD populations with typically developing controls or other psychiatric samples which usually have specific patterns of dysfunctioning. Therefore, this present study aimed to specifically investigate the family functioning and caregiver stress in the families with ADHD comparing to the families with non-chronic physical illness.

METHOD

Study Design and Population

This study was a cross-sectional study conducted at Ramathibodi Hospital in Bangkok, Thailand. The study populations were 2 groups: (1) ADHD group and (2) non-chronic physical illness group. The ADHD group was recruited from the clients who attended psychiatric outpatient clinic and participated the Ramathibodi ADHD registry project. In this project, ADHD was diagnosed

based on DSM-5 diagnostic criteria by child and adolescent psychiatrists who performed psychiatric assessments and used DSM-5 diagnostic criteria checklist. Moreover, the non-chronic physical illness group recruited from the clients who attended pediatric outpatient service. The inclusion criteria were: (1) age under 18 years; and (2) ability to communicate and express their experience and perception in Thai. The subjects who denied to give informed consent and who provided incomplete data were excluded. In the non-chronic physical illness group, medical records and ADHD screening were performed. The subjects who had ADHD diagnosis or chronic physical illness such as systemic lupus erythematosus (SLE), and diabetes mellitus (DM) in their medical records or who were indicated ADHD from ADHD screening processes were excluded from this study. All study procedures were approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University (COA.MURA2022/646).

MEASUREMENT AND ASSESSMENT

Family functioning

The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) is a self-report questionnaire completed by family members aged 12 years and older. It records perceptions of the family from each member and measures both overall functioning and specific aspects of family functioning included 3 domains: family strengths, difficulties, and communication.¹¹ It has 15 Likert scale items. The SCORE-15 Thai version was developed following the translation protocol of the SCORE team as previously reported. The test-retest reliability was excellent with an intraclass correlation coefficient of 0.94. The criterion validity study revealed that the effect sizes of score differences between clinical and non-clinical Thai samples were large (0.90–1.85).¹² In addition, the recent study generally exhibited good internal reliability and convergent validity of the SCORE-15 Thai version in Thai population.¹³ All available items in each domain were averaged to indicate the domain index (range: 1 - 5) only if there were no missing items in that

domain. Only if all three domains index were not missing, all available SCORE-15 items were averaged to indicate the family functioning index (range: 1 - 5). The greater SCORE-15 index reflects poorer family functioning. In this study, the SCORE-15 was completed by parents/caregivers.

Caregiver stress

The Perceived Stress Scale (PSS) is widely used as a self-assessment tool created to measure the degree to which life events are appraised as stressful. Although, the PSS is focused more towards individuals' perceptions regarding their acute stress, it is also sensitive to chronic stress stemming from life circumstances.¹⁴ Originally, the PSS had 14-items, and then it was revised to 10-items. The Thai version of the PSS-10 (T-PSS-10) consists of 10 questions which ask about feelings and thoughts during the last month. In each question, respondents are asked how often they felt a certain way on a five-point scale from 'never' to 'very often'. Answers are then scored as follow: never = 0, almost never = 1, sometimes = 2, fairly often = 3, very often = 4. Individual scores on the PSS can range from 0 to 40 with higher scores indicating higher perceived stress. The T-PSS-10 demonstrated good psychometric properties with Thai clinical and non-clinical sample. Its internal consistency, test-retest reliability, concurrent validity, and the factorial structure of the scale were tested.¹⁵

ADHD screening

The Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) 26 items for parent rating (Thai version) were used to assess behavioral symptoms of ADHD and oppositional defiant disorder (ODD). The items from the DSM-IV criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) were included for the two subsets of symptoms: Inattention (items 1 - 9) and Hyperactivity/Impulsivity (items 10 - 18). Moreover, the items from the DSM-IV criteria for ODD were included (items 19 - 26). Symptom severity was rated on a 4-point scale. Responses were scored as follows: not at all = 0, just a little = 1, quite a bit = 2, and very much = 3.

The Cronbach's alpha of SNAP-IV Thai version was 0.93 for parent rating.¹⁶ In this present study, SNAP-IV Thai version was used in non-chronic physical illness group. If the screening indicated ADHD, the subjects were excluded from this present study. We used the cut off scores at 15 for Inattention, 13 for Hyperactivity/Impulsivity and 11 for ODD.

Statistical Analyses

The statistical analyses were performed by using IBM SPSS Statistic Version 23. The basic demographic data was provided through descriptive statistics included percentage, mean and standard deviation (SD). In addition, independent sample T-test was used to identify the differences between ADHD group and non-chronic physical illness group. Moreover, linear regression analysis was used to identify the associations between clinical group, sex, age, family income, marital status, caregiver stress and family functioning. Differences at the level of $p < .05$ were considered as statistically significant. In addition, a 95% confidence interval was provided for all estimations.

RESULTS

In this study, there were 198 subjects consisted of 97 subjects in ADHD group and 101 subjects in non-chronic physical illness group. For ADHD group, all subjects were the participants in the Ramathibodi ADHD registry project who attended the child psychiatric outpatient clinic for their first visits between October 2019 and December 2020. Most of the participants in this group were male (71.1%, $n = 69$). The mean age was 9.7 years, with standard deviation of 3.3. For physical illness group, the subjects were recruited from the pediatric outpatient service between January and May 2023. Almost half of the participants in physical illness group had acute upper respiratory infection and followed by acute gastroenteritis, dyspepsia, dermatitis and other acute illnesses. In this group, almost half of the participants were male (52.5%, $n = 53$). The mean age was 8.2 years, with standard deviation of 3.2.

The comparison of basic characteristics between 2 groups demonstrated the significant differences regarding child mean age, sex, family income and marital status of parents. The ADHD sample had 1.5 year (mean age) older than the sample in physical illness group ($p = .010$). In addition, the results showed that male gender was more prominent in ADHD group than physical illness group ($p = .007$). Moreover, the ADHD subjects trended to have more family income than physical illness group ($p = .002$). Unsurprisingly, the results regarding marital status showed more divorce/separation ratio in ADHD group than physical illness group ($p = .015$). In addition, the basic characteristics of the subjects were summarized in **TABLE 1**.

Focusing on family functioning, the comparison of the family functioning between ADHD and non-chronic physical illness group demonstrated significantly higher family function index in ADHD group than physical illness group on difficulties ($p = .000$), communication ($p = .000$) and the general family functioning (SCORE-15 index) ($p = .000$). This reflected poorer family functioning in ADHD group. However, ADHD group showed higher strength subscale index than physical illness group, but this difference was not statistically significant ($p = .071$). Regarding caregiver stress the result revealed higher caregiver stress in ADHD group than physical illness group ($p = .000$) (**TABLE 2**).

In addition, linear regression analysis was used to assess potential associations between clinical group, sex, child age, family income, marital status, caregiver stress and family functioning. The findings demonstrated the significant associations between clinical groups, difficulties ($p = .001$), communication ($p = .002$), general family functioning ($p = .004$) and caregiver stress ($p = .002$). In addition, the significant association between family income and strength subscale of family function was found ($p = .039$). Moreover, the associations between all dimensions of family functioning ($p = .000 - .005$), general family functioning ($p = .000$) and caregiver stress were significant. The change of 1-point in family functioning index associated with 4.251-point increase of PSS score

TABLE 1 Demographic Characteristics

	ADHD Group N (%) (N = 97)	Physical Illness Group N (%) (N = 101)	P-Value
Child Mean Age (Year; SD)	9.7 (3.3)	8.2 (3.2)	.010*
Sex (Male)	69 (71.1)	53 (52.5)	.007*
Informant			.469
Mother	78 (80.4)	74 (73.3)	
Father	14 (14.4)	21 (20.8)	
Others	5 (5.2)	6 (5.9)	
Level of Education - Father			.252
Below bachelor degree	34 (38.2)	35 (39.3)	
Bachelor degree	41 (46.7)	47 (52.8)	
Above bachelor degree	14 (15.7)	7 (7.9)	
Level of Education - Mother			.977
Below bachelor degree	31 (33.7)	35 (35.0)	
Bachelor degree	52 (56.5)	55 (55.0)	
Above bachelor degree	9 (9.8)	10 (10.0)	
Family Income (THB/month)			.002*
≤ 50,000	42 (43.3)	66 (65.3)	
> 50,000	55 (56.7)	35 (34.7)	
Marital status			.015*
Married	64 (66.0)	82 (81.2)	
Divorced/separated	33 (34.0)	19 (18.8)	

*Statistically significant at $p < .05$

TABLE 2 The comparison of the family functioning and caregiver stress between ADHD and non-chronic physical illness group.

	ADHD Group		Physical Illness Group		Mean Difference [95% CI]	P-Value
	Mean	SD	Mean	SD		
Strength Subscale	2.19	.67	1.99	.86	.200 [-.017, .416]	.071
Difficulty Subscale	2.57	.74	2.05	.63	.526 [.333, .718]	<.001*
Communication Subscale	2.28	.65	1.93	.53	.352 [.186, .518]	<.001*
Family Functioning Index (SCORE-15)	2.35	.55	1.99	.49	.359 [.214, .518]	<.001*
Caregiver Stress (T-PSS-10)	18.26	5.44	14.20	5.12	4.060 [2.579, 5.540]	<.001*

*Statistically significant at $p < .05$

after controlling for other factors (Beta = 4.251, $p = .000$). On the contrary, the change of 1-point in PSS score associated with 0.022 - 0.055-point increase of family functioning index (Beta = .022 - .055, $p = .000 - .005$). No significant associations regarding sex, child age and marital status were found. The results of the linear regression analysis were presented in **TABLE 3**.

DISCUSSION

This study specifically investigated the family functioning and caregiver stress in the family with ADHD comparing to the family with non-chronic physical illness. The study populations were 97 subjects in ADHD group and 101 subjects in non-chronic physical illness group. The results showed significantly higher family function index in ADHD group than physical illness group on difficulties, communication and general family functioning which indicated poorer family functioning in ADHD group. Expectedly, we found higher caregiver stress in ADHD group than physical illness group. In addition, we found the significant associations between clinical groups, difficulties, communication, general family functioning and caregiver stress. Moreover, the positive associations between all dimensions of family function index, general family functioning index and caregiver stress were significant. This finding suggested that poor family functioning related to high level of caregiver stress.

Previously, Young and colleagues⁸ reported that ADHD families had poorer general functioning and roles scales of FAD than TDC families. Although, this present study used families with non-chronic physical illness to compare with ADHD families, the results were similar direction. This study also reported worse general family functioning in ADHD group. However, the SCORE-15 and the FAD originated from different approaches of family functioning. Consequently, role scales of FAD were not included in the SCORE-15. In addition, this present study revealed worse difficulties and communication dimensions of family functioning in ADHD group. The communication dimension in the SCORE-15 reflects not only communication, but also interpersonal interactions between family

members.¹⁷ ADHD per se can lead to interpersonal problems.¹⁸ For example, inattention can make others feel ignored or unimportant which can induce negative interactions from others. Emotional dysregulation related to impulsivity can cause unpredictable emotional reactions or emotional outburst.¹⁹ This present study emphasized interpersonal problems of ADHD population in family context.

The strengths of this study included using the standard assessment of family functioning, which was directly designed to assess both general functioning and specific dimensions of family functioning such as communication. In addition, this present study intentionally compared ADHD sample with non-chronic physical illness population as a control group because ADHD as chronically neurodevelopmental disorder potentially increases stress level and creates poor family functioning comparing to healthy controls. On the other hand, comparing ADHD with other psychiatric samples such as bipolar disorder might limit our understanding because each psychiatric disorder trends to have specific patterns of psychopathology and family dysfunctioning. Therefore, comparing ADHD with non-chronic physical illness population can add some information regarding specific patterns of family functioning in ADHD population. Furthermore, this study considered the relationships between family functioning and parental/caregiver stress which can expand our perspectives regarding ADHD managements and interventions.

However, this study has several limitations. Firstly, family functioning was dynamic over time. It was limited to demonstrate patterns of change over time by using a cross-sectional design. Moreover, the two clinical samples were recruited in different periods of time; although, the periods were only few years difference. The different social situations in each period of time such as the COVID-19 pandemic might affect level of parental stress and how families cope with these situations might generally affect family functioning. Secondly, family functioning in this present study was reported by only parents/caregivers. We did not include child perspectives on their family

TABLE 3 The results of linear regression analysis.

Independent Variable: reference group	Dependent Variable																			
	Strength Subscale				Difficulty Subscale				Communication Subscale				General Family Functioning				Caregiver Stress			
	B	P-value	95% CI		B	P-value	95% CI		B	P-value	95% CI		B	P-value	95% CI		B	P-value	95% CI	
			lower	upper			lower	upper			lower	upper			lower	upper			lower	upper
Group: physical illness group	.040	.745	-.201	.281	.342	.001*	.140	.545	.308	.002*	.118	.499	.230	.004*	.076	.384	2.521	.002*	.932	4.110
Sex: female	.119	.281	-.098	.337	-.125	.181	-.307	.058	-.100	.254	-.272	.072	-.035	.620	-.174	.104	.239	.744	-1.201	1.679
Child Age	.010	.558	-.023	.042	-.010	.485	-.037	.017	-.016	.209	-.042	.009	-.005	.604	-.026	.015	.001	.989	-.212	.215
Family Income: > 50,000 (THB/month)	.243	.039*	.012	.473	.107	.279	-.087	.300	.043	.642	-.139	.225	.131	.082	-.017	.278	-.084	.914	-1.618	1.450
Marital Status: married group	.041	.753	-.217	.299	.137	.215	-.080	.353	.034	.740	-.170	.238	.071	.399	-.094	.236	-.347	.689	-2.055	1.361
Family Functioning																	4.251	<.001*	2.906	5.595
Caregiver Stress	.042	<.001*	.022	.062	.055	<.001*	.039	.072	.022	.005*	.007	.038	.040	<.001*	.027	.052				

*Statistically significant at p<.05

functioning because the SCORE-15 questionnaire can be used only by family members aged 12 years and older. However, each family member might have different perceptions on their families. Finally, this study did not provide information regarding patterns of parenting practice, social supporting systems and severity of ADHD symptoms. These factors possibly impact family functioning and caregiver stress.

CONCLUSION

This study specifically investigated the family functioning and caregiver stress in the families with ADHD comparing to the families with non-chronic physical illness. The results demonstrated significantly poorer family functioning in ADHD group than physical illness group on difficulties, communication and the general family functioning. Moreover, the results indicated higher caregiver stress in ADHD group than physical illness group. These results highlighted the importance of family interventions that promote effective communication, positive interactions, consistency and management of family difficulties in ADHD population.

Acknowledgement

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

All authors declare that they have no conflicts of interest.

Authors' contributions

Nicha Janprasert: study design, data collection, data analysis, and drafted the manuscript; Nida Limsuwan: study conception and design, supervision of data management, drafted the article and revised it critically for important intellectual content.

REFERENCES

1. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr* 2023;49(1):48.
2. American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing; 2022.
3. Zhao X, Page TF, Altszuler AR, Pelham WE, 3rd, Kipp H, Gnagy EM, et al. Family burden of raising a child with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 2019;47(8):1327-38.
4. Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *J Fam Ther* 2000;22(2):168-89.
5. Choksomngam Y, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Narkpongphun A, Ongprasert K, Angkurawaranon C. Associations between family functioning and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A cross-sectional study. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(8).
6. Öztürk F, Ekinci M. The effect of psycho-education given to mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder on mother-child interaction and family functionality. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2023;36(4):299-306.
7. Uran P, Kılıç BG. Family functioning, comorbidities, and behavioral profiles of children with ADHD and disruptive mood dysregulation Disorder. *J Atten Disord* 2020;24(9):1285-94.
8. Young ME, Galvan T, Reidy BL, Pescosolido MF, Kim KL, Seymour K, et al. Family functioning deficits in bipolar disorder and ADHD in youth. *J Affect Disord* 2013;150(3):1096-102.
9. Pimentel MJ, Vieira-Santos S, Santos V, Vale MC. Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Atten Defic Hyperact Disord* 2011;3(1):61-8.
10. Mullins LL, Wolfe-Christensen C, Pai AL, Carpentier MY, Gillaspay S, Cheek J, et al. The relationship of parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress to uncertainty in youth with chronic illness. *J Pediatr Psychol* 2007;32(8):973-82.
11. Carr A, Stratton P. The score family assessment questionnaire: A decade of progress. *Fam Process* 2017;56(2):285-301.
12. Limsuwan N, Prachason T. The reliability and validity of the 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Thai version. *J Fam Ther* 2020;42(1):119-28.
13. Limsuwan N, Prachason T. Psychometric properties of the SCORE-15 Thai version and its relationship with mental health index. *J Fam Ther* 2022;44(2):299-312.
14. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24(4):385-96.
15. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med* 2010;4:6.
16. Pityaratstian N, Booranasuksaku 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 (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014;59:97-110.
17. Stratton P, Bland J, Janes E, Lask J. Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *J Fam Ther* 2010;32(3):232-58.
18. Sibley M, Evans S, Serpell Z. Social cognition and interpersonal impairment in young adolescents with ADHD. *J Psychopathol Behav Assess* 2010;32:193-202.
19. Grossman A, Avital A. Emotional and sensory dysregulation as a possible missing link in attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Front Behav Neurosci* 2023;17:1118937.

ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว ฉบับภาษาไทย

ธนาพร แสงพงศานนท์*, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการแปลแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว (Family Resilience Assessment Scale: FRAS) เป็นฉบับภาษาไทย รวมถึงตรวจสอบค่าความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 11 - 18 ปี และผู้ปกครอง

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เริ่มจากการแปลและแปลกลับแบบประเมิน Family Resilience Assessment Scale (FRAS-Thai) เป็นภาษาไทย จากนั้นนำแบบประเมินฉบับภาษาไทยมาวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา และนำไปทดลองใน 2 กลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยกลุ่มแรก คือ กลุ่มผู้ปกครองและนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 11 - 18 ปี และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ปกครองและผู้ช่วยวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งสิ้น 130 คู่ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา แบบประเมิน FRAS ฉบับภาษาไทยมีค่า index of item-objective congruence (IOC) อยู่ที่ 0.75 - 1.00 และมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.95 ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น และ 0.95 ในกลุ่มผู้ปกครอง แสดงว่าความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของแบบประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ด้วยสถิติ Pearson's correlation พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ด้วยค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.69 ในกลุ่มวัยรุ่นและ 0.68 ในกลุ่มผู้ปกครอง นอกจากนี้เมื่อหาค่าความสัมพันธ์กันของคะแนน FRAS รวมฉบับภาษาไทย ในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ปกครอง พบค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.38

สรุป แบบประเมิน Family Resilience Assessment Scale ฉบับภาษาไทย มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับดี สามารถนำไปใช้เพื่อการประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวในกลุ่มประชากรวัยรุ่น อายุระหว่าง 11 - 18 ปี หรือในกลุ่มผู้ปกครองที่มีบุตรหลานอายุระหว่าง 11 - 18 ปีได้

คำสำคัญ ความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว ความตรง ความเชื่อมั่น การแปลแบบประเมิน แบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว

Corresponding author: ธนาพร แสงพงศานนท์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: tanaporn.san@chulahospital.org

วันรับ : 25 พฤศจิกายน 2566 วันแก้ไข : 17 กุมภาพันธ์ 2567 วันตอบรับ : 27 กุมภาพันธ์ 2567



Validity and Reliability of the Thai Version of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS-Thai)

Tanaporn Sangpongsanon*, Thanvaruj Boornasuksakul*, Jirada Prasartpornsirichoke*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: To translate the Family Resilience Assessment Scale (FRAS) into Thai and to evaluate the validity and reliability of the Thai version of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS-Thai) in both Thai children aged 11 - 18 and their parents.

Methods: This research adopts a descriptive cross-sectional design, wherein the Family Resilience Assessment Scale (FRAS-Thai) underwent a translation process into Thai through conventional forward-backward method. The Thai version underwent scrutiny to ascertain its content validity. Subsequently, the study enrolled a cohort of 130 pairs of parent-child aged 11 - 18, sourced from both a high school in Bangkok and patients aged 13 - 18 from a hospital. The data was collected from July to November 2023.

Results: The FRAS-Thai exhibited 1 robust item-objective congruence (IOC) of 0.75 - 1.00 Internal consistency, as measured by Cronbach's Alpha, was notably high at 0.95 for the children group and 0.95 for the parent group, underscoring the instrument's commendable content validity and reliability. In comparison to the Thai family resilience tool, Pearson's correlation analysis unveiled a moderate correlation, with coefficients of 0.69 and 0.68 for the children and the parent groups respectively. Additionally, the correlation between the scores of the FRAS-Thai in the children and parent groups showed a coefficient of 0.38.

Conclusion: The Thai version of the Family Resilience Assessment Scale demonstrated good content validity and reliability. It can be effectively used to assess family resilience in the Thai population, both among children aged 11 - 18 and parents.

Keywords: family resilience, validity, reliability, translation of assessment, family resilience assessment scale

Corresponding author: Tanaporn Sangpongsanon

E-mail: tanaporn.san@chulahospital.org

Received 25 November 2023 Revised 17 February 2024 Accepted 27 February 2024

บทนำ

ในสังคมปัจจุบันคนส่วนใหญ่มักประสบกับปัญหาต่างๆ ในชีวิต ทั้งส่วนที่พบตามแต่ละช่วงวัย¹ เช่น ช่วงวัยเด็กมักพบปัญหาเรื่องการเรียน ช่วงวัยรุ่นมักพบปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่มักพบปัญหาเรื่องการงาน วัยสูงอายุมักพบปัญหาเรื่องสุขภาพ บางปัญหาอาจพบได้ในหลายช่วงวัย โดยปัญหาครอบครัวเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบได้ทั่วไป² เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องพึ่งพาค้ำกัน ทั้งในด้านกายภาพ จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม^{3,4} ซึ่งอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกภายในบ้านได้ ส่งผลต่อเนื่องต่อสัมพันธภาพในครอบครัว⁵ สภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว เช่น วิตกกังวล⁶ ซึมเศร้า⁷ รวมถึงกระทบกับบทบาทหน้าที่ในการใช้ชีวิตประจำวันต่างๆ ทั้งในด้านการเรียน⁸ และการทำงาน อย่างไรก็ตามแม้ในหลายๆ ครอบครัวมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน แต่ระดับผลกระทบต่อความความสัมพันธ์หรือสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน ส่วนหนึ่งมาจากความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว (family resilience)⁹ ที่แตกต่างกัน

ความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว (family resilience) คือ การที่สมาชิกครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฟื้นฟูสู่สภาพเดิม โดยสมาชิกครอบครัวจะมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลงสามารถดำรงชีวิตครอบครัวได้อย่างมีความสุข ตลอดจนสามารถพัฒนาให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ¹⁰ โดยในช่วงเวลาที่ผ่านมา มีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวหลากหลายบริบท โดยเฉพาะการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวและกลุ่มโรคทางกาย เช่น โรคมะเร็ง¹¹ โรคลมชัก¹² หรือโรคหลอดเลือดสมอง¹³ และกลุ่มโรคทางจิตเวช เช่น ออทิสซึม¹⁴ สมาธิสั้น¹⁵ โรคติดสารเสพติด¹⁶ รวมถึงมีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบทางจิตในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การระบาดโควิด-19¹⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการที่ช่วยเสริมสร้างการความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวในรูปแบบต่างๆ¹⁸

การวัดหรือประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวในปัจจุบันมีแบบประเมินสากลที่หลากหลายแตกต่างกันอยู่จำนวนหนึ่ง¹⁹ โดย The Family Resilience Assessment Scale ที่สร้างโดย Sixbey ในปี 2006²⁰ เป็นหนึ่งในแบบประเมินการคืนสภาพครอบครัวที่เป็นที่นิยมใช้มากที่สุดในการวิจัย

ระดับนานาชาติ โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน มี 54 ข้อคำถาม ได้แก่ Family Communication and Problem Solving Utilizing Social and Economic Resources, Maintaining a Positive Outlook, Family Connectedness, Family Spirituality, and Ability to Make Meaning of Adversity โดยมี Cronbach's alpha คือ 0.96 และได้รับการแปลอีกหลายภาษา²¹ รวมถึงมีบางการศึกษาที่มีการปรับเปลี่ยนประเมินให้จำนวนข้อคำถามลดลงด้วย^{22,23} อย่างไรก็ตามรูปแบบประเมิน The Family Resilience Assessment Scale ยังไม่มีฉบับภาษาไทย ซึ่งทำให้ขาดการเปรียบเทียบความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวของบริบทประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ในระดับนานาชาติ จึงเป็นข้อจำกัดสำคัญในการวิจัยนี้

สำหรับประเทศไทย จากการสืบค้นการศึกษาเรื่องความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว พบว่ามีงานวิจัยจำนวนหนึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัว การเผชิญปัญหาของครอบครัวและความผาสุกของสมาชิกครอบครัว ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการทางกาย โดย วิไลพรรณ สมบุญตันทน์ และคณะ²⁴ ที่ได้ใช้แบบวัดความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness Index: FHI) ของ McCubbin และคณะ ซึ่งได้รับการแปลโดย นิภา นิยมไทย²⁵ ประเมินการรับรู้ของสมาชิกผู้ให้การดูแลถึงความมั่นคง ความอดทน ระบบสนับสนุน และความสามารถในการทำงานร่วมกันภายในครอบครัว การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา โดย วันเพ็ญ มานะเจริญ และคณะ²⁶ ที่ได้สร้างแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวขึ้น โดยแบบประเมินมีจำนวนข้อ 31 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (content validity) ก่อนนำมาใช้ในการวิจัย เป็นต้น ทั้งนี้แบบประเมิน The Family Resilience Assessment Scale มีจุดเด่นที่เน้นเรื่องระบบความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในบริบทความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวในสังคมไทยที่ทำให้แตกต่างจากแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวอื่นๆ ที่มีในประเทศไทยในปัจจุบัน

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการแปลและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว (the Family Resilience Assessment Scale: FRAS) ซึ่งจะช่วยให้ตัวเลือกในการวัดประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวในประเทศไทย รวมถึงเปรียบเทียบคุณสมบัติของ

แบบประเมินระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครอง อีกทั้งยังช่วยต่อยอดส่งเสริมงานวิจัยเชิงเปรียบเทียบในระดับนานาชาติด้วย

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยแปลและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว และนำไปศึกษาในผู้ปกครองและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2566 ที่มีอายุระหว่าง 11 - 18 ปี และกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองและผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2566 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB no.0016/66)

แบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว ฉบับภาษาอังกฤษ (Family Resilience Assessment Scale (FRAS))

the Family Resilience Assessment Scale (FRAS)²⁰ สร้างขึ้นโดย Meggen Tucker Sixbey เพื่อใช้ในการวัดความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว (family resilience) โดยอ้างอิงจากแนวคิดความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว ของ Froma Walsh ซึ่งอาศัยหลักการที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ได้แก่ ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (belief systems) กระบวนการจัดการในครอบครัว (organizational processes) และการสื่อสารภายในครอบครัว (communication processes) โดยมีการสร้างแบบประเมินตามหลักการและนำแบบประเมินทดสอบนำร่องจนกระทั่งเหลือข้อคำถามจำนวน 54 ข้อ สำหรับ 6 ด้าน ซึ่งพบว่ามีค่า Cronbach's alpha อยู่ที่ 0.96 โดยที่ Cronbach's alpha ในกลุ่ม 6 ด้านอยู่ในช่วง 0.70 - 0.96 ได้แก่ family communication and problem solving (FCPS) จำนวน 27 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 27 - 108 มีค่า Cronbach's alpha อยู่ที่ 0.96, utilizing social and economic resources (USER) จำนวน 8 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 8 - 32 มีค่า Cronbach's alpha อยู่ที่ 0.85, maintaining a positive outlook (MPO) จำนวน 6 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 6 - 24 มีค่า Cronbach's alpha อยู่ที่ 0.86, family connectedness (FC) จำนวน 6 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 18 - 12 เนื่องจากมีการย้อนกลับของบางข้อคำถามย่อย มีค่า Cronbach's alpha อยู่ที่

0.70, family spirituality (FS) จำนวน 4 ข้อ ค่าคะแนนตั้งแต่ 4 - 16 มีค่า Cronbach's alpha อยู่ที่ 0.88 และ ability to make meaning of adversity (AMMA) จำนวน 3 ข้อ ค่าคะแนนตั้งแต่ 3 - 12 มีค่า Cronbach's alpha อยู่ที่ 0.74 โดยที่การประเมินแต่ละข้อคำถามใน 54 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนแต่ละข้อคำถามเป็นแบบ four-Likert scale ตั้งแต่ที่ 1 - 4 โดยที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบบสอบถามมีทั้งข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 33, 37, 45, 50 และข้อคำถามทางบวก จำนวน 50 ข้อ ในส่วนข้อที่เหลือ ทั้งนี้การแปลผลแบบประเมิน คือ คะแนนรวมของแบบประเมิน โดยที่ยิ่งคะแนนสูง หมายถึง ความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวที่สูงเช่นเดียวกัน

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การแปลและแปลกลับแบบสอบถาม

หลังจากได้รับอนุญาตจากเจ้าของแบบสอบถาม (Meggen Tucker Sixbey) ที่สามารถนำมาแปลเป็นภาษาไทยได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลแบบสอบถามจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นฉบับภาษาไทย โดยกระบวนการแปลแบบประเมินจากฉบับภาษาอังกฤษ (source Language; SL) เป็นฉบับภาษาไทย (translated Language; TL) ใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 2 คน โดยเป็นจิตแพทย์ทั่วไป 1 คน และผู้เชี่ยวชาญทางภาษาไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ 1 คน จากนั้นเทียบแบบสอบถามฉบับภาษาไทยฉบับที่ 1 (TL1) และฉบับที่ 2 (TL2) ด้วยแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับด้านครอบครัว คนที่ 3 เพื่อให้ได้แบบประเมิน ฉบับแปลภาษาไทยฉบับต้น (preliminary initial translated; PI-TL) นำแบบประเมินฉบับแปลภาษาไทยฉบับต้น (PI-TL) แปลกลับเป็นฉบับภาษาอังกฤษ (back translated to the original language; BTL) ฉบับที่ 1 (BTL1) และฉบับที่ 2 (BTL2) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 2 คน โดยเป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน และผู้เชี่ยวชาญทางภาษาไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ 1 คน

ขั้นตอนที่ 2 การหาความตรงของแบบประเมิน (content validity)

นำแบบประเมิน ฉบับ PI-TL, TL1, TL2, BTL1, BTL2 และ SL มาเทียบประเมินโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยจิตแพทย์ทั่วไป จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 4 คน และนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 2 คน เพื่อหา content validity โดยพิจารณาจากค่า index of item objective Congruence (IOC) ซึ่งดูความสอดคล้องระหว่าง

ข้อคำถามแต่ละข้อในแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวฉบับแปลภาษาไทยฉบับต้น (PI-TL) เทียบกับวัตถุประสงคหลักทั้ง 6 ด้าน ทั้งนี้ควรมีค่า IOC > 0.50 หากไม่สามารถได้ค่าคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ หรือหากมีข้อเสนอนะที่เหมาะสมเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ จะนำมาหารือกับทีมวิจัยเพื่อปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้ง จนได้แบบประเมินฉบับก่อนสุดท้าย (pre-final translated version; PF-TL)

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษานำร่อง (pilot study)

นำ PF-TL ไปทดลองใช้กับวัยรุ่นและผู้ปกครอง อายุระหว่าง 13 - 18 ปี จำนวน 10 ครอบครัว เพื่อดูว่าวัยรุ่นและผู้ปกครองสามารถเข้าใจได้ และทำการปรับปรุงอีกครั้งเป็นฉบับสุดท้าย (final translated version; FTL) ที่จะใช้ลงไปศึกษาในกลุ่มอาสาสมัคร

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบเครื่องมือเพื่อหาค่าความเชื่อถือได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครโดยที่ขนาดของกลุ่มตัวอย่างนี้ อ้างอิงจากสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ³³ โดยจากสูตรแทนค่าให้ number of items (k) = 54, minimum acceptable Cronbach's alpha (H0) = 0.70, expected Cronbach's alpha (H1) = 0.80, significant level (α) = 0.05, power (1- β) = 80%, อัตราการออกกลางคัน (drop out rate) = 20% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 125 คู่ เพื่อให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ผู้วิจัยจึงกำหนดการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มประชากรทั่วไป (เก็บข้อมูลจากโรงเรียน) และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช (เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล) โดยหลักการในการแบ่งอัตราส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม อ้างอิงจากข้อมูลองค์การอนามัยโลกที่กล่าวถึงจำนวนประชากรทุกๆ 8 คน จะมีผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต 1 คน³⁴ จึงได้อัตราส่วนระหว่างประชากรทั่วไปต่อประชากรกลุ่มป่วยทางจิตเวช คือ 7:1 หรือเก็บข้อมูลจากประชากรทั่วไป 110 คู่ และเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มผู้ป่วยทางจิต 15 คู่ รวม 125 คู่ รวม โดยคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

- นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน ปีการศึกษา 2566 และผู้ปกครอง จำนวน 110 คู่ เพื่อป้องกัน

อัตราการคืนแบบสอบถามต่ำ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100% รวมกระจายแบบสอบถามทั้งสิ้น 220 ฉบับ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิและกลุ่มสองขั้นตอน (two stage stratified cluster sampling) ได้แก่ ขั้นที่ 1 แบ่งชั้นภูมิออกเป็น 6 กลุ่ม ตามระดับชั้นการศึกษา ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 และขั้นที่ 2 ทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม 1 ห้อง จากทั้งหมด 9 ห้อง ในแต่ละชั้นปี โดยการสุ่มจับสลากเลือกห้อง เพื่อแจกเอกสารให้นักเรียนในห้องเหล่านั้นทั้งหมด (ห้องละประมาณ 35 - 40 คน) - ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้ปกครอง จำนวน 15 คู่ เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูล จึงเพิ่มอัตราการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ 20% เป็น 18 คู่ โดยวิธีการสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling)

ทั้งนี้กลุ่มอาสาสมัครทั้งวัยรุ่นและผู้ปกครอง ต้องสามารถสื่อสาร อ่าน-เขียนภาษาไทยได้ดี รวมถึงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยมีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมทั้งสองส่วนของวัยรุ่นและผู้ปกครอง ส่วนเกณฑ์คัดเลือกรอกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ วัยรุ่นหรือผู้ปกครองที่มีโรคทางกาย เช่น โรคทางสมองที่ปรากฏอาการผิดปกติเด่นชัดหรือโรคทางจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถทำแบบทดสอบได้ เช่น สติปัญญาบกพร่อง (intellectual disability) โดยประเมินจากข้อมูลโรคประจำตัวในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียนและผู้ปกครอง (demographic data) ส่วนที่ 2 แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว โดย ดร.วันเพ็ญมานะเจริญ จากงานวิจัย เรื่อง “การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา”²⁶ ที่ยึดหลักการสร้างเครื่องมือนี้ จากแนวคิดความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวของ Froma Walsh เช่นเดียวกับการสร้าง Family Resilience Assessment Scale (FRAS) ส่วนที่ 3 the Thai version of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS) ฉบับภาษาไทย

ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้แปลโดยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาแบบสอบถาม
ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้
ผู้ตอบแบบสอบถามเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรม SPSS Statistics 28 ในการ
วิเคราะห์ข้อมูล

1. นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน
(ร้อยละ) และข้อมูลเชิงปริมาณแสดงผลโดยค่าเฉลี่ย
(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาความ
ตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยใช้ index of
item-objective congruence (IOC) เพื่อดูค่า
ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อในแบบ
ประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว
ฉบับแปลภาษาไทยฉบับต้น (PI-TL) กับวัตถุประสงค์
หลักทั้ง 6 ด้าน และหาค่าความเชื่อถือได้ (reliability)
โดยดูความสอดคล้องภายในจากการหาค่า Cronbach's
alpha coefficient
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแบบสอบถามที่
วัยรุ่นประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน
รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมิน FRAS
ฉบับภาษาไทย กับแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว
โดยใช้สถิติ Pearson's correlation

ผลการศึกษา

จากการทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา
(content validity) ตามกระบวนการ index of item-objective
congruence (IOC) ดูความสามารถในการวัดตามวัตถุประสงค์
ของแบบประเมิน FRAS ฉบับภาษาไทย จาก 6 ผู้เชี่ยวชาญ มีการ
ประเมิน 2 ครั้ง โดยที่ครั้งที่ 1 ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.64 - 0.83
ทางผู้วิจัยจึงได้ปรับข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและ
ให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 คน ประเมินครั้งที่ 2 ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง
0.75 - 1.00 จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นและผู้ปกครอง
อายุระหว่าง 13 - 18 ปี จำนวน 10 ครอบครัว เพื่อดูว่าวัยรุ่นและ
ผู้ปกครองสามารถเข้าใจได้ ซึ่งไม่พบการเสนอแนะแก้ไขใดๆ
เพิ่มเติมจากการศึกษานำร่อง จากนั้นจึงลงไปศึกษาในกลุ่ม
อาสาสมัคร

จำนวนอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 130 คู่
โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6
แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2566 ที่มีอายุระหว่าง
11 - 18 ปี และผู้ปกครอง จำนวน 114 คู่ (คิดเป็นอัตราการศึกษา
แบบสอบถามอยู่ที่ ร้อยละ 51.82) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง
13 - 18 ปี และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็ก
และวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้ปกครอง จำนวน 16 คู่
(โดยมีข้อมูลการตอบแบบสอบถามขาดหายไปจำนวน 2 คู่) ทั้งนี้
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น
มีอายุเฉลี่ย 14.25 ± 1.72 ปี และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.60 ส่วนมาก
มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 26.20 และ
แผนการเรียนวิทย์-คณิต ร้อยละ 25.4 เป็นต้น ส่วนข้อมูลส่วนบุคคล
ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ย 48.30 ± 5.68 ปี และเป็นเพศหญิง ร้อยละ
72.30 ส่วนมากมีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 50 เป็นต้น
ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความ
เข้มแข็งยืดหยุ่นครอบครัวในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ปกครอง
โดยใช้การวิเคราะห์ค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) ด้วยค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)
ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเข้มแข็ง
ยืดหยุ่นครอบครัวโดยรวม (FRAS, Family Resilience Assessment
Scale) ในกลุ่มวัยรุ่นมีค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ใน
ระดับดีมาก ($\alpha = 0.95$) และผลการวิเคราะห์จำแนกรายด้าน
พบค่า Cronbach's alpha coefficient ในด้าน family
communication and problem solving อยู่ในระดับดีมาก
($\alpha = 0.96$), utilizing social and economic resources,
maintaining a positive outlook, family spirituality อยู่ในระดับดี
($\alpha = 0.85 - 0.87$) เป็นต้น ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน
ความเข้มแข็งยืดหยุ่นครอบครัวโดยรวม (FRAS, Family
Resilience Assessment Scale) ในกลุ่มผู้ปกครองมีค่า
Cronbach's alpha coefficient อยู่ในระดับดีมาก ($\alpha = 0.95$)
และผลการวิเคราะห์จำแนกรายด้าน พบค่า Cronbach's alpha
coefficient ในด้าน family communication and problem
solving อยู่ในระดับดีมาก ($\alpha = 0.96$) ด้าน utilizing social and
economic resources, maintaining a positive outlook, family
spirituality อยู่ในระดับดี ($\alpha = 0.82 - 0.86$) เป็นต้น ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นและผู้ปกครอง

คุณลักษณะ	กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น					
	ทั้งหมด (n = 130)		โรงเรียน (n = 114)		โรงพยาบาล (n = 16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี), Mean±SD	14.25±1.72		14.17±1.77		14.18±1.28	
เพศ						
ชาย	58	44.60	50	43.90	8	50.00
หญิง	71	54.60	63	55.30	8	50.00
ไม่ระบุ	1	0.80	1	0.90	0	0.00
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาปีที่ 1	30	23.10	29	25.40	1	6.30
มัธยมศึกษาปีที่ 2	23	17.70	18	15.80	5	31.30
มัธยมศึกษาปีที่ 3	34	26.20	31	27.20	3	18.80
มัธยมศึกษาปีที่ 4	11	8.50	7	6.10	4	25.00
มัธยมศึกษาปีที่ 5	7	5.40	7	6.10	0	0.00
มัธยมศึกษาปีที่ 6	21	16.20	19	16.70	2	12.50
ไม่ระบุ	4	3.10	3	2.60	1	6.30
แผนการเรียน						
วิทย์ - คณิต	33	25.40	28	24.60	5	31.30
ภาษา - คณิต	12	9.20	11	9.60	1	6.30
ภาษา	12	9.20	8	7.00	4	25.00
อื่นๆ	37	28.50	32	28.10	5	31.30
ไม่ระบุ	36	27.70	35	30.70	1	6.30
รายรับ (บาท), Median (IQR)	4,000	(2,400 - 5,000)	3,750	(2,400 - 5,000)	4,000	(2,250 - 4,075)
Min. - Max.	(60 - 40,000)		(60 - 40,000)		(300 - 7,200)	
รายจ่าย (บาท), Median (IQR)	2,150	(1,000 - 4,000)	2,000	(1,000 - 4,000)	3,700	(2,250 - 3,950)
Min. - Max.	(40 - 24,000)		(40 - 24,000)		(150 - 6,000)	
ความสัมพันธ์						
ลูก	126	96.90	110	96.50	16	100.00
หลาน	1	0.80	1	0.90	0	0.00
พี่น้อง	1	0.80	1	0.90	0	0.00
ไม่ระบุ	2	1.50	2	1.80	0	0.00
การพักอาศัยกับผู้ปกครอง						
ไม่อยู่กับผู้ปกครอง	1	0.80	1	0.90	0	0.00
อยู่กับผู้ปกครอง	128	98.50	112	98.20	16	100.00
เฉพาะเสาร์อาทิตย์	1	0.80	1	0.90	0	0.00
โรคประจำตัว						
ไม่มี	100	76.90	94	82.50	6	37.50
มี	29	22.30	19	16.70	10	62.50
ไม่ระบุ	1	0.80	1	0.90	0	0.00

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นและผู้ปกครอง (ต่อ)

คุณลักษณะ	กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง					
	ทั้งหมด (n = 130)		โรงเรียน (n = 114)		โรงพยาบาล (n = 16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี), Mean±SD	48.30±5.68		48.16±5.94		49.31±3.34	
เพศ						
ชาย	33	25.40	30	26.30	3	18.80
หญิง	94	72.30	82	71.90	12	75.00
ไม่ระบุ	3	2.30	2	1.80	1	6.30
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	5.40	6	5.30	1	6.30
ปริญญาตรี	65	50.00	57	50.00	8	50.00
ปริญญาโท	42	32.30	41	36.00	1	6.30
ปริญญาเอก	8	6.20	7	6.10	1	6.30
ไม่ระบุ	8	6.20	3	2.60	5	31.30
รายรับ (บาท), Median (IQR)						
Min. - Max.	85,000 (50,000 - 140,000)	100,000 (56,250 - 150,000)	37,000 (20,000 - 90,000)			
Min. - Max.	(9,000 - 1,000,000)	(9,000 - 1,000,000)	(11,150 - 250,000)			
รายจ่าย (บาท), Median (IQR)						
Min. - Max.	50,000 (30,000 - 80,000)	50,000 (30,000 - 80,000)	35,000 (20,000 - 80,000)			
Min. - Max.	(7,000 - 300,000)	(7,000 - 300,000)	(12,000 - 200,000)			
ความสัมพันธ์						
บิดา	33	25.40	29	25.40	4	25.00
มารดา	86	66.20	76	66.70	10	62.50
พี่น้อง	2	1.50	2	1.80	0	0.00
ลูกป้า/น้าอา	3	2.30	2	1.80	1	6.30
ไม่ระบุ	6	4.60	5	4.40	1	6.30
การพักอาศัยกับผู้ปกครอง						
อยู่	126	96.90	111	97.40	15	93.80
ไม่ระบุ	4	3.10	3	2.60	1	6.30
โรคประจำตัว						
ไม่มี	90	69.20	83	72.80	7	43.80
มี	37	28.50	29	25.40	8	50.00
ไม่ระบุ	3	2.30	2	1.80	1	6.30

หมายเหตุ: IQR = interquartile range, SD = standard deviation, min. = minimum, max. = maximum

ความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแรงยืดหยุ่นครอบครัวและแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแรงยืดหยุ่นครอบครัวและแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

สภาพครอบครัว โดยใช้การวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ผลการศึกษาพบว่าผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแรงยืดหยุ่นครอบครัว และแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวในกลุ่มวัยรุ่น มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงไปในทิศทางเดียวกันในระดับปานกลาง ($r = 0.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ของแบบประเมิน FRAS ฉบับภาษาไทย ในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครอง

องค์ประกอบ FRAS ฉบับภาษาไทย	ค่า Cronbach's Alpha กลุ่มวัยรุ่น	ค่า Cronbach's Alpha กลุ่มผู้ปกครอง
ภาพรวม	0.95	0.95
family communication and problem solving	0.96	0.96
utilizing social and economic resources	0.85	0.86
maintaining a positive outlook	0.86	0.86
family connectedness	0.18	0.35
family spirituality	0.87	0.82
ability to make meaning of adversity	0.62	0.62

หมายเหตุ: FRAS = Family Resilience Assessment Scale

(p-value <0.001) และผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งยืดหยุ่นครอบครัวและแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวในกลุ่มผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงไปในทิศทางเดียวกันในระดับปานกลาง ($r = 0.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งยืดหยุ่นครอบครัวและแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง	r	95%CI	p-value
กลุ่มวัยรุ่น	0.69	(0.59, 0.77)	<0.001*
กลุ่มผู้ปกครอง	0.68	(0.58, 0.77)	<0.001*

หมายเหตุ: r = Pearson correlation coefficient, CI = confident interval, * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.05

ความสัมพันธ์ของผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งยืดหยุ่นครอบครัวระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งยืดหยุ่นครอบครัวระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครอง โดยใช้การวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งยืดหยุ่นครอบครัวโดยรวม (FRAS, Family Resilience Assessment Scale) ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงไปในทิศทางเดียวกันในระดับต่ำ ($r = 0.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และ

ผลการวิเคราะห์จำแนกรายด้านพบว่า ด้าน family communication and problem solving, family connectedness และ maintaining a positive outlook มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงไปในทิศทางเดียวกันในระดับต่ำ ($r = 0.30 - 0.49$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 4

การเปรียบเทียบผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งยืดหยุ่นครอบครัวระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนของผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งยืดหยุ่นครอบครัวระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครองมีผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งยืดหยุ่นโดยรวม (FRAS, Family Resilience Assessment Scale) มีคะแนนเฉลี่ย 164.13±19.19 และ 167.66±15.34 ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.04) และผลการวิเคราะห์จำแนกรายด้านพบว่า กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครองมีผลการประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งยืดหยุ่นในด้าน family connectedness, family spirituality และ utilizing social and economic resources มีคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 - 0.02) ส่วนด้าน family communication and problem solving, maintaining a positive outlook และ ability to make meaning of adversity คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.07-0.01) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของผลการประเมินจากแบบประเมินความเข้มแข็งยืดหยุ่นครอบครัวระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครอง

องค์ประกอบ FRAS ฉบับภาษาไทย	r	95%CI	p-value
ภาพรวม	0.38	(0.22, 0.52)	<0.001*
family communication and problem solving	0.38	(0.23, 0.52)	<0.001*
utilizing social and economic resources	0.26	(0.09, 0.41)	0.00*
maintaining a positive outlook	0.30	(0.14, 0.45)	<0.001*
family connectedness	0.49	(0.34, 0.61)	<0.001*
family spirituality	0.29	(0.13, 0.44)	0.001*
ability to make meaning of adversity	0.15	(-0.03, 0.31)	0.10

หมายเหตุ: r = Pearson correlation coefficient, CI = confident interval, FRAS = Family Resilience Assessment Scale, * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.05

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลการประเมินจากแบบประเมินความเข้มแข็งยืดหยุ่นครอบครัวระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครอง

องค์ประกอบ FRAS ฉบับภาษาไทย	วัยรุ่น		ผู้ปกครอง		Mean difference (95%CI)	Cohen's d (95%CI)	p-value
	M	SD	M	SD			
ภาพรวม	164.13	19.19	167.66	15.34	-3.53 (-6.92, -0.14)	-0.18 (-0.35, -0.01)	0.04*
FCPS	86.36	12.40	88.25	9.85	-1.89 (-4.06, 0.29)	-0.15 (-0.32, 0.02)	0.09
USER	22.15	4.43	23.14	3.16	-0.99 (-1.80, -0.17)	-0.21 (-0.38, -0.03)	0.02*
MPO	19.29	2.63	19.73	2.40	-0.44 (-0.96, 0.08)	-0.15 (-0.32, 0.03)	0.01
FC	15.31	2.11	14.47	1.79	0.84 (0.49, 1.19)	0.42 (0.24, 0.60)	<0.001*
FS	10.81	2.89	12.15	2.01	-1.34 (-1.86, -0.82)	-0.45 (-0.63, -0.27)	<0.001*
AMMA	10.21	1.34	9.93	1.31	0.28 (-0.02, 0.58)	0.16 (-0.01, 0.33)	0.07

หมายเหตุ: FRAS = Family Resilience Assessment Scale, FCPS = family communication and problem solving, USER = utilizing social and economic resources, MPO = maintaining a positive outlook, FC = family connectedness, FS = family spirituality, AMMA = ability to make meaning of adversity, * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.05

วิจารณ์

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลแบบประเมิน FRAS เป็นภาษาไทย โดยใช้ชื่อภาษาไทยว่า แบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว ฉบับภาษาไทย จำนวน 54 ข้อ โดยมี 6 ด้าน (subscale) ในชื่อภาษาไทย ได้แก่ การสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในครอบครัว (family communication and problem solving) การใช้ทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ (utilizing social and economic resources) การคงมุมมองเชิงบวก (maintaining a positive outlook) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (family connectedness) ความยึดมั่นด้านศาสนาของครอบครัว (family spirituality) และความสามารถในการเรียนรู้จากความยากลำบาก (ability to make meaning of adversity)

ในส่วนของการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นในด้านความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน FRAS รวม ฉบับภาษาไทย พบว่ามีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.95 ในกลุ่มประชากรวัยรุ่นและ 0.95 ในกลุ่มผู้ปกครอง ซึ่งการที่มีค่า Cronbach's alpha coefficient มากกว่า 0.7 ถือว่ามีความสอดคล้องภายในที่ดี แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามแบบประเมิน FRAS ฉบับภาษาไทย มีความสอดคล้องกันและมีคุณสมบัติในการประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว และพบว่ามีค่า Cronbach's alpha coefficient สูงเทียบเท่ากับต้นฉบับภาษาอังกฤษ ที่มีค่า Cronbach's alpha coefficient รวมเท่ากับ 0.96²⁰ นอกจากนี้ยังมี FRAS ฉบับภาษาอื่น ที่มีค่า Cronbach's alpha coefficient รวมในระดับที่ดี เช่น 0.86 (มอลตา)²⁸, 0.97

(แอฟริกาใต้)²⁹ ดังนั้นหากพิจารณา Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินรวม ถือว่า FRAS ฉบับภาษาไทย มีความเชื่อมั่นที่ดีในระดับเทียบเท่ากับภาษาอื่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ แต่แบบประเมินภาพรวมยังมีเนื้อหาที่เหมือนและมีความสอดคล้องกัน สามารถประเมินไปในทิศทางเดียวกันได้

ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้าน (subscale) ทั้ง 6 ด้าน ระหว่าง FRAS ฉบับภาษาไทยและต้นฉบับ รวมถึงภาษาอื่น เช่น ภาษาโปแลนด์²¹ แอฟริกาใต้²⁹ พบว่าส่วนใหญ่มีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป โดยต้นฉบับมีค่า Cronbach's alpha coefficient รายด้านอยู่ในช่วง 0.70 - 0.96 และ FRAS ฉบับภาษาโปแลนด์ มีค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ในช่วง 0.63 - 0.95 ฉบับแอฟริกาใต้ มีค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ในช่วง 0.38 - 0.96 โดยด้านที่ Cronbach's alpha coefficient เกิน 0.70 ทั้ง 4 แบบประเมิน (ต้นฉบับ, ภาษาไทย, ภาษาโปแลนด์, แอฟริกาใต้) มี 4 ด้าน ได้แก่ family communication and problem solving, utilizing social and economic resources, maintaining a positive outlook และ family spirituality ส่วนด้านที่ค่า Cronbach's alpha coefficient ไม่เกิน 0.70 สำหรับ FRAS ฉบับภาษาโปแลนด์ มี 1 ด้าน และ FRAS ฉบับแอฟริกาใต้ 1 ด้าน ซึ่งเป็นด้านที่สอดคล้องกับ FRAS ฉบับภาษาไทย ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นแล้วมีค่า Cronbach's alpha coefficient ไม่เกิน 0.70 รวมทั้งหมด 2 ด้าน โดยมีด้าน ability to make meaning of adversity ที่ได้ 0.63 ใน FRAS ฉบับภาษาโปแลนด์ และ 0.62 ในกลุ่มประชากรวัยรุ่น 0.62 ในกลุ่มผู้ปกครอง ใน FRAS ฉบับภาษาไทย และด้าน family connectedness ที่ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ที่ 0.38 ใน FRAS ฉบับแอฟริกาใต้ และ 0.19 ในกลุ่มประชากรวัยรุ่นและ 0.34 ในกลุ่มผู้ปกครอง ใน FRAS ฉบับภาษาไทย

นอกจากนี้ แบบประเมิน FRAS ยังมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ โดยมีการตัดบางด้านและบางข้อคำถาม เช่น FRAS ฉบับตุรกี²² ที่มี 44 ข้อคำถาม จาก 4 ด้าน ได้แก่ family communication and problem solving, utilizing social and economic resources, maintaining a positive outlook และ ability to make meaning of adversity โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient รวมอยู่ที่ 0.92 อีกทั้งยังมี FRAS ฉบับจีน²³ ที่มี 42 ข้อคำถาม จาก 5 ด้าน ได้แก่ family communication and problem solving, utilizing social and economic resources, maintaining a positive outlook, family spirituality และ ability to make meaning of adversity โดยมีค่า Cronbach's alpha

coefficient รวมอยู่ที่ 0.95 ซึ่งถือว่าความเชื่อมั่นภายในระดับดีมาก ทั้งตุรกีและจีน

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาความสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว และ FRAS ฉบับภาษาไทย ในการประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว พบว่าค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.69 ในกลุ่มประชากรวัยรุ่น และ 0.68 ในกลุ่มผู้ปกครองตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงถึงความสอดคล้องที่ไปในทิศทางเดียวกันในด้านการประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวที่ทั้งสองแบบประเมินนี้อ้างอิงจากแนวคิดของ Froma Walsh²⁷ ที่มีหลักการ คือ การรับมือและจัดการกับปัญหาหรือความยากลำบากที่ครอบครัวต้องเผชิญที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงตัวเองและความสัมพันธ์ รวมถึงการเติบโตในเชิงบวกที่สามารถปรับตัวจากปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมี 3 องค์ประกอบใหญ่ ได้แก่ ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว กระบวนการจัดการในครอบครัว และการสื่อสารภายในครอบครัว

ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน FRAS รวมฉบับภาษาไทย ในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ปกครอง พบว่าค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.38 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนของผลการประเมินจาก FRAS ฉบับภาษาไทย ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ปกครองทั้งคะแนนรวมและรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่คะแนนความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวจากกลุ่มผู้ปกครองมากกว่าการประเมินจากกลุ่มวัยรุ่น แสดงให้เห็นว่าแม้วัยรุ่นและผู้ปกครองจะมาจากครอบครัวเดียวกัน แต่อาจมีการประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวต่างกัน โดยนอกเหนือจากปัจจัยด้านอายุที่แตกต่างกันนั้น วัยรุ่นและผู้ปกครองยังมีประสบการณ์ในชีวิต มุมมองความเชื่อ ทศนคติที่แตกต่างกัน³⁰ ดังเช่นตัวอย่างงานวิจัยที่มีการศึกษาความแตกต่างของความยืดหยุ่นเข้มแข็งของครอบครัวระหว่างผู้ปกครองกับวัยรุ่น ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อความยืดหยุ่นของครอบครัว พบว่าสำหรับผู้ปกครองความยืดหยุ่นเข้มแข็งในครอบครัวมาจากปัจจัยด้านความเป็นตัวตนของตัวเอง ในขณะที่วัยรุ่นความยืดหยุ่นเข้มแข็งในครอบครัวมาจากปัจจัยด้านเพศและความยืดหยุ่นเข้มแข็งของแต่ละบุคคลเองด้วย³¹

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือ เป็นการแปลแบบประเมินที่ใช้วัดความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย รวมถึงวิธีในการประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวที่มีการประเมินจากสมาชิกมากกว่า 1 คน

ในครอบครัวที่มีความแตกต่างของอายุ ซึ่งได้ปรับปรุงเพิ่มเติมจากข้อจำกัดในงานวิจัยในอดีตที่ผ่านมา ทำให้แบบประเมิน FRAS ฉบับภาษาไทย มีความสมบูรณ์มากขึ้น อันเนื่องมาจากการที่ศึกษาความสอดคล้องของความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว ในมุมมองของวัยรุ่นและผู้ปกครองครอบครัวเดียวกัน รวมถึงเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวอื่นๆ ในไทย เช่น แบบวัดความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness Index: FHI)²⁵ ที่อ้างอิงจากแนวคิดของ McCubbin³² โดยใช้ประเมินความสามารถของครอบครัวในการรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ในแง่ที่สามารถทนต่อความยากลำบาก (resistance) และการปรับตัว (adaptation) ก็พบประเด็นที่แตกต่างกันบางด้าน โดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับความเชื่อ เช่น ด้านศาสนา ที่ไม่พบในแบบวัดความเข้มแข็งของครอบครัว ในขณะที่ FRAS ฉบับภาษาไทย มีประเด็นที่เน้นเรื่องระบบความเชื่อที่เกี่ยวกับศาสนา ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในบริบทความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวในสังคมไทย

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) จำนวนข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนมาก ทำให้ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์นาน ทำให้ผู้ประเมินอาจเกิดความเหนื่อยล้าในการตอบคำถาม และคำตอบที่ได้ อาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยรุ่น 2) การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น รวมถึงกลุ่มอาสาสมัครผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เป็นมารดา ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป และมีรายได้ดีเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ยังไม่สามารถใช้เป็นข้อสรุปในการศึกษาระดับประเทศได้ (generalization) 3) กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 16 คู่ ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่ไม่มาก เมื่อเทียบกับสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียน ดังนั้นผู้วิจัยแนะนำว่าควรมีการศึกษาในกลุ่มโรงพยาบาลมากขึ้น 4) จำนวนกลุ่มอาสาสมัครอาจน้อยเกินไปสำหรับการหาคุณสมบัติของแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อ 54 ข้อ ซึ่งควรมีจำนวนอาสาสมัครมากขึ้นเพื่อความเชื่อมั่นแบบประเมินในระดับที่ดีขึ้น 5) เนื่องจากแบบประเมิน FRAS มีส่วนคำถามเชิงลบ (reverse scored items) ที่มีการคิดคะแนนต่างจากข้ออื่นจำนวน 4 ข้อ ที่อยู่ในหัวข้อเดียวกันคือ family connectedness ได้แก่ ข้อที่ 33, 37, 45 และ 50 ซึ่งเป็นข้อส่งกลางก่อนท้ายของแบบประเมิน อาจทำให้ผู้ประเมินเลือกคำตอบที่ยังคงไปเชิงบวก ดังที่ปรากฏตามค่า Cronbach's alpha coefficient ในหัวข้อความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่ได้ 0.19 ในกลุ่มประชากรวัยรุ่น และ 0.34 ในกลุ่มผู้ปกครอง ซึ่งเป็นหัวข้อเดียวในจำนวน 6 ด้าน (subscale) ของ FRAS ฉบับภาษาไทย ที่มีค่า Cronbach's alpha coefficient ต่ำกว่า 0.6 ดังนั้นผู้วิจัยแนะนำว่า

อาจมีการเน้นที่ข้อคำถามเชิงลบให้เด่นชัดมากขึ้น หรือเพิ่มเติมในคำชี้แจงก่อนเริ่มการประเมิน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการเก็บข้อมูลจากหลากหลายพื้นที่และหลากหลายลักษณะกลุ่มประชากร เพื่อสามารถนำไปขยายผลใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวในกลุ่มผู้ปกครองและวัยรุ่น ทั้งที่มีความเจ็บป่วยและไม่มีความเจ็บป่วย และเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือในการประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวของประชากรไทยได้ รวมถึงอาจพิจารณาปรับลดจำนวนข้อให้เหมาะสม เพื่อลดระยะเวลาในการทำแบบประเมิน ดังเช่นในบางประเทศที่พบว่าผลเป็นที่น่าพอใจ เช่น ตุรกี จีน เป็นต้น และเพื่อลดข้อจำกัดของการศึกษานี้ที่บางด้าน (subscale) มีคะแนนน้อย โดยทำการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง ใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis)

สรุป

แบบประเมิน Family Resilience Assessment Scale ฉบับภาษาไทย มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับดี สามารถนำไปใช้เพื่อการประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัวในกลุ่มประชากรวัยรุ่น อายุระหว่าง 11 - 18 ปี หรือในกลุ่มผู้ปกครองที่มีบุตรหลานอายุระหว่าง 11 - 18 ปีได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแพทย์หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณาจารย์โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน ที่ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมถึงวัยรุ่นและผู้ปกครองทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อมในการดำเนินวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ธนาพร แสงพงศานนท์: กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล: ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขบทความ; จิรดา ประสาทพรศิริโชค: ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Stefaniak AR, Blaxton JM, Bergeman CS. Age differences in types and perceptions of daily stress. *Int J Aging Hum Dev* 2022;94(2): 215-33.
2. Budayová Z. Family problems of today. [Internet]. Ireland: International Scientific Board of Catholic Research and Teachers in Ireland; 2020 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/349139780>.
3. Sheidow AJ, Henry DB, Tolan PH, Strachan MK. The role of stress exposure and family functioning in internalizing outcomes of urban families. *J Child Fam Stud* 2014; 23(8): 1351-65.
4. Fekadu W, Mihretu A, Craig TKJ, Fekadu A. Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ Open* 2019; 9(12): e032391.
5. Lucas-Thompson RG, Wagner AC. Family relationships and children's stress responses. In: Benson JB, editors. *Advances in child development and behavior*. Amsterdam: Academic Press; 2016. p. 243-99.
6. Dolz-del-Castellar B, Ochoa JS. Relationship between family functioning, differentiation of self and anxiety in Spanish young adults. *PLoS One* 2021; 16(3): e0246875.
7. Huang X, Hu N, Yao Z, Peng B. Family functioning and adolescent depression: A moderated mediation model of self-esteem and peer relationships. *Front Psychol* 2022;13.
8. Naushad RB. Differential effects of socio-economic status and family environment of adolescents on their emotional intelligence, academic stress and academic achievement. *Int J Educ Res Innov* 2020;17: 101-20.
9. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. *Eur J Dev Psychol* 2016; 13(3): 313-24.
10. Herdiana I, Handoyo Su, Handoyo Se. Family resilience: a conceptual review. *Adv Soc Sci Educ Humanit Res* 2021;133.
11. Lia Y, Wang K, Yin Y, Li Y, Li S. Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual T resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2018; 88: 79-84.
12. Ma Q, Yan Z, Chang L, Zhang Q, Li Y. Family resilience and subjective responses to caregiving for children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2021; 125: 108417.
13. Thananchai N, Surakarn A. Factors affecting family resilience in families with stroke patients. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educ Center* 2022; 39(3): 340-8.
14. Chantasiriwate P, Tuicomepee A, Taepan N. Qualitative study of families resilience in mothers with a child with autism spectrum disorder. *J Ratchasuda Coll Res Dev Pers With Disabil* 2019; 15(2): 22-36.
15. Song J, Fogarty K, Suk R, Gillen M. Behavioral and mental health problems in adolescents with ADHD: Exploring the role of family resilience. *J Affect Disord* 2021;294: 450-8.
16. Sittikrathok A, Virasiri S. Family adaptation among adolescents with addiction. *J Nurs Health Care* 2020; 38(3): 139-46.
17. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol* 2020;75(5): 631-43.
18. Walsh F. A family resilience framework: Innovative practice applications. *Fam Relations* 2002;51:130-7.
19. Zhou J, He B, He Y, Huang W, Zhu H, Zhang M, Wang Y. Measurement properties of family resilience assessment questionnaires: a systematic review. *Fam Pract* 2020; 37(5): 581-91.
20. Sixbey MT. Development of the Family Resilience Assessment Scale to identify family resilience constructs. [dissertation on the Internet]. Gainesville, FL: University of Florida; 2005. [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.proquest.com/openview/f442df9a9cb4e8cb9437e3f63b2a882a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
21. Nadrowska N, Blazek M, Lewandowska-Walter A. Polish adaptation of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS). *Community Ment Health J* 2021;57(1): 153-60.
22. Kaya M, Arici N. Turkish version of Shortened Family Resiliency Scale (FRAS): The study of validity and reliability. *Procedia Soc. Behav. Sci* 2012; 55: 512-20.
23. Chu AMY, Tsang JTY, Tiwari A, Yuk H, So MKP. Measuring family resilience of Chinese family caregivers: psychometric evaluation of the Family Resilience Assessment Scale. *Fam Relat* 2021; 70: 1297-302.
24. Tuson K, Somboontanont W, Leelahakul V, Pinyopasakul W. Relationship between family hardiness, family coping and well-being of family members of elders with physical disability. *J Royal Thai Army Nurs* 2017;18: 93-101.
25. The Family Hardiness Index (FHI). The resilience, adaptation and well-being project. [Internet]. 2020 [updated 2018 Mar 14; cited 2023 Sept 20]. Available from: https://www.mccubbinresilience.org/uploads/5/9/7/9/59799889/fhi_description_-_thai.pdf.
26. Manacharoen W. A study and development of family resilience of patients with cerebrovascular disease through assimilative integrate family counseling. [dissertation on the Internet]. Chonburi: Burapha University; 2016. [cited 2023 Sep 20]. Available from: https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/53810223.pdf
27. Walsh F. Family resilience: a dynamic systemic framework. In: Ungar M, editor. *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*. Oxford: Oxford University Press; 2021. p. 255-70.
28. Dimech S. Validating the family resilience assessment scale to Maltese families. [dissertation on the Internet]. Malta: University of Malta; 2014. [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/4331>.
29. Isaacs SA, Roman NV, Savahl S, Sui XC. Adapting and validating the family resilience assessment scale in an Afrikaans rural community in South Africa. *Community Ment Health J* 2018;54(1): 73-83.
30. Feliciano E, Feliciano A, Palompon D, Boshra A. Aging-related resiliency theory development. *Belitung Nurs J* 2022;8(1): 4-10.
31. Pagorek-Eshel S, Finklestein M. Family resilience among parent-adolescent dyads exposed to ongoing rocket fire. *Psychol Trauma* 2019;11(3): 283-91.
32. Brown-Baatjies O, Fouché P, Greeff A. The development and relevance of the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. *Acta Academica* 2008; 40(1): 97-119.
33. Arifin WN. Sample size calculator (web) [Internet]. 2023 [cited 2023 June 11]. Available from: <http://wnarifin.github.io>.
34. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 Jun 8 [cited 2023 June 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี

หทัยรัตน์ คุณนิยพันธ์*, เอ็มน์สรีย์ มินทรศักดิ์*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive study เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 400 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai General Health Questionnaire-28 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square หรือ Fisher's exact test และใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาทางสุขภาพจิต จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 14.3) เมื่อประเมินสุขภาพจิตรายด้านพบว่า มีปัญหาอาการทางกาย ร้อยละ 16 มีปัญหาวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ร้อยละ 14.7 มีปัญหาบกพร่องทางสังคม ร้อยละ 13 และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 6 สำหรับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ปัจจัยด้านอายุที่ช่วงอายุ 31 - 40 ปี (Adj.OR=0.13, p = 0.006), อายุ 41 - 50 ปี (Adj.OR=0.07, p = 0.001), อายุ 51 - 60 ปี (Adj.OR=0.04, p < 0.001) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตร (Adj.OR=0.35, p = 0.034) ญาติ (Adj.OR=0.16, p < 0.001) และปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป (Adj.OR=0.40, p = 0.045) เป็นกลุ่มที่ส่งผลดีต่อสุขภาพจิตในผู้ดูแล สำหรับปัจจัยด้านสถานภาพ หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (Adj.OR=4.83, p = 0.002) ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวที่เป็นหนี้ (Adj.OR=2.06, p = 0.032) และเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย (Adj.OR=2.40, p = 0.033) สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป สถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ การเป็นหนี้ และเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ดังนั้นจึงควรคัดกรองผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าข่ายคุณสมบัติข้างต้น เพื่อให้การดูแลทางจิตใจและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช สุขภาพจิต

Corresponding author: เอ็มน์สรีย์ มินทรศักดิ์

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี

E-mail: mnasre@gmail.com

วันรับ : 3 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 19 มีนาคม 2567 วันตอบรับ : 20 มีนาคม 2567

Mental Health of Psychiatric Patients' Caregivers at Psychiatric Outpatient Department in Pattani Hospital

Hatairat Kuneepant*, Emnasree Mintrasak*

*Department of Psychiatry and Drug Dependence, Pattani Hospital

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and associated factors of mental health problem among caregivers of psychiatric patients at Pattani Hospital

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted in 400 caregivers of psychiatric patients who had attended the outpatient clinic at Pattani hospital during 1 December 2023, to 31 December 2023. Participants were assessed by demographic questionnaires and Thai General Health Questionnaire-28. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics such as Chi-square or Fisher's exact test and Stepwise Multiple Regression.

Results: The study found that 57 out of the 400 caregivers of patients studied had mental health problem, accounting for 14.3%. When assessing each aspect of mental health, it was observed that 16.0% exhibited physical symptoms, 14.7% experienced anxiety and insomnia, 13.0% faced social impairments, and 6% suffered from severe depression. The analysis of factors influencing the mental health status of caregivers of psychiatric patients revealed several significant findings. Specifically, caregivers in the age group of 31 - 40 years (Adj. OR=0.13, $p = 0.006$), 41 - 50 years old (Adj. OR=0.07, $p = 0.001$), 51 - 60 years old (Adj. OR=0.04, $p < 0.001$), relationship factors with the patient as a child (Adj. OR=0.35, $p = 0.034$), relatives (Adj. OR=0.16, $p < 0.001$) and education level factor Bachelor's degree or higher (Adj. OR=0.40, $p = 0.045$) were less likely to experience mental health problem. Divorced/separated (Adj. OR=4.83, $p = 0.002$), having family income in debt (Adj. OR=2.06, $p = 0.032$), and having had bad experiences with patients (Adj. OR=2.40, $p = 0.033$) were identified as significant factors contributing to mental health problem among caregivers of psychiatric patients at the 0.05 significance level.

Conclusion: Divorce/separated status, debt and having had bad experiences with the patient. As a result, caregivers of psychiatric patients have mental health problems. Therefore, caregivers who meet the above qualifications should be screened. To provide psychological care and close counseling.

Keywords: caregivers, psychiatric patients, mental health

Corresponding author: Emnasree Mintrasak

E-mail: mnasre@gmail.com

Received 3 January 2024 Revised 19 March 2024 Accepted 20 March 2024

บทนำ

ปัจจุบันโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มที่จะพบสูงขึ้นเรื่อยๆ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยความเข้าใจทั้งในโรคจิตเวชและเข้าใจในตัวผู้ป่วย การที่ดูแลผู้ป่วยได้ดีนั้นต้องอาศัยความอดทนอย่างยิ่ง โดยผู้ที่ทำหน้าที่ส่วนใหญ่คือญาติของผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชนั้นกว่าร้อยละ 90 อาศัยอยู่กับญาติของตนเอง^{1,2} ทั้งนี้การที่โรคทางจิตเวชต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานจึงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล^{3,4} และส่งผลให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลได้อย่างมาก โดยหลักคิดเรื่องความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชถูกนำเสนอครั้งแรกในโลกเมื่อปี ค.ศ. 1946⁵ และมีการศึกษาเรื่อยมาพบว่าสามารถส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติทั้งด้าน objective และ subjective⁵⁻⁹ โดยด้าน objective คือผลกระทบทางกายภาพ อาทิ ต้นทุนค่าใช้จ่ายในบ้านที่ต้องเพิ่มขึ้น การพักผ่อนของญาติที่ลดลง สำหรับด้าน subjective คือความรู้สึกเชิงลบส่วนตัวของญาติไม่ว่าจะเป็นความวิตกกังวลหรือความโกรธที่ต้องมารับภาระเช่นนี้ อาจเกิดความเหนื่อยหน่าย กังวล ท้อแท้ ก้าวร้าว กระทบกระเทือนใจ อาจเพื่อนบ้านและสังคมที่เพ่งมองในแง่ลบ อาจส่งผลให้เครียดรุนแรงยิ่งขึ้น จากการศึกษาระบาดวิทยาของ Choy และคณะ ในปี 2022 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกิดความเครียดเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 31.67¹⁰ อีกทั้งการศึกษาในประเทศไทยของ Kulvechakit และคณะ¹¹ พบว่าบุคคลกลุ่มนี้เกิดปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 62 โดยค่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา¹¹⁻²⁰ ขึ้นอยู่กับนิยามปัญหาทางสุขภาพจิตและแบบประเมินที่ใช้ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกันในหลายงานวิจัย อาทิ ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วย^{15,18,21} ระดับการศึกษาที่ต่ำของผู้ดูแล^{12,14,22} และการที่เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย^{12,16,17} จังหวัดปัตตานีตั้งอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการที่จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลปัตตานีติดอยู่ในอันดับสูงสุด อันดับที่ 4 รองจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไตวายเรื้อรัง ซึ่งมีจำนวนถึง 5,517 รายต่อปี (2566) และคลินิกจิตเวชมีอัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสูงถึง 18,292 รายต่อปี (2566) แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดปัตตานี และผู้ที่ต้อง

รับภาระการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คงหนีไม่พ้นผู้ดูแล นอกจากนั้นยังไม่พบการศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive design เพื่อศึกษาหาค่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี โดยได้รับใบรับรองจริยธรรมวิจัย หมายเลขรับรอง PTN-032-2566 วันที่ให้การรับรอง 21 พฤศจิกายน 2566 จากสถาบันสังกัดโรงพยาบาลปัตตานี การศึกษานี้มีการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้นำผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชทุกราย ที่สามารถเข้าใจและตอบคำถามได้ โดยต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ในระหว่างวันที่ 1 - 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 400 ราย ซึ่งคำนวณได้จากสูตร Cochran²³ ในกรณีที่ไม่มีทราบจำนวนประชากร ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 13 ข้อ ใช้สำรวจข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ ข้อมูลด้านสุขภาพประวัติการเจ็บป่วยทั้งทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย สำหรับแบบคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตจะใช้แบบประเมิน Thai GHQ-28 Thai General Health Questionnaire-28 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ชัชวาล ศิลปะกิจ ในปี 2002²⁴ GHQ-28 ประกอบด้วยชุดคำถาม 28 ข้อ แบ่งเป็นคำถาม 4 ด้าน แต่ละด้านมีคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ ด้านอาการทางกาย ด้านความวิตกกังวล ด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม และด้านความซึมเศร้าชนิดรุนแรง การแปลผลคะแนน โดยถ้าตอบข้อ ก กับ ข ถือว่า ปกติ ได้ 0 คะแนน แต่หากตอบ ข้อ ค และ ง ถือว่า ผิดปกติ ได้ 1 คะแนน หากมีคะแนนรวมทุกข้อตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จะถือว่ามีโอกาสมีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติ และในกลุ่มอาการทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 ข้อ 1 - 7 เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms) กลุ่ม 2 ข้อ 8 - 14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) กลุ่ม 3 ข้อ 15 - 21 เป็น

ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และกลุ่ม 4 ข้อ 22 - 28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) หากมีคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติในกลุ่มอาการนั้นๆ ได้มีการนำไปหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 นอกจากนี้การคิดคะแนนต่อเนื่องคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 - 28 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งน้อยยิ่งมีภาวะสุขภาพจิตดี และคะแนนยิ่งมากยิ่งมีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test กรณีจำนวนค่า สังเกตในเซลล์บางเซลล์ต่ำกว่า 5 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพจิตจะนำมาคำนวณค่าความสัมพันธ์ นำเสนอด้วย odds ratio และ 95% confidence interval โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดค่า p-value ที่จะนำตัวแปรเข้าในสมการ = (Pe) .20 กำหนด p-value ที่จะนำตัวแปรออกจากสมการ = (Pr) .25 ในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ด้วยโปรแกรม STATA Version 10.1

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 400 ราย แบ่งเป็นผู้ดูแลที่สุขภาพจิตดี 343 ราย (ร้อยละ 85.7) และผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยพบคะแนน GHQ-28 ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 14.3) เมื่อศึกษาความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มพบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ($p = 0.01$) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พบปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นมารดา ร้อยละ 45.6 รองลงมาเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 17.5 ตามลำดับ ปัจจัยด้านสถานภาพ ($p = 0.01$) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นผู้ที่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือหย่าร้าง/แยกกันอยู่และโสด จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 19.3 ตามลำดับ และปัจจัยด้านระดับการศึกษา ($p = 0.03$) โดยผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ปวช. ปวส. อนุปริญญา) ร้อยละ 61.4 ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่พบความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเมื่อแบ่งตามกลุ่มอาการพบว่า ส่วนใหญ่มีอาการทางกาย (Somatic Symptoms) ร้อยละ 16 รองลงมา มีอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ร้อยละ 14.7 มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ร้อยละ 13 และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) ร้อยละ 6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายตัวแปรพบว่า ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่สัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ที่ช่วงอายุ 21 - 30 ปี (Adj.OR=0.33, 95%CI=0.09 - 1.14), 31 - 40 ปี (OR=0.26, 95%CI=0.07 - 0.88), อายุ 41 - 50 ปี (OR=0.27, 95%CI=0.08 - 0.93), อายุ 51 - 60 ปี (OR=0.15, 95%CI=0.08 - 0.93) และปัจจัยด้านสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ (OR=5.16, 95%CI=2.18 - 12.20) รายละเอียดดังตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยขั้นแรกผู้วิจัยนำตัวแปรพยากรณ์ที่มีขนาดอิทธิพลสูงสุดเข้าไปสร้างสมการกับตัวแปรเกณฑ์ด้วยวิธีขั้นตอน (stepwise) จนครบทุกตัวแปร หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ พบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ที่ช่วงอายุ 31 - 40 ปี (Adj.OR=0.13, 95%CI=0.03 - 0.55), อายุ 41 - 50 ปี (Adj.OR=0.07, 95%CI=0.02 - 0.31), อายุ 51 - 60 ปี (Adj.OR=0.04, 95%CI=0.01 - 0.24) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตร (Adj.OR=0.35, 95%CI=0.13 - 0.92) ญาติ (Adj.OR=0.16, 95%CI=0.06 - 0.43), ปัจจัยด้านสถานภาพ หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (Adj.OR=4.83, 95%CI=1.81 - 12.93) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป (Adj.OR=0.40, 95%CI=0.16 - 0.98) ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวที่เป็นหนี้ (Adj.OR=2.06, 95%CI=1.06 - 3.99) และเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย (Adj.OR=2.40, 95%CI=1.07 - 5.36) รายละเอียดดังตารางที่ 4

วิจารณ์

จากการศึกษานี้ได้พบความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตอยู่ที่ร้อยละ 14.3 และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ สถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ไม่พบปัญหาสุขภาพจิต (n = 343)	พบปัญหาสุขภาพจิต (n = 57)	รวม (n = 400)	
เพศ				0.77
ชาย	72 (21.0)	11 (19.3)	83 (20.7)	
หญิง	271 (79.0)	46 (80.7)	317 (79.3)	
อายุ (ปี)				0.09
18 - 20 ปี	9 (2.6)	5 (8.8)	14 (3.5)	
21 - 30 ปี	76 (22.2)	14 (24.6)	90 (22.5)	
31 - 40 ปี	97 (28.3)	14 (24.6)	111 (27.7)	
41 - 50 ปี	93 (27.1)	14 (24.6)	107 (26.7)	
51 - 60 ปี	49 (14.3)	4 (7.0)	53 (13.3)	
มากกว่า 60 ปี	19 (5.5)	6 (10.5)	25 (6.3)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				0.01*
บิดา	21 (6.1)	3 (5.3)	24 (6.0)	
มารดา	116 (33.8)	26 (45.6)	142 (35.5)	
บุตร	64 (18.6)	9 (15.8)	73 (18.3)	
ญาติ	109 (31.8)	6 (10.5)	115 (28.7)	
เพื่อน	5 (1.5)	3 (5.3)	8 (2.0)	
หน่วยงานต่างๆ	1 (0.3)	0	1 (0.3)	
สามี/ภรรยา	27 (7.9)	10 (17.5)	37 (9.2)	
สถานภาพ				0.01*
สมรส	225 (65.6)	32 (56.1)	257 (64.2)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	15 (4.4)	11 (19.3)	26 (6.5)	
หม้าย	26 (7.6)	3 (5.3)	29 (7.3)	
โสด	77 (22.4)	11 (19.3)	88 (22.0)	
ระดับการศึกษา				0.03*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	66 (19.2)	11 (19.3)	77 (19.3)	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ปวช. ปวส. อนุปริญญา)	153 (44.6)	35 (61.4)	188 (47.0)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	124 (36.2)	11 (19.3)	135 (33.7)	
อาชีพ				0.81
รับจ้าง	107 (31.2)	20 (35.1)	127 (31.8)	
เกษตรกร	19 (5.5)	2 (3.5)	21 (5.3)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	82 (23.9)	11 (19.3)	93 (23.3)	
รับราชการ	43 (12.5)	6 (10.5)	49 (12.2)	
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	33 (9.6)	5 (8.8)	38 (9.5)	
ว่างงาน	49 (14.3)	12 (21.1)	61 (15.2)	
กำลังศึกษา	10 (2.9)	1 (1.7)	11 (2.7)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ไม่พบปัญหาสุขภาพจิต (n = 343)	พบปัญหาสุขภาพจิต (n = 57)	รวม (n = 400)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว				0.26
น้อยกว่า 5,000 บาท	108 (31.5)	19 (33.3)	127 (31.8)	
5,000 - 10,000 บาท	110 (32.1)	16 (28.1)	126 (31.5)	
10,001 - 25,000 บาท	78 (22.7)	16 (28.1)	94 (23.5)	
25,001 - 50,000 บาท	30 (8.8)	1 (1.8)	31 (7.7)	
มากกว่า 50,000 บาท	17 (4.9)	5 (8.7)	22 (5.5)	
รายได้ครอบครัว				0.12
เพียงพอเหลือเก็บ	200 (58.3)	27 (47.4)	227 (56.8)	
เป็นหนี้	143 (41.7)	30 (52.6)	173 (43.2)	
มีโรคประจำตัว	60 (17.5)	12 (21.1)	72 (18.0)	0.52
เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน	23 (6.7)	8 (14.0)	31 (7.8)	0.06
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช				0.19
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	101 (29.5)	25 (43.9)	126 (31.5)	
มากกว่า 1 - 5 ปี	125 (36.4)	17 (29.8)	142 (35.5)	
มากกว่า 5 - 10 ปี	65 (18.9)	7 (12.3)	72 (18.0)	
มากกว่า 10 ปี	52 (15.2)	8 (14.0)	60 (15.0)	
มีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช	263 (76.7)	38 (66.7)	301 (75.3)	0.11
เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย	43 (12.5)	12 (21.1)	55 (13.8)	0.08

หมายเหตุ *p-value<.05

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายด้านแบ่งตามกลุ่มอาการ

กลุ่มอาการประเมินสุขภาพจิต	จำนวน (ร้อยละ)
มีอาการทางกาย (Somatic Symptoms)	64 (16.0)
มีอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)	59 (14.7)
มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)	52 (13.0)
มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)	24 (6.0)

การเป็นหนี้ และเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย แต่สำหรับปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลที่มากกว่า 31 - 60 ปี ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เป็นบุตรและญาติ ปัจจัยด้านการศึกษาาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล

มีการศึกษาถึงความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ใกล้เคียงสองการศึกษา ดังนี้ การศึกษาที่หนึ่งได้มีการประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ประสบเหตุจากสถานการณ์ไม่สงบชายแดนใต้ปี 2014 โดย Suraaroonsamrit และคณะ พบว่าความชุกของการป่วยโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งในพื้นที่ อยู่ที่ร้อยละ 16.1²⁵ และจากการศึกษาที่สองของ Norphun และคณะในปี 2022 ที่ประเมินสุขภาพจิตผู้ที่หายจากโรคโควิด-19 ในจังหวัดสงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 44²⁶ ดังนั้นการที่ปัญหาทางสุขภาพจิตของการศึกษาฉบับนี้น้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้น อาจเป็นไปได้ว่าความรู้สึกต่อปัญหาโควิด-19 นั้นไม่ได้เป็นปัญหาอีกต่อไปแล้ว และสำหรับปัญหาเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ที่ถึงแม้ว่ายังคงมีอยู่แต่เหตุการณ์มักเกิดขึ้นเฉพาะกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงเสียเป็นส่วนใหญ่ และกระทบต่อชาวบ้านทั่วไปไม่มาก

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตัวแปร	OR (95%CI)	p-value
เพศ		
ชาย	1	
หญิง	1.11 (0.55 - 2.25)	0.77
อายุ (ปี)		
18 - 20 ปี	1	
21 - 30 ปี	0.33 (0.09 - 1.14)	0.04*
31 - 40 ปี	0.26 (0.07 - 0.88)	0.03*
41 - 50 ปี	0.27 (0.08 - 0.93)	0.04*
51 - 60 ปี	0.15 (0.03 - 0.65)	0.01*
มากกว่า 60 ปี	0.57 (0.14 - 2.37)	0.44
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	1	
มารดา	1.57 (0.44 - 5.65)	0.49
บุตร	0.98 (0.24 - 3.97)	0.98
ญาติ	0.39 (0.09 - 1.67)	0.20
เพื่อน	4.20 (0.64 - 27.36)	0.13
สามี/ภรรยา	2.59 (0.63 - 10.63)	0.19
สถานภาพ		
สมรส	1	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5.16 (2.18 - 12.20)	<0.01*
หม้าย	0.81 (0.23 - 2.83)	0.74
โสด	1.00 (0.48 - 2.09)	0.99
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ปวช. ปวส. อนุปริญญา)	1.37 (0.65 - 2.86)	0.40
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.53 (0.22 - 1.29)	0.16
อาชีพ		
รับจ้าง	1	
เกษตรกร	0.56 (0.12 - 2.61)	0.46
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0.72 (0.32 - 1.58)	0.41
รับราชการ	0.75 (0.28 - 1.98)	0.56
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	0.81 (0.28 - 2.33)	0.70
ว่างงาน	1.31 (0.59 - 2.89)	0.50
กำลังศึกษา	0.54 (0.06 - 4.41)	0.56

ตัวแปร	OR (95%CI)	p-value
รายได้ครอบครัว		
เพียงพอเหลือเก็บ	1	
เป็นหนี้	1.55 (0.88 - 2.73)	0.13
มีโรคประจำตัว		
เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน	2.27 (0.96 - 5.36)	0.06
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช		
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	1	
มากกว่า 1 - 5 ปี	0.55 (0.28 - 1.07)	0.08
มากกว่า 5 - 10 ปี	0.44 (0.18 - 1.06)	0.07
มากกว่า 10 ปี	0.62 (0.26 - 1.47)	0.28
มีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช		
เคยมีประสบการณ์ไม่ติดกับผู้ป่วย	1.86 (0.91 - 3.79)	0.09

หมายเหตุ *p-value<.05

จึงอาจพิจารณาได้ว่าความรู้สึกต่อเหตุการณ์ทั้งสองไม่เป็นปัญหาสำหรับสุขภาพจิตของบุคคลในพื้นที่ 3 จังหวัดในปัจจุบันเท่าใดนัก การประเมินถึงความชุกของการพบปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าค่อนข้างแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อยู่ที่ร้อยละ 5.9 - 62^{3,11,20-22,25-27} อาทิ การศึกษาสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลสูงถึงร้อยละ 62 เป็นที่น่าสังเกตว่าการที่ปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ค่อนข้างแตกต่างกันมากขึ้นอยู่กับนิยามปัญหาทางสุขภาพจิต ชนิดของแบบประเมินที่ทำการศึกษา ประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ต่างกัน วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่ดูแล เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ก่อนหน้านี้มักมุ่งเน้นในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่เรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แต่การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง

ในการพิจารณาถึงปัจจัยแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kulvechakit และคณะ¹¹ และ Hosseini และคณะ¹⁹ ที่ส่งผลให้พบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในกลุ่มนี้ โดย Matthews และคณะ²⁸ ให้เหตุผลว่ากลุ่มคนที่หย่าร้างจะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตแยกกว่า

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ตัวแปร	Adjusted OR	(95%CI)	p-value
อายุ (ปี)			
18 - 20 ปี	1		1
21 - 30 ปี	0.29	(0.07 - 1.15)	0.08
31 - 40 ปี	0.13	(0.03 - 0.55)	0.01*
41 - 50 ปี	0.07	(0.02 - 0.31)	0.01*
51 - 60 ปี	0.04	(0.01 - 0.24)	<0.01*
มากกว่า 60 ปี	0.21	(0.03 - 1.27)	0.09
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
บิดา	1		1
บุตร	0.35	(0.13 - 0.92)	0.03*
ญาติ	0.16	(0.06 - 0.43)	<0.01*
สถานภาพ			
สมรส	1		1
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4.83	(1.81 - 12.93)	0.01*
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1		1
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.40	(0.16 - 0.98)	0.04*
อาชีพ			
รับจ้าง	1		1
รับราชการ	2.58	(0.75 - 8.89)	0.13
รายได้ครอบครัว			
เพียงพอเหลือเก็บ	1		1
เป็นหนี้	2.06	(1.06 - 3.99)	0.03*
เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน			
	2.51	(0.94 - 6.72)	0.07
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช			
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	1		1
มากกว่า 1 - 5 ปี	0.52	(0.25 - 1.05)	0.07
มากกว่า 5 - 10 ปี	0.43	(0.16 - 1.15)	0.09
เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย			
	2.40	(1.07 - 5.36)	0.03*

หมายเหตุ *p-value<.05

ผู้ที่ยังอยู่ในชีวิตสมรส ผู้ไม่สมรส หรือผู้ที่คู่ครองเสียชีวิต การหย่าส่งผลกระทบต่อด้านจิตวิทยา คือ ผู้หย่าจะรู้สึกโกรธ ต่ำหนืดตนเอง ซึมเศร้า มีความรู้สึกว่าการความช่วยเหลือเพิ่มขึ้น รู้สึกโดดเดี่ยว สูญเสีย และความมั่นใจในตนเองลดลง สำหรับปัจจัยด้านการเป็นหนี้หรือมีปัญหาด้านรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pumchan⁴ และของ Rahmani และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาจากญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภท และส่งผลให้พบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สำหรับการมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้พบปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลมากขึ้นก็สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{12,16,17} แต่เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่อายุ 31 - 60 ปี มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่ากลุ่มอายุ 18 - 20 ปี สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในต่างประเทศร้อยละ 7²⁹ และพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 11³⁰ ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไป (ช่วงอายุเฉลี่ย 50.2 ± 15.3 ปี) ที่ร้อยละ 1.6³¹ สามารถอธิบายจากการที่กลุ่มวัยรุ่นมักมีทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม และการจัดการกับปัญหาค่อนข้างจำกัด³² สำหรับปัจจัยด้านการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าพบว่ามีแนวโน้มส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตเช่นกัน สอดคล้องจากการศึกษาก่อนหน้านี้^{12,14,22} ที่พบว่าการศึกษาที่สูงสัมพันธ์กับความรู้ที่มากขึ้น และทักษะในการจัดการปัญหาที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า สำหรับปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่พบว่าการเป็นบุตรและเป็นญาติที่มีแนวโน้มส่งผลต่อสุขภาพจิตนั้น ยังมีข้อแตกต่างจากการศึกษาอื่น อาทิการศึกษาในประเทศอิหร่าน¹⁸ ที่พบว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่า เช่น เป็นบุตรจะมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และเมื่อพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ จากการศึกษาก่อนหน้านี้ อาทิ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย^{18,21} และการมีปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลอยู่เดิมนั้น ซึ่งก็ไม่พบว่าสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในการศึกษาฉบับนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย ดังนั้นถึงแม้ว่าการเป็นญาติใกล้ชิด เช่น เป็นบุตรหรือต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน แต่การมีผู้ร่วมแบ่งเบาการดูแลผู้ป่วยอาจสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้³³

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ cross-sectional study โดยศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง จึงระบุได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กันเท่านั้น ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและปัจจัยได้ (causative relationship) และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตไม่ใช่การสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ ประชากรศึกษาที่มีความเสี่ยงจึงควรได้รับการตรวจตามมาตรฐานต่อไป ซึ่งสำหรับการศึกษานี้ได้มีการนัดหมายผู้ที่พบปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ทุกรายต่อไป นอกจากนี้การศึกษานี้ยังไม่ได้แยกการวินิจฉัยรายโรคหรือกลุ่มโรค เนื่องจากต้องการศึกษาภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกการวินิจฉัย จึงไม่สามารถเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคจิตเวชของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้การศึกษานี้ไม่ได้สอบถามถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ดูแล

ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะมีประโยชน์ในการนำไปวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตไปพัฒนาระบบการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ อีกทั้งสามารถเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อีกด้วย

สรุป

สถานภาพด้านการหย่าร้าง/แยกกันอยู่ การเป็นหนี้ และเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชมี ปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นจึงควรคัดกรองผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าข่ายคุณสมบัติข้างต้น เพื่อให้การดูแลทางจิตใจและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี ที่อนุมัติโครงการวิจัย และขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี ที่สนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW. Ten-year course of schizophrenia: The Madras longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 329-36.
2. Chadda RK. Psychiatric patient in the community: Challenges and solutions. *J Ment Health Behav* 2001; 6: 7-15.
3. Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A. Burden of relatives of chronic psychiatric patients. *Psychiatr Prax* 1997; 24(5): 215-20.
4. Pumchan N. The quality of life of patients with schizophrenia and relatives: Case study of patient in day hospital at Somdetchaopraya Institute. *J Ment Health Thai* 2005; 13(3): 146-56.
5. Treudley MB. Mental illness and family routines. *Ment Hyg* 1946; 30: 235-49.
6. Grad J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *Lancet* 1963; 1: 544-7.
7. Hoening J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 1966; 12: 165-76.
8. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 1985; 15: 383-93.
9. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M, National mental health project working group. Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med* 2005; 61: 313-22.
10. Choy QC, Ibrahim N, Ching SS, Kalaman CR, Meng CH, Yahya AN, et al. Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)* 2022; 10(2423): 1-16.
11. Kulvechakit A, Rod-ong D. Mental health of psychiatric patients' families in Srinagarind hospital. *Srinagarind Med J* 1997; 12(1): 24-29.
12. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61(4): 319-30.
13. Walke SC, Chandrasekaran V, Mayya SS. Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. *J Neurosci Rural Pract* 2018; 9(2): 180-85.
14. Rahmani F, Roshangar F, Gholizadeh L, Asghari E. Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nurs Open* 2022; 9(4): 995-1002.
15. Souza ALR, Guimarães RA, Vilela DDA, Assis RM, Souza MR, Nogueira DJ, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2017; 17(353): 1-10.
16. Phitsanu W, Charernboon T. Depression and caregiver burden among caregivers of patients with schizophrenia at Thammasat university hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64(4): 317-36.
17. Wachirapakorn P. Depression in primary caregivers of schizophrenia patients in Sichomphu district, KhonKaen province. *Hej* 2021; 6(2): 73-82.
18. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iran J Psychiatry* 2015; 10(4): 239-45.



19. Hosseini SH, Sheykhmounesi F, Shahmohammadi S. Evaluation of mental health status in caregivers of patients with chronic psychiatric disorders. *Pak J Biol Sci* 2010; 13(7): 325-29.
20. Pereira MG, De Almeida JM. The repercussions of mental disease in the family: A study of the family members of psychotic patients. *Acta Med Port* 1999; 12(4): 161-68.
21. El-Tantawy AMA, Mohamed Raya Y, Zaki AMK. Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 17(3): 15-25.
22. Magaña SM, Ramirez Garcia JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv* 2007; 58(3): 378-84.
23. Cochran WG. Sampling techniques. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 1963.
24. Nilchaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the general health questionnaire. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996; 41(1): 2-17.
25. Suraaronsamrit B, Arunpongpaia S. Reliability and validity testing of the Thai version of Kessler 6-item psychological distress questionnaire. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014; 59(3): 299-312.
26. Norphun N, Lertkiatrchata M, Katekaew M. Prevalence and associated factors of mental health problems among COVID-19 patients in 4 southern border provinces of Thailand. *J Ment Health Thai* 2023; 31(1): 12-21.
27. Thunyadee C, Sitthimongkol Y, Sangon S, Chai-Aroon T, Hegadoren KM. Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nurs Health Sci* 2015; 17: 412-9.
28. Matthews LS, Wickrama KAS, Conger RD. Predicting marital instability from spouse and observer reports of marital interaction. *J Marriage Fam* 1996; 58(4): 641-55.
29. Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, Kane P. Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 759-82.
30. Tuklang S, Thongtang O, Satra T, Phattharayuttawat S. Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samutsakhon province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57(3): 283-94.
31. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *J Ment Health Thai* 2017; 25(1): 1-19.
32. Singthong R. The relationships among coping behavior, life satisfaction, social support and depression of junior high school students in opportunity expansion schools, district of Muang, Surat Thani province [dissertation]. Nakhonpathom: Silpakorn University; 2002.
33. Chai YC, Mahadevan R, Chong GN, Chan LF, Md Dai F. Caregiver depression: The contributing role of depression in patients, stigma, social support and religiosity. *Int J Soc Psychiatry* 2018; 64(6): 578-88.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ศัพิตณา สุวรรณเกิด*, พัทชรินทร์ เสรี**, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์***

*วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จิตวิทยาเด็ก วิทยาลัย และครอบครัว โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

**สถาบันเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในครูระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนรัฐบาล โรงเรียนเอกชน และโรงเรียนที่อยู่ภายใต้การกำกับของมหาวิทยาลัย ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 437 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 5 - 19 เมษายน 2566 โดยใช้การเก็บข้อมูลทางระบบออนไลน์ผ่าน Google form เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แบบวัดความวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder; GAD-7) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire; PHQ-9) ฉบับภาษาไทย แบบตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติ Pearson's Chi-Square test และ Binary logistic regression การศึกษาผ่านจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขอ้างอิง IPSR-IRB-2023-042

ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p = 0.026$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p = 0.029$) และประสบการณ์สอน ($p = 0.043$) กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 4.58 และระดับน้อย ร้อยละ 36.84 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 6.18 ระดับน้อย ร้อยละ 22.20

สรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครูส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพจิต ผู้บริหารโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรวางแผนหาแนวทางช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพจิตใจของครูที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งวางแผนป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครูที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น จัดให้มีนักจิตวิทยาโรงเรียน หรือจิตแพทย์ประจำโรงเรียน เพื่อให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ครู เกี่ยวกับวิธีการจัดการความรู้สึก ความคาดหวัง และความวิตกกังวล รวมทั้งตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตครูประจำปี และจัดให้มีการประชุมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์สอนระหว่างครูในโรงเรียน

คำสำคัญ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ครู โควิด-19 สุขภาพจิต

Corresponding author: พัทชรินทร์ เสรี

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: patcharin.ser@mahidol.edu

วันรับ : 30 พฤศจิกายน 2566 วันแก้ไข : 18 กุมภาพันธ์ 2567 วันตอบรับ : 21 กุมภาพันธ์ 2567

Factors Associated with Anxiety and Depression of Teachers During the Covid-19 Pandemic

Seepanna Suwannagird*, Patcharin Seree**, Komsan Kiatrungrit***

*Master of Science Program in Child, Adolescent and Family Psychology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, National Institute for Child and Family Development Mahidol University

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

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

ABSTRACT

Objective: To examine the factors associated with anxiety and depression in teachers and to investigate the anxiety and depression of teachers during the COVID-19 pandemic.

Methods: This research presented a cross-section descriptive study. The teacher samples were selected from various government schools, private schools, and demonstration schools. Total 437 teachers in primary and secondary classes in Thailand were tested recruited from 2020 to 2022 by Stratified sampling. Data collection happened via Google Forms platform from April 5th to April 19th, 2023. Questionnaires were used to collect the general information, factors, Generalized Anxiety Disorder; GAD7 (Thai Version) and Patient Health Questionnaire; PHQ-9 (Thai Version). The collected data was analyzed using Pearson's Chi-Square test and Binary logistic regression. This human research study was approved and monitored by Human Research Ethics Protocol No. IPRS-IRB-2023-042

Results: The factors that significantly affected anxiety were age ($p = 0.026$), while age ($p = 0.029$) and teaching experience ($p = 0.043$) significantly affected depression. The levels of anxiety achieved (low, moderate, and severe) were 36.84%, 8.92%, and 4.58%, respectively, whereas depression achieved 22.20%, 7.78%, and 6.18%, respectively.

Conclusion: This study shows that some teachers faced and coped with mental health issues during the COVID-19 pandemic situation. School administrators and relevant agencies must plan strategies and provide interventions to assist teachers who have been experiencing anxiety and depression for the purpose of improving mental well-being. These include establishing preventive measures for potential mental health problems among teachers, such as providing school psychologists or psychiatrists to impart knowledge and counseling to teachers regarding coping mechanisms, managing expectations, and anxiety management. Additionally, annual mental health screenings for teachers should be conducted, along with organizing meetings for teachers to discuss and exchange their teaching experiences with each other in the school.

Keywords: anxiety, depression, teacher, covid-19, mental health

Corresponding author: Patcharin Seree

E-mail: patcharin.ser@mahidol.edu

Received 30 November 2023 Revised 18 February 2024 Accepted 21 February 2024

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีต้นกำเนิดมาจากเมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน นับตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม 2562¹ จากความรุนแรงของสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ไม่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลาอันสั้น ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง แต่ยังส่งผลกระทบต่อทางอ้อมต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ก่อให้เกิดเป็นความปกติใหม่ (New Normal) มนุษย์จำเป็นต้องปรับตัวรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาด โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรูปแบบการดำเนินชีวิตจากแนวทางเดิมสู่แนวทางปฏิบัติภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย² การปิดสถาบันการศึกษาตามแนวปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ประเทศไทยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นำไปสู่การจัดการเรียนการสอนทางไกลหรือการเรียนออนไลน์ ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของเปลี่ยนแปลงให้เกิดความปกติใหม่ในระบบการศึกษาไทย บุคลากรทางการศึกษา ครู และนักเรียน จำเป็นต้องศึกษาเรียนรู้ พร้อมทั้งนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการเรียนการสอนออนไลน์ ผ่านแอปพลิเคชันและแพลตฟอร์มออนไลน์ต่างๆ เช่น Zoom, WebEx, Google Meet และ Google Classroom เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีการปรับแผนการสอนและบทเรียนให้เหมาะสมกับรูปแบบการเรียนที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งการปรับตัวเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในเวลาอันจำกัดนี้ ประกอบกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด เป็นสาเหตุทำให้ครูมีความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มสูงขึ้น

สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่นั้น พบว่าทุกประเทศยังคงให้ความสำคัญกับการศึกษาและร่วมหาแนวทางปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนรู้ เพื่อให้การเรียนการสอนสามารถดำเนินต่อไปได้ ด้วยความร่วมมือของครู นักเรียน และผู้ปกครอง ในช่วงต้นของการแพร่ระบาดของ COVID-19 พบว่า 13.67% ของครู 88,611 คน ในประเทศจีนมีความวิตกกังวล นอกจากนี้พบว่าความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในประเทศสเปนอยู่ในระดับสูง และจากสภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของครู ส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับประสิทธิภาพการสอนนักเรียน⁴

ในขณะที่การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ในสถานการณ์ COVID-19 บนข้อจำกัดความพร้อมของแต่ละ

ครอบครัวที่แตกต่างกัน ทำให้ครูต้องเผชิญกับความผิดพลาดที่ไม่สามารถช่วยเหลือให้นักเรียนทุกคนยังคงอยู่ในระบบการศึกษาต่อไปได้ ซึ่งความรู้สึกผิดนี้สร้างบาดแผลในใจครู นำไปสู่การเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อนักเรียนและประสิทธิภาพการสอน อย่างไรก็ตามแม้ว่าครูจะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในความดูแลของจิตแพทย์ในเบื้องต้น แต่การทำงานในระบบโรงเรียน ก็ไม่เอื้ออำนวยให้ครูได้หยุดพักเพื่อรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ที่กล่าวในข้างต้น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่และประเทศไทยไม่เคยประสบกับสถานการณ์การระบาดที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาเช่นนี้มาก่อน จึงขาดข้อมูลด้านผลกระทบต่อสุขภาพจิตของครูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับกำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหา รวมถึงเยียวยา รักษาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสภาพจิตใจของครู

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขอ้างอิง IPSR-IRB-2023-042

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ครูผู้สอนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนรัฐบาล โรงเรียนเอกชน และโรงเรียนที่อยู่ภายใต้สังกัดมหาวิทยาลัยในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งกลุ่มตามประเภทโรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนรัฐบาล โรงเรียนเอกชน และโรงเรียนที่อยู่ภายใต้สังกัดมหาวิทยาลัย ซึ่งในแต่ละประเภทโรงเรียน จะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของผู้เข้าร่วม

งานวิจัย โดยใช้สูตร Sample size for finite population⁵ ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 383 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ครูที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามภาษาไทยได้ด้วยตนเอง เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ครูที่ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัย และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

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

N = จำนวนประชากรครูในประเทศไทย

p = 0.5 (อัตราการเกิดเหตุการณ์)

z = 1.96 (ค่า z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

d = 0.05 (ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (checklist) 4 ส่วน จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส จำนวนบุตรที่อยู่ในวัยกำลังศึกษา ประสบการณ์การประกอบอาชีพครู ประเภทของสถานศึกษาที่ครูสอน ระดับชั้นที่สอน จำนวนนักเรียนที่รับผิดชอบ วิชาที่สอน จำนวนวิชาที่สอน รายได้ และปัญหาสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีส่งผลต่อความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group) จากครูผู้สอน แบ่งตามระดับชั้นที่ครูสอนและสังกัดโรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนรัฐบาล โรงเรียนเอกชน และโรงเรียนที่อยู่ภายใต้การกำกับของมหาวิทยาลัย จำนวน 6 คน มีรายละเอียดดังนี้

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured conversation) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านงานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลของครู โดยกำหนดแนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์ และสามารถปรับเปลี่ยนประเด็นคำถามได้

ตามความเหมาะสมในขณะสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์ใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) เพื่อเปิดโอกาสให้ครูผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้อย่างอิสระ

2) การสนทนากลุ่ม (focus group) เป็นการสนทนากลุ่มประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เพื่อศึกษาวิธีจัดการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ของครูตามแนวทางของแต่ละโรงเรียน และวิธีการเตรียมตัวในช่วงก่อนการสอนออนไลน์ ระหว่างการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ และภายหลังที่การเรียนการสอนออนไลน์ยุติลง และครูได้กลับไปสอนที่โรงเรียนตามปกติ

หลังจากนั้นทำการสร้างแบบสอบถามปัจจัยที่มีส่งผลต่อความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ด้านผู้ปกครอง ด้านนักเรียน และด้านการสอน จำนวน 9 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ประเมินตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะวิตกกังวล

ใช้แบบวัดความวิตกกังวล (GAD-7) ฉบับภาษาไทย จำนวน 7 ข้อ พัฒนาโดย Robert L. และคณะ⁶ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,740 คน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 7 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ประเมินตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที มีค่าความเที่ยงตรงแบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 มีคะแนนจุดตัดที่ 10 คะแนน ค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 89 และ 82 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์คะแนนในแต่ละข้อให้การตอบแบบ 4-point Likert scale แบ่งเกณฑ์เป็น 0 - 3 คะแนน ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) บางวัน (1 คะแนน) เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (2 คะแนน) และเกือบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 21 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย จำนวน 9 ข้อ พัฒนาโดย ศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 9 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ประเมินตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 - 10 นาที โดยถามถึงความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นของผู้ประเมินในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเที่ยงตรงแบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79 มีพื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 0.96 (ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95, 0.94 - 0.98)

คะแนนจุดตัดที่ 10 คะแนน ค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 90 และ 89 ตามลำดับ⁸ เกณฑ์คะแนนในแต่ละข้อให้การตอบแบบ 4-point Likert scale แบ่งเกณฑ์เป็น 0 - 3 คะแนน ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวันแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA version 14 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการนำเสนอจำนวนและร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min) ของข้อมูลทั่วไปของครู ใช้สถิติ Pearson's Chi-Square test และ Binary logistic regression เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ของครู

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 477 คน ข้อมูลครบถ้วน 437 คน คิดเป็นร้อยละ 91.6 ของแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.43) มีอายุเฉลี่ย 39.38 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.87) ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า ไม่มีปัญหาสุขภาพกาย (ร้อยละ 71.85) และไม่มีปัญหาสุขภาพใจ (ร้อยละ 85.35) โดยปัญหาสุขภาพกายที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 6.41) ภูมิแพ้ (ร้อยละ 4.81) และไม่เกรน (ร้อยละ 2.06) ตามลำดับ และปัญหาสุขภาพใจที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความเครียด (ร้อยละ 6.18) ความวิตกกังวล (ร้อยละ 3.20) และภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 2.75) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยที่มีส่งผลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยด้านผู้บริหาร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำเนินการสอนอยู่ในโรงเรียนที่ผู้บริหารโรงเรียนมีนโยบายบริหารจัดการการเรียนการสอนในสถานการณ์ COVID-19 ที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปเลย (ร้อยละ 70.02) โดยเรื่องที่ผู้บริหารโรงเรียนให้ความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ คุณภาพการเรียนของนักเรียน (ร้อยละ 65.45) ในการจัดการเรียน

การสอนในสถานการณ์ COVID-19 ผู้บริหารโรงเรียนมีการสนับสนุนครูในด้านการจัดอบรมการใช้เทคโนโลยีและแอปพลิเคชันในการสอนออนไลน์ (ร้อยละ 58.35) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร 3 ด้าน (ร้อยละ 19.45)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 437)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	103 (23.57)
หญิง	334 (76.43)
อายุ	
21 - 30 ปี	101 (23.11)
31 - 40 ปี	147 (33.64)
41 - 50 ปี	119 (27.23)
51 - 60 ปี	70 (16.02)
Mean (SD) = 39.38 (9.87), Min = 23, Max = 60	
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรี	270 (61.78)
ปริญญาโท	156 (35.70)
ปริญญาเอก	11 (2.52)
สถานภาพสมรส	
โสด	228 (52.17)
สมรส	182 (41.65)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/ฝ่าย (คู่ครองเสียชีวิต)	27 (6.18)
จำนวนบุตรที่อยู่ในวัยกำลังศึกษา	
ไม่มี	293 (67.05)
1 คน	85 (19.45)
มากกว่า 1 คน	59 (13.50)
พื้นที่สถานศึกษาที่ครูสอน	
กรุงเทพมหานคร	70 (16.02)
ภาคกลาง	66 (15.10)
ภาคเหนือ	32 (7.32)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	66 (15.10)
ภาคตะวันออก	20 (4.58)
ภาคตะวันตก	103 (23.57)
ภาคใต้	38 (8.70)
ไม่ระบุ	42 (9.61)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 437) (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ประเภทของสถานศึกษาที่ครูสอน		สุศึกษาและพลศึกษา	31 (7.09)
โรงเรียนรัฐบาล	324 (74.14)	แนะแนว	32 (7.32)
โรงเรียนเอกชน	77 (17.62)	การงานอาชีพ	54 (12.36)
โรงเรียนสาธิต	36 (8.24)	คอมพิวเตอร์และวิทยาการคำนวณ	24 (5.50)
ระดับชั้นที่สอน		จำนวนวิชาที่สอน	
ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 - ป.3)	113 (25.86)	1 วิชา	342 (78.26)
ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4 - ป.6)	115 (26.32)	2 วิชา	33 (7.55)
มัธยมศึกษาต้น (ม.1 - ม.3)	108 (24.71)	3 วิชา	21 (4.81)
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6)	101 (23.11)	4 วิชา	16 (3.66)
ประสบการณ์การประกอบอาชีพครู		มากกว่า 4 วิชา	25 (5.72)
1 - 10 ปี	220 (50.34)	Mean (SD) = 1.65 (1.69), Min = 1, Max = 13	
11 - 20 ปี	122 (27.92)	รายได้ต่อเดือน (บาท) (เงินเดือนและ	
21 - 30 ปี	67 (15.33)	รายได้พิเศษ)	
31 - 40 ปี	28 (6.41)	ไม่เกิน 10,000 บาท	12 (2.75)
Mean (SD) = 13.03 (9.61), Min = 1, Max = 40		10,001 - 20,000 บาท	124 (28.38)
จำนวนนักเรียนที่รับผิดชอบ		20,001 - 30,000 บาท	128 (29.29)
น้อยกว่า 26 คน	79 (18.08)	30,001 - 50,000 บาท	98 (22.43)
26 - 50 คน	111 (25.40)	50,001 - 75,000 บาท	70 (16.02)
51 - 100 คน	84 (19.22)	75,001 - 100,000 บาท	1 (0.23)
101 - 200 คน	90 (20.59)	มากกว่า 100,000 บาท	4 (0.92)
201 - 300 คน	34 (7.78)	ปัญหาสุขภาพกาย	
301 - 400 คน	19 (4.35)	ไม่มี	
มากกว่า 400 คน	20 (4.58)	มี	
วิชาที่สอน (ตอบได้หลายตัวเลือก)		อันดับ 1 : ความดันโลหิตสูง	
ภาษาไทย	128 (29.29)	อันดับ 2 : ภูมิแพ้	
ภาษาอังกฤษ	78 (17.85)	อันดับ 3 : ไมเกรน	
ภาษาต่างประเทศ	11 (2.52)	อื่น ๆ	
คณิตศาสตร์	103 (23.57)	ปัญหาสุขภาพใจ	
วิทยาศาสตร์	101 (23.11)	ไม่มี	
สังคมศึกษา	75 (17.16)	มี	
ประวัติศาสตร์	15 (3.43)	อันดับ 1 : ความเครียด	
ศิลปะ	42 (9.61)	อันดับ 2 : ความวิตกกังวล	
ดนตรีและนาฏศิลป์	24 (5.49)	อันดับ 3 : ภาวะซึมเศร้า	
		อื่น ๆ	

ปัจจัยด้านผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่า ผู้ปกครองไม่มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องหรือจัดการการสอนของครู (ร้อยละ 54.46) ในขณะที่บางส่วนพบว่า ผู้ปกครองเข้ามาเกี่ยวข้องหรือจัดการการสอนของครู ด้านวิธีการสอนของครู ในเรื่องวิธีการสอน (ร้อยละ 55.61) ด้านเนื้อหา ในเรื่องเนื้อหายากเกินไป (ร้อยละ 37.30) และเนื้อหา มากเกินไป (ร้อยละ 37.07) ด้านการวัดและประเมินผล ในเรื่อง ความเหมาะสมของเกณฑ์การให้คะแนน (ร้อยละ 58.35)

ปัจจัยด้านนักเรียน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักเรียนที่พบสูงสุดคือ นักเรียนเข้าเรียนไม่ตรงเวลา (ร้อยละ 76.66) รองลงมาคือ นักเรียนไม่เปิดกล้องระหว่างเรียน และนักเรียนไม่ตั้งใจเรียน (ร้อยละ 75.51 และ 67.73) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าปัญหาในการเรียนออนไลน์ของนักเรียนที่พบสูงสุดคือ ปัญหาสัญญาณ อินเทอร์เน็ตไม่เสถียร หรือไม่มีอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 82.84) รองลงมาคือ บรรยากาศไม่เอื้อต่อการเรียนของนักเรียน และ นักเรียนขาดอุปกรณ์การเรียน (ร้อยละ 67.05 และ 64.30) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านการสอน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่ารูปแบบการสอนใน สถานการณ์ COVID-19 ที่กลุ่มตัวอย่างจัดการเรียนการสอนสูงสุด คือ รูปแบบ online (ร้อยละ 61.78) รองลงมาคือรูปแบบ on-hand และ on-site (ร้อยละ 18.76 และ 10.30) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จัดการเรียนการสอนรูปแบบ online ในสถานการณ์ COVID-19 เป็นระยะเวลา 4 - 6 เดือน (ร้อยละ 36.16) ซึ่งระยะเวลา ที่จัดการเรียนการสอนแบบ online ในสถานการณ์ COVID-19 เฉลี่ย 6.84 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.30)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าในช่วงสถานการณ์ COVID-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เผชิญอุปสรรคในการสอนออนไลน์ในระดับค่อนข้างมาก โดยอุปสรรคในการสอนที่พบสูงสุด คือ การออกแบบการสอน และการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ (ร้อยละ 48.97) รองลงมาคือ การกระตุ้นการมีส่วนร่วมเพื่อดึงดูด ความสนใจของนักเรียนในชั้นเรียน และการจัดการกับปัญหา พฤติกรรมของนักเรียนระหว่างเรียนออนไลน์ (ร้อยละ 48.28 และ 43.71) ตามลำดับ

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครู ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล (ร้อยละ 13.50) เมื่อจำแนก ตามระดับความวิตกกังวลพบว่า อยู่ในระดับความวิตกกังวล เล็กน้อย (ร้อยละ 36.84) ระดับวิตกกังวลปานกลาง (ร้อยละ 8.92) และระดับวิตกกังวลรุนแรง (ร้อยละ 4.58) ตามลำดับ

ในขณะที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 22.65) เมื่อจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 22.20) ระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 7.78) และ ระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง (ร้อยละ 6.18) ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนระดับความวิตกกังวลของครู (n = 437)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ความวิตกกังวล	
ไม่มี (0 - 4 คะแนน)	217 (49.66)
เล็กน้อย (5 - 9 คะแนน)	161 (36.84)
ปานกลาง (10 - 14 คะแนน)	39 (8.92)
รุนแรง (15 - 21 คะแนน)	20 (4.58)
ภาวะซึมเศร้า	
ไม่มี (0 - 7 คะแนน)	279 (63.84)
น้อย (8 - 12 คะแนน)	97 (22.2)
ปานกลาง (13 - 17 คะแนน)	34 (7.78)
รุนแรง (18 - 27 คะแนน)	27 (6.18)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความวิตกกังวล

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และประสบการณ์สอนกับความ วิตกกังวล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด ความ วิตกกังวลของครูในสถานการณ์การระบาด COVID-19 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ได้แก่ อายุ ($p = 0.026$) ดังแสดง ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับความวิตกกังวล (n = 437)

ตัวแปรศึกษา	ไม่มี ความวิตกกังวล จำนวน (ร้อยละ)	มี ความวิตกกังวล จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value	Crude OR (95% CI)
เพศ					
ชาย	89 (86.41)	14 (13.59)	0.001	0.975	1.00
หญิง	289 (86.53)	45 (13.47)			0.99 (0.52 - 1.89)
อายุ					
21 - 30 ปี	85 (84.16)	16 (15.84)	9.221	0.026	4.20 (1.17 - 15.03)
31 - 40 ปี	120 (81.63)	27 (18.37)			5.03 (1.47 - 17.19)
41 - 50 ปี	106 (89.08)	13 (10.92)			2.74 (0.75 - 9.97)
51 - 60 ปี	67 (95.71)	3 (4.29)			1.00
ประสบการณ์การประกอบอาชีพครู					
1 - 10 ปี	184 (83.64)	36 (16.36)	4.594	0.204	1.00
11 - 20 ปี	107 (87.70)	15 (12.30)			0.72 (0.37 - 1.37)
21 - 30 ปี	60 (89.55)	7 (10.45)			0.60 (0.25 - 1.41)
31 - 40 ปี	27 (96.43)	1 (3.57)			0.19 (0.02 - 1.44)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และประสบการณ์สอนกับภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของครู ในสถานการณ์การระบาด COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ได้แก่ อายุ ($p = 0.029$) ประสบการณ์การประกอบอาชีพครู ($p = 0.043$) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแรกในประเทศไทยที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูทั่วประเทศ ที่สอนในโรงเรียนรัฐบาล โรงเรียนเอกชน และโรงเรียนที่อยู่ภายใต้การกำกับของมหาวิทยาลัย (โรงเรียนสาธิต) ทั้งในระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 437 คน จากผลการศึกษาพบว่า ครูในประเทศไทยที่สอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

มีความชุกของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.50 และ 22.65 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่า ครูในทวีปเอเชียมีความวิตกกังวล ร้อยละ 14 ซึ่งต่ำกว่า เมื่อเทียบกับการศึกษาในทวีปอื่น ๆ (ร้อยละ 22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากมาตรการการควบคุมโรคที่เข้มงวดของประเทศในแถบเอเชีย ที่ประชาชนทุกคนให้ความร่วมมือในการสวมหน้ากากอนามัยและเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้อัตราการแพร่ระบาดลดต่ำลง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าความชุกโดยรวมของภาวะซึมเศร้าของครู (1 ธันวาคม 2562 - 15 มิถุนายน 2564) ร้อยละ 19⁹

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในประเทศไทย พบว่าปัจจัยเรื่องอายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าครูกลุ่มที่มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 40 ปี มีโอกาสเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มครูที่มีอายุ 51 - 60 ปี เมื่อพิจารณาตามวิธีการแบ่งกลุ่ม

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะซึมเศร้า (n = 437)

ตัวแปรศึกษา	ไม่มี ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	มี ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value	Crude OR (95% CI)
เพศ					
ชาย	74 (71.84)	29 (28.16)	2.327	0.127	1.00
หญิง	264 (79.04)	70 (20.96)			0.68 (0.40-1.12)
อายุ					
21 - 30 ปี	73 (72.28)	28 (27.72)	9.008	0.029	2.97 (1.26-6.99)
31 - 40 ปี	107 (72.79)	40 (27.21)			2.90 (1.27-6.58)
41 - 50 ปี	96 (80.67)	23 (19.33)			1.86 (0.78-4.41)
51 - 60 ปี	62 (88.57)	8 (11.43)			1.00
ประสบการณ์การประกอบอาชีพครู					
1 - 10 ปี	162 (73.64)	58 (26.36)	7.066	0.043	1.00
11 - 20 ปี	94 (77.05)	28 (22.95)			0.83 (0.50-1.40)
21 - 30 ปี	56 (83.58)	11 (16.42)			0.56 (0.27-1.12)
31 - 40 ปี	26 (92.86)	2 (7.14)			0.21 (0.05-0.93)

ประชากรออกเป็นกลุ่มตามช่วงวัย (generation) ตามปีที่เกิด พบว่าครูกลุ่มที่มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี และ 31 - 40 ปี มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง Generation Y หรือ “Gen-Y” กับ Generation Z หรือ “Gen-Z” ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความสามารถในการใช้งานเครื่องมือทางเทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างคล่องแคล่ว และเข้าถึงข่าวสารจากสื่อโซเชียลมีเดียได้ง่ายและรวดเร็ว¹⁰ ซึ่งการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์มากเกินไปอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต¹¹ ในขณะที่ปัจจัยเรื่องประสบการณ์สอนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งครูที่มีประสบการณ์สอน 31 - 40 ปี มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 0.21 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มครูที่มีประสบการณ์สอน 1 - 10 ปี ซึ่งอาจสรุปได้ว่าหากครูมีประสบการณ์สอนที่มากขึ้น จะเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของครู แม้ว่าครูทุกคนจะเผชิญกับสถานการณ์ COVID-19 เป็นครั้งแรกเช่นกัน แต่ครูที่มีประสบการณ์มาหลายปีอาจเคยมีประสบการณ์

ที่ต้องรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดการณ์มาก่อน หรือต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้าประสบการณ์มาหลายปี อาจเคยมีประสบการณ์ที่ต้องรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดการณ์มาก่อน หรือต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้การสอนสามารถดำเนินไปได้ จึงอาจมีวิธีจัดการกับความรู้สึก ความคาดหวัง และความวิตกกังวลของตนเองได้ดีกว่า

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาปัจจัยเรื่องเพศพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณาในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย ผู้ชายและผู้หญิงมีสิทธิและเสรีภาพเท่าเทียมกันในการประกอบอาชีพ มีการยอมรับความสามารถในการทำงานของผู้หญิงว่ามีความสามารถในการพัฒนาตนเอง และมีศักยภาพในการหารายได้เท่าเทียมผู้ชาย นอกจากนี้อาชีพครูเป็นอาชีพที่ได้รับความเคารพและการยกย่องจากนักเรียนและผู้ปกครอง ไม่ว่าครูจะเป็นเพศใดก็ตาม ครูจึงได้รับ

การเติมเต็มความต้องการมีศักดิ์ศรีจากตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมให้ครูเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีลำดับขั้นของแรงจูงใจ (Maslow's Hierarchical Theory of Motivation) ของมาสโลว์ที่กล่าวว่า ศักดิ์ศรีมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพจิตดี จึงอาจทำให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ของเพศที่แตกต่างกัน

สรุป

ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ครูต้องเผชิญความยากลำบากในการปรับรูปแบบการสอน เพื่อให้การเรียนการสอนยังคงสามารถดำเนินต่อไปได้ ส่งผลให้ครูส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยอายุมีสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ประสบการณ์ของครูที่มากขึ้น เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามผู้บริหารโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางวางแผนหาแนวทางช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพจิตใจของครูที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งกำหนดนโยบายด้านสุขภาพจิตครูเพื่อวางแผนหาแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครูที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เสรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ช่วยสละเวลาดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางแก้ไข ปรับปรุง รวมถึงให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนิดา มิตรานันท์ ที่กรุณาสละเวลาในการทบทวน และแนะนำการเขียนนิพนธ์ต้นฉบับ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ศัพิตญา สุวรรณเกิด: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; พัชรินทร์ เสรี: ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ให้แนวคิดวางโครงร่างบทความการวิจัย และตรวจสอบแก้ไขบทความ; คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์: ที่ปรึกษาโครงการวิจัยและตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020; 323(11): 1061-9.
2. Office of the Royal Society. The Royal Institute of Thailand's transliterated words database system. [Internet]. Bangkok: [cited 2022 Jan 15]. Available from: <https://transliteration.orst.go.th/search>.
3. Li Q, Miao Y, Zeng X, Tarimo CS, Wu C, Wu J. Prevalence and factors for anxiety during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic among the teachers in China. *Journal of Affective Disorders* 2020; 277: 153-8.
4. Santamaría M, Mondragon N, Santxo N, Ozamiz-Etxebarria N. Teacher stress, anxiety and depression at the beginning of the academic year during the COVID-19 pandemic. *Global Mental Health* 2021; 8: 1-8.
5. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. John Wiley & Sons, Inc.; 1995.
6. Spitzer R, Kroenke K, Williams J, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166(10): 1092-7.
7. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8(1): 1-7.
8. Lee S, Dajpratham P. Criterion validity of the Thai version of the PHQ-9 and the PHQ-2 for screening major depression in Thai elderly. *J Thai Rehabil* 2017; 27(1): 30-7.
9. Ozamiz-Etxebarria N, Berasategi Santxo N, Idoiaga Mondragon N, Dosil Santamaria M. The psychological state of teachers during the COVID-19 crisis: The challenge of returning to face-to-face teaching. *Front Psychol* 2021; 11: 1-10.
10. Insuwan A, Phattayanon N, Tiddichumrernporn T, Dechwongya P. Educational management for human resource development in different generations based on the 12th national economic and social development plan and Thailand 4.0 model. *Payap University Journal* 2018; 28(2): 21-40.
11. Zhong B, Huang Y, Liu Q. Mental health toll from the coronavirus: Social media usage reveals Wuhan residents' depression and secondary trauma in the COVID-19 outbreak. *Comput Human Behav* 2021; 114: 1-10.

การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติในคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย

นวรรณ ราชบัณฑิต*, กานต์ จำรูญโรจน์*, ดาวชมพู นาคะวิโร*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกและรูปแบบที่เหมาะสมในการฝึกสติในคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย

วิธีการศึกษา ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ร่วมวิจัย 10 คน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ฝึกสติมาอย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์ในการรักษาคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 5 คน และคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยที่ฝึกสติมาอย่างน้อย 6 เดือน ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 5 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติแบ่งเป็นปัจจัยภายในและภายนอก โดยปัจจัยภายในที่มีผลต่อการฝึกสติได้แก่ ความตั้งใจและการมีทัศนคติที่ดีต่อการฝึกสติ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม รูปแบบการฝึกที่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ซึ่งปัจจัยข้างต้นทั้งหมดที่กล่าวเป็นทั้งปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค ส่วนปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่สนับสนุนการฝึกสติ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ทางสังคม ศาสนา ความเชื่อ ปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคในการฝึกสติ ได้แก่ การขาดทักษะในการฝึก เศรษฐฐานะไม่ดี สุขภาพที่ไม่ดีและความเหนื่อยล้าจากกิจวัตรประจำวัน

สรุป หากต้องการสนับสนุนการฝึกสติในคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย ควรจะส่งเสริมให้มีความตั้งใจในการฝึกสติจากการมีทัศนคติที่ดี ทำให้เห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการฝึกสติ เพื่อจะได้ควบคุมพฤติกรรมตนเองให้ฝึกสติอย่างสม่ำเสมอ และตั้งเป้าหมายในการฝึกสติอย่างชัดเจน ร่วมกับอาศัยการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นเพื่อน บุคคลในครอบครัว ผู้มีอิทธิพลในสังคม และการสนับสนุนจากภาครัฐ ในการชักชวนให้คนไข้ฝึกสติร่วมกัน สร้างสถานที่หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการฝึกสติ สร้างรูปแบบการฝึกสติที่ง่ายไม่ซับซ้อน นำไปปรับใช้ได้ง่ายในชีวิตประจำวัน เหล่านี้จะช่วยให้คนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยสามารถฝึกสติอย่างสม่ำเสมอได้มากขึ้น

คำสำคัญ การฝึกสติ ผู้สูงอายุ ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย

Corresponding author: กานต์ จำรูญโรจน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: karn.jum@mahidol.edu

วันรับ : 2 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 3 มีนาคม 2567 วันตอบรับ : 25 มีนาคม 2567

Factors Influencing Mindfulness Practice in Patients with Mild Cognitive Impairment: A Qualitative Research Study

Nawan Rachatan*, Karn Jumroonrojana*, Daochompu Nakawiro*

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

ABSTRACT

Objective: To study the factors influencing mindfulness training and suitable mindfulness practice model for patients with mild cognitive impairment (MCI)

Methods: This qualitative study included 10 participants, comprising healthcare professionals with at least 1 year of mindfulness training experience and experience treating patients with MCI (5 participants) and patients with MCI who had undergone mindfulness practice for at least 6 months at Ramathibodi Hospital (5 participants). Data was collected through semi-structured interviews, and subsequently, content analysis was employed to analyze the gathered information.

Results: Factors which promote mindfulness practice were categorized into internal and external factors. Internal factors included intention and having a positive attitude towards mindfulness, while external factors encompassed social support, suitable training methods, and a conducive environment. These factors could either support or hinder mindfulness practice. Other external factors which promoted mindfulness practice included social roles, religion, or personal beliefs. Other external factors that served as obstacles to mindfulness practice included lack of training skills, poor socioeconomic status, poor health, and fatigue from daily routines.

Conclusion: To promote mindfulness practice in individuals with MCI, encouraging a strong intention to practice mindfulness is crucial. This involves fostering a positive mindset, emphasizing the importance and benefits of mindfulness, and highlighting the control it provides over one's behavior. Consistent and clear goal-setting for mindfulness practice is essential. Additionally, social support from friends, family, influential individuals in the community, and government support can play a significant role in motivating individuals to engage in mindfulness practice together. Creating supportive environments for mindfulness practice, simplifying and adapting mindfulness techniques to daily life, will make it more accessible for individuals with MCI, enabling them to engage in regular mindfulness practice.

Keywords: mindfulness, elderly, mild-cognitive impairment

Corresponding author: Karn Jumroonrojana

E-mail: karn.jum@mahidol.edu

Received 2 January 2024 Revised 2 March 2024 Accepted 25 March 2024

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นทำให้มีโอกาสพบโรคสมองเสื่อมตามอายุขัยมาก ตามข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2022 พบว่าประชากรกว่า 55 ล้านคน กำลังป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม คาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะเพิ่มเป็น 78 ล้านคน และจะเพิ่มอีกเป็น 139 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050¹

ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment: MCI) เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างภาวะความสามารถของสมองถดถอยปกติตามวัยกับภาวะสมองเสื่อม²⁻⁴ โดย Diagnostic and statistical manual mental disorders, fifth edition (DSM-5) เรียกภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยว่า mild neurocognitive disorder (mild NCD) ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย คือ ภาวะที่ปริชาน หรือ cognitive function มีการลดลงจากระดับเดิมของผู้ป่วยเท่ากับหรือมากกว่า 1 ด้านขึ้นไป คือ ความใส่ใจแบบซับซ้อน (complex attention) ทักษะการจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) ภาษา (language) มิติสัมผัส (perceptual-motor or visuospatial perception) หรือการรับรู้ทางสังคม (social cognition) แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental ADL) ได้ปกติ⁵

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยมีการดำเนินของโรคที่แยกลงกลายเป็นโรคสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 10 - 15 ต่อปี โดยเพิ่มขึ้นตามอายุ⁶ แต่ก็พบว่า มีร้อยละ 14.4 - 55.6 ที่กลับมามีอาการคงที่หรือดีขึ้นได้^{7,8} ดังนั้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมาจึงมีการศึกษามากมาย เพื่อที่จะรักษาภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยทั้งการรักษาแบบไม่ใช้ยา เช่น การฝึกสมองแบบ cognitive training, การกระตุ้นสมอง (brain stimulation) ด้วย repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) โดยกระตุ้น left parietal cortex ช่วยให้ cognitive function ในคนไข้ MCI ดีขึ้น โดยเฉพาะ episodic memory จะเห็นผลใน 24 สัปดาห์⁹ เป็นต้นไป เมื่อทำการรักษาต่อเนื่องไปอย่างน้อย 20 session⁹, การฝังเข็ม โดยจาก meta-analysis พบว่าคนไข้ MCI ที่ได้รับการฝังเข็มต่อเนื่องมีคะแนน mini-mental state examination (MMSE) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อรวมกับการให้ยา nimodipine แต่งานวิจัยนี้ก็ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากขนาดตัวอย่างที่น้อย¹⁰ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าวิธีข้างต้นช่วยให้ attention กับ memory ในคนไข้ MCI ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีข้อจำกัด อย่างเช่น rTMS มีเพียงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

และต้องทำต่อเนื่องหลายครั้งจึงจะเห็นผล การฝังเข็มนั้นจากการศึกษาแนะนำให้ใช้เป็นเพียงการรักษาทางเลือกร่วมกับการรักษาอื่นตามมาตรฐาน ในปัจจุบันมีทางเลือกที่ได้รับความนิยมอีกวิธีหนึ่ง คือการฝึกสติ ซึ่งมีการศึกษามากขึ้นโดยเฉพาะในต่างประเทศ เริ่มต้นจากการรักษาตามแนวทางของ mindfulness based stress reduction โดย John Kabat-Zinn ที่ผสมผสานกับการเจริญสติตามหลักของพุทธศาสนากับการทำกลุ่มจิตบำบัด โดยเน้นการใส่ใจกับร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะแบบไม่ตัดสินและเห็นตามความเป็นจริงมาใช้ในการดูแลผู้ที่มีความเครียด มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการฝึกสติต่อการทำงานของสมอง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงคลื่นสมองที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่ดีมากขึ้นขณะที่มีการฝึกสติอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการประยุกต์การฝึกสติมาใช้ในผู้ป่วย เช่น โรคซึมเศร้า ผู้ที่ติดสารเสพติด หรือผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด มีโรคทางร่างกาย¹² เรียกแนวทางการรักษาด้วยการฝึกสติในภาพรวมว่า จิตบำบัดที่อิงสติเป็นพื้นฐาน (mindfulness based interventions: MBI) เนื่องจากผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ผ่านมามีผลช่วยในการทำงานของสมอง จึงมีงานวิจัยทำในคนไข้ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยจำนวน 14 คน แบบ group-based mindfulness training program จำนวน 8 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าคนไข้กลุ่มภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยมี cognitive function ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในด้านความจำ (memory) และทักษะการจัดการ (executive function) ที่ระยะเวลา 3 เดือน และเมื่อติดตามไป 1 ปี พบว่าคนไข้ที่ฝึกสติเองต่อเนื่องสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เนื่องจากมีการตระหนักรู้ตน (self-awareness) ดีขึ้น¹³ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยศึกษาการฝึกสติแบบ mindfulness awareness program (MAP) ในคนไข้ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยจำนวน 27 คน เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ฝึก health education program (HEP) จำนวน 27 คน โดยทำต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 เดือน และหลังจากนั้นเป็นเดือนละ 1 ครั้ง ต่อไปอีก 6 เดือน เมื่อครบ 9 เดือน พบว่ากลุ่ม MAP มีทักษะความจำเพื่อใช้ปฏิบัติงาน (working memory span) และการแบ่งความสนใจ (divided attention) ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่ามีความหนาของสมองใหญ่ชั้นนอก (cortical thickness: CT) ที่กลีบสมองส่วนหน้าด้านขวามากขึ้น¹⁴ ทำให้เห็นว่าการฝึกสติผู้ที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยน่าจะช่วยให้ความใส่ใจและความจำดีขึ้นได้ เมื่อดูรายละเอียดของแนวทางการฝึกสติ (mindfulness practice)

มี 2 แบบ คือ การปฏิบัติที่ฝึกเป็นรูปแบบต่อเนื่อง (formal practice) ด้วยการใส่ใจที่ร่างกาย โดยที่นิยมจะเป็นการใส่ใจที่ร่างกาย เช่น การสแกนร่างกาย (body scan) การรับรู้ลมหายใจ (breath) เข้าออกแต่ละขณะ หรือการเดินที่รับรู้ความรู้สึกขณะที่ก้าวเท้า แต่ละก้าว ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นนาทีหรือชั่วโมง โดยที่สามารถเห็นการทำงานของจิตใจ เช่น ความคิด อารมณ์ ขณะที่รับรู้ร่างกายได้ และอีกรูปแบบ คือ การฝึกสติในชีวิตประจำวัน (informal practice) โดยรับรู้ร่างกายในขณะที่ทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การกิน การนอน การเดิน เป็นต้น จะเห็นว่าการฝึกสติมีความเชื่อมโยงกับความใส่ใจ (attention) ซึ่งเป็นหนึ่งใน cognitive function ที่เป็นพื้นฐานที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำการฝึกสติมากระตุ้นให้ความใส่ใจที่ดีขึ้นในผู้ที่มีภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย โดยในบริบทของสังคมไทยที่มีผู้นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ มีผู้ที่มีประสบการณ์ฝึกสติทางผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการฝึกสติในกลุ่มผู้ที่มีภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยในคนไทยโดยเน้นการฝึกความใส่ใจ โดยรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติจากผู้ที่มีประสบการณ์ฝึกสติโดยตรง ร่วมกับเป็นผู้ที่มีภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง โดยหวังว่าข้อมูลที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการฝึกสติ เพื่อช่วยความใส่ใจที่เหมาะสมในการดูแลผู้ที่มีภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยต่อไป¹⁵

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ฝึกสติอย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์ในการรักษาคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย อย่างน้อย 3 ปี โดยไม่จำเป็นต้องเป็นบุคลากรโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 5 คน และคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยที่มีประสบการณ์การฝึกสติมาอย่างน้อย 6 เดือน (เป็นการฝึกสติในรูปแบบจิตบำบัดหรือการฝึกสติทางศาสนาก็ได้) ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยตามเงื่อนไข DSM-5 จำนวน 5 คน โดยต้องไม่เข้าเกณฑ์คัดออก คือ มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมและไม่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ข้อมูลอิมตัวที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มละ 5 คน แล้วไม่พบข้อมูลใหม่

เครื่องมือในการศึกษา

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง อ้างอิงตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) และ theoretical domains framework of behavioral change จำนวน 16 ข้อ (ภาคผนวก) โดยแนวคำถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบโครงการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

การเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 นัดสัมภาษณ์ตามเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก ผ่านวีดิโอคอลผ่านทางแอปพลิเคชัน โดยมีการบันทึกวีดิโอการสัมภาษณ์ ใช้เวลา 30 - 60 นาที

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ 2022/493 เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ ไม่เกิดประโยชน์โดยตรงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย แต่ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาและการจัดรูปแบบการฝึกสติให้เกิดประสิทธิภาพในกลุ่มคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยในอนาคต ให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจได้อย่างอิสระในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยืนยันเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วนัดสัมภาษณ์และบันทึกวีดิโอ ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิ์ที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ จากการยุติการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (thematic analysis) โดยขั้นตอนแรกผู้วิจัยจะถอดบทสัมภาษณ์จากวีดิโอที่ได้ทำการบันทึกไว้ จากนั้นผู้วิจัยแต่ละคนจะให้รหัสข้อมูล (coding) แก่ข้อความที่มีความหมาย โดยแต่ละคนทำงานเป็นอิสระต่อกัน และนำผลการให้รหัสข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน แล้วจัดรหัสออกเป็นกลุ่มตามสาระหรือประเด็นหลัก (themes) จากนั้นวิเคราะห์หาแบบแผนและ

ความสัมพันธ์ของประเด็นที่ทำการศึกษาจากชุดข้อมูลทั้งหมด แล้วตีความหาข้อสรุปออกมาเป็นผลการศึกษา

กระบวนการสะท้อนคิด

ผู้วิจัยสองคนเป็นจิตแพทย์และอีกหนึ่งคนเป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 โดยผู้สัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลไม่มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆ กับคนไข้มาก่อน เนื่องจากคณะผู้วิจัยเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อาจมีมุมมองเกี่ยวกับการฝึกสติเป็นมุมมองของผู้บำบัดเป็นส่วนใหญ่ จึงมีการเลือกกลุ่มคนไข้ภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยที่ฝึกสติเข้ามา เพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมมากขึ้น คณะผู้วิจัยขอยืนยันว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มคนไข้ภาวะปรีชานบกพร่องที่ฝึกสติ จำนวน 5 คน ทั้งหมดเป็นผู้หญิง จบการศึกษาระดับปริญญา 4 คน ระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง 1 คน อายุเฉลี่ย 70.8 ปี ส่วนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ฝึกสติ (จิตแพทย์ 3 คน, นักจิตวิทยา 1 คน, นักกิจกรรมบำบัด 1 คน) มีจำนวน 5 คน เป็นเพศหญิง 4 คน เพศชาย 1 คน จบการศึกษาระดับปริญญาทั้งหมด อายุเฉลี่ย 38.2 ปี

ผู้สัมภาษณ์มี 2 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลคนไข้ภาวะปรีชานบกพร่องและฝึกสติมานาน 12 ปี และแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่มีประสบการณ์ในการดูแลคนไข้ภาวะปรีชานบกพร่องและฝึกสติมา 2 ปี

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเริ่มต้นจากคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติและเจาะลึกไปยังประเด็นเรื่องปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการฝึกสติในผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน รวมไปถึงรูปแบบการฝึกสติที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่ามติดังต่อไปนี้

1. **ปัจจัยสนับสนุนการฝึกสติ** แบ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล

1.1 **ปัจจัยภายในบุคคล** ประกอบด้วยความตั้งใจในการฝึกสติและทัศนคติต่อการฝึกสติ

1.1.1 **ความตั้งใจในการฝึกสติ** ความตั้งใจในการฝึกสติในผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผลมาจากการเชื่อใจความสามารถของตนและ

การมีเป้าหมายในการฝึกสติ

1) **ความเชื่อในความสามารถของตน** การเชื่อในศักยภาพของตนว่าจะสามารถฝึกสติได้เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 8 คน ฝึกสติต่อเนื่อง เป็นแรงบันดาลใจให้ทำต่อแม้จะมีอุปสรรคเข้ามา เช่น การฝึกสติได้ไม่สำเร็จในช่วงแรกจากการหลงลืม “.....เราต้องเชื่อมั่นว่าเราทำได้เราถึงจะมีกำลังใจในการฝึก เพราะทำช่วงแรกมันจะหลุด แต่พอเราเชื่อ เรามีกำลังใจ ต่อให้ล้มเราก็จะลุกขึ้นมาใหม่จนทำได้ในที่สุดค่ะ” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มคนไข้คนที่ 2)

2) **การมีเป้าหมายในการฝึกสติ** ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ฝึกสติเป็นประจำทั้ง 10 คน กล่าวว่า การมีเป้าหมายในการฝึกสติเป็นปัจจัยที่สนับสนุน ทำให้ทราบว่าจะฝึกสติเพื่ออะไร ซึ่งแต่ละคนก็มีเป้าหมายต่างกัน เช่น เพื่อรู้เท่าทันอารมณ์ เพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง เป็นต้น “เหมือนเราหวังผลค่ะ รู้ว่าเราฝึกไปแล้วจะได้อะไร ทำให้ตั้งใจฝึกมากขึ้น” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 1)

1.1.2 **ทัศนคติต่อการฝึกสติ** ปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติต่อการฝึกสติในผู้ป่วยภาวะปรีชานบกพร่อง คือ การรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ดีของการฝึกสติ และความรู้สึกด้านบวกก่อนฝึกและขณะฝึกสติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **การรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ดีของการฝึกสติ** ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 9 คน มีแรงบันดาลใจที่จะฝึกสติ อีกทั้งการทราบว่าการฝึกสติส่งผลดีต่อร่างกายและจิตใจ เป็นปัจจัยสนับสนุนการฝึกสติต่อเนื่องในระยะยาว “คิดว่าทำให้เค้าอยากฝึกมากขึ้นถ้าเค้ารู้ว่ามันผลดีกับสมอง” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 2)

2) **อารมณ์ด้านบวกก่อนฝึกและขณะฝึกสติ** อารมณ์ก่อนการฝึกสติที่คงที่ ไม่มีอารมณ์ที่ไม่ดีรบกวน ทำให้ฝึกสติง่ายขึ้นเพราะจดจ่อกับสิ่งต่างๆ ได้ดี และในขณะที่ฝึกเมื่อผู้ฝึกเกิดความรู้สึกด้านบวก เช่น รู้สึกพอใจที่ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ยิ่งทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มคนไข้ทั้ง 5 คน อยากฝึกสติต่อเนื่อง และกลุ่มบุคลากรทั้ง 5 คน กล่าวว่า คนไข้ภาวะปรีชานบกพร่องที่ตนดูแลก็มีความรู้สึกต่อเนื่องเช่นกัน “ฝึกแล้วเรารู้สึกว่าเราดีกว่าคนอื่น อย่างคนอื่นไม่ไหวจนเฉื่อยง่าย เช่น ลืมนาฬิกา ลืมใส่แหวน ก็เฉื่อยเฉื่อยละ เป็นทุกข์ แต่เราไม่เป็น ทั้งไม่ลืมไม่ทุกข์กับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ พวกนี้ ไม่เดือดร้อน เบากว่าคนอื่นหน่อย ก็เป็นพื้นฐานที่ดีอยู่ค่ะ ไม่วุ่นวาย.....มันทำให้เรามีสติ เราจดจ่อความจำเราก็ดีขึ้น อยู่กับปัจจุบัน” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มคนไข้คนที่ 5)

1.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย รูปแบบการฝึกสติที่ส่งเสริมบทบาทหน้าที่ทางสังคมและศาสนา

1.2.1 การสนับสนุนทางสังคม การมีคนที่ใกล้ชิด เช่น เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวชวนฝึกสติเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 10 คน ฝึกสติมากขึ้น เพราะรู้สึกไม่เหงาและเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างด้วย “.....ถ้าเพื่อน ครอบครัว คนใกล้ชิดสนับสนุน ก็คิดว่ามันเป็นปัจจัยส่งเสริมค่ะ.....” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 2)

นอกจากนี้การมีแรงผลักดันทางสังคม เช่น การมีบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคมมาให้คำแนะนำเป็นแบบอย่าง รวมถึงการส่งเสริมจากรัฐบาลก็เป็นแรงสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกสติมากขึ้น “.....ช่วยค่ะช่วย มันก็เหมือนกับเราเป็นอาชีพที่ใครคนไหนใหม่จะ เกิดคนใหม่เข้ามาพูดเรื่องฝึกสติ เราก็สนใจขึ้นมา เหมือนมีตัวกระตุ้น ก็ช่วยได้เยอะเลยค่ะ” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มคนใช้คนที่ 3)

1.2.2 สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย สภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ เป็นส่วนตัว เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 10 คน ฝึกสติได้ง่ายขึ้น ไม่วอกแวก “มีผลนะค่ะ เพราะบางทีมันก็รีบกวาดได้ แต่ถ้ามันสงบ เป็นส่วนตัวก็เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ดีเลยค่ะ มันทำให้ไม่ต้องใช้ energy เยอะในการตั้งสติค่ะ” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 2)

อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยสามคนบอกว่าหากสถานที่นั้นเดินทางง่าย ใกล้ที่พัก ที่ทำงาน ก็สนับสนุนให้ไปฝึกสติได้ต่อเนื่อง “.....มันใกล้ที่ทำงาน ยุ่งก็กลับมาทำงานได้ ไม่ต้อง spare time เดินทาง.....” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 5)

1.2.3 รูปแบบการฝึกสติที่สนับสนุน

1) กิจกรรมในการฝึกสติ ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 6 คน กล่าวว่า ความยากซับซ้อนของกิจกรรมมีผลต่อการฝึกสติ ควรปรับให้เหมาะสมตามความสามารถของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มที่ทำกิจกรรม มีการเรียงลำดับการฝึกจากง่ายไปยากจะส่งผลให้ฝึกสติได้มากขึ้น “มีค่ะ แต่ความยากของแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน บางคนก็เค้าไม่ได้ function เสียมากถ้ากิจกรรมง่ายไปเค้าทำได้เลย ก็ไม่ได้มองเห็นว่าตัวเองมีปัญหา แต่ถ้ายากไปก็จะทำให้ทิ้งไป ทำได้ไม่ต่อเนื่อง.....” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 2)

ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 7 คน กล่าวว่าการทำงานกิจกรรมแบบกลุ่มทำให้คนใช้รู้สึกได้เชื่อมโยงกับกับคนรอบข้าง จึงมีกำลังใจในการฝึกสติมากขึ้น อีกทั้งรูปแบบกิจกรรมฝึกสติที่นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันทำให้ฝึกได้ต่อเนื่องมากขึ้น “.....การทำ

แบบ weekly มัน integrate ในชีวิตเค้าได้ง่ายกว่าเพราะเค้ามาเรียนแล้วเค้าก็กลับไปใช้ชีวิตตามปกติแล้วมาแชร์พอกเข้ากลุ่มเห็นเพื่อนแชร์ก็มี motivation ก็คิดว่ามันเหมาะกับคนใช้คนละแบบ....แต่ความยากง่ายก็ต้อง tailor made พอสมควร เพราะว่ายากง่ายของแต่ละคนไม่เท่ากัน.....” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 5)

2) การฝึกสติในกลุ่มภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยกับ cognitive domain ต่างๆ (ความใส่ใจ มิตรสัมพันธ์ ความจำ การให้เหตุผล/การวางแผน การใช้ภาษา และการรู้คิดทางสังคม) ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 10 คน กล่าวว่า การฝึกสติช่วยให้ความใส่ใจและความจำดีขึ้น ซึ่งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มี 2 คน กล่าวว่าจากประสบการณ์ดูแลคนไข้พบว่า การฝึกสติช่วยในด้านการให้เหตุผล/การวางแผน และการรู้คิดทางสังคมอีกด้วย “มองว่าเป็น attention ค่ะ เพราะพอเรามีสติเราก็จะจดจ่ออยู่กับปัจจุบันได้ ซึ่งมันก็เป็นพื้นฐานให้ memory ติดตามไปด้วย เวลาฝึกเลยจะเน้นสองอันนี้เป็นหลักแล้วเชื่อมโยงให้คนใช้เห็นถึงความสัมพันธ์ของสอง function นี้และประโยชน์ที่เค้าจะได้จากการฝึกสติ ส่วน function อื่นๆ ก็จะเป็นผลตามมา.....” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 2)

โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 5 คน กล่าวว่า การฝึกสติในระยะเริ่มต้นควรฝึกที่ละด้าน พอคนใช้เริ่มเชี่ยวชาญจึงค่อยๆ ฝึกหลายด้านพร้อมกัน จะทำให้คนใช้รู้สึกว่าไม่ยากเกินไป มีแรงใจที่จะฝึกต่อมากกว่า “..... beginner ก็มีแบบนี้พอลูกเค้าเริ่มมี basic ก็มีหลายๆ domain กระจายไปเน้นแต่ละ domain ให้เค้าเลือกที่เค้าสนใจเขาเพราะเค้าก็เริ่มมี motivation แล้ว” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 5)

3) ระยะเวลาในการฝึกสติในกลุ่มภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 5 คน กล่าวว่าจากประสบการณ์ที่ฝึกสติในกลุ่มคนใช้ภาวะปริชานบกพร่อง ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฝึกสติอยู่ที่ครั้งละ 45 - 60 นาที หากนานกว่านั้นก็สามารถทำได้แต่ต้องมีช่วงพัก โดยทำอย่างน้อย 8 - 10 ครั้ง ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จึงจะเริ่มเห็นผลในการฝึกสติ (ตารางที่ 1) “คือถ้าจะทำ 2 ชั่วโมง ต้องมีช่วงพักให้เค้าค่ะ เพราะพออายุมากขึ้น attention span มันสั้นลงอยู่แล้วด้วย จริงๆ ควรทำประมาณ 45 - 60 นาที แล้วมีพักเบรกให้เปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมในระหว่างนั้น ไม่ได้ปล่อยให้ทำกิจกรรมเดิมนานๆถ้าทำต่อเนื่องทุกสัปดาห์ก็จะต่อเนื่องกัน โดยประมาณก็ต่อเนื่องกัน 8 สัปดาห์ ก็จะเริ่มเห็นผลค่ะ” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลรูปแบบการฝึกสติที่สนับสนุนที่ได้จากการสัมภาษณ์

รูปแบบการฝึกสติที่สนับสนุน	
กิจกรรมในการฝึกสติ	มีการปรับความยากง่ายให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถกิจกรรมกลุ่ม ประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน
การฝึกสติกับ Domain ต่างๆ	ความใส่ใจ ความจำ การให้เหตุผล/การวางแผน ฝึกทีละด้าน เมื่อเชี่ยวชาญจึงฝึกหลายด้านพร้อมกัน เริ่มจากง่ายไปยาก
ระยะเวลาในการฝึก	1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 - 60 นาที ทำต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ครั้ง

1.2.4 บทบาทหน้าที่ทางสังคม จากลักษณะงานของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มคนไข้พบว่า มีอาชีพที่หลากหลาย ส่วนในมุมมองของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 จาก 5 คน กล่าวว่าจากคนไข้ที่เจอพบว่าลักษณะงานส่วนมากจะเป็นกลุ่มข้าราชการ กลุ่มวงการศึกษา วงการแพทย์ นักธุรกิจมักมาฝึกสติกันเยอะ อาชีพมีผลแต่ไม่ได้เป็นปัจจัยโดยตรง เนื่องจากสิ่งที่มีผลสัมพันธ์กับอาชีพคือ การศึกษา “บอกไม่ได้ แต่เท่าที่สังเกตก็จะเป็นคุณครู คนที่ทำงานกับตัวเลข พวกบัญชีหรือไม่กี่คนที่ high educate ไปเลย อย่างวิศวกร.....ถ้าแบบคนไข้ในรามาเราก็จะเจอแต่กลุ่มข้าราชการ” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 2)

แต่จากลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาชีพที่หลากหลาย ทั้งนักบัญชี ครู แพทย์ นักจิตวิทยา พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 5 คน มองว่าอาชีพไม่มีผล เป็นเรื่องของความสนใจส่วนตัวของบุคคลมากกว่า “หลากหลายนะค่ะ ทั้งนักธุรกิจ หมอ แม่บ้าน ว่างงานก็มีค่ะ หรือที่บ้านต่างจังหวัดเค้าเป็นชาวบ้านธรรมดา เป็นเกษตรกร เค้าก็ไปกันนะค่ะใช่ค่ะ อาชีพไม่มีผล” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 1)

1.2.5 ศาสนา ความเชื่อ การฝึกสติมีรากฐานมาจากพุทธศาสนา ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 10 คน นับถือศาสนาพุทธ โดยทุกคนเริ่มฝึกสติจากการเจริญวิปัสสนาตามหลักศาสนาพุทธมาก่อน ด้วยเหตุผลที่ต่างกันไป เช่น เชื่อว่าทำแล้วจะมีสติปัญญา ทำแล้วได้บุญกุศล ทำเพราะไปวัดแล้วเห็นคนอื่นทำเลยทำตาม โดยผู้เข้าร่วมวิจัย 5 คน กล่าวว่าศาสนาพุทธเป็นปัจจัยสนับสนุนการฝึกสติ “.....ศาสนาเป็นทั้งอุปสรรคและแรงผลักดัน คือถ้าเค้าเองก็มี

religious เดิมอยู่แล้ว แล้วเค้าสามารถเชื่อมโยง mindfulness กับสิ่งที่สอนในศาสนาของเค้าได้เหมือนกัน มันก็อาจจะเป็นแรงส่งเสริม.....” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 5)

2. ปัจจัยอุปสรรคต่อการฝึกสติ แบ่งออกเป็นปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล

2.1 ปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วยการขาดความตั้งใจ การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการฝึกสติ อารมณ์ความรู้สึกด้านลบก่อนฝึก และขณะฝึกสติ สุขภาพที่ไม่ดี เศรษฐฐานะไม่ดี ความเหนื่อยล้า จากกิจวัตรประจำวัน การขาดทักษะในการฝึกสติ

2.1.1 การขาดความตั้งใจ

1) การไม่เชื่อในความสามารถของตน ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 2 คน กล่าวว่า การไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตน ส่งผลต่อความพยายามในการฝึกสติ หากทำแล้วล้มเหลวก็จะล้มเลิกโดยง่าย “ก็อาจจะล้มอยู่บ้างนะค่ะ เพราะบางคนคิดว่าฉันทำไม่ได้ไม่มีสมาธิพอ รู้สึกว่ายากเกินไปก็อาจจะไม่ยอมฝึกต่อ... ถ้าเค้าไม่ได้มีความเชื่อมั่นว่าเค้าจะทำได้มันก็จะส่งผลในเรื่องของความพยายามค่ะ...” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 2)

2) การไม่มีเป้าหมาย ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 3 คน ให้ความเห็นว่าการไม่มีเป้าหมายส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อการฝึกสติ เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่รู้ว่าจะฝึกสติไปเพื่ออะไร “ถ้าไม่ตั้งใจไม่มีความเพียรก็จะไม่ยอมทำ” (ผู้เข้าร่วมวิจัยคนไข้คนที่ 4)

2.1.2 ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการฝึกสติ

1) การไม่ทราบเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการฝึกสติ ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 1 คน กล่าวว่า การไม่ทราบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ดีของการฝึกสติที่มีต่อภาวะปริชานบกพร่อง ส่งผลให้ขาดแรงบันดาลใจในการฝึกสติ “.....ถ้าเกิดว่าทำโดยที่ไม่รู้ว่ามันดีหรือไม่ดียังไง มันแย่ละเพราะว่าเขาจะไม่เริ่บบั่นดาลใจ ไม่มีเป้าหมายว่าทำไปแล้วได้อะไร ก็ไม่ทำ...” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 5)

2) อารมณ์ความรู้สึกด้านลบก่อนและขณะฝึกสติ อารมณ์ด้านลบ เช่น เศร้า เบื่อ หงุดหงิด หรืออารมณ์ที่ผิดปกติจากโรคทางจิตเวช ส่งผลอย่างมากต่อการฝึกสติของผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 8 คน เนื่องจากทำให้จิตใจไม่สงบ ฟุ้งซ่าน ไม่สามารถจดจ่อได้ ถือเป็นอุปสรรคในการฝึกสติ “คิดว่า emotion ก็มีผลนะค่ะ ทั้งในการฝึกและขณะฝึก เพราะบางคนอารมณ์ไม่ ok ก็อาจจะไม่พร้อมที่ฝึกหรือเปล่า เช่น ถ้าซึมเศร้า mania hypomania พอเค้ามาฝึกมันก็รบกวนการฝึกไปโดยปริยาย” (ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 3)

ความรู้สึกด้านลบขณะฝึกสติ เช่น ไม่มีความสุข ความเบื่อ เป็นอุปสรรคในการฝึกสติของผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนหนึ่งคน “มันอยู่ที่ผลของการฝึก ถ้าฝึกไปแล้วไม่มีอะไรก้าวหน้า ฝึกแล้วเท่าเดิมก็จะเบื่อกว่า” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มคนไข้คนที่ 4)

2.1.3 การขาดทักษะในการฝึกสติ การมีทักษะพื้นฐานในการฝึกสติทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 7 คน (กลุ่มคนไข้ 5 คน, กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ 2 คน) ฝึกสติได้ง่ายขึ้นกว่าการไม่มีทักษะมาก่อน ดึงสติได้ไวเมื่อมีสิ่งรบกวน “.... ถ้าเค้าทำอยู่แล้วมันไปต่อได้ง่ายมากเลยนะ เพราะเค้าจะรู้ว่าต้องใช้สิ่งนี้ยังไง อาการก็จะดีไวมาก อาการค่อนข้าง stableถ้าคนที่ไม่มีพื้นฐานแบบนี้แล้วก็จะง่ายเลย บางทีดีจนน่าทึ่ง” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 3)

แต่ก็มีผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 3 จาก 5 คน กล่าวว่าการมีหรือไม่มีทักษะ ไม่มีผลต่อการฝึกสติ เนื่องจากทักษะในการฝึกสติเป็นสิ่งที่สามารถฝึกฝนภายหลังได้ และการไม่มีทักษะก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการฝึกสติ “อาจจะไม่เสมอไป บางคนก็รู้เยอะอยู่แล้วบางทีความรู้เก่ามันอาจจะมารบกวน ถ้าความรู้เก่ากับความรู้ใหม่มันไม่ไปในทางเดียวกัน สำหรับบางคนก็อาจจะจะทำให้ยากขึ้นบางคนถ้าไม่รู้เลยมารับของใหม่ที่เดี๋ยวก็อาจจะทำให้เปิดรับได้มากกว่า เพราะฉะนั้นการมีรูปร่างก่อนหรือไม่รู้มีเลยก็ได้มีผลในลักษณะนั้น” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 2)

2.1.4 เศรษฐฐานะไม่ดี มีผู้เข้าร่วมวิจัย 8 คน (กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 5 คน, กลุ่มคนไข้ 3 คน) กล่าวว่า การจะฝึกสติได้ต้องมีเศรษฐกิจที่ไม่ลำบากมากนัก ไม่ต้องทำงานหนักตลอดเวลา จึงจะมีเวลาพอมาฝึกสติได้ อีกทั้งการฝึกสติมีค่าใช้จ่าย เช่น ค่าหลักสูตรที่เลือกเรียน ค่าเดินทาง เป็นต้น หากเศรษฐกิจไม่ดีก็เป็นอุปสรรคในการฝึกสติ “อืม โดยตัวการฝึกไม่เกี่ยว แต่การเข้าถึงมันเกี่ยวข้อง เพราะถ้าเค้าไม่มีเงินเดินทางมา ไม่มีเวลาพอที่จะมาต้องทำงานก็คงเป็นตัวป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นหรือก็ไม่ได้ให้ความ adhere....สรุปคือมองว่าเศรษฐกิจเป็นตัวส่งเสริมอยู่แล้ว แต่ไม่ได้เป็นตัวขัดขวางหลัก” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 4)

2.1.5 สุขภาพไม่ดี ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 8 คน กล่าวว่า การมีอาการเจ็บป่วยทางกายนับเป็นอุปสรรคในการฝึกสติ เนื่องจากทำให้ไม่สุขสบาย จึงไม่สามารถที่จะมีสมาธิจดจ่อได้นาน “คิดว่ามีผลแหละ มันก็อาจจะทำให้เค้ายากขึ้นจริงๆ ในรูปแบบอะไรหลายๆอย่าง แต่ไม่คิดว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ทำสิ่งนี้ไม่ compatible เรายังต้อง tailor made ให้เหมาะกับเค้า แล้วถ้าเค้าเข้าใจ concept

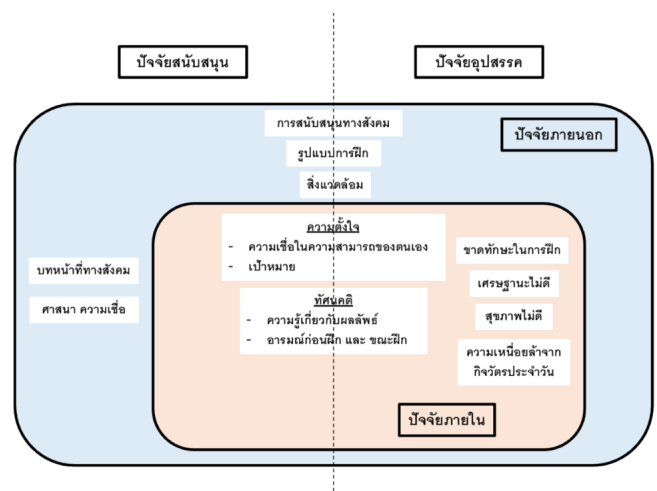
ว่ามันไม่ได้ต้องนั่ง มันจะนอนจะยืน เปลี่ยนท่าบ่อยๆ ก็ได้.... เค้าอาจจะ need อะไรบางอย่างที่เหมาะสมกับเค้า เช่น ทำไม่นานมาก มีช่วงพัก” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 5)

2.1.6 ความเหนื่อยล้าจากกิจวัตรประจำวัน ความเหนื่อยล้าจากงานส่งผลให้อยากพักผ่อนมากกว่าฝึกสติ อีกทั้งการทำงานที่ยาวนานทำให้มีเวลาในการฝึกสติลดลง ผู้เข้าร่วมวิจัย 2 คน กล่าวว่าฝึกสติมานานแต่เพิ่งได้มาฝึกจริงจึงคือวัยเกษียณ เพราะมีเวลาและไม่เหนื่อยล้าจากงาน “ถ้ายังต้องทำงานหาเช้ากินค่ำ เหนื่อยล้าจากการทำงานมันก็ไม่มีใจจะฝึกนะ” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มคนไข้คนที่ 2)

2.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วยการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม รูปแบบกิจกรรมยากไป/ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย

2.2.1 การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 3 คน กล่าวว่าหากไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะจากครอบครัวหรือภาครัฐ ล้วนนับเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการฝึกสติ “อย่างที่บอกว่า family conflict เยอะมาก บางทีปฏิบัติที่บ้านก็ไม่ได้ เพราะที่บ้านไม่เห็นด้วยต้องออกไปทำข้างนอก และครอบครัวก็เป็น stimulus ที่ทำให้เรา stress ด้วย” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มคนไข้คนที่ 1)

2.2.2 รูปแบบกิจกรรมยากไป/ไม่เหมาะสม ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 4 คน มีความเห็นว่ารูปแบบกิจกรรมที่ยาก ซับซ้อน เป็นอุปสรรคในการฝึกสติ “มีผลนะ ถ้ายากไปคนไข้จะรู้สึกไม่ success บางคนก็ไม่อยากทำไปเลย หรือบางคนอาจจะรู้สึกเครียดได้ ควรเริ่มง่ายๆ แล้วค่อยฝึกให้ยากขึ้น” (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 1)



รูปที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกสติ

2.2.3 **สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย** สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการฝึกสติไม่ว่าจะเป็นการที่ไม่มีมีสถานที่ที่เงียบสงบเป็นส่วนตัว มีเสียงดังรบกวน สภาพอากาศไม่ดี ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกสติจำนวน 3 คน ฝึกสติได้ยากขึ้น "มีผลนะคะ อย่างเวลาไปปาร์ตี้กับเพื่อนๆ ที่ต่างจังหวัด ก็ไม่สามารถเหมือนกัน หรือไปงานต่างจังหวัด เราปรับแค่ home พาเค้าไปเที่ยวต่างจังหวัด เรายังไม่สามารถเหมือนกัน" (ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มบุคลากรคนที่ 1)

วิจารณ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝึก และรูปแบบที่เหมาะสมในการฝึกสติในคนไข้ภาวะซึมเศร้า บกพร่องเล็กน้อย ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติประกอบด้วยปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรค (รูปที่ 1) จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสนับสนุนในที่นี้แบ่งเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความตั้งใจในการฝึกสติและการมีทักษะพื้นฐานในการฝึกสติ โดยความตั้งใจในการฝึกสติเกิดจาก 2 ปัจจัย คือ 1) ความเชื่อในความสามารถของตน 2) การมีเป้าหมายในการฝึกสติ ซึ่งนอกจากความตั้งใจแล้วปัจจัยภายใน ยังรวมไปถึงการมีทัศนคติที่ดีในการฝึกสติซึ่งเป็นผลมาจาก 1) การมีความรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ดีของการฝึกสติ 2) อารมณ์ก่อนฝึกและขณะฝึกสติ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (the theory of planned behavior) ที่เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม ในที่นี้จะหมายถึงพฤติกรรมการฝึกสติ ซึ่งตามทฤษฎีนั้นปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมประกอบด้วยทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (attitude toward behavior) บรรทัดฐานของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรม (subjective norm) และการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเองในการแสดงพฤติกรรมใดๆ (perceived behavioral control of the behavior)^{16,17} จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการฝึกสติ มีทั้งสามปัจจัยที่สอดคล้องตามทฤษฎี คือ ทัศนคติต่อการฝึก บรรทัดฐานของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมการฝึกสติ และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการฝึกสติ (ความรู้สึกยากง่าย ความเชื่อมั่นว่าตนสามารถทำได้) แต่หากไม่มีความตั้งใจมีทัศนคติที่ไม่ดีในการฝึกก็นับเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการฝึกสติเช่นกัน

ปัจจัยภายนอกบุคคลที่เป็นปัจจัยสนับสนุนการฝึกสติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย รูปแบบ

การฝึกสติที่เหมาะสม ทั้งสามสิ่งข้างต้นนั้นนอกจากจะเป็นปัจจัยสนับสนุนแล้ว ยังเป็นปัจจัยอุปสรรคอีกด้วย ถือเป็นส่วนที่ควบคุมพฤติกรรมที่แท้จริง (actual behavioral control) อีกอย่างหนึ่งตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนโดยการสนับสนุนทางสังคม นอกจากเพื่อน ครอบครัว คนใกล้ชิดแล้ว ยังรวมถึงการสนับสนุนจากคนที่มีความเชื่อในสังคม องค์กรต่างๆ และรัฐบาล ซึ่งตรงกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษถึงความตั้งใจในการฝึกสติในสังคมก็ต้องการการสนับสนุนทางสังคมนี้เช่นกัน¹⁸ โดยสามปัจจัยข้างต้นยังได้รับการสนับสนุนน้อยในสังคมไทย รัฐบาลเองไม่ได้มีการออกมาสสนับสนุนหรือให้ความรู้กับประชาชนมากนัก สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยส่วนมากเป็นวัดหรือสถานปฏิบัติธรรม ซึ่งเป็นข้อจำกัดในผู้ที่นับถือศาสนาอื่น อีกทั้งสถานที่และรูปแบบการฝึกนั้นใช้สำหรับกลุ่มประชากรทั่วไป ไม่ได้เหมาะสมกับกลุ่ม MCI ซึ่งเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่

ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการฝึกสติ ยังมีบทบาทหน้าที่ทางสังคม ศาสนา และความเชื่ออีกด้วย ซึ่งประเด็นเรื่องบทบาทหน้าที่ทางสังคมมีความเห็นต่างกัน โดยกลุ่มคนไข้ทั้ง 5 คน มองว่าไม่มีผลต่อการฝึกสติ ในขณะที่กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ 3 จาก 5 คน มองว่าบทบาทหน้าที่ทางสังคมมีผลต่อการฝึกสติ เนื่องจากไม่ใช่แค่อาชีพโดยตรงที่มีผล แต่การศึกษาเป็นปัจจัยทางอ้อมที่ทำให้มีความรู้ ทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ของการฝึกสติและนำไปสู่การฝึกสติได้

ส่วนเรื่องศาสนา ความเชื่อ เป็นทั้งปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค เพราะในสังคมไทยที่นับถือพุทธศาสนาเป็นส่วนใหญ่จะถูกปลูกฝังเรื่องการนั่งสมาธิ การฝึกสติ และทราบถึงผลดีของการฝึกสติอยู่แล้วจึงสามารถฝึกสติทางจิตบำบัดต่อได้โดยง่าย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 10 คน ก็เริ่มฝึกสติจากพุทธศาสนามาก่อนเช่นกัน แต่ในผู้ที่นับถือศาสนาอื่น การฝึกสติตามหลักพุทธศาสนา ถือเป็นขัดกับศาสนาเดิมของตน จึงนับว่าเป็นอุปสรรค ดังนั้นหากฝึกในกลุ่มที่ศาสนาความเชื่อแตกต่างกัน การให้ข้อมูลว่าการฝึกสติเป็นการฝึกทางจิตบำบัดรูปแบบหนึ่ง เลือกใช้คำที่ไม่อิงตามหลักศาสนาเกินไปจะช่วยลดอุปสรรคที่นี้ได้

ปัจจัยอุปสรรคในการฝึกสติ แบ่งเป็นปัจจัยภายในและภายนอกเช่นกัน ปัจจัยภายในนอกจากที่กล่าวไปข้างต้น คือ การขาดความตั้งใจ การมีทัศนคติที่ไม่ดีในการฝึกสติแล้ว ยังประกอบด้วยขาดทักษะในการฝึกสติ เศรษฐฐานะที่ไม่ดี สภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และความเหนื่อยล้าจากกิจวัตรประจำวัน

เรื่องการขาดทักษะในการฝึกสตินั้นมีความเห็นที่ต่างกัน โดยกลุ่มบุคลากร 3 จาก 5 คน มองว่าทักษะไม่มีผลต่อการฝึกสติ แต่กลุ่มคนไข้ 4 จาก 5 คน มองว่าทักษะมีผลต่อการฝึกสติ เนื่องจากหากขาดทักษะการฝึกสติจะเป็นไปได้ยากกว่าคนที่ที่ทักษะอยู่เดิม ซึ่งสิ่งนี้ส่งผลไปถึงความเชื่อในความสามารถของตนตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน แต่หากมีการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น มีการฝึกที่แพร่หลาย เมื่อฝึกบ่อยๆ จะมีทักษะเพิ่มขึ้นทำให้อุปสรรคนั้นลดลงได้

ส่วนเศรษฐฐานะแม้ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรง แต่เศรษฐฐานะที่ดีเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยในการฝึกสติให้ง่ายขึ้น หากเศรษฐฐานะไม่ดีก็เป็นปัจจัยขัดขวางการฝึกสติเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าเดินทาง ค่าคอร์สเรียน เป็นต้น ส่วนสภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและความเหนื่อยล้าจากกิจวัตรประจำวันเป็นอุปสรรคในการฝึกสติ แต่หากมีการให้ความรู้จริงๆ การฝึกสติสามารถทำได้ทุกที่ไม่จำเป็นต้องไปสถานที่ฝึก ไม่จำกัดอิริยาบถ ทำได้แม้ในกิจวัตรประจำวัน และมีการเข้าถึงได้ง่ายขึ้น เช่น เป็นรูปแบบออนไลน์ จะช่วยลดอุปสรรคจากปัจจัยข้างต้นได้

รูปแบบการฝึกสติที่สนับสนุน

จากการวิจัยพบว่ารูปแบบที่เหมาะสมในการฝึกสติไม่ได้มีรูปแบบเฉพาะตัวที่ชัดเจน แต่เน้นปรับความยากง่ายให้เหมาะสมกับความสามารถและการศึกษา นำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันจะยิ่งทำให้ฝึกสติเป็นไปได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่ทำการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการฝึกสติในสังคม¹⁹ หากเป็นกิจกรรมกลุ่มก็ยิ่งเพิ่มแรงจูงใจในการฝึก เช่นเดียวกับงานวิจัยหนึ่งที่พบว่าการฝึกสติแบบกลุ่มทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับกลุ่ม เพิ่มทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลทำให้ฝึกสติได้ดีขึ้น²⁰

ส่วนการฝึกสติในกลุ่มภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยกับ cognitive domain ต่างๆ (ความใส่ใจ มิติสัมพัทธ์ ความจำ การให้เหตุผลหรือการวางแผน การใช้ภาษา และการรู้คิดทางสังคม) ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 10 คน กล่าวว่า การฝึกสติช่วยให้ความใส่ใจและความจำดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า¹⁴ ที่ศึกษาการฝึกสติแบบ mindfulness awareness program (MAP) ในคนไข้ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย พบว่ามีทักษะความจำเพื่อใช้ปฏิบัติงาน (working memory span) และการแบ่งความสนใจ (divided attention) ดีขึ้น นอกจากนี้มีกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ 2 คน กล่าวว่าจากประสบการณ์ดูแลคนไข้พบว่า การฝึกสติช่วยในด้านการให้เหตุผลหรือการวางแผน และการรู้คิดทางสังคมอีกด้วย

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า¹³ เช่นกัน แต่ก็มีงานวิจัยหนึ่ง ที่พบว่า การฝึกสติไม่ได้ช่วยให้ความจำและการให้เหตุผลหรือการวางแผนดีขึ้น เมื่อติดตามไปจนครบ 6 เดือน²⁰ โดยการฝึกสติในระยะเริ่มต้นควรฝึกที่ละด้าน พอคนไข้เริ่มเชี่ยวชาญจึงค่อยๆ ฝึกหลายด้านพร้อมกัน จะทำให้คนไข้รู้สึกว่าจะไม่ยากเกินไป มีแรงใจที่จะฝึกต่อมากกว่า

จากงานวิจัยพบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมในการฝึกสติอยู่ที่ครั้งละ 45 - 60 นาที หากนานกว่านั้นก็สามารถทำได้แต่ต้องมีช่วงพัก ทำ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยทำต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ครั้ง จึงจะเริ่มเห็นผลในการฝึกสติ ซึ่งความถี่และจำนวนครั้งพบว่าไม่ต่างจากงานวิจัยก่อนหน้า^{13,19,21} แต่ระยะเวลาจะสั้นกว่าเนื่องจากมีสางานวิจัย ใช้เวลาแต่ละครั้ง 2 - 2.5 ชั่วโมง แต่ก็มีงานวิจัยหนึ่งที่ทำกรฝึกสติแบบ MAP โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 45 นาที¹⁴ ซึ่งเมื่อติดตามไปก็พบว่าทำให้ cognitive ดีขึ้นเช่นกัน

ดังนั้นจากงานวิจัยพบว่า การฝึกสติในคนไข้ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย ในทางปฏิบัติอาจปรับรูปแบบการฝึกสติได้ดังนี้ 1) ระยะเวลาแต่ละครั้งประมาณ 45 - 60 นาที หรือหากนานกว่านั้นควรมีช่วงพัก เพราะคนไข้เองคงความใส่ใจได้ลดลงเช่นกัน แต่เน้นความต่อเนื่องสม่ำเสมอ 2) ฝึกอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 8 ครั้ง 3) กิจกรรมควรประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน 4) กิจกรรมฝึกจากง่ายไปยาก ฝึกทีละด้านเพื่อให้คนไข้ไม่รู้สึกว่ายากเกินไป มีกำลังใจที่จะฝึกต่อ โดยฝึกด้าน attention, memory และ executive function เป็นหลัก ส่วนด้านอื่นๆ เลือกฝึกตามศักยภาพของบุคคล 5) เน้นกิจกรรมแบบกลุ่ม เพราะช่วยสร้างความเชื่อมโยงกับกลุ่ม ทำให้เกิดแรงจูงใจในการฝึกสติมากขึ้นอีกด้วย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้จัดทำขึ้นในผู้ป่วยภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพมหานคร เท่านั้น ดังนั้นจึงไม่ได้รายละเอียดข้อมูลในประเด็นข้างต้นของภูมิภาคอื่นในประเทศไทย นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ฝึกสติจำนวนครึ่งหนึ่งไม่ได้ฝึกสติแบบ mindfulness ในทางจิตเวชโดยตรง แต่เป็นการเริ่มต้นฝึกสติฝึกสมาธิจากพุทธศาสนา จากนั้นจึงเริ่มเข้ามาสู่กระบวนการฝึกสติตามหลักการของ mindfulness แล้วมีการฝึกต่อเนื่องเองที่วัด บ้าน หรือโรงพยาบาล ดังนั้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาจขาดความน่าเชื่อถือในส่วนของมาตรฐานขั้นตอนการฝึกสติของแต่ละบุคคล

สรุป

หากต้องการสนับสนุนการฝึกสติในคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย ควรจะส่งเสริมให้ทราบประโยชน์ของการฝึกสติ เพื่อจะได้มีความตั้งใจ มีทัศนคติที่ดีในการฝึก และมีการตั้งเป้าหมายในการฝึกอย่างชัดเจน ร่วมกับส่งเสริมให้การสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัวและคนรอบข้างและการสนับสนุนจากภาครัฐ รวมถึงส่งเสริมให้มีสถานที่หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการฝึกสติ นอกจากนี้ควรสร้างรูปแบบการฝึกสติที่ง่าย ไม่ซับซ้อนนำไปปรับใช้ได้ภายในชีวิตประจำวัน เหล่านี้จะช่วยให้คนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยสามารถฝึกสติอย่างสม่ำเสมอได้มากขึ้น ส่วนเศรษฐกิจและสุขภาพที่ไม่ดี การขาดทักษะในการฝึกสติ รวมถึงความเหนื่อยล้าจากกิจวัตรประจำวันเป็นอุปสรรคสำคัญ แต่หากมีปัจจัยสนับสนุนอื่นที่มีอิทธิพลมากกว่า ก็จะเพิ่มโอกาสให้ผู้มีภาวะประสาทบกพร่องฝึกสติได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตาจากอาจารย์ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ให้คำแนะนำแนวทางในการศึกษาวิจัยและเขียนรายงานวิจัย ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คุณสุดาวรรณ จุลเกตู เจ้าหน้าที่วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินการด้านเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับโครงการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

นวรรณ ราชาดัน: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; กานต์ จักรูโรจน์: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ; ดาวชมพู นาคะวิโร: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dementia 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021. [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
2. Morris JC, Storandt M, Miller JP, McKeel DW, Price JL, Rubin EH, et al. Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. Arch Neurol 2001; 58(3): 397-405.
3. Grundman M, Petersen RC, Ferris SH, Thomas RG, Aisen PS, Bennett DA, et al. Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials. Arch Neurol 2004; 61(1): 59-66.
4. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. J Intern Med 2004; 256(3): 183-94.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
6. Tábuas-Pereira M, Baldeiras I, Duro D, Santiago B, Ribeiro MH, Leitão MJ, et al. Prognosis of early-onset vs. late-onset mild cognitive impairment: comparison of conversion rates and its predictors. Geriatrics (Basel) 2016; 1(2): 11.
7. DeCarli C. Mild cognitive impairment: prevalence, prognosis, aetiology, and treatment. Lancet Neurol 2003; 2(1): 15-21.
8. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment: report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2018; 90(3): 126-35.
9. Cotelli M, Calabria M, Manenti R, Rosini S, Maioli C, Zanetti O, et al. Brain stimulation improves associative memory in an individual with amnesic mild cognitive impairment. Neurocase 2012; 18(3): 217-23.
10. Deng M, Wang XF. Acupuncture for amnesic mild cognitive impairment: a meta-analysis of randomised controlled trials. Acupunct Med 2016; 34(5): 342-8.
11. Forlenza OV, Diniz BS, Radanovic M, Santos FS, Talib LL, Gattaz WF. Disease-modifying properties of long-term lithium treatment for amnesic mild cognitive impairment: randomised controlled trial. BJPsych 2011; 198(5): 351-6.
12. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. JAMA 2008; 300(11): 1350-2.
13. Wong WP, Coles J, Chambers R, Wu DB, Hased C. The effects of mindfulness on older adults with mild cognitive impairment. J Alzheimers Dis Rep 2017; 1(1): 181-93.
14. Yu J, Rawtaer I, Feng L, Fam J, Kumar AP, Kee-Mun Cheah I, et al. Mindfulness intervention for mild cognitive impairment led to attention-related improvements and neuroplastic changes: results from a 9-month randomized control trial. J Psychiatr Res 2021; 135: 203-11.
15. Disayavanish C, Disayavanish P. Mindfulness-based dynamic psychotherapy. J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(3): 179-94.
16. Ajzen, I. Theory of planned behavior diagram [Internet]. Massachusetts: University of Massachusetts Amherst; 2019. [cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://people.umass.edu/ajzen/tpb.diag.html>.



17. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the theoretical domains framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci* 2017; 12(1): 77.
18. Sucich JT, Lehrer J, Breitbart V, Julliard KN. Mindfulness training for community-based psychotherapists: a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud* 2022 8(1): 250.
19. Wells RE, Kerr C, Dossett ML, Danhauer SC, Sohl SJ, Sachs BC, et al. Can adults with mild cognitive impairment build cognitive reserve and learn mindfulness meditation? qualitative theme analyses from a small pilot study. *J Alzheimers Dis* 2019; 70(3): 825-42.
20. Lenze EJ, Voegtle M, Miller JP, Ances BM, Balota DA, Barch D, et al. Effects of mindfulness training and exercise on cognitive function in older adults: a randomized clinical trial. *JAMA* 2022; 328(22): 2218-29.
21. Berk L, Warmenhoven F, van Os J, van Boxtel M. Mindfulness training for people with dementia and their caregivers: rationale, current research, and future directions. *Front Psychol* 2018; 9: 982.

แบบสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมการฝึกสติ ในคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย

แนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide)

1. คุณฝึกสติอย่างต่อเนื่องมานานเท่าไรแล้ว บ่อยแค่ไหน อย่างไร
2. สำหรับคุณอะไรเป็นสาเหตุหรือแรงจูงใจที่ทำให้ฝึกสติ/ไม่ฝึกสติ อย่างไร กรุณาขยายความเล็งถึงแรงจูงใจของคุณ
3. สำหรับคุณอะไรเป็นปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคในการฝึกสติต่อเนื่อง (ทั้งความต่อเนื่องใน 1 ครั้ง และความต่อเนื่องในลักษณะของระยะยาว)

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย/การฝึกสติ

- 4.1. คุณรู้จักภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ คุณเข้าใจว่าภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยเป็นอย่างไร มีอาการอะไรบ้าง?
- 4.2. คุณมีความรู้เกี่ยวกับการฝึกสติอย่างไรบ้าง คิดว่าการมีหรือไม่มีความรู้เรื่องนี้ส่งผลต่อการอยากฝึกสติหรือไม่อย่างไร มากน้อยเพียงใด

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการฝึกสติในคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย

- 5.1. คุณมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการฝึกสติในผู้ป่วยภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย
- 5.2. (เฉพาะคนไข้) การที่คุณทราบว่ามีการฝึกสติส่งผลต่อคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยทำให้คุณอยากฝึกสติมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร

ทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับการฝึกสติ

6. คุณมีทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับการฝึกสติอย่างไรบ้าง คิดว่าการมีหรือไม่มีทักษะพื้นฐานส่งผลต่อการอยากฝึกสติหรือไม่อย่างไร มากน้อยเพียงใด

บทบาทหน้าที่ทางสังคม

7. ตอนนี้คุณประกอบอาชีพอะไร อาชีพที่ทำอยู่ส่งผลต่อการตัดสินใจฝึกสติ/ไม่ฝึกสติหรือไม่ จากประสบการณ์ของคุณคนที่ฝึกสติส่วนมากประกอบอาชีพลักษณะใด

ความเชื่อเกี่ยวกับศักยภาพของตนเองต่อการฝึกสติ (Belief about capability)

8. คุณมีความเชื่อเกี่ยวกับศักยภาพของตนเองอย่างไรบ้าง คุณคิดว่าความเชื่อในศักยภาพของตนเองส่งผลต่อการฝึกสติหรือไม่ ความเชื่อนี้ส่งผลต่อการตัดสินใจให้อยากฝึกสติหรือไม่ อย่างไร

ความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการฝึกสติ (Belief about consequence)

9. ถ้าคุณฝึกสติอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลอย่างไรกับคุณ การทราบถึงประโยชน์ของการฝึกสติส่งผลต่อการตัดสินใจฝึกสติหรือไม่ อย่างไร

การมีเป้าหมายในการฝึกสติ (Goal)

10. คุณมีเป้าหมายอย่างไรในการฝึกสติ คิดว่าการมีเป้าหมายที่ชัดเจนส่งผลอย่างไรต่อการฝึกสติ

ความจำ สมาธิ และกระบวนการตัดสินใจ (Memory, attention and decision process)

11. คุณคิดว่าคนที่มีภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยส่งผลให้ความจำ สมาธิและกระบวนการตัดสินใจอย่างไร และคุณคิดว่าความจำ สมาธิและกระบวนการตัดสินใจของคนที่มีภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยมีผลต่อการฝึกสติหรือไม่ อย่างไร (กลุ่มบุคลากร)

สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น สถานที่ บรรยากาศ กับการฝึกสติ (environment context)

12. คุณคิดว่าสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อการฝึกสติในคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ อย่างไร

การสนับสนุนทางสังคมกับการฝึกสติ (social support)

13. คุณคิดว่าคนรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลอื่นในสังคมส่งผลต่อการฝึกสติในคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ อย่างไร

อารมณ์ ความรู้สึก (Emotion)

14. คุณคิดว่าอารมณ์ ความรู้สึก เช่น เศร้า โกรธ กลัว เบิกบาน เป็นต้น ส่งผลต่อการฝึกสติมากน้อยเพียงใด อย่างไร

รูปแบบกิจกรรมในการฝึกสติ (เฉพาะบุคลากรทางการแพทย์)

- 15.1. คุณคิดว่ารูปแบบกิจกรรมมีผลต่อการฝึกสติในกลุ่มภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ อย่างไร กิจกรรมที่เหมาะสมในการฝึกสติเป็นอย่างไร กิจกรรมที่ยาก ซับซ้อน/ง่าย มีผลต่อการฝึกสติหรือไม่

- 15.2. คุณคิดว่าวิธีการฝึกสติในกลุ่มภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยได้ผลทุกด้านหรือไม่ (ความใส่ใจ มิติสัมพัทธ์ ความจำ การให้เหตุผล/การวางแผน การใช้ภาษา) ควรฝึกการกระตุ้นความสามารถของสมองทุกด้านหรือควรเน้นด้านใดเป็นพิเศษหรือไม่ อย่างไร

- 15.3. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฝึกสติในกลุ่มภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยแต่ละครั้งควรใช้เวลานานเท่าใด ระยะเวลาในการฝึกแต่ละครั้งนานเท่าใด และควรเข้าร่วมการฝึกสตินานเท่าใดจึงเริ่มเห็นผลการรักษา

อื่นๆ

16. คุณคิดว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการฝึกสติในกลุ่มภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อยอีกหรือไม่ อย่างไร

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

นัฐยา ชาติเชื้อ*, วินิทราน นวลละออง*, มุทิตา พนาสถิตย์* **

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**ศูนย์แห่งความเป็นเลิศทางวิชาการด้านระบาดวิทยาประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ณ คลินิกสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2565 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกสาขาจิตเวช 299 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก ดังนี้ กลุ่มโรคจิตเภท อารมณ์สองขั้ว ซึมเศร้า และวิตกกังวล โดยใช้เกณฑ์ของสหพันธ์เบาหวานโลก (ปี ค.ศ. 2005) ในการวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง วิเคราะห์ข้อมูลและทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร

ผลการศึกษา ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงเท่ากับร้อยละ 51.17 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางการเงิน การดื่มสุรา การกินยารักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชและการกินยารักษาโรคจิต ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (adjusted odds ratio = 1.055, 95%CI = 1.006 - 1.106) ในขณะที่การได้รับยา agomelatine, bupropion, deanxit, tianeptine, trazodone และ vortioxetine เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะอ้วนลงพุง (adjusted odds ratio = 0.405, 95%CI = 0.213 - 0.772)

สรุป พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ศึกษาค่อนข้างมาก จึงควรประเมินและติดตามภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวชที่กินยารักษาโรคจิตต่อเนื่องทุกปี โดยวัดดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต วัดเส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันเอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์

คำสำคัญ ความชุก ภาวะอ้วนลงพุง ผู้ป่วยจิตเวช ยารักษาอาการทางจิตเวช

Corresponding author: นัฐยา ชาติเชื้อ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

E-mail: 15nuttaya@gmail.com

วันรับ : 20 กุมภาพันธ์ 2567 วันแก้ไข : 23 มีนาคม 2567 วันตอบรับ : 5 เมษายน 2567

The Prevalence and Associated Factors of Metabolic Syndrome in Psychiatric Patients at Thammasat University Hospital

Nuttaya Chartchua*, Winitra Nuallaong*, Muthita Phanasathit*, **

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

**Center of Excellence in Applied Epidemiology, Faculty of Medicine, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and associated factors of metabolic syndrome in psychiatric patients.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted among psychiatric outpatients at mental health clinic, between August 1, 2022 and July 31, 2023. The sample consisted of 299 psychiatric outpatients diagnosed with the following principle disorders: psychotic disorders, bipolar disorders, depressive disorders, and anxiety disorders. Metabolic syndrome was diagnosed based on the International Diabetes Federation criteria (IDF, 2005). Data were analyzed and tested for associations between various factors using multivariate logistic regression analysis.

Results: The prevalence of metabolic syndrome was 51.17%. Age, education level, occupation, economic status, current alcohol consumption, use of antidiabetic, antihypertensive, and hypolipidemic agents, duration of psychiatric disease, and antipsychotics were significantly correlated with metabolic syndrome. The duration of psychiatric disease was a risk factor for metabolic syndrome (adjusted odds ratio = 1.055, 95%CI = 1.006 - 1.106), while exposure to agomelatine, bupropion, deanxit, tianeptine, trazodone, and vortioxetine was a protective factor for metabolic syndrome (adjusted odds ratio = 0.405, 95%CI = 0.213 - 0.772).

Conclusion: The prevalence of metabolic syndrome in this group of psychiatric patients was high. These findings support the importance of assessing and monitoring metabolic syndrome in psychiatric patients who are continuously exposed to antipsychotic every year by measuring body mass index, blood pressure, waist circumference, fasting plasma glucose, HDL cholesterol, and triglycerides.

Keywords: prevalence, metabolic syndrome, psychiatric patient, psychotropic medication

Corresponding author: Nuttaya Chartchua

E-mail: 15nuttaya@gmail.com

Received 20 February 2024 Revised 23 March 2024 Accepted 5 April 2024

บทนำ

ภาวะอ้วนลงพุง หรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) ประกอบไปด้วย ความอ้วน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับน้ำตาลสูง¹ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 43 นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของโรคอ้วนทั่วโลกเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าระหว่างปี 2533 - 2565² ส่วนในประเทศไทยมีข้อมูลจากกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2565 พบความชุก ร้อยละ 47.8³ เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปความผิดปกติทางจิตเวชที่รุนแรงสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอุบัติการณ์ที่สูงของโรคร่วมทางร่างกาย วิถีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายต่ำ และอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีความชุกของภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าประชากรทั่วไปโดยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า⁴ สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยลดลงเกือบ 10 - 15 ปี⁴

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) และโรคอ้วน (obesity) ในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ โรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น โรคซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว และยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ยารักษาโรคจิต ยาแก้อาการซึมเศร้า และยาทำให้อารมณ์คงที่⁵ ยาทางจิตเวชหลายขนานทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็นเหตุให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงตามมา⁶ อีกทั้งการเพิ่มของน้ำหนักที่เกี่ยวข้องกับยาทางจิตเวชมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการไม่เริ่มยา การหยุดยา และความไม่พอใจในยาจิตเวช⁷ ซึ่งอาจเป็นปัญหาสำคัญในการรักษา มีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภท 250 ราย ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 108 ราย และผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช 290 ราย พบว่าร้อยละ 66.4 ของผู้ป่วยจิตเภท และร้อยละ 73.1 ของผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 35.2 อย่างมีนัยสำคัญ⁸ ในทางกลับกันโรคอ้วนยังอาจส่งผลต่อการดำเนินของโรค เช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีโรคอ้วนจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของช่วงซึมเศร้าและแมเนียสูงขึ้น⁹ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแยกลงและมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นด้วย¹⁰ ในประเทศไทยมีการศึกษาภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 55 ราย พบว่าร้อยละ 56.4 มีภาวะอ้วนลงพุง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ

อ้วนลงพุง คือ อายุ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง¹¹ การศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ จำนวน 320 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง คือ การกินยาแก้อาการซึมเศร้า mianserin และ sertraline¹² การศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 110 ราย พบว่าร้อยละ 31.3 มีภาวะอ้วนลงพุง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง คือ อายุ อาชีพ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง การกินยารักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง¹³ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยา clozapine ในโรงพยาบาลรามาริบัติ 33 ราย พบว่าร้อยละ 48.5 มีภาวะอ้วนลงพุงซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป แต่ยังมี การตรวจติดตามเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะอ้วนลงพุงนี้ไม่มาก จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เพียงพอ¹⁴

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุงตามนิยามของสหพันธ์เบาหวานโลก (ปี ค.ศ. 2005)¹⁵ ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ไว้คือ ต้องมีภาวะอ้วน หรือในกลุ่มประชากรเอเชีย เพศชายมีเส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. และเพศหญิง ≥ 80 ซม. หรือมี body mass index (BMI) > 30 กก./ม.² และต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไปจาก 4 ข้อ ต่อไปนี้

1. ระดับ triglyceride ในเลือด ≥ 150 mg/dl หรือได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับความผิดปกติของไขมันชนิดนี้
2. ระดับ HDL cholesterol ในเลือด < 40 mg/dl ในผู้ชาย หรือ < 50 mg/dl ในผู้หญิง หรือได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับความผิดปกติของไขมันชนิดนี้
3. ความดันโลหิต $\geq 130/85$ mmHg หรือได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนหน้านี้
4. ระดับ fasting plasma glucose (FPG) ≥ 100 mg/dl. หรือได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนหน้านี้

เนื่องจากทั้งโรคทางจิตเวชและภาวะอ้วนลงพุงล้วนเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและพบได้ค่อนข้างมาก แม้ว่าจะมีการศึกษาเรื่องนี้อยู่แล้วในประเทศไทย แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค เช่น โรควิตกกังวล และโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งมักใช้การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ยาแก้อาการซึมเศร้า และยาทำให้อารมณ์คงที่ ที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนลงพุงได้ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการศึกษาเรื่องนี้มามากแล้ว แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ดังนั้นผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเรื่องนี้เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยนอกสาขาจิตเวช ที่มา

รับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และคาดว่าผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและวางแนวทางการป้องกัน และคัดกรองภาวะอ่อนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกสาขาจิตเวชที่มาใช้บริการ ณ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยการศึกษาได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการ MTU-EC-PS-1-129/65 รับรองวันที่ 23 สิงหาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการ ณ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่มีการวินิจฉัยโรคหลักทางจิตเวช (principal diagnosis) ตามระบบ International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) ได้แก่ schizophrenia, schizotypal and delusional, and other non-mood psychotic disorders (รหัส F20 - F29), manic episode and Bipolar affective disorder (รหัส F30 - F31), depressive episode, recurrent depressive disorder and persistent mood disorders (รหัส F32 - F34) และ phobic anxiety disorders and other anxiety disorders (รหัส F40 - F41) โดยต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี กลุ่มตัวอย่างต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถเข้าใจภาษาไทยดีพอที่จะเข้าใจแบบสอบถามได้

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่พยากรณ์สุขภาพทางกายรุนแรง ได้แก่ สัญญาณชีพไม่เสถียร ภาวะทางร่างกายที่ป่วยรุนแรง อ่อนเพลียมาก ผู้ป่วยมีปัญหาการได้ยินบกพร่องมากจนไม่สามารถสื่อสารเข้าใจได้หรือผู้ป่วยมีสติปัญญาบกพร่องและผู้ที่ไม่สามารถรับรู้ ไม่สามารถตัดสินใจหรือไม่มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง (vulnerable subjects) โดยในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิต (psychosis) ที่รบกวนต่อความคิดอย่างมาก และมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือทำร้ายบุคคลอื่น

เกณฑ์การถอน ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธร่วมงานวิจัยต่อไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ครบถ้วนหรือปฏิเสธการเจาะเลือด ข้อมูลที่เก็บมาก่อนหน้านี้จะถูกทำลายและไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อ

ที่มาของขนาดตัวอย่างใช้สูตร finite population proportion โดยแทนค่าตัวแปรในสูตรดังนี้ ความชุกของภาวะอ่อนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวช (p) = 0.41¹⁶, z = 1.96, α (α) = 0.05, allowable error (d) = 0.08 และ design effect ($deff$) = 2 เนื่องจากเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ (stratified sampling) และประชากรผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการ ณ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2562 จากฐานข้อมูลสถิติในระบบ ePHIS_TU (หมายเหตุ: ที่ผู้วิจัยเลือกข้อมูลปี พ.ศ. 2562 เนื่องจากเป็นปีล่าสุดที่ยังไม่มีสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งคาดว่าสถานการณ์โควิด-19 จะมีผู้ป่วยมารับบริการน้อยลง) ผู้ที่มีการวินิจฉัยโรคหลักทางจิตเวช ตามระบบ ICD-10 รหัส F20 - F29, F30 - F31, F32 - F34 และ F40 - F41 (N) = 2,418 คน ต่อปี เมื่อนำมาแทนค่าในสูตรจะได้ตัวอย่าง 276 คน แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ป้องกันข้อผิดพลาดในการสุ่มตัวอย่างด้วยการเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจะมีการเก็บจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 300 คน ซึ่งมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช ปี 2562 ดังนี้ F20 - F29 คิดเป็นร้อยละ 20 = 60 คน F30 - F31 คิดเป็นร้อยละ 11 = 33 คน F32 - F34 คิดเป็นร้อยละ 40 = 120 คน และ F40 - F41 คิดเป็นร้อยละ 29 = 87 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อคน สถานะทางการเงิน และภาวะสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารประเภทแป้ง ของหวาน และไขมันสูง การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และการกินยารักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง และประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด และโรคเส้นเลือดในสมอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและนำไปใช้หาความสัมพันธ์กับการมีภาวะอ่อนลงพุง
2. แบบเก็บข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ การวินิจฉัยโรคหลักทางจิตเวช (principal diagnosis) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค การกินยารักษาอาการทางจิตเวช ได้แก่ 1) first-generation antipsychotics (FGA) 2) serotonin-

dopamine activity modulator ใน second-generation antipsychotics (SDAM-SGA) ได้แก่ aripiprazole, brexpiprazole และ cariprazine 3) non serotonin-dopamine activity modulator ใน second-generation antipsychotics (non SDAM-SGA) ได้แก่ clozapine, lurasidone, olanzapine, paliperidone, quetiapine และ risperidone 4) selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) 5) serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI) 6) tricyclic antidepressant (TCA) 7) noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NaSSA) ได้แก่ mirtazapine และ mianserine 8) others antidepressants ได้แก่ agomelatine, bupropion, deanxit, tianeptine, trazodone และ vortioxetine 9) lithium 10) anticonvulsants และ 11) antianxiety ผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว ความดันของเลือดสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว (systolic blood pressure; SBP) และความดันของเลือดสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างคลายตัว (diastolic blood pressure; DBP) รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose; FPG) ระดับไขมันชนิด high density lipoprotein (HDL) และชนิด triglyceride (TG) เพื่อนำไปใช้หาความสัมพันธ์กับการมีภาวะอ้วนลงพุง

การเก็บข้อมูลเริ่มจากให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ปัจจัยส่วนบุคคลด้วยตัวเอง จากนั้นตรวจร่างกายโดยผู้วิจัย ใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานชุดเดิมตลอดการวิจัย เพื่อชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต และวัดเส้นรอบเอวด้วยวิธีมาตรฐาน หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตเวชจากการทบทวนบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หากกลุ่มตัวอย่างมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการภายในระยะเวลา 1 ปี จะใช้ผลตรวจเดิมมาพิจารณา หากไม่มีผลตรวจจะส่งเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (standard deviation; SD) ค่ามัธยฐาน (median) interquartile range (IQR) และช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ระหว่างกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีภาวะอ้วนลงพุง คือ chi-square test, Fisher's exact test, independent samples t-test, Mann-Whitney U test โดยถือว่า มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ p-value <0.05 และใช้สถิติ multivariable logistic regression เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงเทียบกับผู้ที่ไม่มีความอ้วนลงพุง คำนวณโดยใช้ adjusted odds ratio (OR_{adjusted}) โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบวิเคราะห์ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช โรคหลักทางจิตเวช และการกินยารักษาอาการทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือ การมีภาวะอ้วนลงพุงที่ระดับ p-value <0.1 และกำหนดตัวแปรอื่นที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามที่ต้องถูกปรับเพื่อคำนวณค่า OR_{adjusted} ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางการเงิน และการดื่มสุรา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่าง 300 คน มีผู้ที่เข้าเกณฑ์การถอน 1 คน เนื่องจากปฏิเสธการเจาะเลือด กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์มีทั้งหมด 299 คน จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะอ้วนลงพุง 153 คน คิดเป็นความชุกภาวะอ้วนลงพุงเท่ากับร้อยละ 51.17 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่าปัจจัยที่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางการเงิน และการดื่มสุรา ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวและการกินยารักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช รวมทั้ง BMI เส้นรอบเอว ความดันเลือดทั้ง SBP และ DBP ระดับ FPG ระดับไขมันชนิด HDL และ TG

จากตารางที่ 2 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวชแต่ละกลุ่มโรคที่ศึกษามีดังนี้ กลุ่มโรค F20 - F29 = 35 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 กลุ่มโรค F30 - F31 = 20 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 กลุ่มโรค F32 - F34 = 51 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 และกลุ่มโรค F40 - F41 = 47 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคหลักทางจิตเวชกับภาวะอ้วนลงพุง พบว่าไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มโรค F20 - F29,

F30 - F31, F32 - F34 และ F40 - F41 กับการมีและไม่มีภาวะ
อ้วนลงพุง

จากตารางที่ 3 พบว่าจำนวนผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมี
ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับ
ยากลุ่ม non SDAM-SGA และไม่ได้รับ (p-value = 0.042)

จากตารางที่ 4 เมื่อกำหนดปัจจัยพื้นฐานให้เป็นตัวแปรอื่น
ที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะอ้วนลงพุง (ตัวแปรตาม) เพื่อคำนวณ
ค่า OR_{adjusted} ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทาง
การเงิน และการดื่มสุรา แล้วนั้น ใน model 2 แสดงความสัมพันธ์
ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชและโรคหลักทางจิตเวช

กับการมีภาวะอ้วนลงพุง โดยไม่ได้พิจารณาการได้รับยา
อาการทางจิตเวช พบว่าปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ต่อการเกิดภาวะ
อ้วนลงพุง ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (OR_{adjusted} =
1.062, 95%CI = 1.013 - 1.112) ใน model 3 แสดงความสัมพันธ์
ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช และการได้รับยา
อาการทางจิตเวชกับการมีภาวะอ้วนลงพุง โดยไม่ได้พิจารณา
โรคหลักทางจิตเวช พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง
(risk factor) ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (OR_{adjusted}
= 1.056, 95%CI = 1.008 - 1.106) ส่วนปัจจัยป้องกันต่อการเกิดภาวะ
อ้วนลงพุง (protective factor) ได้แก่ การได้รับยา กลุ่ม others

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ระหว่างกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด (N = 299)	ภาวะอ้วนลงพุง		P-value
		ไม่มี (n = 146)	มี (n = 153)	
เพศ				0.25 ^c
ชาย	99 (33.1%)	53 (53.5%)	46 (46.5%)	
หญิง	200 (66.9%)	93 (46.5%)	107 (53.5%)	
อายุ (ปี)				<0.05 ^{M*}
median (IQR)	57 (30)	49 (36)	61 (18)	
ระดับการศึกษา				<0.05 ^{c*}
ประถมศึกษา หรือน้อยกว่า (<5 ปี)	69 (23.1%)	25 (36.2%)	44 (63.8%)	
มัธยมศึกษา หรือน้อยกว่า (5 - 12 ปี)	87 (29.1%)	38 (43.7%)	49 (56.3%)	
ปริญญาตรีขึ้นไป (>12 ปี)	143 (47.8%)	83 (58.0%)	60 (42.0%)	
อาชีพ				<0.05 ^{c*}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	159 (53.2%)	66 (41.5%)	93 (58.5%)	
พนักงานบริษัท/พนักงานองค์กร	90 (30.1%)	46 (51.1%)	44 (48.9%)	
นักเรียน/นักศึกษา	32 (10.7%)	24 (75.0%)	8 (25.0%)	
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	18 (6.0%)	10 (55.6%)	8 (44.4%)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)				0.47 ^M
Median (IQR)	10,000 (24,300)	10,000 (24,550)	8,000 (24,300)	
สถานะทางการเงิน				<0.05 ^{c*}
รายได้พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ	88 (29.4%)	45 (51.1%)	43 (48.9%)	
รายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	122 (40.8%)	75 (61.5%)	47 (38.5%)	
รายได้ไม่พอใช้	89 (29.8%)	26 (29.2%)	63 (70.8%)	
การสูบบุหรี่				0.63 ^c
ไม่สูบ	272 (91%)	134 (49.3%)	138 (50.7%)	
สูบ	27 (9.0%)	12 (44.4%)	15 (55.6%)	
การดื่มสุรา				<0.05 ^{c*}
ไม่ดื่ม	265 (88.6%)	124 (46.8%)	141 (53.2%)	
ดื่ม	34 (11.4%)	22 (64.7%)	12 (35.3%)	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ระหว่างกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีภาวะอ้วนลงพุง (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด (N = 299)	ภาวะอ้วนลงพุง		P-value
		ไม่มี (n = 146)	มี (n = 153)	
การรับประทานอาหารประเภทแป้ง ของหวาน และไขมันสูง				0.19 ^c
นานๆ ครั้ง	157 (52.5%)	71 (45.2%)	86 (54.8%)	
เกือบทุกวัน	142 (47.5%)	75 (52.8%)	67 (47.2%)	
การออกกำลังกาย				0.83 ^c
น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	201 (67.2%)	99 (49.3%)	102 (50.7%)	
ตั้งแต่ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ขึ้นไป	98 (32.8%)	47 (48%)	51 (52%)	
โรคประจำตัว				
เบาหวาน	62 (20.7%)	8 (12.9%)	54 (87.1%)	<0.05 ^{c*}
ความดันโลหิตสูง	112 (37.5%)	23 (20.5%)	89 (79.5%)	<0.05 ^{c*}
ไขมันในเลือดสูง	154 (51.5%)	44 (28.6%)	110 (71.4%)	<0.05 ^{c*}
การกินยารักษา				
เบาหวาน	59 (19.7%)	7 (11.9%)	52 (88.1%)	<0.05 ^{c*}
ความดันโลหิตสูง	107 (35.8%)	21 (19.6%)	86 (80.4%)	<0.05 ^{c*}
ไขมันในเลือดสูง	139 (46.5%)	36 (25.9%)	103 (74.1%)	<0.05 ^{c*}
ประวัติญาติสายตรงเป็นโรค				
เบาหวาน	145 (48.5%)	74 (51.0%)	71 (49.0%)	0.46 ^c
ความดันโลหิตสูง	172 (57.5%)	81 (47.0%)	91 (53.0%)	0.49 ^c
ไขมันในเลือดสูง	125 (41.8%)	55 (44.0%)	70 (56.0%)	0.16 ^c
หัวใจขาดเลือด	56 (18.7%)	25 (44.6%)	31 (55.4%)	0.87 ^c
เส้นเลือดในสมอง	44 (14.7%)	22 (50.0%)	22 (50.0%)	0.49 ^c
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (ปี)				<0.05 ^{M*}
median (IQR)	5 (9)	5 (8)	8 (8)	
ผลการตรวจร่างกาย				
BMI (kg/m ²): median (IQR)	24.78 (5.98)	22.33 (5.75)	26.49 (5.77)	<0.05 ^{M*}
เส้นรอบเอว (cm): median (IQR)	89 (16)	81 (15)	94 (13)	<0.05 ^{M*}
Blood pressure (mmHg)				
SBP: Median (IQR)	130 (20)	126 (17)	135 (18.5)	<0.05 ^{M*}
DBP: Mean (SD)	78.57 (12)	76.65 (12.49)	80.40 (11.25)	<0.05 ^{I*}
				(mean diff -3.7 95%CI -6.5, -1.0)
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (mg/dl)				
FPG: median (IQR)	100.7 (21.32)	94.25 (13.62)	108.04 (24.53)	<0.05 ^{M*}
HDL: median (IQR)	57.2 (19.2)	61.88 (17.8)	51.79 (17.73)	<0.05 ^{M*}
TG: median (IQR)	108 (66)	89 (54.25)	124 (86)	<0.05 ^{M*}

 หมายเหตุ^c = chi-square test; ^I = independent sample t-test; ^M = Mann-Whitney U test; * = statistical significant

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคหลักทางจิตเวชกับการมีภาวะอ้วนลงพุง และการมีองค์ประกอบต่างๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง

โรคหลักทางจิตเวช	ภาวะอ้วนลงพุง		เส้นรอบเอวใหญ่เกินเกณฑ์		ความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์		ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) สูงเกินเกณฑ์		ระดับไขมันชนิด high density lipoprotein (HDL) ต่ำกว่าเกณฑ์		ระดับไขมันชนิด triglyceride (TG) สูงเกินเกณฑ์	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
ICD-10												
	p-value 0.092 [°]		p-value 0.334 [°]		p-value 0.283 [°]		p-value 0.047 ^{°*}		p-value 0.061 [°]		p-value 0.843 [°]	
F20 – F29 (n = 60)	25 (41.7%)	35 (58.3%)	19 (31.7%)	41 (68.3%)	27 (45%)	33 (55%)	23 (38.3%)	37 (61.7%)	44 (73.3%)	16 (26.7%)	47 (78.3%)	13 (21.7%)
F30 – F31 (n = 33)	13 (39.4%)	20 (60.6%)	6 (18.2%)	27 (81.8%)	13 (39.4%)	20 (60.6%)	15 (45.5%)	18 (54.5%)	22 (66.7%)	11 (33.3%)	27 (81.8%)	6 (18.2%)
F32 – F34 (n = 120)	69 (57.5%)	51 (42.5%)	42 (35%)	78 (65%)	56 (46.7%)	64 (53.3%)	69 (57.5%)	51 (42.5%)	101 (84.2%)	19 (15.8%)	93 (77.5%)	27 (22.5%)
F40 – F41 (n = 86)	39 (45.3%)	47 (54.7%)	27 (31.4%)	59 (68.6%)	29 (33.7%)	57 (66.3%)	36 (41.9%)	50 (58.1%)	72 (83.7%)	14 (16.3%)	64 (74.4%)	22 (25.6%)

หมายเหตุ [°] = chi-square test; * = statistical significant; ICD-10 International Classification of Diseases 10th Revision; F20 - 29 schizophrenia, schizotypal and delusional, and other non-mood psychotic disorders; F30 - 31 manic episode and bipolar affective disorder; F32 - F34 depressive episode, recurrent depressive disorder and persistent mood disorders; F40 - F41 phobic anxiety disorders and other anxiety disorders

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของการได้รับยารักษาอาการทางจิตเวชกับการมีภาวะอ้วนลงพุง และการมีองค์ประกอบต่างๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง

ยารักษา อาการทางจิตเวช	ภาวะอ้วนลงพุง (n = 153)	p-value	เส้นรอบเอว ใหญ่เกินเกณฑ์ (n = 205)		p-value	ความดันโลหิต สูงเกินเกณฑ์ (n = 174)		p-value	ระดับน้ำตาล ในเลือด (FPG) สูงเกินเกณฑ์ (n = 156)		p-value	ระดับไขมัน ชนิด high density lipoprotein (HDL) ต่ำกว่าเกณฑ์ (n = 60)		p-value	ระดับไขมัน ชนิด triglyceride (TG) สูงเกินเกณฑ์ (n = 68)		p-value
			ไม่มี	มี		ไม่มี	มี		ไม่มี	มี		ไม่มี	มี		ไม่มี	มี	
FGA	ไม่มี	131 (50.4%)	0.483 ^c	176 (67.7%)	0.403 ^c	151 (58.1%)	0.916 ^c	136 (52.3%)	0.905 ^c	50 (19.2%)	0.351 ^c	64 (24.6%)	0.046 ^{ca}				
	มี	22 (56.4%)		29 (74.4%)		23 (59.0%)		20 (51.3%)		10 (25.6%)		4 (10.3%)					
SDAM-SGA	ไม่มี	142 (51.3%)	0.909 ^c	189 (68.2%)	0.662 ^c	165 (59.6%)	0.088 ^c	142 (51.3%)	0.263 ^c	52 (18.8%)	0.047 ^{ca}	65 (23.5%)	0.290 ^c				
	มี	11 (50.0%)		16 (72.7%)		9 (40.9%)		14 (63.6%)		8 (36.4%)		3 (13.6%)					
non SDAM-SGA	ไม่มี	93 (47.0%)	0.042 ^{ca}	135 (68.2%)	0.843 ^c	119 (60.1%)	0.349 ^c	101 (51.0%)	0.573 ^c	33 (16.7%)	0.040 ^{ca}	40 (20.2%)	0.142 ^c				
	มี	60 (59.4%)		70 (69.3%)		55 (54.5%)		55 (54.5%)		27 (26.7%)		28 (27.7%)					
SSRI	ไม่มี	76 (54.7%)	0.258 ^c	98 (70.5%)	0.500 ^c	83 (59.7%)	0.620 ^c	86 (61.9%)	0.002 ^{ca}	29 (20.9%)	0.749 ^c	26 (18.7%)	0.121 ^c				
	มี	77 (48.1%)		107 (66.9%)		91 (56.9%)		70 (43.8%)		31 (19.4%)		42 (26.3%)					
SNRI	ไม่มี	135 (50.8%)	0.681 ^c	180 (67.7%)	0.345 ^c	157 (59.0%)	0.410 ^c	135 (50.8%)	0.162 ^c	52 (19.5%)	0.525 ^c	57 (21.4%)	0.124 ^c				
	มี	18 (54.5%)		25 (75.8%)		17 (51.5%)		21 (63.6%)		8 (24.2%)		11 (33.3%)					
TCA	ไม่มี	133 (50.0%)	0.250 ^c	180 (67.7%)	0.345 ^c	151 (56.8%)	0.155 ^c	138 (51.9%)	0.772 ^c	56 (21.1%)	0.227 ^c	60 (22.6%)	0.827 ^c				
	มี	20 (60.6%)		25 (75.8%)		23 (69.7%)		18 (54.5%)		4 (12.1%)		8 (24.2%)					
NaSSA	ไม่มี	148 (50.9%)	0.723 ^F	199 (68.4%)	1.000 ^F	168 (57.7%)	0.476 ^F	150 (51.5%)	0.286 ^F	58 (19.9%)	0.663 ^F	68 (23.4%)	0.206 ^F				
	มี	5 (62.5%)		6 (75.0%)		6 (75.0%)		6 (75.0%)		2 (25.0%)		0 (0.0%)					
others antidepressants	ไม่มี	123 (53.9%)	0.085 ^c	163 (71.5%)	0.05 ^c	139 (61.0%)	0.082 ^c	116 (50.9%)	0.421 ^c	49 (21.5%)	0.270 ^c	54 (23.7%)	0.486 ^c				
	มี	30 (42.3%)		42 (59.2%)		35 (49.3%)		40 (56.3%)		11 (15.5%)		14 (19.7%)					
lithium	ไม่มี	146 (50.2%)	0.067 ^F	198 (68.0%)	0.443 ^F	171 (58.8%)	0.286 ^F	150 (51.5%)	0.286 ^F	58 (19.9%)	0.663 ^F	68 (23.4%)	0.206 ^F				
	มี	7 (87.5%)		7 (87.5%)		3 (37.5%)		6 (75.0%)		2 (25.0%)		0 (0.0%)					
anticonvulsants	ไม่มี	135 (50.9%)	0.826 ^c	181 (68.3%)	0.787 ^c	153 (57.7%)	0.654 ^c	144 (54.3%)	0.036 ^{ca}	48 (18.1%)	0.019 ^{ca}	63 (23.8%)	0.235 ^c				
	มี	18 (52.9%)		24 (70.6%)		21 (61.8%)		12 (35.3%)		12 (35.3%)		5 (14.7%)					
antianxiety	ไม่มี	53 (57.0%)	0.176 ^c	69 (74.2%)	0.159 ^c	59 (63.4%)	0.216 ^c	51 (54.8%)	0.535 ^c	16 (17.2%)	0.406 ^c	26 (28.0%)	0.148 ^c				
	มี	100 (48.5%)		136 (66.0%)		115 (55.8%)		105 (51.0%)		44 (21.4%)		42 (20.4%)					

หมายเหตุ ^c = chi-Square test; ^F = Fisher's Exact test; * = statistical significant; FGA: first-generation antipsychotics; SDAM-SGA: serotonin-dopamine activity modulator ใน second-generation antipsychotics ได้แก่ aripiprazole, brexpiprazole, cariprazine; non SDAM-SGA: non serotonin-dopamine activity modulator ใน second-generation antipsychotics ได้แก่ clozapine, lurasidone, olanzapine, paliperidone, quetiapine, risperidone; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitors; SNRI: serotonin- norepinephrine reuptake inhibitors; TCA: tricyclic antidepressant; NaSSA: noradrenergic and specific serotonergic antidepressant ได้แก่ mirtazapine, mianserine; others antidepressants ได้แก่ agomelatine, bupropion, deanxit, tianeptine, trazodone, vortioxetine

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปรระหว่างโรคหลักทางจิตเวช ยารักษาอาการทางจิตเวชกับการมีภาวะอ้วนลงพุง

	odds ratio	95% confidence interval		overall percentage correct
		lower	upper	
model 1				66.6
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (ปี)	1.081	1.034	1.131	
โรคหลักทางจิตเวช				
กลุ่มโรควิตกกังวล (F40 - F41)	1 [reference]			
กลุ่มโรคซึมเศร้า (F32 - F34)	0.652	0.365	1.165	
กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (F30 - F31)	0.626	0.241	1.624	
กลุ่มโรคจิตเภท (F20 - F29)	0.648	0.296	1.417	
การได้รับยากกลุ่ม non SDAM-SGA	1.394	0.778	2.494	
การได้รับยากกลุ่ม others antidepressants	0.638	0.361	1.127	
การได้รับยา lithium	5.080	0.565	45.642	
model 2^a psychiatric diseases without psychotropic medications				66.6
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (ปี)	1.062	1.013	1.112	
โรคหลักทางจิตเวช				
กลุ่มโรควิตกกังวล (F40 - F41)	1 [reference]			
กลุ่มโรคซึมเศร้า (F32 - F34)	0.798	0.418	1.524	
กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (F30 - F31)	1.351	0.518	3.527	
กลุ่มโรคจิตเภท (F20 - F29)	1.219	0.548	2.709	
model 3^a psychotropic medications without psychiatric diseases				69.2
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (ปี)	1.056	1.008	1.106	
การได้รับยากกลุ่ม non SDAM-SGA	1.455	0.805	2.632	
การได้รับยากกลุ่ม others antidepressants	0.402	0.212	0.763	
การได้รับยา lithium	5.623	0.525	60.276	
model 4^a both psychotropic medications and psychiatric diseases				70.2
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (ปี)	1.055	1.006	1.106	
โรคหลักทางจิตเวช				
กลุ่มโรควิตกกังวล (F40 - F41)	1 [reference]			
กลุ่มโรคซึมเศร้า (F32 - F34)	0.781	0.404	1.510	
กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (F30 - F31)	0.891	0.301	2.636	
กลุ่มโรคจิตเภท (F20 - F29)	0.863	0.357	2.087	
การได้รับยากกลุ่ม non SDAM-SGA	1.480	0.775	2.829	
การได้รับยากกลุ่ม others antidepressants	0.405	0.213	0.772	
การได้รับยา lithium	5.420	0.468	62.800	

หมายเหตุ^a models ได้รับการ adjusted ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางการเงิน และการดื่มสุรา non SDAM-SGA: non serotonin-dopamine activity modulator ใน second-generation antipsychotics ได้แก่ clozapine, lurasidone, olanzapine, paliperidone, quetiapine และ risperidone

antidepressants (OR_{adjusted} = 0.402, 95%CI = 0.212 - 0.763) และใน model 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช โรคหลักทางจิตเวช และการได้รับการรักษาอาการทางจิตเวชกับการมีภาวะอ้วนลงพุง พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (OR_{adjusted} = 1.055, 95%CI = 1.006 - 1.106) ส่วนปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ การได้รับยาในกลุ่ม others antidepressants (OR_{adjusted} = 0.405, 95%CI = 0.213 - 0.772)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคหลักทางจิตเวช การได้รับการรักษาอาการทางจิตเวชแต่ละกลุ่มกับการมีภาวะอ้วนลงพุง และการมีแต่ละองค์ประกอบตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ การมีเส้นรอบเอวใหญ่เกินเกณฑ์ ความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ระดับไขมันเอชดีแอลต่ำกว่าเกณฑ์ และไตรกลีเซอไรด์สูงเกินเกณฑ์ ในผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 4 กลุ่มโรค ตามระบบ ICD-10 รหัส F20 - F29, F30 - F31, F32 - F34 และ F40 - F41 ซึ่งพบว่าความชุกของภาวะอ้วนลงพุงอยู่ที่ร้อยละ 51.7 ซึ่งสูงกว่ารายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2565 ที่มีความชุกร้อยละ 43² และสูงกว่าในประเทศไทยโดยข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 ที่มีความชุกร้อยละ 47.8³ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการภายในระยะเวลา 1 ปีอยู่เดิม มีจำนวน 280 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงหรือมีภาวะอ้วนลงพุงอยู่เดิม จึงทำให้พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุงได้สูง มีการศึกษาว่าความชุกของภาวะอ้วนลงพุงทั่วโลกเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าระหว่างปี 2533 - 2565² เนื่องจากการมีพฤติกรรมการกินที่เปลี่ยนแปลงไป กินอาหารที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (simple carbohydrate) มากขึ้น อีกทั้งยังมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปโดยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง และมีกิจกรรมทางกายลดลง (sedentary lifestyle) ทำให้เกิดการสะสมปริมาณไขมันที่เพิ่มมากขึ้นและมวลกล้ามเนื้อน้อยลง อัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกายจึงลดลงและเกิดภาวะอ้วนลงพุงตามมา¹⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาว่าผู้ป่วยจิตเวชมีความชุกของภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าประชากรทั่วไป⁴ ดังนั้นจึงควรให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอ้วนลงพุง

ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และสังคมศาสตร์ การศึกษานี้พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางการเงิน และการดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง ในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความชุกของภาวะอ้วนลงพุงมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นสูงถึง 8 เท่า¹⁸ เนื่องจากการเผาผลาญพลังงานของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดการสะสมของไขมันเพิ่มมากขึ้นและนำไปสู่ภาวะอ้วนลงพุง¹⁷ ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีภาวะอ้วนลงพุง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มที่ระดับการศึกษามากกว่า 12 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะอ้วนลงพุงต่ำกว่าผู้มีการศึกษาน้อยกว่า 5 ปี และ 5 - 11 ปี (ร้อยละ 14.8, 17.2 และ 18.8 ตามลำดับ)¹⁸ ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความชุกของภาวะอ้วนลงพุงมากที่สุด ซึ่งอาจเป็นเพราะมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยและมีกิจกรรมทางกายลดลง (sedentary lifestyle)¹⁷ ในขณะที่อาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานมีการเคลื่อนไหวร่างกายและมีกิจกรรมทางกายมากกว่า ปัจจัยด้านรายได้พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความชุกของภาวะอ้วนลงพุงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในชนชั้นทางสังคมระดับล่างมากกว่าในระดับสูง¹⁹ ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้มีตัวเลือกในการรับประทานอาหารน้อยกว่า จึงมีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารราคาถูกที่มีไขมันและน้ำตาลสูง อีกทั้งยังเข้าไม่ถึงอาหารเพื่อสุขภาพที่มีราคาสูง ดังนั้นผู้วิจัยเสนอแนะการเฝ้าระวังภาวะอ้วนลงพุงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (<5 ปี) ซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้ไม่พอใช้

ปัจจัยด้านลักษณะทางคลินิก พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ การมีโรคประจำตัวรวมถึงการกินยารักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รวมทั้งดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันเอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง โดยการมีภาวะอ้วนลงพุงสูงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2 - 3 เท่า⁴ สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจเพิ่มขึ้น จึงนับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขเนื่องจากทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายสูงขึ้น⁴

ปัจจัยด้านโรคหลักทางจิตเวชพบว่าระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมของกุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชนั้นสอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช และสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทั้งสองอย่างนี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงได้¹⁶ ผู้วิจัยเสนอแนะให้ประเมินและติดตามภาวะอ้วนลงพุงในระยะเริ่มแรกของการรักษา จึงอาจช่วยลดอุบัติการณ์ ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของภาวะอ้วนลงพุงได้

ปัจจัยด้านยารักษาอาการทางจิตเวชพบว่า ผู้ป่วยได้รับยา กลุ่ม non SDAM-SGA และไม่ได้รับยาในกลุ่มนี้ (ได้แก่ clozapine, lurasidone, olanzapine, paliperidone, quetiapine และ risperidone) มีภาวะอ้วนลงพุงที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อติดตามการใช้ยารักษาโรคจิตชนิดต่างๆ ในขนาดปกติเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ยาในกลุ่ม non serotonin-dopamine activity modulator ใน second-generation antipsychotics (non SDAM-SGA) โดยเฉพาะ clozapine และ olanzapine มีผลเพิ่มน้ำหนักตัวได้มากกว่ายาในกลุ่ม first-generation antipsychotics²⁰ อธิบายกลไกที่อาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากการที่ยาไปยับยั้งตัวรับ histamine หรือตัวรับ serotonin ที่ 5-HT_{2A} หรือ 5-HT_{2C}²¹ การศึกษานี้ยังพบว่าการได้รับยาในกลุ่ม others antidepressants ได้แก่ agomelatine, bupropion, deanxit, tianeptine, trazodone และ vortioxetine เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา systematic review และ meta-analysis ที่พบว่ายาแก้ซึมเศร้าที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักลด ได้แก่ fluoxetine และ bupropion โดยพบว่า fluoxetine ทำให้น้ำหนักลดเพียงระยะสั้นๆ และไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักในระยะยาว (6 - 12 เดือน) มากนัก²² ตามที่ Stroup, T.S. และ Gray, N. (2018) ได้เสนอแนวทาง Management of common adverse effects of antipsychotic medications ว่าควรมีการประเมินและติดตามภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตต่อเนื่องทุก 1 ปี โดยวัดดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจเลือกใช้ยา²³

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ประการแรก กลุ่มตัวอย่างมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการภายในระยะเวลา 1 ปีอยู่เดิม คิดเป็นร้อยละ 93.6 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงหรือมีภาวะอ้วนลงพุงอยู่เดิม จึงทำให้พบความชุก

ของภาวะอ้วนลงพุงได้สูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ใช่ตัวแทนของประชากรที่ดี ประการที่สอง แม้ว่าจะมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับยาแต่ละกลุ่มที่ครอบคลุมมากแล้วก็ตาม แต่ยังไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการรับประทานยาที่สอดคล้องตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการทางสุขภาพหรือไม่ ประการสุดท้าย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ที่บอกปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะอ้วนลงพุงได้ แต่ไม่สามารถสรุปเชิงสาเหตุ (causal inferences) ได้

ข้อเสนอแนะ

ควรเจาะเลือดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ FPG, HDL และ TG ใหม่ทั้งหมดเพื่อลดอคติจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมในการรับประทานยาที่สอดคล้องตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ (medication adherence) นอกจากนี้ควรมีการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อพิจารณาความเหมือนและความแตกต่างจากการศึกษานี้ อีกทั้งยังสามารถหาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ (causal relationship) และควรมีการศึกษาเรื่องนี้ในสถานพยาบาลอื่นๆ (multicenter) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารเป็นตัวแทนของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยได้

สรุป

ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชโรคหลักมีภาวะอ้วนลงพุง โดยภาวะอ้วนลงพุงสัมพันธ์กับการได้รับยาในกลุ่ม non SDAM-SGA ได้แก่ clozapine, lurasidone, olanzapine, paliperidone, quetiapine และ risperidone ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องยาวนานโดยเฉพาะได้รับยาในกลุ่ม non SDAM-SGA จึงควรได้รับการตรวจคัดกรองและติดตามภาวะอ้วนลงพุงอย่างสม่ำเสมอทุก 1 ปี โดยวัดดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต วัดเส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำหรับทุนสนับสนุนงานวิจัยแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2566 ขอขอบคุณ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณหน่วยงานคลินิกสุขภาพจิต สำหรับการช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ในการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ณัฐยา ชาติเชื้อ: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การบันทึกผล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนและแก้ไขบทความ; วิณิตรา นวลละออง: การออกแบบการศึกษา และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; มุกทิศา พนาสถิตย์: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C. Definition of metabolic syndrome: report of the national heart, lung, and blood institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation* 2004; 109(3): 433-8.
2. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [updated 2024 Mar 1; cited 2024 Mar 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
3. Thaihealth. World obesity day [Internet]. Bangkok: Thaihealth promotion foundation; 2023 [updated 2023 Mar 2; cited 2024 Mar 10]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=329805>.
4. Schmitt A, Reich-Erkelenz D, Falkai P. Impact of the metabolic syndrome on severe mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2020; 270(5): 499-500.
5. Berkowitz RI, Fabricatore AN. Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34(4): 747-64.
6. Nihalani N, Schwartz TL, Siddiqui UA, Megna JL. Weight gain, obesity, and psychotropic prescribing. *J Obes* 2011; 2011: 1-9.
7. McIntyre RS, Kwan ATH, Rosenblat JD, Teopiz KM, Mansur RB. Psychotropic drug-related weight gain and its treatment. *Am J Psychiatry* 2024; 181(1): 26-38.
8. Gurpegui M, Martínez-Ortega JM, Gutiérrez-Rojas L, Rivero J, Rojas C, Jurado D. Overweight and obesity in patients with bipolar disorder or schizophrenia compared with a non-psychiatric sample. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2012; 37(1): 169-75.
9. Fagiolini A, Kupfer DJ, Houck PR, Novick DM, Frank E. Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160(1): 112-7.
10. Kolotkin RL, Corey-Lisle PK, Crosby RD, Swanson JM, Tuomari AV, L'Italien G J, et al. Impact of obesity on health-related quality of life in schizophrenia and bipolar disorder. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16(4): 749-54.
11. Jiamjongwathana P. Metabolic syndrome in patients with major depressive disorder at department of psychiatry, Banpong hospital. *Reg 4-5 Med J* 2017;36(4):265-75.
12. Duangsa J, Sanchaisuriya P. Metabolic syndrome in patients with major depressive disorder at the outpatient clinic NakhonRatchasimaRajanagarindra Psychiatric Hospital. *JBCNM* 2015; 21(2): 41-58.
13. Kooptiwot S, Jiamjongwathana P, Ratta-Apha W. Prevalence of metabolic syndrome in patients with major depressive disorder at outpatient clinic, Department of Psychiatry, Siriraj Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57(3): 271-82.
14. Jantaratnotai N, Kongsakon R. Prevalence of metabolic syndrome in patients with schizophrenia spectrum disorders currently receiving clozapine at Ramathibodi hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015; 60(1): 13-22.
15. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112(17): 2735-52.
16. Alosaimi FD, Abal Hassan M, Alhaddad B, Alzain N, Fallata E, Alhabbad A, et al. Prevalence of metabolic syndrome and its components among patients with various psychiatric diagnoses and treatments: a cross-sectional study. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 45: 62-9.
17. Prasittipatt T, Rudtanasudjatun K, Methaphat C, Thetkathuek A. Factors Influencing the abdominal obesity of employees in large-sized manufactories in the eastern region. *JHS* 2018; 27(5): 792-9.
18. Khamchata L, Dumrongpakapakorn P, Theeranut A. Metabolic syndrome: dangerous signs required management. *Srinagarind Med J* 2018; 33(4): 386-95.
19. Abbate M, Pericas J, Yañez AM, López-González AA, De Pedro-Gómez J, Aguilo A, et al. Socioeconomic inequalities in metabolic syndrome by age and gender in a Spanish working population. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 1-16.
20. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC, et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry* 1999; 156(11): 1686-96.
21. Meyer JM. A retrospective comparison of weight, lipid, and glucose changes between risperidone and olanzapine-treated inpatients: metabolic outcomes after 1 year. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(5): 425-33.
22. Serretti A, Mandelli L. Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(10): 1259-72.
23. Stroup TS, Gray N. Management of common adverse effects of antipsychotic medications. *World Psychiatry* 2018; 17(3): 341-56.

ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในระบบ 6 เดือน ของผู้บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ในคลินิกเมทาโดน ณ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

วิญญู จินะณรงค์*, ปวรุตม์ พวงศรี**

*โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

**สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไป ลักษณะด้านการเสพติดสารเสพติด และลักษณะด้านการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดเมทาโดนระยะยาวที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคงอยู่ในระบบเป็นระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน ของผู้เข้ารับบริการ

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาของผู้ติดยาเสพติดสารกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น ที่มารับบริการที่คลินิกเมทาโดน แผนกจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงเดือนมกราคม 2563 - มกราคม 2566 จำนวน 153 ราย เก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสารเสพติด และข้อมูลด้านการบำบัดรักษา

ผลการศึกษา ด้านการคงอยู่ในระบบพบว่าผู้ป่วยเกินกว่า 1 ใน 3 อยู่ในระบบต่อเนื่องนานกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 37.3) โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบคือ 6.3 เดือน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ กับการคงอยู่ในระบบพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบนานกว่า 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 16 ปี รับประทานเมทาโดนในรูปแบบได้ยากกลับบ้านหรือไปฝากที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และอาศัยอยู่นอกอำเภอเมือง ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบ

สรุป ผลการศึกษาที่ได้ควรนำไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังทางคลินิกในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 16 ปี และอาศัยอยู่ห่างไกลจากจุดรับยาเมทาโดน และส่งเสริมให้มีจุดรับเมทาโดนเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ สารกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น เมทาโดน คงอยู่ในระบบ



Predicting Factors of Six Months Retention in Methadone Maintenance Therapy at Prachuap Khiri Khan Hospital

Vinn Jinanarong*, Pavarud Puangsri**

*Prachuap Khirikhan Hospital

**School of Medicine, Walailak University

ABSTRACT

Objective: To examine the characteristics of patients who are undergoing long-term methadone treatment at Prachuap Khiri Khan Hospital and to determine which factors predict patient retention in the system for more than six months.

Methods: A descriptive study was conducted on 153 patients. The sample population consisted of patients undergoing long-term methadone treatment at Prachuap Khiri Khan Hospital. Data were collected between January 1, 2020, and January 1, 2023. The demographic data, substance use histories, and treatment histories were collected and analyzed.

Results: The study revealed that more than one-third of patients remained in treatment for over six months (37.3 percent), with an average stay of 6.3 months. Patients over the age of 16, receiving methadone via take-home or drop-off at a nearby hospital, and living outside the hospital district were found to be significantly more likely to stay in the system for more than six months.

Conclusion: The results should be used to increase caution when treating young patients with opioid use disorder and patients who live in the suburbs and increase the number of methadone drop-off units.

Keywords: opioid use disorder, methadone, retention

Corresponding author: Vinn Jinanarong

E-mail: vinevelus@gmail.com

Received 16 January 2024 Revised 20 March 2024 Accepted 20 March 2024

บทนำ

ภาวะติดสารเสพติด เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อวงกว้างทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร¹ ทั่วทั้งโลกมีผู้เสพติดสารเสพติดจากสารกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นกว่า 16 ล้านคน และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 120,000 คนต่อปี² ข้อมูลระดับประเทศพบว่าจากระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย 155,500 ราย ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 79.2) รองลงมาคือ ไอซ์ (ร้อยละ 8.3) กัญชา (ร้อยละ 4.4) และเฮโรอีน (ร้อยละ 3.3) โดยเฮโรอีนเป็นหนึ่งในยาเสพติดในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากพบการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในบางพื้นที่³

การเสพติดสารกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นพบทั้งการสูบและการฉีด สารกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นที่มีการแพร่ระบาดอยู่ในประเทศมีหลายชนิด เช่น เฮโรอีนระบาดในภาคเหนือตอนบน กรุงเทพมหานคร ภาคใต้ตอนล่าง ฝิ่นระบาดในภาคเหนือตอนบน โคเคอีนระบาดในภาคใต้ตอนล่าง เป็นต้น

การเสพติดสารกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นมักเป็นภาวะเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ดังนั้นแนวทางการรักษาจึงควรจะใช้กรอบแนวคิดของการรักษาโรคเรื้อรัง การรักษาภาวะติดสารเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นมีทั้งการให้ยาทดแทนระยะยาว ได้แก่ ยาเมทาโดนหรือบิวพรีนอร์ฟิน การให้ยาระยะสั้น หรือการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดโดยไม่ใช้ยา จากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวได้ผลดีที่สุดในการลดพฤติกรรมใช้สารเสพติด ผิดกฎหมาย และลดอัตราการก่ออาชญากรรม⁴ โดยใช้แนวคิดเรื่อง “Harm reduction” หรือ “การลดอันตราย” มีจุดประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายจากการใช้สารเสพติดลง ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดยาเสพติดได้ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษาที่ยึดความพร้อมของผู้ป่วยเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด^{5,6}

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ได้จัดตั้งคลินิกลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction Clinic) ขึ้น ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เพื่อให้ยาเมทาโดนทดแทนในระยะยาว แก่ผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนในพื้นที่ โดยการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกนั้น ผู้ป่วยควรต้องมารับประทานยาเมทาโดนที่คลินิกเมทาโดนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวัน แต่ในทางปฏิบัติจิตแพทย์สามารถสั่งจ่ายยา

เมทาโดนให้ผู้ป่วยนำกลับไปที่บ้านได้ (take-home dose) ในปริมาณไม่เกิน 420 มิลลิกรัมต่อครั้ง โดยมีเงื่อนไขดังนี้ 1) ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่นอกอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์มีความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาลทุกวัน 2) ผู้ป่วยต้องรับประทานต่อหน้าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ใกล้บ้าน และต้องได้รับการเซ็นกำกับในสมุดพกเพื่อยืนยันการรับประทานยาจริง หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวจะมีการตัดเดือน และประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ หากผู้ป่วยยังทำผิดซ้ำจะถูกตัดสิทธิการให้ยากลับไปที่บ้านได้

จากการศึกษาในอดีตพบว่าผู้ป่วยที่คงอยู่ในระบบรับเมทาโดนเป็นระยะเวลาสั้น มีผลลัพธ์การรักษาที่ต่ำกว่า ได้แก่ มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีปริมาณการใช้สารเสพติดที่ลดลง⁷ จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเมทาโดนระยะยาวมีผลลัพธ์การบำบัดที่ดีได้หากมีปัจจัยส่งเสริม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ปัจจัยการบำบัด ได้แก่ การได้รับยาเมทาโดนที่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนนานพอ⁸ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในระบบบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ได้แก่ การประกอบอาชีพ และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท⁹

จากการดำเนินการคลินิกลดอันตรายจากยาเสพติดของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่ามีผู้ป่วยบางส่วนที่คงอยู่ในระบบได้ไม่ถึง 6 เดือน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคงอยู่ในระบบ 6 เดือน ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดที่คลินิกลดอันตรายจากยาเสพติด ณ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ผลของการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้วิจัยเห็นถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบและนำมาพัฒนาระบบให้บริการต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเสพติดสารกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น (opioid dependence หรือ opioid use disorder)

ที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดน ระยะ 2 ปีย้อนหลัง (ในช่วงปี 2563 - 2565) จำนวนรวม 153 ราย

ใช้สูตร Cochran's formula เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ของอัตราส่วนประชากรแบบจำกัด (finite population proportion) โดยอ้างอิงงานวิจัยของ สมพร สุวรรณมาใจ⁹ พบอัตราการคงอยู่ในระบบร้อยละ 19 แทนค่าในสูตร Cochran's formula ได้ผลลัพธ์ $n = 150$ ราย แต่เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่าง 153 ราย จึงเก็บทั้งหมด

เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว 3 ปีย้อนหลัง (ในช่วงปี 2563 - 2565) เกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลในเวชระเบียน และระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบบันทึกข้อมูล ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุด แบ่งเป็น

1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ ญาติหรือผู้ดูแล
2. ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและภาวะทางกาย และโรคทางจิตเวช ตามคู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 4 หรือ 5
3. ข้อมูลการใช้สารเสพติด ได้แก่ สาเหตุที่เริ่มเสพ อายุที่เริ่มเสพ วิธีการเสพ ระยะเวลาและปริมาณในการเสพ ราคาที่ใช้เพื่อการค้าซึ่งสารเสพติด การเลิกสาร และสารเสพติดชนิดอื่น
4. ข้อมูลด้านการบำบัดรักษา ได้แก่ เหตุผลของการเข้ารับการบำบัด ความสม่ำเสมอ รูปแบบของการรับยา การคงอยู่ในระบบต่อเนื่องนานกว่า 6 เดือน ข้อมูลด้านยาเมทาโดน ได้แก่ ขนาดยาเมทาโดนเริ่มต้น ขนาดยาเมทาโดนที่ได้รับในระยะต่อเนื่อง
5. ผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ได้แก่ ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ (urine opioid)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลที่ลงข้อมูลเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็นสถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Chi-square และ Fisher Exact Test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 153 คน ด้านลักษณะทั่วไปพบว่า เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 98) อายุเฉลี่ย 25.6 ± 5.6 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 61.3 ± 13.5 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 171.5 ± 7.3 เซนติเมตร ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 69.9) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 74.5) และรายได้เฉลี่ย $9,863.6 \pm 10,650$ บาทต่อเดือน อาชีพที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ อันดับ 1 อาชีพกัญชกร (ร้อยละ 39.9) อันดับ 2 อาชีพเมือง (ร้อยละ 26.1) อันดับ 3 อาชีพสามร้อยยอด (ร้อยละ 17) และอันดับ 4 อาชีพหัวหิน (ร้อยละ 12.4) กว่าครึ่งของผู้ป่วยมีญาติสายตรงอาศัยอยู่ด้วย (ร้อยละ 62.1) และสถานะของบิดามารดาต่ำกว่าครึ่งเล็กน้อยที่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น (ร้อยละ 44.4) แบ่งกลุ่มเป็นผู้ป่วยในอำเภอเมือง ร้อยละ 26.1 และผู้ป่วยนอกอำเภอเมือง ร้อยละ 73.9 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลการใช้สารเสพติด

ข้อมูลด้านการเสพสารเสพติดของผู้ป่วยพบว่า อายุที่เริ่มเสพเฉลี่ย 22 ปี และเสพมานานเฉลี่ย 3 ปี ปริมาณที่เสพเฉลี่ย 3 กรัมต่อวัน จากการคัดกรอง V2 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับผู้ติด (ร้อยละ 87.6) เสพเฮโรอีนด้วยวิธีการสูบ (ร้อยละ 90.8) อายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพคือ 22.1 ± 8.9 ปี และระยะเวลาที่เสพเฉลี่ยคือ 3.1 ± 2.4 ปี ปริมาณที่เสพต่อวันโดยเฉลี่ย คือ 3.0 ± 4.3 กรัม ราคาของเฮโรอีนที่ซื้อต่อวันเฉลี่ย 738.8 ± 774.7 บาท สารเสพติดอื่นที่เข้าร่วมด้วย ได้แก่ บุหรี่ (ร้อยละ 62.1) กัญชา (ร้อยละ 24.8) สุรา (ร้อยละ 16.3) แอมเฟตามีน (ร้อยละ 13.7) และกระท่อม (ร้อยละ 11.1) มีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 5 ที่เคยหยุดเสพเฮโรอีนได้นานกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 19.0) (ตารางที่ 2)

ข้อมูลการบำบัดรักษา

ด้านการบำบัดรักษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ามาบำบัดเพราะอยากเลิกเสพ (ร้อยละ 77.1) มากกว่าครึ่งได้ยาเมทาโดนขนาดเริ่มต้นที่ขนาดสูงกว่า 20 มิลลิกรัมต่อวัน (ร้อยละ 61.4) ส่วนใหญ่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 66) ขนาดยาที่ได้รับในระยะ

ต่อเนื่องเฉลี่ย 43.7 ± 15.9 มิลลิกรัมต่อวัน มีผู้ป่วย 1 ใน 4 ที่เคยบำบัดด้วยเมทาโดนมาก่อน (ร้อยละ 74.5) และมีผู้ป่วย 1 ใน 4 ที่รับยาในรูปแบบกินยาที่โรงพยาบาลประจำวัน (ร้อยละ 26.8) ด้านการคงอยู่ในระบบ (retention rate) พบว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 อยู่ในระบบต่อเนื่องนานกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 37.3) โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบคือ 6.3 ± 7.7 เดือน (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนนานกว่า 6 เดือน

จากการคำนวณทางสถิติพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนนานกว่า 6 เดือนทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่

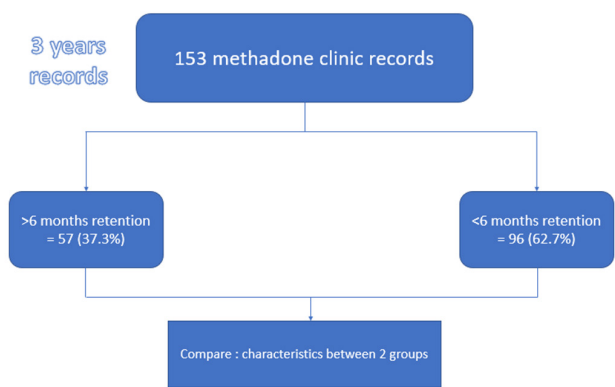
1. รูปแบบการรับบริการ พบว่าผู้ป่วยที่รับบริการแบบรับยาไปฝากที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.029$)
2. อายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 16 ปี มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$)
3. ที่อยู่อาศัย พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกอำเภอเมือง มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$) (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต⁹ และสอดคล้องกับอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นที่จะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 - 3 เท่า¹⁰ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เท่ากับ 25 ปี ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับงานวิจัยในอดีตที่มีอายุเฉลี่ย

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะทั่วไป (demographic data) ของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นที่เข้ารับบริการที่เมทาโดนคลินิก

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	150	98.0
หญิง	3	2.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	46	30.1
มัธยมศึกษา	88	57.5
ปวช./ปวส.	11	7.2
อุดมศึกษา	8	5.2
สถานภาพสมรส		
โสด	107	69.9
สมรส	39	25.5
แยกกันอยู่	2	1.3
หย่า	2	1.3
หม้าย	3	2.0
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	16.2
ประกอบอาชีพ	114	74.5
อยู่ระหว่างการศึกษา	14	9.2
รายได้		
10,000 บาท ขึ้นไป	82	53.6
น้อยกว่า 10,000 บาท	71	46.4
ที่อยู่		
ในอำเภอเมือง	40	26.1
นอกอำเภอเมือง	113	73.9
อาศัยอยู่กับ		
มีญาติสายตรงอยู่ด้วย	95	62.1
ไม่มีญาติสายตรงอยู่ด้วย	58	37.9
สถานะของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	68	44.4
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/ไม่ราบรื่น/เสียชีวิต	85	55.6



รูปที่ 1 แผนผังการศึกษา (study flow)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยเสพยาเสพติดในกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นที่เข้ารับการรักษาที่เมทาโดนคลินิก

ประวัติด้านการเสพยาเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
ผลคัดกรอง V2		
ผู้เสพยา	19	12.4
ผู้ติด	134	87.6
สาเหตุที่เริ่มเสพยา		
เพื่อนชวน	73	47.7
อยากลอง/อื่นๆ	80	52.3
วิธีการเสพยา		
สูบ	139	90.8
ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ	13	8.5
อายุที่เริ่มเสพยา		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี	65	42.5
มากกว่า 18 ปี	88	57.5
เสพยามานานเท่าใด		
2 ปี ขึ้นไป	77	50.3
น้อยกว่า 2 ปี	76	49.7
ปริมาณที่เสพยาต่อวัน (กรัม)		
ราคาสารเสพติดที่เสพยาต่อวัน		
มากกว่า 500 บาท/วัน	88	57.5
0 - 500 บาท/วัน	65	42.5
ยาเสพยาชนิดอื่นๆ		
แอมเฟตามีน	21	13.7
กัญชา	38	24.8
สุรา	25	16.3
บุหรี่	95	62.1
กระท่อม	17	11.1
เคยหยุดเสพยาเฮโรอีนมากกว่า 1 เดือนหรือไม่		
เคย	29	19.0
ไม่เคย	24	15.7
ไม่มีข้อมูล	100	65.4

ตารางที่ 3 ตารางแสดงข้อมูลด้านการบำบัดรักษาของผู้ป่วยเสพยาเสพติดในกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นที่เข้ารับการรักษาที่เมทาโดนคลินิก

ประวัติด้านการบำบัดรักษา	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลของการเข้ารับการรักษา		
อยากเลิก	118	77.1
อื่นๆ เช่น ไม่มีเงิน/ปัญหาสุขภาพ/ถูกบังคับ	35	22.9
ขนาดยาเมทาโดนเริ่มต้น		
20 มิลลิกรัม/วัน	59	38.6
มากกว่า 20 มิลลิกรัม/วัน	94	61.4
ความสม่ำเสมอของการมาบำบัดรักษา		
สม่ำเสมอ	52	34.0
ไม่สม่ำเสมอ	101	66.0
ขนาดยาเมทาโดนที่ได้รับในระยะต่อเนื่อง		
0 - 50 มิลลิกรัม/วัน	93	69.4
60 มิลลิกรัม/วัน ขึ้นไป	41	30.6
ประวัติการบำบัด		
ไม่เคยบำบัดด้วยเมทาโดนมาก่อน	114	74.5
เคยบำบัดด้วยเมทาโดนมาก่อน	39	25.5
รูปแบบของการรับยา		
รับยาที่ห้องยาโรงพยาบาลประจำตัว/ร้านรับ	41	26.8
ทุกวัน		
ได้รับยากลับบ้านหรือฝากโรงพยาบาล	112	73.2
ชุมชน (รพช.) ใกล้บ้าน		
ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบต่อเนื่องนานกว่า 6 เดือน		
ใช่	57	37.3
ไม่ใช่	96	62.7

ตารางที่ 4 ตารางแสดงลักษณะทั่วไป ปัจจัยด้านการเสพติดสาร และปัจจัยด้านการบำบัดรักษา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คงอยู่ในระบบการรักษามากกว่าและน้อยกว่า 6 เดือน

ตัวแปร	การคงอยู่ในระบบการรักษา 6 เดือน		χ^2	df	p
	ไม่อยู่	อยู่			
ลักษณะทั่วไป					
เพศ			0.0	1	1.000
ชาย	94 (62.7)	56 (37.3)			
หญิง	2 (66.7)	1 (33.3)			
อายุ			-	-	0.014*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี	10 (100)	0 (0)			
มากกว่า 16 ปี	86 (60.1)	57 (39.9)			
*Fischer Exact Test					
น้ำหนัก			3.799	1	0.051
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 กิโลกรัม	26 (78.8)	7 (21.2)			
มากกว่า 50 กิโลกรัม	96 (58.3)	50 (41.7)			
อาชีพ			0.0	1	0.991
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25 (64.1)	14 (35.9)			
ประกอบอาชีพ	71 (62.3)	43 (37.7)			
รายได้ต่อเดือน			0.472	1	0.492
น้อยกว่า 10,000 บาท	54 (65.9)	28 (34.1)			
ตั้งแต่ 10,000 บาท ขึ้นไป	42 (59.2)	29 (40.8)			
การศึกษา			0.054	1	0.816
ไม่เกินประถมศึกษา	30 (65.2)	16 (34.8)			
มัธยมศึกษาขึ้นไป	66 (61.7)	41 (38.4)			
ที่อยู่อาศัย**			5.935	1	0.015
อยู่ในอำเภอเมือง	32 (80)	8 (20)			
อยู่นอกอำเภอเมือง	64 (56.6)	49 (43.4)			
สถานภาพ			0.139	1	0.710
สมรส	23 (59)	16 (41)			
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	73 (64)	41 (36)			
อาศัยอยู่กับญาติสายตรง			0.001	1	0.970
ใช่	59 (62.1)	36 (37.9)			
ไม่ใช่	37 (63.8)	21 (36.2)			
สถานภาพบิดามารดา			0.013	1	0.911
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	43 (63.2)	25 (36.8)			
แยกกันอยู่/อื่นๆ	53 (62.4)	32 (37.6)			

ตารางที่ 4 ตารางแสดงลักษณะทั่วไป ปัจจัยด้านการเสพติดสาร และปัจจัยด้านการบำบัดรักษา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คงอยู่ในระบบการรักษามากกว่าและน้อยกว่า 6 เดือน (ต่อ)

ตัวแปร	การคงอยู่ในระบบการรักษา 6 เดือน		χ^2	df	p
	ไม่อยู่	อยู่			
ประวัติด้านการเสพสารเสพติด					
คัดกรองโดยแบบประเมิน V2**			3.292	1	0.070
ผู้เสพ	16 (84.2)	3 (15.8)			
ผู้ติด	80 (59.7)	54 (40.3)			
อายุที่เริ่มเสพ			0.00	1	1.000
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี	41 (63.1)	24 (36.9)			
มากกว่า 18 ปี	55 (62.5)	33 (37.5)			
ระยะเวลาที่เสพ			0.074	1	0.786
ไม่เกิน 2 ปี	47 (61)	30 (39)			
มากกว่า 2 ปี	49 (64.5)	27 (35.5)			
สาเหตุที่เสพ			0.191	1	0.662
เพื่อนชวน	44 (60.3)	29 (39.7)			
อื่นๆ เช่น อยากรลอง	52 (65)	35 (57)			
สูบบุหรี่			0.001	1	0.970
ใช่	59 (62.1)	36 (37.9)			
ไม่ใช่	37 (63.8)	21 (36.2)			
ดื่มสุรา			0.007	1	0.933
ใช่	15 (60)	10 (40)			
ไม่ใช่	81 (63.3)	47 (36.7)			
เสพกัญชา			0.270	1	0.603
ใช่	22 (57.9)	16 (42.1)			
ไม่ใช่	74 (64.3)	41 (35.7)			
เสพกระท่อม			0.385	1	0.535
ใช่	9 (52.9)	8 (47.1)			
ไม่ใช่	87 (64)	49 (36)			
เสพแอมเฟตามีน			0.108	1	0.742
ใช่	12 (57.1)	9 (42.9)			
ไม่ใช่	84 (63.6)	48 (36.4)			
ราคาของเฮโรอีนที่เสพต่อวัน			0.664	1	0.189
ไม่เกิน 500 บาท/วัน	39 (60)	26 (40)			
มากกว่า 500 บาท/วัน	57 (64.8)	31 (35.2)			

ตารางที่ 4 ตารางแสดงลักษณะทั่วไป ปัจจัยด้านการเสพติดสาร และปัจจัยด้านการบำบัดรักษา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คงอยู่ในระบบการรักษามากกว่าและน้อยกว่า 6 เดือน (ต่อ)

ตัวแปร	การคงอยู่ในระบบการรักษา 6 เดือน		χ^2	df	p
	ไม่อยู่	อยู่			
ประวัติด้านการบำบัดรักษา					
สาเหตุที่เข้ารับการบำบัด			0.00	1	1.000
อยากเลิก	74 (62.7)	44 (37.3)			
อื่นๆ เช่น ไม่มีเงินซื้อ	22 (62.9)	13 (37.1)			
รูปแบบการรับบริการ			4.753	1	0.029
กินยาที่โรงพยาบาลประจำตัวทุกวัน	32 (78)	9 (22)			
ได้รับยากลับไป	64 (57.1)	48 (42.9)			
เคยรับการบำบัดสารเสพติดมาก่อนหรือไม่			0.097	1	0.756
ไม่เคย	66 (64.1)	37 (35.9)			
เคย	30 (60)	20 (40)			
เคยหยุดอนุพันธ์ของฝิ่นได้เกิน 1 เดือน หรือไม่			0.000	1	1.000
ไม่เคย	18 (62.1)	11 (37.9)			
เคย	14 (58.3)	10 (41.7)			
ขนาดยาเมทาโดนเริ่มต้น			0.000	1	1.000
20 มิลลิกรัม/วัน	37 (62.7)	22 (37.3)			
30 มิลลิกรัม/วัน ขึ้นไป	59 (62.8)	35 (37.2)			
ขนาดยาเมทาโดนในระยะต่อเนื่อง			0.610	1	0.435
0 - 50 มิลลิกรัม/วัน	56 (60.2)	37 (39.8)			
60 มิลลิกรัม/วัน ขึ้นไป	21 (51.2)	20 (48.8)			
ความสม่ำเสมอของการมารับบริการ			0.095	1	0.758
ไม่เคยขาดนัด	34 (65.4)	18 (34.6)			
เคยขาดนัด	62 (61.4)	39 (38.6)			
เคยได้รับเมทาโดนมาก่อนหรือไม่			0.000	1	0.991
เคย	71 (62.3)	43 (37.7)			
ไม่เคย	25 (64.1)	14 (35.9)			

ในช่วง 29 - 37 ปี^{8,9,11} จากการเปรียบเทียบเป็นไปได้ว่าในปัจจุบัน การใช้สารเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นได้รับความนิยมมากขึ้น ในหมู่คนอายุน้อยกว่า เมื่อเทียบกับงานวิจัยในอดีต การศึกษานี้พบอัตราการคงอยู่ในระบบเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 37.3 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยในอดีต^{8,12,13}

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบพบว่ามีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ โดยพบว่าคนที่มียาอายุมากกว่า 16 ปี

เป็นปัจจัยส่งเสริมให้อยู่ในระบบได้มากกว่า 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยในอดีตซึ่งพบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญต่อการคงอยู่ในระบบ^{8,9,14-17} ปัจจัยในด้านการได้รับยาเมทาโดนแบบกลับบ้าน เป็นปัจจัยส่งเสริมให้อยู่ในระบบได้มากกว่า 6 เดือน โดยการให้ผู้ป่วยนำยาไปฝากไว้กับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ทำให้ง่ายต่อการไปรับประทานยาเมทาโดนสม่ำเสมอ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก

ระยะทางจากบ้านไปยังสถานที่รับบริการไม่ไกล สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า ระยะทางจากบ้านไปคลินิกเป็นปัจจัยสัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบ¹⁷ และปัจจัยสุดท้ายได้แก่การอาศัยอยู่นอกอำเภอเมือง เป็นปัจจัยส่งเสริมเนื่องจากคลินิกเมทาโดนของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์มีข้อกำหนดว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองต้องเดินทางมารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ทุกวัน แต่ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกอำเภอเมืองเช่น กุญบุรี สามร้อยยอด หัวหิน สามารถรับยาเมทาโดนกลับไปบ้านครั้งละ 7 ขวด เพื่อนำไปฝากไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้านได้ ปัจจัยนี้จึงเป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับการได้รับยาเมทาโดนกลับบ้านดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นแล้ว

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านขนาดยาเมทาโดนที่ได้รับไม่สัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบ ซึ่งพบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า การได้รับเมทาโดนในระดับที่มากเพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบนานขึ้น^{9,15,16,18,19} เหตุผลเนื่องจากคลินิกเมทาโดนของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์จะให้ยาเมทาโดนแก่ผู้ป่วยนอกอำเภอเมืองในปริมาณไม่เกิน 60 มิลลิกรัมต่อวัน ตามแนวทางการให้เมทาโดนกลับบ้านที่กำหนดให้ไม่เกิน 420 มิลลิกรัมต่อครั้ง ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับเมทาโดนขนาดมากกว่า 60 มิลลิกรัมต่อวัน คือผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองเท่านั้น ซึ่งมีข้อเสียเปรียบผู้ป่วยนอกอำเภอเมืองที่ได้รับยาที่ รพ.สต. เนื่องจากต้องเดินทางไกลกว่า จึงอาจเป็นสาเหตุให้อัตราการคงอยู่ในระบบลดลง

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ เนื่องจากการศึกษาชนิดย้อนหลัง (retrospective study) ซึ่งข้อมูลที่เก็บมาศึกษาวิจัยมีบางส่วนที่บันทึกไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถกำหนดทิศทางของความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้ รวมไปถึงจำนวนประชากรที่ไม่เท่ากันในแต่ละกลุ่ม ทำให้อาจมีการคัดเลือกประชากรเอนเอียง (selection bias) เช่น การเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับเมทาโดนที่คลินิกของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวทั่วประเทศได้

สำหรับงานวิจัยในอนาคตทางคณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า หากมีการทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) จะช่วยให้สามารถบอกขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้ และควรมีการเก็บข้อมูล COW score เพิ่มเติมเพื่อศึกษาว่าอาการถอนยาเมื่อผลต่อการคงอยู่ในระบบหรือไม่ และควรขยายงานวิจัยโดยเพิ่มขนาดและพื้นที่ (จังหวัด) ของกลุ่มประชากรที่ศึกษาในการให้เมทาโดนแก่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 16 ปี

และอาศัยอยู่ห่างไกลจากจุดรับยาเมทาโดน เพื่อบอกทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้

สรุป

พบว่าอัตราการคงอยู่ในระบบต่อเนื่องนานกว่า 6 เดือนของผู้ป่วยที่มารับเมทาโดนระยะยาวเท่ากับร้อยละ 37.3 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบนานกว่า 6 เดือน ได้แก่ อายุมากกว่า 16 ปี การได้รับยาเมทาโดนกลับบ้าน และการอาศัยอยู่นอกเขตโรงพยาบาลแต่ใกล้จุดรับเมทาโดน อย่างไรก็ตามกลุ่มประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้มาจากพื้นที่จำกัด คือคลินิกของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์เท่านั้น จึงไม่อาจนำมาอ้างอิงถึงประชากรที่ติดสารเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นโดยทั่วไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร. สมหมาย ชชนาม ผู้ให้คำปรึกษางานวิจัย คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย และ พญ.ธนาภรณ์ สุรทนต์นนท์ ที่ช่วยออกแบบแบบบันทึกข้อมูล การเก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

วิบูลย์ จินะณรงค์: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนบทความ; ปวีรุตม์ พวงศรี: การตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Drug Report 2021 [Internet]. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2021. [cited 5 Feb 2024]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>.
2. Dydyk AM, Jain NK, Gupta M. Opioid use disorder. In StatPearls: StatPearls Publishing; 2024.
3. Office of the Secretary of National Addiction Treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health [Internet]. National drug addiction treatment and rehabilitation information system; 2024 [cited 25 Feb 2024]. Available from: <https://antidrugnew.moph.go.th>.



4. Bell J, Strang J. Medication treatment of opioid use disorder. *Biol Psychiatry* 2020; 87(1): 82-8.
5. Ministry of Public Health. Harm reduction guideline. Health Administration Division 2017; 6-9.
6. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Methadone maintenance treatment. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020.
7. Bart G. Maintenance medication for opiate addiction: the foundation of recovery. *J Addict Dis* 2012; 31(3): 207-25.
8. Duangsoithong T, Chaipichitpan N. Factors related to methadone maintenance treatment outcome at Princess Mother Institute on Drug Abuse Treatment. *J DMS* 2022; 47(4): 113-21.
9. Suwanmajo SD. Predictors-one year retention methadone maintenance therapy at Princess Mother Institute on Drug Abuse Treatment. *J DMS* 2019; 44(4): 119-24.
10. National Center for Drug Abuse Statistics [Internet]. Drug abuse statistics: NCDAS; 2023. [cited 5 Feb 2024]. Available from: <https://drugabusestatistics.org>.
11. Zhang L, Chow EP, Zhuang X, Liang Y, Wang Y, Tang C, et al. Methadone maintenance treatment participant retention and behavioural effectiveness in China: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013; 8(7): e68906.
12. Zhou K, Zhuang G. Retention in methadone maintenance treatment in Mainland China, 2004-2012: a literature review. *Addict Behav* 2014; 39(1): 22-9.
13. Timko C, Schultz NR, Cucciare MA, Vittorio L, Garrison-Diehn C. Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: A systematic review. *J Addict Dis* 2016; 35(1): 22-35.
14. Farmani F, Farhadi H, Mohammadi Y. Associated factors of maintenance in patients under treatment with methadone: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Addict Health* 2018; 10(1): 41-51.
15. Wei X, Wang L, Wang X, Li J, Li H, Jia W. A study of 6-year retention in methadone maintenance treatment among opioid-dependent patients in Xi'an. *J Addict Med* 2013; 7(5): 342-8.
16. Proctor SL, Copeland AL, Kopak AM, Hoffmann NG, Herschman PL, Polukhina N. Predictors of patient retention in methadone maintenance treatment. *Psychol Addict Behav* 2015; 29(4): 906-17.
17. Nong T, Hodgkin D, Trang NT, Shoptaw SJ, Li MJ, Hai Van HT, et al. A review of factors associated with methadone maintenance treatment adherence and retention in Vietnam. *Drug Alcohol Depend* 2023; 243:109699.
18. Inpa C, Sriprasert P. Factors affecting complete treatment of addiction patients in Tak province. *LPHJ* 2021; 17: 91-100.
19. Mahathep P, Thananarapong J. Factors that affect treatment outcome of opioid use disorder with community participation in Maeteang, Chiangmai province. *Thammasat University Hospital Journal Online* 2018; 3(3): 28-38.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2567

สารบัญ		หน้า
บรรณาธิการแถลง		A
นิพนธ์ต้นฉบับ	The influence of self-leadership on students' academic burnout: the mediating role of study-life conflict Bhudis Smithikrai, Chuchai Smithikrai	88
	ผลการทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดวิภาษวิธี พระศรี Dialectical Behavior Therapy - Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ประภาส อุครานันท์, สิปณัฐ ศิลาเกษ, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, สุภัตรา สุขาวท, สุปราณี พิมพ์ตรา, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ	99
	สุขภาวะทางจิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง และความขึ้นขอบคิลปินไอดอลเกาหลี ของแฟนคลับไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วริญญา เพรศพริ่ง, บุรณี กาญจนถวัลย์	112
	ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มสมาชิก ของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กรกานต์ พึ่งน้ำ, จิรากร กันทับทิม, พิษยนันท์ วัฒนวิฑูกร	123
	ลักษณะสุขภาวะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวช : การศึกษาเชิงคุณภาพ ศุภเสก วิโรจนาภา, กมลเนตร วรรมเสวก, นพวรรณ ตันศิริมาศ, ภัทรวรรณ สุขยิรัมย์, ฉัตรดนัย ศรชัย, ณัฐกานต์ ใจบุญ, รัตน์ดา นราภักดิ์, รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ	138
	การประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญา จารุณันท์ ชัยทอง, ธนยศ สุมาลย์โรจน์, ทิฆัมพร หอสิริ, ณัชพล อ่วมประดิษฐ์	153
	ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานต่อความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต เทอดศักดิ์ เดชคง, ศรีณยพิชญ์ อักษร, พาสนา คุณาธิวัฒน์, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, ขวัญเรือน อัครศักดิ์	166

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ |

สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย