



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

# วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2568

## บรรณาธิการแถลง

### แก้ไขข้อความผิด

### บทความพิเศษ

สหพันธ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งเอเชีย: ประวัติและบทบาทของจิตแพทย์ไทย

พีเชฐ อุดมรัตน์

### นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB)

ต่อพฤติกรรมการรังแกและความแข็งแกร่งในชีวิต ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

อริยา จิตติถาวร, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นเกมกับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นไทย

วิชพงษ์ อริยสุนทร, วัลลา อวสริยะสิงห์

มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก

ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ฐิติวัฒน์ จรุงรักษ์, เมธีวัชร ชิตเดชะ

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่สับสนหลังกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุ:

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

วรุฒ ชลธิกรกุล, วิลาสินี วจิเจริญทรัพย์, กวินท์ จันทรเนียม, จารุวรรณ ท่วงที, พรรัตน์ ศักดิ์แพทย์



# รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

## นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์

## President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

## อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ ธีราโมกษ์

## Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

## เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

## Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

## เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปรานี เมื่อน้อย

## Treasurer

Asst.Prof.Pranee Mounгноi, M.D.

## ปฎิคม

พ.อ.พลั้งสันต์ จงรักษ์

## Chairman for Social Affairs

Col.Palangsang Chongrak, M.D.

## ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล

## Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.

## ประธานวารสาร

ศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

## Chairman for Journal

Prof.Thammanard Charearnboon, M.D.

## ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ผศ.พญ.กมลพร วรณฤทธิ์

## Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

## นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

## Registrar

Flt.Lt.Piawat Dendumrongkul, M.D.

## กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปรการ ถมยางกูร

## Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่าจุสวัสถ์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

รศ.นพ.วรุตม์ อุ่นจิตสกุล

Assoc.Prof.Warut Aunjitsakul, M.D.

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D.

ผศ.พญ.ศุภรา เชาว์ปรีชา

Asst.Prof.Supara Chaopricha, M.D.

นพ.สมนึก หลิมศิริรัตน์

Somnuk Limsiroratana, M.D.



## วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นช่องทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพจิตในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต โดยวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ออกปีละ 4 ฉบับ ในเดือนมีนาคม 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](mailto:psychiatricjournalthailand@gmail.com)

### การส่งบทความ

ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ TCI Thai Jo โดยผู้พิมพ์สามารถส่งบทความได้ที่  
[www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/index](http://www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/index)



## กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

### บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### Honorary Editor

Professor Suwanna Arunpongpaisal, MD, MSc  
Khon Kaen University

### บรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

### Editor-in-Chief

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  
รศ.พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์อารัง  
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  
Associate Professor Thitiporn Supasitthumrong, MD  
Chulalongkorn University

### กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

### Managing Staffs

Miss Siriluck Chaiyasit



## วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2568

### สารบัญ

#### บรรณาธิการแถลง

A

#### แก้ข้อความผิด

B

#### บทความพิเศษ

สหพันธ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย: ประวัติและบทบาทของจิตแพทย์ไทย

430

พิเชฐ อุดมรัตน์

#### นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB)

433

ต่อพฤติกรรมการรังแกและความแข็งแกร่งในชีวิต ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

อริยญา จิตติถาวร, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นเกมกับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นไทย

447

วิษพงษ์ อริยสุนทร, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์

มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก

456

ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ฐิติวัฒน์ จรูญรักษ์, เมธีวัชร ชิตเดชะ

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่สนทนากับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุ:

471

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

วรุต ชลธิทกุล, วิลาสินี วะจิเรญทรัพย์, กวินท์ จันทรเนียม, จารุวรรณ ท่วงที, พรรัตน์ ศักดิ์แพทย์



# Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 70 Number 4

October - December 2025

## CONTENTS

### EDITORIAL

A

### ERRATUM

B

### SPECIAL ARTICLE

- Asian Federation of Psychiatric Associations (AFPA): History and Role of Thai Psychiatrists 430  
*Pichet Udomratn*

### ORIGINAL ARTICLES

- Developing and Evaluating the Bounce-Back Bullying (BBB) Online Program: 433  
Effects on Bullying Behavior and Resilience among Secondary School Students  
*Aranya Jittithaworn, Komsan Kiatrungrit, Somboon Hataiyusuk*
- Association of Gaming and Quality of Life among Thai Adolescents 447  
*Witchapong Ariyasuntorn, Wanlop Atsariyasing*
- Attitude Toward Mental Illness and Associated Factors among Preclinical Medical Students 456  
at One University in Bangkok  
*Thitiwat Charoonruck, Mayteewat Chiddaycha*
- Association between the Number of Posterior Occlusal Pairs and Cognitive Impairment 471  
in Older Adults: A Cross-sectional Study in Si Racha District, Chonburi Province  
*Warut Chalittikul, Wilasinee Wachicharoensap, Kawin Junneam, Jaruwan Tungtee, Pondrat Sakdipat*

## บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปี พ.ศ. 2568 และถือว่าเป็นฉบับที่ครบรอบ 4 ปี ของที่มบรรณาธิการชุดปัจจุบัน รวมถึงคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ในปีนี้อวสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้เผยแพร่บทความกว่า 40 เรื่อง และมีบทความส่งเข้าพิจารณา มากกว่า 60 เรื่อง ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี บทความส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ และนักศึกษาระดับปริญญาโทในสาขาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาหรือจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากน่าจะเป็นเพราะปัจจุบันหลายสถาบันฝึกอบรมสนับสนุนให้แพทย์ประจำบ้านตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการ และการตีพิมพ์เป็นข้อกำหนดของนักศึกษาปริญญาโทในสถาบันส่วนใหญ่ของประเทศไทย

ในฐานะบรรณาธิการ ขอขอบคุณรองบรรณาธิการทั้งสี่ท่าน ได้แก่ รศ.พญ.ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล, รศ.ดร.พญ.ติรยา เลิศหัตถศิลป์, ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา และ รศ.พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง ที่กรุณาเข้ามาดูแลการดำเนินงานของวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย รวมทั้งเลขาธิการวารสาร น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์ ที่ดูแลจัดการการดำเนินงานของวารสารทั้งหมด

สุดท้ายข้าพเจ้าและกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ส่งบทความให้กับวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความในปีนี้อย่างเต็มที่ซึ่งแสดงในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับนี้ หากวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยมีข้อผิดพลาดประการใด ข้าพเจ้าขออภัยไว้ ณ ที่นี้ หากมีข้อเสนอแนะประการใดสามารถติดต่อวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้ในเว็บไซต์ของวารสาร

ธรรมนาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2568

|                                 |                  |
|---------------------------------|------------------|
| 1. พญ.เกษศิริ                   | เหลี่ยมวานิช     |
| 2. ผศ.พญ.กมลพร                  | วรรณฤทธิ์        |
| 3. ผศ.พญ.กมลวิสาข์              | เตชะพูลผล        |
| 4. นพ.กฤติน                     | หว่านณรงค์       |
| 5. ผศ.นพ.คมสันต์                | เกียรติรุ่งฤทธิ์ |
| 6. รศ.พญ.จารุรินทร์             | ปิตานพวงศ์       |
| 7. นพ.ชนาธิป                    | ทองยงค์          |
| 8. ดร.นพ.ชาวิท                  | ตันวีระชัยสกุล   |
| 9. ผศ.นพ.ดารุจ                  | อนิวรรณพงศ์      |
| 10. รศ.ดร.พญ.ติรยา              | เลิศหัตถศิลป์    |
| 11. นพ.ธนวัฒน์                  | ศักดิ์ธนกกุล     |
| 12. รศ.พญ.ธนิศา                 | ตันตระรุ่งโรจน์  |
| 13. ศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ             | เจริญบุญ         |
| 14. นพ.ธันวรุจน์                | บุรณสุขสกุล      |
| 15. รศ.นพ.ธีรยุทธ               | รุ่งนรินทร์      |
| 16. รศ.พญ.นิดา                  | ลิ้มสุวรรณ       |
| 17. พญ.บุรนาถ                   | รุ่งลักขมีศรี    |
| 18. นพ.ปัทมานนท์                | ขวัญสนิท         |
| 19. นพ.ปิยะวัฒน์                | เด่นดำรงกุล      |
| 20. พญ.ปิ่นทริก                 | ศรีสวาท          |
| 21. ผศ.ดร.พญ.พิชญา              | พจนโพธา          |
| 22. นพ.ภูมิ                     | ชมภูศรี          |
| 23. นพ.เลิศศักดิ์               | รุ่งเหมือนพร     |
| 24. ผศ.นพ.วัลลภ                 | อัจฉริยะสิงห์    |
| 25. ผศ. (พิเศษ) พญ.วีระวรรินทร์ | เจริญพร          |
| 26. พญ.คันสนีย์                 | นิษฐ             |
| 27. ผศ. (พิเศษ) นพ.สรวิศ        | วัยนิพิฐพงษ์     |
| 28. ผศ.ดร.สิทธิชัย              | ทองวร            |
| 29. นพ.สุทธา                    | สุปัญญา          |
| 30. พญ.อัญชลิตา                 | รัตนจารุรักษ์    |
| 31. รศ.พญ.อิสราภา               | ชื่นสุวรรณ       |

## แก้ข้อผิดพลาด (Erratum)

อ้างอิงถึงบทความเรื่อง ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลการใช้สื่ออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อย่างปลอดภัยผ่านแผ่นพับแก่ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (Effect of Using Brochures to Educate Parents of Children with Attachment-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) About Safe Use of Electronic Media) ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564; 66(4): 367-384. (Vol. 66 No. 4, 2021)

ผู้พิมพ์ประสงค์จะแก้ไขข้อผิดพลาดในบทความโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายชื่อผู้พิมพ์ในภาษาอังกฤษจากเดิม Tiantian Lin, Komsan Kiatrungrit, Sirichai Hongsanguansri, Masatha Thongpan, Somboon Hataiyusuk

แก้ไขเป็น Tiantian Lin, Komsan Kiatrungrit, Sirichai Hongsanguansri, Masatha Thongpan, Passaporn Lorterapong, Somboon Hataiyusuk เพื่อให้สอดคล้องไปกับภาษาไทย

# สหพันธ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งเอเชีย: ประวัติและบทบาทของจิตแพทย์ไทย

พิเชฐ อุดมรัตน์\*

\*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สมาชิกของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยหลายคนยังไม่ทราบว่าเมื่อสมาคมได้รับท่านเป็นสมาชิกแล้ว ท่านก็จะได้รับสิทธิเป็นสมาชิกของสหพันธ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งเอเชีย (Asian Federation of Psychiatric Associations, AFPA) โดยอัตโนมัติ เนื่องจากสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยของเราเป็นสมาชิกของ AFPA มาตั้งแต่ต้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบอกถึงประวัติความเป็นมาขององค์กรนี้ รวมทั้งบทบาทของจิตแพทย์ไทยในการร่วมบริหารและพัฒนาองค์กรดังกล่าว

## ประวัติความเป็นมา

จุดกำเนิดของแนวคิดในการรวมเครือข่ายสมาคมจิตแพทย์ในเอเชีย เกิดขึ้นภายหลังจากที่เห็นสมาคมจิตแพทย์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 5 ประเทศ ได้แก่ ไทย อินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ ได้รวมตัวกันเป็นสหพันธ์จิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตแห่งอาเซียน (ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health, AFPMH) ในการประชุมที่กรุงเทพฯ เมื่อปี ค.ศ. 1991<sup>1</sup>

ในปีค.ศ. 2002 เมื่อสมาคมจิตแพทย์โลก (World Psychiatric Association, WPA) ได้ร่วมกับ Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) จัดการประชุม World Congress of Psychiatry (WCP) เป็นครั้งแรกในทวีปเอเชีย ณ เมืองโยโกฮามะ (Yokohama) จึงจัดประกายให้ Prof. Naotaka Shinfuku (จากญี่ปุ่น) และ Prof. M P Deva (จากมาเลเซีย) ได้นัดให้จิตแพทย์จากทวีปเอเชียมาหารือถึงแนวคิดการรวมเครือข่ายของสมาคมจิตแพทย์ในทวีปนี้ขึ้น ซึ่งที่ประชุมส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะมีองค์กรนี้<sup>2</sup> ต่อมาในปี ค.ศ. 2006 เมื่อผู้พิมพ์ได้เป็นประธานของ AFPMH ทาง Prof. M P Dava ก็ได้มาเสนอแนวคิดนี้ในที่ประชุมของผู้บริหาร AFPMH เช่นกัน ซึ่งสมาชิกของ AFPMH ทั้ง 5 ประเทศ ได้เห็นพ้องต้องกันและลงมติเข้าร่วมเป็นสมาชิกของ AFPA

ในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2007 AFPA ได้ก่อตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการที่เมืองลอสแอนเจลิส ประเทศปาเกีสถาน โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ด้านจิตเวชศาสตร์หลายแห่ง เช่น สมาคมจิตแพทย์โลก สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งสหราชอาณาจักร ฯลฯ และในวันที่ 12 ธันวาคม ค.ศ. 2017 AFPA ได้ยื่นจดทะเบียนอย่างเป็นทางการที่สำนักงานลงทะเบียนในเขตซูโอะ ของกรุงโตเกียว

## พัฒนาการของ AFPA ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

### 1. การจัดประชุม World Congress of Asian Psychiatry (WCAP)

AFPA ได้จัดการประชุมระดับโลกด้านจิตเวชศาสตร์ในเอเชียทุกๆ 2 ปี โดยจัดขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 2007 ที่เมืองกัว (Goa) ประเทศอินเดีย จากนั้นก็หมุนเวียนไปจัดตามภูมิภาคอื่นๆ ของทวีปเอเชียมาอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

### 2. การประชุมจิตเวชศาสตร์ในเอเชียระดับภูมิภาค (Regional Congress of Asian Psychiatry, RCAP) และการประชุมจิตเวชศาสตร์ในเอเชียระดับนานาชาติ (International Congress of Asian Psychiatry, ICAP)

เมื่อผมได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งเป็นประธานของ AFPA วาระ ค.ศ. 2013 - 2015 ผมจึงได้เสนอว่า การมาประชุมของคณะผู้บริหารทุกๆ 2 ปีที่มีการจัด WCAP นั้น น่าจะเนิ่นนานไป และเพื่อกระชับความสัมพันธ์ระหว่าง AFPA กับสมาคมจิตแพทย์ในอนุทวีปต่างๆ ของเอเชียให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น จึงน่าจะจัดให้มีการประชุมทางวิชาการในปีที่ไม่มีการจัด WCAP แต่เป็นการประชุมวิชาการในขนาดที่เล็กกว่า และเน้นไปที่สมาชิกที่เป็นสมาคมจิตแพทย์ในอนุทวีปนั้นๆ เช่น เอเชียใต้ เอเชียตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นต้น

Corresponding author: พิชเชฐ อุดมรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Email: pudomratn74@gmail.com

วันรับ 3 พฤศจิกายน 2568 วันแก้ไข 8 ธันวาคม 2568 วันตอบรับ 8 ธันวาคม 2568

## ตารางที่ 1 แสดงชื่อเมือง ประเทศ และปีที่จัดการประชุม World Congress of Asian Psychiatry (WCAP) ตั้งแต่ครั้งที่ 1 - 11

| ครั้งที่ | ปี ค.ศ. (วัน เดือน)     | ชื่อเมืองที่จัด | ประเทศ               | จำนวนคนที่เข้าประชุม (โดยประมาณ)* |
|----------|-------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------------------|
| 1        | 2007 (2 - 5 ส.ค.)       | กัว             | อินเดีย              | 300                               |
| 2        | 2009 (7 - 10 พ.ย.)      | ไทเป            | ไต้หวัน              | 700                               |
| 3        | 2011 (31 ก.ค. - 4 ส.ค.) | เมลเบิร์น       | ออสเตรเลีย           | 500                               |
| 4        | 2013 (20 - 23 ส.ค.)**   | กรุงเทพฯ        | ไทย                  | 1,200                             |
| 5        | 2015 (3 - 6 มี.ค.)      | ฟูกูโอกะ        | ญี่ปุ่น              | 502                               |
| 6        | 2017 (24 - 26 มี.ค.)    | อาบูดาบี        | สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ | 550                               |
| 7        | 2019 (21 - 24 ก.พ.)     | ซิดนีย์         | ออสเตรเลีย           | 350                               |
| 8        | 2021 (ก.ย.)***          | กัลกัตตา        | อินเดีย              | ไม่มีข้อมูล                       |
| 9        | 2022 (16 - 18 ก.ย.)     | ไฮเดอราบัด      | อินเดีย              | 500                               |
| 10       | 2024 (5 - 7 ธ.ค.)       | บาห์ลี          | อินโดนีเซีย          | ไม่มีข้อมูล                       |
| 11       | 2026 (6 - 8 ต.ค.)****   | ซัปโปโร         | ญี่ปุ่น              | ยังไม่ถึงเวลาประชุม               |

\*ตัวเลขนี้ได้มาจาก official website ของ AFPA<sup>3</sup>

\*\*การประชุมครั้งนี้จัดขึ้นที่โรงแรม Centara Grand at Central Plaza ลาดพร้าว กรุงเทพฯ โดยมีชื่อ Theme ว่า Asian Collaboration for the Betterment of Mental Health

\*\*\*เนื่องจากสถานการณ์โควิด การประชุมครั้งนี้จึงถูกปรับเป็นการประชุมออนไลน์ครั้งวัน ในเดือนกันยายน ค.ศ. 2021 และเมื่อสถานการณ์สงบแล้ว ทางประเทศอินเดียจึงขอจัดการประชุมขึ้นอีกครั้ง

\*\*\*\*ในขณะที่เขียนบทความพิเศษนี้ การประชุมดังกล่าวยังอยู่ในระหว่างเตรียมการ

คณะผู้บริหาร AFPA เห็นชอบในแนวคิดดังกล่าว จึงได้จัดให้มีการประชุมจิตเวชศาสตร์ในเอเชียระดับภูมิภาคขึ้นที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2014 ซึ่งเป็นการจัดประชุม RCAP เป็นครั้งแรก และการประชุมครั้งนี้ได้จัดให้มีการมอบรางวัล AFPA Lifetime Achievement Award ให้กับจิตแพทย์เอเชียที่ได้อุทิศตนเองในการทำงานเพื่อพัฒนาจิตเวชศาสตร์ทั้งในระดับประเทศของตนเอง และระดับทวีปเอเชียเป็นการส่วนรวมด้วย ซึ่งผมเป็นผู้เสนอแนวคิดเรื่องการมอบรางวัลนี้ และได้รับความเห็นชอบจากคณะผู้บริหาร AFPA

นับจนถึงปัจจุบันนี้มีผู้ได้รับรางวัล AFPA Lifetime Achievement Award ไปแล้ว 4 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

สำหรับการประชุมในระดับภูมิภาคนั้น ต่อมาในปี ค.ศ. 2016 ได้จัดขึ้นที่กรุงโคลัมโบ ประเทศศรีลังกา แต่ทาง Sri Lanka College of Psychiatrists ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดประชุมขอเปลี่ยนชื่อการประชุมจาก Regional Congress เป็น International Congress แทน ส่วนการประชุมในระดับภูมิภาคครั้งต่อไปจะจัดขึ้นในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ใช้ชื่อการประชุมว่า South-East Asia AFPA Regional Conference ระหว่างวันที่ 1 - 3 พฤษภาคม ค.ศ. 2026 ณ เมืองยอกยาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย

## ตารางที่ 2 แสดงรายชื่อผู้ได้รับรางวัล AFPA Lifetime Achievement Award

| ปี ค.ศ. | ชื่อ-สกุล ผู้รับรางวัล                                   | ประเทศ                |
|---------|----------------------------------------------------------|-----------------------|
| 2014    | 1. Prof. Naotaka Shinfuku<br>2. Prof. Lourdes L. Ignacio | ญี่ปุ่น<br>ฟิลิปปินส์ |
| 2015    | Prof. Dinesh Bhugra <sup>4</sup>                         | อินเดีย/สหราชอาณาจักร |
| 2016    | Prof. Norman Sartorius*                                  | สวีเดน                |

\*แม้ Prof. Norman Sartorius จะไม่ได้เป็นคนเอเชียแต่ได้รับการเสนอชื่อ เพราะเป็นผู้ทุ่มเทในการพัฒนาจิตเวชศาสตร์ในเอเชียหลายโครงการ รวมทั้งได้เข้ามาเป็น council member ของ AFPA และเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ AFPA ในหลายๆ เรื่อง

## โครงสร้างและผู้บริหาร

เดิมทีคณะผู้บริหารของ AFPA มาจากการเลือกกันเองในกลุ่มนายกสมาคมจิตแพทย์ในทวีปเอเชีย หรืออดีตนายก หรือจิตแพทย์อาวุโส โดย Prof. M. P. Deva ปฏิเสธที่จะรับตำแหน่งประธาน (president) คนแรก และเสนอให้ Prof. Naotaka Shinfuku เป็นประธานแทน ได้แสดงรายชื่อประธานของ AFPA ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบันไว้ในตารางที่ 3

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา จิตแพทย์ไทยได้รับความไว้วางใจให้เป็นคณะผู้บริหารของ AFPA ในตำแหน่งของ Secretary for Finance หลายคน ได้แก่ นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (ค.ศ. 2013 - 2015), ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกมลพร วรธนฤทธิ์ (ค.ศ. 2021 - 2024) และ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ (ค.ศ. 2024 - 2026)

## บทสรุป

ประเทศไทยโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จัดว่าเป็นสมาชิกที่สำคัญของ AFPA มาตั้งแต่ต้น โดยเฉพาะการเข้าไปร่วมแก้ไขปัญหาในช่วงที่องค์กรเกิดวิกฤตแยกเป็น 2 ฝ่าย โดยต่างฝ่ายต่างจัด WCAP ในปี ค.ศ. 2013 ผลของการเห็นพ้อง

ต้องกันใน “Bangkok Resolutions” ได้ทำให้สมาคมจิตแพทย์ของประเทศต่างๆ ในทวีปเอเชีย ได้กลับมาสวมครุสมานสามัคคีและดำรงความเป็นเอกภาพร่วมกันได้ในที่สุด จิตแพทย์ไทยจึงควรใช้เวทีของการประชุม WCAP ซึ่งเป็นการประชุมวิชาการทุกๆ 2 ปีของ AFPA ในการสร้างเครือข่าย (network) ความสัมพันธ์กับจิตแพทย์ของประเทศต่างๆ ในทวีปเอเชียต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Udomratn P. ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health (AFPMH). J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(4): 335-41.
2. Shinfuku N, Javed A, Udomratn P. A history of the Asian Federation of Psychiatric Associations (AFPA). Bull AFPA 2025; 12(1): 18-20.
3. Asian Federation of Psychiatric Associations. Previous meetings: WCAP and others [Internet]. [cited 2026 Sep. 26]. Available from: [https://www.afpa.asia/previous\\_meetings](https://www.afpa.asia/previous_meetings).
4. Bhugra, Dinesh, and others (eds), 'Pichet Udomratn', in Dinesh Bhugra (ed.), Psychiatrists on Psychiatry: Conversations with leaders. [Internet]. (Oxford, 2023; online edn, Oxford Academic, 1 Aug. 2023), [cited 2026 Sep. 26]. Available from: <https://doi.org/10.1093/med/9780198853954.003.0025>.

ตารางที่ 3 แสดงรายชื่อประธานของ AFPA ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน

| ปี ค.ศ.       | ชื่อ-สกุล ประธาน                         | ประเทศ      |
|---------------|------------------------------------------|-------------|
| 2009 - 2011   | Prof. Naotaka Shinfuku (รักษาการประธาน)* | ญี่ปุ่น     |
| 2011 - 2013   | Prof. Naotaka Shinfuku                   | ญี่ปุ่น     |
| 2013 - 2015   | Prof. Pichet Udomratn                    | ไทย         |
| 2015 - 2017   | Prof. Shigenobu Kanba                    | ญี่ปุ่น     |
| 2017 - 2019   | Prof. Afzal Javed                        | ปากีสถาน    |
| 2019 - 2021   | Prof. Malcolm Hopwood                    | ออสเตรเลีย  |
| 2021 - 2024** | Prof. G. Prasad Rao                      | อินเดีย     |
| 2024 - 2026   | Prof. Andi J. Tanra                      | อินโดนีเซีย |

\*ในปี ค.ศ. 2011 ได้เกิดปัญหาภายในของคณะผู้บริหาร AFPA ขึ้น โดย Prof. M. P. Deva และ Dr. Russell D'Souza ถือว่าวาระของคณะผู้บริหารชุดที่มี Prof. Naotaka Shinfuku เป็นประธานหมดลงแล้ว เนื่องจากแต่ละฝ่ายนับปีที่เข้าดำรงตำแหน่งไม่ตรงกันทาง Prof. Naotaka Shinfuku ถือว่าวาระของ AFPA เพิ่งมาได้รับการรับรองจากสมาชิกอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. 2009 จึงเกิดการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม และปัญหานี้มาได้รับการแก้ไขจนเกิดความเป็นเอกภาพของ AFPA ขึ้นจากการประชุมในปี ค.ศ. 2013 ที่กรุงเทพฯ ด้วยการลงนามของนายกสมาคมจิตแพทย์หรือผู้แทนในประเทศต่างๆ ของทวีปเอเชีย ในเอกสารที่เรียกว่า “Bangkok Resolutions”<sup>4</sup> ซึ่งผมขอแปลว่า “ปณิธานและข้อยุติที่กรุงเทพฯ”

\*\*เนื่องจากสถานการณ์โควิด การเลือกคณะกรรมการบริหารรวมทั้งการประชุม WCAP จึงไม่สามารถดำเนินการแบบ on-site ได้ คณะผู้บริหารชุดนี้มี Prof. G. Prasad Rao เป็นประธาน จึงได้รับความเห็นชอบให้ดำรงตำแหน่งต่อเนื่องไปอีก 1 ปี

# การพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB) ต่อพฤติกรรมการรังแกและความแข็งแกร่งในชีวิต ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

อริยญา จิตติถาวร\*, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์\*\*, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข\*\*\*

\*หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตจิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว โครงการร่วมระหว่างภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรังแกและความแข็งแกร่งในชีวิตระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม ในช่วงหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล

**วิธีการศึกษา** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 จำนวน 106 คน ซึ่งถูกเลือกแบบเจาะจง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม (31 คน) และกลุ่มควบคุมซึ่งรอเข้าร่วมโปรแกรม (75 คน) ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับบทเรียนออนไลน์จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ผ่านแพลตฟอร์ม MUx Mahidol ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติที่โรงเรียน และรอเข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB) หลังสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ด้วยแบบวัดพฤติกรรมการรังแกและแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

**ผลการศึกษา** กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเพศหญิง 15 คน (ร้อยละ 48.40) เพศชาย 15 คน (ร้อยละ 48.40) และเพศอื่นๆ อีก 1 คน (ร้อยละ 3.20) อายุเฉลี่ย 13 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 48.40) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 38 คน (ร้อยละ 50.70) อายุเฉลี่ย 13 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (ร้อยละ 46.70) กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการรังแกทางไซเบอร์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ( $p = 0.025$ ) และพบว่าการเป็นผู้ให้แรงเสริมการรังแกของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ( $p = 0.048$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของพฤติกรรมการรังแกในชีวิตจริงและความแข็งแกร่งในชีวิต

**สรุป** โปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB) สามารถช่วยลดพฤติกรรมการรังแกทางไซเบอร์ และการเป็นผู้ให้แรงเสริมการรังแกได้ ดังนั้นจึงอาจนำไปใช้เป็นกิจกรรมเสริมเพื่อช่วยให้วัยรุ่นทำความรู้จัก เข้าใจ และรับมือกับการรังแกได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ** โปรแกรมออนไลน์ การรังแก ความแข็งแกร่งในชีวิต วัยรุ่น

Corresponding author: คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: komsan.kei@gmail.com

วันรับ 16 กรกฎาคม 2568 วันแก้ไข 12 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับ 12 พฤศจิกายน 2568

# Developing and Evaluating the Bounce-Back Bullying (BBB) Online Program: Effects on Bullying Behavior and Resilience among Secondary School Students

Aranya Jittithaworn\*, Komsan Kiatrungrit\*\*, Somboon Hataiyusuk\*\*\*

\*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

\*\*Psychiatric Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\*Psychiatric Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

## ABSTRACT

**Objective:** To compare bullying behaviors and resilience between the intervention group and the control group at post-intervention and follow-up.

**Method:** The quasi-experimental research design was used in this study. The samples consisted of one hundred and six students in grades 7 - 9, who were purposively selected and divided into two groups: an intervention group (31 participants) and a wait-list control group (75 participants). Those in the experimental group obtained a thirty-minute 9 times online program delivered through the Mux Mahidol platform. Meanwhile, the wait-list control group attended regular school activities and waited to join the program after the end of the study period. Participants were assessed with bullying behaviors and resilience questionnaires at baseline, the end of the program, and a 12-week follow-up. Data were analyzed using the Mann-Whitney U Test.

**Result:** Among the participants in the intervention group, 15 were female (48.40%), 15 were male (48.40%), and 1 identified as another gender (3.20%), with a mean age of 13 years. Most were in Grade 7 (48.40%). In the control group, the majority were male (38 participants, 50.70%), with a mean age of 13 years, and most were in Grade 8 (46.70%). The intervention group reported significantly lower levels of cyberbullying behaviors than the control group at the end of the program ( $p = 0.025$ ), and lower reinforcement of bullying at the 12-week follow-up ( $p = 0.048$ ). However, there were no significant differences between groups regarding traditional bullying behaviors and resilience.

**Conclusion:** The Bounce Back Bullying (BBB) online program was found to reduce cyberbullying behaviors and reinforcement of bullying. Therefore, it may be applied as a supplementary activity to help adolescents recognize, understand, and appropriately cope with bullying.

**Keywords:** online program, bullying, resilience, adolescents

Corresponding author: Komsan Kiatrungrit

E-mail: komsan.kei@gmail.com

Received: 16 July 2025 Revised: 12 November 2025 Accepted: 12 November 2025

## บทนำ

พฤติกรรมการรังแก (bullying behaviors) เป็นการกระทำที่แสดงออกถึงความก้าวร้าวรุนแรง เกิดจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่ากระทำต่อผู้ที่ขาดความสามารถในการปกป้องตนเอง โดยมีเจตนาให้ผู้นั้นได้รับอันตราย หรือมีผลกระทบทางลบต่อร่างกายและจิตใจ เกิดขึ้นซ้ำๆอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่ง<sup>1</sup> เป็นการกระทำทั้งโดยทางตรง เช่น การทำร้ายร่างกาย ได้แก่ การผลัก เตะตอย ตบตี หรือการใช้คำพูดทำร้ายจิตใจ ได้แก่ การล้อเลียน ช่มชู้ เหยียดหยาม ทำให้อับอาย และการกระทำทางอ้อม เช่น การกีดกันไม่ให้เพื่อนเข้ากลุ่ม การปล่อยข่าวลือ การโน้มน้าวให้เพื่อนคนอื่นไม่ให้สนใจหรือเล่นด้วย โดยพฤติกรรมเหล่านี้สามารถพัฒนาไปสู่ความรุนแรงได้หลายรูปแบบในอนาคต<sup>2</sup>

การรังแกกันเป็นปัญหาทางสังคมที่สำคัญในระดับสากล เกิดขึ้นทั่วโลกตลอดหลายปีที่ผ่านมา จากผลการสำรวจเมื่อปี ค.ศ. 2020 จาก 83 ประเทศทั่วโลก พบว่าวัยรุ่นรายงานว่าตกเป็นเหยื่อของการรังแกถึงร้อยละ 30.5<sup>3</sup> องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – UNESCO) ได้ประเมินว่าในปี ค.ศ. 2017 มีเด็กและวัยรุ่นจำนวนกว่า 246 ล้านคน กำลังเผชิญกับความรุนแรงจากการถูกรังแกด้วยวิธีการที่หลากหลายเพิ่มขึ้นในทุกปี<sup>4</sup> ทั้งนี้ยังมีข้อมูลจากศูนย์ควบคุม และป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) ในสหรัฐอเมริกา ที่พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีความชุกของการรังแกกันมากที่สุดในทุกระดับชั้น ทั้งการรังแกแบบดั้งเดิม (ร้อยละ 28) และการรังแกทางไซเบอร์ (ร้อยละ 33)<sup>5</sup>

ในประเทศไทยมีการเปิดเผยข้อมูลผลการสำรวจโครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดในปี พ.ศ. 2561 โดยกรมสุขภาพจิตและมูลนิธิยุวพัฒน์ พบว่ามีนักเรียนถูกรังแกในสถานศึกษาปีละ 600,000 คน โดยเป็นการถูกรังแกจากเพื่อนนักเรียนด้วยกันถึงร้อยละ 40 ซึ่งจัดอยู่ในอันดับที่ 2 ของโลกรองจากประเทศญี่ปุ่น<sup>6</sup> จากผลการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรังแกบนโลกไซเบอร์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า เด็กไทยกว่าร้อยละ 80 มีประสบการณ์ถูกรังแกในชีวิตจริงโดยร้อยละ 66 ถูกรังแกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และร้อยละ 12 ถูกรังแกทุกวัน ขณะที่เด็กไทยร้อยละ 45 มีประสบการณ์ถูกรังแกทางไซเบอร์อย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งมากกว่าสหรัฐอเมริกา ยุโรป และญี่ปุ่นกว่า 4 เท่า<sup>7</sup> และข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2563 เครือข่ายนักกฎหมายเพื่อเด็กและเยาวชนได้เปิดเผยผลสำรวจ

ความรุนแรงในสถานศึกษา กลุ่มเด็กช่วงอายุ 10 - 15 ปี จำนวน 1,500 คน จาก 15 โรงเรียน พบว่าร้อยละ 91.79 เคยถูกรังแก และร้อยละ 68.93 มีมุมมองว่าการรังแกกันเป็นความรุนแรงอย่างหนึ่ง การตบตี (ร้อยละ 62.07) ล้อเลียนบุพการี (ร้อยละ 43.57) และพูดจาเหยียดหยาม (ร้อยละ 41.7) เป็นวิธีการรังแกที่พบมากที่สุด สามอันดับแรกในวัยรุ่นตอนต้น<sup>8</sup>

ปัญหาการรังแกส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน โดยพบว่าเด็กที่มีประสบการณ์การถูกรังแกมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ในโรงเรียน<sup>9</sup> นอกจากนี้เด็กที่ถูกรังแกมักมีความเครียดวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ มีผลการเรียนแย่ลง และไม่อยากไปโรงเรียน ในขณะที่นักเรียนที่รังแกผู้อื่นจะเคยชินกับการละเมิดกฎ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม เช่น เกเร ลักขโมย หนีเรียน ใช้สารเสพติด และมีความเสี่ยงต่อการก่ออาชญากรรมในอนาคตมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น<sup>9,10</sup> แม้ว่าอุปนิสัยของการรังแกที่มีแนวโน้มมากขึ้น มีหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ถูกรังแกมักจะไม่น่าเชื่อถือตัวเองถูกรังแกหรือขอความช่วยเหลือ การศึกษาในอังกฤษพบว่า มีนักเรียนที่ถูกรังแกจากเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่บอกครูว่าโดนรังแก และมีเพียงร้อยละ 42 ที่บอกให้ผู้ปกครองทราบ<sup>11</sup> บางรายใช้วิธีการโต้ตอบกลับ (externalizing) หรือเอาคืน<sup>12</sup> เป็นการรับมือกับความรุนแรงด้วยการใช้ความรุนแรง ทำให้วงจรการรังแกนี้ยังคงมีอยู่ นอกจากนี้ผู้ที่พบเห็นการรังแก (bystanders) ยังเป็นอีกบุคคลที่มีความสำคัญทั้งในการหยุดหรือส่งเสริมการรังแก โดยจากการศึกษาในไทยพบว่าเด็กมัธยมที่พบเห็นการรังแกทางไซเบอร์จำนวน 578 คน มีเพียงร้อยละ 34.6 ที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ถูกรังแก โดยที่ร้อยละ 28 เพิกเฉย และร้อยละ 26.3 มีส่วนเข้าไปส่งเสริมการรังแกนั้น<sup>13</sup>

ด้วยความรุนแรงของปัญหาการรังแกและผลกระทบที่เกิดขึ้น จึงได้มีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันการรังแกในโรงเรียนไว้มากมาย เช่น KiVa<sup>14</sup> ของประเทศฟินแลนด์ ที่มุ่งเน้นทั้งการป้องกัน การแทรกแซง และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อน Olweus Bullying Prevention Program (OBPP)<sup>15</sup> ของประเทศนอร์เวย์ เป็นโปรแกรมที่มีการวิจัยและประเมินผลอย่างต่อเนื่องยาวนานในหลายประเทศทั่วโลก ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนระบบตั้งแต่ระดับชุมชน โรงเรียน ชั้นเรียน และระดับบุคคล (whole-school approach) โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ใหญ่ทั้งที่โรงเรียนและครอบครัว ในการช่วยดูแลรับผิดชอบต่อการรังแกกันในนักเรียน และ Step to Respect<sup>16</sup> ของประเทศสหรัฐอเมริกา มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทางอารมณ์และสังคมของเด็ก ออกแบบมา

สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยโปรแกรมที่กล่าวมามีจุดเด่น คือมีการวิจัยและหลักฐานสนับสนุนที่แข็งแกร่ง การออกแบบ มีความครอบคลุมต่อการนำไปใช้ทั้งโรงเรียนและเน้นการสร้าง สภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้ปลอดภัย และส่งเสริมพฤติกรรม เชิงบวก ข้อจำกัดร่วมกันที่พบคือ ความต้องการใช้ทรัพยากร ทั้งบุคลากร ระยะเวลา และงบประมาณจำนวนมาก อาจมีความ มุ่งมั่นในการนำไปใช้อย่างสม่ำเสมอ และอาจยังไม่ได้ครอบคลุม การรังแกทางไซเบอร์ที่เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นที่ต้อง อาศัยกลยุทธ์เฉพาะเจาะจงในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว สำหรับในประเทศไทย ลักษณะของโปรแกรมป้องกันการรังแก ที่พบเป็นรูปแบบการทำกลุ่มปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นส่วนใหญ่<sup>17,18</sup> ด้วยข้อจำกัดของการดำเนินการรูปแบบดั้งเดิมที่ดำเนินกิจกรรม ภายในโรงเรียนเท่านั้นอาจไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ผู้วิจัย จึงสนใจการจัดกิจกรรมในลักษณะบทเรียนออนไลน์ ที่ผู้เรียน สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามความสะดวก โปรแกรมยังสามารถ นำไปใช้ซ้ำ หรือเผยแพร่ต่อไปได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว จากการศึกษา โปรแกรมป้องกันการรังแกในไทยที่ผ่านมา โดยมากให้ความสำคัญ กับการช่วยเหลือผู้ถูกรังแกและจัดการกับผู้รังแกเสียเป็นส่วนใหญ่ มีงานวิจัยเพียงไม่กี่ชิ้นที่กล่าวถึงบทบาทของผู้เห็นเหตุการณ์ที่เป็น ตัวแปรที่สำคัญในการหยุดวงจรการรังแกได้

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) เป็นคุณสมบัติของ จิตใจ ที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถรับมือกับความท้าทายต่างๆ ในชีวิต รับมือกับความเครียดและอุปสรรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยง กับความท้าทายโดยไม่ย่อท้อ พื้นตัวจากความผิดหวังและความ ล้มเหลว การฝึกฝนให้บุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตยังช่วยส่งเสริม การมีสุขภาพจิตที่ดีและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งยังช่วยพัฒนา ทักษะการแก้ปัญหา การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีการสื่อสารที่ เหมาะสมและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น<sup>19</sup> จากการศึกษาพบว่านักเรียนที่ มีความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูงมีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีโอกาสตกเป็นเหยื่อการรังแกได้น้อยลง<sup>20</sup> ทั้งยังพบว่าความ แข็งแกร่งในชีวิตสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตที่ดีในวัยรุ่น อีกด้วย<sup>21</sup> ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากเราฝึกฝนให้วัยรุ่นมีความแข็งแกร่ง ในชีวิตในระดับสูงจะเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีต่อการป้องกันปัญหา การรังแกได้ ช่วยให้นักเรียนสามารถปรับตัว เรียนรู้ และเติบโตได้ อย่างเข้มแข็งในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เป็นพื้นฐานสำคัญ ในการพัฒนาสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและมีความสุขในชีวิต

ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาโปรแกรมออนไลน์ที่ช่วยป้องกันการ รังแกในโรงเรียนที่พัฒนาเนื้อหาให้ครอบคลุมกับทุกบทบาท

ที่เกี่ยวข้องกับการรังแก ทั้งยังเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อให้นักเรียนมีทักษะในการรับมือและจัดการกับปัญหาได้ จากสถิติ ที่ผ่านมามองเห็นว่า กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นกลุ่มที่ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรังแกกัน เพราะมีอุปนิสัยการเกิด พฤติกรรมรังแกกันค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่น รวมถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อ สภาพจิตใจและสุขภาพทางกายของวัยรุ่น แม้ว่าที่ผ่านมามี การศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ในกลุ่มที่ หลากหลาย เช่น นักศึกษาพยาบาล วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส นักศึกษา มหาวิทยาลัย เป็นต้น แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยม ที่มีการรังแก รวมถึงอาจศึกษาเพียงผลต่อพฤติกรรมกลั่นแกล้ง รังแกหรือการถูกรังแกเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาและ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต กับการรังแกในนักเรียนมัธยมศึกษา รวมถึงผลต่อพฤติกรรมใน บทบาทต่างๆ ทั้งผู้รังแก ผู้ถูกรังแก และผู้สังเกตการณ์ เพื่อเป็น การลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบทางลบที่เกิดจากการถูกรังแก และเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีทักษะที่จำเป็น ที่ช่วยให้สามารถปรับตัว เผชิญหน้า และรับมือกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงและปัญหามากมายที่อาจเกิดขึ้นในช่วงวัย หัวเลี้ยวหัวต่อนี้ได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตต่อไป ได้อย่างปกติสุข โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยคือเพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมการรังแกและความแข็งแกร่งในชีวิตระหว่างกลุ่มเข้าร่วม โปรแกรมและกลุ่มควบคุม ในช่วงหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะ ติดตามผล

## วิธีการศึกษา

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์ BBB ต่อพฤติกรรมการรังแกและความแข็งแกร่งในชีวิต ในนักเรียน ระดับมัธยมศึกษา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power ตามสถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon-Mann-Whitney test (two groups) กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ขนาด อิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.8<sup>22</sup> ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95<sup>23</sup> จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เท่ากับ 74 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลขาดหายจึงเพิ่มจำนวน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ดังนั้นจากการคำนวณจึงต้องการ กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 89 คน

ประชากร คือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 ในโรงเรียนสังกัดกระทรวง การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) 1 โรงเรียน ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 406 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นนักเรียนระดับ มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 มีอายุระหว่าง 12 - 15 ปี 2) สมัครใจและ ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม และ 3) สามารถ ใช้ภาษาไทยได้เป็นอย่างดี เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัย อยู่ระหว่างการเข้าร่วมกับโปรแกรมเชิงจิตวิทยาอื่นๆ ขณะ เข้าร่วมวิจัย และ 2) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากโปรแกรม หลังจากที่ได้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์โครงการ ส่งหนังสือให้ ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้รับเอกสารตอบกลับจำนวน ทั้งสิ้น 106 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมตามความ สมัครใจ ได้นักเรียนที่ลงทะเบียนและเข้าเรียนหลักสูตร BBB จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุมคือผู้ที่ไม่ได้ลงทะเบียนเรียนใน หลักสูตร BBB จำนวน 75 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ (รูปที่ 1) โดยอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้านี้ด้านโปรแกรมป้องกัน การรังแกทางออนไลน์ที่ใช้ช่วงเวลาติดตามผลระหว่าง 8 - 12 สัปดาห์ เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมหลังเข้าร่วม โปรแกรม<sup>24,25</sup> ทั้งนี้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ยังสอดคล้องกับช่วง ระยะเวลาหนึ่งภาคเรียน ซึ่งเหมาะสมต่อการติดตามผลในบริบท ของโรงเรียนไทย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขอ้างอิง COA. MURA2021/1061 และได้รับอนุญาตในการเข้าเก็บข้อมูลจาก ผู้อำนวยการโรงเรียน มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บรวบรวม ข้อมูล รวมทั้งผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ปกครองในการให้นักเรียน เข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถออกจากงานวิจัยได้ ตลอดเวลาที่ยังเข้าร่วมวิจัยต้องการ ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บเป็น ความลับ การนำเสนอผลการศึกษาเป็นการนำเสนอในภาพรวม ที่ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน และโปรแกรม 1 ส่วน ดังนี้

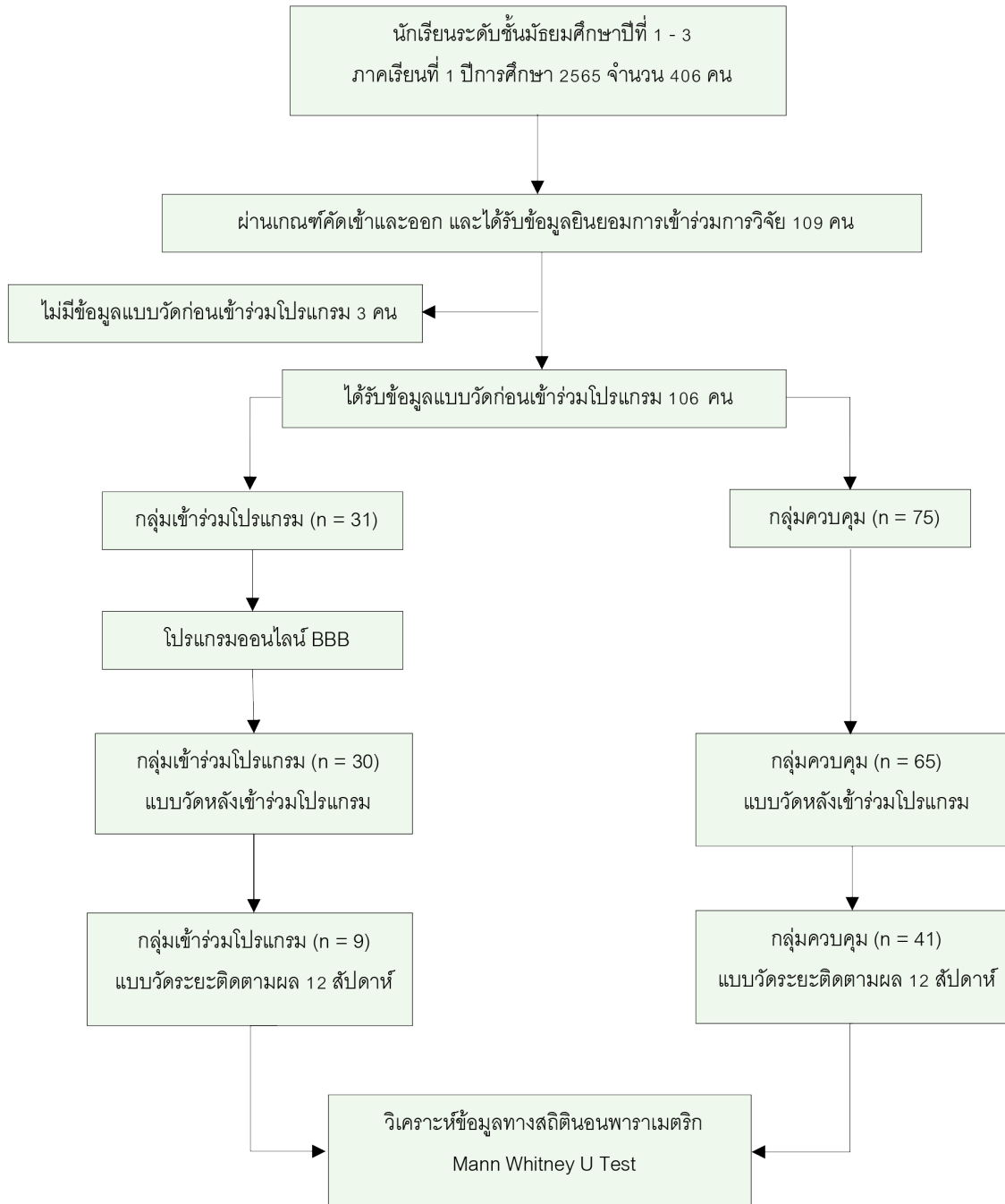
**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** ใช้เก็บข้อมูลทั่วไปของ ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน สถานภาพ สมรสของบิดามารดา สถานภาพครอบครัว และรายได้ของ ครอบครัวที่พำนักอาศัยด้วย โดยเฉลี่ยต่อเดือน

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรังแก** มีจำนวนข้อ รวมทั้งสิ้น 51 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

**2.1) แบบสอบถามการรังแกในชีวิตจริง** ได้นำมาจาก บางส่วนของ Olweus bully/victim questionnaire<sup>26</sup> ฉบับ ภาษาไทย ซึ่งแปลโดย สมบัติ ตาปัญญา<sup>27</sup> ผู้วิจัยนำข้อที่เกี่ยวข้อง กับการถูกรังแกในรูปแบบต่างๆ (ข้อที่ 1 - 10) และการรังแกผู้อื่น ในรูปแบบต่างๆ (ข้อที่ 12 - 21) แต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ ไม่เคยถูกรังแกหรือรังแกผู้อื่นเลย (0) เกิดขึ้น 1 - 2 ครั้ง (1) เกิดขึ้น เดือนละ 2 - 3 ครั้ง (2) เกิดขึ้นสัปดาห์ละครั้ง (3) และเกิดขึ้น สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง (4) คะแนนการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น ที่มากหมายถึง มีความถี่ของการถูกรังแกและรังแกผู้อื่นมาก โดยมี คะแนนต่ำสุดและสูงที่สุดในช่วง 0 - 80 คะแนน ตัดการแปลผล ในข้อที่ 21 ออก เนื่องจากข้อคำถามถามถึงการรังแกในรูปแบบอื่นๆ ซึ่งไม่ได้สะท้อนความถี่ของการรังแกผู้อื่น แบบสอบถามมีค่า ความเชื่อมั่นในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Cronbach's alpha = 0.75)<sup>27</sup>

**2.2) แบบสอบถามการรังแกทางไซเบอร์** ใช้แบบ สอบถามเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ ต้นฉบับของ University of Turku ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย วัลลภ อัจฉริยะสิงห์ โดยเลือกใช้เฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับรูปแบบต่างๆ ของการ ถูกรังแกทางไซเบอร์ (ข้อที่ 1 - 8) และการรังแกผู้อื่นทางไซเบอร์ (ข้อที่ 9 - 15) แต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก คือ ไม่เคยถูกรังแก หรือรังแกผู้อื่นเลย (0) เกิดขึ้นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (1) เกิดขึ้น มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (2) และเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (3) คะแนน การถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นที่มาก หมายถึงมีความถี่ของการ ถูกรังแกและรังแกผู้อื่นทางไซเบอร์ที่มาก โดยมีคะแนนต่ำสุดและ สูงที่สุดในช่วง 0 - 45 คะแนน แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Cronbach's alpha = 0.63)

**2.3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการรังแก** นำมา จาก Participant Role Questionnaire (PRQ) สร้างขึ้นโดย Christina Salmivalli<sup>28</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย และแปลกลับ



รูปที่ 1 จำนวนทั้งหมดของผู้เข้าร่วมการศึกษา

เป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา (forward and back translation) จากนั้นนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชและการกลั่นแกล้งรังแกในเด็กตรวจสอบเนื้อหาให้เหมือนต้นฉบับ (validity checking) มีการทดลองใช้ (try out) กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 12 คน แบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ สอบถามถึงบทบาทการเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการรังแก ได้แก่ ผู้ร่วมรังแก (assistant) ผู้ให้แรงเสริมการรังแก (reinforcer)

ผู้ปกป้องผู้ถูกรังแก (defender) และผู้ที่อยู่นอกเหตุการณ์ (outsider) ด้านละ 3 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ไม่เคยเลย (0) บางครั้ง (1) และบ่อยครั้ง (2) คะแนนการเป็นบทบาทใดที่มากที่สุดหมายถึงมีความถี่ของการเป็นบทบาทนั้นๆ ที่มากที่สุด โดยมีคะแนนต่ำสุดและสูงที่สุดในช่วง 0 - 30 คะแนน แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นในเกณฑ์ดีเยี่ยม (Cronbach's alpha = 0.88) วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา หรือ Index of Item Objective

Congruence (IOC) ทั้งรายข้อและทั้งฉบับ = 1.00 โดยมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาทั้งหมด 3 ท่าน เป็นผู้ประเมิน

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต** สร้างขึ้นโดย พัทธินันท์ นินทจันทร์ และคณะ<sup>29</sup> ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด resilience ของ Edith Grotberg<sup>19</sup> แบบสอบถามมีจำนวน 28 ข้อ เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนภายนอก (I have) 9 ข้อ คุณลักษณะความเข้มแข็งภายในส่วนบุคคล (I am) 10 ข้อ และการมีทักษะการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (I can) 9 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไม่เห็นด้วย (2) เฉยๆ (3) เห็นด้วย (4) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) คะแนนที่มากหมายถึงการมีความแข็งแกร่งในชีวิตที่มาก โดยมีคะแนนต่ำสุดและสูงที่สุดในช่วง 28 - 140 คะแนน แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นในเกณฑ์ดีเยี่ยม (Cronbach's alpha = 0.86 - 0.91)

**ส่วนที่ 4 โปรแกรม Bounce Back Bullying (BBB)** เป็นโปรแกรมที่เป็นบทเรียนออนไลน์ Massive Open Online Course (MOOC) ที่เปิดให้บุคคลทั่วไปสามารถเข้าใช้งานได้บนแพลตฟอร์ม MUX ของมหาวิทยาลัยมหิดล [https://mux.mahidol.ac.th/courses/course-v1:MU-RA+BBB101+MU-RA\\_000114/about](https://mux.mahidol.ac.th/courses/course-v1:MU-RA+BBB101+MU-RA_000114/about) ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมจากการทบทวนเนื้อหาความรู้ที่เกี่ยวข้องและปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อสารสนเทศจำนวน 1 ท่าน ทดลองใช้ (try out) ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 12 คน และนำข้อมูลป้อนกลับที่ได้จากกลุ่มทดลองใช้มาปรับปรุงให้โปรแกรมมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ก่อนนำขึ้นบนแพลตฟอร์ม (final version) เนื้อหาของโปรแกรมออกแบบมาให้ครอบคลุมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการรังแก ได้แก่ ผู้รังแก ผู้ถูกรังแก และผู้เห็นเหตุการณ์ มีการให้ความรู้ผ่านวิดีโอ กิจกรรมทำแบบเรียน แบบทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน เนื้อหาของหลักสูตรแบ่งเป็น 3 โมดูล ได้แก่ รู้จัก เรียนรู้ และรับมือกับการรังแก โดยแต่ละโมดูลมี 3 บทเรียนย่อย รวมทั้งสิ้น 9 ตอน โดยใช้ระยะเวลาในการเรียนทั้งหมดประมาณ 4 ชั่วโมง โดยที่ผู้เข้าร่วมสามารถเรียนได้ตามจังหวะของตนเอง (self-pace learning) สามารถดูรายละเอียดกิจกรรมการเรียนทั้งหมดได้ที่ [https://docs.google.com/document/d/1iDzgj-15ObDop1HG-4YFjn-ScbH0\\_k-BTIHUUFg64-4/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/1iDzgj-15ObDop1HG-4YFjn-ScbH0_k-BTIHUUFg64-4/edit?usp=sharing) โปรแกรมมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา Content Validity

Index (CVI) เป็นรายตอนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชเด็ก 2 ท่าน และผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการรังแกกันในเด็ก 1 ท่าน โปรแกรมมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมอยู่ในระดับสูง (CVI = 1.00)

การวัดและประเมินผล ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องเข้าเรียนในหลักสูตรเป็นจำนวนอย่างน้อย 2 ใน 3 โมดูล หรือเข้าเรียน 5 ใน 9 ตอนของบทเรียนทั้งหมด โดยจะต้องมีผลทำแบบทดสอบหลังเรียนที่ร้อยละ 60 คะแนน จึงจะผ่านเกณฑ์และได้รับประกาศนียบัตรรับรองการจบหลักสูตร ดูรายละเอียดได้ที่ หน้า 3 [https://docs.google.com/document/d/1iDzgj-15ObDop1HG-4YFjn-ScbH0\\_k-BTIHUUFg64-4/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/1iDzgj-15ObDop1HG-4YFjn-ScbH0_k-BTIHUUFg64-4/edit?usp=sharing)

### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรม SPSS version 18 โดยเริ่มจากการตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยการทดสอบความเป็นปกติ (Shapiro-Wilk test) พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ จึงเลือกใช้สถิตินอนพาราเมตริก ในการวิเคราะห์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและช่วงควอไทล์ (median, IQR) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษาในการวิเคราะห์เชิงอนุมาน ใช้สถิติ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้ Wilcoxon signed-rank test ในการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (pre-post และ pre-follow-up) สำหรับข้อมูลที่ไม่เป็นปกติ การวิเคราะห์ดำเนินการในลักษณะ Intention-to-treat analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า  $p < 0.05$

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 จำนวน 106 คน เป็นเพศชาย 53 คน (ร้อยละ 50) เพศหญิง 49 คน (ร้อยละ 46.20) และ LGBTQ 4 คน (ร้อยละ 3.80) โดยส่วนใหญ่ อายุ 12 ปี จำนวน 44 คน (ร้อยละ 41.50) ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 48 คน (ร้อยละ 45.30) ผู้ปกครองโดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกันเป็นจำนวน 87 คน (ร้อยละ 82.10) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จำนวน 87 คน (ร้อยละ 82.10) และครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท จำนวน 50 คน (ร้อยละ 47.20)

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) ไม่พบว่ามีความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แต่พบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้านอายุ ( $\chi^2 = 11.42, p = .003$ ) ระดับชั้นเรียน ( $\chi^2 = 16.49, p < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตามผล

จากการศึกษานี้มีผู้ที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และผ่านเกณฑ์การประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 22 คน (ร้อยละ 70.97) จากจำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 31 คน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 67.18 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน และใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการร่วมโปรแกรม 2.58 ชั่วโมง

### เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนของพฤติกรรมการรังแกและความแข็งแกร่งในชีวิตระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม ในช่วงหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล

จากตารางที่ 2 พบว่ามีเพียงคะแนนพฤติกรรมการรังแกทางไซเบอร์ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (pre-post) ของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U = 848.00, p = .025$ ) และค่าคะแนนผู้ให้แรงเสริมการรังแกเปรียบเทียบระหว่างระยะติดตามผลและก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (pre-follow-up) ของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U = 873.50, p = .048$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมอื่นๆ และความแข็งแกร่งในชีวิตระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดมาแสดงในรูปแบบแผนภูมิเส้น (รูปที่ 2) สามารถดูคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรังแกในชีวิตจริงจากรูปที่ 2a พฤติกรรมการรังแกทางไซเบอร์ รูปที่ 2b พฤติกรรมผู้สังเกตการณ์รูปที่ 2c และความแข็งแกร่งในชีวิตรูปที่ 2d ในช่วงก่อนเข้า-หลังเข้าร่วมโปรแกรม และในระยะติดตามผลได้ดังรูป

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 106 คน ติดตามผลของการเข้าร่วม

โปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB) ต่อพฤติกรรม การรังแกในชีวิตจริง การรังแกทางไซเบอร์ การเป็นผู้สังเกตการณ์ และความแข็งแกร่งในชีวิตเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรังแกทางไซเบอร์ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม และพบว่าการเป็นผู้ให้แรงเสริมการรังแกของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของพฤติกรรมการรังแกในชีวิตจริงและความแข็งแกร่งในชีวิต

จากการศึกษานี้พบว่า โปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB) สามารถช่วยลดพฤติกรรมการรังแกของนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

**วัตถุประสงค์ที่ 1** เปรียบเทียบพฤติกรรมการรังแกและความแข็งแกร่งในชีวิตระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม ในช่วงหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการรังแกในชีวิตจริงและทางไซเบอร์ลดลงเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการรังแกทางออนไลน์ที่ผ่านมา เช่น Safe Surfing<sup>24</sup>, Media Hero<sup>30</sup> และ Cyberprogram 2.0<sup>25</sup> โดยโปรแกรมที่กล่าวมามีองค์ประกอบเนื้อหาที่คล้ายคลึงกัน เช่น การตระหนักรู้เรื่องการรังแก ทักษะการแก้ปัญหา การใช้อินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัย การฝึกฝนการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รวมถึงการให้ความรู้ที่ครอบคลุมกับบุคคลทุกบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการรังแก ได้แก่ ผู้รังแก ผู้ถูกรังแก และผู้สังเกตการณ์ จึงทำให้มีผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกันคือพฤติกรรมการรังแกลดลง ทั้งการรังแกโดยในชีวิตจริงและทางไซเบอร์ แม้ว่าผลการวิเคราะห์จะพบการเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรมการรังแก แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเป็นผู้สังเกตการณ์ในรูปแบบต่างๆ สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากลักษณะของพฤติกรรมการเป็นผู้สังเกตการณ์ที่ซับซ้อน และยากไม่ได้เปลี่ยนแปลงได้เพียงจากการรับข้อมูลหรือเรียนรู้เชิงทฤษฎี แต่ต้องอาศัยการฝึกทักษะ เช่น การตัดสินใจ การกล้าแสดงออก และการจัดการความกดดันทางสังคม ซึ่งไม่ได้ถูกออกแบบไว้โดยตรงในโปรแกรมออนไลน์นี้<sup>32</sup>

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการรังแกทางไซเบอร์ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรม Media Hero<sup>30</sup>, Cyberprogram 2.0<sup>25</sup>, CyberEduca 2.0, The Testing Brief Online<sup>32</sup> และ E-Course to Combat Cyberbullying<sup>33</sup> ที่หลังการเข้าร่วม

โปรแกรมและในระยะติดตามผล กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการรังแกทางไซเบอร์ที่ลดลง ซึ่งอาจเกิดจากผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการรังแกทางไซเบอร์มากขึ้น<sup>34</sup> และโปรแกรมมีการให้การตระหนักรู้เท่าทันความคิดที่สนับสนุนการรังแก เช่น “คนอ่อนแอคือคนที่สมควรถูกแกล้ง” หรือ “การหยอกเล่นสนุกๆ เขาคงไม่คิดมากหรอก” และปรับความคิดให้เหมาะสม

เพื่อลดพฤติกรรมรังแก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่ไม่สมเหตุผล ตามแนวทางการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม Cognitive and Behavioral Therapy (CBT) ที่มักจะให้ตรวจสอบความคิดที่ไม่สมเหตุผลและไม่เกิดประโยชน์ด้วยการหาหลักฐานมาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิด ความเชื่ออื่นๆ นอกจากนี้กลุ่มที่เข้าร่วม

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมรังแก และความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

| ข้อมูลทั่วไป                 |                         | Total<br>n = 106 (%)<br>n (%) mean (SD) | Pre intervention                                                    |                                                                | X <sup>2</sup>    | p-value |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------|---------|
|                              |                         |                                         | Intervention gr. <sup>c</sup><br>n = 31 (29.25%)<br>n (%) mean (SD) | Control gr. <sup>c</sup><br>n = 75 (70.75%)<br>n (%) mean (SD) |                   |         |
| เพศ                          | หญิง                    | 49 (46.20)                              | 15 (48.40)                                                          | 34 (45.30)                                                     | 0.10 <sup>a</sup> | .950    |
|                              | ชาย                     | 53 (50.00)                              | 15 (48.40)                                                          | 38 (50.70)                                                     |                   |         |
|                              | LGBTQ                   | 4 (3.80)                                | 1 (3.20)                                                            | 3 (4.00)                                                       |                   |         |
| อายุ                         | 12 ปี                   | 44 (41.50)                              | 13 (41.90)                                                          | 31 (41.30)                                                     | 5.22 <sup>a</sup> | .156    |
|                              | 13 ปี                   | 37 (34.90)                              | 7 (22.60)                                                           | 30 (40.00)                                                     |                   |         |
|                              | 14 ปี                   | 22 (20.80)                              | 9 (29.00)                                                           | 13 (17.30)                                                     |                   |         |
|                              | 15 ปี                   | 3 (2.80)                                | 2 (6.50)                                                            | 1 (1.30)                                                       |                   |         |
| ระดับชั้นเรียน               | ม.1                     | 48 (45.30)                              | 15 (48.40)                                                          | 33 (44.00)                                                     | 4.50 <sup>a</sup> | .105    |
|                              | ม.2                     | 44 (41.50)                              | 9 (29.00)                                                           | 35 (46.70)                                                     |                   |         |
|                              | ม.3                     | 14 (13.20)                              | 7 (22.60)                                                           | 7 (9.30)                                                       |                   |         |
| สถานภาพสมรสผู้ปกครอง         | บิดามารดาอยู่ด้วยกัน    | 87 (82.10)                              | 24 (77.40)                                                          | 63 (84.00)                                                     | 4.53 <sup>a</sup> | .209    |
|                              | บิดามารดาแยกกันอยู่     | 8 (7.50)                                | 4 (12.90)                                                           | 4 (5.30)                                                       |                   |         |
|                              | บิดามารดาหย่าร้าง       | 10 (9.40)                               | 2 (6.50)                                                            | 8 (10.70)                                                      |                   |         |
|                              | บิดาหรือมารดาถึงแก่กรรม | 0 (0.00)                                | 0 (0.00)                                                            | 0 (0.00)                                                       |                   |         |
|                              | อื่นๆ                   | 1 (0.90)                                | 1 (3.20)                                                            | 0 (0.00)                                                       |                   |         |
| สถานภาพครอบครัว              | อยู่กับบิดาและมารดา     | 87 (82.10)                              | 24 (77.40)                                                          | 63 (84.00)                                                     | 2.59 <sup>a</sup> | .273    |
|                              | อยู่กับบิดาหรือมารดา    | 17 (16.00)                              | 7 (22.60)                                                           | 10 (13.30)                                                     |                   |         |
|                              | อยู่กับญาติพี่น้อง      | 2 (1.90)                                | 0 (0.00)                                                            | 2 (2.70)                                                       |                   |         |
|                              | อยู่ตามลำพัง/เพื่อน     | 0 (0.00)                                | 0 (0.00)                                                            | 0 (0.00)                                                       |                   |         |
| รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน | ไม่เกิน 10,000 บาท      | 1 (0.90)                                | 1 (3.20)                                                            | 0 (0.00)                                                       | 7.61 <sup>a</sup> | .107    |
|                              | 10,000 - 30,000 บาท     | 13 (12.30)                              | 4 (12.90)                                                           | 9 (12.00)                                                      |                   |         |
|                              | 30,001 - 50,000 บาท     | 24 (22.60)                              | 10 (32.30)                                                          | 14 (18.70)                                                     |                   |         |
|                              | มากกว่า 50,000 บาท      | 50 (47.20)                              | 14 (45.20)                                                          | 36 (48.00)                                                     |                   |         |
|                              | อื่นๆ                   | 18 (17.00)                              | 2 (6.50)                                                            | 16 (21.30)                                                     |                   |         |

Abbreviation: gr. = group; a = Likelihood Ratio, b = Fisher's Exact Test, c = ร้อยละเทียบกับกลุ่มในช่วง Pre intervention, d = ร้อยละเทียบกับกลุ่มในช่วง Post intervention, e = ร้อยละเทียบกับกลุ่มในช่วง Follow-up, \* = p < 0.05, \*\* = p < 0.01 และ \*\*\* = p < 0.001

**ตารางที่ 2** ข้อมูลความแตกต่างคะแนนของพฤติกรรมการรังแกในชีวิตจริง การรังแกทางไซเบอร์ พฤติกรรมผู้สังเกตการณ์ และความแข็งแรงในชีวิต ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม

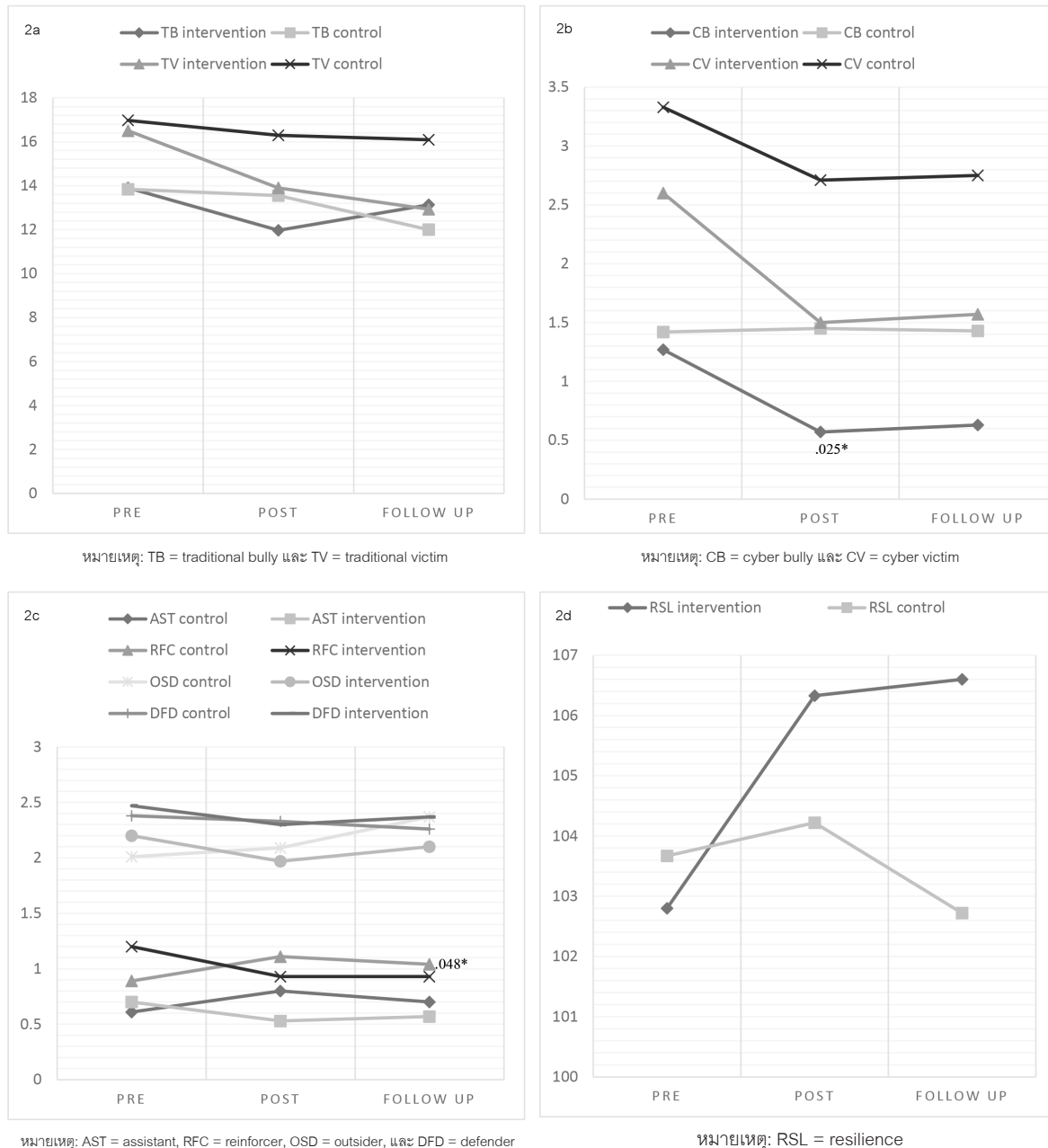
|                                  |               | Control group<br>mean (SD) | Intervention group<br>mean (SD) | Mann-Whitney<br>U test | p-value | Cohen's d |
|----------------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------------|------------------------|---------|-----------|
| การเป็นเหยื่อการรังแกในชีวิตจริง | ก่อน-หลัง     | - .87 (6.79)               | - 2.43 (7.58)                   | 992.00                 | .296    | .278      |
|                                  | ก่อน-ติดตามผล | - .24 (8.61)               | - 2.89 (5.75)                   | 932.50                 | .144    | .349      |
| การรังแกในชีวิตจริง              | ก่อน-หลัง     | - .37 (5.50)               | - 1.86 (4.63)                   | 880.00                 | .061    | .338      |
|                                  | ก่อน-ติดตามผล | - .68 (6.12)               | - 1.00 (3.57)                   | 944.50                 | .164    | .251      |
| การเป็นเหยื่อการรังแกทางไซเบอร์  | ก่อน-หลัง     | - .74 (3.00)               | - 1.07 (2.68)                   | 1005.00                | .327    | .176      |
|                                  | ก่อน-ติดตามผล | - .80 (3.68)               | .00 (2.64)                      | 1044.00                | .492    | .150      |
| การรังแกทางไซเบอร์               | ก่อน-หลัง     | .03 (1.79)                 | - .70 (1.29)                    | 848.00                 | .025*   | .491      |
|                                  | ก่อน-ติดตามผล | - .10 (2.83)               | .11 (.93)                       | 938.50                 | .132    | .339      |
| การเป็นผู้ร่วมรังแก              | ก่อน-หลัง     | .20 (1.39)                 | - .10 (.99)                     | 931.50                 | .093    | .328      |
|                                  | ก่อน-ติดตามผล | .12 (1.00)                 | .33 (1.12)                      | 965.50                 | .167    | .212      |
| การเป็นผู้ให้แรงเสริมการรังแก    | ก่อน-หลัง     | .23 (1.35)                 | - .23 (1.00)                    | 902.00                 | .074    | .426      |
|                                  | ก่อน-ติดตามผล | .22 (1.11)                 | .00 (1.32)                      | 873.50                 | .048*   | .368      |
| การเป็นผู้ปกป้องผู้ที่ถูกรังแก   | ก่อน-หลัง     | - .03 (2.19)               | - .17 (1.88)                    | 1103.00                | .787    | .061      |
|                                  | ก่อน-ติดตามผล | - .34 (1.56)               | - .55 (1.67)                    | 1128.50                | .934    | .132      |
| การเป็นผู้ที่อยู่นอกเหตุการณ์    | ก่อน-หลัง     | .08 (2.12)                 | - .20 (1.65)                    | 1034.50                | .441    | .171      |
|                                  | ก่อน-ติดตามผล | .58 (2.33)                 | .22 (1.56)                      | 1018.50                | .379    | .237      |
| ความแข็งแรงในชีวิต               | ก่อน-หลัง     | .32 (10.75)                | 4.23 (13.34)                    | 993.50                 | .303    | .255      |
|                                  | ก่อน-ติดตามผล | - 2.39 (13.56)             | 5.44 (9.96)                     | 909.50                 | .106    | .398      |

Abbreviation: SD = standard deviation, ก่อน-หลัง = คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรังแกหรือความแข็งแรงในชีวิตระหว่างช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม, ก่อน-ติดตามผล = คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรังแกหรือความแข็งแรงในชีวิตระหว่างช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล 12 สัปดาห์; \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$  และ \*\*\* =  $p < .001$

โปรแกรมอาจมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการรังแกและมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความแข็งแรงในชีวิตในการรู้จักเคารพตนเองและผู้อื่นด้วยเช่นกัน

การศึกษานี้ไม่ได้พบความแตกต่างในด้านพฤติกรรม การรังแกโดยทั่วไป และความแข็งแรงในชีวิตระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม

โปรแกรมกับกลุ่มควบคุม เนื่องจากการรายงานการเป็นผู้รังแก ซึ่งมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งทำให้โอกาสในการตรวจพบการเปลี่ยนแปลงลดลง รวมถึงผู้ที่ยังคงอยู่จนสิ้นสุดกระบวนการวิจัยมีอยู่น้อย จึงอาจทำให้มีจำนวนตัวอย่างที่ไม่เพียงพอ อาจทำให้ผลการทดสอบต่ำลง (type 2 error)



**รูปที่ 2** คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรังแกและการตกเป็นเหยื่อในชีวิตจริง (2a) พฤติกรรมการรังแกและการตกเป็นเหยื่อทางไซเบอร์ (2b) พฤติกรรมผู้สังเกตการณ์ (2c) และความแข็งแกร่งในชีวิต (2d) ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมโดยเปรียบเทียบจากระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล; แกน X = ระยะเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre) หลังเข้าร่วมโปรแกรม (post) และช่วงติดตามผล 12 สัปดาห์, แกน Y = คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรังแก (2a, 2b และ 2c) หรือความแข็งแกร่งในชีวิต (2d)

ส่งผลให้โอกาสในการตรวจจับความแตกต่างที่มีอยู่จริงลดลง นอกจากนี้ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นคุณลักษณะหนึ่งที่มีหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง เช่น ความแข็งแกร่งภายใน และความแข็งแกร่งภายนอกซึ่งอาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงด้วยการเข้าร่วมโปรแกรมเพียงเท่านั้น นอกจากนี้ยังไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมการ

เป็นผู้สังเกตการณ์ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม โดยอาจเป็นเพราะเนื้อหาของโปรแกรมมุ่งเน้นไปที่การเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการกลั่นแกล้ง และการส่งเสริมทักษะการรับมือสำหรับผู้ถูกกลั่นแกล้ง มากกว่าการฝึกพฤติกรรมเชิงรุกของผู้สังเกตการณ์ การศึกษาก่อนหน้าพบว่าการเสริมสร้างพฤติกรรม

เชิงรุกของผู้สังเกตการณ์ในสถานการณ์การถูกรังแกจำเป็นต้องมีองค์ประกอบของกิจกรรมที่เน้นการจำลองสถานการณ์ (role-play) การสร้างแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน และการพัฒนาทักษะความกล้าแสดงออก<sup>35,36</sup> ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในรูปแบบของโปรแกรม e-learning แบบ self-paced

### จุดแข็งและข้อจำกัดของการวิจัย

โปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB) ได้รับการพัฒนาโดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โปรแกรมสามารถเข้าร่วมได้ผ่านระบบออนไลน์และมีลักษณะการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นตามจังหวะของผู้เรียน (self-paced learning) ซึ่งเอื้อต่อการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายในวงกว้าง และลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณาในการศึกษาในอนาคต 1) แม้งานวิจัยนี้จะมีกลุ่มควบคุม แต่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการแทรกแซงเชิงรุก (active intervention) ใดๆ จึงอาจก่อให้เกิดอคติในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ได้ อีกทั้งระยะเวลาการติดตามผลเพียง 12 สัปดาห์ ยังอาจไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว จึงควรพิจารณาขยายระยะการติดตามผลให้อยู่ในช่วง 6 - 12 เดือนในอนาคต 2) รูปแบบการเรียนรู้ตามจังหวะของผู้เรียน (self-paced learning) ที่ไม่มีระบบติดตามหรือแจ้งเตือนการเข้าใช้งาน อาจส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมโปรแกรมและทำให้ผู้เข้าร่วมบางส่วนไม่สามารถดำเนินการจนจบครบกระบวนการวิจัย จึงควรพัฒนาและเพิ่มระบบแจ้งเตือนเพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมเข้าใช้งานอย่างต่อเนื่องหรือเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ 3) การจัดเนื้อหาการเรียนออนไลน์ ควรมีการเพิ่มเติมเนื้อหาที่อาจให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าถึงเหตุการณ์การรังแกที่ตนเองเคยพบการมีปฏิสัมพันธ์เพิ่มเติมระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนหรือกับผู้เรียนด้วยกันเอง ได้มีการอภิปราย แลกเปลี่ยน มีสถานการณ์จำลองให้ผู้เรียนได้ช่วยกันแก้ไข หรือแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้นำองค์ความรู้จากโปรแกรมมาฝึกปฏิบัติเพื่อให้มีประสบการณ์การใช้ทักษะต่างๆ เช่น การเพิกเฉย การปฏิเสธ การจัดการอารมณ์ และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นหากต้องรับมือกับสถานการณ์การรังแกจริง 4) กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มาจากโรงเรียนเพียงแห่งเดียว และเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเท่านั้น จึงอาจไม่สามารถ

เป็นตัวแทนของประชากรทั่วไปได้ การเลือกโรงเรียนที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ความเปิดกว้างในการสนับสนุนงานวิจัย อาจส่งผลให้ผลลัพธ์ไม่สามารถนำไปสรุปในกลุ่มประชากรทั่วไปได้ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับค่อนข้างดีและมีผู้เข้าร่วมการศึกษาจนถึงสิ้นสุดเพียงจำนวนน้อย ในการศึกษาครั้งถัดไปจึงควรเพิ่มจำนวนและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น 5) โปรแกรมนี้ถูกออกแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานผ่านคอมพิวเตอร์ ซึ่งอาจไม่ตอบโจทย์กับพฤติกรรมของวัยรุ่นในปัจจุบันที่นิยมใช้โทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ตเป็นหลัก อันอาจส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการใช้งานและทำให้ผู้เข้าร่วมบางส่วนไม่สามารถใช้งานโปรแกรมได้จนจบกระบวนการ 6) วิธีการเก็บข้อมูลที่ใช้แบบประเมินตนเอง (self-report) อาจสะท้อนเพียงการรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามในช่วงเวลานั้นและมีแนวโน้มที่จะเกิดอคติในการรายงานได้ จึงควรพิจารณาใช้เครื่องมือประเมินที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การประเมินโดยเพื่อนร่วมชั้น ครู หรือผู้ปกครอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและแม่นยำยิ่งขึ้น และ 7) อีกประเด็นที่ควรพิจารณาคือ ความแตกต่างของอายุและระดับชั้นเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่พบในระยะติดตามผล ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (attrition bias) และลักษณะของการเข้าร่วมโปรแกรมตามความสมัครใจของนักเรียน ทำให้กลุ่มที่คงอยู่ในช่วงติดตามผลมีองค์ประกอบทางประชากรแตกต่างจากช่วงก่อนเริ่มโปรแกรม อย่างไรก็ตาม จากการตรวจสอบเพิ่มเติมไม่พบว่าปัจจัยด้านอายุหรือระดับชั้นเรียนมีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการรังแกหรือความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ จึงไม่น่ามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์หลักของการวิจัย ทั้งนี้ควรพิจารณาควบคุมหรือติดตามตัวแปรพื้นฐานเหล่านี้ในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อป้องกันความเอนเอียงของข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงเวลา

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB) มีศักยภาพในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการรับมือกับการถูกรังแกในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โปรแกรมสามารถนำไปใช้เพื่อสื่อการเรียนรู้เสริมในช่วงเอนแนะ กิจกรรมพัฒนาผู้เรียน หรือโครงการสร้างเสริมสุขภาวะจิตในโรงเรียน โดยครูแนะแนวหรือครูที่ปรึกษาเป็นผู้ดูแลการใช้งานทั้งในรูปแบบกลุ่มหรือให้ผู้เรียนเข้าร่วมแบบรายบุคคล เพื่อลด

ปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการใช้งาน ควรพัฒนาให้รองรับการใช้งานผ่านมือถือ และมีระบบแจ้งเตือนการเข้าเรียน สำหรับการประยุกต์ใช้ในวงกว้าง หน่วยงานทางการศึกษา เช่น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) อาจนำโปรแกรมไปขยายผลในระดับนโยบายหรือเขตพื้นที่การศึกษา อีกทั้งควรมีการพัฒนาเวอร์ชันที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น นักเรียนระดับมัธยมปลาย ครู หรือผู้ปกครอง เพื่อสนับสนุนการป้องกันการกลั่นแกล้งอย่างรอบด้าน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนทุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วน รศ.พญ.สุพร อภินันทเวช ที่กรุณามาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ นักเรียนที่เข้าร่วมการวิจัย คณะครูที่ช่วยติดต่อประสานงานกับผู้ปกครอง คุณฝน เจ้าหน้าที่สถิติที่ช่วยให้คำปรึกษาและคำแนะนำตลอดการทำวิจัย คุณส้ม เจ้าหน้าที่ MUx ที่ช่วยติดต่อประสานงานให้คำแนะนำจนโปรแกรมได้เผยแพร่เป็นบทเรียนออนไลน์

### ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

### การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

อริยญา จิตติถาวร: กำหนดแนวคิดวิจัย ออกแบบการศึกษา พัฒนาโปรแกรมออนไลน์ เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความฉบับร่าง; คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์: กำหนดแนวคิดวิจัย ออกแบบการศึกษา พัฒนาโปรแกรมออนไลน์ ให้คำปรึกษาและตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคิด และการออกแบบการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความฉบับร่างและให้ข้อเสนอแนะในการเขียนบทความ ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขบทความฉบับสุดท้าย; สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข: กำหนดแนวคิดวิจัย ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมและการวัดผล ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขบทความฉบับสุดท้าย

### เอกสารอ้างอิง

- Olweus D. Bullying at school: knowledge base and an effective intervention program. *Ann N Y Acad Sci* 1996;794(1):265–76.
- Olweus D. Bully/victim problems in school: facts and intervention. *Eur J Psychol Educ* 1997;12: 495–510.
- Barzilay T, Scott JG, Munir K, Thomas HJ, Huda MM, Hasan MM, et al. Global variation in the prevalence of bullying victimisation among adolescents: role of peer and parental supports. *EClinicalMed* 2020;20:100276.
- UNESCO. School violence and bullying: global status report. Paris: UNESCO; 2017.
- Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Injury Prevention and Control. Preventing bullying. Atlanta (GA): CDC; 2019.
- Trirueangworawat B. Department of Mental Health reveals Thailand ranked 2nd for child bullying in school: about 600000 victims per year. *Matichon Online* [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health; 2018 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27485>
- Atsariyasing W, Foongsathaporn C, Ayudhaya Q, Vasupanrajit A, Chanpen S, Apinuntavech S, et al. Prevalence of cyberbullying and its associations with unsafe online behaviors, social media addiction, and psychosocial problems among 7th–9th grade students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;58 (Suppl10):S255.
- Aunampai A, Widyastari DA, Chuanwan S, Katewongsa P. Association of bullying on happiness at school: evidence from Thailand's national school-based survey. *Int J Adolesc Youth* 2022;27(1):72–84.
- Olweus D. Bullying at school and later criminality: findings from three Swedish community samples of males. *Crim Behav Ment Health* 2011;21(2):151–6.
- Renda J, Vassallo S, Edwards B. Bullying in early adolescence and its association with anti-social behaviour, criminality and violence 6 and 10 years later. *Crim Behav Ment Health* 2011;21(2):117–27.
- Borg MG. The extent and nature of bullying among primary and secondary school children. *Educ Res* 1999;41(2):137–53.
- Puranachakere T, Punyapas S, Kaewpornsawan T. Coping strategies of grade 4–6 primary school students in response to being bullied. *J Psychiatr Assoc Thai* 2015;60:275–86.
- Panumaporn J, Hongsanguansri S, Atsariyasing W, Kiatrungrit K. Bystanders' behaviours and associated factors in cyberbullying. *Gen Psychiatr* 2020;33(3):e100187.
- Garandeau CF, Laninga-Wijnen L, Salmivalli C. Effects of the KiVa anti-bullying program on affective and cognitive empathy in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2021;1–15.
- Bauer NS, Lozano P, Rivara FP. The effectiveness of the Olweus bullying prevention program in public middle schools: a controlled trial. *J Adolesc Health* 2007;40(3):266–74.
- Brown EC, Low S, Smith BH, Haggerty KP. Outcomes from a school-randomized controlled trial of Steps to Respect: a bullying prevention program. *Sch Psychol Q* 2011;26(3):423–33.
- Vittaya-apibalkul K, Hayeedareeyor N, Kunthon K, Arsakala K, Thepnarong W. Development of an activity package to reduce bullying behaviors among youth in Yala Province, Thailand. *Yala Rajabhat Univ J Humanit Soc Sci* 2020;15(2):45–60.
- Jueajinda S, Stiramon O, Ekpanyaskul C. Social intelligence

- counseling intervention to reduce bullying behaviors among Thai lower secondary school students: a mixed-method study. *J Prev Med Public Health* 2021;54(5):340–51.
19. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The Hague: Bernard van Leer Foundation; 1995.
20. Donnon T. Understanding how resiliency development influences adolescent bullying and victimization. *Can J Sch Psychol* 2010;25:101–13.
21. Andreou E, Roussi-Vergou C, Didaskalou E, Skrzypiec G. School bullying, subjective well-being, and resilience. *Psychol Sch* 2020;57(8):1193–207.
22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
23. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39(2):175–91.
24. Aizenkot D, Kashy-Rosenbaum G. The effectiveness of safe surfing, an anti-cyberbullying intervention program in reducing online and offline bullying and improving perceived popularity and self-esteem. *Cyberpsychol J Psychosoc Res Cyberspace* 2020;14(3):6.
25. Garaigordobil M, Martínez-Valderrey V. Technological resources to prevent cyberbullying during adolescence: the cyberprogram 2.0 program and the cooperative Cybereduca 2.0 videogame. *Front Psychol* 2018;9:745.
26. Solberg ME, Olweus D. Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggress Behav* 2003;29(3):239–68.
27. Tapanya S. Study to develop a sustainable violence prevention model in children. Bangkok: National Health Foundation and Thai Health Promotion Foundation; 2007.
28. Salmivalli C, Lagerspetz K, Björkqvist K, Österman K, Kaukiainen A. Bullying as a group process: participant roles and their relations to social status within the group. *Aggress Behav* 1996;22(1):1–15.
29. Kanda N, Nintachan P, Sangon S. Effect of the resilience-enhancing program in junior high school students. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2015;29(2):46–63.
30. Chaux E, Velasquez AM, Schultze-Krumbholz A, Scheithauer H. Effects of the cyberbullying prevention program media heroes (Medienhelden) on traditional bullying. *Aggress Behav* 2016;42(2):157–65.
31. Thornberg R, Jungert T. Bystander behavior in bullying situations: basic moral sensitivity, moral disengagement and defender self-efficacy. *J Adolesc* 2013;36:475–83.
32. Doane AN. Testing of a brief internet cyberbullying prevention program in college students [dissertation]. Norfolk (VA): Old Dominion University; 2011.
33. Leung P, Wong N, Farver JM. Testing the effectiveness of an e-course to combat cyberbullying. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2019;22(3):174–80.
34. Chillemi K, Abbott JM, Austin DW, Knowles A. A pilot study of an online psychoeducational program on cyberbullying that aims to increase confidence and help-seeking behaviors among adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2020;23(4):253–6.
35. Pozzoli T, Gini G. Active defending and passive bystanding behavior in bullying: the role of personal characteristics and perceived peer pressure. *J Abnorm Child Psychol* 2010;38(6):815–27.
36. Polanin JR, Espelage DL, Pigott TD. A meta-analysis of school-based bullying prevention programs' effects on bystander intervention behavior. *Sch Psychol Rev* 2012;41(1):47–65.

# การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นเกมกับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นไทย

วิชพงศ์ อริยสุนทร\*, วัลลภ อัจสิริยะสิงห์\*

\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ติดเกม กลุ่มผู้คลั่งไคล้เกม และกลุ่มไม่ติดเกม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ การเรียน สังคม และภาพรวม

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มวัยรุ่นไทย อายุ 13 - 18 ปี ที่เล่นเกมออนไลน์ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 - 23 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบการติดเกมฉบับเด็กและวัยรุ่น และแบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็กเล่นเกมฉบับตนเอง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่างๆ ของผู้เล่นเกมและคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test

**ผลการศึกษา** ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 326 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.1) อายุเฉลี่ย 16.2 ปี พบความชุกของกลุ่มผู้ติดเกม กลุ่มผู้คลั่งไคล้เกม และกลุ่มไม่ติดเกมอยู่ที่ร้อยละ 15.6, 25.5 และ 58.9 ตามลำดับ โดยพบว่ากลุ่มผู้ไม่ติดเกมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ การเรียน และภาพรวมที่ดีกว่ากลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มผู้ไม่ติดเกมมีคุณภาพชีวิตทุกด้านที่ดีกว่ากลุ่มผู้ติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป** วัยรุ่นไทยที่คลั่งไคล้เกมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ และการเรียนที่แย่กว่าวัยรุ่นไทยที่ไม่ติดเกม รวมไปถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจ และสังคมที่แย่ไม่ต่างจากวัยรุ่นไทยที่ติดเกม

**คำสำคัญ** โรคติดเกมอินเทอร์เน็ต คุณภาพชีวิต สุขภาวะวัยรุ่น

Corresponding author: วัลลภ อัจสิริยะสิงห์

E-mail: wanlop.atr@mahidol.ac.th

วันรับ 4 กันยายน 2568 วันแก้ไข 16 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับ 19 พฤศจิกายน 2568

# Association of Gaming and Quality of Life among Thai Adolescents

Witchapong Ariyasuntorn\*, Wanlop Atsariyasing\*

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

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the association between different gaming groups (addicted, problematic, and non-addicted) and the quality of life domains: physical health, mental health, education, social functioning, and overall well-being.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted via an online survey of Thai adolescents aged 13 - 18 years, from January 20 - 23, 2024. The research instruments included demographic data, a game addiction screening test, and the Gamers' Quality of Life Scales. A Kruskal-Wallis test was used to analyze the association between the gaming groups and quality of life.

**Results:** Of the 326 participants, 53.15 were male with a mean age of 16.2 years. The prevalence rates for the addicted, problematic, and non-addicted gaming groups were 15.6%, 25.5%, and 58.9% respectively. The results showed that the non-addicted gaming group had a better quality of life in the physical health, mental health, education, and overall domains compared to the problematic gaming group. Furthermore, the non-addicted gaming group had superior outcomes in all domains of quality of life compared to the addicted gaming group.

**Conclusion:** Thai adolescents in the problematic gaming group had a worse quality of life in the physical health, mental health, and education domains compared to the non-addicted gaming group. Additionally, both the problematic and addicted gaming groups had poorer quality of life in the mental health and social domains than the non-addicted group.

**Keywords:** internet gaming disorder, quality of life, adolescent wellbeing

Corresponding author: Wanlop Atsariyasing

E-mail: wanlop.atr@mahidol.ac.th

Received: 4 September 2025 Revised: 16 November 2025 Accepted: 19 November 2025

## บทนำ

โรคติดเกม (gaming disorder) คือ ภาวะที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมเชิงลบอันประกอบด้วยการสูญเสียความควบคุมในการเล่น และใช้เวลาทั้งหมดไปกับการเล่นเกม ส่งผลให้สูญเสียเวลาที่จะทำกิจกรรมหรือความสนใจอื่นในชีวิตประจำวัน<sup>1</sup> การวินิจฉัยโรคติดเกมตามเกณฑ์ของ International Classification of Diseases, 11<sup>th</sup> Revision (ICD-11) นิยามว่าเป็นรูปแบบพฤติกรรมการเล่นเกมที่เรื้อรังหรือเป็นซ้ำ ที่มีระยะเวลามากกว่า 12 เดือน โดยมีลักษณะของ 1) ความบกพร่องในการควบคุมการเล่นเกม 2) การให้ความสำคัญกับการเล่นเกมมากกว่ากิจกรรมหรือความสนใจในชีวิตประจำวัน 3) การเล่นเกมอย่างต่อเนื่องหรือมากขึ้นแม้จะเกิดผลกระทบเชิงลบ โดยรูปแบบพฤติกรรมการเล่นเกมนั้นส่งผลให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมาก หรือส่งผลกระทบให้เกิดความบกพร่องในตัวบุคคล ครอบครัว สังคม การศึกษา การประกอบอาชีพ และด้านที่สำคัญอื่นๆ ในการใช้ชีวิต<sup>2</sup>

ความชุกของโรคติดเกมทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 3.3 และความชุกในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อยู่ที่ร้อยละ 10.1<sup>3,4</sup> สำหรับความชุกของโรคติดเกมอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นทั่วโลกพบร้อยละ 0.6 - 50 ส่วนความชุกในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่ชนบทของประเทศไทยพบร้อยละ 5.4<sup>5,6</sup> นอกจากนี้การศึกษาโรคติดเกมในเด็กและวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบระยะเวลาในการเล่นเกมที่มากขึ้นและความรุนแรงของการติดเกมที่มากขึ้น โดยความชุกของโรคติดเกมในหลายประเทศทั่วโลกเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่างร้อยละ 2.3 ถึงร้อยละ 29.4<sup>7</sup> และการศึกษาการเล่นเกมในเด็กในปัจจุบันที่ศึกษาในประเทศไทย พบความชุกของกลุ่มติดเกม กลุ่มคลั่งไคล้เกม และกลุ่มไม่ติดเกม อยู่ที่ร้อยละ 10.20, 21.00 และ 68.80 ตามลำดับ<sup>8</sup>

มีหลายการศึกษากล่าวถึงผลกระทบเชิงลบจากการเล่นเกมที่เป็นปัญหาในกลุ่มประชากรเด็กและวัยรุ่นซึ่งส่งผลในหลายด้าน ยกตัวอย่างทางด้านร่างกาย เช่น ปวดข้อมือ ปวดคอ ปวดข้อศอก ปวดเส้นเอ็น ปลายประสาทอักเสบ<sup>9,10</sup> ปัญหาการนอนหลับ<sup>11</sup> ปัญหาสายตา ปัญหาการได้ยิน โรคอ้วน<sup>12</sup> ทางด้านจิตใจ อาทิ ความมั่นใจในตนเองที่ลดลง<sup>13</sup> โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า<sup>14</sup> ความคิดฆ่าตัวตาย<sup>15,16</sup> และทางด้านการเรียนในกลุ่มที่ติดอินเทอร์เน็ตที่พบว่ามีการเรียนที่แย่ลง<sup>17</sup> และในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ได้มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลกับโรคติดเกมอินเทอร์เน็ต ซึ่งมี

ผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตที่แย่ลงในวัยรุ่น<sup>18,19</sup> องค์การอนามัยโลกได้ศึกษาและพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ อันประกอบไปด้วยด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม<sup>20</sup> อีกทั้งได้มีการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ<sup>21</sup> ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ของวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ พบว่าการติดเกมออนไลน์ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญ<sup>22</sup> รวมทั้งส่งผลกระทบต่อร่างกาย ความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการเรียน เมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ติดเกม<sup>23</sup> ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็กติดเกม<sup>24</sup> ซึ่งแบ่งเป็นด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ การเรียน และสังคม

ทว่าจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบข้อจำกัดว่าหลายการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างวัยรุ่นที่ติดเกมกับวัยรุ่นที่ไม่ติดเกมเท่านั้น โดยไม่ได้ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงติดเกมหรือเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรทั่วไปที่เล่นเกม อีกทั้งแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ซึ่งเป็นการวัดคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมจากโรคทางจิตเวช ซึ่งไม่ได้เจาะจงกับคุณภาพชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากการเล่นเกม นอกจากนี้ จากการศึกษาการเล่นเกมในเด็กและวัยรุ่นไทยพบว่ากลุ่มคลั่งไคล้เกมเป็นกลุ่มประชากรที่พบได้มากกว่ากลุ่มติดเกม<sup>25</sup> ผู้ศึกษาจึงสนใจถึงคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นกลุ่มคลั่งไคล้เกมซึ่งเป็นกลุ่มที่เล่นเกมมากกว่ากลุ่มทั่วไป แต่ไม่ได้เข้าข่ายติดเกมทว่าอาจเสี่ยงต่อการติดเกมในอนาคตได้ โดยศึกษาว่าวัยรุ่นกลุ่มคลั่งไคล้เกมนั้นมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากวัยรุ่นกลุ่มติดเกมหรือกลุ่มไม่ติดเกมอย่างไร การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับการติดเกมในวัยรุ่นที่เล่นเกมเป็นประจำ โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตแต่ละด้านกับกลุ่มติดเกม กลุ่มคลั่งไคล้เกม และกลุ่มไม่ติดเกม

## วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าตัดขวาง (cross-sectional study) จากการทำแบบสอบถามออนไลน์ ระหว่างวันที่ 20 - 23 มกราคม พ.ศ. 2567 ผ่านการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเฟสบุ๊กของผู้เล่นเกมออนไลน์ การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ Si 962/2023 วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2566

## เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดเลือกผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุ 13 - 18 ปี ที่เล่นเกมออนไลน์เป็นประจำ 2) ผู้ที่สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ ซึ่งผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ผ่านข้อความและโปสเตอร์งานวิจัย เพื่อเชิญชวนให้วัยรุ่นที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มเฟซบุ๊กของผู้เล่นเกมออนไลน์ที่ได้รับความนิยม เช่น ROV, Roblox, Freefire เป็นต้น เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ที่มีความรู้สึกไม่สบายใจจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบคำถามได้ 2) ผู้ที่มีความประสงค์จะหยุดการเข้าร่วมวิจัยระหว่างการทำวิจัย

## การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง จะอ้างอิงจากวัตถุประสงค์งานวิจัยเพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของเด็กติดเกม คลั่งไคล้เกม และไม่ติดเกมในกลุ่มคนเล่นเกม โดยในงานวิจัยแบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็กติดเกม<sup>24</sup> พบว่าระดับคะแนน GAME-Q โดยภาพรวมเท่ากับ  $10.08 \pm 9.43$  ในกลุ่มคนที่เล่นเกม และจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาพฤติกรรมการเล่นเกมในกลุ่มผู้เล่นเกมออนไลน์<sup>25</sup> พบว่าสัดส่วนจำนวนผู้ติดเกม:คลั่งไคล้เกม:ไม่ติดเกม ในผู้ที่เล่นเกมเกินกว่า 1 ปี เท่ากับ 17:38:104 โดยเป็นอัตราส่วนเทียบระหว่างเศษ คือ จำนวนผู้ร่วมวิจัยที่เข้าเกณฑ์ติดเกม หรือคลั่งไคล้เกม หรือไม่ติดเกม จากการทำแบบสอบถาม GASTในงานวิจัยกับส่วนคือจำนวนผู้ร่วมวิจัยที่ตอบแบบสอบถามและมีข้อมูลครบถ้วนในการวิเคราะห์ และจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ คาดว่าเด็กติดเกมน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่ากลุ่มคลั่งไคล้ 25% (คะแนน GAME-Q โดยภาพรวมเท่ากับ 7.56) และกลุ่มไม่ติดเกมน่าจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มคลั่งไคล้ 25% (คะแนน GAME-Q โดยภาพรวมเท่ากับ 12.6) และเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มติดเกม กลุ่มคลั่งไคล้เกม และกลุ่มไม่ติดเกม จึงใช้สถิติ 1-way analysis of variance (unequal n) ผ่านการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม nQuery Advisor โดยประมาณค่าตามงานวิจัยก่อนหน้านี้ และจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ ภายใต้ระดับนัยสำคัญ 0.05 และกำลังการทดสอบ 80% พบว่าต้องใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 296 ราย ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสำรองกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงสำรองขนาดตัวอย่างเพิ่ม 10% คิดเป็นขนาดตัวอย่างเท่ากับ 326 ราย

## เครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการเล่นเกม ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค อาชีพ ภูมิภาคเรียนล่าสุด เกมที่เล่น ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมโดยเฉลี่ยต่อเดือน จำนวนชั่วโมงการเล่นเกมในวันธรรมดา จำนวนชั่วโมงการเล่นเกมในวันหยุด โรคประจำตัว และโรคทางจิตเวช

2) แบบทดสอบการติดเกม (Game Addiction Screening Test; GAST) ฉบับเด็กและวัยรุ่น พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ<sup>26</sup> ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ได้แก่ การหมกมุ่นกับเกม จำนวน 6 ข้อ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเล่นเกม จำนวน 5 ข้อ และการสูญเสียหน้าที่ความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ ในแต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 (ไม่ใช่เลย), 1 (ไม่แน่ใจ), 2 (น่าจะใช่), 3 (ใช่) การแปลผลจะใช้คะแนนรวม สำหรับเด็กและวัยรุ่นชาย หากคะแนนน้อยกว่า 24 แปลว่าไม่มีปัญหาในการเล่น หากคะแนน 24 - 32 แปลว่าคลั่งไคล้เกม และหากคะแนนมากกว่า 32 แปลว่าติดเกม สำหรับเด็กและวัยรุ่นหญิง หากคะแนนน้อยกว่า 16 แปลว่าไม่มีปัญหาในการเล่น หากคะแนน 16 - 22 แปลว่าคลั่งไคล้เกม และหากคะแนนมากกว่า 22 แปลว่าติดเกม แบบทดสอบการติดเกมมีคุณสมบัติที่ดีโดยมีค่าความคงที่ภายใน 0.84 ในด้านการหมกมุ่นกับเกม ค่าความคงที่ภายใน 0.80 ในด้านการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเล่นเกม และค่าความคงที่ภายใน 0.92 ในด้านการสูญเสียหน้าที่ความรับผิดชอบ

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็กเล่นเกม (Game Addiction Quality of Life Scales; GAME-Q) ฉบับตนเองประเมิน พัฒนาโดย สิริญา กฤษณามระ และคณะ<sup>24</sup> ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ โดยจำแนกปัญหาคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย จำนวน 4 ข้อ สุขภาพใจ จำนวน 4 ข้อ การเรียน จำนวน 4 ข้อ และสังคม จำนวน 4 ข้อ การให้คะแนนรายข้อตามปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการเล่นเกมมากเกินไป แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ -2 (แย่มาก), -1 (แย่ลง), 0 (เหมือนเดิม), 1 (ดีขึ้น), 2 (ดีขึ้นมาก) การแปลผลจะใช้คะแนนรวม โดยช่วงคะแนนต่ำสุดและสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ -32 ถึง 32 คะแนน แบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็กเล่นเกมมีคุณสมบัติที่ดีโดยมีค่าความคงที่ภายใน 0.71 ในด้านสุขภาพกาย ค่าความคงที่ภายใน 0.80 ในด้านสุขภาพใจ ค่าความคงที่ภายใน 0.88 ในด้านการเรียน ค่าความคงที่ภายใน 0.87 ในด้านสังคม และค่าความคงที่ภายใน 0.91 สำหรับทั้งฉบับ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูล และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ Kruskal-Wallis test โดยใช้ Univariate Linear Regression Analysis with Backward Selection และใช้ Multivariate Linear Regression Analysis ซึ่งปรับค่าตามปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น อายุ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนล่าสุด และโรคทางจิตเวช เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่างๆ ของการติดเกมกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ กำหนดให้ค่าความเชื่อมั่นทางสถิติอยู่ที่ระดับนัยสำคัญไม่เกิน 0.05 เพื่อเป็นเกณฑ์ในการยอมรับตามสมมติฐาน ร่วมกับ Post-hoc analysis โดยใช้ Bonferroni correction ในการปรับระดับนัยสำคัญ

## ผลการศึกษา

จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 326 คน ที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีผู้ไม่ติดเกม 192 คน (ร้อยละ 58.9) ผู้คลั่งไคล้เกม 83 คน (ร้อยละ 25.5) และผู้ติดเกม 51 คน (ร้อยละ 15.6) อายุเฉลี่ย  $16.2 \pm 1.5$  ปี สัดส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ในขณะที่เพศหญิงมีจำนวนผู้คลั่งไคล้เกม (ร้อยละ 66.3) และผู้ติดเกม (ร้อยละ 86.3) ที่มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาที่ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร เกรดเฉลี่ยสะสมโดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3.51 - 4.00 โดยกลุ่มผู้ไม่ติดเกมมีสัดส่วนของเกรดเฉลี่ยสะสมที่ต่ำกว่ากลุ่มผู้ติดเกม ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมนั้นเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,000 บาท จำนวนชั่วโมงการเล่นเกมนั้นในวันธรรมดาเฉลี่ย 3 ชั่วโมง ส่วนจำนวนชั่วโมงการเล่นเกมนั้นในวันหยุดเฉลี่ย 5 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและโรคทางจิตเวช แต่พบว่ามีสัดส่วนของผู้เป็นโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมและกลุ่มผู้ติดเกม มากกว่ากลุ่มผู้ไม่ติดเกม ดังแสดงในตารางที่ 1

## ความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นเกมกับคุณภาพชีวิต

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มผู้ไม่ติดเกมมีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมที่ดีกว่าทั้งกลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมและกลุ่มผู้ติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ไม่ติดเกมกับกลุ่มผู้ติดเกมจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่

กลุ่มผู้ไม่ติดเกมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ และการเรียนที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้คลั่งไคล้เกม ในส่วนของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมเทียบกับกลุ่มผู้ติดเกมพบว่าด้านสุขภาพกายและการเรียนที่กลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมจะดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 1

และเมื่อวิเคราะห์โดยปรับค่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น อายุ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนล่าสุด และโรคทางจิตเวช พบว่ากลุ่มผู้ไม่ติดเกมมีคุณภาพชีวิตทุกด้านที่ดีกว่ากลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมและกลุ่มผู้ติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านระหว่างกลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมกับกลุ่มผู้ติดเกม พบว่ากลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและภาพรวมที่ดีกว่ากลุ่มผู้ติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นเกมกับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นไทย ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของวัยรุ่นไทยที่เล่นเกมเป็นประจำที่อยู่ในกลุ่มสังคมออนไลน์ เพื่อให้เห็นถึงผลกระทบของการติดเกมในระดับต่างๆ ต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นไทย ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นในกลุ่มไม่ติดเกมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมและกลุ่มผู้ติดเกม อีกทั้งวัยรุ่นในกลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มผู้ติดเกมในบางด้าน

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มวัยรุ่นเพศหญิงมีอัตราส่วนของผู้ติดเกมและผู้คลั่งไคล้เกมที่สูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้<sup>25</sup> โดยคาดว่าเกิดจากคะแนนของแบบทดสอบการติดเกมที่เพศหญิงใช้การแปลผลด้วยระดับคะแนนที่ต่ำกว่าเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแบบวัดคุณภาพชีวิตเด็กติดเกมก่อนหน้านี้ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร<sup>24</sup> พบว่าผลคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน และภาพรวมจากการศึกษานี้มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าการศึกษาข้างต้น โดยคาดว่าผลคะแนนที่ต่ำกว่าอาจเกิดจากการสำรวจในกลุ่มวัยรุ่นที่เล่นเกมเป็นประจำ กับจำนวนชั่วโมงการเล่นเกมนานกว่า และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นของประเทศอินโดนีเซีย<sup>22</sup> พบว่าระดับการติดเกมสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่ลงของวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษานี้ที่วัยรุ่นในกลุ่มไม่ติดเกมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มผู้คลั่งไคล้เกมและกลุ่มผู้ติดเกม หมายความว่ายิ่งวัยรุ่นติดเกมมากเท่าไร

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป                                            | รวม<br>n (%)  | ไม่ติดเกม<br>n (%) | คลังโคล้เกม<br>n (%) | ติดเกม<br>n (%) | p-value |
|---------------------------------------------------------|---------------|--------------------|----------------------|-----------------|---------|
| จำนวนผู้เข้าร่วม                                        | 326           | 192 (58.9)         | 83 (25.5)            | 51 (15.6)       |         |
| อายุ, mean±S.D.                                         | 16.2±1.5      | 16.4±1.4           | 15.8±1.6             | 16.2±1.5        | 0.017   |
| <b>เพศ</b>                                              |               |                    |                      |                 |         |
| ชาย                                                     | 173 (53.1)    | 138 (71.9)         | 28 (33.7)            | 7 (13.7)        | < 0.001 |
| หญิง                                                    | 153 (46.9)    | 54 (28.1)          | 55 (66.3)            | 44 (86.3)       |         |
| <b>ภูมิลาเนา</b>                                        |               |                    |                      |                 |         |
| เหนือ                                                   | 51 (15.6)     | 30 (15.6)          | 11 (13.3)            | 10 (19.6)       | 0.44    |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ                                      | 62 (19.0)     | 33 (17.2)          | 18 (21.7)            | 11 (21.6)       |         |
| กลาง                                                    | 75 (23.0)     | 45 (23.4)          | 21 (25.3)            | 9 (17.6)        |         |
| ตะวันออก                                                | 20 (6.1)      | 13 (6.8)           | 1 (1.2)              | 6 (11.8)        |         |
| ใต้                                                     | 30 (9.2)      | 20 (10.4)          | 5 (6.0)              | 5 (9.8)         |         |
| กรุงเทพฯ                                                | 62 (19.0)     | 37 (19.3)          | 18 (21.7)            | 7 (13.7)        |         |
| ไม่ระบุ                                                 | 26 (8.0)      | 14 (7.3)           | 9 (10.8)             | 3 (5.9)         |         |
| <b>เกรดเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนลาสุด</b>                    |               |                    |                      |                 |         |
| ≤ 3.00                                                  | 43 (13.2)     | 17 (8.9)           | 13 (15.7)            | 13 (25.5)       | 0.005   |
| 3.01 - 3.50                                             | 82 (25.2)     | 46 (24.0)          | 19 (22.9)            | 17 (33.3)       |         |
| 3.51 - 4.00                                             | 201 (61.7)    | 129 (67.2)         | 51 (61.4)            | 21 (41.2)       |         |
| <b>ค่าใช้จ่ายในเกมเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>              |               |                    |                      |                 |         |
| < 1000                                                  | 284 (87.1)    | 173 (90.1)         | 70 (84.3)            | 41 (80.4)       | 0.22    |
| 1,000 - 2,999                                           | 34 (10.4)     | 15 (7.8)           | 10 (12.0)            | 9 (17.6)        |         |
| ≥ 3,000                                                 | 8 (2.5)       | 4 (2.1)            | 3 (3.6)              | 1 (2.0)         |         |
| <b>ชั่วโมงการเล่นเกมในวันธรรมดา, ชั่วโมง (max, min)</b> | 3.0 (2.0,4.0) | 2.5 (1.8,4.0)      | 3.0 (2.0,4.0)        | 3.0 (2.0,5.0)   | 0.15    |
| <b>ชั่วโมงการเล่นเกมในวันหยุด, ชั่วโมง (max, min)</b>   | 5.0 (3.5,8.0) | 5.0 (3.5,8.0)      | 5.0 (3.5,7.5)        | 5.0 (3.0,8.5)   | 0.70    |
| <b>โรคประจำตัว</b>                                      |               |                    |                      |                 |         |
| ไม่มี                                                   | 274 (84.0)    | 161 (83.9)         | 69 (83.1)            | 44 (86.3)       | 0.94    |
| ภูมิแพ้                                                 | 31 (9.5)      | 19 (9.9)           | 9 (10.8)             | 3 (5.9)         |         |
| หอบหืด                                                  | 7 (2.1)       | 3 (1.6)            | 2 (2.4)              | 2 (3.9)         |         |
| โลหิตจาง                                                | 4 (1.2)       | 3 (1.6)            | 1 (1.2)              | 0 (0.0)         |         |
| อื่นๆ                                                   | 10 (3.1)      | 6 (3.1)            | 2 (2.4)              | 2 (3.9)         |         |
| <b>โรคทางจิตเวช</b>                                     |               |                    |                      |                 |         |
| ไม่มี                                                   | 288 (88.3)    | 181 (94.3)         | 68 (81.9)            | 39 (76.5)       | 0.001   |
| สมาธิสั้น                                               | 11 (3.4)      | 3 (1.6)            | 6 (7.2)              | 2 (3.9)         |         |
| ซึมเศร้า                                                | 17 (5.2)      | 4 (2.1)            | 7 (8.4)              | 6 (11.8)        |         |
| อารมณ์สองชั่ว                                           | 4 (1.2)       | 1 (0.5)            | 1 (1.2)              | 2 (3.9)         |         |
| อื่นๆ                                                   | 6 (1.8)       | 3 (1.6)            | 1 (1.2)              | 2 (3.9)         |         |

\*n = จำนวน, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ตารางที่ 2** ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (univariate linear regression analysis) ของความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับกลุ่มติดเกม

| ด้าน        | รวม                | ไม่ติดเกม          | คลั่งไคล้เกม       | ติดเกม               | p-value | p12     | p23   | p13     |
|-------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------|-------|---------|
| สุขภาพกาย   | - 1.0 (- 2.0, 0.0) | - 1.0 (- 1.0, 0.0) | - 1.0 (- 2.0, 0.0) | - 2.0 (- 3.0, - 1.0) | < 0.001 | < 0.001 | 0.007 | < 0.001 |
| สุขภาพใจ    | 2.0 (0.0, 4.0)     | 3.0 (0.0, 4.0)     | 1.0 (0.0, 3.0)     | 1.0 (0.0, 3.0)       | < 0.001 | 0.007   | 0.16  | < 0.001 |
| การเรียนรู้ | 0.0 (0.0, 2.0)     | 0.0 (0.0, 3.0)     | 0.0 (- 1.0, 1.0)   | 0.0 (- 2.0, 0.0)     | < 0.001 | 0.012   | 0.013 | < 0.001 |
| สังคม       | 1.0 (0.0, 2.0)     | 1.0 (0.0, 3.0)     | 1.0 (0.0, 2.0)     | 1.0 (0.0, 1.0)       | 0.012   | 0.27    | 0.06  | 0.003   |
| ภาพรวม      | 2.0 (- 1.0, 7.0)   | 3.5 (0.0, 10.0)    | 2.0 (- 1.0, 5.0)   | 0.0 (- 5.0, 3.0)     | < 0.001 | 0.002   | 0.006 | < 0.001 |

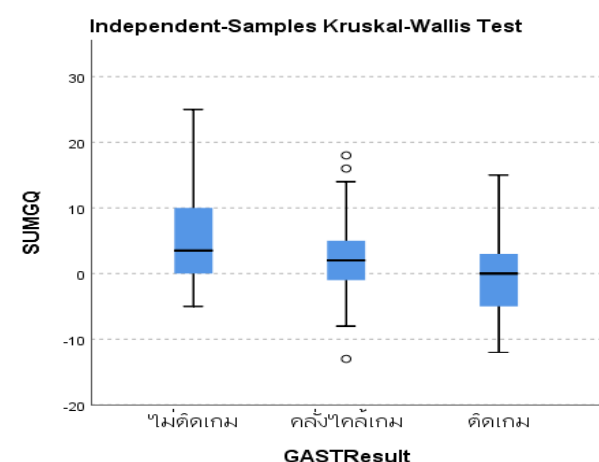
\*p12 = p-value เทียบกลุ่มไม่ติดเกมกับกลุ่มคลั่งไคล้เกม, p23 = p-value เทียบกลุ่มคลั่งไคล้เกมกับกลุ่มติดเกม, p13 = p-value เทียบกลุ่มไม่ติดเกมกับกลุ่มติดเกม

**ตารางที่ 3** ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (multivariate linear regression analysis) ของความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับกลุ่มติดเกม

| ด้าน        | คลั่งไคล้เกมเทียบกับไม่ติดเกม |         | ติดเกมเทียบกับไม่ติดเกม       |         | ติดเกมเทียบกับคลั่งไคล้เกม    |         |
|-------------|-------------------------------|---------|-------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
|             | Beta (95% CI)                 | p-value | Beta (95% CI)                 | p-value | Beta (95% CI)                 | p-value |
| สุขภาพกาย   | - 0.968<br>(- 1.418, - 0.517) | <0.001  | - 1.757<br>(- 2.292, - 1.223) | < 0.001 | - 0.790<br>(- 1.395, - 0.185) | 0.011   |
| สุขภาพใจ    | - 0.848<br>(- 1.480, - 0.215) | 0.009   | - 1.403<br>(- 2.168, - 0.637) | < 0.001 | - 0.503<br>(- 1.352, 0.346)   | 0.245   |
| การเรียนรู้ | - 0.689<br>(- 1.326, - 0.052) | 0.034   | - 1.242<br>(- 2.020, - 0.464) | 0.002   | - 0.516<br>(- 1.383, 0.351)   | 0.243   |
| สังคม       | - 0.532<br>(- 1.061, - 0.004) | 0.048   | - 1.156<br>(- 1.787, - 0.524) | < 0.001 | - 0.623<br>(- 1.325, 0.079)   | 0.082   |
| ภาพรวม      | - 3.127<br>(- 4.771, - 1.483) | < 0.001 | - 5.548<br>(- 7.540, - 3.556) | < 0.001 | - 2.421<br>(- 4.613, - 0.229) | 0.031   |

\*ใช้การวิเคราะห์โดยปรับค่าตามปัจจัยด้านอายุ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนล่าสุด และโรคทางจิตเวช

\*\*95% CI = 95% confidence interval



\*SUMGQ = คุณภาพชีวิตโดยภาพรวม

**แผนภูมิที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มติดเกมกับคุณภาพชีวิต

จะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่มากขึ้น แต่ในทางกลับกัน การศึกษานี้ไม่สามารถอธิบายได้ว่าหากวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีแล้ว จะสัมพันธ์กับการติดเกมที่มากขึ้นหรือไม่อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของวิธีการศึกษา และจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นในกลุ่มคลั่งไคล้เกมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจ การเรียนรู้ และสังคมที่ไม่ต่างจากวัยรุ่นในกลุ่มติดเกม ซึ่งคาดว่าสัมพันธ์กับการเล่นเกมที่มากขึ้นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้านนี้ ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาที่เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นที่เสี่ยงติดเกมหรือคลั่งไคล้เกมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จึงคาดว่าการศึกษานี้เป็นนิพนธ์ฉบับแรกที่ศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวในกลุ่มวัยรุ่นที่เล่นเกมเป็นประจำ และเป็นการศึกษาที่เจาะจงถึงกลุ่มคลั่งไคล้เกมซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยง และได้เห็นถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลงเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ติดเกม อีกทั้งการศึกษานี้ได้สำรวจจากกลุ่มวัยรุ่น

ที่เล่นเกมเป็นประจำ ผ่านการประชาสัมพันธ์ในสังคมออนไลน์ ซึ่งอาจเป็นกลุ่มประชากรวัยรุ่นที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน

ทั้งนี้ การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรก เนื่องจากแบบสอบถามเป็นฉบับประเมินตนเอง จึงอาจส่งผลให้ข้อมูลเรื่องการติดเกมและคุณภาพชีวิตไม่ตรงตามความเป็นจริงได้ (information bias) เช่น อาจประเมินพฤติกรรมการเล่นเกม ที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ในทางกลับกันอาจประเมินคุณภาพชีวิต ที่สูงกว่าความเป็นจริงนำไปสู่ผลที่อาจคาดเคลื่อนได้ ประการถัดมา การศึกษานี้ไม่อาจอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาที่เป็นภาคตัดขวาง ประการสุดท้าย ผลของการศึกษานี้อาจไม่สามารถประยุกต์ใช้ในประชากรทั่วไปได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนกลาง ผลการเรียนรู้ดี และไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช ทั้งนี้หากมีงานวิจัยในลักษณะคล้ายคลึงกัน อาจพิจารณาให้ผู้ปกครองของวัยรุ่นผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วม ในการตอบแบบสอบถามและเปรียบเทียบผลที่ได้ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้น ในส่วนของการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในทางคลินิก จะมุ่งเน้นด้านการป้องกัน จัดกิจกรรมส่งเสริมและให้ความรู้แก่วัยรุ่นและผู้ปกครองของวัยรุ่นไทย และกลุ่มวัยรุ่นไทย ที่มีโรคทางจิตเวชที่เล่นเกมเป็นประจำ ให้เห็นถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเมื่อมีระดับการติดเกมที่แตกต่างกันไป ทั้งในกลุ่มติดเกมและกลุ่มคลั่งไคล้เกม เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ และหาวิธีป้องกันไม่ให้วัยรุ่นติดเกมจนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

## สรุป

วัยรุ่นไทยที่ไม่ติดเกมมีคุณภาพชีวิตทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ การเรียน สังคม และภาพรวมที่ดีกว่าวัยรุ่นที่ติดเกมและวัยรุ่นที่คลั่งไคล้เกม ในขณะที่วัยรุ่นไทยที่คลั่งไคล้เกมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย การเรียน และสังคมที่ไม่ต่างจากวัยรุ่นไทยที่ติดเกม

## กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.อรรธรณ สุภาพังษ์ หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษาด้านการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยงานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานใดทั้งสิ้น

## ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ทีมผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมในการดำเนินการวิจัย

## การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

วิชพงศ์ อริยสุนทร: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; วัลลภ อัจฉริยะสิงห์: แนวคิด ให้คำปรึกษา ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

## เอกสารอ้างอิง

1. Wang Q, Ren H, Long J, Liu Y, Liu T. Research progress and debates on gaming disorder. *Gen Psychiatr* 2019; 32(3): e100071.
2. World health organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics [Internet]. WHO; 2024 [cited 2025 Sep 04]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1448597234>.
3. Chia DXY, Ng CWL, Kandasami G, Seow MYL, Choo CC, Chew PKH, et al. Prevalence of internet addiction and gaming disorders in Southeast Asia: A meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(7): 2582.
4. Kim HS, Son G, Roh EB, Ahn WY, Kim J, Shin SH, et al. Prevalence of gaming disorder: A meta-analysis. *Addict Behav* 2022; 126: 107183.
5. Taechoyotin P, Tongrod P, Thaweerungruangkul T, Towattananon N, Teekapakvisit P, Aksornpusitpong C, et al. Prevalence and associated factors of internet gaming disorder among secondary school students in rural community, Thailand: A cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2020; 13(1): 11.
6. Paulus FW, Ohmann S, von Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents: A systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2018; 60(7): 645-59.
7. Han TS, Cho H, Sung D, Park MH. A systematic review of the impact of COVID-19 on the game addiction of children and adolescents. *Front Psychiatry* 2022; 13: 976601.
8. Bhatiasavi V. Study of gaming in Thai children [Internet]. ThaiHealth; 2022 [cited 2025 Sep 04]. Available from: <https://happychild.thaihealth.or.th/?p=149277>.
9. Griffiths MD, Kuss DJ, King DL. Video game addiction: Past, present and future. *Curr Psychiatry Rev* 2012; 8: 308-18.
10. Weinstein AM. Computer and video game addiction-a comparison between game users and non-game users. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36(5): 268-76.
11. King DL, Delfabbro PH, Zwaans T, Kaptis D. Sleep interference effects of pathological electronic media use during adolescence. *Int J Ment Health Addict* 2014; 12: 21-35.
12. Aziz N, Nordin MJ, Abdulkadir SJ, Salih MMM. Digital addiction: Systematic review of computer game addiction impact on adolescent physical health. *Electronics* 2021; 10(9): 996.
13. Toker S, Baturay MH. Antecedents and consequences of game addiction. *Comput Hum Behav* 2016; 55: 668-79.
14. Schou Andreassen C, Billieux J, Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z, Mazzoni E, et al. The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychol Addict Behav* 2016; 30(2): 252-62.

15. Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peeples D. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: Results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav* 2011; 41(3): 307-15.
16. Xie Y, Yang Q, Lei F. The relationship of internet gaming addiction and suicidal ideation among adolescents: The mediating role of negative emotion and the moderating role of hope. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20(4): 3375.
17. Chou C, Condron L, Belland JC. A review of the research on internet addiction. *Educ Psychol Rev* 2005; 17: 363-88.
18. Fazeli S, Mohammadi Zeidi I, Lin CY, Namdar P, Griffiths MD, Ahorsu DK, et al. Depression, anxiety, and stress mediate the associations between internet gaming disorder, insomnia, and quality of life during the COVID-19 outbreak. *Addict Behav Rep* 2020; 12: 100307.
19. Teng Z, Pontes HM, Nie Q, Griffiths MD, Guo C. Depression and anxiety symptoms associated with internet gaming disorder before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *J Behav Addict* 2021; 10(1): 169-80.
20. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46(12): 1569-85.
21. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28(3): 551-8.
22. Fahrizal Y, Irmawan HS. The quality of life of adolescents experiencing online game addiction during the COVID-19 pandemic. *J Keperawatan Indones* 2023; 26(1): 68-77.
23. Purwaningsih E, Nurmala I. The impact of online game addiction on adolescent mental health: A systematic review and meta-analysis. *Maced J Med Sci* 2021; 9(F): 260-74.
24. Krishnamra S, Chanpen S, Tanthanawigrai P, Pornoppadol C. The development of game addiction quality of life scales. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2022; 67(4): 304-16.
25. Nukongmai T, Jantaratnotai N. Association of impulsivity and gaming behavior on game addiction among online game players. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2021; 66(4): 429-38.
26. Pornoppadol C, Sornpaisarn B, Khamklieng K, Pattana-amorn S. The development of game addiction screening test (GAST). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014; 59(1): 3-14.

# มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

จิตติวัฒน์ จรุงรักษ์\*, เมธีวัชร ชิตเดชะ\*

\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษามุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

**วิธีการศึกษา** การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งในนิสิตแพทย์ระดับชั้นปีที่ 1 - 3 จำนวน 343 คน ในปีการศึกษา 2567 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 ตุลาคม 2567 โดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประสิทธิภาพทางตรงและทางอ้อมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจจากแบบประเมิน Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (Medical student version) (MICA-2) ฉบับภาษาไทย และสุขภาพจิตจากแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator; TMHI-15) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

**ผลการศึกษา** นิสิตแพทย์เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 อายุเฉลี่ย 19.2 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51) มีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับเดียวกับคนทั่วไป มีคะแนน MICA-2 เฉลี่ย 43.2 คะแนน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ได้แก่ ระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป สัมพันธ์กับมุมมองเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ( $\beta = 2.492, p = 0.012$ ) ระดับสุขภาพจิตที่ดีกว่าคนทั่วไป สัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ( $\beta = -4.056, p < 0.001$ ) และการที่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่อยากอยู่หรืออยากทำร้ายตัวเอง สัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ( $\beta = -2.225, p = 0.036$ )

**สรุป** นิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิกในการศึกษานี้ มีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจในเชิงบวกเป็นส่วนใหญ่ พบว่าระดับสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพจิตและการให้การสนับสนุนนิสิตแพทย์ที่เคยมีประสบการณ์ยากลำบากทางจิตใจ อาจช่วยส่งเสริมมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจได้

**คำสำคัญ** มุมมอง ความเจ็บป่วยทางจิตใจ นิสิตแพทย์ พรีคลินิก สุขภาพจิต

Corresponding author: เมธีวัชร ชิตเดชะ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

วันรับ 2 กรกฎาคม 2568 วันแก้ไข 30 ตุลาคม 2568 วันตอบรับ 25 พฤศจิกายน 2568

# Attitude Toward Mental Illness and Associated Factors Among Preclinical Medical Students at One University in Bangkok

Thitiwat Charoonruck\*, Mayteewat Chiddaycha\*

\*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

## ABSTRACT

**Objectives:** To investigate attitudes toward mental illness and associated factors among preclinical medical students at one university.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 343 preclinical medical students (years 1 - 3) enrolled in the Faculty of Medicine at a university in Bangkok during the 2024 academic year. Participants were selected using stratified sampling. Data were collected from June 1 to October 30, 2024, through self-administered questionnaires covering demographics, direct and indirect experiences with mental illness, attitudes towards mental illness using the Thai version of the Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (Medical student version) MICA-2, and mental health status using the 15-item Thai Mental Health Indicator (TMHI-15). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

**Results:** Medical students were 50.7% male, with an average age of 19.2 years. The majority (51%) had mental health scores comparable to the general population. The average MICA-2 score was 43.2 points. Factors associated with attitudes toward mental illness included the following; lower mental health levels were associated with a more negative attitude toward mental illness ( $\beta = 2.492$ ,  $p = 0.012$ ), higher mental health levels were associated with a more positive attitude ( $\beta = -4.056$ ,  $p < 0.001$ ), and having previously experienced suicidal ideations, death wishes, or self-harm thoughts was associated with a more positive attitude toward mental illness ( $\beta = -2.225$ ,  $p = 0.036$ ).

**Conclusion:** Preclinical medical students in this study generally demonstrated positive attitudes toward mental illness. Mental health status was associated with these attitudes towards. Promoting mental well-being and supporting students who have experienced mental health challenges may contribute to fostering more positive attitudes towards mental illness.

**Keywords:** attitudes, mental illness, medical students, preclinical, mental health

Corresponding author: Mayteewat Chiddaycha

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

Received: 2 July 2025 Revised: 30 October 2025 Accepted: 25 November 2025

## บทนำ

ความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมากในทุกช่วงวัยและทุกภูมิภาคทั่วโลก การศึกษาภาระโรคระดับโลก (global burden of disease study) ในปี 2562 พบว่าโรคทางจิตเวชเป็นหนึ่งในสิบอันดับสาเหตุแรกที่สร้างภาระโรค (burden of disease; BOD) ทั่วโลก โดยไม่พบหลักฐานการลดลงของภาระโรคนี้ตั้งแต่ปี 2533<sup>1</sup> ในทางกลับกัน การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life-years; DALYs) จากโรคทางจิตเวชได้เพิ่มขึ้นจาก 80.8 ล้านปีในปี 2533 เป็น 125.3 ล้านปีในปี 2562 ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 เป็นร้อยละ 4.9 ของภาระโรคทั้งหมดทั่วโลก<sup>1</sup>

ในกลุ่มเด็กและเยาวชน การศึกษาพบว่ากว่าร้อยละ 10 ของเด็กและเยาวชน อายุ 5 - 24 ปีทั่วโลก หรือประมาณ 293 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค<sup>2</sup> และโรคจิตเวชเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability; YLDs) ในกลุ่มประชากรนี้ อาการของความเจ็บป่วยทางจิตเวชมักเริ่มแสดงออกในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของการพัฒนาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ และอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตในวัยผู้ใหญ่ ทั้งในด้านการศึกษา การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคม<sup>2</sup> นอกจากนี้ ความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจยังมีความเชื่อมโยงกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2.22 เท่า มีอายุขัยสั้นลงโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปี และมีการประมาณการว่า ร้อยละ 14.3 ของการเสียชีวิตทั่วโลก หรือประมาณ 8 ล้านคนในแต่ละปี มีความเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง<sup>3</sup>

บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทักษะเชิงบวกสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสวงหาความช่วยเหลือ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่ ทักษะเชิงลบอาจนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ การตีตรา และการเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียม<sup>4</sup> จากการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเข้าใจในความคิดและความรู้สึกของผู้อื่น (empathy) จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในฐานะผู้ให้การดูแลรักษา<sup>5</sup> โดยความเข้าใจในความคิดและความรู้สึกของผู้อื่น ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจความต้องการของพวกเขา และให้การดูแลที่ตอบสนอง

ต่อความต้องการนั้นได้อย่างเหมาะสม<sup>5</sup> อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่นอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ประสบการณ์ส่วนตัว การศึกษา การฝึกอบรม และวัฒนธรรม เป็นต้น<sup>6</sup> นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตเวช อาจมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว<sup>4</sup>

การศึกษาในอดีตพบว่า นิสิตแพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยมองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจเช่นเดียวกับผู้ป่วยทางกาย และสมควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเท่าเทียมกัน<sup>7</sup> อย่างไรก็ตาม นิสิตแพทย์บางส่วนยังคงมีทัศนคติเชิงลบ โดยเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัญหาที่เกิดจากตัวบุคคล สภาพแวดล้อม หรือความผิดปกติทางจิตใจ และปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของนิสิตแพทย์แต่ละคน สามารถแบ่งออกได้เป็นสามกลุ่มหลัก คือ ความยอมรับทางสังคม ความเชื่อในเรื่องเหนือธรรมชาติ และความเชื่อในปัจจัยทางชีวสังคม<sup>8</sup> นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประวัติการศึกษาในรายวิชาจิตเวช ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช สุขภาพจิต บุคลิกภาพ รวมถึงประสบการณ์และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช<sup>4</sup>

ในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชในกลุ่มนิสิตแพทย์ยังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยเห็นว่าการทำความเข้าใจทัศนคติของนิสิตแพทย์กลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการศึกษาและการฝึกอบรมในอนาคต การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจมุมมองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชในกลุ่มนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิกในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง การทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับมุมมองของนิสิตแพทย์ในระยะเริ่มต้นของการเรียนนี้จะช่วยให้สามารถเติมเต็มช่องว่างของความรู้ และนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวชอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้นในอนาคต

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย (objectives)

1. เพื่อศึกษามุมมองของนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิกต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองของนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก ต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

โดยประสานงานผ่านหน่วยงานการศึกษาชั้นปริญญาตรี ฝ่ายวิชาการของคณะแพทยศาสตร์

## วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจมุมมองของนิสิตแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 30 ตุลาคม 2567 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 0608/2024, IRB No. 0131/67)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายคือ นิสิตแพทย์ระดับชั้นปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 - 3 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2567

ขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยนี้คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับค่าเฉลี่ย<sup>9</sup> คือ  $n = Z^2 \sigma^2 / d^2$  โดย  $n$  = ขนาดตัวอย่าง,  $Z$  = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96,  $\sigma^2$  = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยอ้างอิงข้อมูลส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยการประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ เพื่อประเมินคุณสมบัติการวัดของเครื่องมือ Mental Illness: Clinician's Attitude Scale (medical student version) MICA-2 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย จินิส สิริหา ซึ่งมีค่า 7.14<sup>10</sup>,  $d$  = ค่าความแม่นยำที่ต้องการ กำหนดไว้ที่ 0.6 แทนค่าในสูตรได้  $n = 544$  คน

จากนั้นได้ทำการปรับแก้ขนาดตัวอย่าง โดยคำนึงถึงจำนวนประชากรทั้งหมด (finite population correction)<sup>9</sup> เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยใช้สูตร  $n = SS / [1 + \{(SS - 1) / Pop\}]$  โดย  $n$  = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ,  $SS$  = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ = 544,  $Pop$  = จำนวนนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิกทั้งหมดในปีการศึกษา 2567 ที่กำลังศึกษาอยู่ทั้งหมด 922 คน (ข้อมูลจากฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์) แทนค่าในสูตรได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับอย่างน้อย 343 ราย

ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยแบ่งเป็น 3 ชั้นภูมิตามชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1, ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 จัดทำแบบสอบถามในรูปแบบกระดาษ และกระจายแบบสอบถามในกลุ่มนิสิตแพทย์แต่ละชั้นปี ชั้นปีละ 140 ชุด

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา

1. เป็นนิสิตระดับชั้นปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 - 3 หลักสูตรปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ณ ช่วงเวลาดำเนินการวิจัย
2. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีฟัง พูด อ่าน และเขียนได้
3. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาร่วมวิจัย
4. อายุมากกว่า 18 ปี

### เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษา

อยู่ในระหว่างการลาศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถามชนิดให้ผู้ร่วมวิจัยตอบเอง 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ชั้นปี สถานภาพ ความเชื่อทางศาสนา ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติทางการศึกษา ได้แก่ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ย และประวัติการเรียนรายวิชาบังคับและวิชาเลือกเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ทางตรงต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัญหาทางจิตสังคม ประวัติโรคทางใจ/ได้รับการวินิจฉัย ประวัติการรับคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ประวัติการพบจิตแพทย์ และประวัติการใช้ยาทางจิตเวช

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ทางอ้อมต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประวัติการมีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช ประวัติการมีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช ประวัติการรู้จักผู้ป่วยจิตเวชในฐานะความสัมพันธ์อื่นๆ และประวัติการทำกิจกรรมจิตอาสาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 4 ประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉบับนักศึกษาแพทย์ (mental illness: clinicians' attitudes scale (medical student version) MICA-2) ฉบับภาษาไทย<sup>10</sup> แปลโดยจินิส สิริหา จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบสอบถาม

ชนิดตอบเอง มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (cronbach's alpha) เท่ากับ 0.614 ประเมินโดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท (likert scale) 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 16 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 96 คะแนน โดยคะแนนรวมที่มียิ่งมีค่าสูง สามารถแปลผลได้ถึงมุมมองที่เป็นเชิงลบมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator; TMHI-15)<sup>11</sup> พัฒนาขึ้นในปี 2001 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ประเมินโดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท โดยเกณฑ์ปกติที่กำหนด ได้แก่ 51 - 60 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (good), 44 - 45 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair), 43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลไปยังหน่วยงานการศึกษาชั้นปริญญาตรี ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานการศึกษาชั้นปริญญาตรี และอาจารย์ที่ปรึกษาหลักสูตรรายวิชาต่างๆ ในระดับชั้นพรีคลินิก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าพบและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยแก่นิสิตแพทย์ระดับชั้นปีที่ 1 - 3 ในคณะแพทยศาสตร์ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามรูปแบบกระดาษ ผู้วิจัยได้เข้าพบนิสิตแพทย์ตามวัน เวลาที่ได้นัดหมาย ชี้แจงให้นิสิตแพทย์ที่สนใจเข้าร่วมวิจัยสามารถตรวจสอบรายละเอียดโครงการวิจัย รวมถึงสามารถสอบถามข้อมูลเบื้องต้นก่อนตัดสินใจแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการตอบแบบสอบถามจะเป็นรูปแบบให้นิสิตแพทย์เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง นิสิตแพทย์สามารถตอบได้อย่างอิสระโดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล หรือข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใดที่สามารถระบุตัวตนได้ ในแบบสอบถาม นิสิตแพทย์ที่เข้าร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำในภาพรวม เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีผลกระทบต่อ การเรียน หรือข้อมูลส่วนบุคคลของนิสิตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม ในการศึกษาครั้งนี้มีนิสิตแพทย์ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 350 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 22 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยตัวแปรอิสระที่เคยมีรายงานในงานวิจัยอื่นว่าเกี่ยวข้องกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ได้แก่ เพศ<sup>12-15</sup> ศาสนา<sup>15</sup> ประวัติการดื่มสุราในปัจจุบัน<sup>16</sup> สถานภาพครอบครัว<sup>17</sup> ชั้นปีที่ศึกษา<sup>18</sup> ประวัติการศึกษาวินิจฉัยเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์<sup>19</sup> เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่ยอมอยากอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง<sup>20</sup> เคยรับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช<sup>21</sup> มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช และมีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช<sup>6</sup> คะแนน TMHI และตัวแปรอื่นๆ ที่มีค่า  $p < 0.2$  จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย Unpaired t-test จะถูกนำเข้ามาในการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเมื่อ  $p < 0.05$  นำเสนอด้วย Unstandardized Beta Coefficient (B) และ 95% Confidence Interval

อย่างไรก็ตามหลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับคืนมาทั้งหมด 350 ชุด พบว่ามีแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ที่มีข้อมูลขาดหายไป (missing data) ในหลายส่วน ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้อย่างครบถ้วน ดังนั้นในการวิเคราะห์ ผลการศึกษารั้งนี้ จึงใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 343 ชุด

### ผลการศึกษา

#### ข้อมูลทั่วไป และระดับสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้เป็นนิสิตแพทย์ระดับพรีคลินิก จำนวน 343 คน อายุเฉลี่ย 19.2 ปี มีสัดส่วนเพศชายร้อยละ 50.7 และเพศหญิงร้อยละ 49.3 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด (ร้อยละ 77.0) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.1) ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาจดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 79.0) ด้านสุขภาพ พบว่านิสิตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.8) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.3) และไม่เคยใช้สารเสพติด (ร้อยละ 99.4) ในด้านพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าส่วนใหญ่ดื่มตามงานสังสรรค์ (ร้อยละ 49.9) ขณะที่ร้อยละ 46.9 ไม่ดื่มเลย

เมื่อพิจารณาตามชั้นปีที่ศึกษาพบว่า นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 38.5) รองลงมาคือชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 31.8) และชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 29.7) เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ที่ 3.59

และโดยนิสิตส่วนใหญ่ยังไม่เคยเรียนรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชโดยตรง (ร้อยละ 97.4)

คะแนนสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 47.49 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.67) โดยมีคะแนนต่ำสุด 25 คะแนน และคะแนนสูงสุด 60 คะแนน โดยคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.0) อยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป (44 - 50 คะแนน) อย่างไรก็ตาม นิสิตแพทย์ร้อยละ 28.3 มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป (มากกว่า 50 คะแนน) และร้อยละ 20.7 มีสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าคนทั่วไป (น้อยกว่า 44 คะแนน) (ตารางที่ 1)

### ประสบการณ์ทางตรงต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ

จากการสำรวจพบว่านิสิตแพทย์ ร้อยละ 35.0 เคยมีความรู้สึกเครียดหรือกังวลใจ จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ นอกจากนี้ร้อยละ 34.4 เคยมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ และร้อยละ 16.9 เคยมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง/อยากตาย/ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ด้านความวิตกกังวลพบว่านิสิต ร้อยละ 39.7 เคยมีความรู้สึกวิตกกังวลใจจนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ร้อยละ 19.2 รายงานว่าตนเองมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในสถานศึกษา ซึ่งทำให้รู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก และร้อยละ 12.8 ระบุว่ามีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ

ในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพจิตพบว่า ร้อยละ 11.7 เคยขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจากจิตแพทย์ ร้อยละ 12.8 เคยเข้ารับบริการรับคำปรึกษาจากโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ร้อยละ 4.1 เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ร้อยละ 5.2 เคยได้รับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช และร้อยละ 5.5 เคยเข้ารับการบำบัดบำบัด

### ประสบการณ์ทางอ้อมต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ

นิสิตแพทย์ ร้อยละ 14.0 มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 10.8 มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช และร้อยละ 14.3 รู้จักคนใกล้ชิดในฐานะความสัมพันธ์อื่นๆ ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่านิสิต ร้อยละ 0.3 เคยทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานพยาบาล ร้อยละ 1.7 เคยดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานที่อื่น เช่น บ้าน หรือสถานพักพิง และร้อยละ 4.4 เคยทำงานจิตอาสาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช

### มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ

ผลการประเมินมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจของนิสิตแพทย์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม MICA-2 พบว่าคะแนน MICA-2 เฉลี่ยอยู่ที่ 43.20 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.01) คะแนนต่ำสุดคือ 21 คะแนน และคะแนนสูงสุด 69 คะแนน

ในส่วนของคำถาม ซึ่งประเมินด้วยลำดับคะแนนจาก 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 12 “คนทั่วไป ไม่ จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองจากผลการกระทำของคนที่เป็นผู้ป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรง” (คะแนนเฉลี่ย 5.07 คะแนน) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ข้อที่ 11 “มันเป็นเรื่องสำคัญที่นอกจากแพทย์จะช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยทางจิตใจแล้ว แพทย์ต้องประเมินสุขภาพด้านร่างกายของคนๆ นั้นด้วย” (คะแนนเฉลี่ย 1.73 คะแนน)

ในส่วนของคำถามที่ให้คะแนนกลับกัน (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 6 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 6 “จิตแพทย์รู้เรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ มากกว่าคนในครอบครัวหรือเพื่อนของผู้ป่วยเอง” (คะแนนเฉลี่ย 3.62 คะแนน) และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือข้อที่ 15 “ฉันจะใช้คำเหล่านี้ “บ้า” “โรคจิต” “ไม่เต็ม” เวลาพูดถึงคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ฉันพบเจอในที่ทำงาน” (คะแนนเฉลี่ย 1.73 คะแนน) (ตารางที่ 2)

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิต (TMHI-15) กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ (MICA-2) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.315$ ,  $p < 0.001$ ) บ่งชี้ว่านิสิตแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดี มีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis ไม่พบความแตกต่างของคะแนน MICA-2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มนิสิตแพทย์ที่มีหรือไม่มีประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 3 อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มนิสิตที่มีประสบการณ์บางประการ ได้แก่ เคยมีความรู้สึกซึมเศร้ารุนแรง เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่อยากอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง และเคยรับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช มีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจที่แตกต่างจากกลุ่มคนที่ไม่มีประสบการณ์นั้น (mean different > 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนิสิตแพทย์

| ข้อมูล                                                     | จำนวน หรือ ค่าเฉลี่ย | ร้อยละ หรือ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------|
| <b>เพศ</b>                                                 |                      |                                        |
| ชาย                                                        | 174                  | 50.7                                   |
| หญิง                                                       | 169                  | 49.3                                   |
| <b>อายุ</b>                                                | 19.2                 | $\pm 1.1$                              |
| <b>สถานภาพ</b>                                             |                      |                                        |
| โสด                                                        | 264                  | 77.0                                   |
| ไม่โสด                                                     | 79                   | 23.0                                   |
| <b>ศาสนา</b>                                               |                      |                                        |
| พุทธ                                                       | 309                  | 90.1                                   |
| คริสต์                                                     | 10                   | 2.9                                    |
| อิสลาม                                                     | 5                    | 1.5                                    |
| ไม่นับถือศาสนา                                             | 19                   | 5.5                                    |
| <b>โรคประจำตัว</b>                                         |                      |                                        |
| ไม่มี                                                      | 291                  | 84.8                                   |
| มี                                                         | 52                   | 15.2                                   |
| <b>ประวัติการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน</b> |                      |                                        |
| ดื่มเป็นประจำทุกวัน                                        | 1                    | 3.0                                    |
| เคยดื่มแต่เลิกแล้ว                                         | 10                   | 2.9                                    |
| ดื่มตามงานสังสรรค์                                         | 171                  | 49.9                                   |
| ไม่ดื่มเลย                                                 | 161                  | 46.9                                   |
| <b>ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (รวมทั้งบุหรี่ไฟฟ้า)</b>  |                      |                                        |
| สูบบุหรี่ตามงานสังสรรค์                                    | 6                    | 1.7                                    |
| ไม่สูบเลย                                                  | 337                  | 98.3                                   |
| <b>ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ</b>                        |                      |                                        |
| ใช้ในกิจกรรมสังสรรค์                                       | 2                    | 0.6                                    |
| ไม่ใช้เลย                                                  | 341                  | 99.4                                   |
| <b>สถานภาพครอบครัว</b>                                     |                      |                                        |
| สมรส (จดทะเบียน)                                           | 271                  | 79.0                                   |
| สมรส (ไม่ได้จดทะเบียน)                                     | 40                   | 11.7                                   |
| หย่าร้าง/แยกกันอยู่                                        | 21                   | 6.1                                    |
| ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต                                   | 11                   | 3.2                                    |
| <b>ชั้นปีที่ศึกษา</b>                                      |                      |                                        |
| 1                                                          | 132                  | 38.5                                   |
| 2                                                          | 102                  | 29.7                                   |
| 3                                                          | 109                  | 31.8                                   |

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT>

## ตารางที่ 2 ผลการตอบแบบประเมิน Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (medical student version) MICA-2 ฉบับภาษาไทย

คำถามข้อที่ประเมินโดยให้คะแนน 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

| ข้อที่                                                                                  | คำถาม                                                                                                                                                                                  | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|
| 3.                                                                                      | วิชาจิตเวชศาสตร์มีความเป็นวิทยาศาสตร์เทียบเท่ากับสาขาอื่นๆ ทางกายภาพ                                                                                                                   | 2.02        | 0.98                 |
| 9.                                                                                      | หากจิตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา แนะนำให้ฉันปฏิบัติต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจด้วยท่าที่ไม่เคารพหรือไม่ให้เกียรติ ฉันจะ ไม่ ทำตามคำแนะนำนั้น                                               | 2.50        | 1.46                 |
| 10.                                                                                     | ฉันรู้สึกสบายใจเวลาพูดคุยกับคนที่เจ็บป่วยทางจิตใจ พอๆ กับที่รู้สึกเวลาพูดคุยกับคนที่เจ็บป่วยทางกาย                                                                                     | 2.88        | 1.04                 |
| 11.                                                                                     | มันเป็นเรื่องสำคัญที่นอกจากแพทย์จะช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยทางจิตใจแล้ว แพทย์ต้องประเมินสุขภาพด้านร่างกายของคนๆ นั้นด้วย                                                                  | 1.73        | 0.87                 |
| 12.                                                                                     | คนทั่วไป ไม่ จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองจากผลการกระทำของคนๆ หนึ่งที่เจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรง                                                                                        | 5.08        | 0.94                 |
| 16.                                                                                     | หากเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนของฉันบอกฉันว่าเขามีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ฉันจะยังคงอยากทำงานร่วมกับเขา                                                                          | 2.41        | 1.04                 |
| คำถามข้อที่ประเมินโดยให้คะแนนกลับกัน 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) |                                                                                                                                                                                        |             |                      |
| 1.                                                                                      | ฉันเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์เพราะต้องสอบ และจะไม่อ่านเนื้อหาเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิชานี้                                                                                                      | 2.75        | 1.06                 |
| 2.                                                                                      | คนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรงไม่สามารถมีอารมณ์ดีขึ้นได้อย่างเพียงพอที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี                                                                               | 2.13        | 0.98                 |
| 4.                                                                                      | ถ้าฉันมีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ฉันจะไม่บอกหรือยอมรับเรื่องนี้กับเพื่อนๆ เลย เพราะฉันกลัวว่าเพื่อนๆ จะปฏิบัติต่อฉันต่างจากคนอื่น                                                          | 2.81        | 1.16                 |
| 5.                                                                                      | คนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรงมักเป็นบุคคลอันตราย                                                                                                                              | 2.51        | 1.17                 |
| 6.                                                                                      | จิตแพทย์รู้เรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจมากกว่าคนในครอบครัวหรือเพื่อนของผู้ป่วยเอง                                                                                 | 3.62        | 1.17                 |
| 7.                                                                                      | ถ้าฉันมีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ฉันจะไม่บอกหรือยอมรับเรื่องนี้กับเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียน เลย เพราะฉันกลัวว่าเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนจะปฏิบัติต่อฉันต่างจากคนอื่น | 3.07        | 1.25                 |
| 8.                                                                                      | การเป็นจิตแพทย์นั้น ไม่ เหมือนการเป็นแพทย์จริงๆ                                                                                                                                        | 2.17        | 1.10                 |
| 13.                                                                                     | ถ้าคนที่เจ็บป่วยทางจิตใจไปเกี่ยวกับอาการด้านร่างกาย (เช่น เจ็บหน้าอก) ฉันจะมองว่ามันเป็นอาการทางจิตของเขาเอง                                                                           | 2.20        | 0.91                 |
| 14.                                                                                     | แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไม่ ควรถูกคาดหวังให้ตรวจประเมินคนที่มีอาการด้านจิตเวชอย่างครบถ้วน เพราะสามารถส่งต่อคนเหล่านี้ไปพบจิตแพทย์ได้                                                     | 3.33        | 1.28                 |
| 15.                                                                                     | ฉันจะใช้คำเหล่านี้ "บ้า" "โรคจิต" "ไม่เต็ม" เวลาพูดถึงคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ฉันพบเจอในที่ทำงาน                                                                                 | 1.72        | 1.06                 |

ทางด้านจิตใจในหลายด้าน ได้แก่ การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งสะท้อนจากคำถามข้อที่ 11 แสดงถึงความเห็นด้วยว่าแพทย์ควรประเมินสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยจิตเวชด้วย นิสิตแพทย์เห็นด้วยกับการไม่ใช้ภาษาตีตราผู้ป่วย (คำถามข้อที่ 15) นิสิตยอมรับว่าจิตเวชศาสตร์เป็นสาขาการแพทย์ที่มีความเป็น

วิทยาศาสตร์และเทียบเท่าสาขาอื่น (คำถามข้อที่ 8 และข้อที่ 3) รวมถึงการไม่มองข้ามอาการทางกายของผู้ป่วยจิตเวชว่าเกิดจากอาการทางจิตของผู้ป่วยเอง (คำถามข้อที่ 13) และมองว่าคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรงสามารถมีอารมณ์ดีขึ้นได้ สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (คำถามข้อที่ 2)

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

| ประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อม                                                            | จำนวน | ร้อยละ | คะแนนเฉลี่ย MICA-2 | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ความต่างค่าเฉลี่ย | p-value |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|--------------------|----------------------|-------------------|---------|
| <b>ประสบการณ์ทางตรงต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ</b>                                    |       |        |                    |                      |                   |         |
| 1 เคยมีความรู้สึกเครียด จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้                         | 120   | 35.0   | 42.85              | 6.85                 | 0.52              | 0.511   |
| ไม่เคย                                                                                | 223   | 65.0   | 43.39              | 7.09                 |                   |         |
| 2 เคยมีความรู้สึกซึมเศร้า/เสียใจ/เบื่อท้อ จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้       | 118   | 34.4   | 42.52              | 6.82                 | 1.03              | 0.196   |
| ไม่เคย                                                                                | 225   | 65.6   | 43.56              | 7.09                 |                   |         |
| 3 เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่ยอมอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง                               | 58    | 16.9   | 42.34              | 6.44                 | 1.03              | 0.308   |
| ไม่เคย                                                                                | 285   | 83.1   | 43.38              | 7.11                 |                   |         |
| 4 เคยมีความรู้สึกวิตกกังวล จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้                      | 136   | 39.7   | 42.90              | 6.84                 | 0.49              | 0.526   |
| ไม่เคย                                                                                | 207   | 60.3   | 43.40              | 7.12                 |                   |         |
| 5 มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในสถานที่เรียน ซึ่งทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก | 66    | 19.2   | 42.86              | 8.33                 | 0.42              | 0.664   |
| ไม่มี                                                                                 | 277   | 80.8   | 43.28              | 6.67                 |                   |         |
| 6 มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก  | 44    | 12.8   | 42.91              | 8.68                 | 0.33              | 0.768   |
| ไม่มี                                                                                 | 299   | 87.2   | 43.24              | 6.74                 |                   |         |
| 7 เคยรับคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจากจิตแพทย์                                    | 40    | 11.7   | 42.25              | 8.52                 | 1.08              | 0.362   |
| ไม่เคย                                                                                | 303   | 88.3   | 43.33              | 6.79                 |                   |         |
| 8 เคยรับบริการการคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตโดยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง          | 44    | 12.8   | 42.52              | 8.57                 | 0.78              | 0.492   |
| ไม่เคย                                                                                | 299   | 87.2   | 43.30              | 6.76                 |                   |         |
| 9 เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช                                         | 14    | 4.1    | 41.43              | 10.70                | 1.85              | 0.334   |
| ไม่เคย                                                                                | 329   | 95.9   | 43.27              | 6.82                 |                   |         |
| 10 เคยรับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช                                               | 18    | 5.2    | 41.22              | 9.50                 | 2.09              | 0.219   |
| ไม่เคย                                                                                | 325   | 94.8   | 43.31              | 6.84                 |                   |         |
| 11 เคยเข้ารับการบำบัด                                                                 | 19    | 5.5    | 40.42              | 9.71                 | 2.94              | 0.075   |
| ไม่เคย                                                                                | 324   | 94.5   | 43.36              | 6.80                 |                   |         |
| <b>ประสบการณ์ทางอ้อมต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ</b>                                   |       |        |                    |                      |                   |         |
| 1 มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช                                                       | 48    | 14.0   | 42.50              | 7.28                 | 0.81              | 0.455   |
| ไม่มี                                                                                 | 295   | 86.0   | 43.31              | 6.97                 |                   |         |

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ (ต่อ)

|   | ประสบการณ์ทางตรง<br>และทางอ้อม                                                  | จำนวน | ร้อยละ | คะแนนเฉลี่ย<br>MICA-2 | ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน | ความต่าง<br>ค่าเฉลี่ย | p-value |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| 2 | มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช                                                 | 37    | 10.8   | 42.03                 | 8.87                     | 1.31                  | 0.388   |
|   | ไม่มี                                                                           | 306   | 89.2   | 43.34                 | 6.75                     |                       |         |
| 3 | มีคนรู้จักใกล้ชิดในฐานะความสัมพันธ์<br>นอกจากเพื่อน ครอบครัว เป็นผู้ป่วยจิตเวช  | 49    | 14.3   | 42.65                 | 8.89                     | 0.65                  | 0.632   |
|   | ไม่มี                                                                           | 294   | 85.7   | 43.30                 | 6.65                     |                       |         |
| 4 | เคยทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย<br>จิตเวชในสถานพยาบาล                           | 1     | 0.3    | 38.00                 | -                        | 5.21                  | 0.458   |
|   | ไม่เคย                                                                          | 342   | 99.7   | 43.21                 |                          |                       |         |
| 5 | เคยดูแลผู้ป่วยจิตเวชนอกสถานพยาบาล เช่น<br>บ้าน สถานพักฟื้น สถานคุ้มครอง เป็นต้น | 6     | 1.7    | 40.17                 | 6.15                     | 3.09                  | 0.285   |
|   | ไม่เคย                                                                          | 337   | 98.3   | 43.26                 | 7.02                     |                       |         |
| 6 | เคยทำงานจิตอาสาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช                                    | 15    | 4.4    | 41.07                 | 7.50                     | 2.23                  | 0.228   |
|   | ไม่เคย                                                                          | 328   | 95.6   | 43.30                 | 6.98                     |                       |         |

อย่างไรก็ตาม นิสิตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าคนทั่วไปจำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองจากผลกระทบของคนที่เจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรง (คำถามข้อที่ 12) ผลลัพธ์นี้อาจสะท้อนมุมมองเชิงลบในแง่ความรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มที่อาจก่อให้เกิดปัญหาแก่คนรอบข้าง และสะท้อนถึงความกังวลด้านความปลอดภัยของสังคมในมุมมองของนิสิตแพทย์กลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญโดยนิสิตแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดีมักมีความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และมีความเข้าใจในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมากกว่าโดยงานวิจัยของ Sathaporn และ Pitanupong<sup>14</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและระดับความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ในนักศึกษาแพทย์ในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้แบบประเมิน Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) พบว่าการมีสุขภาพจิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับการมีระดับความเห็นอกเห็นใจที่สูงขึ้น

ในทางตรงกันข้าม นิสิตแพทย์ที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจมากกว่า ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงอคติหรือความกลัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผลมาจากความเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ โดยภาวะสุขภาพจิตที่ย่ำแย่อาจส่งผลให้

นิสิตแพทย์มองว่าผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็น “ภาระ” หรือ “ความยุ่งยาก” เพิ่มเติมในการทำงาน ทำให้เกิดการตีตรา (stigma) และการเลือกปฏิบัติโดยไม่รู้ตัว<sup>22</sup>

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่านิสิตแพทย์ที่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่อยากอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง กลับมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจมากกว่า ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wahab ในปี 2021<sup>23</sup> ในประเทศมาเลเซีย ที่พบว่านิสิตแพทย์ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต มีความสามารถในการเข้าใจและยอมรับการฆ่าตัวตายในฐานะรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารและความพยายามขอความช่วยเหลือ มากกว่านิสิตแพทย์ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลไกการปรับตัวทางจิตใจบางอย่าง เช่น การเคยเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจอย่างรุนแรง ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น และมีมุมมองที่ดีต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ<sup>3</sup>

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่น่าสนใจ แม้การวิเคราะห์ทางสถิติในครั้งนี้จะยังไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างชัดเจน โดยในประเด็นของประสบการณ์ตรงต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ เช่น การเคยมีความรู้สึกซึมเศร้ารุนแรง หรือเคยรับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับมุมมองต่อความเจ็บป่วย ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลนี้ต่างจากงานวิจัยของ Kumar และคณะ ที่ศึกษามุมมองต่อความ

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและสุขภาพจิต ที่ส่งผลต่อมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิต ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression)

| ปัจจัย                                                                        | Unstandardized Coefficients |      | t      | 95% CI |        | p-value  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|--------|--------|--------|----------|
|                                                                               | B                           | SE   |        | Lower  | Upper  |          |
| เพศชาย                                                                        | 0.70                        | 0.74 | 0.96   | - 0.74 | 2.15   | 0.340    |
| กำลังศึกษาระดับชั้นปี 1                                                       | 0.54                        | 0.89 | 0.60   | - 1.22 | 2.29   | 0.547    |
| กำลังศึกษาระดับชั้นปี 2                                                       | 0.55                        | 0.94 | 0.59   | - 1.30 | 2.40   | 0.559    |
| ศาสนาพุทธ                                                                     | 0.30                        | 1.22 | 0.25   | - 2.10 | 2.69   | 0.806    |
| ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน                                     | - 0.80                      | 0.74 | - 1.08 | - 2.26 | 0.66   | 0.282    |
| สถานภาพของครอบครัวสมรส                                                        | 2.24                        | 1.25 | 1.79   | - 0.22 | 4.69   | 0.074    |
| เคยศึกษาวิชาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์                                             | 2.19                        | 2.31 | 0.95   | - 2.35 | 6.74   | 0.344    |
| คะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป                                      | 2.49                        | 0.99 | 2.53   | 0.56   | 4.43   | 0.012*   |
| คะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป                                      | - 4.06                      | 0.86 | - 4.74 | - 5.74 | - 2.37 | < 0.001* |
| เคยมีความรู้สึกซึมเศร้า/เสียใจ/เบื่อท้อ จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ | - 1.18                      | 0.81 | - 1.45 | - 2.77 | 0.42   | 0.148    |
| เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่อยากอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง                        | - 2.23                      | 1.06 | - 2.10 | - 4.31 | - 0.14 | 0.036*   |
| เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช                                   | 0.99                        | 2.69 | 0.37   | - 4.32 | 6.29   | 0.715    |
| เคยเข้ารับการบำบัด                                                            | - 2.83                      | 2.31 | - 1.22 | - 7.37 | 1.72   | 0.222    |
| มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช                                                 | - 0.64                      | 1.06 | - 0.60 | - 2.72 | 1.45   | 0.549    |
| มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช                                               | - 1.53                      | 1.17 | - 1.31 | - 3.84 | 0.78   | 0.193    |

\*p < 0.05, CI: confidence interval, B: Unstandardized Coefficient, SE: Standard Error, t: t-statistic

เจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ในประเทศออสเตรเลีย โดยใช้แบบประเมินเดียวกัน<sup>21</sup> ซึ่งพบว่านักศึกษาแพทย์ที่เคยได้รับการรักษาทางจิตเวชมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติเชิงบวกมากกว่า อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยนี้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตระหว่างกลุ่มที่มีหรือไม่มีประสบการณ์ทางตรง แต่ประสบการณ์เหล่านี้อาจมีอิทธิพลเฉพาะบางแง่มุมของทัศนคติ ซึ่งอาจถูกบดบังด้วยปัจจัยร่วมอื่น หรือขนาดตัวอย่างอาจยังไม่เพียงพอต่อการตรวจพบความแตกต่างเชิงสถิติได้อย่างชัดเจน เช่นเดียวกับประสบการณ์ทางอ้อมต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีเพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวชกับคะแนน MICA-2 อย่างไรก็ตามการได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเวช อาจส่งผลต่อความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจในระยะยาว<sup>4,18</sup> ซึ่งผลเชิงลึกดังกล่าวอาจไม่สามารถประเมินได้

ในการศึกษา ณ จุดเวลาเดียว การศึกษาติดตามระยะยาวจึงอาจเป็นแนวทางช่วยให้เข้าใจผลกระทบของประสบการณ์เหล่านี้ต่อทัศนคติได้ดีขึ้น

การมีประวัติการศึกษาศึกษาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตในงานวิจัยนี้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Babicki และคณะ<sup>12</sup> ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนจิตเวชศาสตร์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตเช่นกัน อย่างไรก็ตามผลนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กันตพล ยอดมงคล และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่าการศึกษาปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้น ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้ด้วยจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ยังไม่เคยเรียนวิชาที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชโดยตรง และการเก็บข้อมูลเป็นการ

ศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงก่อนที่นิสิตแพทย์จะเริ่มเรียนรายวิชาบังคับเกี่ยวกับจิตเวชโดยตรง ดังนั้น ผลการศึกษาจึงสะท้อนถึงมุมมองของนิสิตแพทย์ในช่วงเริ่มต้นของการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตร์ ซึ่งอาจยังไม่ได้รับอิทธิพลจากการเรียนการสอนในรายวิชาจิตเวช ทำให้ไม่สามารถประเมินผลของการศึกษาต่อมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจได้อย่างเต็มที่

โดยสรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่านิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิกส่วนใหญ่มีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตในเชิงบวก และพบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับมุมมองดังกล่าว โดยนิสิตแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกมากกว่า แม้ว่าปัจจัยอื่นๆ เช่น ประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อม หรือประวัติการศึกษาวิชาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ การทำความเข้าใจปัจจัยที่ซับซ้อนเหล่านี้มีความสำคัญต่อการออกแบบแนวทางส่งเสริมมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มนิสิตแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้ การศึกษาในอนาคตอาจใช้การออกแบบการวิจัยระยะยาวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเมื่อเวลาผ่านไป และเพื่อระบุปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นนิสิตแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของนิสิตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทยได้ การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังนิสิตแพทย์จากหลากหลายสถาบัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุปอ้างอิง

การสุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ แม้จะใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ แต่ก็ยังมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดอคติจากการไม่ตอบสนอง (non-response bias) กล่าวคือ กลุ่มนิสิตที่เลือกที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย (ไม่ตอบแบบสอบถาม) อาจมีลักษณะหรือมุมมองบางอย่างที่แตกต่างจากกลุ่มที่เข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ เช่น เพศ จากที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีสัดส่วนระหว่างเพศของนิสิตที่เข้าร่วมการวิจัยแตกต่างจากสัดส่วนตามจริงของประชากรนิสิตทั้งหมด คือมีนิสิตชายในสัดส่วนที่น้อยกว่า และมีนิสิตหญิงในสัดส่วนที่มากกว่าเมื่อเทียบกับโครงสร้างประชากรจริง

ความคลาดเคลื่อนนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของอัตราการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยระหว่างเพศ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้อย่างสมบูรณ์

งานวิจัยนี้อาจยังไม่ได้เก็บข้อมูลครอบคลุมปัจจัยอื่นๆ ทั้งหมด ที่อาจส่งผลต่อมุมมองของนิสิตแพทย์ (confounding variables) เช่น ประสบการณ์ตรงหรือทางอ้อมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล หรืออิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ ที่อาจส่งผลต่อมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของนิสิตแพทย์กลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองในหัวข้อที่ละเอียดอ่อน คือ มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ อาจทำให้เกิดอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) โดยนิสิตอาจมีแนวโน้มที่จะตอบในสิ่งที่คิดว่า “ควรจะตอบ” หรือ “ดูดี” มากกว่าการสะท้อนมุมมองที่แท้จริง และอาจมีข้อจำกัดในด้านข้อมูลเชิงลึกหรือความเห็นรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสังเกตพฤติกรรม อาจช่วยให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับทัศนคติของนิสิตแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางจิต

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่า สุขภาพจิตของนิสิตแพทย์มีความสัมพันธ์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตในมหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์จึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์อย่างจริงจัง โดยอาจจัดให้มีโปรแกรมให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ง่าย รวมถึงส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของนิสิตแพทย์ อีกทั้งผลการศึกษาที่พบว่านิสิตแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจมากกว่า การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์จึงมีส่วนสำคัญในการสร้างสร้างนิสิตแพทย์ที่มีมุมมองเชิงบวกต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ แม้ว่าการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>18,19</sup> จะชี้ให้เห็นว่าการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชในชั้นคลินิก สามารถช่วยพัฒนาทัศนคติเชิงบวกและลดอคติต่อผู้ป่วยจิตเวชได้จริง แต่การเพิกเฉยและรอให้ถึงเวลานั้น อาจทำให้เกิดผลเสีย เช่น หากนิสิตแพทย์เริ่มศึกษาด้านจิตเวชและพบผู้มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นครั้งแรก โดยมีมุมมองเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจอยู่เดิม อาจส่งผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลรักษา

มหาวิทยาลัยและคณะแพทยศาสตร์จึงไม่ควรเพิกเฉยปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์ และมุมมองเชิงลบของนิสิตแพทย์ต่อผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ควรมีการแทรกแซงเชิงรุกโดยมีเป้าหมายในการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวก บุคลากรทักษะที่ไม่ใช่ความรู้เชิงวิชาการ (non-cognitive skills) เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน เช่น ออกแบบกิจกรรมหรือการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในมิติทางจิตสังคมของผู้ป่วย จัดให้นิสิตแพทย์พรีคลินิกมีโอกาสได้พบปะหรือพูดคุยกับผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ หรือผู้ที่พ้นตัวจากความเจ็บป่วยทางจิตแล้ว ในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุมและดูแลสนับสนุน (supervised setting) เพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่เป็นบวกตั้งแต่มุ่งขึ้นชั้นคลินิก เพิ่มการสอนและการประเมินผลทักษะการสื่อสารที่ละเอียดอ่อน โดยเฉพาะการพูดคุยเรื่องสุขภาพจิต และจัดให้มีช่วงเวลาให้นิสิตได้อภิปรายและพูดคุยเกี่ยวกับมุมมองของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ และจากผลการศึกษาที่พบว่า นิสิตแพทย์ที่เคยมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองหรือไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่นิสิตแพทย์กลุ่มนี้ โดยเน้นย้ำว่าประสบการณ์ของพวกเขาสามารถเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ อย่างไรก็ตาม ควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์กลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันปัญหาทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

## สรุป

การศึกษาในนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิกแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครพบว่า นิสิตแพทย์ส่วนใหญ่มีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจในเชิงบวกและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับมุมมองดังกล่าว โดยผู้ที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกมากกว่า และนิสิตแพทย์ที่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ดังนั้น คณะแพทยศาสตร์ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตนิสิตแพทย์ และสนับสนุนนิสิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ยากลำบากทางจิตใจ เพื่อสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนิสิตแพทย์ทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่เอื้อเฟื้อแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator; TMHI-15) และขอขอบคุณ Section of Community Health (CMH), King's College London ที่เอื้อเฟื้อแบบสอบถาม Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (medical student version) MICA-2 นอกจากนี้ ขอขอบคุณหน่วยงานการศึกษาชั้นปริญญาตรีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานติดต่อแต่ละภาควิชา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในนิสิตแพทย์ ในวันและเวลาดังกล่าว

## ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน เนื่องจากมีการปกปิดตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการประเมินผลการศึกษาใดๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุนใดๆ

## การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

จิตวิวัฒน์ จรุงรักษ์: แนวคิด การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; เมธีวัชร ชิตเดชะ: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ

## เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9(2):137-50.
2. Gao Z, Liu Y, Li Y, Liu Y, Xu H, Huang J, et al. The burden of mental disorders in children and adolescents aged 5-24 years in 204 countries and territories, 1990-2019. *The Lancet* 2024;403(10425):493-503.
3. Walker ER, McGee RE, Druss BG. The association between mental disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2015;14(2):165-74.
4. Ghuloum S, Mahfoud ZR, Al-Amin H, Marji T, Kehyayan V. Healthcare professionals' attitudes toward patients with mental illness: a cross-sectional study in Qatar. *Front Psychiatry* 2022;13:884947.
5. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare (Basel)* 2020;8:26.
6. Mohebbi M, Nafissi N, Ghotbani F, Khojasteh Zonoozi A, Mohaddes Ardabili H. Attitudes of medical students toward

- psychiatry in Eastern Mediterranean Region: a systematic review. *Front Psychiatry* 2023;13:1027377.
7. Cronin E, Brand BL, Mattanah JF. The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders. *Eur J Psychotraumatol* 2014;5:22676.
  8. Chiles C, Stefanovics E, Rosenheck R. Attitudes of students at a US medical school toward mental illness and its causes. *Acad Psychiatry* 2017;41:320-5.
  9. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York (NY): John Wiley & Sons; 1977.
  10. Seera G, Nimmawitt N, Vanitchpongphan S, Ratta-apha W. The Thai version of Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (medical student version) MICA-2. *J Psychiatr Assoc Thai* 2020;65:219-32.
  11. Mongkol A, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chalookul W, Punyoyai L, Suvanashiep S. The study to develop Thai Mental Health Indicator. *J Psychiatr Assoc Thai* 2000;46:209-25.
  12. Babicki M, Kowalski K, Bogudzińska B, Piotrowski P. The assessment of attitudes of students at medical schools towards psychiatry and psychiatric patients—a cross-sectional online survey. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:4425.
  13. Babicki M, Małecka M, Kowalski K, Bogudzińska B, Piotrowski P. Stigma levels toward psychiatric patients among medical students—a worldwide online survey across 65 countries. *Front Psychiatry* 2021;12:798909.
  14. Sathaporn K, Pitanupong J. The relationship between mental health with the level of empathy among medical students in Southern Thailand: a university-based cross-sectional study. *Siriraj Med J* 2021;73:832-40.
  15. Murtala HH, Haddad MM, Abubakar AA, Anyebe EE, Umar MU, Alhassan M. Factors influencing the attitude of urban residents toward people living with mental illness in Northwest Nigeria. *KIU J Sci Eng Technol* 2023;2:166-75.
  16. Jensen P, Haug E, Sivertsen B, Skogen JC. Satisfaction with life, mental health problems and potential alcohol-related problems among Norwegian university students. *Front Psychiatry* 2021;12:578180.
  17. Park H, Lee KS. The association of family structure with health behavior, mental health, and perceived academic achievement among adolescents: a 2018 Korean nationally representative survey. *BMC Public Health* 2020;20:510.
  18. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ* 2015;15:34.
  19. Yodmongkol K, Lerthattasilp T. The impact of a clinical psychiatric clerkship on medical students' attitude toward psychiatry and psychiatric patients. *J Psychiatr Assoc Thai* 2024;69:429-39. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/268686>.
  20. McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Perry IJ. Risk of suicide ideation associated with problem-solving ability and attitudes toward suicidal behavior in university students. *Crisis* 2003;24:160-7.
  21. Kumar AA, Liu ZF, Han J, Patil S, Tang L, McGurgan P. Stigmatizing attitudes towards mental illness: a cross-sectional survey of Australian medical students. *Australas Psychiatry* 2023;31:734-40.
  22. Midorikawa H, Tachikawa H, Nemoto K. Mental health of gatekeepers may influence their own attitudes toward suicide: a questionnaire survey from a suicide-prevention gatekeeper training program. *Asian J Psychiatry* 2020;47:101842.
  23. Wahab S, Shah NE, Sivachandran S, Shahrudin I, Ismail NNS, Mohan LD. Attitude towards suicide and help-seeking behavior among medical undergraduates in a Malaysian university. *Acad Psychiatry* 2021;45:672-80.

# ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่สับฟันหลังกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุ: การศึกษาแบบภาคตัดขวางในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

วรุฒ ชลธิกุล\*, วิลาสินี วะจิเจริญทรัพย์\*\*, กวินท์ จันทรเนียม\*\*\*, จารุวรรณ ท่วงที\*\*\*\*, พรรัตน์ ศักดิแพทย\*\*\*\*\*

\*สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

\*\*โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

\*\*\*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาผึ้ง

\*\*\*\*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสบหย่อง

\*\*\*\*\*โรงพยาบาลแปลงยาว

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่สับฟันหลัง และภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

**วิธีการศึกษา** การศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical study) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน ได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การคัดกรองภาวะบกพร่องทางการรู้คิดด้วยเครื่องมือ Mini-Cog ฉบับภาษาไทย และการตรวจสถานะช่องปากโดยทันตแพทย์ผ่านการเทียบมาตรฐาน เพื่อบันทึกจำนวนฟันที่ใช้งานได้และจำนวนคู่สับฟันหลัง ข้อมูลถูกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression)

**ผลการศึกษา** ความชุกของภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.6 และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (adjusted OR = 12.158, 95% CI: 2.629 - 40.732) ระดับการศึกษา (adjusted OR = 3.306, 95% CI: 1.528 - 7.152) และจำนวนคู่สับฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สับ (adjusted OR = 1.964, 95% CI: 1.134 - 3.400)

**สรุป** จากการศึกษาพบว่าจำนวนคู่สับฟันหลัง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการบูรณาการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้คงไว้ซึ่งฟันที่ใช้งานได้ดีเข้ากับแผนงานสาธารณสุข เพื่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และกลุ่มก่อนสูงอายุในประเทศไทย

**คำสำคัญ** ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด จำนวนฟัน จำนวนคู่สับฟันหลัง ผู้สูงอายุ

Corresponding author: วรุฒ ชลธิกุล

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

E-mail: warut.chalittikul@gmail.com

วันรับ 29 กรกฎาคม 2568 วันแก้ไข 9 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับ 25 พฤศจิกายน 2568

# Association between the Number of Posterior Occlusal Pairs and Cognitive Impairment in Older Adults: A Cross-sectional Study in Si Racha District, Chonburi Province

Warut Chalittikul\*, Wilasinee Wachicharoensap\*\*, Kawin Junneam\*\*\*, Jaruwan Tungtee\*\*\*\*, Pondrat Sakdipat\*\*\*\*\*

\*Bureau of Dental Health, Department of Health

\*\*Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

\*\*\*Ban Khaopung Subdistrict Health Promotion Hospital

\*\*\*\*Ban Salabyong Subdistrict Health Promotion Hospital

\*\*\*\*\*Plaengyao Hospital

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to investigate the relationship between the number of posterior occlusal pairs, and cognitive impairment among older adults in Si Racha District, Chonburi Province.

**Methods:** This cross-sectional analytical study was conducted among older adults (aged 60 and above) in Si Racha District, Chonburi Province, from September to October 2019. A total of 270 participants were recruited using a multi-stage sampling method. Data were collected via a general information questionnaire, cognitive screening using the Thai version of the Mini-Cog, and an oral examination by a single, calibrated dentist to record the number of functional teeth and posterior occlusal pairs. The relationship was analyzed using logistic regression.

**Results:** The prevalence of cognitive impairment was 65.6%. Multiple logistic regression analysis identified factors significantly associated with cognitive impairment: age (adjusted OR = 12.158, 95% CI: 2.629 - 40.732), education level (adjusted OR = 3.306, 95% CI: 1.528 - 7.152), and the number of posterior occluding pairs (adjusted OR = 1.964, 95% CI: 1.134 - 3.400).

**Conclusion:** This study demonstrates the association between the number of posterior occlusal pairs and cognitive impairment. These findings highlight the necessity of integrating oral health strategies, particularly the promotion of oral health to maintain functional masticatory teeth, into public health programs for dementia prevention and health promotion among older adults and middle-aged adult populations in Thailand.

**Keywords:** cognitive impairment, number of teeth, number of occlusal pairs, older adults

Corresponding author: Warut Chalittikul

E-mail: warut.chalittikul@gmail.com

Received: 29 July 2025 Revised: 9 November 2025 Accepted: 25 November 2025

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลจากการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น<sup>1</sup> การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างทางประชากรดังกล่าวนำมาสู่ความท้าทายหลายมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการสูญเสียฟันเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญ สภาวะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นจากข้อมูลการสำรวจระดับชาติครั้งล่าสุด ซึ่งชี้ว่าผู้สูงอายุไทยวัย 80 - 85 ปี มีภาวะสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 23.1 และมีคู่สบฟันหลังใช้งานเพียง 4 คู่ เหลืออยู่เพียงร้อยละ 15.<sup>2</sup> ภาวะนี้ไม่เพียงแต่บั่นทอนประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและการพูด แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอีกด้วย<sup>3</sup>

ในต่างประเทศ มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียฟันกับภาวะสมองเสื่อมอย่างกว้างขวาง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ซึ่งรวบรวมกลุ่มตัวอย่างกว่า 34,000 คน พบว่าการสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของภาวะบกพร่องทางการรู้คิดถึง 1.48 เท่า และภาวะสมองเสื่อม 1.28 เท่า ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความจำ การรับรู้ และการทำกิจวัตรประจำวัน<sup>4</sup> สมมติฐานเชิงกลไกที่อธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าวมีหลายประการ อาทิ การลดลงของกิจกรรมการบดเคี้ยวที่ส่งผลต่อการกระตุ้นสมอง<sup>5</sup> และการอักเสบเรื้อรังในช่องปากอย่างโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการเสื่อมของเซลล์ประสาท<sup>6</sup>

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากต่างประเทศ การศึกษาความสัมพันธ์นี้โดยตรงในบริบทของประชากรผู้สูงอายุไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด แต่มีการศึกษาในไทยพบว่า ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก<sup>7</sup> นอกจากนี้ บริบทของสังคมไทยมีความน่าสนใจเนื่องจากมีปัจจัยทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่แตกต่างจากต่างประเทศ ประกอบกับมีการคาดการณ์ว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ แม้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมของประเทศไทยจะอยู่ที่ร้อยละ 3.4<sup>8</sup> แต่ก็มี ความแปรผันในระดับภูมิภาค ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม<sup>9</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่มีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น<sup>10</sup> และมีศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนยิ่งขึ้นเมื่อพิจารณาถึงภาระของผู้ดูแล โดยผลสำรวจพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ดูแล

ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเครียด และกว่าครึ่งหนึ่งต้องเผชิญกับปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ<sup>11</sup> สถานการณ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว<sup>12</sup> ซึ่งสร้างภาระหนักทั้งในมิติเศรษฐกิจและสังคม

ด้วยความสำคัญของปัญหาดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่สบฟันหลังที่เหลืออยู่กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผลลัพธ์จากการศึกษานี้จะเป็นองค์ความรู้สำคัญในการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และกลยุทธ์เชิงบูรณาการบนฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อยกระดับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ในชุมชนเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียฟันและจำนวนคู่สบฟันหลัง กับความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี (33/62)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กระบวนการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage proportionate random sampling) 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนแรก ทำการสุ่มตำบลได้ตำบลบางพระ จากการสุ่มอย่างง่ายจากทั้งหมด 8 ตำบล ในอำเภอศรีราชา ขั้นตอนที่สอง แบ่งพื้นที่ในตำบลบางพระออกเป็น 3 เขต ตามความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขั้นตอนที่สาม กำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับแต่ละ รพ.สต. และขั้นตอนที่สี่ สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรจริง โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ (อายุ 60 - 79 ปี ร้อยละ 80 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นประชาชนไทยสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ด้วยตนเอง อยู่ในพื้นที่อำเภอศรีราชา 1 ปีขึ้นไป และเป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ เป็นผู้ที่มีภาวะฟุ้งเฟิง (ติดเตียง)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel's formula) สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ( $Z\text{-score} = 1.96$ ) สัดส่วนประชากรที่คาดการณ์ (P) เท่ากับ 0.186 อ้างอิงจากงานวิจัย<sup>13</sup> และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) ที่ 0.05 จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างพื้นฐานจำนวน 232 คน และได้มีการเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกรณีการได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน และขยายขนาดเพื่อให้ได้สัดส่วนเท่ากัน 3 เขต รับผิดชอบของ รพ.สต. ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างเป้าหมายสุดท้ายที่ 270 คน (เขตละ 90 ตัวอย่าง) ซึ่งเป็นจำนวนที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด

### เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมสุขภาพ 2) เครื่องมือคัดกรองภาวะบกพร่องทางการรู้คิด Mini-Cog ฉบับภาษาไทย<sup>14</sup> ซึ่งมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 72.80 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 97.60 โดยใช้เกณฑ์คะแนนน้อยกว่า 3 ในการบ่งชี้ความเสี่ยง และ 3) แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก เพื่อเก็บข้อมูลจำนวนฟันและคู่สบฟันหลัง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC  $\geq 0.67$ ) และผ่านการประเมินความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ในกลุ่มผู้สูงอายุ 30 คน โดยเว้นระยะห่าง 15 วัน ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.83 และแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมจำนวน 3 ท่าน (IOC  $\geq 0.67$ )

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการประเมินด้วย Mini-Cog ดำเนินการโดยนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองสำหรับการตรวจภาวะในช่องปาก ดำเนินการโดยทันตแพทย์ที่ผ่านการปรับมาตรฐานภายในตนเอง ซึ่งได้รับการยืนยันค่าความเชื่อมั่น Intra-examiner reliability ที่ระดับ Kappa เท่ากับ 0.93 (ประเมินในกลุ่มผู้สูงอายุ 30 คน เช่นเดียวกับการทดสอบแบบสอบถาม) ส่วนการประเมินจำนวนฟันและจำนวนคู่สบฟันหลัง ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ การนับจำนวนฟันธรรมชาติที่ยังใช้งานได้ และจำนวนคู่สบของฟันธรรมชาติในฟันหลัง โดยฟันที่ใช้งานได้นั้นหมายถึง ฟันที่สมบูรณ์สามารถใช้งานได้ ไม่มีรอยผุ ไม่โยก ซึ่งไม่รวมรากฟันที่คงค้าง ส่วนการนับคู่สบฟันหลังจะนับเฉพาะคู่สบฟันหลังของฟันธรรมชาติเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนฟันในช่องปาก จำนวนคู่สบฟันหลัง จากนั้นจึงประเมินความชุกของภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในแต่ละกลุ่มของตัวแปร และทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบกพร่องทางการรู้คิดกับจำนวนฟันและจำนวนคู่สบ ได้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ (multiple logistic regression) ด้วยวิธี backward stepwise โดยมีการปรับอิทธิพลของตัวแปรพร้อมทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนฟันในช่องปาก โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า  $p\text{-value} < 0.05$

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้ศึกษาในผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในอำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี รวมทั้งสิ้น 270 คน พบว่ามีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดจำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 และพบว่ามีลักษณะทางประชากรและสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) ดังนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.4 มีการควบคุมด้านอายุตามสัดส่วนประชากร โดยอายุ 60 - 79 ปี ร้อยละ 80.0 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.0 (อายุเฉลี่ย  $71.76 \pm 7.807$ , min = 60, max = 93) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 85.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และส่วนใหญ่มีเงินเดือนเฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 71.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.3 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 75.9 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.0 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 63.0 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนฟันในช่องปากที่ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 85.2 และมีจำนวนฟันคู่สบน้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 59.3

### ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) โดยในกลุ่มผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดนั้น ร้อยละ 28.8 เป็นผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

**ตารางที่ 1** การแจกแจงตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการวิเคราะห์หรือระยะของผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในแต่ละตัวแปร และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

| ตัวแปร                               | จำนวน (ร้อยละ)<br>(n = 270) | จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่มีภาวะบกพร่อง<br>ทางการรู้คิด (n = 177) | p-value |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------|
| <b>เพศ</b>                           |                             |                                                                 | .124    |
| ชาย                                  | 69 (25.6)                   | 40 (22.6)                                                       |         |
| หญิง                                 | 201 (74.4)                  | 137 (77.4)                                                      |         |
| <b>อายุ</b>                          |                             |                                                                 | < .001* |
| อายุ 60 - 79 ปี                      | 216 (80.0)                  | 126 (71.2)                                                      |         |
| อายุ 80 ปีขึ้นไป                     | 54 (20.0)                   | 51 (28.8)                                                       |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                 |                             |                                                                 | .001*   |
| ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า            | 232 (85.9)                  | 161 (91.0)                                                      |         |
| สูงกว่าระดับประถมศึกษา               | 38 (14.1)                   | 16 (9.0)                                                        |         |
| <b>รายได้</b>                        |                             |                                                                 | .003*   |
| น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน           | 193 (71.5)                  | 137 (77.4)                                                      |         |
| 5,000 บาทต่อเดือน หรือสูงกว่า        | 77 (28.5)                   | 40 (22.6)                                                       |         |
| <b>สถานภาพ</b>                       |                             |                                                                 | .148    |
| โสด                                  | 25 (9.3)                    | 16 (9.0)                                                        |         |
| สมรส หรืออยู่ด้วยกัน                 | 116 (43.0)                  | 69 (39.0)                                                       |         |
| หม้าย หรือหย่าร้าง                   | 129 (47.8)                  | 92 (52.0)                                                       |         |
| <b>โรคประจำตัว</b>                   |                             |                                                                 | .335    |
| ไม่มีโรคประจำตัว                     | 37 (13.7)                   | 25 (14.1)                                                       |         |
| มีโรคประจำตัว 1 โรค                  | 92 (34.1)                   | 58 (32.8)                                                       |         |
| มีโรคประจำตัว 2 โรค                  | 91 (33.7)                   | 56 (31.6)                                                       |         |
| มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป     | 50 (18.5)                   | 38 (21.5)                                                       |         |
| <b>การออกกำลังกาย</b>                |                             |                                                                 | .167    |
| ออกกำลังกาย                          | 65 (24.1)                   | 38 (21.5)                                                       |         |
| ไม่ออกกำลังกาย                       | 205 (75.9)                  | 139 (78.5)                                                      |         |
| <b>การสูบบุหรี่</b>                  |                             |                                                                 | .593    |
| เคย/ปัจจุบันสูบบุหรี่                | 73 (27.0)                   | 46 (26.0)                                                       |         |
| ไม่เคยสูบบุหรี่                      | 197 (73.0)                  | 131 (74.0)                                                      |         |
| <b>การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>   |                             |                                                                 | .082    |
| เคย/ปัจจุบันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | 100 (37.0)                  | 59 (33.3)                                                       |         |
| ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์       | 197 (63.0)                  | 118 (66.7)                                                      |         |
| <b>จำนวนพื้นที่เหลือในช่องปาก</b>    |                             |                                                                 | .003*   |
| มีพื้นที่น้อยกว่า 20 ซี              | 230 (85.2)                  | 159 (89.8)                                                      |         |
| มีพื้นที่ตั้งแต่ 20 ซีขึ้นไป         | 40 (14.8)                   | 18 (10.2)                                                       |         |
| <b>จำนวนคู่สบฟันหลัง</b>             |                             |                                                                 | .008*   |
| 0 - 3 คู่สบฟันหลัง                   | 160 (59.3)                  | 115 (65.0)                                                      |         |
| 4 คู่สบฟันหลังหรือมากกว่า            | 110 (40.7)                  | 62 (35.0)                                                       |         |

\*p-value < 0.05

และร้อยละ 71.2 อยู่ในกลุ่มอายุ 60 - 79 ปี ระดับการศึกษาก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ( $p = 0.001$ ) โดยพบว่าร้อยละ 76.3 ของผู้มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ขณะที่ร้อยละ 23.7 มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา นอกจากนี้ระดับรายได้ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.003$ ) โดยร้อยละ 60.2 ของผู้มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน เทียบกับร้อยละ 39.8 ที่มีรายได้สูงกว่า

ผลการวิเคราะห์พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างจำนวนคู่สับฟันหลังและภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ( $p = 0.008$ ) โดยในกลุ่มผู้ที่มีคู่สับฟันหลัง 0 - 3 คู่ พบภาวะบกพร่องทางการรู้คิดสูงถึงร้อยละ 65.0 ขณะที่ในกลุ่มผู้ที่มีคู่สับฟันหลัง 4 คู่ขึ้นไป พบภาวะดังกล่าวเพียงร้อยละ 35.0 ในทางกลับกันนั้น ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์เบื้องต้น

### ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะบกพร่องทางการรู้คิด

จากการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิด พบว่ามีปัจจัยทั้งหมด 3 ตัว ที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2 ปัจจัยแรกที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคืออายุ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มอายุ 60 - 79 ปี ถึง 12.16 เท่า (adjusted OR = 12.158, 95% CI: 2.629 - 40.732,  $p < 0.001$ ) ปัจจัยที่สองคือระดับการศึกษา การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า 3.31 เท่า (adjusted OR = 3.306, 95% CI: 1.528 - 7.152,  $p = 0.002$ ) ปัจจัยที่สามคือจำนวนคู่สับฟันหลัง ผู้ที่มีฟันคู่สับเพียง 0 - 3 คู่ มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่มีฟันคู่สับ 4 คู่ขึ้นไป ประมาณ 2 เท่า (adjusted OR = 1.964, 95% CI: 1.134 - 3.400,  $p = 0.016$ )

จากผลการศึกษาอาจสรุปได้ว่า อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนคู่สับฟันหลัง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในประชากรผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีการศึกษาดำ และมีความเสี่ยงสูงที่จะมีฟันคู่สับฟันหลังน้อย มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### วิจารณ์

การศึกษานี้มีจุดแข็งที่พบความชุกของภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุอำเภอศรีราชา ร้อยละ 65.6 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในประเทศไทย ที่รายงานความชุกระหว่างร้อยละ 3.4<sup>8</sup> ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณด้วยวิธี backward stepwise (multiple logistic regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ( $n = 270$ )

| ตัวแปร                     | Adj. OR | 95% CI        | B     | p-value  |
|----------------------------|---------|---------------|-------|----------|
| อายุ                       |         |               |       | < 0.001* |
| อายุ 60 - 79 ปี            | ref     | ref           | ref   |          |
| อายุ 80 ปีขึ้นไป           | 12.158  | 2.629, 40.732 | 2.498 |          |
| ระดับการศึกษา              |         |               |       | .002*    |
| สูงกว่าระดับประถมศึกษา     | ref     | ref           | ref   |          |
| ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 3.306   | 1.528, 7.152  | 1.196 |          |
| จำนวนคู่สับฟันหลัง         |         |               |       | .016*    |
| 4 คู่สับฟันหลังหรือมากกว่า | ref     | ref           | ref   |          |
| 0 - 3 คู่สับฟันหลัง        | 1.964   | 1.134, 3.400  | 0.675 |          |

\*p-value < 0.05

ในการศึกษา โดย Mini-Cog เป็นแบบประเมินที่ออกแบบมาสำหรับการคัดกรอง มิใช่เครื่องมือวินิจฉัย<sup>15</sup> การใช้เครื่องมือคัดกรองในประชากรทั่วไปมีแนวโน้มให้ผลบวกложง (false positives) ได้สูง นอกจากนี้ลักษณะประชากรศึกษาที่มีผู้จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าสูงถึงร้อยละ 85.9 เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลการประเมิน เนื่องจากหลายๆ การศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาและการรู้หนังสือมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อผลการทดสอบการวาดนาฬิกา (clock drawing test)<sup>16</sup> ซึ่งอาจส่งผลให้ได้คะแนน Mini-Cog ต่ำกว่าความเป็นจริง และทำให้ค่าความชุกที่พบสูงเกินจริงได้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดที่เป็นอิสระต่อกัน 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ 80 ปีขึ้นไป (adjusted OR = 12.158, 95% CI: 2.629 - 40.732,  $p < 0.001$ ) มีการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า (adjusted OR = 3.306, 95% CI: 1.528 - 7.152,  $p = 0.002$ ) และมีจำนวนคู่สับพันหลัง 0 - 3 คู่ (adjusted OR = 1.964, 95% CI: 1.134 - 3.400,  $p = 0.016$ ) ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่สับพันหลังกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในประชากรผู้สูงอายุในบริบทไทย แม้ว่าการศึกษานี้จะพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุ แต่การศึกษานี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเป็นสาเหตุของภาวะบกพร่องทางการรู้คิด เนื่องจากการศึกษาแบบภาคตัดขวางมีความจำเป็นต้องศึกษาในเชิงสาเหตุปัจจัยเพิ่มเติมด้วยรูปแบบการศึกษาในระยะยาว (longitudinal study) ซึ่งการเริ่มต้นของการมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด อาจจะทำให้เกิดการละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อการสูญเสียฟันในอนาคต

### อายุและระดับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิด

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่สูงขึ้นกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิด สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการอื่นๆ ที่ชี้ให้เห็นว่าความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นกำลังหลังจากอายุ 80 ปี<sup>17-19</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ meta-analysis และ cohort study ที่รายงานผลว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่น้อย มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงกว่า โดยทุกๆ ปีของการศึกษาที่เพิ่มขึ้น จะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมลงได้ถึงร้อยละ 7<sup>20-22</sup> การศึกษานี้ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ร้อยละ 85.9) สะท้อนให้เห็นถึงภูมิหลังทางการศึกษาของไทยในอดีต สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทยที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ (ไม่ได้เรียนหนังสือ) มีความชุก

ของภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุดถึงร้อยละ 26.7<sup>13</sup> และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิด<sup>23</sup> ซึ่งอาจจะอนุมานได้ว่าประเทศไทยมีความเสี่ยงที่จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าประเทศพัฒนาแล้ว ที่ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่พบนี้ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาวะบกพร่องทางการรู้คิดมีช่วงความเชื่อมั่น 95% CI ที่กว้าง สะท้อนให้เห็นถึงความไม่แม่นยำในการประมาณค่า และความไม่แน่นอนของผลการศึกษา ซึ่งเป็นผลจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อาจจะไม่เพียงพอ

### ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่สับพันหลังและภาวะบกพร่องทางการรู้คิด

ผู้ที่มีจำนวนคู่สับพันหลัง 0 - 3 คู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางการรู้คิดเกือบ 2 เท่า เป็นหลักฐานเสริมที่เชื่อมโยงการทำงานของระบบการบดเคี้ยวกับระบบประสาท ผลนี้สอดคล้องกับ meta-analysis ล่าสุด ที่แสดงให้เห็นความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.48 เท่าของภาวะบกพร่องทางการรู้คิดจากการสูญเสียฟัน<sup>4</sup> การศึกษานี้เน้นที่จำนวนคู่สับพันหลังที่ใช้งานได้จริง จึงให้ข้อมูลที่มีความหมายทางคลินิกมากกว่าการนับจำนวนฟันทั้งหมด และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าจำนวนคู่สับพันหลังมีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิด<sup>24,25</sup>

กลไกที่เป็นไปได้ ได้แก่ การลดลงของการกระตุ้นระบบประสาทจากกิจกรรมการเคี้ยวที่ลดลง<sup>26,27</sup> ภาวะขาดสารอาหารจากการบดเคี้ยวอาหารที่บกพร่อง<sup>28</sup> และการอักเสบในระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคในช่องปาก<sup>29</sup> การศึกษานี้ได้พบว่ามีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 59.3 ที่อาจจะมีประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลงจากการมีคู่สับเพียง 0 - 3 คู่สับ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ควรจะต้องป้องกันให้ได้ก่อนที่จะสูญเสียฟันในวัยผู้สูงอายุ แต่การศึกษานี้ไม่ได้ออกแบบเพื่อทดสอบกลไกที่เป็นไปได้เหล่านี้ จึงมีความจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อทดสอบสมมติฐานกลไกที่เป็นไปได้นอกจากนี้ยังมีปัจจัยกวนอื่นๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้อง เช่น การใช้ฟันเทียม เพราะการมีฟันเทียมที่เหมาะสมอาจจะสามารถช่วยฟื้นฟูประสิทธิภาพการบดเคี้ยวได้<sup>30</sup> และมีการศึกษาที่พบว่าการใช้ฟันเทียมอาจจะเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิด<sup>31</sup> รวมถึงการใช้ยาบางชนิด เช่น กลุ่มยา anticholinergics<sup>32</sup> และยานอนหลับ<sup>33</sup> อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองและการรู้คิด

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การรักษาคู่สับพันหลังให้มี

4 คู่ หรือมากกว่า อาจมีความสำคัญต่อการรู้คิด ข้อค้นพบนี้ทำให้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะสำหรับการแทรกแซงด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ประชาชนสามารถเก็บรักษาฟันคู่สบตลอดจนอายุขัยได้ และสนับสนุนการบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากเข้ากับการแพทย์ผู้สูงอายุแบบครอบคลุม เนื่องจากประเทศไทยนั้นมีการเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชนชนบทค่อนข้างจำกัด จึงมีความจำเป็นในการขยายบริการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับประชากรผู้สูงอายุ โดยอาจจะร่วมบูรณาการกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวม รวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงานเพื่อป้องกันการสูญเสียฟันธรรมชาติ โดยเฉพาะบริเวณฟันหลังที่ใช้บดเคี้ยวอาหาร

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษามีข้อจำกัดหลายประการ การออกแบบแบบภาคตัดขวางไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ และไม่สามารถควบคุมเรื่อง reverse causation ได้ การคัดกรองด้วย Mini-Cog อาจพลาดกรณีของภาวะบกพร่องทางการรู้คิดระดับเล็กน้อย และควรมีการวิจัยยืนยันจากแพทย์ร่วมด้วยเพื่อให้ผลทางคลินิกน่าเชื่อถือ และการศึกษาในตำบลเดียวจำกัดความสามารถในการนำไปใช้กับประชากรทั่วไป ไม่สามารถแทนประชากรผู้สูงอายุไทยได้ ตัวแปรกวนที่สำคัญ เช่น ภาวะซึมเศร้า การใช้ยา และสภาวะทางโภชนาการ นอกจากนี้ยังมีตัวแปรด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มเติม เช่น ฟันเทียม โรคในช่องปากอื่นๆ ซึ่งไม่ได้รับการประเมิน ยิ่งไปกว่านั้นขนาดตัวอย่างอาจไม่เพียงพอสำหรับการประมาณค่าแบบหลายตัวแปรที่เสถียร ดังที่เห็นได้จาก confidence interval ที่กว้าง

### สรุป

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่สบฟันหลังอายุและระดับการศึกษา กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ แต่ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการรักษาจำนวนคู่สบฟันหลังที่อาจจะสะท้อนการทำงานของระบบเคี้ยวอาจมีความสำคัญต่อภาวะการรู้คิด จึงควรสนับสนุนการบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้ากับการดูแลผู้สูงอายุแบบครอบคลุม รวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการสูญเสียฟันในช่วงก่อนวัยผู้สูงอายุ อีกทั้งยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิง

ระยะยาวขนาดใหญ่ เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เหล่านี้และเพื่อให้ข้อมูลสำหรับการแทรกแซงที่อิงหลักฐาน

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอศรีราชา กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สำหรับคำปรึกษาด้านการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณงานวิจัยที่คณะผู้วิจัยได้อ้างอิงในที่นี้

### ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ หรือขัดกันในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

### การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

วรุฒ ชลธิกุล: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความและแก้ไขบทความ; วิลาสินี วชิเรญญทรัพย์: เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล; กวินท์ จันทน์นิยม: เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล; จารุวรรณ ท่วงที: เก็บข้อมูล ร่างบทความ; พรรณัน ศักดิ์แพทย์: เก็บข้อมูล ร่างบทความ

### เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons. Situation of the Thai older persons 2022. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2023.
2. Bureau of Dental Health. Report of the 9th national oral health survey, Thailand 2023. Nonthaburi: Bureau of Dental Health; 2024.
3. Hongseethong N, Kamsa-ard S, Noisombut R, Savisit R. Association between the categories of tooth loss by Eichner's index and impacts on oral health-related quality of life among elderly. Khon Kaen Dent J 2018; 21(1): 10-2.
4. Qi X, Zhu Z, Plassman BL, Wu B. Dose-response meta-analysis on tooth loss with the risk of cognitive impairment and dementia. J Am Med Dir Assoc 2021; 22(10): 2039-45.
5. Chuhuaicura P, Dias FJ, Arias A, Lezcano MF, Fuentes R. Mastication as a protective factor of the cognitive decline in adults: a qualitative systematic review. Int Dent J 2020; 69(5): 334-40.
6. Holmer J, Eriksdotter M, Schultzberg M, Pussinen PJ, Buhlin K.

- Association between periodontitis and risk of Alzheimer's disease, mild cognitive impairment and subjective cognitive decline: A case-control study. *J Clin Periodontol* 2018; 45(11): 1287-98.
7. Chatta S, Pitiphat W, Chaijit R. Oral health status of elderly with cognitive impairment. *Khon Kaen Dent J* 2021; 24(2): 61-70.
  8. Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. *J Med Assoc Thai* 2001; 84(4): 461-7.
  9. Wongsaree C. Current situation in dementia syndrome on older person in Thailand: Issues and trends in nursing care. *EAU Heritage Journal Science and Technology* 2018; 12(1): 47-58.
  10. Chonburi Provincial Public Health Office. Document for the inspection of the Ministry of Public Health, Chonburi Province, Rounds 1-61. Chonburi: Thai Arsa Service Bangsaen; 2018.
  11. Youngyoo P, Jankham S, Muangpaisan W, Siritipakorn P, Pisansalakij D, Pengson N, et al. Problems in care of people with dementia and caregivers' needs. *J Gerontol Geriatr Med* 2017; 16: 57-69.
  12. Pisalsarakij D, Siritipakorn P, Muangpaisan W. Effects of the caregivers training program on quality of life and caregiver burden of caregivers of persons with dementia. *Journal of Health Sciences and Wellness* 2020; 38(2): 63-72.
  13. Suwan A, Trakulsithichoke S. Prevalence and factors associated with dementia among elderly in Luehok subdistrict, Muang district, Pathumtani province. *APHEIT Journal* 2016; 5(2): 21-32.
  14. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15: 594-600.
  15. Abayomi SN, Sriharan P, Yan E, Saripella A, Alhamdah Y, Englesakis M, et al. The diagnostic accuracy of the Mini-Cog screening tool for the detection of cognitive impairment-A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2024;19(3):e0298686.
  16. Kim H, Chey J. Effects of education, literacy, and dementia on the clock drawing test performance. *J Int Neuropsychol Soc* 2010; 16(6): 1138-46.
  17. Corrada MM, Brookmeyer R, Paganini-Hill A, Berlau D, Kawas CH. Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: the 90+ study. *Ann Neurol* 2010; 67(1): 114-21.
  18. Kramarow EA. Diagnosed dementia in adults age 65 and older: United States, 2022. National health statistics reports; no 203. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2024.
  19. Hwangbo S, Lee JY, Han G, Chun MY, Jang H, Seo SW, et al. Dementia incidence and population-attributable fraction for dementia risk factors in Republic of Korea: a 12-year longitudinal follow-up study of a national cohort. *Front Aging Neurosci* 2023; 15.
  20. Caamaño-Isorna F, Corral M, Montes-Martínez A, Takkouche B. Education and dementia: a meta-analytic study. *Neuroepidemiology* 2006;26(4):226-32.
  21. Meng X, D'Arcy C. Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses. *PLoS One* 2012; 7(6): e38268.
  22. Liu Y, Lu G, Liu L, He Y, Gong W. Cognitive reserve over the life course and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Front Aging Neurosci* 2024;16.
  23. Rattanawat W, Nakawiro D, Visajan P. Prevalence of mild cognitive impairment (MCI) in pre-retirement period of hospital staff. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018; 63(1): 55-64.
  24. Takeuchi K, Izumi M, Furuta M, Takeshita T, Shibata Y, Kageyama S, et al. Posterior teeth occlusion associated with cognitive function in nursing home older residents: a cross-sectional observational study. *PLoS One* 2015; 10(10): e0141737.
  25. Winning L, Naseer A, De Looze C, Knight SP, Kenny RA, O'Connell B. Tooth loss and cognitive decline in community dwelling older Irish adults: a cross-sectional cohort study. *J Dent* 2022; 119: 104077.
  26. Chen H, Iinuma M, Onozuka M, Kubo KY. Chewing maintains hippocampus-dependent cognitive function. *Int J Med Sci*. 2015; 12(6): 502-9.
  27. Delwel S, Scherder EJA, Perez RSGM, Hertogh CPM, Maier AB, Lobbezoo F. Oral function of older people with mild cognitive impairment or dementia. *J Oral Rehabil* 2018; 45(12): 990-7.
  28. Loda I, D'Angelo E, Marzetti E, Kerminen H. Prevention, assessment, and management of malnutrition in older adults with early stages of cognitive disorders. *Nutrients* 2024; 16(11): 1566.
  29. Wang RP, Ho YS, Leung WK, Goto T, Chang RC. Systemic inflammation linking chronic periodontitis to cognitive decline. *Brain Behav Immun* 2019; 81: 63-73.
  30. Hosoi T, Morokuma M, Shibuya N, Yoneyama Y. Influence of denture treatment on brain function activity. *Jpn Dent Sci Rev* 2011; 47(1): 56-66.
  31. Ahmed SE, Mohan J, Kalaignan P, Kandasamy S, Raju R, Champakesan B. Influence of dental prostheses on cognitive functioning in elderly population: a systematic review. *J Family Med Prim Care* 2021; 10(8): 2742-9.
  32. Pieper NT, Grossi CM, Chan WY, Loke YK, Savva GM, Haroulis C, et al. Anticholinergic drugs and incident dementia, mild cognitive impairment and cognitive decline: a meta-analysis. *Age Ageing* 2020; 49(6): 939-47.
  33. Hou JH, Sun SL, Tan CC, Huang YM, Tan L, Xu W. Relationships of hypnotics with incident dementia and Alzheimer's disease: a longitudinal study and meta-analysis. *J Prev Alzheimers Dis* 2024; 11(1): 117-29.