



วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2562
Volume 27 Number 1 January-April 2019
www.jmhthai.com

- ❶ ความสามารถและการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย
สื่องโสม พึ่งพงศ์
- ❷ ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการบริหารงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน
กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตชายแดนไทย-กัมพูชา
จังหวัดบุรีรัมย์
ยุทธนา สุริยะะ รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์
- ❸ การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการติดสสารพิษฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย
สุภาวดี เจริญวานิช รังสิมันต์ สุนทรไชยา
- ❹ โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย
ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์ จันทร์อาภา สุขทรัพย์ ประเสริฐ จุฑา บุษรา คูหพันธ์
- ❺ การสำรวจความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของแพทย์ผู้สำเร็จการศึกษา
จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560
ชนกานต์ ชัชวาลา จตุรพร แสงกุล

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 0859-497X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์

World Association for Psychosocial
Rehabilitation (WAPR)

บรรณาธิการ

พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

นพ.อธิป ตันอารีย์

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

นพ.สุทธา สุปัญญา

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ดร.นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวตรี อัสนาณรงค์ชัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ.พรจิรา ปรีวัชรากุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.ดร.นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ดร.ณิ ภูขาว

มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ.เบญจพร ปัญญา

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

พญ.ดุชนิ จิรกุลวิทย์

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญมาลี

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดร.สุตา วงศ์สวัสดิ์

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณาธิการต่างประเทศ

Prof.Walter Ling, M.D.

University of California, Los Angeles, USA

Assoc.Prof.Robert Ali, M.D.

University of Adelaide, Australia

Rudy RD Bogoian, M.D.

Independent Professional Role

บรรณาธิการบริหาร (สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

ดร.โสฬรรณ อินทสิทธิ์

นายภพร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

นางสาวสมพร อินทร์แก้ว

นางสาวราณี ฉายินทุ

นางสาวสิริกุล จุลศิริ

นางฐิติญา จันทพรหม

นางณานิตา คำเขียว

นางจุฑามาส ชื่นตา

พิมพ์ที่: วนิตการพิมพ์ โทรศัพท์ 08-1783-8569

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

กำหนดออก:

ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) เดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

ดาวน์โหลดบทความได้ที่:

www.jmhthai.com

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

การติดต่อ:

ติดต่อกองบรรณาธิการได้ที่

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

88/20 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0-2590-8254, 8183 โทรสาร 0-2149-5539

e-mail: jmht.dmh@gmail.com

การส่งบทความ: www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่าง ๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



ISSN 0859-497X

Journal of Mental Health of Thailand

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)

Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)

M.L.Somchai Chakraband, M.D.

Yongyud Wongpiromsarn, M.D.

Honorary Editor

Prof.Pichet Udomratn, M.D. World Association for Psychosocial Rehabilitation
(WAPR)

Editor-in-Chief

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs, DMH

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Athip Tanaree, M.D. Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Varoth Chotpitayasunondh, M.D., Ph.D. Bureau of Mental Health Academic
Affairs, DMH

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University

Prof.Suwanna Arunpongpaial, M.D. Khon Kaen University

Assoc.Prof.Pornjira Pariwatcharakul, M.D. Mahidol University

Assoc.Prof.Sirijit Suttajit, M.D. Chiang Mai University

Assoc.Prof.Tawanchai Jirapramukpitak, M.D., Ph.D. Mahidol University

Asst.Prof.Darunee Phukao, Ph.D. Mahidol University

Benjaporn Panyayong, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Child and Adolescent Mental Health
Rajanagarindra Institute

Pitakpol Boonyamalik, M.D., Ph.D. Government Inspectorate Office of the
Permanent Secretary for Public Health

Suda Wongsawat, Ph.D. Division of Mental Health Promotion and
Development, DMH

Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University

International Editors

Prof.Walter Ling, M.D. University of California, Los Angeles, USA

Assoc.Prof.Robert Ali, M.D. University of Adelaide, Australia

Rudy RD Bogoian, M.D. Independent Professional Role

Managing Editors (Bureau of Mental Health Academic Affairs, DMH)

Ms.Sorawan Intasitti, Ph.D. Mr.Phophthorn Wuttihiarn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs, DMH)

Ms.Somporn Inkaew Ms.Ranee Chayintu

Ms.Sirikul Chulkeeree Mrs.Thitiya Jantaprom

Mrs.Chanita Dumkhaew Mrs.Jutamas Chuenta

Printed at: Wanida press Tel. 08-1783-8569

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its objective is to disseminate mental health and psychiatric research in order to distribute and share experience amongst health and mental health personnel.

Free subscription:

Free access online: Every 4 months or 3 volumes/year

Website:

www.jmhthai.com

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand

Bureau of Mental Health Academic Affairs

Department of Mental Health, Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.

Tel. +66-2590-8254, 8183 Fax. +66-2149-5539

e-mail: jmht.dmh@gmail.com

Submission: www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

Remark:

Authorization to photocopy items for internal or personal use of specific clients, is granted. The consent does not extend to other kinds of copying, such as for general distribution, for advertising, or for resale.

Unless otherwise states, the views and opinion expressed in Journal of Mental Health of Thailand are those of authors of the papers, and do not represent those of the editorial board or the Department of Mental Health.

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

สารบัญ		หน้า
บรรณาธิการแถลง		ก
นิพนธ์ต้นฉบับ	ความสามารถและการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย ส่องโสม พึ่งพงศ์	1-14
	ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการบริหารงานและสภาพแวดล้อม ในการทำงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์ ยุทธนา สุริยะ รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์	15-24
	การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย สุภาวดี เจริญวานิช รังสิมันต์ สุนทรไชยา	25-36
	โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์ จันทร์อาภา สุขทรัพย์ ประเสริฐ จูฑา บุษรา คูหพันธ์	37-51
	การสำรวจความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม ของแพทย์ผู้สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 ชนกานต์ ชัชวาลา จตุรพร แสงกุล	52-64
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์		i



Journal of Mental Health of Thailand

Volume 27 Number 1 January - April 2019

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		ก
ARTICLES		
	Competencies and self development of Thai clinical psychologists Songsom Phungpong	1-14
	The relationship between management participation and work environment with work happiness among registered nurses in Thai-Cambodian border community hospital at Buriram province Yuttana Suriya Rattanaporn Phunpho	15-24
	Development of Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version (SAS-SV-TH) Supawadee Charoenwanit Rangsiman Soonthornchaiya	25-36
	Preschool attachment enhancing parenting program Chadapim Phoasavasdi Janarpar Sukkatup Prasert Chutha Bussara Khuhapan	37-51
	A survey concerning the psychiatric practice of medical doctors, who graduated from Prince of Songkla University in 2017 Chonnakarn Jatchavala Jaturaporn Sangkool	52-64
INSTRUCTION TO AUTHORS		i



บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับที่ 27 ประจำปี พ.ศ. 2562 นี้ ได้ปรับโฉมใหม่เกือบทั้งหมด เพื่อให้เป็นวารสารที่มีความทันสมัยตามนโยบายการขับเคลื่อนประเทศไปสู่ยุค Thailand 4.0 และเทียบเท่ามาตรฐานระดับชาติและนานาชาติ อีกทั้งเป็นวารสารรองรับการรับรองคุณภาพของฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-journal Citation Index: TCI) โดยวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยได้รับการรับรองให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 (เหรียญทอง) และ จัดอยู่ในฐาน ASEAN Citation Index (ACI) แล้วในปี พ.ศ. 2558 ดังนั้นเพื่อรองรับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการจาก TCI ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 และคงคุณภาพตามมาตรฐานใหม่นี้ จึงมีการปรับปรุงคุณภาพวารสารฯ ตามเกณฑ์หลักและเกณฑ์รองที่กำหนดโดย TCI โดยในส่วนของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยนี้ ได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมให้เป็นระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ มีการส่งบทความ (submission) ทางระบบออนไลน์ มีกองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิที่หลากหลายหน่วยงาน มีบทความที่มาจากผู้นิพนธ์ทั้งภายในและภายนอก มีการประเมินคุณภาพบทความก่อนตีพิมพ์ มีรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องตามมาตรฐาน และสามารถตรวจสอบได้ เป็นต้น ซึ่งรายละเอียดดังกล่าวอยู่ในคำแนะนำผู้นิพนธ์ใหม่ท้ายเล่ม

การดูแลสุขภาพจิตของคนไทยทั้งประเทศให้มีประสิทธิภาพได้นั้น ศักยภาพของบุคลากรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในวารสารฉบับนี้จึงมีบทความที่กล่าวถึงวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งในกลุ่มนักจิตวิทยาคลินิก เรื่อง **ความสามารถและการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย** โดย ส่องโสม พิงพงค์ ในกลุ่มแพทย์บัณฑิตจบใหม่ เรื่อง **การสำรวจความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของแพทย์ผู้สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560** โดย ชนกานต์ ชัชวาลา และ จตุรพร แสงกุล และในกลุ่มพยาบาล เรื่อง **ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการบริหารงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์** โดย ยุทธนา สุริยะ และ รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์ นอกจากนั้นในกลุ่มเด็กปฐมวัย ผู้ดูแลถือเป็นผู้มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาการของเด็ก ดังในบทความเรื่อง **โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย** โดย ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์ และคณะ และอีกบทความหนึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในสังคมก้มหน้ายุคใหม่เพื่อจำแนกกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สมาร์ตโฟนในเรื่อง **การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมกาติดสมาร์ตโฟนฉบับต้นฉบับภาษาไทย** โดยสุภาวดี เจริญวานิช และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สุดท้ายนี้ ดิฉันในนามของบรรณาธิการ ขอต้อนรับและแสดงความขอบคุณกองบรรณาธิการใหม่ทุกท่าน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ และกองบรรณาธิการทุกท่าน ที่ร่วมกันพัฒนาวารสารสุขภาพจิต แห่งประเทศไทยให้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน สุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยต่อไป

พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์
บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสามารถและการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย

วันรับ : 12 มิถุนายน 2561

วันแก้ไข : 13 ธันวาคม 2561

วันตอบรับ : 4 มกราคม 2562

ส่องโสม พึ่งพงศ์, วท.ม. (จิตวิทยา)

แขนงวิชาจิตวิทยาคลินิก คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: งานวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความสามารถด้านการปฏิบัติงาน 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความสามารถด้านการปฏิบัติงาน 3) ศึกษาลักษณะการพัฒนาตนเอง และ 4) ศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย

วิธีการ: ประชากรที่ศึกษาได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิกไทยทั้งหมดที่ปฏิบัติงานอยู่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักจิตวิทยาคลินิกทั่วประเทศที่ได้รับจดหมายขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยและยินยอมตอบแบบสำรวจ จำนวน 303 ราย (self selected sample) เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสำรวจความสามารถและการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่เพื่อสำรวจระดับความสามารถทางคลินิก และการพัฒนาตนเองตามบทบาทวิชาชีพ โดยเครื่องมือดังกล่าวผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเชื่อมั่นแบบวัดความสอดคล้องภายใน (reliability: internal consistency method) ของแบบสำรวจฯ สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยพหุคูณ (multiple regressions analysis)

ผล: กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาตนเองแต่มีความถี่ของการพัฒนาตนเองที่จำกัด โดยร้อยละ 55.3 มีประสบการณ์การฝึกอบรมน้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง คะแนนความสามารถเฉลี่ยด้านการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก และด้านความสามารถด้านการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้คะแนนฯ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ทางคลินิก ความถี่ในการศึกษาผลงานวิชาการและงานวิจัยต่างประเทศ และการเข้าประชุมวิชาการ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: นักจิตวิทยาคลินิกไทยควรเพิ่มโอกาสพัฒนาตนเองให้มากขึ้นทั้งในด้านทักษะ องค์ความรู้ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก

คำสำคัญ: การพัฒนาเชิงวิชาชีพ ความสามารถทางคลินิก นักจิตวิทยาคลินิกไทย

ติดต่อผู้พิมพ์: ส่องโสม พึ่งพงศ์; e-mail: songsom@slc.ac.th

Original Article

Competencies and self development of Thai clinical psychologists

Received : 12 June 2018

Revised : 13 December 2018

Accepted: 4 January 2019

Songsom Phungpong, MS. (Psychology)

Faculty of Psychology (clinical psychology unit), Saint Louis College

Abstract

Objective: This was a survey research that aimed to study: 1) the level of clinical competency, 2) possible factors affecting the level of clinical competency, 3) the state of continuing education, and 4) the need for self-improvement of Thai clinical psychologists.

Methods: The sample of the research was active clinical psychologists practicing nationwide who were self-selected and voluntarily responded to the invitation letter. In total, 303 gave their consents and answered the research questionnaire, which was developed to investigate the levels of clinical competency and professional self-improvement. The questionnaire was tested for content validity and reliability of internal consistency. Descriptive statistics and Multiple Regression Analysis were used to analyze the data.

Results: The participants showed self-improvement needs; however, there was a limited frequency of continuing education. More than half of the participants (55.3%) reported their attendance to a workshop less than one time per year. The mean scores of both clinical diagnosis competency and therapeutic competency were in the mid-range. The results indicated significant correlations ($p < .05$) between the competency levels and the years of clinical experience, the frequency of self-study especially in reading international journal articles, and the frequency of attendance to the Thai Clinical Psychologist Association's annual academic conference.

Conclusion: Thai clinical psychologists should enhance their opportunity for self-development in clinical practice, skills, and knowledge.

Key words: Thai clinical psychologists, competency, professional development

Corresponding author: Songsom Phungpong; e-mail: songsom@slc.ac.th

บทนำ

งานตรวจวินิจฉัยและงานบำบัดรักษาโดยนักจิตวิทยาคลินิก เป็นงานที่มีความสำคัญและมีผลต่อชีวิตและจิตใจของผู้ที่มีความหลากหลายของอาการทางจิตเวชหรือทางระบบประสาทและสมอง ดังนั้นการปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาคลินิกจึงต้องมีประสิทธิภาพและมีความชำนาญสูง

แต่เดิมประเทศไทยไม่มีการระบุตำแหน่ง “นักจิตวิทยาคลินิก” มีเพียงตำแหน่ง “นักจิตวิทยา” ที่ได้ถูกบรรจุอย่างเป็นทางการโดยสำนักข้าราชการพลเรือน เมื่อปี พ.ศ. 2506¹ อันมีบทบาทหน้าที่หลักเป็นการทดสอบทางจิตวิทยา แม้ในยุคที่มีการจัดตั้งชมรมจิตวิทยาคลินิก ในปี พ.ศ. 2512² บทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกในขณะนั้นยังจำกัดอยู่เพียงการทดสอบทางจิตวิทยาเพียงอย่างเดียว³ เพื่อช่วยจิตแพทย์และแพทย์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเชาวน์ปัญญา แต่ในช่วงตลอดเวลาเกือบ 50 ปีที่ผ่านมา นักจิตวิทยาคลินิกไทยมีบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้นจนใกล้เคียงกับบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกในต่างประเทศ โดยให้ความสำคัญกับงานด้านการบำบัดรักษาร่วมไปกับการตรวจวินิจฉัย เห็นได้จากการที่สำนักข้าราชการพลเรือนกำหนดตำแหน่งและระบุมাত্রฐานตำแหน่งนักจิตวิทยาคลินิกไว้ว่า “ปฏิบัติงานทางวิชาการในการประเมินภาวะสุขภาพจิต ให้คำแนะนำปรึกษา รวมทั้งการส่งเสริมป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคม...”⁴

การกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นด้านความสามารถและองค์ความรู้ของนักจิตวิทยาคลินิกไทยนั้นมีความแตกต่างจากข้อกำหนดขององค์กรทางวิชาชีพของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษอย่างมาก โดยในประเทศดังกล่าว ผู้มีสิทธิสอบขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะเป็นนักจิตวิทยาคลินิกได้นั้น

ต้องมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก มีจำนวนชั่วโมงการฝึกงานภายใต้หลักสูตรปริญญาไม่น้อยอย่างน้อย 1 ปีการศึกษา (มีเพียงบางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกาเท่านั้นที่อนุโลมให้ใช้วุฒิปริญญาโทสมัครสอบได้) นอกเหนือจากคุณวุฒิทางการศึกษาแล้วยังต้องมีประสบการณ์ทางคลินิกภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ⁵ Huey และ Britton⁶ ได้อธิบายถึงมาตรฐานการก้าวสู่วิชาชีพจิตวิทยาคลินิกว่า ปริญญาเริ่มแรก (ปริญญาตรี) สาขาจิตวิทยา เป็นสิ่งที่จำเป็นก่อนการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาสาขาจิตวิทยาคลินิก โดยองค์กรในสหราชอาณาจักรให้ความสำคัญกับประสบการณ์ทางคลินิกก่อนที่จะมีประสบการณ์การฝึกหัดทางวิชาชีพอย่างเป็นทางการ และหลังจากที่จบการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาแล้ว การฝึกฝนทางวิชาชีพควรมีอย่างต่อเนื่องไปอีก 3 ปี

อย่างไรก็ตามการวางมาตรฐานการศึกษาสาขาจิตวิทยาคลินิกให้มีความทัดเทียมกับต่างประเทศนั้นมีข้อจำกัดมาก เนื่องจากจำนวนสถานศึกษาผู้ผลิตบัณฑิตสาขาจิตวิทยาคลินิกมีน้อย⁷ ตลอดจนสภาวะขาดแคลนบุคลากร⁸ คณะกรรมการวิชาชีพสาขাজิตวิทยาคลินิกไทยวาระแรกในปี พ.ศ. 2546 จึงกำหนดให้ใช้วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในการขอขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะได้ โดยประกาศในพระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขাজิตวิทยาคลินิกเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2546⁹ ต่อมาคณะกรรมการวิชาชีพสาขাজิตวิทยาคลินิกไทยได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานการประกอบโรคศิลปะสาขাজิตวิทยาคลินิก 5 มาตรฐาน เพื่อให้ นักจิตวิทยาคลินิกเข้าใจกระบวนการและปฏิบัติงานทางจิตวิทยาคลินิกในแนวเดียวกัน⁷

ปัจจุบันมีการอนุญาตให้ผู้มีวุฒิการศึกษา ระดับปริญญาตรีที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานเพียงหนึ่ง ภาคการศึกษาหรือ 4 เดือน เข้าสอบขึ้นทะเบียนได้¹⁰ โดยกำหนดให้ผู้สมัครขึ้นทะเบียนการประกอบโรค ศิลปะเข้าร่วมการฝึกอบรมการปฏิบัติงานเพิ่มเติมอีก 6 เดือน¹¹ ทั้งนี้มีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิกที่ขึ้นทะเบียน การประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558 เพียง 610 ราย¹² โดย นักจิตวิทยาคลินิกที่ขึ้นทะเบียนแล้วร้อยละ 75.0 มีวุฒิการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี และยังมี นักจิตวิทยาคลินิกวุฒิปริญญาตรีอีก 140 ราย ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะฯ ปฏิบัติงานอยู่¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมและค้นคว้า ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาเกณฑ์การพิจารณา และบทบาทหลักของนักจิตวิทยาคลินิกจากหน่วยงาน ต่าง ๆ อาทิ สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association)¹⁴⁻¹⁷ สมาชิวิชาชีพจิตวิทยา แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Board of Professional Psychology)¹⁸ องค์กรวิชาชีพจิตวิทยา คลินิกของประเทศอังกฤษ (The British Psychological Society)¹⁹ องค์กรวิชาชีพจิตวิทยาประเทศออสเตรเลีย (Australian Psychological Society)²⁰ “พจนานุกรม สมรรถนะกรมสุขภาพจิต คำอธิบาย เครื่องบ่งชี้พฤติกรรม รายการ ระดับสมรรถนะที่ใช้ในระบบบริหารผลการ ปฏิบัติงาน” ของกรมสุขภาพจิต²¹ และจาก “แนวทาง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ของ กรมสุขภาพจิต²² ที่มีข้อมูลรายละเอียดการแยกระดับ คุณภาพบริการตามความสามารถอย่างชัดเจน แม้ว่า จะไม่มีการระบุความสามารถตามรายวิชาชีพ แต่สามารถ

นำมาใช้เทียบเคียงได้ ผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลดังกล่าวมา เป็นแนวทางพัฒนาแบบประเมินความสามารถตาม บทบาทสำคัญของนักจิตวิทยาคลินิกไทย ด้วยความ ตระหนักในความสำคัญวิชาชีพ ตลอดจนความจำเป็น ในการพัฒนาศักยภาพ ทักษะ และองค์ความรู้ โดยมี เป้าหมายในการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ในการวางแผนการเรียนการสอน และการฝึกอบรม เพิ่มเติมให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนแผนการพัฒนา วิชาชีพจิตวิทยาคลินิกไทยในอนาคตโดยกำหนดนิยาม “ความสามารถในการปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาคลินิก ไทย” หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานทาง คลินิกของนักจิตวิทยาคลินิกไทย รวมไปถึงการประยุกต์ องค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์มาใช้ในการงาน ภายใต้การตระหนักถึงมาตรฐานจรรยาบรรณวิชาชีพ สากล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสำรวจความสามารถ และการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทยที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งความสามารถ ออกเป็นสองด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา คลินิก และ 2) ความสามารถในการบำบัดรักษา

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษา ระดับ ความสามารถด้านการปฏิบัติงานของวิชาชีพจิตวิทยา คลินิกไทย 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความ สามารถด้านการปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาคลินิกไทย 3) ศึกษาลักษณะการพัฒนาด้านตนเองของนักจิตวิทยา คลินิกไทย และ 4) ศึกษาความต้องการพัฒนาด้านเอง ของนักจิตวิทยาคลินิกไทยในอนาคต

วิธีการ

ประชากรกลุ่มเป้าหมายของงานวิจัย ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิกไทยที่ปฏิบัติงานอยู่ทั่วประเทศ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม 2560

โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอข้อมูลนักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานตามบทบาทนักจิตวิทยาคลินิกไปยังกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมอนามัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กองทัพอากาศ กองทัพบก กองทัพเรือ กระทรวงแรงงาน สำนักงานสถานพยาบาลและกองการประกอบโรคศิลปะ และสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ได้ข้อมูลนักจิตวิทยาทั้งสิ้น 727 ราย แต่เนื่องจากขาดข้อมูลที่สามารถระบุได้ว่านักจิตวิทยารายใดเป็น “นักจิตวิทยาคลินิก” ผู้วิจัยจึงทำการส่งจดหมายเชิญเพื่อเข้าร่วมงานวิจัยทางไปรษณีย์แก่นักจิตวิทยาและนักจิตวิทยาคลินิกทั้งหมดทุกราย (727 ราย) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีคำถามเพื่อคัดกรองตามเกณฑ์คุณสมบัติ นักจิตวิทยาคลินิก ได้แก่ การจบการศึกษาระดับปริญญาตรีโท หรือเอก สาขาจิตวิทยาคลินิก และการมีบทบาทและความรับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา นักจิตวิทยาคลินิกที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ นักจิตวิทยาคลินิกที่ประสงค์และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จะลงนามในเอกสารยินยอมฯ พร้อมตอบแบบสำรวจและส่งจดหมายกลับคืนผู้วิจัย พบว่ามีเอกสารถูกตีกลับและปฏิเสธเข้าร่วม 23 ราย มีผู้ส่งแบบสำรวจกลับมาทั้งสิ้น 365 ราย คิดเป็นการตอบกลับร้อยละ 51.8 ในจำนวนนี้มีข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน 31 ราย และไม่ครบคุณสมบัติตามเกณฑ์นักจิตวิทยาคลินิกอีก 31 ราย สรุปมีกลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาคลินิกในการวิจัยทั้งสิ้น 303 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ “แบบสำรวจความสามารถและการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้

สอดคล้องกับมาตรฐานการทำงานของนักจิตวิทยาคลินิก แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สาขาที่จบการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และขอบเขตหน้าที่การทำงาน เป็นต้น ส่วนที่ 2 ระดับความสามารถในการทำงานด้านต่าง ๆ มี 2 หมวดย่อยเป็นคำถามแบบ rating scale หมวดละ 15 ข้อ รวม 30 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกและความสามารถในการบำบัดรักษา โดยมีการแบ่งระดับศักยภาพฯ เป็นสามระดับ คือ ระดับเริ่มต้น หมายถึงระดับปฏิบัติงานที่มีข้อจำกัด หรือยังต้องการการดูแลฝึกสอน ระดับกลาง หมายถึงระดับปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ และระดับเชี่ยวชาญ หมายถึงระดับปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานวิชาชีพและยังสามารถฝึกอบรมหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่นักจิตวิทยาคลินิกอื่นได้อย่างเหมาะสม และส่วนที่ 3 การพัฒนาตนเองตามบทบาทวิชาชีพ 22 ข้อ แบ่งเป็นข้อมูลการพัฒนาตนเองในอดีตและปัจจุบันของนักจิตวิทยาคลินิกไทย 7 ข้อ และความต้องการพัฒนาตนเองในอนาคต 15 ข้อ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยทดสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาจิตวิทยาคลินิกและการวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์ จากกรมสุขภาพจิต 2 ท่าน สถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนสาขาจิตวิทยาคลินิก 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของนิยาม และความครอบคลุมของข้อคำถามตามนิยามที่กำหนดโดยผู้วิจัยได้ปรับแก้เนื้อหาของข้อคำถามตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จนได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index) ผ่านในทุกข้อคำถาม

หลังจากนั้นทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นแบบวัดความสอดคล้องภายใน (reliability: internal consistency method) ด้วยกลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาคลินิกไทยที่สุ่มจากรายชื่อสมาชิกสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ในช่วงเวลาของประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระดับผู้เริ่มต้น

หรือมีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 10 ปี ระดับกลาง หรือมีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 10–19 ปี และระดับเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 20–29 ปี กลุ่มละ 10 ราย รวมทั้งสิ้น 30 ราย ใช้สถิติแบบสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ได้ค่า α ในแต่ละหมวดความสามารถตามระดับความชำนาญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเชื่อมั่นของแบบสำรวจฯ แยกตามหมวดความสามารถโดยสถิติแบบสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha

ระดับ ความชำนาญ	ค่าสัมประสิทธิ์ α แยกตามหมวดความสามารถ	
	การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก (15 ข้อ)	การบำบัดรักษาทางจิตวิทยา (15 ข้อ)
ระดับผู้เริ่มต้น	.62	.73
ระดับกลาง	.60	.81
ระดับเชี่ยวชาญ	.79	.90
รวมทุกระดับ	.87	.91

จากค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้ แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามในแบบสำรวจนี้ทั้งสองหมวดความสามารถมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีมาก (.87 และ .91) สำหรับค่าสัมประสิทธิ์หมวดการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในระดับกลางที่ได้น้อยกว่า .6 ซึ่งแสดงให้เห็นความสอดคล้องภายในปานกลาง ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมแสดงความคิดเห็นว่า ผลที่ได้อาจเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อความสามารถของตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทยเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานสากล ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้อนุโลมใช้ได้ เนื่องจากสัมประสิทธิ์รวมอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก (.87)

การวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามเอกสารหมายเลข E.021/2559 ลงวันที่ 8 กันยายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านความต้องการพัฒนาตนเอง และความสามารถแต่ละด้านจากแบบสำรวจฯ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับระดับความสามารถแต่ละด้านนั้นใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผล

กลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาคลินิกไทย จำนวน 303 ราย แสดงข้อมูลทั่วไปดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานด้าน เพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์ทางคลินิก

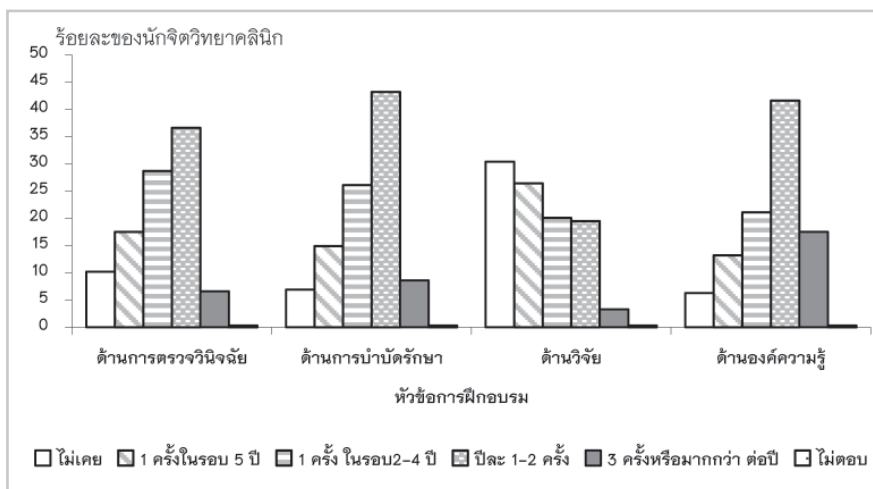
ลักษณะข้อมูล	จำนวน (n=303)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	238	78.5
ชาย	65	21.5
อายุ		
24-29 ปี	66	21.8
30-39 ปี	154	50.8
40-49 ปี	51	16.8
50-59 ปี	32	10.6
ระดับการศึกษาสูงสุดในสาขาจิตวิทยาคลินิก		
ปริญญาตรี	230	75.9
ปริญญาโท	72	23.8
ปริญญาเอก	1	0.3
การศึกษาระดับปริญญาตรี		
จิตวิทยาคลินิก	164	54.1
จิตวิทยาคลินิกและชุมชน	116	38.3
จิตวิทยาทั่วไป	10	3.3
อื่น ๆ	13	4.3
การศึกษาระดับปริญญาโท (n=125)		
จิตวิทยาคลินิก / จิตวิทยาคลินิกและชุมชน	70	56.0
อื่น ๆ	55	44.0
การศึกษาระดับปริญญาเอก (n=11)		
จิตวิทยาคลินิก	1	9.1
อื่น ๆ	10	90.9

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานด้าน เพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์ทางคลินิก (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (n=303)	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงานเชิงคลินิก (ปี)		
ไม่มีประสบการณ์ทางคลินิก	3	1.0
น้อยกว่า 5 ปี	86	28.4
5-10 ปี	82	27.1
11-15 ปี	71	23.4
16-20 ปี	29	9.6
21-30 ปี	24	7.9
มากกว่า 30 ปี ขึ้นไป	8	2.6

ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิก พบว่านักจิตวิทยาคลินิกไทย (n=303) มีระดับคะแนนความสามารถเฉลี่ยด้านการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก 30.14 (SD=8.31) และคะแนนด้านการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา 27.7 (SD=8.69) โดยคะแนนดังกล่าวจัดอยู่ในระดับกลาง

ข้อมูลด้านการพัฒนาตนเองของนักจิตวิทยาคลินิกไทย ได้แก่ การเข้าฝึกอบรมความรู้และทักษะในหัวข้อต่าง ๆ แสดงในรูปที่ 1 และตารางที่ 3



รูปที่ 1 ข้อมูลด้านการเข้าฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เฉลี่ยในช่วงตลอดระยะเวลาการทำงาน (n=303)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการเข้าร่วมงานประชุมวิชาการประจำปีสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยช่วง 3 ปี (n=303)

การร่วมงานประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ ในช่วง 3 ปี	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยเข้าร่วมเลย (รวมการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ไม่เข้าร่วมงานประชุม)	148	48.8
เข้าร่วม 1 ปี โดยเข้าร่วมเฉพาะช่วงเวลาหรือเฉพาะ session	17	5.6
เข้าร่วม 1 ปี แต่เฉพาะวันแรกของการประชุม หรือ เข้าร่วม 2-3 ปี แต่เข้าร่วมเฉพาะช่วงเวลาที่เหมาะสม	6	2.0
เข้าร่วม 2-3 ปี แต่เฉพาะวันแรกของการประชุม หรือ เข้าร่วม 1 ปี แต่เข้าครบทั้ง 3 วัน	44	14.5
เข้าร่วม 2-3 ปี และเข้าครบทั้ง 3 วัน	84	27.7
ไม่ตอบ/ไม่ให้ข้อมูล	4	1.3

ด้านการพัฒนาตนเองตามบทบาทวิชาชีพ พบว่าในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาคลินิกร้อยละ 63.4 ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากหนังสือหรือตำราวิชาการ 5 เรื่องหรือน้อยกว่า ร้อยละ 76.6 มีโอกาสอ่านผลงานวิชาการจากแหล่งข้อมูลในประเทศและต่างประเทศ 5 เรื่องหรือน้อยกว่า ร้อยละ 87.1 เข้าร่วมประชุมกรณีศึกษา (case conference) ร่วมกับหน่วยงานภายนอก 5 ครั้งหรือน้อยกว่า ในขณะที่ร้อยละ 65.7 เข้าร่วมประชุมกรณีศึกษากับหน่วยงานต้นสังกัด 5 ครั้งหรือน้อยกว่า

สำหรับด้านความต้องการพัฒนาตนเองในการฝึกอบรม หัวข้อที่นักจิตวิทยาคลินิกให้ความสำคัญที่สุดและต้องการอย่างเร่งด่วนที่จะเรียนรู้สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หัวข้อการวางแผนการให้ความช่วยเหลือผู้มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 36.6) หัวข้อการประมวลผลและสรุปผลการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก (ร้อยละ 35.3) และหัวข้อการพัฒนาตนเอง (ร้อยละ 35.0) นอกจากนี้พบว่าหัวข้อที่นักจิตวิทยาคลินิกให้ความสำคัญว่าควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม โดยเลือกกระตือรือร้นความต้องการ “เร่งด่วน” หรือ

“ต้องการแต่รอได้” อย่างใดอย่างหนึ่ง สูงสุด 2 อันดับแรกได้แก่ การตรวจวินิจฉัยด้วย neuropsychological tests (ร้อยละ 96.0) และ การตรวจวินิจฉัยด้วย projective personality tests (ร้อยละ 93.1) อันดับถัดมามี 3 หัวข้อ ได้แก่ ครอบคลุมบำบัด การวางแผนการให้ความช่วยเหลือผู้มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ และองค์ความรู้กลุ่มโรคระบบประสาทและสมอง มีระดับความต้องการร้อยละ 91.7 เท่ากัน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กันของตัวแปรต่าง ๆ พบความสัมพันธ์ของคะแนนความสามารถของนักจิตวิทยาคลินิกไทยกับจำนวนปีประสบการณ์ทางคลินิกดังแสดงในตารางที่ 4 ซึ่งบ่งชี้ว่าระดับคะแนนความสามารถด้านการตรวจวินิจฉัย มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อมีประสบการณ์เชิงคลินิกมากขึ้น ขณะที่คะแนนความสามารถด้านการบำบัดรักษาทางจิตวิทยามีคะแนนเพิ่มขึ้นไม่มากนัก

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสามารถกับการศึกษาพบว่า มีนักจิตวิทยาคลินิกในจำนวนน้อยที่จบการศึกษาสาขาจิตวิทยาคลินิกทั้งในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท โดยความสามารถ

ด้านการตรวจวินิจฉัยฯ มีความสัมพันธ์กับสาขาวิชาที่ศึกษาในระดับปริญญาตรีและระดับปริญญาโทที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 หมายความว่าปริญญาสาขาจิตวิทยาคลินิกมีอิทธิพลต่อคะแนนความสามารถด้านการตรวจวินิจฉัยฯ มากกว่าปริญญาในสาขาอื่น เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาเฉพาะสาขาจิตวิทยาคลินิก ในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันของคะแนนความสามารถด้านการตรวจวินิจฉัยฯ กล่าวคือ นักจิตวิทยาคลินิกที่มีการศึกษาในสาขาจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาตรีมีคะแนนความสามารถด้านการตรวจวินิจฉัยฯ ไม่ต่างจากนักจิตวิทยาคลินิกที่มีการศึกษาในสาขาจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาโท ในขณะที่คะแนนความสามารถด้านการบำบัดรักษาฯ มีความสัมพันธ์กับสาขาวิชาที่ศึกษาในระดับปริญญาโทใน

เชิงบวกที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของคะแนนความสามารถด้านการบำบัดรักษาฯ กับระดับการศึกษาสูงสุดด้านจิตวิทยาคลินิก และสาขาวิชาที่ศึกษาในระดับปริญญาตรีของนักจิตวิทยาคลินิก หรือกล่าวได้ว่า นักจิตวิทยาคลินิกที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาจิตวิทยาคลินิกมีคะแนนความสามารถด้านการบำบัดรักษาดีกว่านักจิตวิทยาคลินิกที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีสาขาจิตวิทยาคลินิก หรือปริญญาโทในสาขาอื่น เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาสาขาจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาเอกเพียง 1 ราย แต่มิได้จบการศึกษาสาขาจิตวิทยาคลินิกในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างรายดังกล่าวออกจากการวิเคราะห์ในส่วนนี้

ตารางที่ 4 คะแนนความสามารถของนักจิตวิทยาคลินิกไทย แยกตามหมวดความสามารถและปีประสบการณ์

ประสบการณ์การทำงาน เชิงคลินิก (ปี)	คะแนนความสามารถจากแบบสำรวจฯ				
	Mean	SD	ระดับความสามารถ ของค่าเฉลี่ย	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
ไม่มีประสบการณ์ทางคลินิก (n=3)					
ด้านการตรวจวินิจฉัยฯ	18	3.46	ระดับเริ่มต้น	14	20
ด้านการให้บริการบำบัดรักษา	15.67	4.93	ระดับเริ่มต้น	10	19
น้อยกว่า 5 ปี (n=86)					
ด้านการตรวจวินิจฉัยฯ	25.41	7.25	ระดับกลาง	9	41
ด้านการให้บริการบำบัดรักษา	23.47	7.58	ระดับเริ่มต้น	11	42
5 – 10 ปี (n=82)					
ด้านการตรวจวินิจฉัยฯ	29.82	7.35	ระดับกลาง	14	43
ด้านการให้บริการบำบัดรักษา	27.39	8.4	ระดับเริ่มต้น	11	45

ตารางที่ 4 คะแนนความสามารถของนักจิตวิทยาคลินิกไทย แยกตามหมวดความสามารถและปีประสบการณ์ (ต่อ)

ประสบการณ์การทำงาน เชิงคลินิก (ปี)	คะแนนความสามารถจากแบบสำรวจฯ				
	Mean	SD	ระดับความสามารถ ของค่าเฉลี่ย	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
11 – 15 ปี (n=71)					
ด้านการตรวจวินิจฉัยฯ	32.55	7.5	ระดับกลาง	10	45
ด้านการให้บริการบำบัดรักษา	28.56	7.8	ระดับกลาง	6	45
16 – 20 ปี (n=29)					
ด้านการตรวจวินิจฉัยฯ	30.9	8.95	ระดับกลาง	11	45
ด้านการให้บริการบำบัดรักษา	30.1	7.61	ระดับกลาง	15	42
21 – 30 ปี (n=24)					
ด้านการตรวจวินิจฉัยฯ	38.29	4.63	ระดับเชี่ยวชาญ	26	45
ด้านการให้บริการบำบัดรักษา	36.54	7.06	ระดับกลาง	17	45
มากกว่า 30 ปี ขึ้นไป (n=8)					
ด้านการตรวจวินิจฉัยฯ	40.25	3.85	ระดับเชี่ยวชาญ	33	45
ด้านการให้บริการบำบัดรักษา	37.88	5.41	ระดับกลาง	26	43

หมายเหตุ: ความสามารถในการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก และ ความสามารถในการให้บริการบำบัดรักษา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับเริ่มต้น (10.00-23.99 คะแนน) 2) ระดับกลาง (24.00-37.99 คะแนน) 3) ระดับเชี่ยวชาญ (38.00 คะแนนขึ้นไป)

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการตรวจวินิจฉัยฯ กับการพัฒนาตนเองในรูปแบบต่าง ๆ นั้นพบว่า “การอ่านผลงานวิชาการ/งานวิจัย ข้อมูลต่างประเทศในช่วง 3 ปี” และ “การอ่านผลงานวิชาการ/งานวิจัย ข้อมูลต่างประเทศ ในช่วง 3 เดือน” มีค่าการทำนายคะแนนความสามารถด้านการตรวจวินิจฉัยฯ ได้สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ “การเข้าร่วม case conference ภายในหน่วยงาน ในช่วง 3 ปี” และ “การเข้าร่วมงานประชุมวิชาการประจำปีสมคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ระดับนัยสำคัญ .05)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสามารถด้านการบำบัดรักษาฯ กับ การพัฒนาตนเองพบว่า “การอ่านผลงานวิชาการ/งานวิจัย ข้อมูลในประเทศ ในช่วง 3 เดือน” และ “การอ่านผลงานวิชาการ/งานวิจัย ข้อมูลต่างประเทศ ในช่วง 3 เดือน” มีค่าการทำนายคะแนนความสามารถด้านการบำบัดรักษาฯ ได้สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ “การเข้าร่วม case conference ภายนอกหน่วยงาน ในช่วง 3 ปี” และ “การเข้าร่วมงานประชุมวิชาการประจำปีสมคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย” มีความสัมพันธ์กับคะแนนความสามารถอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ระดับนัยสำคัญ .05) เช่นกัน

วิจารณ์

การศึกษาเพื่อเพิ่มพูนความรู้และการฝึกอบรมเป็นตัวแปรเชิงบวกที่สำคัญต่อระดับความสามารถของบุคคล²³ แต่จากงานวิจัยเห็นได้ວ່านักจิตวิทยาคลินิกส่วนใหญ่ มีความถึในการพัฒนาตนเองค่อนข้างน้อย นักจิตวิทยาคลินิกถึงร้อยละ 55.3 มีโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมน้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง ข้อมูลที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.4 มีความถึในการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากหนังสือหรือตำราวิชาการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 เรื่องเท่านั้นในรอบระยะเวลา 3 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.1 ได้เข้าร่วมประชุมกรณีศึกษา (case conference) กับหน่วยงานภายนอก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.7 ถึง 76.6 มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ในการเข้าร่วมประชุมกรณีศึกษา (case conference) กับหน่วยงานต้นสังกัด และในการอ่านผลงานวิชาการจากแหล่งข้อมูลในประเทศและต่างประเทศอย่างน้อยหรือเท่ากับ 5 เรื่องตามลำดับ

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะแสดงความต้องการที่จะพัฒนาตนเอง แต่ความถึในการศึกษาค้นคว้า (self-study) กลับไม่มากอย่างที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะในความสามารถด้านการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาที่พบว่าผู้มีประสบการณ์การทำงานหลายปีมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งที่ตามหลักมาตรฐานวิชาชีพแล้ว นักจิตวิทยาคลินิกผู้มีประสบการณ์มาก ควรมีทักษะและความสามารถจนทำให้คะแนนของแบบสำรวจอยู่ในระดับเชี่ยวชาญ จึงเป็นไปได้ว่าการขาดประสบการณ์เข้าฝึกอบรมและค้นคว้าความรู้เพื่อพัฒนาตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อระดับความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง และแม้ว่าผลจากการวิจัยจะชี้ให้เห็นถึงความต้องการที่จะพัฒนาตนเองในหลายด้านของนักจิตวิทยาคลินิก

แต่เพียงแค่ว่า “ความต้องการ” อย่างเดียวคงไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการพัฒนาตนเองได้อย่างจริงจังจนเกิดผลสัมฤทธิ์ได้ ดังนั้นนักจิตวิทยาคลินิกไทยควรตระหนักถึงความจำเป็นของการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการเข้าร่วมการฝึกอบรมและค้นคว้าหาความรู้จากตำราและงานวิจัยต่าง ๆ อย่างจริงจัง นอกจากนี้การเข้าร่วม case conference อย่างสม่ำเสมอก็เป็นแนวทางที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาตนเองได้

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดจากเครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบสอบถามรายงานด้วยตนเอง (self-report questionnaire) แม้ว่าจะมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง แต่ทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการติดต่อและอธิบายจากผู้วิจัยโดยตรง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ได้รับแบบสำรวจทางไปรษณีย์ ซึ่งอาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้อาจยังมีปัจจัยอื่นนอกเหนือจากข้อคำถามในเครื่องมือที่อาจส่งผลต่อระดับความสามารถของนักจิตวิทยาคลินิก อาทิ ปัจจัยด้านหลักสูตรการศึกษา รูปแบบการฝึกปฏิบัติงานขณะเป็นนักศึกษา การดูแลและฝึกสอน ณ หน่วยงาน (supervision) การมีใบประกอบโรคศิลปะตลอดจนผลการประเมินในขั้นตอนต่าง ๆ ของการก้าวสู่วิชาชีพ ซึ่งควรทำการศึกษาประเด็นดังกล่าว เพิ่มเติมในอนาคต

สรุป

จิตวิทยาคลินิกเป็นวิชาชีพที่ต้องการความชำนาญและการรักษาระดับความสามารถ แต่จากงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างนักจิตวิทยาคลินิกไทยมีความสามารถในการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกและความสามารถในการบำบัดรักษาเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และมีความถึของการพัฒนาตนเองน้อย

ความรู้เดิม: นักจิตวิทยาคลินิกไทยมีระดับความสามารถทางวิชาชีพที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงานคลินิก

ความรู้ใหม่: นักจิตวิทยาคลินิกไทยมีระดับความสามารถทางวิชาชีพในระดับกลางและขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การอ่านผลงานวิชาการและงานวิจัยจากแหล่งข้อมูลทั้งในและต่างประเทศสามารถเพิ่มระดับความสามารถทางวิชาชีพของนักจิตวิทยาคลินิกได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ประจำปีการศึกษา 2559 ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา และอาจารย์ ดร.สมชาย เตียวกุล ที่ปรึกษางานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สมทรง สุวรรณเลิศ. 30 ปี จิตวิทยาคลินิกไทย [30 years Thai clinical psychology]. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2549;37:1-8. Thai.
2. สุพิน พรพิพัฒน์กุล. ประวัติสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย ฉบับแก้ไข 26 มกราคม 2554 [History of Thai Clinical Psychologist Association, edited January 26, 2011]. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย; 2554 [สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พ.ค. 2559]. จาก: <http://www.thaiclinicpsy.org/index.php/2015-04-03-16-13-20/2015-04-03-23-57-53> Thai.
3. สมทรง สุวรรณเลิศ. 30 ปี จิตวิทยาคลินิกไทย [30 years of Thai clinical psychology], ใน: งานประชุมวิชาการสมคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ครั้งที่ 30 พ.ศ. 2549; โรงแรมริชมอนด์, นนทบุรี; 2549. Thai.

4. สำนักข้าราชการพลเรือน. มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง (สายงานจิตวิทยา) พ.ศ. 2551 ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม 17 กันยายน 2553 [Position standard criteria (psychology) year 2008, amended version September 17, 2010] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักข้าราชการพลเรือน. 2553 [สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พ.ค. 2559]. จาก: http://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/job_specification/3-6-003-0.pdf Thai.
5. Association of State and Provincial Psychology Boards, the United States of America. Jurisdictional handbook [Internet]. 2012 [cited 2016 May 1]. Available from: www.asppb.org
6. Huey DA, Britton PG. A portrait of clinical psychology. J Interprof Care. 2002;16:69-78.
7. คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก. มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก [Professional standards for the art of healing in clinical psychology]. กรุงเทพฯ: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2559. Thai.
8. สรรเสริญ นามพรหม. ตำแหน่งนักจิตวิทยาและนักจิตวิทยาคลินิกในกระทรวงสาธารณสุข [Positions for psychologist and clinical psychologist in Ministry of Public Health], ใน: ที่ประชุมการเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก; 25 กรกฎาคม 2560; นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. Thai.
9. พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขาจิตวิทยาคลินิกเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2546 [Royal Decree: announcement for the art of healing in clinical psychology as in Act 1999 2003].ราชกิจจานุเบกษา. 23 กรกฎาคม 2546;120(72ก): 1-4. Thai.
10. คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก. ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก เรื่อง เกณฑ์และแบบประเมินเพื่อรับรองสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนสาขาจิตวิทยาคลินิก พ.ศ. 2558 [Profession Commission's Resolution: accreditation criteria for academic institutions providing degree programs in clinical psychology year 2015]. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก; 2558. Thai.

11. คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก. ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก เรื่อง การรับสมัครและการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก ประจำปี 2559 [Profession Commission's Resolution: clinical psychology licensing application and examination year 2016]. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก; 2559. Thai.
12. สำนักงานพยาบาลและกองการประกอบโรคศิลปะ. สถิติผู้ประกอบการโรคศิลปะ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2558 [Statistical data of licensed professionals at September 30, 2015] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานพยาบาลและกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พ.ค. 2559]. จาก: http://mrd.hss.moph.go.th/uploadFiles/document/D00000001602_26712.pdf Thai.
13. สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย. ฐานข้อมูลสมาชิก ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2558 [Member database at December 31, 2015]. Thai.
14. American Psychological Association. A practical guidebook for the competency benchmarks. Washington D.C.: American Psychological Association; 2012.
15. American Psychological Association. Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology [Internet]. 2013 [cited 2016 May 1]. Available from: <https://www.apa.org/about/policy/accreditation-archived.pdf>
16. American Psychological Association. Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. Am Psychol. 2002;58:377-402.
17. American Psychological Association. Revised competency benchmarks for professional psychology. Washington D.C.: American Psychological Association; 2011.
18. The American Board of Professional Psychology. Clinical psychology competencies [Internet]. 2016 [cited 2016 May 1]. Available from: <http://www.abpp.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3307>
19. The British Psychological Society's Committee for Scrutiny of Individual Clinical Qualifications. Core competencies-clinical psychology-a guide. Leicester: The British Psychological Society; 2006.
20. Australian Psychological Society. Clinical psychology [Internet]. 2016 [cited 2016 May 1]. Available from: www.psychology.org.au/public/clinical/
21. กรมสุขภาพจิต. พจนานุกรมสมรรถนะกรมสุขภาพจิต คำอธิบาย เครื่องบ่งชี้พฤติกรรม รายการ ระดับสมรรถนะที่ใช้ในระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน [Department of Mental Health's competency criteria: definition, indicator, list, level of competencies in practical outcome management system]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2554. Thai.
22. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, บรรณาธิการ. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [Guidelines for quality enhancement in mental health and psychiatry service systems for general hospital, provincial hospital, community hospital, and sub-district health promoting hospital]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2555. Thai.
23. Alainati S, AlShawi SN, Al-Karaghoul. The effect of education and training on competency. European and Mediterranean Conference on Information Systems 2010 [Internet]. 2009 April 12-13; Abu Dhabi, UAE; 2010 [cited 2016 May 1]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/336830.pdf>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการบริหารงานและ สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความสุขในการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์

วันรับ : 14 สิงหาคม 2561

วันแก้ไข : 4 มกราคม 2562

วันตอบรับ : 8 มกราคม 2562

ยุทธนา สุริยะ, ส.ม.¹, รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์, พย.ม.²

โรงพยาบาลบ้านกรวด¹, คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการบริหารงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานกับระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคล แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการบริหารงาน แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงานและแบบสอบถามความสุขในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผล: การมีส่วนร่วมในการบริหารงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง สภาพแวดล้อมในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและสภาพแวดล้อมที่ดีสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกมากกว่าสภาพแวดล้อมที่ดี

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในการบริหารงาน ความสุขในการทำงาน สภาพแวดล้อมในงาน

ติดต่อผู้นิพนธ์: ยุทธนา สุริยะ; e-mail: bkhgis@gmail.com

Original article

The relationship between management participation and work environment with work happiness among registered nurses in Thai-Cambodian border community hospital at Buriram province

Received : 14 August 2018

Revised : 4 January 2019

Accepted: 8 January 2019

Yuttana Suriya, M.P.H.¹, Rattanaporn Phunpho, M.N.S²

BanKruat Hospital¹, Faculty of Nursing Buriram Western University²

Abstract

Objective: To determine whether the participation in the management of the hospital and working environment affect the level of happiness reported by the nurses working at hospitals along Thai-Cambodian border in Buriram.

Methods: Convenient sample of 113 registered nurses working at the target hospital were interviewed using questionnaires to ascertain their working conditions, working environments and happiness in June 2013. The data was analysed using descriptive statistics and Pearson's correlation analysis.

Results: Most of the nurses were moderately involved in the management with most also reporting good working environment with most reporting moderate happiness. Participation in the management was found to have moderate correlation with happiness while working environment was found to have low correlation with happiness.

Conclusion: Both participation at work and working environment were correlated with happiness in this group of nurses. The ability to participate were found to be more important for happiness than working environment.

Key words: participation, working environment, happiness

Corresponding author: Yuttana Suriya; e-mail: bkhgis@gmail.com

บทนำ

ความสุข (happiness) เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนล้วนมีความต้องการ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542¹ ให้ความหมาย “ความสุขหรือสุข” ว่าเป็นความสบายกาย สบายใจ เป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ประเภทหนึ่ง ที่มีหลายระดับตั้งแต่ความสบายใจเล็กน้อย ความพอใจ จนถึงความเพลิดเพลินหรือเต็มไปด้วยความสนุก มาสโลว์ได้กล่าวถึงทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นว่ามนุษย์มีแนวโน้มที่จะมีความต้องการสิ่งใหม่ที่สูงขึ้นเมื่อความต้องการพื้นฐานได้รับการตอบสนองแล้ว เช่น การได้รับอาหารที่เพียงพอ การพักผ่อนนอนหลับ ความมั่นคงความปลอดภัย โดยเป็นพลังที่จูงใจให้ทำพฤติกรรมอื่น เช่น ความสำเร็จ ความสุขในชีวิต² ความสุขมีความสำคัญกับบุคคลทุกช่วงวัย เนื่องจากวัยทำงานใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน ความสุขในการทำงานจึงเป็นองค์ประกอบที่อธิบายความสุขได้มากที่สุด³ ความสุขในการทำงาน (work happiness) หมายถึง ประสบการณ์ และความรู้สึกของคนทำงานที่ต้องการยอมรับจากผู้อื่น ได้ทำงานที่มีความก้าวหน้า มั่นคง มีโอกาสในการพัฒนา ผู้บังคับบัญชาเมตตาและกรุณา เพื่อนร่วมงานที่จริงใจ ได้รับสวัสดิการพอเพียง และได้รับความปลอดภัยจากการทำงาน ถ้าคนทำงานได้รับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้บ่อยครั้งและต่อเนื่อง ก็จะทำงานอย่างมีความสุข⁴ ความสุขในการทำงานยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการทำงาน^{5,6} ความสุขในการทำงานประกอบไปด้วยความรู้สึกด้านบวกคือ ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน และอารมณ์ด้านบวก อื่น ๆ เช่น ความอึดเอิบใจ ความภาคภูมิใจ ในขณะที่ความรู้สึกด้านลบหรืออารมณ์ด้านลบมีน้อย เช่น ความไม่สบายใจ ความคับข้องใจ ความหงุดหงิด ความเบื่อหน่าย⁷

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงาน ซึ่งได้นำแนวคิดมาจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ประกอบด้วยความสุขในการทำงาน 9 ประการ ได้แก่ 1) สุขภาพดี (happy body) หมายถึง การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมส่วน มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และมีความพึงพอใจในสุขภาพกายของตนเอง 2) ผ่อนคลายดี (happy relax) หมายถึง การสามารถบริหารเพื่อให้ได้มีเวลาพักผ่อน มีความพึงพอใจกับการบริหารจัดการปัญหาของตนเอง 3) น้ำใจดี (happy heart) หมายถึง การมีจิตสาธารณะ การมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ให้กับสังคม และการมีเมตตาต่อบุคคลรอบข้าง 4) จิตวิญญาณดี (happy soul) หมายถึง การมีความตระหนักในคุณธรรม รู้แพ้รู้ชนะ รู้จักให้ และการมีความกตัญญู รู้คุณผู้มีพระคุณ 5) ครอบครัวดี (happy family) หมายถึง การมีความรู้สึกผูกพันกับบุคคลในครอบครัวของตนเอง 6) สังคมดี (happy society) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนบ้าน การไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน 7) ใฝ่รู้ดี (happy brain) หมายถึง การมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย 8) สุขภาพเงินดี (happy money) หมายถึง การมีวินัยในการใช้จ่ายเงิน มีความสามารถในการบริหารจัดการการใช้จ่ายเงิน 9) การงานดี (happy work-life) หมายถึง การมีความสบายใจในที่ทำงาน มีความรัก ความผูกพัน และความภาคภูมิใจในองค์กร มีความมั่นใจในอาชีพและรายได้ และมีความพึงพอใจกับความก้าวหน้าของตนเองในองค์กร⁸ จากความสุขในการทำงาน 9 ประการ แสดงให้เห็นว่า

ความสุขในการทำงานเป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในของบุคคลที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการทำงาน

โรงพยาบาลชุมชนเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยชั้นปฐมภูมิ มีจำนวนเตียงในการรับผู้ป่วย 30-60 เตียง ประกอบด้วย 3 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลบ้านกรวด โรงพยาบาลละหานทราย โรงพยาบาลโนนดินแดง เนื่องจากปัจจุบันพื้นที่เขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากโดยเฉพาะด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีการเปิดจุดผ่อนปรนช่องสายตะกูเพื่อให้ประชาชนไทยและกัมพูชาสามารถแลกเปลี่ยนซื้อขายสินค้าและบริการ รวมถึงการท่องเที่ยว⁹ เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานและนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น ทำให้มีการใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่เพิ่มขึ้นไป ด้วยจากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้ง 3 แห่งพบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นต่อเนื่องทุกปี ในขณะที่บุคลากรที่ให้บริการโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพมีจำกัด ไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับภาระงาน ทั้งการให้บริการทางพยาบาล การพัฒนาคุณภาพงาน และพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และยังคงยึดหลักผลสัมฤทธิ์และผลงานเพื่อเป็นตัวชี้วัดและประเมินผล¹⁰ ปัญหาเหล่านี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตลดลง บุคลากรมีความเครียด เหนื่อยล้า ความคับข้องใจ เบื่อหน่ายในการทำงาน ความพึงพอใจน้อยลง ส่งผลให้ความสุขในการทำงานลดลงหรือไม่มีความสุขในการทำงาน และมีอัตราการลาออกสูงขึ้น¹¹

อย่างไรก็ตามการปรับปรุงรูปแบบการทำงานอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้บุคลากรทำงานอย่างมี

ความสุขเป็นวิธีการหนึ่งที่จะพัฒนาคุณภาพงาน การมีส่วนร่วมในการทำงานหรือการบริหารงาน เช่น หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน การได้รับผิดชอบในงานที่ตนเองมีส่วนในการตัดสินใจ มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือมีส่วนในการรับผลประโยชน์ จะทำให้บุคลากรเกิดความกระตือรือร้นในการทำงานและทำงานอย่างมีความสุข โดยสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำนายความสุขในการทำงานได้ถึงร้อยละ 74.1¹⁰ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการบริหารงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารนำไปปรับปรุง ประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือนำไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารองค์กร เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ นำมาซึ่งการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในที่สุด

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์หมายเลข BRO 2018-002 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านกรวด โรงพยาบาลละหานทราย และโรงพยาบาลโนนดินแดง จำนวน 113 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จากจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 158 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการบริหารงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 20 ข้อ 3) แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน¹² จำนวน 51 ข้อ และ 4) แบบวัดความสุขในการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข(HAPPINOMETER)⁸ จำนวน 20 ข้อ โดยแบบสอบถามที่ 2-4 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับตามแนวของ Likert scale ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณ

หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .80-.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผล

ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล (n=113)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	means=34.2, SD=8.6, range=23-55	
20-29	39	34.5
30-39	47	41.6
40-49	19	16.8
≥50 ปี	8	7.1
เพศ		
ชาย	4	3.5
หญิง	109	96.5
สถานภาพสมรส		
โสด	45	39.8
สมรส	60	53.1
แยกกันอยู่	8	7.1
สถานที่ทำงาน		
หอผู้ป่วยนอก	16	14.2
ฉุกเฉิน	6	5.3
ผู้ป่วยใน	65	57.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล (n=113) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผ่าตัดและพักฟื้น	4	3.5
ห้องคลอด	9	8.0
ส่งเสริมสุขภาพ/เวชปฏิบัติ	11	9.7
อื่น ๆ	2	1.8
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	28	24.8
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	38	33.6
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	47	41.6
ระยะเวลาในการทำงาน (ปี)	means=10.7, SD=9.1, range=1-35	
1-3	33	29.2
4-10	33	29.2
≥11	47	41.6
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด		
ปริญญาตรี	109	96.5
ปริญญาโท	4	3.5
สถานภาพการจ้างงาน		
ข้าราชการ	77	68.1
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	16	14.2
ลูกจ้างชั่วคราว	15	13.3
ลูกจ้างชั่วคราวนักเรียนทุน	5	4.4

คะแนนการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 (*S.D.* = .59) สภาพแวดล้อมในการทำงานภาพรวมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (*S.D.* = .49)

และความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์อยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 (*S.D.* = 5.57) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในการบริหารงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และความสุขในการทำงานในภาพรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร (เต็ม 5 คะแนน)	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ต่ำสุด-สูงสุด
การมีส่วนร่วมในการบริหารงานในภาพรวม	3.72	.59	2.0-4.8
รายด้าน			
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.71	3.99	2.0-4.8
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.53	4.58	2.0-4.7
การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์	3.33	3.35	2.0-4.7
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	4.32	2.83	2.0-5.0
สภาพแวดล้อมในการทำงานในภาพรวม	4.00	.49	2.7-5.0
รายด้าน			
องค์กรและการจัดการ	4.00	8.74	1.7-5.0
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	4.23	3.81	2.4-4.6
คุณลักษณะของงาน	3.92	2.99	3.2-4.1
ความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน	3.86	4.83	2.1-5.0
สภาพที่ทำงาน	4.00	5.50	2.7-4.3
ค่าจ้าง และสวัสดิการหรือผลประโยชน์อื่น	3.79	5.57	2.5-5.0
ความสุขในการทำงาน	3.11	5.57	2.4-3.7

ความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในการบริหารงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความสุขในการทำงานแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในการบริหารงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความสุขในการทำงาน

ตัวแปร	ความสุขในการทำงาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การมีส่วนร่วมในการบริหารงาน	.49	<.001	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	.29	<.001	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์ที่ศึกษาครั้งนี้มีส่วนร่วมในการบริหารงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 30-39 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานมาประมาณ 10 ปี ถือเป็นผู้ที่มีความรู้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล หากได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ตัดสินใจและบริหารงาน จะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในงานมากขึ้น ซึ่งการมีพันธะผูกพันต่อหน้าที่การงานและความรับผิดชอบจะทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข¹³ ส่วนสภาพแวดล้อมในการทำงานของโรงพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของหญิงต้นอุดม¹² ที่พบว่าระดับสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของวราพร ช่างยา¹⁴ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง และผลการศึกษาของอภิวรรณ ไทงามาศิลป์¹⁵ ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสภาพแวดล้อมในการทำงานในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิมีขนาดใหญ่ มีบริการเฉพาะทางที่ครอบคลุม มีกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ จึงทำให้สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพดีกว่าโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเล็กกว่า มีบุคลากรและทรัพยากรที่จำกัด ส่วนความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์นั้นอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมา

จากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นข้าราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 41.6) ทำให้มีประสบการณ์ในการทำงาน เป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการทำงานและส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 68.1) มีรายได้ที่มั่นคงและสวัสดิการที่ดี จึงทำให้ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรทิพย์ พึ่งศักดิ์¹⁶ ที่พบว่าความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เขต 4 อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การศึกษาของรัชณี หาญสมสกุล¹⁷ ที่พบว่าความสุขในการทำงานของบุคลากรพยาบาลประจำสถานพยาบาลสังกัดกรมราชทัณฑ์ อยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้อาจจะมาจากลักษณะของสถานพยาบาลในแต่ละที่มีความแตกต่างกัน ในรูปแบบการให้บริการ ลักษณะของผู้รับบริการ รวมทั้งการบริหารงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน จึงทำให้ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกันกับผลการศึกษาในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมในการบริหารงานกับความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของทองใบ สุดซารี¹⁸ ที่พบว่าบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จะทำให้บุคลากรเกิดทัศนคติต่อการบริหารงานขององค์กรดีขึ้น ส่งผลให้บุคคลเกิดความพอใจในการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขในการทำงาน ขณะที่การศึกษาของรัชณี หาญสมสกุล¹⁷ ในสถานพยาบาลสังกัดกรมราชทัณฑ์ และไพจิตร ไชยฤทธิ์¹⁹ ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวก

ระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นการจัดให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการบริหารงานและการมีสภาพแวดล้อมที่ดีย่อมส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงาน

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้จำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์เท่านั้น การนำข้อมูลอาจจำกัดเพียงโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทด้านลักษณะและรูปแบบบริการที่ใกล้เคียงกันเท่านั้น

สรุป

การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและสภาพแวดล้อมที่ดีสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกมากกว่าสภาพแวดล้อมที่ดี ผู้บริหารและฝ่ายทรัพยากรบุคคลสามารถนำผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความสุขในการทำงาน อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนมากขึ้นและมีความหลากหลายวิชาชีพ รวมทั้งศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่าง

ความรู้เดิม: ความสุขในการทำงานส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ความรู้ใหม่: การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและการมีสภาพแวดล้อมที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงาน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การบริหารบุคลากรให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการบริหารงานขององค์กรจะช่วยสร้างความสุขในการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: นานมี บุ๊คส์พับลิเคชั่น; 2546. สุข; 775. Thai.
2. Maslow AM. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1954.
3. เมธี วงศ์วีระพันธ์. ความสุขของบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดเชียงใหม่ [Happiness of health professional in Chiang Mai government hospitals]. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2560;44:34-46. Thai.
4. ชื่นฤทัย กาญจนจติตรา, กาญจนดา ตั้งชลทิพย์, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, ปิงปอนด์ รักอำนวยกิจ, สุภรต์ จรัสสิทธิ์. การศึกษาคูณภาพชีวิตคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ [Quality of life of Thai workers in industrial and service sectors]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551. Thai.
5. บุญฤทธิ์ พูลสวัสดิ์. การบริหารองค์กรที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานและประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ: กรณีศึกษาบริษัทผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ในนิคมอุตสาหกรรมอมตะนคร จังหวัดชลบุรี. [Organizational management, work happiness and work efficiency of operation staff: a case study of vehicles parts manufacturing company in Amatanakorn industrial estate, Chonburi province]. วารสารศรีปทุม ชลบุรี. 2554;8:120-6. Thai.
6. Wright TA, Cropanzano R, Bonett DG. The moderating role of employee positive well being on the rotation between job satisfaction and job performance. J Occup Health Psychol. 2007;12:93-104.
7. Diener E, Suh E, Oishi S. Recent findings on subjective well-being. Indian J Clin Psychol. 2007;24:25-41.
8. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนดา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประสิทธิ์, พอลดา บุญศิริธนะ, วรณภา อารีย์. คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง [HAPPINOMETER: the happiness self assessment]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. Thai.
9. โปสทัชญ์. ดันจุดผ่อนปรนช่องสายตะกูเป็นด่านแดนถาวร. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พ.ย. 2560]. จาก: <https://www.posttoday.com/social/locpal/465803> Thai.

10. อภิญา ศรีจันทร์, ปิยธิดา ตรีเดช, วงเดือน ปันดี. ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล [Joy at work of registered nurses working in Bumrungrad International Hospital]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2556;29(2);44-57. Thai.
11. Hayhurst A, Saylor C, Stuenkel D. Work environment factors and retention of nurses. J Nurs Care Qual. 2005;20:283-8.
12. หญิง ดันอุดม. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ [Personal characteristics factor and the work environment affecting happiness of nurses in community hospitals in Phetchabun province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556. Thai.
13. Swansberg RC. Management and leadership for nurse managers. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin; 1996.
14. วราพร ช่างยา. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง การสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในการทำงานกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร [Relationships between risk perceptions, support from head nurse, working environment, and safety working behaviors of professional nurses, tertiary hospital in Bangkok Metropolis] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551. Thai.
15. อภิวันท์ ไทยงามศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงาน คุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [The relationships between nurse work environment, nurse characteristics, and nurse-sensitive indicator: nurse jobs satisfaction, inpatient care units general hospitals, Northeastern Thailand] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552. Thai.
16. พรทิพย์ พึ่งศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง ความสามารถในการปฏิบัติงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขต 4 [Relationship between risk perception, work performance and joy at work among professional nurses in primary care unit, region 4] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552. Thai.
17. รัชณี หาญสมสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ลักษณะงานกับความสุขในการทำงานของบุคลากรพยาบาลประจำสถานพยาบาลสังกัดกรมราชทัณฑ์ [Relationships between personal factors, healthy work environments, work characteristics, with joy at work of nursing personnel in the department of corrections] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. Thai.
18. ทองใบ สุดชาติ. ภาวะผู้นำและการจูงใจ [Leadership and motivation techniques]. พิมพ์ครั้งที่ 2. อุบลราชธานี: คณะวิทยาการจัดการ สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543. Thai.
19. ไพจิตร ไชยฤทธิ์, อารีรัตน์ ขำอยู่, ประนอม โททกานนท์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออก [Factors affecting happiness at work of professional nurses at community hospitals in eastern region]. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2558;23;40-54. Thai.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมกา​รติดสมา​ร​ท​โ​ฟ​น​ฉบับ​ส​ั้น ฉบับ​ภาษา​ไทย

วันรับ : 16 สิงหาคม 2561
วันแก้ไข : 14 ธันวาคม 2561
วันตอบรับ : 24 ธันวาคม 2561

สุภาวดี เจริญวานิช, พย.ม., รังสิมันต์ สุนทรไชยา, พย.ด.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและแปลแบบประเมินพฤติกรรมกา​รติดสมา​ร​ท​โ​ฟ​น​ฉบับ​ส​ั้น​ฉบับ​ภาษา​ไทย

วิธีการ: Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version (SAS-SV-TH) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมกา​รติดสมา​ร​ท​โ​ฟ​น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีตัวเลือกเป็นค่าระหว่าง 1-6 (1 คือไม่เห็นด้วยอย่างมากถึง 6 คือเห็นด้วยอย่างมาก) ดำเนินการแปลแบบประเมินเป็นภาษา​ไทยโดยผู้วิจัย ตรวจสอบความหมายและแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ และปรับปรุงก่อนทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำไปวัดค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา มหาวิทยาลัยอายุระหว่าง 18-25 ปี โดยใช้วิธีการส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา

ผล: ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมมีค่า 0.94 และรายข้ออยู่ระหว่าง 0.76-0.97 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดีถึงดีมาก

สรุป: แบบประเมินพฤติกรรมกา​รติดสมา​ร​ท​โ​ฟ​น​ฉบับ​ส​ั้น​ฉบับ​ภาษา​ไทย มีค่าความเชื่อมั่นทั้งในภาพรวมและรายข้ออยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ และมีความเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกา​รติดสมา​ร​ท​โ​ฟ​นในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ความเชื่อมั่น ความตรง แบบประเมินพฤติกรรมกา​รติดสมา​ร​ท​โ​ฟ​น

ติดต่อผู้นิพนธ์: สุภาวดี เจริญวานิช; e-mail: supawadee.c@nurse.tu.ac.th

Original Article

Development of Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version (SAS-SV-TH)

Received : 16 August 2018

Revised : 14 December 2018

Accepted: 24 December 2018

Supawadee Charoenwanit, M.N.S., Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D.

Nursing Faculty, Thammasat University

Abstract

Objective: to develop a Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version (SAS-SV-TH) and assess reliability and content validity of the measurement.

Methods: SAS-SV-TH is a measurement designed for assessing smartphone addiction. It consists of 10 items of questions, with Likert's type rating 1-6 (1=strongly disagree, 6=strongly agree). The measurement was developed through forward-backward translation technique and reviewed by 3 experts for content validity testing. The questionnaire was administered to the participants of 100 university students through online base to test the reliability using Cronbach's Alpha coefficient.

Results: The SAS-SV-TH had the internal consistency of 0.94 for the total scale and ranges from 0.76 to 0.97 for the subscales.

Conclusion: The SAS-SV-TH demonstrated satisfactory reliability and validity in the college student populations. This is the first to demonstrate psychometric properties of the SAS-SV-TH. Further studies in variety of subjects should be done to confirm and extend these initial finding.

Key words: measurement, reliability, smartphone addiction, validity

Corresponding author: Supawadee Charoenwanit; e-mail: supawadee.c@nurse.tu.ac.th

บทนำ

ในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โทรศัพท์มือถือในรูปแบบของสมาร์ทโฟนได้เข้ามามีบทบาทสำคัญกับชีวิตคนในยุคปัจจุบันมากขึ้น แทบจะเรียกได้ว่าสมาร์ทโฟนเปรียบเสมือนปัจจัยที่ห้า ที่คนเราขาดไม่ได้ ยิ่งในปัจจุบันสมาร์ทโฟนได้ถูกพัฒนาให้สามารถทำหน้าที่ได้มากกว่าเพียงเพื่อการสื่อสารพูดคุยกันเท่านั้น แต่สามารถรองรับรูปแบบการสื่อสารใหม่ ๆ มากมาย เช่น Facebook, Twitter, Instagram, Line, Myspace หรืออื่น ๆ และจากรายงาน Digital in 2017 ของประเทศสิงคโปร์ได้นำเสนอสถิติและพฤติกรรมการใช้งาน internet และ social media ทั่วโลกทั้งในภาพรวมและรายประเทศพบว่าประเทศไทย มีผู้ใช้งานโซเชียลมีเดียผ่านสมาร์ทโฟนสูงถึง 34 ล้านคน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 68 ล้านคน (ร้อยละ 42.5) และพบว่าสมาร์ทโฟนเป็นรูปแบบอุปกรณ์ดิจิทัลที่ได้รับความนิยมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 64 ของอุปกรณ์ดิจิทัลทั้งหมด นอกจากนั้นยังพบว่าคนไทยใช้เวลาเฉลี่ยในการเล่นหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ผ่านสมาร์ทโฟนนานถึงเกือบ 4 ชั่วโมงต่อวัน และกลุ่มคนที่มีการใช้สมาร์ทโฟนในการติดต่อสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์มากที่สุดคือ ช่วงวัยรุ่น (อายุ 13-19 ปี) ซึ่งมีจำนวนมากถึง 9 ล้านคน¹

ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการสื่อสารที่เกิดขึ้น มีผลทำให้พฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง คนในสังคมให้ความสำคัญกับการติดต่อสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากกว่าการสื่อสารกับบุคคลที่อยู่ตรงหน้า และใช้เวลาเกือบทั้งหมดในแต่ละวันไปกับการก้มหน้าจ้องหน้าจอสมาร์ทโฟนเพื่อติดต่อสื่อสาร ติดตามข่าวสาร ในการทำธุรกรรมต่าง ๆ การเลือกซื้อสินค้า

การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมอื่น ๆ สมาร์ทโฟนนอกจากจะช่วยสร้างความสุขความบันเทิงและความสะดวกสบายให้กับชีวิตเรา ยังเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต อาการทางร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน เช่น อาการกล้ามเนื้ออักเสบ และปวดเมื่อยตามอวัยวะต่าง ๆ อาทิ หลัง ไหล่ บ่า แขน หรือข้อมือ จากอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมขณะใช้งานสมาร์ทโฟนเป็นเวลานานและร่างกายไม่ได้การเคลื่อนไหว อาการมือชา เหน็บ อักเสบ นิ้วล็อก เนื่องมาจากการใช้สมาร์ทโฟนที่มีมือและนิ้วอยู่ในลักษณะที่ต้องเกร็งเวลากด อาการปวดตา ปวดศีรษะ จากการที่ต้องจ้องมองอยู่บนหน้าจอที่มีแสงจ้าอยู่ตลอดเวลา อาการนอนไม่หลับจากความกังวลอยากจะรู้ความเคลื่อนไหวของข่าวสารต่าง ๆ ในโลกโซเชียลอยู่ตลอดเวลา²⁻⁵ ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มักพบได้บ่อย เช่น ภาวะความเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ลดลง ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง ความรู้สึกมีความสุขในชีวิตที่ลดลง เป็นต้น⁶⁻¹¹

การใช้งานสมาร์ทโฟนที่มากเกินไปก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย และถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่ควรต้องเข้าไปให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงดังกล่าว แต่ประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือเพื่อการประเมินพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนในกลุ่มเสี่ยงวัยรุ่น ปัจจุบันมีเพียงเครื่องมือแบบวัดการเสพติดสมาร์ทโฟนสำหรับผู้ใหญ่ฉบับภาษาไทย (Thai version of Smartphone Addiction Proneness Scale for adults)¹² ทำให้ไม่สามารถจำแนกกลุ่มวัยรุ่นผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สมาร์ทโฟนเพื่อเลือกรูปแบบการดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับระดับปัญหาได้ การมีแบบประเมินที่เหมาะสม

กับแต่ละช่วงวัย จะช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดสมาร์ทโฟนได้แม่นยำมากขึ้น

การประเมินพฤติกรรมเสพติดสมาร์ทโฟนในวัยรุ่นโดยตรง ในต่างประเทศมีการใช้เครื่องมือหลากหลายชนิด เช่น แบบประเมิน SAPS (Korea Smartphone Addiction Proneness Scale)¹³, KS-Scale (Korea self-reporting internet addiction scale)¹⁴, และ SAS (Smartphone Addiction Scale)¹⁵ รวมถึงแบบประเมิน SAS-SV (Smartphone Addiction Scale-Short version)¹⁵ ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาเพื่อลดข้อจำกัดของเครื่องมือทั้งสามข้างต้น และได้รับความนิยมและเชื่อถือมากที่สุด ในขณะนี้ มีการนำไปใช้ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ทั้งในแถบทวีปยุโรป อเมริกา และรวมถึงทวีปเอเชีย แบบประเมิน Smartphone Addiction Scale พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Asst. Prof. Dr. Min Kwon และคณะ เมื่อปี ค.ศ. 2012 โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ แต่มีข้อจำกัดคืออัตราส่วนระหว่างเพศหญิงและเพศชายของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความเหมาะสม ทำให้ยากต่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมเสพติดสมาร์ทโฟนระหว่างเพศชายและเพศหญิง ประกอบกับแบบประเมินฉบับดังกล่าวไม่ได้มีการหาค่า cut-off point ที่จะช่วยแยกระหว่างผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดสมาร์ทโฟนกับผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงพฤติกรรมเสพติดสมาร์ทโฟน ดังนั้นทีมผู้พัฒนาเครื่องมือจึงได้ทำการพัฒนาแบบประเมิน Smartphone Addiction Scale-Short Version (SAS-SV) ขึ้นมาในปี ค.ศ. 2013 โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมการเสพติดสมาร์ทโฟนและหาค่า cut-off point ของเครื่องมือโดยแบ่งแยกตามลักษณะเพศ ช่วยให้แบบ

ประเมินนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและแปลแบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนฉบับสั้นฉบับภาษาไทยขึ้นมา เพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน และใช้คัดกรองพฤติกรรมเสพติดสมาร์ทโฟนของคนไทย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องความแตกต่างของระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีพฤติกรรมเสพติดสมาร์ทโฟนกับกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ไม่มีพฤติกรรมเสพติดสมาร์ทโฟน ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ COA No. 077-2561

วิธีการ

แบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนฉบับสั้น (SAS-SV) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนทั้งหมด 10 ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้สมาร์ทโฟนของตนเอง ข้อคำถามแต่ละข้อจะถูกให้คะแนนแบ่งเป็น 6 ระดับ (1 คือไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง 6 คือเห็นด้วยอย่างมาก) มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-60 คะแนน โดยมีจุดตัดของคะแนนแบ่งแยกตามเพศ คือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 31 คะแนนในเพศชาย หรือคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 33 คะแนนในเพศหญิง จะหมายถึงมีพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน

ขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมิน SAS-SV-TH ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย **ขั้นตอนที่ 1** ติดต่อขออนุญาตใช้แบบประเมิน SAS-SV¹⁵ จาก Asst. Prof. Dr. Min Kwon เจ้าของลิขสิทธิ์ของเครื่องมือต้นฉบับ

ขั้นตอนที่ 2 แปล (forward translation) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยใช้ผู้แปลหนึ่งคนที่มีคุณสมบัติในการแปลภาษา (translator) หลังจากนั้นนำมาทบทวนในประเด็นความชัดเจนของข้อความ การใช้คำที่ไม่เหมาะสม ข้อความที่คลุมเครือไม่ชัดเจน **ขั้นตอนที่ 3** แปลย้อนกลับเป็นภาษาเดิม (backward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาที่ไม่ทราบรายละเอียด (blind) ของแบบประเมินต้นฉบับ **ขั้นตอนที่ 4** เปรียบเทียบแบบประเมินชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับว่ามีความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากัน (equivalence) เพื่อปรับแก้แบบประเมินภาษาไทยให้มีความเท่าเทียมกันใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเทียบเท่าด้านความหมาย (semantic equivalence) เครื่องมือชุดที่แปลมีการคงไว้ซึ่งความหมายในแต่ละข้อความให้ตรงกับเครื่องมือชุดต้นฉบับ มีการปรับข้อความให้ใกล้เคียงภาษาไทย 2) ความเทียบเท่าด้านสำนวน (idiomatic equivalence) ไม่พบการใช้สำนวนในเครื่องมือต้นฉบับ 3) ความเท่าเทียมด้านประสบการณ์ (experiential equivalence) สิ่งที่ต้องการศึกษาควรสอดคล้องกับวัฒนธรรม จึงปรับข้อความให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย 4) ความเทียบเท่าด้านความคิด (conceptual equivalence) มีการขยายความเพื่อให้มีความเข้าใจในบริบทของสังคมไทย จากการแปลไปข้างหน้าและการแปลย้อนกลับพบว่าคำถามส่วนใหญ่ชัดเจนและเรียบง่าย สามารถสื่อความหมายได้ดี มีคำถาม 2 ข้อที่ต้องมีการปรับปรุงถ้อยคำเพียงเล็กน้อย คือ ข้อคำถามข้อที่ 3 จากเดิม “ฉันรู้สึกปวดที่ข้อมือหรือที่ด้านหลังของคอในขณะที่ใช้สมาร์ตโฟน” เป็น “ฉันรู้สึกปวดที่ข้อมือหรือที่ต้นคอในขณะที่ใช้สมาร์ตโฟน” และข้อที่ 4 จากเดิม “ฉันรู้สึกทนไม่ได้ถ้าไม่มีสมาร์ตโฟน” เป็น

“ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายกระวนกระวายทุกครั้งถ้าไม่มีสมาร์ตโฟน” **ขั้นตอนที่ 5** ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดลองใช้ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน ปรับแก้ไขความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมของเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบประเมิน (Index of Item-Objective Congruence; IOC)

$$IOC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ IOC = ค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบประเมิน

ΣR = ผลรวมของคะแนนการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อหาค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญเป็น 3 ระดับ คือ +1 หมายถึง แน่ใจว่าแบบทดสอบวัดตรงตามวัตถุประสงค์ หรือตรงตามเนื้อหา 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าแบบทดสอบวัดตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา และ -1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยว่าแบบทดสอบวัดตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา พบว่าข้อคำถามทั้ง 10 ข้อนั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหาหรือวัดได้ตรงจุดประสงค์และสามารถนำไปใช้ได้ (IOC มากกว่า 0.5) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวัดความตรงเชิงเนื้อหา

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			ผลรวม ΣR	$IOC = \frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์
	1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
1	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้
2	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้
3	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้
4	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้
5	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้
6	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้
7	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้
8	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้
9	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้
10	✓			✓			✓			3	1	นำไปใช้ได้

ขั้นตอนที่ 6 นำแบบประเมินที่ปรับปรุงไปทดลองใช้ในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 75 ราย เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แบบประเมินและมีการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแบบประเมินอีกครั้ง และ**ขั้นตอนที่ 7** นำแบบประเมิน SAS-SV-TH ฉบับภาษาไทย ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของ WHO เกี่ยวกับกระบวนการแปลและปรับปรุงเครื่องมือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีไม่น้อยกว่า 10 คน และประกอบด้วยเพศหญิงและเพศชาย โดยในงานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 18-23 ปี จำนวน 100 คน ที่ เป็นนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย สุ่มตัวอย่างแบบ Snow ball

คือให้นักศึกษาที่ร่วมโครงการส่งข้อมูลต่อให้เพื่อนนักศึกษาต่อไปเรื่อย ๆ ผ่านการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ สถิติในการวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย เพศชายหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 19.5 ปี (S.D.=1.14) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่หอพักนักศึกษา (ร้อยละ 51.0) และมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการเล่นสมาร์ตโฟนตั้งแต่ 5 ชั่วโมงขึ้นไป รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=100 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละ (%)
เพศ	
หญิง	52.0
ชาย	48.0
อายุ (ปี)	
18	22.0
19	26.0
20	39.0
21	9.0
22	1.0
23	3.0
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรีปีที่ 1	30.0
ปริญญาตรีปีที่ 2	25.0
ปริญญาตรีปีที่ 3	42.0
ปริญญาตรีปีที่ 4	3.0
รายได้โดยรวมที่ได้รับจากผู้ปกครอง (บาทต่อเดือน)	
3,001-5,000	20.0
5,001-7,000	35.0
7,001-9,000	31.0
9,001-12,000	14.0
ค่าบริการโทรศัพท์ที่ต้องเสีย (บาทต่อเดือน)	
300-500	26.0
501-1,000	40.0
1,001-1,500	30.0
1,501-2,000	4.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=100 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละ (%)
ระยะเวลาที่ใช้ในการเล่นสมาร์ทโฟน (ชั่วโมงต่อวัน)	
น้อยกว่า 1 ชม.	9.0
1-2 ชม.	14.0
2-3 ชม.	11.0
3-4 ชม.	7.0
4-5 ชม.	10.0
5-6 ชม.	39.0
มากกว่า 6 ชม.	10.0
สถานภาพสมรสของบิดามารดา	
คู่	48.0
หย่า	39.0
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	13.0
ลักษณะการอาศัยอยู่กับครอบครัว	
บิดาและมารดา	26.0
บิดา	11.0
มารดา	12.0
หอพักนักศึกษา	51.0

การวัดความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient reliability) โดยทดสอบแบบประเมินแต่ละข้อว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามหรือไม่ ใช้คำนวณค่าสถิติของคะแนนรวมทั้งฉบับโดยใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวัดความเที่ยงพบว่าค่าความเชื่อมั่นภาพรวมมีค่า 0.94 และรายด้านอยู่ระหว่าง 0.76-0.97 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นรวมและค่าความเชื่อมั่นรายด้าน

ค่าความเชื่อมั่น	ค่าสัมประสิทธิ์ كرونบาคแอลฟา	ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา ถ้าลบข้อคำถามออก
ค่าความเชื่อมั่นรวม	0.94	-
ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ		
1. ไม่ได้ทำงานที่วางแผนไว้เนื่องจากใช้สมาร์ทโฟน	0.97	0.93
2. ไม่มีสมาธิในชั้นเรียน ในขณะที่ทำงานที่ได้รับมอบหมาย หรือในขณะที่ทำงานอื่น ๆ เนื่องจากใช้สมาร์ทโฟน	0.76	0.93
3. รู้สึกปวดที่ข้อมือหรือที่ต้นคอในขณะที่ใช้สมาร์ทโฟน	0.83	0.93
4. ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายกระวนกระวายทุกครั้ง ถ้าไม่มีสมาร์ทโฟนอยู่ในมือ	0.85	0.94
5. ฉันจะรู้สึกหงุดหงิดถ้าในมือไม่ได้กำถึงือสมาร์ทโฟน	0.86	0.93
6. ฉันจะคิดถึงสมาร์ทโฟนอยู่ตลอดเวลาถึงแม้ว่าจะไม่ได้กำถึงือ ใช้มันอยู่ก็ตาม	0.96	0.93
7. ฉันไม่สามารถเลิกใช้สมาร์ทโฟนของฉันได้ถึงแม้ว่าฉันจะมี ผลกระทบกับชีวิตประจำวันของฉันอย่างมากมาก็ตาม	0.78	0.93
8. ฉันต้องเช็คข้อความในสมาร์ทโฟนตลอดเวลาเพื่อไม่ให้ พลาดบทสนทนาระหว่างคนอื่น ๆ บน Twitter หรือ Facebook	0.84	0.93
9. ฉันมักใช้สมาร์ทโฟนของฉันนานกว่าที่ตั้งใจไว้	0.90	0.94
10. คนรอบข้างบอกฉันว่าฉันใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไป	0.83	0.94

วิจารณ์

แบบประเมินพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนฉบับสั้นฉบับภาษาไทยนี้ เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน โดยสรุปแบบประเมินฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 โดยค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ระหว่าง 0.76-0.97 สอดคล้องกับค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนฉบับสั้นที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.91¹¹

และฉบับที่ถูกแปลเป็นภาษาอื่น ๆ เช่น ภาษาเยอรมัน ภาษาอิตาลี ภาษาสเปน และฝรั่งเศส¹⁵⁻¹⁷ ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ที่ 0.85, 0.79, 0.88, 0.90 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 18-23 ปี หรือจัดอยู่ในกลุ่มนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ^{11,15-17} ทำให้เห็นว่าเครื่องมือฉบับนี้สามารถใช้ในการประเมินหรือคัดกรองพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนในกลุ่มวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี และได้รับความ

นิยมแพร่หลายในการใช้ในการประเมินในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้คือ งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการทำ test-retest reliability เนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นการเก็บข้อมูลแบบผ่านทางระบบออนไลน์ และเป็นการพัฒนาเครื่องมือเพื่อมาช่วยคัดกรองเบื้องต้น อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อหา cut-off point ในคนไทยหรือในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันต่อไป เพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนต่อไปในอนาคต

สรุป

แบบประเมินพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนฉบับสั้น 10 ข้อ ที่แปลเป็นภาษาไทยฉบับนี้ มีความตรงเชิงโครงสร้าง และความสอดคล้องภายในระดับดีมาก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 ใกล้เคียงกับเครื่องมือต้นฉบับ (0.91) และไม่มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านที่ต่ำกว่า 0.70 ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach ของแบบประเมินทั้งภาพรวมและในรายข้อถือว่าดีสามารถใช้ได้ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 18-23 ปี จึงเป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ Assistant Professor Dr. Min Kwon ที่อนุญาตให้นำเครื่องมือมาแปลและใช้ในงานวิจัยโดยไม่คิดค่าลิขสิทธิ์และขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร ที่ช่วยในการแปลเครื่องมือกลับเป็นภาษาอังกฤษ

ความรู้เดิม: เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนในประเทศไทยยังจำกัดต้องใช้การเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเสพติด

ความรู้ใหม่: เครื่องมือภาษาไทยใหม่ที่สามารถนำไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนในกลุ่มวัยรุ่นได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การใช้แบบประเมินเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สมาร์ทโฟนเพื่อเลือกรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับระดับปัญหาได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kemp S. Digital in 2017: Global overview [internet]. 2007 [Update 2017; cited 2018 Jan 24]. Available from: <https://wearesocial.com/special-reports/digital-in-2017-global-overview>
2. Leonard J. Seriously damaging side effects of your smartphone addiction. [Update 2017; cited 2018 Jun 15]. Available from: <http://www.naturallivingideas.com>
3. The physio company. Effects of smartphone use on physical health. [Update 2017; cited 2018 Feb 28]. Available from: <http://www.thephysiocompany.com>
4. Inal E, Demirci K, Cetinturk A, Akgonul M, Savas S. Effects of smartphone overuse on hand function, pinch strength, and the median nerve. Muscle Nerve. 2015;52:183-8.
5. Yang SY, Chen M, Huang Y, Lin CY, Chang JH. Association between smartphone use and musculoskeletal discomfort in adolescent students. J Community Health. 2017;42:423-30.

6. Samaha M, Hawi NS. Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. *Computers in human behavior*. 2016;57:321-5.
7. Demirci K, Akgonul M, Akpinar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict*. 2015;4:85-92.
8. Thomee S, Harenstam A, Hagberg M. Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults—a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2011;11:66.
9. Shapiro S, Margolin G. Growing up wired: social networking sites and adolescent psychosocial development. *Clin Child and Fam Psychol Rev*. 2014;17:1-18.
10. Touitou Y, Touitou D, Reinberg A. Disruption of adolescents' circadian clock: the vicious circle of media use, exposure to light at night, sleep loss and risk behaviors. *J Physiol Paris*. 2016;110:467-79.
11. Haug S, Castro R, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Scharb M. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *J Behav Addict*. 2015;4:299-307.
12. พนิดา หาญพิทักษ์พงศ์, นवलลอ ธวินชัย. การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดการเสพติดสมาร์ตโฟนสำหรับผู้ใหญ่ ฉบับภาษาไทย [Validation of Thai version of Smartphone Addiction Proneness Scale for adults]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2561;63:141-52. Thai.
13. Kim D, Lee Y, Lee J, Nam JK, Chung Y. Development of Korean Smartphone Addiction Proneness Scale for Youth. *PLoS One*. 2014;9(5):e97920.
14. Lee K, Lee HK, Gyeong H, Yu B, Song YM, Kim D. Reliability and validity of the Korean version of the internet addiction test among college students. *J Korean Med Sci*. 2013;28:763-8.
15. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The Smartphone Addiction Scale: development and validation of a short version for adolescents. *PLoS One*. 2013;8(12):e83558.
16. Pasquale CD, Sciacca F, Hichy Z. Italian validation of Smartphone Addiction Scale Short Version for adolescents and young adults (SAS-SV). *Psychology*. 2017;8:1513-18.
17. Lopez-Fernandez O. Short version of the Smartphone Addiction Scale adapted to Spanish and French: towards a cross-cultural research in problematic mobile phone use. *Addict Behav*. 2017;64:275-80.

แบบประเมินพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนฉบับภาษาไทย (Smartphone Addiction Scale-Thai Short Version)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

คำถามต่อไปนี้จะให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนของท่านตามความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด และตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก
1. ฉันไม่ได้ทำงานที่วางแผนไว้เนื่องจากใช้สมาร์ทโฟน						
2. ฉันไม่มีสมาธิในชั้นเรียน ในขณะที่ทำงานที่ได้รับมอบหมายหรือในขณะที่ทำงานอื่น ๆ เนื่องจากใช้สมาร์ทโฟน						
3. ฉันรู้สึกปวดที่ข้อมือหรือที่ต้นคอในขณะที่ใช้สมาร์ทโฟน						
4. ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายกระวนกระวายทุกครั้งถ้าไม่มีสมาร์ทโฟน						
5. ฉันจะรู้สึกหงุดหงิดถ้าในมือไม่ได้กำลังถือสมาร์ทโฟน						
6. ฉันจะคิดถึงสมาร์ทโฟนอยู่ตลอดเวลาถึงแม้ว่าจะไม่ได้กำลังใช้มันอยู่ก็ตาม						
7. ฉันไม่สามารถเลิกใช้สมาร์ทโฟนของฉันได้ถึงแม้ว่ามันจะมีผลกระทบกับชีวิตประจำวันของฉันอย่างมากก็ตาม						
8. ฉันต้องเช็คข้อความในสมาร์ทโฟนตลอดเวลาเพื่อไม่ให้พลาดบทสนทนาระหว่างคนอื่น ๆ บน Twitter หรือ Facebook						
9. ฉันมักใช้สมาร์ทโฟนของฉันนานกว่าที่ตั้งใจไว้						
10. คนรอบข้างบอกฉันว่าฉันใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไป						

นิพนธ์ต้นฉบับ

โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

วันรับ : 30 สิงหาคม 2561

วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2562

วันตอบรับ : 1 เมษายน 2562

ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, พ.บ., จันทร์อาภา สุขทรัพย์, พ.บ.,

ประเสริฐ จุฑา, วท.ม., บุษรา คูหพันธ์, พย.ม.

สถาบันราชานุกูล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: พัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี

วิธีการ: การศึกษาด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ 1) การพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย คู่มือการจัดกิจกรรมสำหรับวิทยากร และคู่มือสำหรับผู้ดูแล 2) การแปลแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์เด็กแรกเกิด-5 ปีสำหรับผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย 3) การประเมินผลของโปรแกรมฯ ใช้รูปแบบ randomized controlled trial กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กวัย 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 6 จังหวัด โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลด้วยแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังจบโปรแกรม 2 และ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ repeated measure ANOVA

ผล: โปรแกรมฯ ประกอบด้วยแผนกิจกรรมการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ 5 แผน ผ่านกระบวนการกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มละ 8-12 คน ครั้งละ 90 นาที 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 5 สัปดาห์ มีผู้ดูแลในการศึกษาทั้งสิ้น 147 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 82 คนและกลุ่มควบคุม 65 คน ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและแนวโน้มของคะแนนในกลุ่มทดลองจากสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 12 มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่คะแนนของกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มกลับมาเหมือนเดิม

สรุป: โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เป็นโปรแกรมที่มีโครงสร้างและขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ได้ง่าย และใช้เวลาน้อย

คำสำคัญ: ความผูกพันทางอารมณ์ เด็กปฐมวัย โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์

ติดต่อผู้พิมพ์: ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์; e-mail: sornsasa@hotmail.com

Original Article

Preschool attachment enhancing parenting program

Received : 30 August 2018

Revised : 20 March 2019

Accepted: 1 April 2019

Chadapim Phoasavasdi, M.D., Janarpar Sukkatup, M.D.,

Prasert Chutha, M.Sc., Bussara Khuhapan, M.N.S.

Rajanukul Institute

Abstract

Objective: To develop and study effectiveness of attachment enhancing program for parents or caregivers of children from 2 to 5 years old.

Methods: This study was designed in 3 phases. 1) Program development consisted of manual of attachment enhancing activities arrangement for group leaders and parent guidebook. 2) Attachment questionnaire for parent children from birth - 5 years in Thai version was developed. 3) Program effectiveness was assessed in a randomized controlled trial study. Sample group were parents or caregivers of children 2-5 years old with normal development from 6 health promotion hospitals. Experimental group obtained attachment enhancement program. Control group received advice and counselling as usual. Both groups were asked to complete attachment questionnaire (Thai version) at the beginning of the program, the end of the program (within 2 weeks) and 12 weeks later. Data was analyzed by descriptive statistics and repeated measure anova

Results: Preschool attachment enhancing parenting program comprised 5 parents group activities. Program was designed for participatory learning approach. Parents were divided into groups, 8-12 parents/group with 90 minutes/session, once a week for 5 consecutive weeks. Program evaluation: 147 parents were included. 82 participants in experimental group and 65 participants in control group. At the beginning of the program, there was no statistical difference on mean attachment score in both group. At the 2nd weeks and the 12th weeks follow up after program finished, mean attachment score of experimental group decreased statistical significance, compared to control group. At the 12th week, score of experimental group dropped steadily, whereas score of control group had a tendency to rise back.

Conclusion: Preschool attachment enhancing parenting program is clearly directed and structured program. The program can be applied to health personnel in healthcare providing services nationwide.

Key words: attachment enhancing program, emotional attachment, preschool

Corresponding author: Chadapim Phoasavasdi e-mail: sornsasa@hotmail.com

บทนำ

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของเด็กไทย โดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรอง Denver II ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าร้อยละ 70.3 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการรวมปกติ และมีเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าถึงร้อยละ 29.7¹ ส่วนผลการสำรวจระดับสติปัญญาและระดับความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กไทยอายุ 6-15 ปี ของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2554 พบว่า ระดับสติปัญญาเฉลี่ยของเด็กไทยทั่วประเทศเท่ากับ 98.6 ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลปัจจุบัน ที่มีค่าเท่ากับ 100 และมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์เฉลี่ยเท่ากับ 45.1 จัดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ² และในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้สำรวจระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยวัยประถมศึกษาปีที่ 1 ปี พ.ศ. 2557 ทุกภาคทั่วประเทศ พบระดับสติปัญญาเฉลี่ยอยู่ที่ 93.1 ลดลงจากปี พ.ศ. 2554 ที่เท่ากับ 943

ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ (attachment) ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการ ระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์⁴⁻⁶ ความผูกพันทางอารมณ์หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก ความพร้อมของผู้ดูแลในการตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก และสื่อสารความรู้สึกถึงกัน เมื่อทารกได้รับความใส่ใจและการปกป้องดูแลจากผู้ดูแล จะทำให้ทารกสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย และคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างทารกกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการสร้างรูปแบบที่เป็นคุณลักษณะของเด็ก⁷ ในช่วงเด็กอายุ 0-3 ปีแม้เด็กจะมีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาการสร้าง ความผูกพันกับเด็ก

(insecure attachment relationship) จะส่งผลให้เด็กมีปัญหาแยกตัว ก้าวร้าวและสมาธิไม่ดี⁸ นอกจากนั้น ความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคง (secure attachment) สัมพันธ์กับระดับสติปัญญา การปรับตัวที่ดีและผลการเรียนที่ดีของเด็ก^{9,10} ทำให้เด็กมีมุมมองบวกต่อตนเอง¹¹ และพบปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมน้อยกว่าเด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงกับผู้ดูแล¹²

ในต่างประเทศมีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมเพื่อเพิ่มความผูกพันทางอารมณ์ ส่วนใหญ่เน้นกลุ่มมารดาหรือเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น มารดามีโรคทางอารมณ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เป็นต้น¹³⁻¹⁵ รูปแบบของโปรแกรมมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้สำหรับผู้ปกครอง^{16,17} โปรแกรม video feedback intervention¹⁸ การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยแต่ละโปรแกรมมุ่งเน้นที่การเพิ่มความไวของผู้ดูแลในการสังเกต การแสดงออกของบุตรหลาน (parental sensitivity) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความผูกพันทางอารมณ์¹⁹ parental sensitivity คือการรับรู้และแปลสัญญาณที่เด็กแสดงออกมาได้อย่างถูกต้อง และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสมและเพียงพอ²⁰ โปรแกรมที่ได้ผลดีมักใช้จำนวนครั้งของการช่วยเหลือไม่มาก (short-term interventions) และตั้งประเด็นการช่วยเหลือที่ชัดเจน โดยเฉพาะประเด็นสำคัญคือ การความไวของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการของเด็ก (parental sensitivity) และลักษณะการตอบสนองความต้องการที่ผู้ดูแลแสดงออก (parental responsive and supportive) ซึ่งการตอบสนองผู้ดูแลนั้น สัมพันธ์กับความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงของเด็กและควรเริ่มโปรแกรมตั้งแต่เด็กอายุ 6 เดือนเป็นต้นไป การศึกษา

ขนาดของผลลัพธ์ของโปรแกรมพบว่าให้ผลดีในระดับน้อยถึงปานกลาง (effect size = 0.16)¹⁹ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยที่มีผลทางลบต่อการสร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลกับเด็กที่พบบ่อยคือ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล เช่น แม่ที่มีโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล จะส่งผลให้แม่เข้าต่อการปลอบประโลมเด็กเมื่อเด็กเจ็บ และมีความหงุดหงิดเมื่อเด็กต้องการสำรวจสิ่งแวดล้อม²¹ การออกแบบโปรแกรมจึงควรคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานในผู้ดูแลด้วย

ในปี ค.ศ. 1978 โดย Mary Ainsworth พัฒนาการประเมินคุณภาพความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กต่อพ่อแม่หรือผู้ดูแล ได้สร้างสถานการณ์ที่เรียกว่า “Strange Situation” ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็น The Strange Situation Procedure²² และมีการพัฒนาเครื่องมืออื่น ๆ เพื่อช่วยลดเวลาในการประเมิน เช่น The Attachment Q-Sort (AQS)²³ The Preschool Attachment Assessment (PAA)²⁴ แต่ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้การสังเกตพฤติกรรมระหว่างผู้ดูแลและบุตรหลาน มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ตัวเด็กเอง เช่น Attachment style classification questionnaire for latency age children (ASCQ)²⁵ และแบบประเมินในกลุ่มที่ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบเอง (self rate) ได้แก่ The Kinship Center Attachment Questionnaire²⁶ ซึ่งมีความสะดวกในการใช้ในการประเมินและติดตามกลุ่มผู้ดูแลจำนวนมาก ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลและบุตรหลาน แม้ว่าที่ผ่านมา สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ร่วมกับกรมอนามัย ได้มีพัฒนาเครื่องมือสำหรับการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพัฒนาการสมวัยอายุแรกเกิด-5 ปีผ่านกิจกรรมการกิน การกอด การเล่น

และการเล่า โดยใช้ชื่อ 2ก2ล (กิน กอด เล่น เล่า)²⁷ และมีการขยายผลดำเนินการอย่างแพร่หลาย แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องของการดำเนินการ และยังขาดองค์ประกอบสำคัญด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่ยังเป็นประเด็นสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงระหว่างผู้ดูแลและบุตรหลานโดยประยุกต์จากกิจกรรมที่เป็นต้นทุนเดิมคือ การส่งเสริมพัฒนาการด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ซึ่งเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านพัฒนาการเด็ก นำมาเพิ่มเติมทฤษฎีความผูกพันทางอารมณ์และการเลี้ยงดูเชิงบวก และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยร่วมกับการพัฒนาแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์เด็กแรกเกิด-5 ปีสำหรับผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย เพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วิธีการ

ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม โดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้ 1) สำรวจประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานด้านเด็กในพื้นที่เกี่ยวกับความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลกับบุตรหลาน 2) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี ต่อความผูกพันทางอารมณ์และแนวทางการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลและบุตรหลาน 3) ยกร่างโปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์

สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย คู่มือการจัดกิจกรรมสำหรับวิทยากร และเอกสารสำหรับผู้ดูแลใช้อ่านประกอบการทำกิจกรรม และ 4) ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 7 คนประกอบด้วย จิตแพทย์เด็ก 2 คน นักจิตวิทยา 2 คน และพยาบาลที่ทำงานด้านสุขภาพจิตเด็ก 3 คน แล้วทำการปรับตามข้อเสนอแนะ

โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ถ่ายทอดสู่ผู้ดูแลผ่านกระบวนการกลุ่มโดยวิทยากรซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความตระหนักรู้ เจตคติ และทักษะในการเลี้ยงดูที่เสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ให้มั่นคง (secure attachment) โดยใช้หลักการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) และกระบวนการกลุ่ม (group process)

โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 5 แผนกิจกรรมมีส่วนประกอบของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์อยู่ถึงร้อยละ 70.0 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ แผนที่ 1 : ความหมายและความสำคัญของความผูกพันทางอารมณ์ วิธีการสร้างความผูกพันทางอารมณ์พื้นฐานที่เหมาะสมในเด็กแต่ละวัย แผนที่ 2 : การสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านกิจกรรมการรับประทานอาหารในแต่ละช่วงวัย โดยเน้นการสร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหารที่ดี การใช้เวลาในการรับประทานอาหารร่วมกัน แผนที่ 3 : การสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการสัมผัสทางกาย วิธีการช่วยลูกจัดการอารมณ์ที่ช่วยเสริมความผูกพัน

ระหว่างผู้ดูแลและบุตรหลาน แผนที่ 4 : การสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการเล่น เน้นการให้เวลาในการเล่นกับบุตรหลานและเน้นการเล่นให้เกิดความสนุก แผนที่ 5 : การพูดคุยสื่อสารเชิงบวกเพื่อเพิ่มความผูกพันทางอารมณ์ รวมถึงการเล่านิทานที่ไม่มุ่งเน้นพัฒนาการด้านภาษา แต่เป็นการเล่านิทานเพื่อสร้างความผูกพันทางระหว่างผู้ดูแลกับบุตรหลาน ซึ่งในแต่ละแผน ได้มีการยกตัวอย่างกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถใช้เวลากับบุตรหลานได้จริงตามบริบทของครอบครัวไทย ช่วงเริ่มกิจกรรมกลุ่มในแต่ละแผนมีการใช้สื่อวิดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความผูกพันในครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดูที่ดูแลเอาใจใส่ หรือการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย เพื่อกระตุ้นความรู้สึก และให้กลุ่มผู้ดูแลได้เปิดเผยความรู้สึกของตนเองหลังดูวิดิทัศน์ ต่อด้วยการอภิปรายประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดู ซึ่งผู้ดูแลสามารถเสนอความคิดเห็นได้อย่างหลากหลาย โดยมีวิทยากรกลุ่มเป็นผู้สรุปความคิดรวบยอดให้ชัดเจนอีกครั้ง และมีการประยุกต์แนวคิดเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ได้จริง เช่น การเขียนสิ่งที่จะกลับไปทำกับบุตรหลาน หรือการแต่งนิทานและให้ทดลองเล่านิทาน เป็นต้น ขนาดกลุ่มผู้ดูแล 8-12 คนทำกิจกรรมจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รวม 5 สัปดาห์ ทดลองอบรมผู้ดูแลในศูนย์เด็กเล็ก เขตดินแดง จำนวน 8 คน ปรับแก้กิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทไทย

ระยะที่ 2 การแปลแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์เด็กแรกเกิด-5 ปีสำหรับผู้ดูแลนักภาษาไทย โดยแบบประเมิน Kinship Center Attachment Questionnaire (KCAQ)²⁶ เป็นเครื่องมือสำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กเพื่อใช้ประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมความผูกพันทางอารมณ์ของ

เด็กอายุแรกเกิดถึง 6 ปีในมุมมองของผู้ดูแล ประเด็นการประเมินใน KCAQ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การปรับตัวหรือพฤติกรรมทางบวก (positive adjustment/development) พฤติกรรมทางลบ (negative behavior) ปฏิกริยาทางอารมณ์ (emotional reactivity) และระยะความสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก (distancing from caregiver support) ความน่าเชื่อถือในภาพรวมของ KCAQ มีค่า Alpha Coefficient เท่ากับ 0.75 และข้อคำถามส่วนใหญ่มีความน่าเชื่อถือรายข้อเป็นที่ยอมรับได้ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 หลังจากได้รับอนุญาตจากเจ้าของแบบประเมิน Kinship Center Attachment Questionnaire (KCAQ) คณะผู้วิจัยทำการแปลเป็นภาษาไทยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 คน กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก 1 คน แปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและอังกฤษเพื่อรักษาความหมายเดิมโดยเจ้าหน้าที่สถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปรับแก้ภาษาให้สอดคล้องกัน ศึกษาความเป็นปรนัยโดยการทดลองใช้ในมารดาที่เป็นเจ้าหน้าที่ในสถาบันราชานุกูลจำนวน 3 คน แก้ไขแบบประเมินอีกครั้ง แล้วศึกษาความเที่ยง (reliability) ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กอายุแรกเกิด-5 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการดินแดง จำนวน 60 คน

ระยะที่ 3 การประเมินผลโปรแกรมฯ ด้วยรูปแบบสุ่มแบบควบคุม (randomized controlled trial) ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติคือ การให้คำแนะนำการเลี้ยงดูเด็กเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล วัดผลก่อนและหลังการอบรมที่ 2

และ 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัย (ประเมินโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม Denver II) และเป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 1 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ในจังหวัดน่าน 6 จังหวัด ได้แก่ สุรินทร์ นครศรีธรรมราช จันทบุรี เชียงราย ร้อยเอ็ด ลพบุรี โดยเลือก รพ.สต. 1 แห่งในแต่ละจังหวัดอย่างเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 กำหนด power 95% error 0.05 effect size 0.2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 104 คน เพื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 30 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 140 คน กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 24 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 144 คน รพ.สต. คัดเลือกผู้ดูแลเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คนโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ฯ จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รวม 5 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมโดยบุคลากรทางสาธารณสุข จังหวัดละ 4-5 คน ที่ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมและผ่านการทดลองทำกิจกรรมรวม 14 ชั่วโมง ในแต่ละกิจกรรมผู้ดูแลจะได้สอบถามปัญหาและฝึกทักษะในการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการจัดบริการแยกวันและไม่เห็นกิจกรรมของอีกกลุ่มหนึ่ง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการประเมินความรู้ความเข้าใจ ด้วยแบบประเมินความรู้สำหรับผู้เข้าอบรมและประเมินผลด้วยแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู ฉบับภาษาไทย ก่อนเข้าโปรแกรม และหลังจบโปรแกรม 2 และ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลแบบ intention-to-treat analysis ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบลักษณะประชากรด้วย

สถิติ Chi square เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแบบ ประเมินความผูกพันทางอารมณ์ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันราชานุกูล ให้ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงมกราคม 2560

ผล

ระยะที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของความตรงเชิงเนื้อหา และโครงสร้างของเครื่องมือในโปรแกรมทั้ง 2 เล่มได้แก่ คู่มือการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี ด้วย กิน กอด เล่น เล่า (สำหรับผู้ปกครอง) และคู่มือการจัดกิจกรรม: การเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี ด้วย กิน กอด เล่น เล่า (สำหรับวิทยากร) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.5-1.0 ซึ่งแสดงถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้ได้จริง

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์เด็กแรกเกิด-5 ปีสำหรับผู้ดูแลแบบภาษาไทย

แบบประเมินนี้มีลักษณะให้ผู้ดูแลอ่านแล้วตอบเอง (self-rate) จำนวน 20 ข้อ ตัวเลือก 7 ระดับตั้งแต่ 0-6 คะแนน ช่วงของคะแนนรวมเท่ากับ 0-120 ค่าคะแนนน้อยกว่าแสดงถึงระดับความผูกพันทางอารมณ์มากกว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability coefficient) เท่ากับ 0.7 ซึ่งแสดงถึงค่าความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ของแบบประเมินนี้มีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับปานกลางในการวิจัยนี้ ประเมิน 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อน-หลัง การอบรม 2 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมครบ 5 ครั้งจำนวน 147 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 82 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 65 คน ส่วนมากเป็นหญิงร้อยละ 91.5 อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 30.8 ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.3 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.3 และจำนวนบุตร 1-2 คน ร้อยละ 68.6 ลักษณะประชากรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม n=14

ลักษณะประชากร	คน (ร้อยละ)		p-value
	ทดลอง (n=82)	ควบคุม (n=65)	
เพศผู้ดูแล: หญิง	75 (91.5)	60 (92.3)	.85
อายุผู้ดูแล (ปี)			.48
≤ 20 ปี	4 (4.9)	5 (7.7)	
21 ปีขึ้นไป	78 (95.1)	60 (92.3)	
ความสัมพันธ์กับเด็ก			.40
พ่อและแม่	63 (76.8)	46 (70.8)	
ญาติ	19 (23.2)	19 (29.2)	
ระดับการศึกษา			.51
ประถมศึกษาลงมา	26 (31.7)	24 (36.9)	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	56 (68.3)	41 (63.1)	
สถานภาพสมรส: อยู่ด้วยกัน	75 (91.5)	56 (86.2)	.30
อาชีพ: มีงานทำ	67 (81.7)	53 (81.5)	.98
รายได้ (บาท)			.36
น้อยกว่า 10,000 บาท	60 (73.2)	43 (66.2)	
10,001 บาทขึ้นไป	22 (26.8)	22 (33.8)	
จำนวนบุตร (คน)			.97
บุตร 0-2 คน	57 (69.5)	45 (69.2)	

ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยระดับความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกัน (p-value >.05) และเมื่อประเมินคะแนนระดับความผูกพันทางอารมณ์แบบ

ประเมินซ้ำ (repeated measure) จากการทดสอบโดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity พบว่าเป็น compound symmetry ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ repeated measure ANOVA

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยระดับความผูกพันทางอารมณ์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n =147 คน)

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย (SD)				F (p-value)		
	รวม	ก่อนทดลอง	หลัง 2 สัปดาห์	หลัง 3 เดือน	กลุ่ม	เวลา	กลุ่ม*เวลา
ทดลอง	30.9 (1.2)	36.3 (12.5)	32.5 (12.3)	24.1 (9.6)	4.6 (0.03)*	65.4 (<.01)*	66.8 (<.01)*
ควบคุม	34.9 (1.4)	35.4 (12.9)	34.1 (12.2)	35.2 (11)			

P<.05, repeated anova

คะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์รวมตั้งแต่เมื่อเข้าโปรแกรมจนถึงสิ้นสุดโปรแกรมของทั้งกลุ่มควบคุม (34.9) และกลุ่มทดลอง (30.9) มีความแตกต่างกัน (F4.6, p-value=.03) และคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของทั้ง 2 กลุ่มมีค่าลดลงตามเวลาที่ผ่านไป (F65.4, p-value<.01) (ตารางที่ 2) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมมาทำการเปรียบเทียบเป็นคู่เวลา ระหว่างสัปดาห์ที่ 0, 2 และ 12 พบว่าคู่เวลาสัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 2 มีความต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 คะแนน คู่เวลาสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 12 มีความต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 คะแนน และคู่เวลาสัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 12 มีความต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.2 คะแนน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังจบโปรแกรม 12 สัปดาห์ (n=147 คน)

คู่สัปดาห์	ค่าคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์		Mean Difference	P-value	95 % CI for Difference
คู่ 0,2	35.9	33.3	2.6	<.01	1.4-3.7
คู่ 2,12	33.3	29.6	3.7	<.01	2.3-5.0
คู่ 0,12	35.9	29.6	6.2	<.01	4.8-7.6

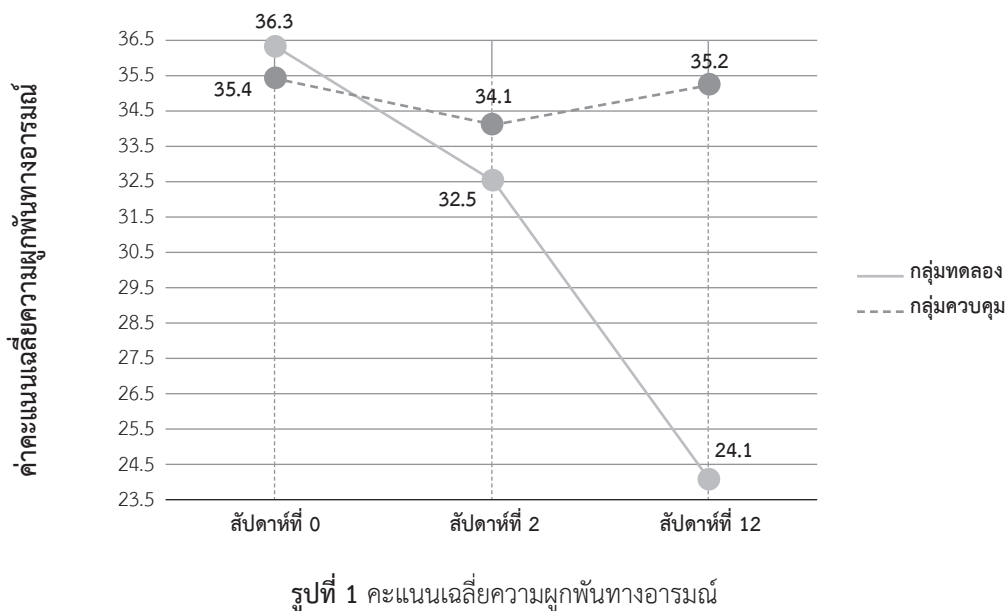
P<.05

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มร่วมกับหาความสัมพันธ์กับระยะเวลาเมื่อทำการประเมินความผูกพันทางอารมณ์ซ้ำเมื่อ 2 และ 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ของทั้ง 2 กลุ่ม และระยะเวลาที่ประเมินมี

ความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป ค่าคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์จะลดลง โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ลดลงมากกว่าคะแนนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F66.8, p-value <.01) และเมื่อพิจารณา

แนวโน้มการลดลงของคะแนนในช่วง 2 สัปดาห์แรกมีความคล้ายกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่หลังจากนั้นเมื่อประเมินซ้ำเมื่อสัปดาห์ที่ 12 พบว่าคะแนน

ของกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มกลับมาเกือบเหมือนเดิม ในขณะที่คะแนนกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงดังรูปที่ 1



วิจารณ์

โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เป็นโปรแกรมสำหรับอบรมผู้ดูแลให้เห็นความสำคัญของความผูกพันทางอารมณ์ และให้ผู้ดูแลสามารถนำสิ่งที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้เวลาร่วมกับบุตรหลานในกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อเสริมสร้างให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลและบุตรหลานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมการอบรมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีความผูกพันทางอารมณ์²⁸ ผสมผสานให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่พ่อแม่ผู้ดูแลควรใช้เวลากับบุตรหลาน คือ การกิน การกอด การเล่น และการเล่านิทาน ในโปรแกรมฯ มีสื่อและกิจกรรม

ให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลให้เห็นความสำคัญของความผูกพันทางอารมณ์ และให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางอารมณ์ของลูกมากยิ่งขึ้น ร่วมกับการสร้างวินัยเชิงบวก

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้จากผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ผ่านการอบรมตามโปรแกรมฯ ได้เห็นความสำคัญของความผูกพันทางอารมณ์ และนำไปปรับใช้กับบุตรหลานที่บ้าน และค่าคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อวัดซ้ำที่ 3 เดือนหลังจบโปรแกรม แสดงให้

ว่าผลของโปรแกรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรหลานของผู้ดูแลที่เข้ารับการอบรมมีความต่อเนื่องยาวนานกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการให้คำแนะนำหรือการดูแลแบบดั้งเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Zeijl และคณะ¹⁸ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มความไวของมารดา (parental sensitivity) และการสร้างวินัยเชิงบวก (positive discipline) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์พบว่ามารดามี parental sensitivity เพิ่มขึ้น ค่าคะแนนปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างมารดาและบุตรเพิ่มขึ้น และผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับมารดามีความต่อเนื่องยาวนานกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อทำการติดตามต่อหลังจบการศึกษา โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเป็นโปรแกรมระยะสั้น ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมในการอบรม 5 ครั้ง ทำให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องทุกราย ลดการออกจากโปรแกรมกลางคัน (drop out) ซึ่งส่งผลดีต่อผลการรักษามากกว่าโปรแกรมระยะยาวซึ่งพบการออกจากการศึกษากลางคันมากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nix และคณะในปี ค.ศ. 2009 ที่พบว่าการจัดกลุ่มกิจกรรมให้กับผู้ปกครองเกี่ยวกับ positive parenting เพื่อเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและบุตร ทั้งหมด 22 ครั้ง มีผู้ดูแลร้อยละ 75 ที่เข้าร่วมกิจกรรม 11 ครั้ง จาก 22 ครั้ง และมีเพียงร้อยละ 25 ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมากกว่า 20 ครั้ง²⁹ ในขณะที่ผลการศึกษา Meta-analysis ของโปรแกรมส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์ ในปี ค.ศ. 2008 พบว่าโปรแกรมที่ทำในชุมชนแบบระยะสั้น มีจำนวนครั้งน้อย ได้ผลดีกว่าโปรแกรมที่มีจำนวนครั้งมากหรือโปรแกรมระยะยาว¹⁹ โปรแกรมระยะสั้นที่มีการศึกษาในต่างประเทศ เช่น The early childhood version of the Family Check-Up

(FCU)^{30,31} ที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการจัดการพฤติกรรมเด็ก ในเด็กชายอายุ 17-27 เดือน ที่มาจากครอบครัวรายได้น้อยใช้เวลา 3 ครั้ง ครั้งละ 1-1.5 ชั่วโมงในการพูดคุยให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลบุตรหลานพบว่าหลังเข้าโปรแกรม ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลบุตรหลานเชิงบวกเพิ่มขึ้น ปัญหาพฤติกรรมของเด็กลดลง ระดับความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ดูแลดีขึ้น ปัจจัยต่อมาที่ช่วยทำให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลบุตรหลาน คือ การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ผู้รับการอบรมสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเอง ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความสำคัญของการใช้เวลากับลูกที่ผู้ดูแลจะได้รับชมก่อนการทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ซึ่งถือเป็นกิจกรรมขั้นสร้างความรู้สึก ซึ่งถ้ากิจกรรมในขั้นนี้สามารถโน้มน้าวให้ผู้เข้าอบรมรู้สึกร่วมไปกับวีดิทัศน์แล้วย้อนคิดถึงประสบการณ์เดิมของตนเองได้จะส่งผลให้ผู้เข้ารับการอบรมเห็นถึงความสำคัญของการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ได้เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมการอบรมจะมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และสามารถจัดระบบความคิด ความเชื่อ และสร้างเป็นเจตคติตามจุดมุ่งหมายของผู้สอนได้ดียิ่งขึ้น³² ซึ่งสังเกตได้จากหลังจบวีดิทัศน์ผู้ดูแลมีความกระตือรือร้นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเมื่อเข้าสู่กิจกรรมที่ต้องลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลสามารถสร้างสรรค์วิธีการส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบุตรหลานของตนเองได้เป็นอย่างดี Campbell และ Palm ในปี ค.ศ. 2003³³ ได้เสนอวิธีการเรียนรู้ของผู้ปกครองแบบกลุ่ม ว่าเป็นวิธีที่ทำให้พ่อแม่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งเจตคติ ความเชื่อ เกิดความรู้และทักษะใหม่ที่เกิดจากการ

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่หลากหลาย ซึ่งกระบวนการนี้ต้องมีผู้นำกลุ่มที่มีความรู้เป็นผู้ช่วยเหลือสร้างบรรยากาศที่ดีช่วยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนและสรุปประเด็น สิ่งสำคัญคือการเน้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมและเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมเมื่อผู้ดูแลได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผ่านไปแต่ละสัปดาห์และได้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติที่บ้าน เช่นกลับไปเล่นกับบุตรหลาน ใช้เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ กับบุตรหลานมากขึ้น และเห็นว่าบุตรหลานมีการตอบสนองต่อการปฏิบัติของผู้ดูแลในทางที่ดีขึ้น จึงยังเป็นแรงเสริมให้ผู้ดูแลกลับมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีการเล่าสู่กันฟังและเกิดการชื่นชมและให้กำลังใจกัน นำไปสู่การกลับไปปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับมารดาของ Constantino และคณะในปี 2001¹⁶ ที่พบว่ามารดาที่มีความไวในการตอบสนองทารกเพิ่มขึ้นหลังเข้ากลุ่มกิจกรรมผู้ปกครองจำนวน 10 ครั้ง และของ Field ในปี 1998¹⁷ ที่มีการจัดกิจกรรมกลุ่มมารดาที่มีปัญหาสารเสพติดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร จำนวน 16 ครั้ง และพบว่ากิจกรรมกลุ่มช่วยให้มารดาและบุตรมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น จากการที่มารดาเข้าใจบุตรและตอบสนองความต้องการของบุตรได้ดีขึ้นหลังเข้ากลุ่ม

ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ 1) การเลือกจังหวัดที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ไม่ได้เกิดจากการสุ่ม แต่เป็นจังหวัดที่มีความพร้อม และมีการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยมาโดยตลอด อาจทำให้มีผลการพัฒนาการอยู่ในระดับค่อนข้างดีกว่าจังหวัดอื่น ๆ 2) การดำเนินการวิจัยโปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ฯ ในพื้นที่ อาจทำพร้อมกับโครงการส่งเสริมพัฒนาการอื่นจากหน่วยงานอื่น เช่น

กรมอนามัย กระทรวงพัฒนาสวัสดิการสังคม ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถจำกัดการปนเปื้อนจากโปรแกรมอื่น ๆ ในพื้นที่ได้ 3) อาจเกิดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้ แม้จะมีการแยกวันในการทำกลุ่มอย่างชัดเจน แต่กลุ่มตัวอย่างอาจอาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันและมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายนอกได้ 4) การประเมินความผูกพันทางอารมณ์ในการวิจัยนี้ ผู้ดูแลที่เข้ารับการอบรมเป็นผู้ประเมินเอง ซึ่งประเมินจากพฤติกรรมของบุตรหลานที่บ้าน ไม่ได้ประเมินโดยทีมผู้วิจัยจึงอาจเกิดอคติได้ 5) การติดตามผลของโปรแกรมระยะสั้นเกินไป มีเพียงการติดตามหลังจบโปรแกรม 3 เดือนเท่านั้น ควรมีการประเมินติดตามความคงอยู่ของโปรแกรมฯ ต่อเนื่องนานกว่านี้ 6) โปรแกรมนี้ทำในกลุ่มเด็กปกติ ไม่ได้เป็นเด็กกลุ่มเสี่ยง อาจต้องการการศึกษาผลเฉพาะกลุ่มต่อไป การนำผลวิจัยนี้ไปใช้ในเด็กกลุ่มเสี่ยงจึงควรคำนึงถึงข้อจำกัดนี้ 7) โปรแกรมนี้ไม่ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงในการดูแลบุตรที่บ้าน และไม่ได้มีการแนะนำการแก้ไขปัญหาวินัยพฤติกรรมเชิงบวกแบบรายบุคคล ซึ่งอาจมีความจำเป็นในบางราย

ในการศึกษาครั้งถัดไป ควรทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร ซึ่งน่าจะมีการกระจายตัวของประเทศได้ดีขึ้น ในขั้นตอนการประเมินความผูกพันทางอารมณ์ ควรมีการประเมินความผูกพันทางอารมณ์จากเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการประเมินความผูกพันทางอารมณ์ด้วยแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์โดยผู้ปกครอง นอกจากนี้ควรทำการศึกษาในเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มมารดาซึมเศร้า กลุ่มมารดาวัยรุ่น หรือกลุ่มมารดาใช้สารเสพติด และควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพัน

ทางอารมณ์ต่อการเพิ่มของระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ต่อไปในอนาคต

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย มีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลและบุตรหลาน เป็นโปรแกรมที่มีโครงสร้างและขั้นตอนการทำกิจกรรมที่ชัดเจน บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ได้ง่าย แม้ว่าจะต้องผ่านการอบรมในการใช้คู่มือสื่อโปรแกรมฯ และสามารถทำการจัดกิจกรรมได้ภายใน 3-5 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับผู้ดูแลที่จะเข้าร่วมการอบรม เนื่องจากใช้เวลาน้อย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้วิจัยภาคสนามในจังหวัดน่าน้องทั้ง 6 จังหวัด ที่ร่วมออกแบบโปรแกรมฯ ให้ข้อเสนอแนะในขั้นตอนการเก็บข้อมูล เป็นผู้ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ รวมถึงการติดตามผลการนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ ขอขอบคุณผู้ดูแลทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัยนี้

ความรู้เดิม: ความรู้เรื่องความผูกพันทางอารมณ์ช่วยส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย

ความรู้ใหม่: การออกแบบโปรแกรมที่ส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์ แบบวัดความผูกพันทางอารมณ์ การพัฒนาแบบวัดความผูกพันทางอารมณ์ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การนำโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ไปเผยแพร่ให้กับกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อนำไปใช้ในกลุ่มผู้ปกครองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปี 2553 (เอกสารอัดสำเนา) [National developmental survey of children 0-5 years 2010] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2554 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ส.ค. 2561]. จาก: http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1526 Thai.
2. อภิชัย มงคล, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิพิสิฐ, ปราณี ชาญณรงค์, พรทิพย์ วชิรดิถ, พชรินทร์ อรุณเรือง และคณะ. สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย [National intelligence quotient survey of Thai students in 2011]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2555;20:79-89. Thai.
3. สถาบันราชานุกูล. รายงานผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กไทยวัยเรียน: ช่องว่างระหว่างเด็กไทยเขตเมืองและเขตชนบท [National intelligence quotient and emotional quotient surveillance of Thai students] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2557 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2561]. จาก: http://www.rajanakul.go.th/new/index.php?mode=maincontent&group=225&id=3867&date_start=&date_end= Thai.
4. Hedwig J VB, Marianne J RW. Parenting and development of one-year-old : links with parental, contextual and child characteristics. Child Dev. 2002;73:256-73.
5. National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network. The relation of child care to cognitive and language development. Child Dev. 2000;71:960-80.
6. Erin BR, Amanda R HH, Karyn BP, David RC. Mental state language development : the longitudinal roles of attachment and maternal language. Infant Ment health J. 2017;38:329-42.
7. Dozier M, Bernard K. Attachment: normal development, individual difference and association with experience. In: Thapa A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, editors. Rutter's child and adolescent psychiatry, 6th ed. Chichester, West Sussex: John Wiley & Son, Ltd; 2015. p. 65-75.

8. Tharner A, Luijk MP, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Jaddoe VVW, Hofman A, et al. Infant attachment, parenting stress, and child emotional and behavioral problems at age 3 years. *Parent Sci Pract.* 2012;12:261-81.
9. West KK, Mathews BL, Kerns KA. Mother-child attachment and cognitive performance in middle childhood: an examination of mediating mechanisms. *Early Child Res Q.* 2013;28:259-70.
10. Jacobson T, Hofmann V. Children's attachment representation: longitudinal relations to school behavior and academic competency in middle childhood and adolescence. *Dev Psychol.* 1997;33:703-10.
11. Schneider BH, Atkinson L, Tardif C. Child-parent attachment and children's peer relations: a quantitative review. *Dev Psychol.* 2001;37:86-100.
12. DeVito C, Hopkins J. Attachment, parenting, and marital dissatisfaction as predictors of disruptive behavior in preschoolers. *Dev Psychopathol.* 2001;13:215-31.
13. Biringen Z, Altenhofen S, Aberle J, Baker M, Brosal A, Bennett S, et al. Emotional availability, attachment, and intervention in center-based child care for infants and toddlers. *Dev Psychopathol.* 2012;24:23-34.
14. Scharfe E. Benefits of mother goose: influence of a community-based program on parent-child attachment relationships in typical families. *Child Welfare.* 2011;90:9-26.
15. Van IJzendoorn HM. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull.* 1995;117:387-403.
16. Constantino JN, Hashemi N, Solis E, Alon T, Haley S, McClure S, et al. Supplementation of urban home visitation with a series of group meetings for parents and infant: results of a "real-world" randomized, controlled trial. *Child Abuse Negl.* 2001;25:1571-81.
17. Field TM, Scafidi F, Pickens J, Prodomidis M, Pelaez NM, Torquati J, et al. Polydrug using adolescent mothers and their infants receiving early intervention. *Adolescence.* 1998;33:117-43.
18. Van Zeijl J, Mesman J, Van IJzendoorn MH. Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1-to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74:994-1005.
19. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F, editors. *Less is more, meta-analytic arguments for use of sensitivity focused interventions. promoting positive parenting, an attachment – base intervention.* New York: Taylor & Francis Group; 2008;59-74.
20. Ainsworth M DS, Bell SM, Stayton DF. Infant-mother attachment attachment and social development: social as a product of reciprocal responsiveness to signal. In M P Richards, editor. *The integration of a child into a social world.* New York: Cambridge University Press; 1974. p. 99-135.
21. Selcuk E, Günaydin G, Sumer N, Harma M, Salman S, Hazan C, et al. Self-reported romantic attachment style predicts everyday maternal caregiving behavior at home. *J Res Pers.* 2010;44:544-9.
22. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum. [Internet]. 1978 [cited 2018 May 12]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/1097-0355%28198021%291%3A1%3C68%3A%3AAID-IMHJ2280010110%3E3.0.CO%3B2-3>
23. Waters E. *Attachment behavior Q-set (Revision 3.0).* [Internet]. 1978 [cited 2018 May 12]. Available from: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aqs_items.pdf
24. Crittenden PM. *The Preschool Assessment of Attachment: coding manual.* Unpublished manuscript [Internet]. 1992 [cited 2018 May 12]. Available from: <https://www.iasa-dmm.org/images/uploads/court%20protocol%204-PAA%20description.pdf>

25. Finzi R. Attachment style classification questionnaire for latency age children. [Internet]. 2012 [cited 2019 March 24]. Available from: <http://www.midss.org/content/attachment-style-classification-questionnaire-latency-age-children>
26. Kappenberg ES, Halpern DF. Kinship Center Attachment questionnaire: Development of a caregiver-completed attachment measure for children under six years of age. *Educ Psychol Meas.* 2006;66:852-73.
27. วนิดา ชนินทุททวงศ์, สุจริง ว่องเดชากุล. คู่มือดำเนินงานโครงการพัฒนา IQ EQ เด็กวัย 0-5 ปี ภายใต้โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว: เพื่อพัฒนาคุณภาพแม่และเด็ก 0-5 ปี พ.ศ. 2552 [Operation manual in IQ and EQ development project for children 0-5 years]. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พลับลิชชิ่ง; 2552. Thai.
28. Bert P, Glen C, Kent H, Bob M, editors. Hidden in plain sight the critical importance of secure attachment. In *The circle of security intervention enhancing attachment in early parent child relationships.* New York: The Guildford Press. 2014;11-9C.
29. Nix RL, Bierman KL, MaMahon RJ. Conduct problems prevention research group. How attendance and quality of participation affect treatment response to parent management training. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77:429-38.
30. Dishion TJ, Shaw D, Connell A, Garder F, Weaver C, Wilson M. The family check-up with high risk indigent families: preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood. *Child Dev.* 2008;79:1395-414.
31. Dishion TJ, Kavanagh K. Intervening in adolescent problem behavior: a family-centered approach. New York: Guildford Press; 2003.
32. วนิดา ชนินทุททวงศ์, บรรณาธิการ. คู่มือการเรียนรู้มีส่วนร่วม [Handbook of Participation Learning]. นนทบุรี: วงศ์กมลโปรดักชั่น; 2543. Thai.
33. Campbell D, Palm GF. editors. Group parent education : promoting parent learning and support. 1st ed. [eBook]. California: Sage Publications Inc; 2014 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <http://sk.sagepub.com/books/group-parent-education/n1.xml>

นิพนธ์ต้นฉบับ

การสำรวจความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของแพทย์ผู้สำเร็จ การศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560

วันรับ : 16 สิงหาคม 2561

วันแก้ไข : 14 ธันวาคม 2561

วันตอบรับ : 24 ธันวาคม 2561

ชนกานต์ ชัชวาลา, พ.บ., จตุพร แสงกุล, พ.บ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ภายหลังจากสำเร็จการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา พ.ศ. 2560

วิธีการ: เป็นการสำรวจแบบพรรณนาภาคตัดขวางในบัณฑิตแพทย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว การเรียน และลักษณะงาน 2) แบบสอบถามเรื่องความวิตกกังวล ต่อสมรรถนะในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม โดยอ้างอิงตามหลักสูตรของการเรียนการสอนวิชาเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R และใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอ เป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล: บัณฑิตแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 118 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุเฉลี่ย 24.5 ปี (ร้อยละ 64.4) ภูมิลำเนา อยู่ในภาคใต้ (ร้อยละ 89.8) บัณฑิตแพทย์ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) แสดงความกังวลต่อสมรรถนะของตนมากที่สุด ในหมวดจิตเวชฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก บัณฑิตแพทย์มีความวิตกกังวลในการ วินิจฉัยและรักษากาเหวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุด (ร้อยละ 33.9 และ ร้อยละ 38.1) ในขณะที่โรคจิตเวชผู้ใหญ่ มีความวิตกกังวลในการวินิจฉัยและรักษาโรคยาเสพติด (ร้อยละ 28.0) ในภาพรวมบัณฑิตแพทย์ระบุว่าวิตกกังวล ในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกและการใช้ยาจิตเวช

สรุป: บัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 มีความวิตกกังวล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และการรักษาด้วยการใช้ยา โดยระบุว่ามีความวิตกกังวล ในการดูแลรักษากาเหวะจิตเวชฉุกเฉิน และโรคสารเสพติด

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล แพทยศาสตรบัณฑิต แพทยศาสตรศึกษา เวชปฏิบัติจิตเวชกรรม

ติดต่อผู้นิพนธ์: ชนกานต์ ชัชวาลา; e-mail: jchonnak@gmail.com

Original Article

A survey concerning the psychiatric practices of medical doctors, who graduated from Prince of Songkla University in 2017

Received : 16 August 2018

Revised : 14 December 2018

Accepted: 24 December 2018

Chonnakarn Jatchavala, M.D., Jaturaporn Sangkool, M.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Abstract

Objectives: This study aims to survey the concerns regarding self-competency in psychiatric management among medical doctors who graduated from the Prince of Songkla University in 2017.

Methods: The survey is a descriptive, cross-sectional study, with the target population being medical doctors who graduate in 2017. The study tool was a self-administered questionnaire, divided into two parts: 1) Personal information and their medical career 2) Self-competency on their psychiatric practice that was the result of their psychiatric rotation according to the curriculum endorsed by the Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. The data was analysed using R programme to compute descriptive statistics on the respondent's and responses in frequency, percentage, articulate mean and standard deviation.

Results: From the 118 medical doctors who agreed to participate, most were 24.5-year-old, females (64.4%), living in southern Thailand (89.8%). Half of them felt uneasy when having to deal with aggressive and violent patients (50.0%). Regarding child psychiatric patients, they pointed out that they worried about diagnosing and treating children with intellectual disability (33.9% and 38.1% respectively). Whereas, for the adult patients, they were most concerned about treating patients with substance-related disorders (28.0%). Overall, these doctors stated that they felt uncomfortable seeing psychiatric patients at their out-patients unit and in using psychiatric drugs.

Conclusion: Medical doctors who graduated from the Prince of Songkla University in 2017 demonstrated anxiety towards outpatient practice at psychiatric clinic, and in dispensing psychiatric drugs. They also stated they were most concerned with emergency psychiatry and child psychiatric practice. However, these doctors showed the most concerns for treating substance-related disorders.

Key words: concern, Doctor of Medicine, medical education, psychiatric practice

Corresponding author: Chonnakarn Jatchavala; e-mail: jchonnak@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกประกาศโครงการเพื่อลดช่องว่างในการบริการสุขภาพจิต หรือ WHO's Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) ในปี พ.ศ. 2551 หนึ่งในหลักการดังกล่าวคือ การเสริมสร้างความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพจิต ในผู้ให้บริการทางสุขภาพอื่น ๆ ที่มีผู้ใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์¹ ในที่นี้รวมไปถึงบัณฑิตแพทย์หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในบริบทของประเทศไทยและมีรายงานเรื่องการติตรากล่าวโทษผู้ป่วยจิตเวชในระบบบริการทางสุขภาพทั่วโลก ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาในด้านอื่น ๆ ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการบันทึกว่ามีประวัติการรักษาทางจิตเวชมาก่อน²

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในประเทศไทยแคนาดารายงานว่า ร้อยละ 2.0-2.5 ของผู้ป่วยมาพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพื่อรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต³ โดยร้อยละ 50.0 ของแพทย์แจ้งว่าตนไม่ทราบแหล่งในการขอความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาที่เหมาะสมในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม³ และจากการสำรวจในประเทศอินเดีย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานพยาบาลปฐมภูมิถึงร้อยละ 98.5 ระบุว่าตนต้องการอบรมและฝึกหัดเวชปฏิบัติด้านจิตเวชศาสตร์ที่มีคุณภาพดีกว่านี้⁴ เกือบทั้งหมดแสดงความวิตกกังวลอย่างมากกับเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม โดยร้อยละ 79.7 ของแพทย์ดังกล่าวยอมรับว่าตนไม่อาจรับมือต่อผู้ป่วยจิตเวชได้ดีพอและอีกรายงานหนึ่งพบว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มีความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคจิตเวชทั่วไป เช่น ซึมเศร้า (depression) วิตกกังวล (anxiety) และโรคจิต (psychosis)⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาจากอีกภูมิภาคหนึ่งของประเทศอินเดีย ระบุว่าหนึ่งในสามของบัณฑิตแพทย์

รายงานว่ตนไม่ได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่นำมาใช้ในเวชปฏิบัติได้จริงจากหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต⁵

ทั้งนี้ งานวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาหลายประเทศพบว่าการส่งต่อเพื่อรักษาโรคจิตเวชสร้างความลำบากใจต่อผู้รับ ผู้ส่ง และผู้ป่วย นอกจากเหตุการณ์ติตรากล่าวโทษทางสังคมแล้ว แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเองยังแสดงความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อสมรรถนะของตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสม⁵ แม้แต่ในประเทศแคนาดาเอง สมาคมแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวและเครือข่ายรายงานว่าการบริการด้านสุขภาพจิตยังไม่เหมาะสมตามมาตรฐานเท่าที่ควรและมีความจำเป็นต้องปรับปรุงการบริการด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางสุขภาพในระดับต่าง ๆ⁶ โดยเฉพาะเมื่อพบว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชส่วนมากไม่ได้พบจิตแพทย์ แต่ได้รับการรักษาและติดตามผลโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในระดับปฐมภูมิ แม้ความสามารถในการตรวจ วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยของแพทย์เหล่านั้นจะได้รับการประเมินอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจนักก็ตาม⁶

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของแต่ละประเทศมีเนื้อหาปลีกย่อยแตกต่างกัน แต่หนึ่งในคุณสมบัติของบัณฑิตแพทย์ไทยประกาศโดยแพทยสภา ปี พ.ศ. 2555 คือ ทักษะในการตรวจ วินิจฉัย รักษา และดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นอย่างเหมาะสม⁷ ผู้วิจัยพบว่าการสำรวจที่ผ่านมาทั้งหมดเป็นการสำรวจในต่างประเทศ ส่วนการสำรวจเรื่องความวิตกกังวลต่อเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือ บัณฑิตแพทย์ในประเทศไทยยังมีจำกัด

ทั้งนี้ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เริ่มมีการสอนพื้นฐานการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 และการสอน

เชิงปฏิบัติการเรื่องการตรวจสภาพจิตตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 ซึ่งจะนำมาเน้นย้ำอีกครั้งในการสอนบรรยายอย่างละเอียดรวมกับการสอนบรรยายเรื่องยาทางจิตเวชพื้นฐานในชั้นปีที่ 5 โดยนักศึกษาแพทย์จะใช้เวลา 3 สัปดาห์ในการเรียนที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ส่วนในการเรียนชั้นปีที่ 4 ใช้เวลา 5 สัปดาห์ เน้นการสอนบรรยายเรื่องโรคจิตเวชทั่วไป และการอภิปรายผู้ป่วย แต่เมื่อขึ้นชั้นปีที่ 6 (ระยะเวลา 2 สัปดาห์) รายวิชาเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมจะเน้นย้ำการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงมากขึ้น การสอนบรรยายเรื่องยาจิตเวช เน้นการใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป และมีกิจกรรมกลุ่มการพบญาติผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับสหวิชาชีพในชุมชน โดยนักศึกษาแพทย์ชั้นตั้งแต่ปีที่ 4 ถึงชั้นปีที่ 6 มีการเรียนและปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และจิตเวชเด็กตลอดรายวิชาทั้งสามชั้นปี⁸

การสำรวจนี้จึงเป็นทั้งงานวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาที่เป็นข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้เรียน เพื่อปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนแพทยศาสตรบัณฑิตให้สอดคล้องต่อความต้องการของบัณฑิตแพทย์ผู้ปฏิบัติจิตเวชกรรมภายหลังสำเร็จการศึกษา และเป็นการศึกษาเพื่อปรับปรุงระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับปฐมภูมิของประเทศไทยไปพร้อมกัน

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (descriptive and cross-sectional survey) ในบัณฑิตแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 ระหว่างการสมัครปริญญาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2561 โดยเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ลักษณะงาน การเรียน และการดำรงชีวิต 2) แบบสอบถามเรื่องความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม 35 ข้อ โดยอ้างอิงตามหลักสูตรและวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนวิชาเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประเมินความสามารถและความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของตนภายหลังจากจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 และผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

แบบสอบถามนี้ไม่มีการรวมคะแนนหรือมีการตัดคะแนน แต่ได้ให้คำนิยามความวิตกกังวลไว้เพื่อความชัดเจนว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่ไม่สบาย และเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่บรรยายไม่ได้ชัดเจน ประกอบด้วยความรู้สึกหวั่นวิตกโดยไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งเร้าหรือเหตุที่ควรทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว และยังมีอาการทางสรีรวิทยาของร่างกายเกิดร่วมอีกด้วย เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก โดยจะเป็นมากเกินไปกว่าที่คาดหวังไว้ แต่ไม่ถึงขั้นเป็นโรคจิตเวชคือ โรควิตกกังวล⁹ และให้บัณฑิตแพทย์แบ่งระดับโดยอัตวิสัยคือ 1 คะแนน แปลว่า ไม่วิตกเลย 2 คะแนน แปลว่า วิตกกังวลบ้าง 3 คะแนน แปลว่า วิตกกังวล 4 คะแนน แปลว่า วิตกกังวลมาก

ผู้วิจัยทำหน้าที่ขออนุญาตรองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยผ่านการฝึกอบรมจากผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์จิตแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ เป็นผู้แจกแบบสอบถามเพื่อลดความรู้สึกอึดอัดใจหรือเกรงใจอาจารย์ผู้สอนก่อนแจกแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการแจ้งและขอคำยินยอมโดยรวมด้วยวาจาก่อน

บัณฑิตแพทย์ที่ไม่ต้องการเข้าร่วมการสำรวจ สามารถไม่ขอรับแบบสอบถามจากผู้ช่วยวิจัยได้ ส่วนบัณฑิตแพทย์ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ตอบแบบสอบถามทั้งสองส่วนด้วยตนเองก่อนนำส่งคืน โดยข้อมูลทั้งหมดจะปกปิดไว้เป็นความลับ ไม่สามารถระบุตัวตน และเก็บรักษาไว้ในช่องปิดผนึก การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (REC61-1173-1)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentile) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (standard deviation) ส่วนข้อมูลความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม นำเสนอเป็นระดับความวิตกกังวล 2 ระดับ คือ วิตกกังวลจนถึงวิตกกังวลเป็นอย่างมาก และไม่วิตกกังวลหรือวิตกกังวลบ้าง

ผล

บัณฑิตแพทย์ที่เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 118 คน จากบัณฑิตแพทย์ที่เข้าร่วมพิธีการขอรับปริญญาทั้งสิ้น 181 คน ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและลักษณะงาน การเรียนและการดำเนินชีวิต แสดงไว้ในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบัณฑิตแพทย์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	42 (35.6)
หญิง	76 (64.4)
อายุ (ปี)	
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	24.5±0.6 (23-27)
ภูมิลำเนาจังหวัด	
สงขลา	55 (46.6)
จังหวัดในภาคใต้	37 (31.4)
3 จังหวัดชายแดนใต้	14 (11.9)
จังหวัดในภาคอื่น ๆ	12 (10.2)
ศาสนา	
พุทธ	113 (95.8)
อิสลาม	3 (2.5)
คริสต์	2 (1.7)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบัณฑิตแพทย์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เกรดเฉลี่ยสะสมเมื่อจบการศึกษา	
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	3.4±0.3 (2.5-3.99)
โรคประจำตัวทางกาย	
ไม่มี	104 (88.1)
มี	13 (11.0)
ไม่ตอบ	1 (0.8)
โรคประจำตัวทางจิต	
ไม่มี	115 (97.5)
มี	1 (0.8)
ไม่ตอบ	2 (1.7)

ตารางที่ 2 ลักษณะงาน การเรียน และการดำรงชีวิต

ลักษณะงานและการดำรงชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)
การวางแผนศึกษาต่อ	
ยังไม่คิดเรียนต่อ	27 (22.8)
อายุรศาสตร์	17 (14.4)
เวชศาสตร์ครอบครัว	13 (11.0)
กุมารเวชศาสตร์	11 (9.3)
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	8 (6.8)
ศัลยศาสตร์	8 (6.8)
สูตินรีเวชศาสตร์	7 (5.9)
จิตเวชศาสตร์	4 (3.4)
โสต ศอ นาสิกวิทยา	3 (2.5)
รังสีวิทยา	3 (2.5)
วิสัญญีวิทยา	3 (2.5)
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	3 (2.5)
พยาธิวิทยา	2 (1.7)

ตารางที่ 2 ลักษณะงาน การเรียน และการดำรงชีวิต (ต่อ)

ลักษณะงานและการดำรงชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)
เวชปฏิบัติทั่วไป	2 (1.7)
ระบาดวิทยา	2 (1.7)
จักษุวิทยา	1 (0.8)
จุลชีววิทยา	1 (0.8)
เวชศาสตร์ชะลอวัย	1 (0.8)
ไม่ตอบ	2 (1.7)
ความเครียดจากการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ในระดับแพทยศาสตรบัณฑิต	
ไม่มี	109 (92.4)
มี	9 (7.6)
เหตุผลในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน	
ใกล้บ้าน	49 (41.5)
โอกาสในการศึกษาต่อ	21 (17.8)
ลักษณะงาน/สถานที่ทำงานสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต (life style)	20 (16.9)
รายได้	7 (5.9)
ข้อผูกมัดทุนการศึกษา	6 (5.1)
มีความประทับใจในระบบการทำงาน	5 (4.2)
ติดตามคู่สมรส/คนรัก	4 (3.4)
ติดตามเพื่อนสนิท	4 (3.4)
มีความประทับใจในแพทย์รุ่นพี่	2 (1.7)

ภายหลังสำเร็จการศึกษาในระดับแพทยศาสตรบัณฑิต บัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.6) ประเมินตนเองว่าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลเลย หรืออาจมีวิตกกังวลบ้างในการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยจิตเวช ในขณะที่ร้อยละ 15.3 ระบุว่ามีความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมาก ในการตรวจสภาพจิตผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมากกว่าการซักประวัติและตรวจร่างกายเกือบสองเท่า (ร้อยละ 8.5)

ในหมวดของการดูแลและรักษาผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอก (outpatient unit) ร้อยละ 80.5 แสดงความวิตกกังวลบ้างหรือไม่วิตกกังวลเลยในการวินิจฉัยโรคจิตเวช ใกล้เคียงกับการรักษาโรคจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกคือ ร้อยละ 83.1 โดยโรคจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์รู้สึกวิตกกังวลในการวินิจฉัยมากที่สุดคือโรคจิตเวชที่เกิดจากโรคทางกาย หรือ organic mental disorder (ร้อยละ 26.3) รองลงมาคือ โรคจิต หรือ

psychosis (ร้อยละ 22.9) ในขณะที่บัณฑิตแพทย์แสดงความกังวลน้อยที่สุด ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือ depressive disorder เท่า ๆ กับการวินิจฉัยโรควิตกกังวล (anxiety disorder) นั่นคือ ร้อยละ 84.7 ระบุว่าไม่วิตกกังวลเลยหรือกังวลบ้างในการวินิจฉัยโรคดังกล่าว ทั้งนี้ บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลจนถึงกังวลมากในการรักษาด้วยการใช้ยาในแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่าการบำบัดทางจิตเบื้องต้น หรือ basic psychological support เล็กน้อย (ร้อยละ 32.2 และ 28.0 ตามลำดับ)

เมื่อเทียบกับการดูแลและรักษาผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกแล้ว บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลในการดูแลรักษาผู้ป่วยใน (inpatient unit) น้อยกว่า (ร้อยละ 18.6) และรู้สึกวิตกกังวลมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชด้วยยามากกว่าการบำบัดทางจิตเบื้องต้น (ร้อยละ 29.7 และ 24.6 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ในหมวดแผนกผู้ป่วยนอกด้วยกัน บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมากในการดูแลและรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กมากกว่าจิตเวชผู้ใหญ่อย่างชัดเจน ทั้งการวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคจิตเวชเด็กในภาพรวม คือ บัณฑิตแพทย์เพียง ร้อยละ 63.6 และ ร้อยละ 66.1 ตามลำดับเท่านั้นที่บอกว่าตนไม่วิตกกังวลหรือวิตกกังวลบ้างเล็กน้อย โดยโรคที่บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมากที่สุดทั้งการวินิจฉัยและการรักษา คือ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือ Mental retardations (ร้อยละ 33.9 และ 38.1 ตามลำดับ) แต่โรคที่บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลน้อยที่สุดคือ

วิตกกังวลน้อยมากหรือไม่วิตกกังวลเลยในการวินิจฉัย เช่นเดียวกับการรักษา คือ โรคสมาธิสั้น หรือ ADHD (ร้อยละ 77.1 และ ร้อยละ 73.7 ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นหมวดที่บัณฑิตแพทย์แสดงความกังวลใจมากที่สุดในทุก ๆ หมวด ตั้งแต่ภาพรวมของการดูแลรักษา คือ บัณฑิตแพทย์ร้อยละ 39.0 แสดงความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมากที่สุดสำหรับจิตเวชฉุกเฉิน โดยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) ของบัณฑิตแพทย์มีความวิตกกังวลอย่างมาก ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง และเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.5) แสดงความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมากในการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ส่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้านอื่น ๆ บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลสูงสุด ในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยยาเสพติด คือ ร้อยละ 28.0 ที่ระบุว่าตนวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมาก ซึ่งจัดว่าเป็นโรคจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์วิตกกังวลมากที่สุดในสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของตนเองในการศึกษาคั้งนี้ อย่างไรก็ตาม บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลน้อยมากหรือไม่วิตกกังวลเลยในการทำงานเป็นทีมกับพยาบาล พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ (ร้อยละ 85.6) รองลงมาคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน และการสร้างสัมพันธภาพทางการรักษากับผู้ป่วย คือ ร้อยละ 83.1 เท่ากันทั้งสองหมวด ข้อมูลความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์

ความวิตกกังวลต่อเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม	ระดับความวิตกกังวล; จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่วิตกเลย- วิตกกังวลบ้าง	วิตกกังวล- วิตกกังวลมาก	ไม่ตอบ
การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจสภาพจิตผู้ป่วยจิตเวช			
1. การซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยจิตเวช (history taking and physical examination)	101 (85.6)	10 (8.5)	7 (5.9)
2. การตรวจสภาพจิต (mental status examination) ผู้ป่วยจิตเวช	92 (78.0)	18 (15.3)	8 (6.8)
การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวช (outpatient unit)			
3. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชในภาพรวม (outpatient unit)	95 (80.5)	23 (19.5)	0 (0)
4. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรคซึมเศร้า (depressive disorder)	100 (84.7)	18 (15.3)	0 (0)
5. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder)	93 (78.8)	25 (21.2)	0 (0)
6. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรคจิต (psychosis)	90 (76.3)	27 (22.9)	1 (0.8)
7. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรคจิตที่เกิดจากโรคทางกาย (organic mental disorder)	87 (73.7)	31 (26.3)	0 (0)
8. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรควิตกกังวล (anxiety disorder)	100 (84.7)	18 (15.3)	0 (0)
9. การรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวชในภาพรวม (outpatient unit)	98 (83.1)	20 (16.9)	0 (0)
10. การรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวชด้วยการใช้ยา (psychiatric drug use)	80 (67.8)	38 (32.2)	0 (0)
11. การรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวชด้วยการบำบัดทางจิตเบื้องต้น (basic psychological support)	85 (72.0)	33 (28.0)	0 (0)
การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (child and adolescence psychiatry)			
12. การวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเวชเด็กในภาพรวม (outpatient unit)	75 (63.6)	43 (36.4)	0 (0)
13. การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก (ADHD)	91 (77.1)	27 (22.9)	0 (0)
14. การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคออทิสติกในเด็ก (autistic spectrum)	83 (70.3)	34 (28.8)	1 (0.8)
15. การวินิจฉัยผู้ป่วยโรค tic ในเด็ก	85 (72.0)	33 (28.0)	0 (0)
16. การวินิจฉัยผู้ป่วยปัสสาวะรดที่นอนในเด็ก (functional enuresis)	85 (72.0)	33 (28.0)	0 (0)

ตารางที่ 3 ความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ (ต่อ)

ความวิตกกังวลต่อเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม	ระดับความวิตกกังวล; จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่วิตกเลย- วิตกกังวลบ้าง	วิตกกังวล- วิตกกังวลมาก	ไม่ตอบ
17. การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคบกพร่องทางการเรียนในเด็ก (learning disorder)	80 (67.8)	38 (32.2)	0 (0)
18. การวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในเด็ก (mental retardations)	78 (66.1)	40 (33.9)	0 (0)
19. การรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กในภาพรวม	78 (66.1)	40 (33.9)	0 (0)
20. การรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก (ADHD)	87 (73.7)	29 (24.6)	2 (1.7)
21. การรักษาผู้ป่วยโรคออทิสติกในเด็ก (autistic spectrum)	77 (65.3)	41 (34.7)	0 (0)
22. การรักษาผู้ป่วยโรค tic ในเด็ก	78 (66.1)	40 (33.9)	0 (0)
23. การรักษาผู้ป่วยปัสสาวะรดที่นอนในเด็ก (functional enuresis)	75 (63.6)	43 (36.4)	0 (0)
24. การรักษาผู้ป่วยโรคบกพร่องทางการเรียนในเด็ก (learning disorder)	74 (62.7)	44 (37.3)	0 (0)
25. การรักษาผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในเด็ก (mental retardations)	73 (61.9)	45 (38.1)	0 (0)
การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยในจิตเวช (inpatient unit)			
26. การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชในภาพรวม (inpatient unit)	96 (81.4)	22 (18.6)	0 (0)
27. การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชด้วยการใช้ยา (psychiatric drug use)	83 (70.3)	35 (29.7)	0 (0)
28. การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชด้วยการบำบัดทางจิตเบื้องต้น (basic psychological support)	89 (75.4)	29 (24.6)	0 (0)
การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (emergency psychiatry)			
29. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (emergency care) ในภาพรวม	72 (61.0)	46 (39.0)	0 (0)
30. การดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (suicide)	61 (51.7)	56 (47.5)	1 (0.8)
31. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง (aggressive and violence)	58 (49.2)	59 (50.0)	1 (0.8)

ตารางที่ 3 ความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ (ต่อ)

ความวิตกกังวลต่อเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม	ระดับความวิตกกังวล; จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่วิตกเลย- วิตกกังวลบ้าง	วิตกกังวล- วิตกกังวลมาก	ไม่ตอบ
การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้านอื่น ๆ			
32. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน (community-based psychiatry)	98 (83.1)	20 (16.9)	0 (0)
33. การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยสารเสพติด (addiction psychiatry)	85 (72.0)	33 (28.0)	0 (0)
34. การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยติดสุรา (alcohol dependence)	90 (76.3)	28 (23.7)	0 (0)
35. การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยถอนสุรา (alcohol withdrawal syndrome)	96 (81.4)	22 (18.6)	0 (0)
36. การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยภาวะเพ้อสับสน (delirium)	100 (84.7)	18 (15.3)	0 (0)
37. การให้คำปรึกษาทางจิตเวช (counselling หรือ psycho education)	87 (73.7)	31 (26.3)	0 (0)
38. การสร้างสัมพันธภาพทางการรักษากับผู้ป่วยจิตเวช (therapeutic relationship)	98 (83.1)	20 (16.9)	0 (0)
39. การทำงานเป็นทีมกับพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ	101 (85.6)	17 (14.4)	0 (0)

วิจารณ์

การสำรวจครั้งนี้เป็นการวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาแขนงวิชาจิตเวชศาสตร์งานแรกในประเทศไทยที่ใช้ข้อมูลสะท้อนกลับจากนักศึกษาที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต นอกจากสามารถนำไปปรับปรุงหลักสูตรและการเรียนการสอนเพื่อตอบสนองกับความต้องการของผู้เรียนโดยน่าจะเชื่อว่า คำตอบค่อนข้างตรงไปตรงมา และน่าจะเชื่อถือมากกว่าการสำรวจในนักศึกษาที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา เพราะไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้สอน ยังสามารถนำมาปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขด้านจิตเวช เพื่อให้

เกิดความผิดพลาดอันเนื่องมาจากความไม่มั่นใจและไม่ชำนาญของแพทย์จบใหม่ให้น้อยที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ ได้แก่ แคนาดา และอินเดีย³⁻⁶ ในภาพรวมแล้ว บัณฑิตแพทย์ไทยที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 มีความวิตกกังวลในสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของตนภายหลังจากสำเร็จการศึกษาน้อยกว่าการศึกษาในประเทศดังกล่าว โดยเฉพาะการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยจิตเวช และการทำงานเป็นทีมกับพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นหมวดที่บัณฑิต

แพทย์มีความวิตกกังวลน้อยที่สุด (ร้อยละ 85.6) รองลงมาคือการสร้างสัมพันธภาพทางการรักษากับผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (ร้อยละ 83.1) นอกจากนี้บัณฑิตแพทย์ระบุว่าตนวิตกกังวลในการบำบัดด้วยจิตเบื้องต้นน้อยหรือไม่วิตกกังวลเลย ทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 75.4 และ ร้อยละ 72.0 ตามลำดับ) บ่งบอกว่าหลักสูตรและการเรียนการสอนจิตเวชศาสตร์ในองค์กรรวม การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด และการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ประสบความสำเร็จน่าพอใจ แต่หมวดที่บัณฑิตแพทย์มีความวิตกกังวลมากที่สุด คือ จิตเวชฉุกเฉิน โดยครึ่งหนึ่งของบัณฑิตแพทย์ (ร้อยละ 50.0) แสดงความวิตกกังวลอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง รองลงมา คือ การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าว มีความจำเป็นต้องใช้ความชำนาญและประสบการณ์มาก ทั้งโดยมากมักจะเป็นผู้ป่วยโรคจิตและยาเสพติด ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์ได้แสดงความวิตกกังวลสูงสุดเช่นเดียวกัน ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชเด็กมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในเด็กมักได้รับการรักษาที่แผนกกุมารเวชมากกว่าแผนกจิตเวช อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้บัณฑิตแพทย์รู้สึกว่าคุณไม่มี ความรู้ความชำนาญพอจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนคนไข้จิตเวชเด็ก และจิตเวชฉุกเฉิน ควรอาศัยความร่วมมือในการเรียนจิตเวชศาสตร์ร่วมกับวิชากุมารเวชศาสตร์ และ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เพื่อเสริมความรู้และประสบการณ์ให้มากขึ้นและลดความวิตกกังวลของบัณฑิตแพทย์ลง เช่นเดียวกับหลักสูตรของวิชาจิตเวชศาสตร์เองต้อง

เน้นย้ำการเรียนการสอนเรื่องโรคยาเสพติด การดูแลผู้ป่วยนอก และการรักษาโดยใช้ยาจิตเวชมากขึ้นด้วย ในส่วนของระบบการสาธารณสุขนั้น อาจจะต้องเพิ่ม การสนับสนุนในการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งกุมารแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ร่วมกับ จิตแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม การสำรวจนี้เป็นการสำรวจเบื้องต้นแบบตัดขวาง และเป็นการสำรวจความวิตกกังวลของบัณฑิตแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษา ซึ่งอาจตรงหรือไม่ตรงกับสมรรถนะที่แท้จริงในเวชปฏิบัติ จิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ เนื่องจากยังไม่ได้ปฏิบัติงานจริงในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือผ่านการปฏิบัติงานน้อยมาก จึงจำเป็นต้องมีการสำรวจต่อเนื่องไปภายหลังจากสำเร็จการศึกษาอย่างน้อย 1 ปี นอกจากนี้ บัณฑิตแพทย์ที่เข้าร่วมในการศึกษาเกือบทั้งหมดอยู่ในภาคใต้ ทำให้อาจไม่สามารถแสดงภาพรวมของบัณฑิตแพทย์ไทยทั้งหมด ดังนั้น การสำรวจเรื่องสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ จึงควรสำรวจกระจายทั่วประเทศ เพื่อให้ได้ภาพรวมที่แท้จริงและนำมาปรับปรุงวิชาจิตเวชศาสตร์ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตให้ตรงต่อความต้องการของบัณฑิตแพทย์ไทย

สรุป

บัณฑิตแพทย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 แสดงความวิตกกังวลในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจิตเวชเด็กมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และการรักษาด้วยการใช้ยามากกว่าการบำบัดทางจิตเบื้องต้น โดยระบุว่าภาวะจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์กังวลในสมรรถนะเวชปฏิบัติของ

ตนมากที่สุดคือ ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง และภาวะภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ส่วนโรคจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์วิตกกังวลในการดูแลมากที่สุด ได้แก่ โรคสารเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยได้รับทุนวิจัยแพทยศาสตรศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบคุณกองกิจการนักศึกษาที่อำนวยความสะดวกเก็บข้อมูลในระหว่างการทำวิจัย และขอขอบคุณอาจารย์ Andrew Tait ที่กรุณาตรวจสอบภาษาอังกฤษ

ความรู้เดิม: การวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาแขนงวิชาจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทยใช้ข้อมูลสะท้อนกลับจากนักศึกษาก่อนสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตอาจไม่เพียงพอต่อการนำมาปรับใช้ในการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอน

ความรู้ใหม่: บัณฑิตแพทย์ไทยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และการรักษาด้วยการใช้ยา โดยระบุว่ามีความกังวลมากในจิตเวชฉุกเฉินที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง การวินิจฉัยและรักษาภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในงานจิตเวชเด็ก และโรคยาเสพติดในจิตเวชผู้ใหญ่

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ข้อมูลสะท้อนกลับจากบัณฑิตแพทย์ สามารถนำไปปรับปรุงหลักสูตรและการเรียนการสอนเพื่อตอบสนองกับความต้องการของผู้เรียนโดยแท้จริง เพื่อปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขด้านจิตเวชต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO mental health gap action programme (mhGAP) [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2018 Mar 10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/.
2. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthc Manage Forum*. 2017;30:111-6.
3. Fleury M, Farand L, Aube D, Imboua A. Management of mental health problems by general practitioners in Quebec. *Can Fam Physician*. 2012;58:732-8.
4. Chaudhary R, Mishra B. Knowledge and practices of general practitioners regarding psychiatric problems. *Ind Psychiatry J*. 2009;18:22-6.
5. Cowan J, Raja S, Naik A, Armstrong G. Knowledge and attitudes of doctors regarding the provision of mental health care in Doddaballapur Taluk, Bangalore Rural district, Karnataka. *International Journal of Mental Health Systems*. 2012;6:21.
6. Fleury M, Imboua A, Aube D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Family Practice*. 2012;13:19.
7. แพทยสภา : The Medical Council of Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มี.ค. 2561]. จาก: http://www.tmc.or.th/tmc_training.php Thai.
8. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. การจัดการเรียนการสอนของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ธ.ค. 2561]. จาก: <http://medinfo2.psu.ac.th/psychiatry/elearning/>. Thai.
9. Davison G. *Abnormal psychology*. Mississauga, Ont.: John Wiley & Sons Canada; 2008.



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 64 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2562

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	1
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อลดอัตราการรับประทุษร้าย ไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น	3
จินิส สีหะรา, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์, ชุตินา แฉงจิตร, ชาญวิทย์ พรหมดล	
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคคลุ้มคลั่ง โรงพยาบาลรามธิบดี	21
กนกพร สาคร, นิดา ลิ่มสุวรรณ, สัมชาย ภูลาดี, ชัยยศ คงคศิริธรรม	
โรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคคลุ้มคลั่งในโรงพยาบาลรามธิบดีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	33
ภัทรพร ปานดี, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, สัมชาย ภูลาดี, ชัยยศ คงคศิริธรรม, ภัทรพร วิสาจันทร์, สุดาวรรณ จุลเกตุ	
การศึกษาความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม Cyber-Aggression Perpetration and Victimization Scale ฉบับภาษาไทย	45
กฤตศักดิ์ อนุโรจน์, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร	
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลราชวิถี	61
จามรี ณ บางช้าง	
ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	77
วรุณา กลกิจไกรวินท์, จตุพร โพธิ์ปรีสุทธิ์, ณัฐภัทร นิยมรัตน์กิจ, ธวัชรัตน์ ไหวหาร, ภคินันท์ ล้อศิรินันท์, วรณกานษ์ ศรีสนธิรักษ์	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการ ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี	89
सानิตย์ ศรีเพชร, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, กมลชนก แสนทวีสุข, เกวลิน พิมพ์พิศหนึ่ง, ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล	
ฟื้นฟูวิชาการ	
โรคสมองส่วนหน้าเสื่อมที่มาด้วยอาการทางพฤติกรรมและการพัฒนาการวินิจฉัยปัญหาพฤติกรรม ในผู้สูงอายุ	99
ประวิทย์นุช เพ็ญภาสกานต์, พัทธมน เจริญรัตน์, นันทิกา อนันต์ถาวรวงศ์, ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล	
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (ปรับปรุงใหม่)	



คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัดและแนบใบนำส่ง (ตัวอย่างด้านท้ายเล่ม) พร้อมเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้นิพนธ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีองค์ประกอบดังนี้: บทนำ (Introduction) เนื้อเรื่อง (Text) สรุป (Summary) และเอกสารอ้างอิง (References) โดยกองบรรณาธิการของสวนสัทธีในการกำหนดผู้นิพนธ์

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้: ชื่อเรื่อง (Title) บทคัดย่อ (Abstract) และคำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ บทนำ (Introduction) วิธีการ (Methods) ผล (Results) วิจารณ์ (Discussion) สรุป (Conclusion) กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) และเอกสารอ้างอิง (References)

3. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้: บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key words) บทนำ (Introduction) วิธีการ (Methods) ผล (Results) วิจารณ์ (Discussion) สรุป (Conclusion) และเอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ มีองค์ประกอบดังนี้: บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key words) บทนำ (Introduction) เนื้อเรื่อง (Text) สรุป (Conclusion) เอกสารอ้างอิง (References)

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข

การเตรียมต้นฉบับ

1. ใบบนส่ง (ตัวอย่างท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ด้วยข้อมูลการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมที่อยู่และ e-mail address ของผู้พิมพ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้พิมพ์ ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author) พร้อมให้ตอบคำถามประกอบการส่งผลงาน **วิชาการสามข้อ** ตามที่ปรากฏในแบบนำส่งมาให้ครบถ้วน ทั้งนี้การพิจารณาถ้อยแถลงบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์ วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลใน พจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่อง ภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด **ยกเว้นชื่อเฉพาะ** ให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วย คำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น $p<.01$, $p=.10$

3. บทความย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทความย่อ แต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบ ความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิเคราะห์ สรุป **ไม่เกิน 300 คำ** ใช้ภาษารัดกุม ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3-5 คำ โดยใช้ Medical

Subject Heading (MeSH) items ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Word Processor for Window ตัวอักษร TH SarabunPSK หรือ Angsana UPC ขนาด 16 และ ให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) ต้นฉบับแต่ละเรื่อง **ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ** (ไม่รวมใบบนส่ง) วัน เดือน ปี ในเนื้อหาและตัวเลข ทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยง การใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย **1) บทนำ** คือ ความเป็นมา และคำถามการวิจัย **2) วิธีการ** คือ ประชากร/กลุ่ม ตัวอย่าง เครื่องมือ การเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระบุ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย **3) ผล** แสดงผลการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ครั้งนี้เท่านั้น **4) วิเคราะห์** ควรเขียนอภิปรายว่าผลการ วิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจาก การศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย **5) สรุป** ควรสรุป ประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะ ในการนำไปใช้ประโยชน์ **6) กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) **7) การตอบคำถามสั้น ๆ 3 ข้อ** ได้แก่ ความรู้เดิม เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วยชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตาราง เฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวน รวมทั้งตารางและรูปภาพ 3-5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับ รูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง โดยแสดงเป็นตัวเลขยก ไม่มีวงเล็บ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1-6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)

1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตาม Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

สำหรับวารสารที่ยังไม่ได้เข้า Index Medicus ให้เขียนชื่อวารสารแบบชื่อเต็ม ไม่ใช่ชื่อย่อ

Kittirattanapaiboon P, Srikosai S, Wittayanookulluk A. Methamphetamine use and dependence in vulnerable female populations. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30:247-52.

1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทยตามที่ปรากฏ โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยมต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย และใส่ชื่อภาษาต้นฉบับเป็นคำภาษาอังกฤษต่อท้ายจากเลขหน้า

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. บทเรียนด้านสุขภาพจิตในภัยพิบัติ: กรณีการช่วยเหลือทีมหมูป่าพลัดหลงในถ้ำหลวง [Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2561;26:152-159. Thai.

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกันกับข้อ 1.1.1

Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. *Siriraj Med J*. 2015;67:8-13.

1.2 กรณีที่มีผู้พิมพ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)

Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292:828-36.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์ Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J*. 1994;84:15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

1.4.1 ฉบับเสริมของปี

Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. *Rev Inf Dis*. 1991;11 suppl1:52-7.

1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58 (12 Suppl 7):S6-12.

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายในเครื่องหมาย []

Cleare AJ, Wessly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. *Lancet* 1996;347:1770.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

2.1.1 หนังสือภาษาไทยให้เขียนเป็นภาษาไทย โดยเพิ่มชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม [] ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย และใส่ชื่อภาษาของภาษาต้นฉบับเป็นคำภาษาอังกฤษไว้ตอนท้ายสุด

เทอดศักดิ์ เดชคง. เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ [Motivational Counseling]. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2555. Thai.

2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Mental health and psychosocial relief efforts after the tsunami in South-East Asia. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2005.

2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of mindfulness. In: Didonna F, editor. Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009:p.153-65.

2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ
รีนา ต๊ะดี. ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ [Life of Female Adolescent as Mothers]. ใน: สุชาดา ทวีศักดิ์, กุลภา วจนสาระ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม 2560 ความเป็นธรรมและความเป็นไทด้านเพศ

และการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด; 30 มิถุนายน 2560; โรงแรมรอยัลริเวอร์กรุงเทพฯ, นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2560. หน้า 159-172. Thai.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วรวรรณ จุฑา, พัทธ์พัชร์ บุญยมาลี, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ความชุกของโรคจิตเวชของคนไทย: การสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2551 [Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553. Thai.

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [dissertation]. London: University of London; 1998.

ปราณี จงสมจิตร. ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาผ่อนคลายและความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง [Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551. Thai.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

4.1.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)

Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma Treatment. *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76:482-88. Doi:10.1037/0002-9432.76.4.482.

4.1.2 บทความไม่มี DOI

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 1990 [cited 2010 Apr 22]; 15:437-58. Available from <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>

4.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่หา (Availability) งานเขียนภาษาอังกฤษใส่คำว่า Available from: สำหรับ งานเขียนภาษาไทยให้ใช้คำว่า จาก: ใส่ URL หลัง URL ไม่ใส่จุด ยกเว้น URL นั้นจบด้วยเครื่องหมายทับ (/)

4.2.1 หนังสือ

Macdonald S. editor. *Maye's midwifery* 14th ed. [eBook]. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2011 [cited 2012 Aug 26]. Available from Ebrary

4.2.2 บทในหนังสือ

Seeley WW, Miller BL. Alzheimer's Disease and Other Dementias. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J, editors. *Harrison's principles of internal medicine* [Internet]. 19th ed. New York: McGraw Hill Medical; 2015 [cited 2016 Jan 08]. Available from <http://accessmedicine.mhmedical.com.ezproxy.lib.monash.edu.au/content.aspx?bookid=1130&Sectionid=79755539>

4.3 รูปแบบอื่น ๆ

World Health Organization. Depression: Let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [Updated 2017; cited 2018 May12]. Available from <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.

The family impact of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) [Internet]. 2009 Nov 1 [Updated 2010 Jan 1; cited 2010 Apr 8]. Available from <http://www.virtualmedicalcentre.com.au/healthandlifestyle.asp?sid=192&title=The-Family-Impact-of-Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder-%28ADHD%29page=2>

สุพิน พรพิพัฒน์กุล. ประวัติสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ฉบับแก้ไข 26 มกราคม 2554 [History of Thai Clinical Psychologist Association, edited January 26, 2011]. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย; 2554 [สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พ.ค. 2559]. จาก <http://www.thaiclinicpsy.org/index.php/> 2015-04-03-16-13-20/2015-04-03-23-57-53 Thai.

5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความหนังสือพิมพ์

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21;Sect.A:3(col. 5).

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1995; Apraxia: p.119-20.

รายละเอียดการเขียนอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ ดูได้จาก

<https://drive.google.com/open?id=17B3tbicNE-yk6rRe9-hamBXxGqbhzeCf> หรือ
สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

1. สมัครสมาชิก (Register) สร้าง Username/ Password และสร้าง Profile
2. การส่งบทความ (Submission)

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract, Keyword, References

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (Revision)

รายละเอียดขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

https://drive.google.com/open?id=1MFojq-1wDlMAvSZmJgS2QH3_C3OPlyg_ หรือ
สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



หนังสือรับรองการส่งบทความ/ ผลการวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อยินยอมของผู้นิพนธ์
เรียน กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า ผู้มีรายนามดังต่อไปนี้ ขอรับรองว่า บทความเรื่อง

• ชื่อบทความ (ไทย) :

ชื่อบทความ (อังกฤษ) :

• ชื่อหัวเรื่องอย่างย่อ (ไทย) :

ชื่อหัวเรื่องอย่างย่อ (อังกฤษ) :

• ประเภทของบทความ

☐ บทความพิเศษ (Special article) ☐ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) ☐ บทความปริทัศน์ (Review article)

☐ รายงานผู้ป่วย (Case report) ☐ ปกิณกะ (Miscellany)

- ไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารหนังสืออื่น ๆ
- ข้อมูลในบทความนี้ถูกต้องและเป็นข้อเท็จจริง
- ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism)
- ไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์การใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การใช้เครื่องมือได้รับการอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์และได้รับการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร

• รายชื่อผู้นิพนธ์และผู้นิพนธ์ร่วม ต่อท้ายด้วยคุณวุฒิการศึกษาสูงสุด (เต็ม, ย่อ) พร้อมทั้งหน่วยงาน (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) เรียงตามลำดับ ตามสัดส่วนของงาน

1. (ไทย) ชื่อ..... 2. (ไทย) ชื่อ.....

วุฒิการศึกษาสูงสุด (เต็ม/ย่อ)..... วุฒิการศึกษาสูงสุด (เต็ม/ย่อ).....

หน่วยงาน..... หน่วยงาน.....

(อังกฤษ) ชื่อ..... (อังกฤษ) ชื่อ.....

วุฒิการศึกษาสูงสุด (เต็ม/ย่อ)..... วุฒิการศึกษาสูงสุด (เต็ม/ย่อ).....

หน่วยงาน..... หน่วยงาน.....

e-mail: e-mail:

สัดส่วน.....% ลงชื่อ..... สัดส่วน.....% ลงชื่อ.....

3. (ไทย) ชื่อ..... 4. (ไทย) ชื่อ.....
วุฒิกการศึกษาสูงสุด (เต็ม/ย่อ)..... วุฒิกการศึกษาสูงสุด (เต็ม/ย่อ).....
.....
หน่วยงาน..... หน่วยงาน.....
(อังกฤษ) ชื่อ..... (อังกฤษ) ชื่อ.....
วุฒิกการศึกษาสูงสุด (เต็ม/ย่อ)..... วุฒิกการศึกษาสูงสุด (เต็ม/ย่อ).....
หน่วยงาน..... หน่วยงาน.....
e-mail: e-mail:
สัดส่วน.....% ลงชื่อ..... สัดส่วน.....% ลงชื่อ.....
- ผู้ที่เป็นตัวแทนผู้สนับสนุนในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ (corresponding author) คือ
ที่อยู่ติดต่อ:
เบอร์โทรศัพท์สำนักงาน: เบอร์โทรศัพท์มือถือ:.....
e-mail:

ทั้งนี้ การรับตีพิมพ์บทความขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ และหากกองบรรณาธิการตรวจสอบพบว่าการละเมิดข้อใดข้อหนึ่ง กองบรรณาธิการมีสิทธิถอนบทความจากวารสารได้

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของบทความ

- ☐ ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
- ☐ มีเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จาก เลขที่ วันที่
- ☐ จำนวนหน้าไม่เกิน 12 หน้า รวมบทคัดย่อ/ Abstract (กรณีจำเป็น ไม่เกิน 15 หน้า ให้ระบุเหตุผล)
- ☐ จำนวนคำในบทคัดย่อภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ
- ☐ จำนวนคำในบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกิน 300 คำ
- ☐ ตารางและรูปภาพ รวมไม่เกิน 5 ตาราง/ภาพ
- ☐ ตอบคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิม ความรู้ใหม่ และประโยชน์ที่จะนำไปใช้ ทำบทความก่อนเอกสารอ้างอิง
- ☐ เขียนเอกสารอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (รายละเอียดตามคำแนะนำผู้พิมพ์)
- ☐ มีการตรวจสอบรายการอ้างอิงที่เป็นวารสารต่างประเทศ โดยใช้ชื่อย่อตามที่ปรากฏในฐานข้อมูล Index Medicus สามารถตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals> ถ้าไม่มีให้เขียนชื่อเต็ม
- ☐ มีเอกสารหรือหลักฐานอนุญาตการแปล (กรณีนำเครื่องมือ/แบบประเมิน/แบบคัดกรอง ของต่างประเทศมาใช้)

ลงชื่อผู้พิมพ์ในการติดต่อ.....
(.....)
corresponding author

รายละเอียดการส่งบทความ

1. การส่งเอกสารเข้ารับการพิจารณา (สมัครสมาชิกและส่งบทความออนไลน์ ทาง www.tci-thaijo.org/index.php/jmht)
 - 1.1 แบบฟอร์มใบนำส่ง (หนังสือรับรองการส่งบทความ/ ผลการวิจัย) (ไฟล์ pdf)
 - 1.2 เอกสารได้รับอนุมัติให้วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ไฟล์ pdf)
 - 1.3 บทความ (ไฟล์ word)
2. หลังจากได้รับคำแนะนำให้ปรับแก้ ครั้งที่ 1 ให้ส่งเอกสารดังนี้
 - 2.1 เอกสารฉบับจริง (ทางไปรษณีย์)
 - 2.1.1 ใบนำส่ง
 - 2.1.2 เอกสารได้รับอนุมัติให้วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 - 2.2 บทความที่แก้ไขแล้ว (อัปโหลดทางออนไลน์)

โปรดส่งเอกสารมาที่

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (นายภพธร วุฒิทาร)

สำนักวิชาการสุขภาพจิต อาคาร 1 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-8254/ 0-2590-8183



Journal of Mental Health of Thailand