



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562
Volume 27 Number 2 May-August 2019
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- 👤 ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราในที่ภาคใต้
กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ
ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ เสาวลักษณ์ คงสนิท
- 👤 ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
นงนภัส พรหมมี นวรัตน์ สุวรรณผ่อง
มธุรส ทิพยมงคลกุล จารุวรรณ หมั่นมี
- 👤 ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ ชลธิชา เรืองวิริยะนันท์
- 👤 การพัฒนาและทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงเชิงสอดคล้องของแบบประเมิน
การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย
เอพิณา คำออน ขวณันท์ ชาญศิลป์
มานิต ศรีสุรภานนท์ ขวিকা สุระดม
- 👤 ประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลต่อความสามารถ
ในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช
อุทยา นาคเจริญ ภาวินี บุตรแสน
- 👤 การป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน
วิมลวรรณ ปัญญาว่อง

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 0859-497X



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ISSN 0859-497X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์

บรรณาธิการ

พญ.พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ดันติรังสี

นพ.อธิป ต้นอารีย์

นพ.สุทธา สุปัญญา

ดร.นพ.วรมณ์ โชติพิทยสุนนท์

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวตรี อัษณางค์กรชัย

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

รศ.พญ.พรจิรา ปรีวัชรกุล

รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์

รศ.ดร.นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์

ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภูษา

พญ.เบญจพร ปัญญา

พญ.ดุสิต จีระกุลวิทย์

ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลี

ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์

ดร.हररा ธรรมบุปผา

บรรณาธิการต่างประเทศ

Prof. Walter Ling, M.D.

Assoc. Prof. Robert Ali, M.D.

Rudy RD Bogoian, M.D.

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

World Association for Psychosocial
Rehabilitation (WAPR)

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณาธิการบริหาร (สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

ดร.โสพรรณ อินทสิทธิ์

นายภพร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

นางสาวสมพร อินทร์แก้ว

นางสาวสิริกุล จุลศิริ

นางฉานิตา คำเขียว

นางสาวราณี ฉายินทุ

นางจิตติญา จันทพรหม

นางจุฑามาส ชื่นตา

พิมพ์ที่: วนิดาการพิมพ์ โทรศัพท์ 08-1783-8569

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

กำหนดออก:

ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) เดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

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

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่าง ๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

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 Arunpongpaisal, 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 Bogioan, M.D. Independent Professional Role

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

Sorawan Intasitti, Ph.D. Mr.Phophorn Wuttiarn

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

Download and Submission:

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

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.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	ก
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัย ในสถานสงเคราะห์คนชรารพที่ภาคใต้	65-79
กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ เสาวลักษณ์ คงสนิท	
ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร	80-94
นงนภัส พรหมมี นวรัตน์ สุวรรณพ่อง มธุรส ทิพยมงคลกุล จารุวรรณ หมั่นมี	
ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	95-106
จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ ชลธิชา เรื่องวิริยะนันท์	
การพัฒนาและทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง เชิงสอดคล้องของแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย	107-120
เอพิณา คำออน ชวนันท์ ชาญศิลป์ มานิต ศรีสุรภานนท์ ชวิศา สุระดม	
ประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี รายบุคคลต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช	121-132
อุทยา นาคเจริญ ภาวินี บุตรแสน	
บทความปริทัศน์	
การป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน วิมลวรรณ ปัญญาว่อง	133-144
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	i



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 27 Number 2 May - August 2019

CONTENTS	Page
PREFACE EDITORIAL	n
ORIGINAL ARTICLES	
Predicting factors of resilience among the elderly residents of nursing home in Southern Thailand Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen Paiboon Chaosaunsreecharoen Saowaluk Khongsanit	65-79
Life happiness of the elderly in Bangkok Nongnat Prommi Nawarat Suwannapong Mathuros Tipayamongkholgul Charuwan Manmee	80-94
Caregiver burdens in patients with schizophrenia and related factors Wimonwan Panyawong	95-106
Development and validation of the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ) Alina Khamon Chawanun Charnsil Manit Srisurapanont Chawisa Suradom	107-120
Effectiveness of the Galya Individualized Competency Restoration Program (Galya-ICRP) on competency to stand trial in forensic psychiatric patients Utaya Nakcharoen Phawinee Butsaen	121-132
REVIEW ARTICLE	
Prevention and response of bullying in school Wimonwan Panyawong	133-144
INSTRUCTION TO AUTHORS	i



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 18 ประจำปี 2562 จัดโดยกรมสุขภาพจิตในปีนี ภายใต้หัวข้อ Mental Health in a Changing World : The New Challenges “โลกเปลี่ยนไป : มิติใหม่สุขภาพจิต” ระหว่างวันที่ 24-26 กรกฎาคม 2562 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติเอ็มเพรส โรงแรมดิเอ็มเพรส จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต นักวิชาการจากต่างประเทศที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและงานที่เกี่ยวข้องได้รับองค์ความรู้ที่ทันสมัย มีการแลกเปลี่ยนแนวคิดใหม่ ประสบการณ์การทำงาน และเผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงสร้างและขยายเครือข่ายการดำเนินงาน อันจะส่งผลให้การพัฒนางานสุขภาพจิตของไทยมีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ นักวิชาการที่สนใจสามารถส่งบทความวิชาการทั้งไทยและอังกฤษในรูปแบบ oral presentation หรือ poster presentation ได้ หรือเข้าร่วมการประชุมวิชาการนี้ได้ สามารถดูรายละเอียดได้ที่ www.aimhc.dmh.go.th

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562 ฉบับนี้ มีทั้งบทความนิพนธ์ต้นฉบับและบทความปริทัศน์ที่ครอบคลุมหลากหลายประเด็น ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุในเรื่อง **ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้** โดย กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ และ **ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร** โดย นงนภัส พรหมมี และคณะ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งด้านภาวะการดูแล ในเรื่อง **ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง** โดย จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และชลธิชา เรืองวิริยะนันท์ และกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวชในเรื่อง **ประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช** โดย อุทยา นาคเจริญ และภาวิณี บุตรแสน ที่ล้วนน่าสนใจ และสามารถนำความรู้จากการวิจัยไปต่อยอดในการปฏิบัติงานได้

นอกจากนี้ยังมีบทความนิพนธ์ต้นฉบับในกลุ่มวัยเด็ก เรื่อง **การพัฒนาและทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงเชิงสอดคล้องของแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ)** ฉบับภาษาไทย โดย เอพิฉา คำออน และคณะ ที่มีประโยชน์ในการคัดกรองการเลี้ยงดูที่มีปัญหาและนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม และบทความปริทัศน์เรื่อง **การป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน** โดย วิมลวรรณ ปัญญาว่อง ซึ่งผลการทบทวนดังกล่าวทำให้ได้ข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อประกอบการวางแผนและนโยบายในการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน โดยทั้งสองบทความนี้ถือเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยเด็กที่สำคัญ

วารสารสุภาพจิตแห่งประเทศไทยยินดีรับบทความวิชาการด้านสุภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ และเนื่องจากวารสารสุภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดอยู่ในฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย (Thai Journals Online; ThaiJO) ซึ่งพัฒนาอยู่บนระบบ OJS (Online Journal System) ดังนั้นการส่งบทความจะต้องดำเนินการส่งผ่านเว็บไซต์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht โดยตรง หากมีข้อสงสัยหรือต้องการปรึกษาเพิ่มเติมสามารถติดต่อกองบรรณาธิการ วารสารสุภาพจิตแห่งประเทศไทย สำนักวิชาการสุภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โทร. 0-2590-8254, 8183 โทรสาร 0-2149-5539 e-mail: jmht.dmh@gmail.com

พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัย ในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้

วันรับ : 2 ตุลาคม 2561
วันแก้ไข : 4 พฤษภาคม 2562
วันตอบรับ : 4 มิถุนายน 2562

กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, ส.ด.,
ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ, วท.ม.,
เสาวลักษณ์ คงสนิท, วท.บ.
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้

วิธีการ: การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้ สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเลือกสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้จำนวน 3 แห่ง จากทั้งหมด 5 แห่ง ข้อมูลเก็บรวบรวมจากผู้สูงอายุตามเกณฑ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์แบบมีคำชี้แจง สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยแบบหลายขั้นตอน

ผล: สุขภาพกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์ทางบวก และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสุขและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราที่สำคัญ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความแข็งแรงในชีวิตกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ ร้อยละ 34.0

สรุป: การเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตให้กับผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา ควรส่งเสริมความสุข การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพกายของผู้สูงอายุ และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความแข็งแรงในชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยทำนาย ผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชรา

ติดต่อผู้พิมพ์: กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ; e-mail: kanni43@gmail.com

Original Article

Predicting factors of resilience among the elderly residents of nursing home in Southern Thailand

Received : 2 October 2018

Revised : 4 May 2019

Accepted: 4 June 2019

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen, Dr.P.H.

Paiboon Chaosuansreecharoen, M.Sc.

Saowaluk Khongsanit, B.Sc.

Sirindhorn College of Public Health, Trang

Abstract

Objectives: To examine the correlating and predicting factors of resilience among the elderly residents of nursing homes in Southern Thailand.

Methods: This study was a cross-sectional analytical study with the key informants being the 161 elderly residents of nursing homes in Southern Thailand. Simple random sampling procedure with lottery method was used to select three elderly nursing homes in Southern Thailand. Information was collected from all eligible elderly residents using a study-specific questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, i.e. percentage, mean and standard deviation and inferential statistics, including Pearson's correlation and Stepwise multiple regression.

Results: Of the variables collected, physical health, self-esteem, social relationship and happiness were positively correlated with resilience among the participants while depression was negatively correlated. The respondents' happiness and depression were significant predicting factors for resilience. Together, these two factors predicted 34% of the variation in resilience in this group of participants.

Conclusion: It might be possible to enhance the resilience in the elderly residents of nursing homes in order to promote happiness, self-esteem, social relationship and physical health that will lead to the reduction in the prevalence of depression.

Key words: correlating factors, nursing home, predicting factors, resilience, elderly

Corresponding author: Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen; e-mail: kanni43@gmail.com

บทนำ

ความแข็งแกร่งในชีวิต หรือ “resilience” หรือที่กรมสุขภาพจิต ใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” หรือ “Resilience Quotient”¹ หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพทางอารมณ์หรือจิตใจของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้าย การบาดเจ็บ การสูญเสีย ภาวะคุกคาม หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และสามารถพาตัวเองข้ามผ่านอุปสรรคเหล่านี้ได้ในเวลาอันรวดเร็ว โดยใช้ทักษะการป้องกันตนเองและการรับมือมากกว่าการยอมรับผลของความยุ่งยากที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโต และเข้าใจชีวิตมากขึ้น ตลอดจนชีวิตมีความสุขมากขึ้น²⁻⁴ ดังนั้นความแข็งแกร่งในชีวิตถือว่าเป็นคุณสมบัติของแต่ละช่วงวัยในการปรับตัว และกระบวนการความยืดหยุ่น การควบคุม และการเปิดเผยของแต่ละบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลง ภาวะเสี่ยง ความเครียด หรือสถานการณ์อันเลวร้าย ไปสู่ภาวะปกติสุขของชีวิต⁵⁻⁷ ความแข็งแกร่งในชีวิตไม่ได้ลดลงตามอายุ โดยผู้สูงอายุควรมีความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างน้อยก็เท่ากับช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ ของบุคคลนั้น ๆ⁸⁻¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หมายถึงผู้สูงอายุที่ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง จะไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ^{9,11-12} นอกจากนี้ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุยังมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹²⁻¹⁴ ความสุข¹⁵ สุขภาพกาย^{9,12,16} และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ^{7,15-17} หมายถึงผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง จะมีการเห็น

คุณค่าในตนเองและความสุขอยู่ในระดับสูง และมีความสุขกายและความสัมพันธ์สังคมที่ดี

ส่วนใหญ่งานวิจัยที่ผ่านมามุ่งเน้นการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของเด็ก วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุมักค่อนข้างน้อยมาก¹⁸ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งมักเป็นการศึกษาถึงสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และพบว่าสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่เน้นการดูแลผู้สูงอายุทางด้านกายภาพเป็นสำคัญ สถานสงเคราะห์ฯ จึงไม่อาจตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างเพียงพอ และทำให้ผู้สูงอายุขาดความเป็นตัวของตัวเองเนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสถานสงเคราะห์ นอกจากนี้วิถีการดำเนินชีวิตในสถานสงเคราะห์ทำให้ผู้สูงอายุเฉื่อยชายอมจำนนและทำตามกฎเกณฑ์ของสถานสงเคราะห์แต่โดยดี มีผลทำให้ผู้สูงอายุบางคนปลีกตัวออกไปไม่ยอมร่วมกิจกรรมของสถานสงเคราะห์ ทั้งยังทิ้งทักษะที่ตนเองมีอยู่ไปโดยไม่ได้ใช้ประโยชน์จนกระทั่งเหี่ยวเฉาลงไปในที่สุด เรียกว่าสภาพทางร่างกายจิตใจของผู้สูงอายุจะเสื่อมโทรมลงเรื่อย ๆ เพราะไม่ได้ทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง หรือแม้การตัดสินใจที่ง่ายที่สุดก็ไม่ได้ทำ¹⁹ และการศึกษาของธนัญพร พรหมจันทร์และศิริลักษณ์ ศุภปิติพร²⁰ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสุขของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.3 ส่วนด้านภาวะสุขภาพจิตพบว่าร้อยละ 35.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีความว้าเหวในระดับปานกลาง และร้อยละ 48.5 มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง

นอกจากนั้นการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคกลาง ในขณะที่พื้นที่ภาคใต้มีสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ จากภูมิอากาศและภูมิประเทศที่เหมาะสมกับการปลูกยางพาราและปาล์มน้ำมัน และในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์ราคายางพาราและปาล์มน้ำมันมีแนวโน้มลดลงตามราคาในตลาดโลก ตลอดจนสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ภาคใต้มีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่ลดลงอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ มีผลกระทบทำให้เกิดการย้ายถิ่นของประชากร การว่างงาน หนุ่มสาววัยแรงงานออกไปทำงานอยู่ต่างประเทศ ครอบครัวหย่าร้าง เด็กและเยาวชนเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ และผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ผลที่ตามมาคือค่าดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ของภาคใต้ต่ำกว่าภาพรวมของประเทศ คือ 65.2 (ภาพรวมประเทศมีค่าเฉลี่ยดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ 69.6) โดยมีดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ที่ต่ำ คือ มิติที่อยู่อาศัย มิติการศึกษา มิติความมั่นคงส่วนบุคคล มิติการสนับสนุนทางสังคม มิติทางสังคมและวัฒนธรรม จึงส่งผลต่อความสุขของคนในภาคใต้ลดลง ประชาชนในภาคใต้มีคะแนนความสุขมวลรวม 5.09 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน²¹

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 5 แห่งตั้งกระจายทั่วพื้นที่ภาคใต้

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระยะที่ 1 ของโครงการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ภาคใต้ โดยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) สถานที่ศึกษาคือสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ ภาคใต้ตอนบนคือสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านอุทง-พนังตัก จังหวัดชุมพร ภาคใต้ฝั่งอันดามันคือสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต และภาคใต้ตอนล่างคือศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา จังหวัดสงขลา สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ตามภูมิศาสตร์ที่ตั้งของสถานสงเคราะห์ ได้สถานตัวอย่าง 3 แห่ง คือ สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านอุทง-พนังตัก จังหวัดชุมพร ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา และกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุทุกคนในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก 1) ไม่มีปัญหาทางสมองหรือความจำเสื่อม ประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini Mental State Examination: MMSE)²² 2) สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และ 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือความผิดปกติทางกายที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของสถานสงเคราะห์ และ 2) ลากลับ

บ้านระหว่างที่ผู้วิจัยนัดหมายไปเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานสงเคราะห์ คือ ผู้สูงอายุจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านทักษิณ จังหวัดยะลา จำนวน 71 คน ผู้สูงอายุจาก ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ท จังหวัดภูเก็ต 30 คน และผู้สูงอายุจากสถานสงเคราะห์ คนชวบ้านอุทอง-พังกัด จังหวัดชุมพร จำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้น 161 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมจำนวน 2 ชั่วโมง ได้แก่ 1) แบบสอบถามสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่ออกแบบโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ภูมิลำเนาเดิม อาชีพในอดีต สถานภาพสมรสปัจจุบัน ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งของรายได้ในปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบุตร โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา บุตรหลานหรือญาติที่ให้การดูแลในปัจจุบัน ระยะเวลาของการมาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา และความถี่ของญาติที่มาเยี่ยม 2) แบบสัมภาษณ์ความแข็งแรงในชีวิต จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบโครงสร้างแนวคำถามของการศึกษาของ Maneerat และคณะ²³ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุที่จะยืนหยัดและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นปัญหาไปได้ และเมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ 3) แบบสัมภาษณ์สุขภาพกาย จำนวน 3 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบประเมินของลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุลย์²⁴ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3-9 คะแนน 4) แบบประเมินความซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) จำนวน 30 ข้อ ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง²⁵ ประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน 5) แบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกับครอบครัว เพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน 6) แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem Scale) จากแบบทดสอบ Rubin's Self Esteem Scale²⁶ จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินตนเองเกี่ยวกับการยอมรับ การเคารพนับถือในตนเอง มีความเชื่อและมั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญมองเห็นคุณค่าในทางบวก เห็นว่าตนเป็นคนมีค่า และตัดสินใจมีความมึคุณค่าในตนเอง ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-20 คะแนน และ 7) แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators หรือ THI-15) ฉบับสั้น 15 ข้อ ฉบับมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข²⁷ ประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นความรู้สึกของตนเอง และปัจจัยที่ทำให้สุข-ทุกข์ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-45 คะแนน

การตรวจความตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งในส่วนที่ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นใหม่โดยผู้วิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา หรือมีประสบการณ์ด้านการวิจัยเกี่ยวกับความแข็งแรงในชีวิตและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content

Validity Index: CVI)²⁸ เกณฑ์คุณภาพเครื่องมือ ค่า CVI คือ 0.8 ขึ้นไป โดยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มีค่า CVI = 0.95 แบบสัมภาษณ์ความแข็งแรงในชีวิต มีค่า CVI = 0.9 แบบสัมภาษณ์สุขภาพกายมีค่า CVI = 1 และแบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่า CVI = 1 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของ Cronbach พบค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความแข็งแรงในชีวิต = 0.86 แบบสัมภาษณ์สุขภาพกาย = 0.70 แบบสัมภาษณ์สุขภาพจิต = 0.70 แบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ทางสังคม = 0.71 แบบสัมภาษณ์การเห็นคุณค่าในตนเอง = 0.91 และแบบสัมภาษณ์ความสุข = 0.77

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อจัดหมวดหมู่ และอธิบายลักษณะพื้นฐานทั่วไปของประชากร โดยใช้สถิติ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติอนุมาน (inference statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ กับสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความสุข ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression) จากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่ดีที่สุด หรือ Best fit model โดยใช้ตัวแปรทุกตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อมูลตามข้อตกลงของการเลือกใช้สถิติ ดังนี้²⁹ 1) มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) 2) ข้อมูลจะต้องไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (autocorrelation) 3) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) และ 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน (multicollinearity)

ผล

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 74.69 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 95 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 59 อาชีพในอดีตส่วนใหญ่คือรับจ้างร้อยละ 38.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือหม้ายร้อยละ 62.1 ศาสนาที่นับถือส่วนใหญ่คือศาสนาพุทธร้อยละ 95.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,023.53 บาท รายได้ต่ำสุด 700 บาท รายได้สูงสุด 3,000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่า รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 95.7 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.8 โรคประจำส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.6 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 95.7 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 98.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลให้การดูแลถึงร้อยละ 82.6 ความถี่ของญาติที่มาเยี่ยมส่วนใหญ่ไม่เคยมีญาติมาเยี่ยมถึงร้อยละ 81.4 และระยะเวลาเฉลี่ยที่มาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราคือ 4.59 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี และระยะเวลาสูงสุดคือ 20 ปี แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 161)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	70	43.5
หญิง	91	56.5
อายุ (ปี) $\bar{X} = 74.69$, S.D. = 7.13, Min = 60, Max = 95		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	41	25.5
ประถมศึกษา	95	59.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	8.7
ตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	6	3.7
ไม่ระบุระดับการศึกษา	5	3.1
อาชีพในอดีต		
ไม่ประกอบอาชีพ	31	19.3
พ่อบ้านแม่บ้าน	11	6.8
รับราชการ	7	4.3
รับจ้าง	62	38.5
เกษตรกรกรรม	22	12.7
ค้าขาย	23	14.8
ไม่ระบุอาชีพ	5	3.1
สถานภาพสมรส		
โสด	50	31.1
สมรสอยู่ด้วยกันในสถานสงเคราะห์	3	1.9
สมรสไม่ได้อยู่ด้วยกันในสถานสงเคราะห์	8	5.0
หม้าย/หย่า	100	62.1
ศาสนา		
พุทธ	154	95.7
อิสลาม	5	3.1
คริสต์	1	0.6
ไม่ระบุศาสนา	1	0.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 161)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	154	95.7
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	5	3.1
เพียงพอเหลือเก็บ	1	0.6
ไม่ระบุ	1	0.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) $\bar{X} = 1,023.53$, S.D. = 747.94, Min = 700, Max = 3,000		
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	76	47.2
มี	85	52.8
โรคประจำตัว (n = 85)		
ความดันโลหิตสูง	32	37.6
เบาหวาน	12	14.1
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	7	8.2
โรคอื่น ๆ	34	40.0
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	154	95.7
สูบ	5	3.1
ไม่ระบุ	2	1.2
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	159	98.8
ดื่ม	2	1.2
บุคคลที่ให้การดูแลในปัจจุบัน		
ไม่มี	133	82.6
มี (ลูก หลาน พี่น้อง)	28	17.4
ความถี่ในการมาเยี่ยมของญาติ		
1 เดือน	14	8.7
2-3 ปี	16	9.9
ไม่เคยมีใครมาเยี่ยม	131	81.4
ระยะเวลาการมาอยู่ในสถานสงเคราะห์ (ปี) $\bar{X} = 4.59$, S.D. = 3.47, Min = 1, Max 20		

หมายเหตุ: $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย S.D. = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Min = ค่าต่ำสุด Max = ค่าสูงสุด

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความแข็งแรง ปานกลาง ร้อยละ 30.4 (ตารางที่ 2) ในชีวิตอยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.4 รองลงมาอยู่ในระดับ

ตารางที่ 2 ระดับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้

ความแข็งแรงในชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	2	1.2
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	49	30.4
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	110	68.4

สุขภาพกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่า $r = 0.14, 0.22, 0.23$ และ 0.52 ตามลำดับ ขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่า $r = -0.45$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	r	p-value
สุขภาพกาย (3–9 คะแนน)	2.56	0.36	0.14	.04
ภาวะซึมเศร้า (0–30 คะแนน)	9.12	5.05	- 0.45	<.001
ความสัมพันธ์ทางสังคม (0–10 คะแนน)	6.93	2.08	0.22	.002
การเห็นคุณค่าในตนเอง (10–20 คะแนน)	17.43	2.09	0.23	.002
ความสุข (0–45 คะแนน)	22.35	4.36	0.52	<.001

หมายเหตุ: $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย S.D. = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression) ดังตารางที่ 3 เพื่อคัดสรรปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ หรือ best fit model จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปรพบว่าตัวแปรทำนายจำนวน 2 ตัวแปร คือ ความสุขและภาวะซึมเศร้าที่สามารถอธิบายการผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

คนชราในพื้นที่ภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และร่วมกันอธิบายการผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ได้ร้อยละ 34.0 โดยเขียนสมการถดถอยพหุคูณจากคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 1.94 + 0.03X_1 - 0.02X_2$$

เมื่อ Y = ความแข็งแกร่งในชีวิต X_1 = ความสุข และ X_2 = ภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression) ในการทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้

ตัวแปรอิสระ	B	SE _b	Beta	t	Sig	R ² change
ความสุข	0.03	0.005	0.42	6.11	<.001	0.27
ภาวะซึมเศร้า	-0.02	0.005	-0.30	-4.43	<.001	0.08
ค่าคงที่	1.94	0.14		13.63	<.001	

$$F = 19.64^* R = 0.59 R^2 = 0.35 R^2_{adj} = 0.34 SE_{est} = 0.27$$

หมายเหตุ: R = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ R^2 = ค่าอำนาจในการพยากรณ์ R^2_{adj} = ค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแก้ B = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ Beta = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน SE_b = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ SE_{est} = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์

วิจารณ์

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราพบว่า ความสุขเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ($r = 0.52$) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ ความสุขเป็นปัจจัยทำนายสำคัญอันดับแรกส่งผลต่อความแข็งแกร่งใน

ชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายการผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตได้ร้อยละ 27 (R^2 change = 0.27) ตัวแปรความสุข มีค่า B = 0.03 หมายความว่าเมื่อคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.03 หน่วย ดังนั้น ยิ่งผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับสูง ก็ยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากขึ้น การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดดัชนีความสุขคนไทยที่อภิชัย มงคล และคณะ²⁷ ได้พัฒนาขึ้น

เพื่อประเมินภาวะความสุขของบุคคลภายใต้บริบทของสังคมไทย และมีการให้นิยามความสุขในเบื้องต้นว่ามีความหมายเช่นเดียวกับสุขภาพจิตซึ่งหมายถึงสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา^{9,15,30} พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสุขหรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข สุขภาพจิตที่ดี มีความคิดและอารมณ์เชิงบวก จะมีความแข็งแรงในชีวิตอยู่ในระดับสูง MacLeod et al¹⁹ อธิบายเพิ่มเติมว่าผู้สูงอายุที่มีความสุข แสดงถึงลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงในชีวิตอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์ราคาพืชเศรษฐกิจที่สำคัญในภาคใต้มีราคาตกต่ำ คือ ยางพาราและปาล์มน้ำมัน และสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของพื้นที่ภาคใต้ คือการย้ายถิ่นของประชากร การว่างงาน หนุ่มสาววัยแรงงานออกไปทำงานอยู่ต่างประเทศ ครอบครัวหย่าร้าง และค่าดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ที่ต่ำ ได้แก่ มิติที่อยู่อาศัย มิติการศึกษา มิติความมั่นคงส่วนบุคคล มิติการสนับสนุนทางสังคม และมิติทางสังคมและวัฒนธรรม สถานการณ์เหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคใต้ต้องมาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ประกอบกับผลการสำรวจความสุขของคนในพื้นที่ภาคใต้ลดลง โดยคะแนนความสุขมวลรวมเท่ากับ 5.09 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน²¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ภาคใต้ที่ดำเนินการ

โดยคณะผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ภาคใต้ส่วนใหญ่มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 85.1 และมีความสุขเท่ากับคนทั่วไปเพียงร้อยละ 14.9³¹ ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องวางแผนการเสริมสร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ในภาคใต้

ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลในลำดับรองลงมาที่ส่งผลต่อความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา คือ ภาวะซึมเศร้า โดยสามารถอธิบายความผันแปรของความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 (R^2 change = 0.08) ซึ่งตัวแปรภาวะซึมเศร้า มีค่า $B = -0.02$ หมายความว่าเมื่อคะแนนความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนเฉลี่ยของความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุจะลดลง 0.02 หน่วย ดังนั้น ยิ่งผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงในชีวิตลดลง สอดคล้องกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ค่า $r = -0.45$ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,11,12} พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความซึมเศร้า จะมีความแข็งแรงในชีวิตในระดับสูง

สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression) เป็นวิธีที่เหมาะสมในการพิจารณาคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สุดและได้โมเดลที่ประหยัดที่สุด ซึ่งการคัดสรรปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราครั้งนี้ จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปร พบว่ามีตัวแปรทำนายจำนวน 2 ตัวแปร คือ

ความสุข และภาวะซึมเศร้าที่สามารถอธิบายการผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึงแม้โมเดลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัวแปรนี้ จะมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 34.0 อย่างไรก็ตาม ถือว่าเป็นเรื่องปกติสำหรับการทำนายพฤติกรรมมนุษย์ในสาขาจิตวิทยา โดยทั่วไปค่า adjusted R-squared ที่ได้จะมีค่าต่ำกว่าร้อยละ 50.0 เนื่องด้วยมนุษย์เป็นสิ่งที่ยากจะคาดเดาได้เมื่อเทียบกับกระบวนการทางกายภาพ³²

ส่วนปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพกายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ค่า $r = 0.23, 0.22$ และ 0.14 ตามลำดับ สอดคล้องกับที่ MacLeod et al¹⁵ อธิบายลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต อยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุจะมีลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพกายที่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹²⁻¹⁴ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยอธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าตนเอง คือ ผู้สูงอายุที่มีความสำเร็จในการยอมรับกับความแก่ชรา การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และการสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง สำหรับความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมาก^{7,13,16,33,34} ที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุกับการที่

ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคม มีเครือข่ายทางสังคม และมีการติดต่อสัมพันธ์กับสังคมที่อยู่อาศัย ยิ่งผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสังคมภายนอก ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุจะยิ่งได้รับการพัฒนา ส่วนสุขภาพกายพบว่าผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,13,16,34} ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีสุขภาพกายและสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ผู้สูงอายุนั้นจะสามารถจัดการกับสภาวะยากลำบากในชีวิตได้อย่างดี นั่นคือลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต

สรุป

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสำคัญอย่างมากกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาททางสังคม และการสูญเสีย ดังนั้นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีความสุข และสภาพชีวิตที่เป็นสุข การลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง คือการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความสำเร็จในการยอมรับกับความแก่ชรา การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และการสูญเสียที่เกิดขึ้น การส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีแรงสนับสนุนทางสังคม มีเครือข่ายทางสังคม และมีการติดต่อสัมพันธ์กับสังคมที่อยู่อาศัย และส่งเสริมสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ความรู้เดิม: ผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงในชีวิตจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ดี

ความรู้ใหม่: สุขภาพกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความสุข เป็นปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ควรส่งเสริมความสุข การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพกาย และลดภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- สมพร อินทร์แก้ว, เยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ, ศรีวิภา เนียมสอาด, สายศิริ ด้านวัฒนธรรม. พลังสุขภาพจิต [Resilience Quotient]. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2552. Thai.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, โสภณ แสงอ่อน. ความแข็งแรงในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้ [A resilience: concept evaluation and apply]. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด; 2558. Thai.
- American Psychological Association. Road to resilience [Internet]. Washington, DC: American Psychological Association; 2016 [cited 2016 Jan 20]. Available from: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Richardson GE, Neiger BL, Jensen S, Kumpfer KL. The resiliency model. Health Education. 1990;21:33-9. Doi:10.1080/00970050.1990.10614589.
- Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. Cien Saude Colet. 2015;20:1475-95. Doi:10.1590/1413-81232015205.00502014.
- Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. J Pers Soc Psychol. 2006;91:730-49. Doi:10.1037/0022-3514.91.4.730.
- Hardy SE, Concato J, Gill TH. Resilience of community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc. 2004;52:257-62.
- Demakakos P, Netuveli G, Cable N, Blane D. Resilience in older age: a depression-related approach. In: Banks J, Breeze E, Lessof C, Nazroo J, editors. Living in the 21st century: older people in England. The 2006 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 3) [Internet]. London: The Institute for Fiscal Studies; p.186-221. [cited 2016 Jan 20]. Available from: <http://www.elsa-project.ac.uk/uploads/elsa/report08/ch6.pdf>
- Gooding PA, Hurst A, Johnson J, Tarrier N. Psychological resilience in young and older adults, Int J Geriatr Psychiatry. 2012;27:262-70. Doi:10.1002/gps.2712.
- Nygren B, Al  x L, Jons  n E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. Aging Ment Health. 2005;9:354-62.
- Smith PR. Resilience: resistance factor for depressive symptom. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009;16:829-37. Doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01463.x.
- Gallacher J, Mitchell C, Heslop L, Christopher G. Resilience to health related adversity in older people. Qual Ageing Older Adults. 2012;13:197-204. Emerald Quality in Ageing and Older Adults [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 15]. Available from: <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/Doi:10.1108/14717791211264188>.
- Windle G, Markland DA, Woods RT. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. Aging Mental Health. 2008;12:285-2. Doi:10.1080/13607860802120763.
- Bennett KM. How to achieve resilience as an older widower: turning points or gradual change? Ageing Soc. 2010;30:369-82. Doi:10.1017/S0144686X09990572.
- MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. Geriatr Nurs. 2016;37:266-72. Doi:10.1016/j.gerinurse.2016.02.014.

16. Centre for Policy on Ageing (CPA). Resilience in Older Age [Internet]. London: Centre for Policy on Ageing; 2004 [Update 2017; cited 2017 Apr 10]. Available from: <http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-Rapid-Review-Resilience-and-recovery.pdf>
17. Moyle W, Clarke C, Gracia N, Reed J, Cook G, Klein B, et al. Older people maintaining mental health well-being through resilience: an appreciative inquiry study in four countries. *J Nurs Healthc Chronic Illn*. 2010;2: 113-21. Doi:10.1111/j.1752-9824.2010.01050.x.
18. Shen K, Zeng Y. The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demogr Res*. 2010;23:105-16. Doi:10.4054/DemRes.2010.23.5.
19. จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, พรประภา สิ้นธนา และณภัส ศิริสัมพันธ์. รายงานวิจัยเรื่องการประเมินสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ: ศึกษาเฉพาะกรณีสถานสงเคราะห์ 3 แห่ง [An Evaluation of Governmental Homes for the Aged: Case Studies of the Three Homes for the Aged]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543. Thai.
20. ธัญพร พรหมจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภชาติพร. ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร [Depression loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkae Home and private homes for the aged in Bangkok]. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*. 2557;58:545-61. Thai.
21. สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ทางสังคมของพื้นที่ระดับภาค: กรณีพื้นที่ภาคใต้ [Social situation of regional level: A case of southern area] [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ม.ค. 2559]. จาก: https://www.m-society.go.th/article_attach/9009/11575.pdf. Thai.
22. อมรากุล อินโอชานนท์, กาญจนา วนิชรมณีย์, ชิตชนก โอภาสวัฒนา. คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [Handbook of dementia care for health personnel in Health Promotion Hospital]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.39-43. Thai.
23. Maneerat S, Isaramalai S-A, Boonyasopun U. A conceptual structure of resilience among Thai elderly. *International Journal of Behavioral Science*. 2011;6:26-40.
24. ถัญชนา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ [Factors influencing loneliness of the elderly in social welfare development center for older persons] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558. Thai.
25. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย [Thai Geriatric Depression Scale]. *สารศิริราช*. 2537;46:1-9. Thai.
26. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดกิจกรรม "ฝึกคิดแก้ปัญหาพัฒนา EQ" สำหรับศูนย์เพื่อนใจในวัยรุ่น [Handbook of "Problem solving to develop EQ" For TO BE NUMBER ONE Friend Corner]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547. 29-33. Thai.
27. อภิชัย มงคล, วัชนิ หัตถพนม, ภัสรา เศรษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจิต สุวรรณชีพ. ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย [Happiness and mental health in the context of the Thai society]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2554;46:227-32. Thai.
28. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29:489-97.
29. กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล [Data analysis with SPSS for windows]. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554. 369-73. Thai.
30. Resnick BA, Inguito PL. The Resilience Scale: psychometric properties and clinical applicability in older adults. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;25:11-20. Doi:10.1016/j.apnu.2010.05.001.
31. กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ, เสาวลักษณ์ คงสนิท. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ภาคใต้ [Development of resilience-enhancing program for elderly nursing home residents of southern area]. ตระ: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2561. Thai.

32. Multiple regression analysis: Use adjusted R-Squared and predicted R-Squared to include the correct number of variables [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 3]. Available from: <http://blog.minitab.com/blog/adventures-in-statistics-2/multiple-regression-analysis-use-adjusted-r-squared-and-predicted-r-squared-to-include-the-correct-number-of-variables>
33. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *Gerontologist*. 2010;50:36-47. Doi:10.1093/geront/gnp067.
34. Wells M. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online J Rural Nurs Health Care*. 2010;10:45-54. Doi:10.14574/ojrnhc.v10i2.55.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

วันรับ : 13 กันยายน 2561

วันแก้ไข : 29 เมษายน 2562

วันตอบรับ : 4 มิถุนายน 2562

นางนภัส พรหมมิ, วท.ม.¹, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, พบ.ด.¹,

มธุรส ทิพยมงคลกุล, ปร.ด.¹, จารุวรรณ หมั่นมี, ปร.ด.²

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล¹

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินระดับความสุขในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

วิธีการ: เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจำนวน 755 คน สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม 2 ขั้นตอน (two-stage cluster sampling) โดยใช้สัดส่วนความน่าจะเป็น (probability proportional to size: PPS) ใช้แบบสัมภาษณ์ระดับความสุขในชีวิตตามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผล: กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป ร้อยละ 48.9 (95% CI=45.2-52.2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.0 (95% CI=65.6-72.3) และร้อยละ 57.6 (95% CI=54.3-61.3) ตามลำดับ การสนับสนุนทางอารมณ์ ความสำเร็จในชีวิต การสนับสนุนในการให้การประเมินผล การเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม รายได้ต่อเดือน การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร เพศ ลักษณะที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา อายุ การสนับสนุนสิ่งของ และภาวะสุขภาพ ทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 44.5 ($R^2_{adj}=0.445$)

สรุป: ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง กรุงเทพมหานครควรกำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีระดับความสุขเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: กรุงเทพมหานคร ความสุข ผู้สูงอายุ

ติดต่อผู้พิมพ์: นางนภัส พรหมมิ; e-mail: koikoi1983.prom@gmail.com

Original article

Life happiness of the elderly in Bangkok

Received : 13 September 2018

Revised : 29 April 2019

Accepted: 4 June 2019

Nongnapat Prommi, M.Sc.¹, Nawarat Suwannapong, Ph.D.¹,

Mathuros Tipayamongkhogul, Ph.D.¹, Charuwan Manmee, Ph.D.²

Faculty of Public Health, Mahidol University¹

Department of Research and Technology Assessment, Rajavithi Hospital²

Abstract

Objectives: To assess the level of life happiness, self-esteem, and social support of the elderly in Bangkok and to determine the relationship between personal characteristics, self-esteem, social support, and life happiness of the elderly in Bangkok.

Methods: The data were collected from 755 elderly persons in Bangkok in a two-stage cluster sampling with probability proportional to size using the Thai Mental Health Indicator Version 2007: TMHI-15 questionnaire. A study-specific questionnaire that elicits information on self-esteem and social support was also used. Data was collected between July and August 2017 and was analyzed using descriptive statistics, chi-square statistics, and stepwise multiple regression analysis.

Results: About half of the elderly had an average level of happiness (48.9%; 95% CI=45.2-52.2) and a moderate level of self-esteem and social support, i.e. 69.0% (95% CI=65.6-72.3) and 57.6% (95% CI=54.3-61.3), respectively. Emotional support, life achievement, appraisal support, being accepted by the family as well as society, income, information support, sex, housing conditions, level of education, age, materials support, and health status together explain 44.5% ($R^2_{adj}=0.445$) of the variation of life happiness among these elderly.

Conclusion: About half of the participants in Bangkok have an average level of happiness with a moderate level of self-esteem and social support. The Bangkok Metropolitan Administration should implement policies for the elderly that will improve a higher level of happiness for the elderly.

Key words: Bangkok, elderly, happiness

Corresponding author: Nongnapat Prommi; e-mail: koikoi1983.prom@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีข้อมูลประชากรที่ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี 2560 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.0 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน ซึ่งคาดประมาณว่าอีกไม่เกิน 4 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20.0¹ การที่สังคมไทยมีโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด ถือได้ว่าสังคมไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง²

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรง จากการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย³ พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยร้อยละ 12.7 โดยปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหาการเงิน ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาสุขภาพกาย และจากการศึกษาเรื่องความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง⁴ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 48.0 มีความสุขในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ บุคลิกภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้ภาวะแวดล้อมทางสังคม

ความสุขในชีวิต⁵ หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงาม

ภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สภาพจิตใจ (mental state) 2) สมรรถนะของจิตใจ (mental capacity) 3) คุณภาพของจิตใจ (mental quality) และ 4) ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁶ หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองและคิดว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งมาจากความสามารถ ความสำเร็จ และเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม โดยแหล่งที่มาของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดจากกระบวนการรับรู้ คือ ประเมินตนเองในด้านความสำคัญ ความสามารถ มีคุณค่าความดีและการมีอำนาจ สามารถรับรู้ตนเองจากสิ่งที่ประเมินตนเองและจากบุคคลอื่นที่แสดงออกต่อตนเอง โดยการรับรู้นี้จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม⁷ หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (appraisal support) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (informational support) และการสนับสนุนสิ่งของ (instrumental support)

กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุจำนวน 936,865 คน ในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 978,455 คน และในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 1,020,917 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.4, 17.8 และร้อยละ 18.6 ตามลำดับ⁸ แสดงให้เห็นว่ากรุงเทพมหานครได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” แล้ว การศึกษาของวิชาญ ชูรัตน์ และคณะ⁹ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 15.5) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 14.7) และภาคเหนือ (ร้อยละ 13.7) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนของกรุงเทพมหานคร เพื่อเสนอเป็นแนวทางให้ผู้บริหารกรุงเทพมหานคร ส่งเสริมและจัดบริการการดูแลให้ผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้านครอบครัวและด้านสังคม ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ two-stage cluster sampling, probability proportional to size (pps) คำนวนหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 755 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและนักสังคมสงเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถาม

แบบเลือกตอบและคำถามแบบปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ชนิด 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าชนิด 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และส่วนที่ 4 ความสุขในชีวิต⁵ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าชนิด 4 ระดับจำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบความตรงเกี่ยวกับเนื้อหา และการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.89 การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.85 และความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.90 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และควอไทล์ และวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลได้รับอนุมัติวันที่ 2 มิถุนายน 2560 เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2017-132

ผล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร (N=755 คน)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	234	31.0
หญิง	521	69.0
อายุ (ปี)		
60-69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)	454	60.1
70-79 ปี (ผู้สูงอายุตอนกลาง)	279	37.0
80 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย)	22	2.9
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 68.3 $\pm$ 5.8 (ปี) ค่ามัธยฐาน 68.0 (ปี)		
อายุน้อยที่สุด-อายุมากที่สุด 60-80 (ปี)		
ศาสนา		
พุทธ	712	94.3
อื่น ๆ (คริสต์ อิสลาม)	43	5.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ชั้นประถมศึกษา	395	52.3
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	115	15.2
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	120	15.9
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	125	16.6
สถานภาพสมรส		
โสด	132	17.4
คู่	381	50.5
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	242	32.1
ประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	353	46.8
ข้าราชการบำนาญ	99	13.1
รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย/อื่น ๆ	303	40.1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร (N=755 คน) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	48	6.3
ต่ำกว่า 5,000	277	36.7
5,000-10,000	273	36.2
10,001-20,000	99	13.1
มากกว่า 20,000 ขึ้นไป	58	7.7
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8,383.3 $\pm$ 8,447.1 ค่ามัธยฐาน 6,000.0		
รายได้ต่อเดือนน้อยที่สุด-รายได้ต่อเดือนมากที่สุด 300-70,000		
จำนวนสมาชิกในบ้าน (คน)		
อยู่คนเดียว	77	10.2
มีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วย	678	89.8
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.6 $\pm$ 1.8 ค่ามัธยฐาน 3.0		
จำนวนสมาชิกในบ้านน้อยที่สุด-จำนวนสมาชิกในบ้านมากที่สุด 1-10		
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
บ้านเดี่ยว	346	45.8
บ้านแฝด/ตึกแถว/ห้องแถว/ทาวน์เฮาส์	366	48.5
แฟลต (flat)	43	5.7
ภาวะสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	248	32.8
มีโรคประจำตัว	507	67.2

ระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป เมื่อพิจารณาความสุขรายข้อพบว่าสามลำดับแรกของความสุขระดับมากและมากที่สุด ได้แก่ ความรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่น

ที่มีปัญหา ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ โดยข้อคำถามเชิงนิเสธพบว่า ความรู้สึกในระดับเล็กน้อยและไม่เลยสูงที่สุด ได้แก่ รู้สึกผิดหวังในตัวเอง แสดงดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ระดับความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ระดับความสุข	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (34.01-45.00 คะแนน)	201	26.6	23.4-29.9
เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน)	369	48.9	45.2-52.2
น้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (0.00-27.00 คะแนน)	185	24.5	21.6-27.4

ตารางที่ 3 ระดับความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจำแนกรายข้อ

ความสุขในชีวิต	มากที่สุด	มาก	เล็กน้อย	ไม่เลย
รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	30.6	62.1	6.5	0.8
รู้สึกพึงพอใจในชีวิต	32.5	58.4	8.9	0.2
รู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	21.9	69.0	8.5	0.6
รู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	31.4	59.3	8.6	0.7
ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	26.1	63.3	9.9	0.7
รู้สึกสบายใจ	28.3	60.7	10.1	0.9
สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	37.0	51.7	9.8	1.5
รู้สึกภูมิใจในตนเอง	29.0	57.7	12.6	0.7
หากป่วยหนัก เชื่อว่าครอบครัวจะดูแลเป็นอย่างดี	34.3	50.6	12.5	2.6
มั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	12.7	62.6	22.4	2.3
มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้	11.0	57.6	28.9	2.5
เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	10.9	51.7	33.2	4.2
สามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	2.8	11.1	38.0	48.1
รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน*	1.2	9.4	34.7	54.7
รู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์*	1.1	7.5	30.7	60.7

*คำถามเชิงนิเสธ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านการเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคมและด้านความสามารถของตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และด้านความสำเร็จในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของ

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยทั้งด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนในการให้การประเมินผล การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนสิ่งของส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	ดี			ปานกลาง			ต้องปรับปรุง		
	จำนวน	ร้อยละ	95% CI	จำนวน	ร้อยละ	95% CI	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวม	185	24.5	21.5-27.7	521	69.0	65.6-72.3	49	6.5	4.8-8.3
ด้านการเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม	217	28.7	25.4-31.9	494	65.4	62.1-69.0	44	5.8	4.1-7.5
ด้านความสามารถของตนเอง	126	16.7	14.0-19.5	563	74.6	71.5-77.7	66	8.7	6.6-10.9
ด้านความสำเร็จในชีวิต	399	52.8	49.3-56.6	292	38.7	31.5-42.4	64	8.5	6.6-10.5
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	152	20.1	17.4-23.0	435	57.6	54.3-61.3	168	22.3	19.2-24.9
การสนับสนุนทางอารมณ์	258	34.2	31.0-37.6	403	53.4	49.8-57.0	94	12.4	10.1-14.8
การสนับสนุนในการให้การประเมินผล	246	32.6	29.1-36.2	388	51.4	47.9-55.1	121	16.0	13.5-18.5
การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร	241	31.9	28.7-35.2	373	49.4	46.1-52.8	141	18.7	16.0-21.3
การสนับสนุนสิ่งของ	185	24.5	21.6-27.5	358	47.4	43.8-51.1	212	28.1	24.8-31.1

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของ

ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ระดับความสุข						p-value	
	มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (จำนวน=201)		เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป (จำนวน=369)		น้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (จำนวน=185)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								0.014
ชาย	47	20.0	119	50.9	68	29.1		
หญิง	154	29.6	250	48.0	117	22.4		
อายุ (ปี)								<0.001
60-69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)	96	21.1	226	49.8	132	29.1		
70-79 ปี (ผู้สูงอายุตอนกลาง)	99	35.5	131	47.0	49	17.5		
80 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย)	6	27.3	12	54.5	4	18.2		
ศาสนา								0.679
พุทธ	192	27.0	346	48.6	174	24.4		
อื่น ๆ (คริสต์, อิสลาม)	9	20.9	23	53.5	11	25.6		
ระดับการศึกษา								0.032
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ ชั้นประถมศึกษา	111	28.1	174	44.1	110	27.8		
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบเท่า	26	22.6	59	51.3	30	26.1		
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	27	22.5	73	60.8	20	16.7		
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	37	29.6	63	50.4	25	20.0		
สถานภาพสมรส								0.365
โสด	36	27.3	58	43.9	38	28.8		
คู่	95	24.9	189	49.6	97	25.5		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	70	28.9	122	50.4	50	20.7		
การประกอบอาชีพ								0.159
ไม่ได้ทำงาน	97	27.5	177	50.1	79	22.4		
ข้าราชการบำนาญ	24	24.2	56	56.6	19	19.2		
รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย/อื่น ๆ	80	26.4	136	44.9	87	28.7		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับความสุข						p-value
	มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (จำนวน=201)		เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป (จำนวน=369)		น้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (จำนวน=185)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ต่อเดือน (บาท)							0.022
ไม่มีรายได้	14	29.2	23	47.9	11	22.9	
ต่ำกว่า 5,000	70	25.3	142	51.3	65	23.4	
5,000-10,000	66	24.2	124	45.4	83	30.4	
10,001-20,000	26	26.3	53	53.5	20	20.2	
มากกว่า 20,000 ขึ้นไป	25	43.1	27	46.6	6	10.3	
จำนวนสมาชิกในบ้าน							0.213
อยู่คนเดียว	17	22.0	35	45.5	25	32.5	
มีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วย	184	27.1	334	49.3	160	23.6	
ลักษณะที่อยู่อาศัย							0.013
บ้านเดี่ยว	92	26.6	178	51.4	76	22.0	
บ้านแฝด/ตึกแถว/ห้องแถว/ ทาวน์เฮาส์	91	24.9	170	46.4	105	28.7	
แฟลต (flat)	18	41.9	21	48.8	4	9.3	
ภาวะสุขภาพ							0.031
ไม่มีโรคประจำตัว	80	32.3	117	47.2	51	20.5	
มีโรคประจำตัว	121	23.9	252	49.7	134	26.4	

p-value by Chi-Square tes

ปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 12 ปัจจัยสามารถอธิบายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 44.5 ($R^2_{adj}=0.445$) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมทั้ง

4 ด้าน ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ความสำเร็จในชีวิต และการเป็นที่ยอมรับของครอบครัว และสังคม ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุ ลักษณะที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพ แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในพยากรณ์ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรอิสระ	b	S.E.(b)	Beta	t	p-value
การสนับสนุนทางอารมณ์	0.189	0.043	0.171	4.409	<0.001
ความสำเร็จในชีวิต	0.321	0.036	0.290	8.881	<0.001
การสนับสนุนในการให้การประเมินผล	0.183	0.040	0.174	4.570	<0.001
การเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม	0.169	0.045	0.128	3.764	<0.001
รายได้ต่อเดือน	0.075	0.020	0.106	3.722	<0.001
การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร	0.092	0.036	0.090	2.585	0.010
เพศ (เพศชาย = 0 เพศหญิง = 1)	0.149	0.043	0.097	3.438	0.001
ลักษณะที่อยู่อาศัย (ที่อยู่อาศัยลักษณะอื่น ๆ = 0 บ้านเดี่ยว = 1)	0.085	0.040	0.059	2.118	0.035
ระดับการศึกษา (ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา = 0 ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป = 1)	0.110	0.043	0.077	2.570	0.010
อายุ	0.095	0.037	0.073	2.568	0.010
การสนับสนุนสิ่งของ	0.078	0.033	0.079	2.377	0.018
ภาวะสุขภาพ (มีโรคประจำตัว = 0 ไม่มีโรคประจำตัว = 1)	0.085	0.043	0.056	2.000	0.046
ค่าคงที่	-0.873	0.134			

วิจารณ์

ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป รองลงมาคือ มีระดับคะแนนความสุขอยู่ในเกณฑ์มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป และน้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดระยองเกือบครึ่งหนึ่งมีความสุขในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากมีวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเดียวกัน โดย

คำนึงถึงการกระจายตัวทั่วทั้งจังหวัด ไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แตกต่างจากการศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวสามวัยจังหวัดชัยนาท¹¹ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิตอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ประกอบไปด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย วัยพ่อ แม่ และวัยเด็ก ซึ่งการอาศัยอยู่ในครอบครัวลักษณะนี้ อาจจะมีความใกล้ชิดกัน ให้ความสำคัญกันในระบบเครือญาติ แสดงออกถึงความรักและ

ความเกื้อกูลกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาความสุขและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย¹² ที่ผู้สูงอายุหญิงมีความสุขอยู่ในระดับสูง โดยความแตกต่างส่วนหนึ่งอาจเกิดจากผู้สูงอายุหญิงในการศึกษานี้มีความสุขและความภาคภูมิใจในการดูแลหลาน และมีความคาดหวังว่าในอนาคตหลานจะเป็นผู้ดูแลตนเองต่อไป นอกจากนี้ ผลการศึกษา ยังแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ^{13,14} ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขในระดับสูง ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องจากการศึกษามีความแตกต่างทั้งความหมายและเครื่องมือที่ใช้วัดความสุข โดยใช้เครื่องมือในการวัดความสุขด้วยวิธีการประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม มีมาตรวัดเป็นคะแนน 0-100 รวมถึงการใช้ทฤษฎี The Big Seven Factors Affecting Happiness ของ Layard¹⁵ มาเป็นตัวแปรในการศึกษา

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีระดับความสุขมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) มีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุอื่น ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความสุขสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวสามวัยจังหวัดชัยนาท¹¹ ที่อายุยิ่งเพิ่มมากขึ้นกลับทำให้ความสุขในชีวิตลดลง อาจเนื่องมาจากความแตกต่างระหว่างบริบทของสังคมกรุงเทพมหานครกับต่างจังหวัด ซึ่งถึงแม้ว่าสังคมไทยยังคงให้ความสำคัญกับเพศชายทั้งบทบาท หน้าที่และ

ความรับผิดชอบ แต่ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ในกรุงเทพมหานครเมื่อเกษียณอายุแล้ว ยังต้องหารายได้ในเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว ซึ่งค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวันในกรุงเทพมหานครสูงกว่าต่างจังหวัด¹⁶ แต่รายได้ที่ได้รับในวัยสูงอายุลดลง อาจทำให้เกิดความเครียด ส่งผลทำให้ความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครน้อยกว่าผู้สูงอายุในจังหวัดอื่น^{4,11}

ในด้านระดับการศึกษาและรายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่จบระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป และมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน มีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาและมีรายได้ระดับอื่น อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงมีอาชีพที่ดี แม้หลังเกษียณก็ยังคงมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน หลังเกษียณจึงมีความสุขในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุคนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ^{4,11-14} ที่ระดับการศึกษาและรายได้ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ทั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของ Maslow¹⁷ ที่กล่าวว่า ความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความต้องการพื้นฐานอันดับแรก จะได้รับการตอบสนองต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เงินรายได้ ดังนั้น การมีการศึกษาที่สูงงานอาชีพที่ดี และมีรายได้สูงจึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ได้ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพลตส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีลักษณะที่อยู่อาศัยแบบอื่นๆ ซึ่งการอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการรวมกลุ่มเป็นชมรมหรือสมาคมเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น นับว่าเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีและ

มีความสุขตามไปด้วย⁵ ในด้านภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ^{4,11,12,14} ซึ่งสาเหตุหนึ่งของความเครียดมักเกิดจากความบกพร่องของร่างกาย หรือการมีโรคประจำตัวที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น¹⁸ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขน้อยลงตามไปด้วย

ในด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเยอรมัน¹⁹ ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยหนึ่งของความสุขในการศึกษาดังกล่าว คือ Social Well-Being การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุจะเป็นการทดแทนบทบาทที่สูญเสียไป การที่ผู้สูงอายุยังคงบทบาทและเป็นที่ยอมรับในสังคมจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ สอดคล้องกับองค์ประกอบของความสุขในการศึกษารั้งนี้ที่ได้กล่าวถึงความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคมด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย^{4,11,12} ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถรับรู้ได้จากสิ่งที่ประเมินตนเองและจากบุคคลอื่นที่แสดงออกต่อตนเอง ซึ่งการรับรู้นี้จะทำให้บุคคลมีความสุขมีคุณค่าในตนเองในระดับที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองตามไปด้วย⁶

ภาพรวมการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง⁴ ผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือ¹² และผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง¹³ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความต้องการทางสังคม หรือความต้องการที่จะเป็นที่รักของผู้อื่น ต้องการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ เป็นลำดับของความต้องการของมนุษย์อย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อความต้องการเหล่านี้ได้รับการตอบสนอง มนุษย์ก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข¹⁷

งานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนภาพรวมความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 12 ปัจจัย กรุงเทพมหานครสามารถนำไปกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น หลังเกษียณอายุจากการทำงานประจำ ควรมีการส่งเสริมให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญา ถ่ายทอดความรู้ความสามารถ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทและเป็นที่ยอมรับในสังคม ทำให้รู้สึกว่าตนยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ แต่มีข้อจำกัดในการศึกษาคือเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่อธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้ ณ ช่วงเวลานั้น ไม่สามารถบ่งบอกถึงสาเหตุได้

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาความสุขเป็นเรื่องเกี่ยวกับอัตวิสัย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อจะได้ข้อมูลเชิงลึกว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับอะไร หรือเพราะอะไร และควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครกับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองอื่น เช่น เทศบาลเมืองพัทยา เทศบาลเมืองอื่นๆ เพื่อจะได้ทราบว่าบริบทของชุมชนเมืองที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุจะมีความสุขในชีวิตแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิต

สรุป

ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีระดับความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป โดยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย และภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง รองศาสตราจารย์ ดร.มธุรส ทิพย์มงคลกุล และ ดร.จารุวรรณ หมั่นมี อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ขอขอบคุณกรุงเทพมหานครที่สนับสนุนทุนการศึกษา และขอบคุณนักสังคมสงเคราะห์ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทุกท่าน ที่ให้ความสะดวกด้านอำนวยความสะดวก และประสานงานในการทำวิจัยครั้งนี้

ความรู้เดิม: ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเผชิญสภาพแวดล้อมที่มีมลพิษและปัญหาสังคมมากขึ้น เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าภาคอื่นๆ

ความรู้ใหม่: ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับเท่ากับผู้สูงอายุทั่วไป

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: มีปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งนำไปกำหนดนโยบายและวางแผนการงานด้านผู้สูงอายุได้

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560 [Situation of the Thai elderly 2017]. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์เดียนตุลา จำกัด; 2561. Thai.
2. ชมพูนท์ พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย [Aging society in Thailand] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556 [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ต.ค. 2557]. จาก: http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF Thai.
3. Thongtang O, Sukhatunga K, Ngamthipwatthana T, Chulakadabba S, Vuthiganond S, Pooviboonsuk P, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2002;85:540-4.
4. ชุตติไกร ดันดิชัยวนิช. ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง [Life happiness of the elderly in Rayong province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551. Thai.
5. อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่, สุจิตต์ สุวรรณชีพ. การศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตคนไทย [The study to develop Thai mental health indicator]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544;46:209-25. Thai.
6. Coopersmith S. The manual of Self-esteem inventory. California: Consulting Psychologists Press, Inc; 1984.

7. House JS. The nature of social support. In M.A. Reading (Eds.): Work Stress and Social Support. Philadelphia: Addison Wesley; 1981.
8. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. สถิติประชากรและบ้าน-จำนวนประชากรแยกอายุ [Official statistics population and household registration system] [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มิ.ย. 2562]. จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php Thai.
9. วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวดี, สุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย [Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly]. วารสารประชากร. 2555;3:87-109. Thai.
10. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
11. ธนาเสถียร มงทรรพ์. ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวสามวัยจังหวัดชัยนาท [Life happiness of the elderly living in three generation family, Chainat province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. Thai.
12. สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, อาภาพร เภาวัฒนา. ความสุขและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย [Happiness and way of life among elderly female who take care of grandchild in northern region of Thailand]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก (1997) จำกัด; 2553. Thai.
13. ัญญาพรรณ เรือนทิพย์. ความสุขของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงใหม่ [Happiness in elderly with chronic disease in Chiangmai province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. Thai.
14. วิมา ธรรมเจริญ. อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ [The influence of external and internal factors on happiness of the elderly] [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2555. Thai.
15. Layard R. Happiness: Lessons from a New Science. New York: The Penguin Press; 2005.
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2561 [National statistical office] [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 เม.ย. 2562]. จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/>. Thai.
17. Maslow A H. Motivation and Personality 2nd. New York: Harper & Row Publishers 1970:35-58,153-54.
18. สิริพงศ์ กุลสุพรรณศรี, คมศักดิ์ สินสุรินทร์, มารุต ว่องประเสริฐการ. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มี.ค. 2558]. จาก: <http://www.prerehab2home.com/th/document/Changes%20in%20the%20elderly.pdf> Thai.
19. Wiesmann U, Hannich HJ. A salutogenic view on subjective well-being in active elderly person. Aging Ment Health. 2008;12:56-65.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วันรับ : 14 พฤศจิกายน 2561
วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2562
วันตอบรับ : 10 มิถุนายน 2562

จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, พ.บ., ชลธิชา เรืองวิริยะนันท์, พ.บ.
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีการ: เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2561 ใช้แบบสอบถามแบบตอบเอง คือ แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป แบบวัดภาระการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลโดยวิธี logistic regression ด้วยสถิติ Chi-square นำเสนอโดย Odds ratio

ผล: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 82 ราย อายุเฉลี่ย 54.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9) เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ เป็นบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 50.0) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.6 ปี ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 82 ราย อายุเฉลี่ย 42.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.4) มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 13.7 ปี และร้อยละ 14.6 มีประวัติอาการโรคจิตเภทกำเริบใน 1 ปีที่ผ่านมา ในด้านความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ (ร้อยละ 73.2) ส่วนผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยนั้น รู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย และปานกลาง (ร้อยละ 22.0 และ 4.8 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยคนใดรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ ความทุกข์ใจในการดูแล อาการกำเริบของผู้ป่วย และโรคประจำตัวของผู้ป่วย

สรุป: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำสำคัญ: เป็นภาระ ปัจจัย ผู้ดูแล โรคจิตเภท

ติดต่อผู้พิมพ์: จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์; e-mail: pjarurin@medicine.psu.ac.th

Original Article

Caregiver burdens in patients with schizophrenia and related factors

Received : 14 November 2018

Revised : 20 March 2019

Accepted: 10 June 2019

Jarurin Pitanupong, M.D.

Chonthicha Rueangwiriyanan, M.D.

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

Abstract

Objective: This study aims to evaluate caregiver burdens. and related factors, in patients with schizophrenia.

Methods: This was a cross-sectional study, which enrolled caregivers from schizophrenia out-patient department, Songklanagarind hospital, who had come with patients, for services received between December 2017-June 2018. The participants were asked to fill out a questionnaire comprising of demographic data and Zarit Burden Interview-Thai version questionnaires. Data was analyzed by using descriptive statistics, logistic regression analysis, Chi-square and presented with Odds ratio.

Results: The 82 caregivers, who participated in the study, had a mean age of 54.8 years. Most of the participants were female (65.9%), with their relationship to the patient being that of a parent (50.0%). Mean duration of patient care was 11.6 years. The 82 schizophrenic patients, participating in the study, had a mean age of 42.5 years. Most patients were male (52.4%), unemployed (53.7%), with the mean duration of illness being 13.7 years, additionally they had a history of hospitalization within the past year (14.6%). The study showed that 73.2% of the caregivers had no burden. The prevalence of caregiver burden was 26.8%, which was then divided into mild (22.0%), and moderate (4.8%). There was no severe caregiver burden. The associated, significant factors related to caregiver burden were: unpleasant events in patient-caring, relapse of patient-symptoms, and caregiver's physical illness.

Conclusion: Most of the caregivers had no burden.

Key words: burden, caregiver, factor, schizophrenia

Corresponding author: Jarurin Pitanupong; e-mail: pjarurin@medicine.psu.ac.th

บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือ schizophrenia มีลักษณะโรคที่มีความเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่การทำงาน และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมในระยะยาว ทำให้ผู้ดูแลบางรายเกิดความคิดและรู้สึกเป็นภาระต่อการดูแลผู้ป่วยได้

การศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่ผ่านมาทั้งในยุโรป แอฟริกา และเอเชีย พบว่าความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันได้ตามบริบทของวัฒนธรรมแต่ละท้องที่ กล่าวคือ การศึกษาในทวีปยุโรปที่มีการเปรียบเทียบสองประเทศที่มีปัจจัยการเข้าถึงการรักษาและกระบวนการรักษาแตกต่างกัน พบว่าส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย¹

ส่วนในทวีปแอฟริกา มีการศึกษาที่วัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลโดยใช้แบบสอบถาม Zarit Burden Interview (ZBI) พบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระ ได้แก่ ผู้ดูแลเพศหญิง ผู้ดูแลที่ว่างงาน ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือทางสังคม มีอายุมาก มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะเป็นพ่อแม่หรือคู่สมรส หรือใช้เวลาดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันน้อย ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะโรคที่เรื้อรัง หรือมีอาการแสดงที่รุนแรงมาก²

ในทวีปเอเชียซึ่งมีวัฒนธรรม ความเชื่อและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างจากทวีปยุโรป และแอฟริกา นั้นมีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาในประเทศตุรกีในปี พ.ศ. 2557 พบปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ ความรุนแรงของโรค ปัจจัยทางวัฒนธรรม การรับรู้ตราบาปทางสังคมและความพิการจากโรค³

การศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่า ร้อยละ 27.1, 41.8 และ 23.5 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

มีความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลในระดับรุนแรงมาก ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระต่อการดูแล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแล และความเรื้อรังของโรค⁴ ซึ่งแตกต่างจากบางการศึกษาในปี พ.ศ. 2553 ที่พบว่าความรุนแรงของโรคในขณะนั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ⁵ นอกจากนี้การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศอินเดียและมาเลเซีย ซึ่งมีวัฒนธรรมแตกต่างกัน พบว่าผู้ดูแลในประเทศอินเดียรู้สึกภูมิใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่า ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยในประเทศมาเลเซียมีปัญหาทางการเงินและการรับรู้ตราบาปน้อยกว่า อย่างไรก็ตามความรู้สึกเป็นภาระหรือรู้สึกมีปัญหาในการดูแลที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีความแตกต่างกัน โดยร้อยละ 54.0 ของผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นภาระในระดับรุนแรงมาก⁶

การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 พบว่าร้อยละ 54.5 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลคือ เพศหญิง ผู้ดูแลมีรายได้น้อย การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระดับ global assessment of functioning (GAF) น้อยกว่า 20 และมีอาการรุนแรง⁷ อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในบริบทของชุมชนภาคอื่น เช่น ภาคใต้ที่มีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้สึกเป็นภาระและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในบริบทของภาคใต้ของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

และผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ รวมทั้งช่วยพัฒนาระบบทางสังคมในแง่ป้องกันการเกิดความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ 60-345-03-4) ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ดูแลหลักหนึ่งคนต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทหนึ่งคน โดยผู้ดูแลหลักหมายถึงผู้ที่เป็นหลักรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรคประจำตัวทางกายหรือทางจิตเวชรุนแรงที่รบกวนความสามารถในการดูแลผู้ป่วย⁸ ได้แก่ โรคเมเร็ง ติดสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรอ้างอิงจากงานวิจัยในประเทศไทยกำหนดค่าความชุก (P) ที่พบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 54.5⁷

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

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่า Z score ของ normal variation ซึ่งในที่นี้จะแทนด้วยตัวเลข 1.96

P = ค่าสัดส่วนของประชากรที่ใช้ในการประมาณค่า ซึ่งในที่นี้จะแทนด้วย 0.55

$$Q = 1-p = 1-0.55 = 0.46$$

D = ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า ซึ่งไม่ควรเกิน 20% ของค่า p ในที่นี้จะแทนด้วยเลข 0.11

เมื่อแทนตัวเลขดังกล่าวลงไปในสูตร จะได้ค่าออกมาเท่ากับ 80.15 ดังนั้นขนาดตัวอย่างของงานวิจัยนี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 82 คน

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ ได้แก่ เพศ^{2,9,10} อายุ^{2,10,11} ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา^{4,9,12} อาชีพ¹² รายได้^{9,13} โรคประจำตัว⁸ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย^{2,6,11,14} ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย⁵ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน^{4,9} การประเมินตนเองในการดูแลผู้ป่วย อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย คนช่วยเหลือในการดูแล² ความรู้สึกรับรู้ตราบาปทางสังคม¹⁵ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากแพทย์ในระหว่างการดูแล¹⁶ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ⁹ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน^{4,9} จำนวนผู้อยู่อาศัยในครอบครัว^{2,13} ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค^{2,9} และแบบประเมินอาการและความรุนแรงของโรคจิตเภท^{2,10,17} ประเมินจากจำนวนครั้งและความถี่ในการนอนโรงพยาบาล และ GAF ฉบับภาษาไทย¹⁸ โดยผู้ดูแลและแพทย์เจ้าของไข้ให้การประเมิน GAF ร่วมกัน และ 3) แบบวัดภาระการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทย (ZBI-Thai) ซึ่งได้มีการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาอยู่ในระดับดีมากและได้มีการแปลตามข้อกำหนดของเจ้าของ

ลักษณะ และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอย่างเป็นอิสระต่อกันเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของการแปล ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ โดยผู้ตอบให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (0 คะแนน = ไม่เคยเลย 1 คะแนน = นาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน = บางครั้ง 3 คะแนน = ค่อนข้างบ่อย 4 คะแนน = แทบทุกครั้ง)¹⁹

การแปลผลให้ค่าระดับคะแนน 0-20 คะแนน หมายถึงความรู้สึกไม่มีการะในการดูแล ระดับคะแนน 21-88 คะแนน หมายถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับย่อย คือ 21-40 คะแนน 41-60 คะแนน และ 61-88 คะแนน หมายถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับน้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ²⁰

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบเองในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภทขอเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลาครินทร์ ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2561

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลโดยวิธี logistic regression ด้วยสถิติ Chi-square นำเสนอโดย Odds ratio

ผล

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนทั้งสิ้น 82 ราย อายุเฉลี่ย 54.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9)

สถานภาพสมรส (ร้อยละ 67.1) มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ เป็นบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 51.2) และมีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 56.1) มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.6 ปี ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย 4.2 ชั่วโมง มีบุคคลอื่นช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (ร้อยละ 52.0) และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกใจในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 48.8)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนทั้งสิ้น 82 ราย อายุเฉลี่ย 42.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.4) สถานภาพโสด (ร้อยละ 67.1) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 56.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.7) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 48.8) มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 13.7 ปี และส่วนน้อยเคยมีประวัติใน 1 ปีที่ผ่านมามีอาการโรคจิตเภทกำเริบจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 14.6) โดยมีระดับความรุนแรงของโรคในมุมมองของจิตแพทย์เจ้าของไข้คือ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนน GAF เท่ากับ 51-60 และ 81-90 คะแนน

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้ ZBI-Thai พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (ร้อยละ 73.2) มีผู้ดูแลส่วนน้อยมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 26.8) โดยความรู้สึกเป็นภาระนั้นอยู่ในระดับน้อย และปานกลาง (ร้อยละ 22.0 และ 4.8 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยคนใดรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระดับมาก

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการวิเคราะห์โดยใช้ multiple logistic regression พบว่าตัวแปรด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน การมีบุคคลอื่นช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ความรู้เกี่ยวกับ

โรคจิตเภทนั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล สำหรับตัวแปรด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านร่วมกับผู้ป่วยนั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเช่นกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (n=82)

ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูลของผู้ป่วย; จำนวน (ร้อยละ)			ข้อมูลของผู้ดูแล; จำนวน (ร้อยละ)		
	ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล		p-value	ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล		p-value
	ไม่มี (n=60)	มี (n=22)		ไม่มี (n=60)	มี (n=22)	
เพศ			0.61			0.29
ชาย	33 (55.0)	10 (45.5)		18 (30.0)	10 (45.5)	
หญิง	27 (45.0)	12 (54.5)		42 (70.0)	12 (54.5)	
อายุ (ปี)			0.52 ^a			0.36 ^b
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	41.8±12.8	44.2±14.1		54.1±11.6	56.7±11.2	
มัธยฐาน (IQR)	40 (31.8, 50.0)	41 (35.5, 52.8)		54.5 (46,62)	59 (51,64.5)	
สถานภาพสมรส			0.72			0.51
โสด/หม้าย/หย่า/แยก/ร้าง	45 (75.0)	18 (81.8)		18 (30.0)	9 (40.9)	
สมรส	15 (25.0)	4 (18.2)		42 (70.0)	13 (59.1)	
ระดับการศึกษา			0.28			0.27
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	31 (51.7)	15 (68.2)		32 (53.3)	8 (36.4)	
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	29 (48.3)	7 (31.8)		28 (46.7)	14 (63.6)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			0.23			0.23
ต่ำกว่า 10,000	17 (28.3)	7 (31.8)		15 (25.0)	7 (31.8)	
10,001-20,000	16 (26.7)	2 (9.1)		18 (30.0)	7 (31.8)	
20,001 ขึ้นไป	27 (45.0)	13 (59.1)		27 (45.0)	8 (36.4)	

ตารางที่ 1 ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (n=82) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูลของผู้ป่วย; จำนวน (ร้อยละ)			ข้อมูลของผู้ดูแล; จำนวน (ร้อยละ)		
	ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล		p-value	ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล		p-value
	ไม่มี (n=60)	มี (n=22)		ไม่มี (n=60)	มี (n=22)	
อาชีพ						0.47
รับราชการ/พนักงาน						
รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน/				17 (28.3)	6 (28.6)	
ข้าราชการบำนาญ						
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว				16 (26.7)	7 (33.3)	
รับจ้าง/เกษตรกรรม				21 (35.0)	4 (19.0)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				6 (10.0)	4 (19.0)	
missing data					1	
โรคประจำตัวทางกาย						0.11
ไม่มี				30 (50.0)	6 (27.3)	
มี				30 (50.0)	16 (72.7)	
มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						0.61
พ่อ/แม่ ลูก				33 (55.0)	12 (54.5)	
พี่น้อง				14 (23.3)	7 (31.8)	
สามี/ภรรยา ลูกป้า/น้าอา แม่						
เลี้ยง น้องสะใภ้				13 (21.7)	3 (13.6)	
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ปี)						0.08
≤ 4				21 (35.6)	3 (13.6)	
5-9				7 (11.9)	6 (27.3)	
≥ 10				31 (52.5)	13 (59.1)	
ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)						0.76
< 2				21 (35.0)	7 (31.8)	
2-4				22 (36.7)	10 (45.5)	
> 4				17 (28.3)	5 (22.7)	
มีความทุกข์ใจหรือมีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย						<0.01
ไม่มี				39 (65.0)	3 (13.6)	
มี				21 (35.0)	19 (86.4)	

ตารางที่ 1 ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (n=82) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูลของผู้ป่วย; จำนวน (ร้อยละ)			ข้อมูลของผู้ดูแล; จำนวน (ร้อยละ)		
	ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล		p-value	ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล		p-value
	ไม่มี (n=60)	มี (n=22)		ไม่มี (n=60)	มี (n=22)	
มีบุคคลอื่นช่วยเหลือ ในการดูแลผู้ป่วย						0.82
ไม่มี				21 (35.0)	9 (40.9)	
มี				39 (65.0)	13 (59.1)	
จำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้าน ร่วมกับผู้ป่วย						0.61 ^c
2 คนขึ้นไป				57 (95.0)	20 (90.9)	
ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านคนเดียว				3 (5.0)	2 (9.1)	
มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท						1
มาก-มากที่สุด				11 (18.3)	4 (18.2)	
ปานกลาง				37 (61.7)	14 (63.6)	
น้อย/ไม่ทราบ				12 (20.0)	4 (18.2)	
ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตเภท กำเริบจนต้องรักษาตัว ในโรงพยาบาลในช่วงหนึ่งปี ที่ผ่านมา			0.07 ^c			
ไม่มี	54 (90.0)	16 (72.7)				
มี	6 (10.0)	6 (27.3)				

^aRanksum test; ^bT-test; ^cFisher's exact test IQR = interquartile range

อย่างไรก็ตามพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลคือ ความทุกข์ใจในการดูแลอาการกำเริบของผู้ป่วย และโรคประจำตัวทางกายของผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวทางกายมีโอกาสรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็น

5.2 เท่า (95% CI=1.4, 19.9) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ส่วนผู้ดูแลที่มีความทุกข์ใจในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีโอกาสรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็น 16.5 เท่า (95% CI=3.8, 71.1) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีความทุกข์ใจในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตเภท

กำเริบจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา มีโอกาสรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็น 5.7 เท่า (95% CI=1.1, 29.7) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ดูแล

ที่ผู้ป่วยไม่มีอาการโรคจิตเภทกำเริบจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=81)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value LR-test
โรคประจำตัวทางกาย			0.01
ไม่มี	Reference	Reference	
มี	2.6 (0.9, 7.5)	5.2 (1.4, 19.9)	
มีความทุกข์ใจ/มีอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย			<0.01
ไม่มี	Reference	Reference	
มี (ได้แก่ ปัญหาการเงิน เวลา และอื่นๆ)	12.4 (3.3, 46.8)	16.5 (3.8, 71.1)	
ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตเภทกำเริบจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา			0.04
ไม่มี	Reference	Reference	
มี	4.1 (1.1, 15)	5.7 (1.1, 29.7)	

OR=odds ratio, CI= confidence interval, LR= likelihood ratio

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 73.2 ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยนั้นพบว่ามีความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับน้อย แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ร้อยละ 54.0 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกเป็นภาระในระดับรุนแรงมาก⁶ ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการศึกษานี้มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ โดยระดับความรุนแรงของโรคในมุมมองของจิตแพทย์เจ้าของไข้พบว่า

ส่วนใหญ่มีค่าคะแนน GAF สูงกว่า 50 คะแนน และมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 14.6 มีอาการกำเริบใน 1 ปีที่ผ่านมาจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 ที่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีค่า GAF น้อยกว่า 40 คะแนน⁷ นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่คือบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยแต่กลับพบความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในทวีปยุโรปและแอฟริกา^{1,2,11} ที่พบว่าความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะบิดาหรือมารดามีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ

ในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมหรือสภาพสังคมของชุมชนในทวีปนั้นที่มีการมอบหมายบทบาทในการดูแลคนป่วยไว้กับเพศหญิง ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบอื่นภายในบ้านทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ มีความเครียดเนื่องจากสังคมมีความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วยสูง ผู้ดูแลที่มีเวลาดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันน้อยจึงมีความรู้สึกผิดและต่อว่าตนเอง ส่วนผู้ดูแลที่อายุมากและเป็นพ่อแม่จะรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเนื่องจากเป็นกังวลว่าผู้ป่วยจะอยู่ต่อไปอย่างไรหากไม่มีตนเอง² ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมในประเทศไทยที่หน้าที่การดูแลความเจ็บป่วยเป็นของทุกคนในครอบครัวและมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไม่ยกให้เป็นภาระของใครคนใดคนหนึ่ง หากผู้ดูแลหลักเกิดปัญหา เช่น ด้านสุขภาพ จะมีผู้ดูแลรองหรือบุคคลในครอบครัวคนอื่นคอยให้ความช่วยเหลือ ดังข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในการศึกษานี้ที่พบว่าร้อยละ 63.4 มีบุคคลอื่นช่วยดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ในกระบวนการรักษาโรคจิตเภทรวมถึงการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ง่ายและสะดวกกว่าในประเทศอื่น¹ อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ลดความรู้สึกเป็นภาระให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยได้ กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยผ่านการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อมุ่งเน้นการรักษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแผนการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นที่มีความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันตลอดจนถึงระยะฟื้นฟู (rehabilitation) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้อง

นอนโรงพยาบาลซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมานั้นมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับข้อมูลเบื้องต้นที่มีผู้ป่วยร้อยละ 73.5 เคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการโรคจิตเภทกำเริบ และส่วนใหญ่เคยนอนโรงพยาบาลเพียงครั้งเดียวเท่านั้น รวมถึงการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 93.6 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มีการรับรู้ตราบบและมีการรับรู้ตราบบในระดับต่ำ²¹ อาจบ่งบอกถึงการได้รับความรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีความเข้าใจในตัวโรคและอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือมีระดับความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับน้อย อย่างไรก็ตามอาจต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปว่า การรักษาแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพนั้นมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากน้อยเพียงใด เพื่อนำไปสู่การวางแผนรักษาผู้ป่วย ทำให้ลดอัตราการกำเริบซ้ำของโรค และผู้ดูแลได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ทั้งนี้ลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษาในการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาในทวีปอื่นที่มีกลุ่มประชากรส่วนใหญ่อยู่ในแถบชนบท⁸ ไม่ได้รับการศึกษาหรือศึกษาระดับประถมศึกษา ทำงานในด้านที่ไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะ¹¹ หรือการศึกษาของประเทศไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่กลุ่มประชากรส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญาว่างงานและมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน⁷ แตกต่างจากกลุ่มประชากรในการศึกษานี้ที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในตัวโรคในระดับปานกลางขึ้นไป นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลมี

ปัญหาอื่น เช่น ด้านการเงินในการดูแลผู้ป่วยน้อย ทำให้ การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเป็น ภาระจากการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการศึกษา ในระยะต่อไปอาจเพิ่มจำนวนกลุ่มประชากรที่ศึกษา หรือศึกษาในพื้นที่อื่นเพิ่มเติมเพื่อให้ความหลากหลาย ของกลุ่มประชากรมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไปคือ การศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของญาติและผู้ป่วยใน ซึ่งทำให้ครอบครัวมองความรู้สึกเป็นภาระในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ครบทุกระยะโรค เนื่องจากงาน วิจัยนี้กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภทที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก จัดเป็นผู้ป่วย ที่มีอาการของโรคอยู่ในระดับดี รวมถึงศึกษาเชิงลึก เพิ่มเติมในแต่ละปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

สรุป

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึก เป็นภาระในการดูแล ความทุกข์ใจในการดูแล อาการ กำเริบของผู้ป่วย และโรคประจำตัวของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณนิศานต์ วีระชาติเทวัญ นักสถิติ และคุณเครือวัลย์ จงบวรวิวัฒน์ ผู้ช่วยวิจัย ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ความรู้เดิม: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะรู้สึกว่าเป็น ภาระในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย

ความรู้ใหม่: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็น ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในบริบทของ ชุมชนภาคใต้ ได้แก่ ความทุกข์ใจหรือมีอุปสรรค ต่อการดูแลผู้ป่วย การกำเริบของอาการผู้ป่วย และโรคประจำตัวของผู้ดูแล

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การลดความทุกข์ใจหรือ อุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลลง น่าจะทำให้ลด ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้

เอกสารอ้างอิง

1. Roick C, Heider D, Bebbington P, Angermeyer M, Azorin J, Brugha T, et al. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. Br J Psychiatry. 2007;190:333-8.
2. Corrigan PW. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. Schizophr Res Treatment. 2013; Article ID 353809. Doi.org/10.1155/2013/353809.
3. Yazici E, Karabulut U, Yildiz M, Tekes SB, Inan E, Cakir U, et al. Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. Noro Psikiyatr Ars. 2016;53:96-101.
4. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. Iran J Psychiatry. 2015;10:239-45.
5. Gulseren L, Cam B, Karakoc B, Yigit T, Danaci AE, Cubukcuoglu Z, et al. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. Turk Psikiyatri Derg. 2010;21:203-12. Turkish.
6. Talwar P, Matheiken ST. Caregivers in schizophrenia: a cross cultural perspective. Indian J Psychol Med. 2010;32:29-33.

7. สิริรัตน แสงศิริรักษ์. ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [Burden among caregivers of schizophrenia patient]. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์. 2559;31:139-48. Thai.
8. Geriani D, Savithry K, Shivakumar S, Kanchan T. Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping. J Clin Diagn Res. 2015;9(3):VC01-VC04. Doi: 10.7860/JCDR/2015/11342.5654.
9. Koujalgi SR, Nayak RB. Factors associated with family burden in schizophrenia. Indian Journal of Health Sciences Biomedical Research KLEU. 2016;9:273-8.
10. Ponangi CD, Thatiseti V PK, Dronanmraju PB. Caregiver burden in patients with schizophrenia. Andhra Pradesh Journal of Psychological Medicine. 2014;15:117-21.
11. Lasebikan VO, Ayinde OO. Family burden in caregivers of schizophrenia patients: prevalence and sociodemographic correlates. Indian J Psychol Med. 2013;35:60-6.
12. ภัทธอไพ พิพัฒนานนท์, ทศนา บุญทอง, สมจิต หนูเจริญกุล, ดรณี รุจกรกานต์, ธวัชชัย วรพงศธร, ยาใจ สิทธิมงคล. รูปแบบการทำนายภาระของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท [Caregiver burden predictive model : an empirical test among caregivers for the schizophrenic Alternative]. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 2545;6:24-40. Thai.
13. Yusuf As, Nuhu FT, Akinbiyi A. Caregiver burden among relatives of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. S Afr J Psychiatr. 2009;15:43-7.
14. Schene AH, van Wijngaarden B, Koeter MW. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. Schizophr Bull. 1998;24:609-18.
15. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. Pharmacoeconomics. 2008;26:149-62.
16. Demirbas H, Ozel Kizil ET. Burnout and related factors in caregivers of outpatients with schizophrenia. Heighpubs Depress Anxiety. 2017;1:1-11.
17. Vasudeva S, Sekhar CK, Rao PG. Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: a sectional study. Indian J Psychol Med. 2013;35:352-7.
18. นันทวัช สิริรักษ์, สุพร อภินันท์เวช, บรรณาธิการ. เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชาจิตเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์ปีที่ 5 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล [Psychiatry for 5th year student Siriraj hospital]. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 ก.ค. 2560]. จาก: http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/psychiatrics/admin/download_files/1_4_1.pdf Thai.
19. อรวรรณ ศิลปกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น. คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช [Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregiver]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23:12-24. Thai.
20. ชนัญชิตาคุษฎี ทุลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, วรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง [Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness]. การพยาบาลและการศึกษา. 2554;4:62-75. Thai.
21. จีรวัดน์ อัครสุด, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลาครินทร์ [Perceived stigma in patients with schizophrenia and caregivers in Songklanagarind Hospital: cross-sectional study]. สงขลาครินทร์เวชสาร. 2560;35:37-45. Thai.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงเชิงสอดคล้อง ของแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย

วันรับ : 24 มกราคม 2562

วันแก้ไข : 14 พฤษภาคม 2562

วันตอบรับ : 21 มิถุนายน 2562

เอพิณา คำออน, พ.บ., ชวนันท์ ขาญศิลป์, พ.บ.,

มานิต ศรีสุรงานนท์, พ.บ., ชวิศา สุระดม, พ.บ.

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อหาความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย

วิธีการ: เป็น tool development study ผู้วิจัยและคณะทำการแปลแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และนำไปเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองของเด็กที่มีช่วงอายุ 6-18 ปี ของโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 คน ข้อมูลที่ได้นำมาหาความเชื่อมั่น ด้วยการหาค่า Cronbach's alpha แยกตามหมวดและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน ด้วยสถิติ Pearson's correlation เปรียบเทียบแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทยกับแบบประเมิน PHQ9 และ SDQ

ผล: การทดสอบหาความเที่ยงตรงด้านโครงสร้างของแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทยเทียบกับแบบประเมิน PHQ9 และ SDQ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) แสดงถึงความเที่ยงตรงด้านโครงสร้างในการประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ส่วนในการทดสอบหาความเชื่อมั่นพบว่าค่า Cronbach's alpha ของ 4 หมวดหลักมากกว่า 0.7 แสดงถึงความสอดคล้องภายในสูง

สรุป: แบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทยมีค่าความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายในและค่าความเที่ยงตรงด้านโครงสร้างที่ยอมรับได้ เหมาะกับการนำมาใช้ประโยชน์ในการคัดกรองการเลี้ยงดูที่มีปัญหา

คำสำคัญ: การเลี้ยงดู แบบประเมิน ปัญหาพฤติกรรม

ติดต่อผู้นิพนธ์: เอพิณา คำออน; email: alinakhamonmed@gmail.com

Original article

Development and validation of the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ)

Receives : 24 January 2019

Revised : 14 May 2019

Accepted: 21 June 2019

Alina Khamon, M.D., Chawanun Charnsil, M.D.,
Manit Srisurapanont, M.D., Chawisa Suradom, M.D.
Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To develop the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ) and explore evidences for the validity and reliability of the instrument.

Methods: This study was designed to develop and validate the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ). After conducting a forward-backward translation, the psychometric properties, i.e. internal consistency and convergent validity, were examined by comparing the instrument with the Thai-translated version of PHQ9 and SDQ. A total of 200 participants were recruited from parents who had 6 to 18-year-old child studying in a private school in Chiang Mai province.

Results: There were both significant positive and negative correlations between each subscale of the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire and the Thai-translated version PHQ9, as well as the Thai-translated version APQ. The Cronbach's alpha coefficients for positive parenting practices, parental involvement, poor parental monitoring/supervision, and inconsistent discipline subscales were higher than 0.7

Conclusion: The Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ) is a valid and reliable instrument for evaluating parenting problems.

Key words: behavioral problem, parenting, psychometric property

Corresponding author: Alina Khamon; e-mail: alinakhamonmed@gmail.com

บทนำ

การเลี้ยงดูเป็นปัจจัยแวดล้อมอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก มีหลักฐานกล่าวว่าพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกมา¹ การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมอันได้แก่ การใช้ความรุนแรง การฝึกระเบียบวินัยที่ไม่เหมาะสม การทอดทิ้งไม่ดูแลเอาใจใส่ การไม่มีส่วนร่วมกับเด็ก และการทำโทษที่รุนแรง² เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่ ปัญหาการเรียน ความก้าวร้าว การใช้สารเสพติด การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อ HIV การกระทำผิดกฎหมาย³ ความพึงพอใจในตนเองต่ำ (low self-esteem)⁴ และการฆ่าตัวตายในเด็ก⁵ ซึ่งเด็กเหล่านี้อาจทำให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้ และส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพจิตหรือเป็นโรคทางจิตเวช โดยที่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

จากการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยในปี พ.ศ. 2559 พบความชุกปัจจุบันของโรคต่อต้าน (conduct disorder) ร้อยละ 3.8⁶ เป็นหนึ่งในสามอันดับแรกรองจากโรคกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder) และโรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder) พฤติกรรมต่อต้าน (เช่น ก้าวร้าว ละเมิดกฎ พฤติกรรมรุนแรง เป็นต้น) ในปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยที่ปัญหานี้ยังสัมพันธ์กับการบกพร่องด้านผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และยังส่งผลไปถึงด้านกฎหมายอีกด้วย⁷ มีหลายการศึกษาให้ข้อสรุปว่า การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดและคงอยู่ของปัญหาพฤติกรรมต่อต้าน^{2,8-10}

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่สามารถนำไปสู่พฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรในด้านลบ¹¹⁻¹² ทำให้เกิดปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และเด็ก การพัฒนาของพุทธิปัญญา (cognition) และการพัฒนาพฤติกรรม¹³⁻¹⁴ ด้านปฏิสัมพันธ์ แม่เหล่านี้จะให้ความสนใจและตอบสนองกับลูกน้อยลง อีกทั้งยังควบคุมอารมณ์ด้านลบไม่ได้และมีการแก้ปัญหาที่ไม่ดี¹⁵ ด้านการพัฒนาของพุทธิปัญญา พบว่าเด็กเหล่านี้จะทำแบบทดสอบ Cognitive Task ได้ที่อายุ 5 ปี และอ่านหนังสือได้ที่อายุเฉลี่ย 8 ปี ซึ่งช้ากว่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ และด้านการพัฒนาพฤติกรรม พบว่าเด็กอายุ 5-7 ปี ที่ได้รับการเลี้ยงดูจากแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า จะเพิ่มการเกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial behavior) นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมต่อต้านจะยังคงอยู่ แม้ว่าพ่อแม่หายจากอาการซึมเศร้าไปแล้วก็ตาม และเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อแม่เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว มีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมผิดปกติสูงขึ้นถึงร้อยละ 43.0¹⁶

เนื่องจากการสังเกตพฤติกรรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ทำได้ยาก จึงมีการพัฒนาแบบประเมินการเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครองขึ้น¹⁷ ซึ่งปัจจุบันมีหลายเครื่องมือที่ใช้วัดทักษะการเลี้ยงดู เช่น พฤติกรรม ความเชื่อ การจัดการกับปัญหา การตอบสนองต่อความเครียด การมีระเบียบวินัย เป็นต้น¹⁸ ซึ่งได้มีผู้ทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมข้อมูลตีพิมพ์ในปี 2014

Alabama Parenting Questionnaire (APQ) เป็นหนึ่งในแบบประเมินที่ใช้ในการวัดการเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครอง เนื่องจากมีความเชื่อมั่น (reliability) ค่อนข้างสูง และมีความเที่ยงตรง (validity) ในการใช้พยากรณ์เด็กที่มีอาการของโรคต่อต้าน (oppositional

defiant disorder) และ โรคเกร (conduct disorder) อีกทั้งได้รับความนิยมจากนานาประเทศ มีการนำไปแปลเป็นหลายภาษา ได้แก่ คาตาลัน จีน โครเอเชีย ดัตช์ ฝรั่งเศส เยอรมัน กรีก ฮังการี นอร์เวย์ อิตาลี โปรตุเกส โปแลนด์ เปอร์เซีย โรมาเนีย สเปน และเวียดนาม ส่งผลให้แบบประเมิน APQ นี้ เป็นแบบประเมินที่สำคัญต่อการตรวจพบการเลี้ยงดูที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมต่อต้านของเด็กไทย เพื่อที่จะสามารถเข้าไปแก้ไขปัญหาลดความเสี่ยงจากปัจจัยนี้ได้

แบบประเมินแบ่งเป็น 2 ฉบับ คือฉบับผู้ปกครองและฉบับเด็ก (อายุระหว่าง 6-18 ปี) แต่ละฉบับมีทั้งแบบประเมินชนิดตอบเอง และแบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ใช้การตอบแบบ Likert มีทั้งหมด 6 หัวข้อหลัก แบ่งเป็น 42 ข้อย่อย โดยมีหัวข้อหลักคือ positive parenting practices, parental involvement, poor parental monitoring/supervision, inconsistent discipline, corporal punishment และ other discipline¹⁹

จากการหาข้อมูลพบว่ายังไม่เคยมีการแปลแบบประเมิน APQ เป็นฉบับภาษาไทยมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหัวข้อนี้ และหวังให้เกิดแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่มี validity และ reliability ที่สูงเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรองการเลี้ยงดูที่มีปัญหาและป้องกันการพัฒนาไปสู่ปัญหาอื่นๆ ต่อไป

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็น tool development study ซึ่งผ่านการรับรองทางจริยธรรมก่อนเริ่มการวิจัย (เลขที่อนุมัติโครงการ PSY-2560-04575) อาสาสมัครจะได้รับทราบรายละเอียดและต้องให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

งานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือขั้นการแปลแบบประเมิน และขั้นการทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ปกครองของเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-18 ปี ของโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ โดยต้องเข้าใจภาษาไทย และสามารถสื่อสารทั้งด้านการอ่านและการเขียนได้ จำนวน 200 คน โดยขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากตารางของ quantitative methods in psychology, a power primer²⁰ โดยต้องการหาค่า medium correlation ระหว่างแบบทดสอบ APQ กับ PHQ9 และ APQ กับ SDQ ซึ่งจากบทความของ Cohen แนะนำว่าถ้าเราระบุให้ power=.08, $\alpha=.05$ จะต้องใช้ N=85 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ N=200 คน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อลดการตกหล่นของข้อมูล ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลหรือคำตอบในแบบสอบถาม และใกล้เคียงกับ normal distribution

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินการเลี้ยงดู Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับผู้ปกครอง 6 หมวดหลัก 42 ข้อย่อย แต่ละข้อใช้การตอบแบบ Likert (ไม่เคย = 1 ค่อนข้างไม่เคย = 2 ค่อนข้าง บางครั้ง = 3 ค่อนข้าง บ่อย = 4 ค่อนข้าง บ่อยมาก = 5 ค่อนข้าง) โดยมีหมวดหลัก ดังนี้

1. บทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices; PP) 6 ข้อ (problem cutoff ≤ 21 คะแนน)
2. การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) 10 ข้อ (problem cutoff ≤ 35 คะแนน)

3. การขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision; PM) 10 ข้อ (problem cutoff ≥ 18 คะแนน)

4. การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline; ID) 6 ข้อ (problem cutoff ≥ 18 คะแนน)

5. การลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) 3 ข้อ (problem cutoff ≥ 7 คะแนน)

6. การใช้กฎระเบียบแบบอื่นๆ (other discipline; OD) 7 ข้อ (ไม่คิดคะแนน เนื่องจากเป็นข้อคำถามเพิ่มเติมที่วัดการใช้กฎระเบียบและการลงโทษที่เฉพาะเจาะจงที่นอกเหนือไปจากหมวดอื่น)

โดย หมวดที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูทางบวก (positive parenting) และหมวดที่ 3-5 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูทางลบ (negative parenting)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) 2551²¹ แปลมาจาก the nine items patient health questionnaire ของ the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)²² ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 9 คำถาม

แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน ฉบับภาษาไทย (SDQ) ซึ่งพัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จาก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)²³ ใช้คัดกรองปัญหาในเด็กอายุระหว่าง 4-16 ปี โดยจัดเป็นกลุ่มพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ (ผู้วิจัยใช้ตัวย่อเป็น SDQ1) 5 ข้อ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ2)

5 ข้อ พฤติกรรมเกร/ความประพฤติ (SDQ3) 5 ข้อ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (SDQ4) 5 ข้อ และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม (SDQ5) 5 ข้อ

ขั้นตอนแรก การแปลแบบประเมิน

ผู้วิจัยและคณะทำการแปลแบบประเมิน APQ ฉบับผู้ปกครอง จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (ได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์) ตามหลักการของ WHO²⁴ จากนั้นทำการแปลกลับ (back translation) และเจ้าของลิขสิทธิ์ได้ตรวจสอบและให้ความเห็นชอบ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล แล้วนำแบบประเมิน APQ ในรูปแบบภาษาไทยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ปกครองของเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-18 ปี จำนวน 20 คน) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจภาษา ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลโดยการให้ผู้ปกครองอ่านแบบทดสอบที่แปลแล้วทีละข้อ และให้ความเห็นด้านภาษาของข้อนั้นๆ เช่น เข้าใจ ไม่เข้าใจ ใช้ภาษาที่ยากเกินไป เป็นต้น จากนั้นผู้วิจัยและคณะนำข้อคิดเห็นที่ได้ไปทำการปรับภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนที่สอง การทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ปกครองของเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-18 ปี จำนวน 200 คน โดยสุ่มจากผู้ปกครองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ชั้นละ 20 คน) ตอบแบบประเมินทั้งหมด 3 ฉบับคือ APQ, PHQ9 และ SDQ จากนั้นผู้วิจัยจะเก็บแบบประเมินหลังเสร็จสิ้นการตอบ โดยจะมีการปกปิดข้อมูลส่วนตัวและไม่มีการระบุตัวตนในการนำเสนอข้อมูลใดๆ ในการวิจัยครั้งนี้

ข้อมูลที่ได้รวบรวมแล้วจะถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS เพื่อหาความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทย โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงด้วยการหาค่า convergent validity (ใช้สถิติ Pearson's correlation) เปรียบเทียบแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทยกับแบบประเมิน PHQ9 บนพื้นฐานความรู้ที่ว่าผู้ปกครองที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเลี้ยงดูบุตรได้ไม่ดี อีกทั้งยังตรวจสอบความเที่ยงตรงด้วยการหาค่า convergent validity โดยใช้สถิติ Pearson's correlation เปรียบเทียบแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทยกับแบบประเมิน SDQ บนพื้นฐานความรู้ที่ว่า การเลี้ยงดูบุตรที่ไม่ดีจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็ก

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทย โดยการทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยการหาค่า Cronbach's alpha แยกตามหมวดของแบบประเมิน APQ

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 200 คน ซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุระหว่าง 6-18 ปี มี 1 คนไม่ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยและ 10 คน ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 189 คน โดยมีข้อมูลส่วนบุคคลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ยของผู้ปกครอง	43 ปี (22-68 ปี)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	4 (2.1)
มัธยมศึกษาตอนต้น	17 (9.0)
ปวช. และ ปวส.	19 (10.1)
ปริญญาตรี	119 (63.0)
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	26 (13.8)
ไม่ระบุ	4 (2.1)
สถานภาพสมรส	
โสด	8 (4.2)
สมรส	136 (72.0)
หย่าร้าง หม้าย	35 (18.5)
ไม่ระบุ	10 (5.3)
ความสัมพันธ์	
มารดา	146 (77.2)
บิดา	37 (19.6)
อื่นๆ	6 (3.2)

การทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทย พบว่าค่าความสอดคล้องภายในของหมวด PP, PI และ PM มีค่า Cronbach's alpha = 0.8 หมวด ID มีค่าเท่ากับ 0.7 ส่วนในหมวด CP และ OD มีค่าเท่ากับ 0.6 ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 แสดงค่าความสอดคล้องภายในของแบบทดสอบ APQ ฉบับภาษาไทย แยกตามหมวด

หมวด	Cronbach's Alpha	N of Items
PP; positive parenting practices	0.8	6
PI; parental involvement	0.8	10
PM; poor parental monitoring/supervision	0.8	10
ID; inconsistent discipline	0.7	6
CP; corporal punishment	0.6	3
OD; other discipline	0.6	7

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสอดคล้องภายในของแบบทดสอบ APQ ฉบับภาษาไทย แยกตามหมวด เมื่อมีการตัดข้อคำถามรายชื่อ

หมวด	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PP; positive parenting practices					
ข้อ 2	21.0	10.0	0.5	0.3	0.8
ข้อ 5	21.5	9.0	0.5	0.3	0.8
ข้อ 13	21.0	9.2	0.7	0.7	0.8
ข้อ 16	21.0	9.3	0.7	0.7	0.8
ข้อ 18	21.0	8.1	0.7	0.4	0.8
ข้อ 27	21.3	8.5	0.6	0.3	0.8

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสอดคล้องภายในของแบบทดสอบ APQ ฉบับภาษาไทย แยกตามหมวด เมื่อมีการตัดข้อคำถามรายชื่อ (ต่อ)

หมวด	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PI; parental involvement					
ข้อ 1	33.8	21.2	0.4	0.2	0.8
ข้อ 4	34.7	18.8	0.5	0.3	0.7
ข้อ 7	34.8	18.6	0.6	0.4	0.7
ข้อ 9	34.0	19.9	0.5	0.4	0.7
ข้อ 11	35.6	20.0	0.2	0.1	0.8
ข้อ 14	34.8	19.0	0.5	0.3	0.7
ข้อ 15	34.8	18.7	0.6	0.4	0.7
ข้อ 20	34.3	19.7	0.5	0.3	0.7
ข้อ 23	34.8	19.5	0.5	0.4	0.7
ข้อ 26	34.5	20.0	0.3	0.2	0.8
PM; poor parental monitoring/supervision					
ข้อ 6	13.0	16.3	0.5	0.3	0.7
ข้อ 10	12.9	15.7	0.5	0.3	0.7
ข้อ 17	13.3	16.8	0.5	0.3	0.7
ข้อ 19	13.2	16.4	0.5	0.3	0.7
ข้อ 21	13.5	19.1	0.3	0.1	0.8
ข้อ 24	13.1	16.5	0.5	0.2	0.7
ข้อ 28	13.0	16.0	0.4	0.2	0.8
ข้อ 29	13.0	16.4	0.3	0.2	0.8
ข้อ 30	13.2	16.3	0.5	0.4	0.7
ข้อ 32	12.8	15.8	0.4	0.3	0.7
ID; inconsistent discipline					
ข้อ 3	10.7	10.3	0.5	0.3	0.6
ข้อ 8	11.3	10.2	0.4	0.2	0.7
ข้อ 12	12.1	11.6	0.4	0.2	0.7
ข้อ 22	11.5	9.7	0.5	0.3	0.6
ข้อ 25	11.7	11.2	0.4	0.2	0.7
ข้อ 31	11.4	10.7	0.4	0.2	0.7

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสอดคล้องภายในของแบบทดสอบ APQ ฉบับภาษาไทย แยกตามหมวด เมื่อมีการตัดข้อคำถามรายชื่อ (ต่อ)

หมวด	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CP; corporal punishment					
ข้อ 33	2.9	1.6	0.4	0.2	0.5
ข้อ 35	3.6	2.3	0.3	0.1	0.6
ข้อ 38	3.2	1.7	0.4	0.2	0.4
OD; other discipline					
ข้อ 34	13.4	10.0	0.1	0.1	0.6
ข้อ 36	13.0	7.9	0.4	0.3	0.5
ข้อ 37	13.6	9.2	0.4	0.3	0.5
ข้อ 39	12.1	8.6	0.3	0.1	0.5
ข้อ 40	11.2	9.7	0.2	0.1	0.6
ข้อ 41	13.4	9.0	0.3	0.3	0.5
ข้อ 42	12.9	7.8	0.4	0.2	0.5

การทดสอบหาความเที่ยงตรงด้านโครงสร้างของแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทยเทียบกับแบบประเมิน PHQ9 โดยการหาค่า Pearson Correlation พบว่า หมวด PP และ PI มีความสัมพันธ์กับ PHQ9

ในทิศทางตรงกันข้าม ส่วนหมวด PM, ID, CP, OD มีความสัมพันธ์กับ PHQ9 ในทิศทางเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างแบบทดสอบ APQ กับ PHQ9 แยกตามหมวด [r, (p-value)]

หมวด	PHQ9
PP; positive parenting practices	-0.3 (<0.01)
PI; parental involvement	-0.2 (<0.01)
PM; poor parental monitoring/supervision	0.3 (<0.01)
ID; inconsistent discipline	0.4 (<0.01)
CP; corporal punishment	0.2 (<0.01)
OD; other discipline	0.2 (0.04)

เมื่อทำการทดสอบหาความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ APQ ฉบับภาษาไทยเทียบกับแบบทดสอบ SDQ โดยการหาค่า Pearson's Correlation พบว่าหมวด PP, PI มีความสัมพันธ์กับ SDQ1, SDQ2, SDQ3, SDQ4 ในทิศทางตรงกันข้ามและมีความสัมพันธ์กับ

SDQ5 ในทิศทางเดียวกัน ส่วนในหมวด PM, ID, CP และ OD มีความสัมพันธ์กับ SDQ1, SDQ2, SDQ3, SDQ4 ในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กับ SDQ5 ในทิศทางตรงกันข้าม ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างแบบทดสอบ APQ กับ SDQ แยกตามหมวด [r, (p-value)]

หมวด	SDQ1	SDQ2	SDQ3	SDQ4	SDQ5
PP	-0.2 (0.02)	-0.1 (0.16)	-0.2 (<0.01)	-0.1 (0.39)	0.3 (<0.01)
PI	-0.2 (<0.01)	-0.1 (0.10)	-0.3 (<0.01)	-0.2 (0.03)	0.3 (<0.01)
PM	0.3 (<0.01)	0.3 (<0.01)	0.2 (<0.01)	0.2 (<0.01)	-0.3 (<0.01)
ID	0.4 (<0.01)	0.4 (<0.01)	0.3 (<0.01)	0.3 (<0.01)	-0.3 (<0.01)
CP	0.2 (0.02)	0.3 (<0.01)	0.3 (<0.01)	0.1 (0.10)	-0.1 (0.08)
OD	0.1 (0.13)	0.2 (<0.01)	0.2 (<0.01)	0.1 (0.17)	0.0 (0.74)

หมายเหตุ: SDQ1; พฤติกรรมด้านอารมณ์, SDQ2; พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น, SDQ3; พฤติกรรมเกร/ความประหลาด, SDQ4; พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและ SDQ5; พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม

วิจารณ์

เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือใดที่เป็น gold standard ในการนำมาใช้ประเมินการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การหาค่า convergent validity เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้าง²⁵ ของแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทย โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมิน PHQ9 บนพื้นฐานความรู้ที่ว่าภาวะซึมเศร้าของแม่นำไปสู่พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรด้านลบ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน PHQ9 เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เป็นภาษาไทยและมีการใช้อย่างแพร่หลายเพื่อคัดกรองและแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ที่จุดตัดคะแนนตั้งแต่ 9 ขึ้นไป

มีค่าความไวและความจำเพาะ ร้อยละ 84.0 และ 77.0 ตามลำดับ ซึ่งเป็นจุดที่ดีที่สุดที่ใช้แยกผู้ป่วยออกจากผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้²⁶

จากการศึกษาได้พบว่า แบบประเมิน APQ ในหมวด PP และ PI มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับแบบประเมิน PHQ9 อย่างมีนัยสำคัญทั้ง 2 หมวด ส่วนในหมวด PM, ID, CP, OD มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับแบบประเมิน PHQ9 อย่างมีนัยสำคัญในหมวดทุกหมวด ยกเว้นหมวด OD แผลผลได้ว่าผู้ปกครองที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเลี้ยงดูเด็กได้ไม่ดี โดยหมวด ID สัมพันธ์กับแบบประเมิน PHQ9 สูงสุดเมื่อเทียบกับหมวดอื่นๆ ($r=0.4$, $p<0.01$) ซึ่งทำให้ได้

ข้อสรุปว่าแบบประเมิน APQ มีความเที่ยงตรงด้านโครงสร้างในการประเมินการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่

นอกจากที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้ทำการหาค่า convergent validity เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้างของแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทย โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมิน SDQ บนพื้นฐานความรู้ที่ว่า การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมในเด็ก โดยผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน SDQ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เป็นภาษาไทยและสามารถใช้ในการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นได้²¹ (โดยมี specificity 94.6% และ sensitivity 63.3% ในฉบับภาษาอังกฤษ²⁷ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ในฉบับภาษาไทย²⁸)

เมื่อเปรียบเทียบแบบประเมิน APQ กับแบบประเมิน SDQ ได้พบว่า หมวด PP และ PI มีความสัมพันธ์กับ SDQ1, SDQ2, SDQ3 และ SDQ4 ในทิศทางตรงกันข้าม และมีความสัมพันธ์กับ SDQ5 ในทิศทางเดียวกัน หมวด PM, ID, CP และ OD มีความสัมพันธ์กับ SDQ1, SDQ2, SDQ3, SDQ4 ในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กับ SDQ5 ในทิศทางตรงกันข้าม แปลผลได้ว่าผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กได้ไม่ดี มีผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมของบุตร ซึ่งทำให้ได้ข้อสรุปว่าแบบประเมิน APQ มีความเที่ยงตรงด้านโครงสร้างในการประเมินการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่

ในการทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทย พบว่ามีค่า Cronbach's alpha ของหมวด PP, PI, PM และ ID มีค่ามากกว่า 0.7 แสดงถึงความสอดคล้องภายในสูง ส่วนหมวด CP และ OD มีค่าต่ำกว่า 0.7 ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าเกิดจากจำนวนข้อคำถามในการนำมาใช้วิเคราะห์โครงสร้างในหมวด CP มีจำนวนน้อย (3 ข้อ) และหมวด OD

มีข้อคำถามที่เนื้อหาค่อนข้างหลากหลาย และจากการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อพบว่า ทุกข้อคำถามในหมวด PP, PI, PM, ID และ CP มีค่า CITC มากกว่า 0.2 และหมวด OD มีค่า CITC มากกว่า 0.2 ทุกข้อคำถาม ยกเว้นข้อ 34 และ 40 ซึ่งข้อคำถามที่มีค่า CITC มากกว่า 0.2 เป็นคำถามที่ความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมิน ส่วนข้อที่มีค่า CITC ต่ำกว่า 0.2 แสดงว่ามีความสอดคล้อง (correlation) กับคำถามข้อที่เหลือของแบบประเมินในระดับต่ำ ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้ควรได้รับการปรับปรุงภาษาและการสื่อความหมายในโอกาสต่อไป

เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าทุกการศึกษาวิเคราะห์เฉพาะ 5 หมวดหลัก ไม่นำหมวด OD; other discipline มาร่วมวิเคราะห์ด้วย เนื่องจากเป็นหมวดคำถามเพิ่มเติมที่ใช้วัดการใช้กฎระเบียบและการลงโทษที่เฉพาะเจาะจง ดังที่กล่าวไว้ในวิธีการวิจัย เมื่อดูข้อมูลด้าน validity เทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าการศึกษาคั้งนี้ให้ผลตรงกับการศึกษาภาษาอาหรับ (เทียบแบบประเมิน APQ และ SDQ เช่นเดียวกัน)²⁹ และภาษาเยอรมัน (เทียบแบบประเมิน APQ และ SAHA, Bremen psychopathology scale)³⁰ คือแบบประเมิน APQ สัมพันธ์กับ conduct problem scale โดยสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระหว่างการเลี้ยงดูเชิงลบกับคะแนนพฤติกรรมที่มีปัญหาเพิ่มขึ้น และสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกกับคะแนนพฤติกรรมที่มีปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อเทียบกับการศึกษาของ Shelton และคณะ³¹ ซึ่งเป็นผู้พัฒนาแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาอังกฤษ พบว่า หมวดที่ได้ค่า internal consistency สูงสุดคือ PP ซึ่งตรงกับในการศึกษาคั้งนี้ ($\alpha=0.8$ และ $\alpha=0.8$ ตามลำดับ) และยังพบว่าในการศึกษาฉบับ

ภาษาอื่นๆ ได้ผลที่ตรงกัน ส่วนหมวดที่มีค่า internal consistency ต่ำสุดนั้นค่อนข้างหลากหลาย เช่น ในการศึกษาครั้งนี้เป็นหมวด CP ($\alpha=0.6$) และ OD ($\alpha=0.6$) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Shelton และคณะ³¹ ก่อนหน้านี้ที่รายงานค่าหมวด CP เป็น $\alpha=0.5$ และในการศึกษาของ Dadds และคณะ³² ที่รายงานค่าหมวด CP เป็น $\alpha=0.6$ แต่ต่างกับการศึกษาของ Abdallah และคณะ²⁹ ที่แปลเป็นภาษาอาหรับ รายงานหมวดที่มีค่า α ต่ำสุดในหมวด PI ($\alpha=0.6$) และ PM ($\alpha=0.5$) โดยให้เหตุผลว่าเกิดจากคำถามใน 2 หมวดนี้ไม่เหมาะสมกับเด็กเล็ก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุระหว่าง 4-12 ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุระหว่าง 6-18 ปี และมีการเฉลี่ยแต่ละกลุ่มอายุเท่าๆ กัน และการศึกษาของ Elgar และคณะ³³ ที่รายงานค่า α ต่ำสุดในหมวด PP ($\alpha=0.6$) และหมวด ID ($\alpha=0.6$) ทางคณะผู้วิจัยขอแนะนำให้ผู้ใช้แบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทย ระวังระวังในการตีความข้อมูลที่ไดมา

นอกจากนี้แล้วในการศึกษาครั้งก่อน มีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis)³⁴ เช่นในการศึกษาฉบับภาษาอาหรับ²⁹ ฉบับภาษาเยอรมัน³⁰ แต่ไม่ได้ทำในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เนื่องจากหลักโดยทั่วไปจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบต้องมีไม่น้อยกว่า 5 เท่าของข้อคำถาม ดังนั้นหากต้องการวัดความแม่นยำด้านโครงสร้าง (construct validity) ของ APQ ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 210 ราย และไม่ได้ทำ test-retest reliability ในการศึกษาครั้งนี้

นอกจากนี้แล้วมีข้อแตกต่างตรงที่ ฉบับภาษาอื่นมีการทำแบบประเมินให้เป็นแบบ short form เช่นในฉบับภาษาอาหรับ (15 ข้อ) หรือ แปลฉบับที่เด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม (Child report version) เช่นในฉบับภาษาเยอรมัน มีการหาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวและคุณภาพการเลี้ยงดู

ถึงแม้จะมีวิธีวิจัยที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา แต่หลายการศึกษาให้ข้อสรุปว่าแบบประเมิน APQ มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงที่อยู่ในระดับดีสามารถนำไปใช้ประเมินการเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครองได้

ด้านข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมาจากผู้ปกครองของนักเรียนในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จึงอาจไม่ใช่ตัวแทนของผู้ปกครองทั้งหมด และแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทยนี้ ผู้ตอบแบบคำถามจำเป็นต้องมีความเข้าใจในภาษาไทย และสามารถอ่านภาษาไทยได้ แบบประเมินนี้มีจำนวนข้อคำถามที่ค่อนข้างมาก อาจต้องใช้เวลาในการตอบ ซึ่งก่อให้เกิดความเบื่อหรือหมดความสนใจก่อนที่จะตอบเสร็จ อีกทั้งแบบประเมินนี้เป็นฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเอง ซึ่งข้อมูลที่ได้จึงอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง ดังนั้นเมื่อนำไปใช้ในทางคลินิกจึงควรหาข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ประกอบ

การศึกษาในอนาคต อาจทำการปรับเปลี่ยนด้านเนื้อหาและภาษาในหมวด CP และ OD ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยมากยิ่งขึ้น หรือหากต้องการนำแบบประเมินมาใช้งานบริการผู้ป่วย อาจมีการตัดบางข้อคำถาม แต่ยังคงครอบคลุมเนื้อหาเดิม เพื่อให้แบบประเมินสั้นและกระชับมากขึ้น รวมทั้งอาจมีการทำแปลฉบับสำหรับเด็กเล็ก (preschool version) หรือแปลฉบับเด็กเป็นผู้ตอบแบบประเมิน (child report version) ต่อไป

สรุป

ผู้วิจัยได้แปลแบบทดสอบ APQ ฉบับผู้ปกครอง จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยได้มีการปรับภาษาและการสื่อความหมายให้เข้ากับวัฒนธรรมไทย แต่พยายามคงความหมายเดิมของต้นฉบับ พบว่าแบบประเมิน APQ ฉบับภาษาไทย มีความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายในและค่าความเที่ยงตรงด้านโครงสร้างที่ยอมรับได้ เหมาะกับการนำมาใช้ประโยชน์ในการคัดกรองการเลี้ยงดูที่มีปัญหา เพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ปัญหาอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความรู้เดิม: การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมมีผลกับปัญหาทางพฤติกรรมของเด็ก แต่ยังไม่มีการวัดการเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครองในภาษาไทย

ความรู้ใหม่: ได้แบบประเมินเพื่อการวัดการเลี้ยงดูของพ่อแม่ (Alabama Parenting Questionnaire; APQ) ที่ใช้ในผู้ปกครอง ที่นำมาใช้ประโยชน์เพื่อการคัดกรองการเลี้ยงดูที่มีปัญหา

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: สามารถนำแบบประเมินการเลี้ยงดูของพ่อแม่ฉบับภาษาไทยนี้ไปใช้ทางคลินิกได้

เอกสารอ้างอิง

1. Eleanor E. Maccoby. Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annu Rev Psychol.* 2000;51:1-27.

2. Frick PJ, Lahey BB, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Christ MA, Hanson K. Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60:49-55.
3. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45:8-25.
4. Alonso García, Román Sanchez. Prácticas educativas familiaresy autoestima [Family parenting and self-esteem]. *Psicothema.* 2005;17;76-82. Spanish.
5. Madelyn S. Gould. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:1155-62.
6. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทย อายุ 13-17 ปี [The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 year]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2559;24:141-53. Thai.
7. Lahey BB, Loeber R, Quay HC, Frick PJ, Grimm J. *Oppositional defiant disorder and conduct disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Association DSM-IV Sourcebook; 1997.
8. Dadds MR. *Families, children, and the development of dysfunction.* 1st ed. New York: Sage; 1995.
9. Dishion TJ, Patterson GR, Stoolmiller M, Skinner M. Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology.* 1991;27:172-80.
10. Prinz RJ, Jones TL. Conduct and 531 oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment. Family-based interventions. In C. A. Essau (Ed.). *New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates;* 2003.
11. M. Christine Lovejoy, Patricia A. Graczyk, Elizabeth O'Hare, and George Neuman. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review.* 2000;20:561-92.
12. Sasha M. Zeedyk, Jan Blacher. In *International Review of Research in Developmental Disabilities.* 1st Edition. Tennessee:Academic Press; 2015.

13. Field T, Lang C, Martinez A, Yando R, Pickens J, Bendell D. Preschool follow-up of infants of dysphoric mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1996;25:272-9.
14. Canadian Paediatric society. Maternal depression and child development. *Paediatrics Child Health*. 2004;9:575-83.
15. Kochanska G, Kuczynski L, Radke-Yarrow M, Welsh JD. Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children. *J Abnorm Child Psychol*. 1987;15:441-56.
16. Andres Martin, Michael H. Bloch, Fred R. Volkmar. Lewis- A comprehensive textbook of child and adolescent psychiatry. 5th ed. Philadelphia:Wolters Kluwer; 2018.
17. Patterson G. R., Reid J. B., Dishion T. J. Antisocial boys. Eugene, OR: Castalia; 1992
18. Kristin duppong Hurley. Assessing parenting skills and attitude: A review of the psychometrics of parenting measures. *Journal of Child and Family Studies*. 2014;23:812-23.
19. Frick, P.J. Alabama parenting questionnaire. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1996;25:317-29.
20. Jacob Cohen. Quantitative methods in psychology, A power primer psychological bulletin. 1992;112:155-9.
21. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8(46):1-7.
22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13.
23. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, พรรณพิมล วิปุลากร, สุภาวดี นวลมณี, โฟกัง เวียร์เนอร์, อภิชัย มงคล. ค่าเกณฑ์เฉลี่ยและคุณสมบัติของเครื่องมือ: แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนฉบับภาษาไทย [Strengths and difficulties Questionnaire (SDQ) Thai improved version: change and administration]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2554;19:42-57. Thai
24. World Health Organization. World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II): development psychometric testing and applications. *Bulletin of the World Health Organization*; 2010, In press.
25. มานิต ศรีสุรภานนท์. การเลือกใช้มาตรวัดสุขภาพ: ข้อควรพิจารณาเบื้องต้น [Selecting health measurement scales: basic issues for considerations]. *เชียงใหม่เวชสาร*. 2560;56:49-61. Thai.
26. สุนทรทิพย์ บุญยัง, ปรีทรรศ ศิลปะกิจ, อนุชาติ ฆาณะสาธิต. เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยรูปภาพ [Face Mood Pictorial Depression Assessment Tool]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2558;24:845-53. Thai.
27. Robert Goodman et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177:534-9.
28. Wolfgang Woerner et al. Normative data and psychometric properties of the Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of Mental Health of Thailand*. 2011;19:42-57.
29. Abdallah Badahdah, Kien Trung Le. Parenting young Arab children: Psychometric properties of an adapted Arabic brief version of the Alabama parenting questionnaire. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47: 486-93.
30. Cecilia A. Essau, Satoko Sasagawa, Paul J. Frick. Psychometric Properties of the Alabama parenting questionnaire. *Journal of Child and Family Studies*. 2006;15:597-616.
31. Shelton KK, Frick PJ, Wootton J. Assessment of parenting practices in families of elementary school-aged children. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1996;25:317-29.
32. Dadds MR, Maujein A, Fraser J. Parenting and conduct problems in children: Australian data and psychometric properties of the Alabama parenting questionnaire. *Australian Psychologist*. 2003;38:238-41.
33. Elgar FJ, Waschbusch DA, Dadds MR, Sigvaldason N. Development and validation of a short form of the Alabama parenting questionnaire. *J Child Fam Stud*. 2007;16:243-59.
34. ไชยรัตน์ สกฤตศรีประเสริฐ. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน [Confirmatory factor analysis]. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 2556;41:1-13. Thai.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี รายบุคคลต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช

วันรับ : 16 กุมภาพันธ์ 2562

วันแก้ไข : 24 เมษายน 2562

วันตอบรับ : 17 มิถุนายน 2562

อุทยา นาคเจริญ, พย.ด., ภาวินี บุตรแสน, พย.ม.

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช

วิธีการ: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกนำตัวส่งมารับการประเมินทางนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 จำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนเท่า ๆ กัน โดยวิธีจับสลาก สำหรับกลุ่มทดลองได้รับการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีตามโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีของ Dusky ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test และสถิติ Pair t-test

ผล: พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช โดยจัดอบรมให้ความรู้และสนับสนุนให้นำโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลไปใช้ในการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยนิติจิตเวชให้ไปต่อสู้คดีได้เร็วยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความสามารถในการต่อสู้คดี ผู้ป่วยนิติจิตเวช

ติดต่อผู้พิมพ์: อุทยา นาคเจริญ; e-mail: utayaa@yahoo.com

Original article

Effectiveness of the Galya Individualized Competency Restoration Program (Galya-ICRP) on competency to stand trial in forensic psychiatric patients

Received : 16 February 2019

Revised : 24 April 2019

Accepted: 17 June 2019

Utaya Nakcharoen, Ph.D., Phawinee Butsaen, M.N.S.

Galya Rajanagarindra Institute

Abstract

Object: To study the Galya Individualized Competency Restoration Program (Galya-ICRP) on competency to stand trial in forensic psychiatric patients.

Methods: The sample of this study consisted of 20 forensic psychiatric patients who were under criminal procedure code section 14 and sent for mental examination and competency to stand trial evaluation at the forensic psychiatric institution. The participants were drawn into two equal groups, experimental and control groups. The experimental group received four sessions of the Galya-ICRP. The control group received the conventional care as usual. The instruments used in this study including the demographic data form and the Galya-ICRP which were developed by the researchers and the Galya-ICRP was developed by researchers. The Independent t-test and Pair t-test were used for data analyses.

Results: The results showed that after the completion of the four sessions of program, the experimental group had the mean scores of the competency to stand trial significantly after receiving program higher than before receiving the program ($p < 0.05$). In addition, the experimental group had the mean scores of the competency to stand trial significantly higher than those of the control group ($p < 0.05$).

Conclusions: Enhancing the competency to stand trial among forensic psychiatric patients who were found incompetent to stand trial

Key words: competency to stand trial, forensic psychiatric patient

Corresponding author: Utaya Nakcharoen; e-mail: utayaa@yahoo.com

บทนำ

ในประเทศไทย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ที่กระทำความผิดกฎหมายที่สงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตหรือผู้ป่วยนิติจิตเวชจนทำให้ไม่สามารถต่อสู้คดีได้นั้น ต้องอาศัยประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 โดยศาลหรือตำรวจจะมีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ป่วยนิติจิตเวสดังกล่าวไปประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีมายังโรงพยาบาลจิตเวชจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้กระทำความผิดที่มีอาการทางจิตหรือผู้ป่วยนิติจิตเวชเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดีมากกว่าผู้กระทำความผิดทั่วไป¹⁻³ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ได้แก่ มีอาการทางจิต⁴⁻⁸ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินคดี^{6,8} และมีภาวะปัญญาอ่อน^{4,5} ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและประเทศชาติ กล่าวคือ การฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชส่วนใหญ่ใช้เวลานาน ผู้ป่วยจึงต้องอยู่โรงพยาบาลนาน⁹ ถึงแม้จะไม่มีภาวะอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นก็ตาม¹⁰ ถูกจำกัดสิทธิส่วนบุคคล เกิดภาวะเครียด มีค่าใช้จ่ายจากการอยู่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และการพิจารณาคดีจะต้องเลื่อนออกไปจนกว่าผู้ป่วยนิติจิตเวชจะมีความสามารถในการต่อสู้คดี⁴ ดังนั้น การฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชจึงมีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชพบว่าโปรแกรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชให้มีความสามารถในการต่อสู้คดี ส่วนใหญ่จะเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินคดี¹¹⁻¹³ เป็นวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม และใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีที่ไม่น่าเชื่อถือ บางงานวิจัยไม่มี

เครื่องมือประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี จึงทำให้ยากต่อการสรุปผลของการบำบัดว่าโปรแกรมบำบัดนั้น ๆ สามารถฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชได้จริง⁴ ส่วนการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้และมิกลุ่มควบคุม กลับพบว่ามุ่งเน้นเฉพาะความต้องการขั้นพื้นฐานทางจิตเวชเท่านั้น¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบกลุ่มรวมกับการบำบัดรายบุคคล รวมทั้งใช้จิตเภสัชบำบัดหรือการใช้ยาทางจิตเวชในการบำบัดผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ไม่สามารถต่อสู้คดีร่วมด้วย^{15,16}

สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช โดย อุทยา นาคเจริญ และคณะ¹⁷ ปัจจุบันการจัดโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีดังกล่าวมีข้อจำกัด เนื่องจากมีผู้ป่วยนิติจิตเวชบางรายขอไม่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มนี้ เช่น ผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีทำร้ายร่างกาย พยายามฆ่า หรือฆ่าบุคคลในครอบครัว รวมทั้งคดีข่มขืน และวางเพลิง โดยให้เหตุผลว่าไม่อยากเปิดเผยข้อมูลตามข้อกล่าวหาที่ได้รับให้ผู้ป่วยคนอื่นรับรู้ จึงส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนิติจิตเวชที่จะจัดโปรแกรมกลุ่มมีจำนวนลดลง ผู้บำบัดจึงต้องประยุกต์โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีจากแบบกลุ่มมาเป็นแบบรายบุคคล เพื่อลดข้อจำกัดเรื่องของรูปแบบและวิธีการดำเนินกิจกรรม ซึ่งการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มต้องมีจำนวนสมาชิกอย่างน้อย 6 คนขึ้นไป จึงจะดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามที่กำหนดไว้ได้ ดังนั้น การฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูความสามารถ

ในการต่อสู้คดีรายบุคคลของต่างประเทศยังมีน้อย ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชขึ้น โดยอาศัยแนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีของ Dusky¹⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชใช้ฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีให้กับผู้ป่วยนิติจิตเวช ให้มีความสามารถไปต่อสู้คดีได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช โดยมีสมมติฐานการวิจัยคือผู้ป่วยนิติจิตเวชภายหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลและมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล

การฟื้นฟูผู้ป่วยนิติจิตเวชให้มีความสามารถในการต่อสู้คดีทั้ง 3 ด้าน โดยใช้กระบวนการบำบัดแบบรายบุคคล จะนำไปสู่การเพิ่มระดับความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชได้ในที่สุด

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) กลุ่ม

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดกฎหมาย อยู่ระหว่างทำการสอบสวน ได้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ โดยศาลหรือตำรวจส่งมารับการตรวจวินิจฉัย ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ใช้โปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดโปรแกรมตัวอย่างฟรีที่สามารถใช้ได้ 30 วัน ที่ <http://www.ncss.com/download.html> โดยใช้ขนาดอิทธิพล [กลุ่ม 1 ($\bar{X}=77.40$, $SD=7.79$) กลุ่ม 2 ($\bar{X}=49.80$, $SD=15.28$)] จากผลการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช ของ อุทยา นาคเจริญ และคณะ²³ กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha=.01$ และอำนาจทดสอบ $(1-\beta)$ ร้อยละ 80.0 โดยกำหนด $\beta=.20$ จากผลการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ พบว่า เพื่อให้มีอำนาจทดสอบร้อยละ 82.8 และมีโอกาสเกิดความคลื่อนชนิดที่ 2 เป็นร้อยละ 17.1 ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha=.01$ ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 7 คน ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 20 คน กลุ่มละ 10 คน เพื่อป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดย Match pair ด้านคะแนนความสามารถในการต่อสู้คดี อายุ เพศ และการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกนำเสนอรับการตรวจ

ประเมินทางนิติจิตเวชและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) อาการทางจิตทุเลา โดยคะแนนในแต่ละข้อของแบบประเมิน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนลงมา 4) คะแนนความสามารถในการต่อสู้คดีอยู่ในช่วง 0-24 คะแนน 5) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ และ 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก ประกอบด้วย 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมมีภาวะปัญญาอ่อน หรือ สมองเสื่อม และ 2) มีอาการทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต และข้อมูลเกี่ยวกับการก่อคดี

2. แบบประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (Galya-Competency to Stand Trial: Galya-CST) พัฒนาโดยผู้วิจัยและคณะ อาศัยแนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีของ Dusky¹⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 18 ข้อ มีคะแนนเต็ม 36 คะแนน ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 11 ท่าน ประกอบด้วย ผู้พิพากษา พยาบาลจิตเวช และตำรวจ จำนวนวิชาชีพละ 2 ท่าน ทนายความ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด จำนวนวิชาชีพละ 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนิติจิตเวช พิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความสอดคล้องของจุดมุ่งหมายกับเนื้อหา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

3. แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (The Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) จำนวน 18 ข้อ

4. โปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล (Galya Individualized Competency Restoration Program: Galya-ICRP) เป็นการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยนิติจิตเวช มีความสามารถในการต่อสู้คดีโดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีของ Dusky¹⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความสามารถในการต่อสู้คดี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในการดำเนินคดีตามกฎหมาย ได้แก่ สามารถรับรู้กาล เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่าง ๆ รอบตัว และสามารถเข้าใจถึงบทบาทของบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดี 2) ความสามารถในการเข้าใจเหตุผลของการดำเนินการตามกฎหมาย ได้แก่ สามารถตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา สามารถเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในวันที่ถูกกล่าวหาได้ สามารถรับรู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากคดี และสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง 3) ความสามารถในการปรึกษากับทนาย ได้แก่ สามารถปรึกษาหรือร่วมมือกับทนายความในการปกป้องสิทธิและประโยชน์ของตน มีทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง ผู้วิจัยนำโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 11 ท่าน ประกอบด้วย ผู้พิพากษา พยาบาลจิตเวช และตำรวจ จำนวนวิชาชีพละ 2 ท่าน ทนายความ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด จำนวนวิชาชีพละ 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนิติจิตเวช พิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความสอดคล้องของจุดมุ่งหมายกับ

เนื้อหาและวิธีการจัดกิจกรรมในโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลแต่ละครั้ง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อความเหมาะสมของเนื้อหา กระบวนการในการจัดกิจกรรม อุปกรณ์ และระยะเวลา จากนั้นจึงนำมาแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โดยโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล มีทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในการดำเนินคดีตามกฎหมาย

ครั้งที่ 2 ความสามารถในการเข้าใจเหตุผลของการดำเนินคดีตามกฎหมาย

ครั้งที่ 3 ความสามารถในการปรึกษากับทนาย

ครั้งที่ 4 สรุปผลและปิดโปรแกรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เลขที่ 2-2561 วันที่ 19 มกราคม 2561

วิเคราะห์ข้อมูลโดยทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Pair t-test

ผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีจำนวนทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เป็นเพศชาย 18 คน เพศหญิง 2 คน รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	90.0	9	90.0	18	90.0
หญิง	1	10.0	1	10.0	2	10.0
อายุ						
อายุ 15-29 ปี	3	30.0	2	20.0	5	25.0
อายุ 30-59 ปี	7	70.0	7	70.0	14	70.0
อายุ 60 ปีขึ้นไป	-	-	1	10.0	1	5.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรสก่อนก่อคดี						
โสด	4	40.0	7	70.0	11	55.0
คู่	2	20.0	2	20.0	4	20.0
หม้าย	1	10.0	1	10.0	2	10.0
หย่า/แยกกันอยู่	3	30.0	-	-	3	15.0
ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดก่อนก่อคดี						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	10.0	2	20.0	3	15.0
ประถมศึกษา	2	20.0	4	40.0	6	30.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	20.0	1	10.0	3	15.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	30.0	3	30.0	6	30.0
ปริญญาตรี	2	20.0	-	-	2	10.0
อาชีพ						
ว่างงาน	7	70.0	2	20.0	9	45.0
รับจ้าง	2	20.0	8	80.0	10	50.0
นักศึกษา	1	10.0	-	-	1	5.0
การได้รับการรักษาอาการทางจิตก่อนก่อคดี						
ไม่เคย	-	-	1	10.0	1	5.0
เคย	10	100.0	9	90.0	19	95.0
ประวัติการขาดยา ก่อนก่อคดี						
ไม่เคย	-	-	1	11.1	1	5.3
เคย	10	100.0	8	88.9	18	94.7
ผลการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช						
Schizophrenia	9	90.0	7	70.0	16	80.0
Major depressive disorder	-	-	1	10.0	1	5.0
Unspecified nonorganic psychosis	-	-	1	10.0	1	5.0
Substance induced psychosis	1	10.0	-	-	1	5.0
Others	-	-	1	10.00	1	5.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ถูกกล่าวหาในคดี						
ความผิดต่อชีวิต	-	-	3	30.0	3	15.0
พยายามฆ่า	3	30.0	2	20.0	5	25.0
บุกรุกในเคหสถาน	1	10.0	1	10.0	2	10.0
ทำร้ายร่างกาย	2	20.0	1	10.0	3	15.0
วิงวาททรัพย์	1	10.0	1	10.0	2	10.0
ผิด พ.ร.บ. ยาเสพติด	1	10.0	1	10.0	2	10.0
หมิ่นพระมหากษัตริย์และพระบรมวงศานุวงศ์	1	10.0	1	10.0	2	10.0
อื่น ๆ	1	10.0	-	-	1	5.0

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีเท่ากับ 18.40 และ 15.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47 และ 4.04 ส่วนระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีเท่ากับ 31.10 และ 18.30 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.55 และ 5.81

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนความสามารถในการต่อสู้คดี	n	Mean	S.D	Mean Difference	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	10	18.40	3.47	-12.70	-11.69	9	0.00
หลังการทดลอง	10	31.10	2.55				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20) (ต่อ)

คะแนนความสามารถในการต่อสู้คดี	n	Mean	S.D	Mean Difference	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	10	15.10	4.04	-3.20	-3.93	9	0.00
หลังการทดลอง	10	18.30	5.81				

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลัง

การทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 6.37$ $df = 18$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนความสามารถในการต่อสู้คดี	n	Mean	S.D	Mean Difference	f	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	10	18.40	3.47	3.30	.057	1.95	18	0.07
กลุ่มควบคุม	10	15.10	4.04					
หลังการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	10	31.10	2.55	12.80	2.61	6.37	18	0.00
กลุ่มควบคุม	10	18.30	5.81					

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีตามโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการต่อสู้คดี มีความสามารถในการต่อสู้คดีเพิ่มขึ้น คะแนนความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถอย่างเพียงพอในการเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินคดีตามกฎหมาย การเข้าใจเหตุผลของการดำเนินคดีและผลที่จะได้รับภายหลังสิ้นสุดกระบวนการทางกฎหมาย และการปรึกษาหารือร่วมมือกับทนายความในการปกป้องตนเองได้ตามสมควรเกี่ยวกับการดำเนินคดีตามกฎหมาย¹⁹⁻²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bertman และคณะ⁴ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยในนิติจิตเวชก่อนต่อสู้คดี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่เน้นการฟื้นฟูแก้ไขข้อจำกัดต่าง ๆ และกลุ่มควบคุมที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เน้นการให้กิจกรรมบำบัดตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ

การศึกษาของ Siegel และ Elwork²⁴ ที่ทำการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้กระทำผิดที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และติดตามผลการไปต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่า สามารถต่อสู้คดีได้ถึงร้อยละ 43.0 และจากการศึกษาของ อุทยา นาคเจริญ และคณะ¹⁷ เกี่ยวกับผลของโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หากจะมีการวิจัยต่อไป ควรได้ติดตามผลตามไปดูการต่อสู้คดีจริง ๆ ของผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมรายบุคคลดังกล่าว เพราะเป็นข้อจำกัดหนึ่งของงานวิจัยนี้

สรุป

โปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลสามารถเพิ่มระดับความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้โดยผู้ป่วยนิติจิตเวชในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ความรู้เดิม: การเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชด้วยโปรแกรมกลุ่ม สามารถฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีได้

ความรู้ใหม่: โปรแกรมเป็นรายบุคคลในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการต่อสู้คดี ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลนี้ ไปใช้ในผู้ป่วยนิติจิตเวช เพื่อให้กลับไปต่อสู้คดีได้เร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Cooper VG, Zapf PA. Predictor variables in competency to stand trial decisions. *Law Hum Behav.* 2003;27:423-36.
- Crocker A, Eizner-Favreau O, Caulet M. Gender and fitness to stand trial assessments: A five-year review of remands in Québec. *Int J Law Psychiatry.* 2002;25:67-84.
- Zapf PA, Roesch R. Fitness to stand trial: Characteristics of fitness remands since the 1992 Criminal Code amendments. *Can J Psychiatry.* 1998;43:287-93.
- Bertman LJ, Thompson JW, Water WF, Estupinan-Kane L, Martin JA, Russell L. Effect of an individualized treatment protocol on restoration of competency in pretrial forensic inpatients. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2003;31:27-35.
- Nicholson RA, McNulty JL. Outcome of hospitalization for defendants found incompetent to stand trial. *Behav Sci Law.* 1992;10:371-83.
- Stafford KP, Wygant DB. The role of competency to stand trial in mental health courts. *Behav Sci Law.* 2005;23:245-58.
- Mossman D, Noffsinger SG, Ash P, Frierson RL, Gerbasi J, Hackett M, et al. AAPL practice guideline for the forensic psychiatric evaluation of competence to stand trial: an American legal perspective. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2007;35:S3-72.
- Advokat CD, Guidry D, Burnett DMR, Manguno-Mire G, Thompson JW Jr. Competency restoration treatment: differences between defendants declared competent or incompetent to stand trial. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2012;40:89-97.
- Wortzel H, Binswanger IA, Martinez R, Filley CM, Anderson CA. Crisis in the treatment of incompetence to proceed to trial: harbinger of a systemic illness. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2007;35:357-63.
- Morris DR, DeYoung NJ. Psycholegal abilities and competence restoration of competence to stand trial. *Behav Sci Law.* 2012;30:710-28.
- Anderson SD, Hewitt J. The effect of competency restoration training on defendants with mental retardation found not competent to proceed. *Law Hum Behav.* 2002;26:343-51.
- Brown D. A didactic program for persons found unfit to stand trial. *Hosp Community Psychiatry.* 1992;43:732-33.
- Noffsinger SG. Restoration to Competency Practice Guidelines. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2001;45:356-62.
- Siegel AM, Elwork A. Treating incompetence to stand trial. *Law Hum Behav.* 1990;14:57-64.
- Carbonell JL, Heilbrun K, Friedman FL. Predicting who will regain trial competency: initial promise unfulfilled. Special issue: psychopathology and crime. *Forensic Reports.* 1992;5:67-76.
- Ladds B, Convit A, Zito J, Vitrai J. Involuntary medication of patients who are incompetent to stand trial: a descriptive study of the New York experience with judicial review. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1993;21:529-45.

17. อุทยา นาคเจริญ, เบญจวรรณ สามสาถิ, สุธี ดังกู, พรรณยุพา เจริญจิตตร และ เกศรียา คณาธรรม. ผลของโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช [Effects of competency to stand trial group program on competency to stand trial among forensic psychiatric patients. Bangkok]. วารสารสหภาพพยาบาล. 2552;24:24-35. Thai.
18. Gutheil TG. Forensic psychiatry. In: Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (Eds.). (6th). Comprehensive textbook of psychiatry/VI. Maryland: Williams & Wilkins; 1995.
19. Bonnie RJ. The competence of criminal defendants: a theoretical reformulation. Behav Sci Law. 1992;10:291-316.
20. Grisso T. Pretrial clinical evaluations in criminal cases: past trends and future directions. Crim Justice Behav. 1996;23:90-106.
21. Mueller C, Wylie AM. Examining the effectiveness of an intervention designed for restoration of competency to stand trial. Behav Sci Law. 2007;25:891-900.
22. Dawes SE, Palmera BW, Jeste DV. Adjudicative competence. Curr Opin Psychiatry. 2008;21:490-4.
23. Scott CL. Commentary: A road map or research in restoration of competency to stand trial. J Am Acad Psychiatry Law. 2003;31:36-43.
24. Siegel AM, Elwork A. Treating incompetence to stand trial. Law Hum Behav. 1990;14:57-64.

บทความปริทัศน์

การป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน

วันรับ : 8 พฤศจิกายน 2561

วันแก้ไข : 29 มกราคม 2562

วันตอบรับ : 10 มิถุนายน 2562

วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, วท.ม.
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน

วิธีการ: สืบค้นงานวรรณกรรมและงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยเน้นงานวิจัยประเภทการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน กิจกรรมและแนวทางในระดับชาติ

ผล: การป้องกันการรังแกกันในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพ ควรทำแบบทั้งโรงเรียน (whole-school approach) และเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ครูและบุคลากรในโรงเรียนมีบทบาทสำคัญและควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างวัฒนธรรมและจัดการการรังแกกันที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมสำหรับนักเรียนควรจัดเพื่อนักเรียนทุกคน และผนวกเนื้อหาเข้าไปในหลักสูตรการเรียนปกติ จะได้ผลดีและยั่งยืนกว่าการเจาะจงเฉพาะกลุ่มและกิจกรรมระยะสั้น โดยเนื้อหาควรเน้นทักษะทางอารมณ์สังคม พฤติกรรมดี และการจัดการการรังแกกันที่เหมาะสม มุ่งเน้นที่เด็กนักเรียนผู้เห็นเหตุการณ์เป็นผู้รายงานเหตุการณ์และช่วยเหลือขัดขวางการรังแกกัน

สรุป: การป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียนต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ซึ่งต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงทุกคนในโรงเรียน และให้เวลาในการดำเนินการในระยะยาวและต่อเนื่อง จึงจะมีประสิทธิผลที่ชัดเจนและยั่งยืน

คำสำคัญ: การป้องกันการรังแกกัน การรังแกกัน การรังแกกันในโรงเรียน

ติดต่อผู้พิมพ์: วิมลวรรณ ปัญญาว่อง; e-mail: w.panyawong@gmail.com

Review article

Prevention and response of bullying in school

Received : 14 November 2018

Revised : 20 March 2019

Accepted: 10 June 2019

Wimonwan Panyawong, M.Sc.

Child and Adolescence Mental Health Rajanagarindra Institute

Abstract

Objective: This article presented a literature review of evidence-based preventive and responsive bullying program in school.

Methods: Electronic databases were used for searching empirical evidences relating to school-based anti-bullying programs, focusing on systematic reviews, meta analysis studies and national program/ guidelines.

Results: Evidences indicated that successful anti-bullying program should take whole-school approach and promoting safety culture in school. Training for teachers and school staffs, especially how to promote positive school climate and how to deal with bullying appropriately, was significantly important. Universal intervention for all students and curriculum-based program will be more effective and long lasting than specific group and short-term intervention. Key points of intervention included emotional and social skills and appropriate ways to respond to bullying. Significant program usually promote positive bystanders to be key persons to report and stop bullying events.

Conclusion: Effective and sustainable anti-bullying program in school involves transformation of school culture and environment. It requires not only collaboration from policy level to individual level, but also long duration and continuity.

Keywords: bullying, bullying prevention, school bullying

Corresponding author: Wimonwan Panyawong; e-mail: w.panyawong@gmail.com

บทนำ

การรังแกกัน (bullying) มีผลกระทบต่อพัฒนาการทางจิตใจและสังคมของเด็ก ทั้งผู้ถูกรังแกและผู้รังแก ในประเทศไทยความชุกของเด็กที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้รังแก ผู้ถูกรังแก หรือทั้งสองบทบาทอยู่ระหว่างร้อยละ 20.0-30.0^{1,2} จากการสำรวจสถานการณสุขภาพจิตวัยรุ่นในประเทศไทยแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2017 รายงานว่าเด็กนักเรียนไทยร้อยละ 30.0 เคยถูกเพื่อนในโรงเรียนรังแก³ และผลการสำรวจความชุกของการรังแกกันในโรงเรียนพบว่านักเรียนไทยที่เคยมีประสบการณ์การรังแกใด ๆ (ผู้รังแก ผู้ถูกรังแก หรือทั้งสองบทบาท) ร้อยละ 21.0 ซึ่งในกลุ่มนี้พบโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรคร้อยละ 60.0⁴ ส่วนการศึกษาในนักเรียนจากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบนักเรียนที่เป็นเหยื่อการรังแกกันและการรังแกกันในโลกออนไลน์ร้อยละ 15.0⁵ โดยการรังแกกันจะพบได้มากที่สุดและรุนแรงที่สุดในช่วงที่เด็กเปลี่ยนผ่านจากชั้นประถมศึกษาไปสู่มัธยมศึกษาและมีแนวโน้มลดลงในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย¹

เด็กที่ถูกรังแกมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาการปรับตัวทางสังคม หรือขาดทักษะทางสังคม มีอาการทางกายที่มีผลจากจิตใจ (psychosomatic) เด็กที่ถูกรังแกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมหรือจัดการอะไรกับสิ่งที่เกิดขึ้นนี้ได้เลย และรู้สึกสิ้นหวัง⁶ นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวสังคม ติดสารเสพติด แยกตัวจากสังคม หรือฆ่าตัวตาย⁷ ในขณะที่เด็กที่รังแกผู้อื่นมีแนวโน้มก้าวร้าวมั่นคง มีปัญหาการเรียน และเสี่ยงติดสารเสพติด รวมถึงความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็น ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย ไม่ต่าง

จากเด็กที่ถูกรังแก⁷ และมีความเสี่ยงต่อที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวและกระทำผิดกฎหมายมากกว่า^{8,9}

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน รวมถึงองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกันในโรงเรียนที่มีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นมาตรฐานทางวิชาการ เพื่อนำมาสรุปเป็นแนวทางในการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาแนวทางการป้องกันและจัดการการรังแกกันในบริบทไทย และเป็นประโยชน์ในการใช้ประกอบการวางนโยบายด้านการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วิธีการ

การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งไทยและต่างประเทศ มุ่งเน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกัน และแนวทาง กิจกรรม หรือข้อเสนอในการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน โดยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (PubMed) และฐานข้อมูลวารสารในประเทศไทย (TCI) สืบค้นข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 ถึง 2018 ใช้คำค้นหา “bullying and school” “bullying and prevention” “bullying prevention program” “การรังแกกันในโรงเรียน” “การป้องกันการรังแกกันในโรงเรียน” โดยขั้นแรกสืบค้นจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อได้วรรณกรรม 104 เรื่อง จากนั้นวิเคราะห์รายละเอียดเนื้อหาและความน่าเชื่อถือของวรรณกรรม โดยเน้นคัดเลือกงานวิจัยประเภททบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review และ meta-analysis) และแนวทางการป้องกันการรังแกกันในโรงเรียนในระดับชาติ รวม 26 ชิ้น

ผล

ความรู้พื้นฐานเรื่องการรังแกกัน

การนิยามความหมายของการรังแกกัน ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการวางแผนการป้องกัน และเป็นพื้นฐานในการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในหมู่ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดการรังแกกันในโรงเรียน¹ การรังแกกัน (bullying) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ^{1,2} ได้แก่ มุ่งร้าย เกิดซ้ำ ๆ และผู้รังแกมีอำนาจเหนือกว่าผู้ถูกรังแกบางประการ เช่น รูปร่างใหญ่กว่า แข็งแรงกว่า อายุมากกว่า ฉลาดกว่า มีกลุ่มเพื่อนมากกว่า ฐานะดีกว่า ฐานะทางสังคมสูงกว่า หรือมีความแตกต่างทางศาสนา เชื้อชาติ เพศ เพศสภาพ หรือกลุ่มเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ประเภทของการรังแกกันแบ่งได้หลายแนวทาง² แต่แนวทางที่นิยมและมีประโยชน์ต่อการคัดกรองและวางแผนช่วยเหลือเด็กจะเป็นการแบ่งตามพฤติกรรมที่สังเกตได้¹ ได้แก่ 1) การรังแกแบบเผชิญหน้าหรือทางตรง (face-to-face bullying หรือ direct bullying) คือ พฤติกรรมทำร้ายร่างกาย เช่น ต่อย และการรังแกทางวาจา เช่น พุดล้อเลียน เสียดสี ช่มชู้ หรือด่าหยาบคาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผู้ใหญ่สังเกตและจัดการได้ง่าย และ 2) การรังแกกันแบบไม่เปิดเผย (covert bullying หรือ indirect bullying) คือ การรังแกกันทางสังคม หรือความสัมพันธ์ เช่น ไม่ให้เข้ากลุ่ม แยกเพื่อน นินทา แกล้ง ล่อลวงขู่ และ การรังแกกันทางออนไลน์ (cyberbullying) เช่น การ post หรือ comment การปล่อยข่าวลือ การแชร์ข้อมูล ภาพถ่าย หรือวิดีโอส่วนตัวของผู้อื่น ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ที่ทำให้ผู้อื่นหงุดหงิดใจ คุกคาม หรืออับอาย ซึ่งกลุ่มนี้เป็นรูปแบบการรังแกกันที่ผู้ใหญ่จัดการได้ยาก แต่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ที่ถูกรังแก

เนื่องจากมีผู้ชมหรือผู้รับข้อมูลจำนวนมาก¹⁰ ทั้งนี้รูปแบบของการรังแกกันที่พบมากที่สุด คือ การรังแกกันทางวาจา เช่น พุดล้อเลียน ล้อชื่อ²

ปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกรังแก มักพบในเด็กที่มีลักษณะขี้อาย ขี้กังวล เด็กที่มีปัญหาการปรับตัวและเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน แยกตัว รวมถึงเด็กพิเศษ เด็กชายชอบหรือชนกลุ่มน้อย^{9,11} การเลี้ยงดูของพ่อแม่แบบปกป้องมากเกินไป (overprotective) และแบบเข้มงวดมากเกินไป (authoritarian style) ส่งผลกระทบให้เด็กขาดความมั่นใจและไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการถูกรังแกได้ง่าย^{11,12} เด็กที่มีลักษณะสมยอมถูกรังแกแล้วไม่ได้ตอบหรือแฉครู มีแนวโน้มที่จะถูกรังแกมากขึ้นและเรื้อรัง⁹ นักเรียนในกลุ่มที่รักเพศเดียวกันหรือคนข้ามเพศ (LGBT: lesbian, gay, bisexual, transgender) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการถูกรังแกมาก เรียกว่า การรังแกคนรักเพศเดียวกัน (homophobic bullying) นักเรียนกลุ่ม LGBT 9 ใน 10 คนเคยถูกล้อเลียน นักเรียนข้ามเพศมีแนวโน้มถูกรังแกมากส่วนใหญ่เป็นการรังแกทางวาจาและมากกว่าครึ่งถูกรังแกทางร่างกาย¹³ ส่วนในประเทศไทยพบว่า เด็กที่บอกว่าตัวเองเป็น LGBT เคยถูกรังแกทั้งทางร่างกายและทางวาจา ทั้งต่อหน้าและทางโลกออนไลน์ประมาณร้อยละ 30.0 และมีเพียง 1 ใน 3 ที่จะได้ตอบกลับ เช่น สู้กลับ หรือบอกครู¹⁴ เด็ก LGBT มีแนวโน้มที่จะไม่รายงานเหตุการณ์ถูกรังแกและไม่รู้สึกว่าจะมีใครช่วยเหลือได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องเก็บกดไม่สามารถแสดงออกทางเพศสภาพอย่างอิสระ และอาจนำไปสู่ปัญหาการเรียนและสุขภาพจิตได้¹³ ผู้ถูกรังแกอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของตัวเอง และตัวเองไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ ล้นหว้ง ซึ่งหากคนรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ครู

ไม่ยื่นมือช่วยเหลืออาจยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง และซึมเศร้านำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้⁶ ส่วนเด็กผู้รังแกอาจเป็นกลุ่มเด็กเลี้ยงยาก มีปัญหาสมาธิสั้น หุนหันพลันแล่น ควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ มาจากครอบครัวที่มีความก้าวร้าวรุนแรงในบ้าน หรือคบเพื่อนที่ก้าวร้าวรุนแรง⁹ ทั้งนี้ความเสี่ยงที่จะเกิดการรังแกกันจะยิ่งเพิ่มขึ้นหากโรงเรียนขาดการรับรู้หรือเพิกเฉยต่อพฤติกรรมรุนแรงและการรังแกกันในหมู่นักเรียน^{11,15}

การรังแกกันไม่ใช่แค่เรื่องระหว่างเด็กที่รังแกและเด็กที่ถูกรังแกเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวโยงไปถึงคนรอบตัวเด็ก ไม่ว่าจะเป็น เพื่อน ครู ผู้ปกครอง โรงเรียน และชุมชน^{11,15} โดยเพื่อนมีบทบาทสำคัญมากในสถานการณ์การรังแกกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมรังแก ผู้ช่วยเหลือ ผู้ชม หรือผู้ยับยั้งการรังแก เด็กทั่วไปผู้เห็นเหตุการณ์ (bystander) ที่เพิกเฉยหรือไม่เข้าไปช่วยยับยั้งมีส่วนสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมที่ว่า การรังแกกันเป็นเรื่องธรรมดา ยอมรับได้ หรือกระทั่งเป็นเรื่องบันเทิง ถ้าผู้รังแกที่ได้รับความสนใจ ความเคารพยำเกรงจากเพื่อน ๆ และไม่มีใครต่อต้าน จะยิ่งได้รับการเสริมพลัง ในขณะที่ถ้าผู้ถูกรังแกรับรู้ว่ามีเพื่อน ๆ ไม่เห็นอกเห็นใจ ไม่มีใครช่วย และรู้สึกว่าเป็นเพื่อน ๆ ไม่ชอบ ก็จะทำให้รู้สึกถูกตอกย้ำบทบาทความเป็นเหยื่อ

ครูมีบทบาทสำคัญมากในการสร้างวัฒนธรรมในห้องเรียน ครูที่แสดงออกว่าพยายามช่วยเหลือและจัดการไม่ให้เกิดการรังแกกันในห้องเรียนจะมีส่วนช่วยสำคัญ ในขณะที่ครูที่เพิกเฉยหรือไม่แสดงท่าทีเข้าไปช่วยเหลือเด็กที่ถูกรังแกจะเป็นการส่งเสริมการรังแกกันในทางอ้อม¹ ทั้งนี้ครูส่วนใหญ่จะเข้าไปจัดการกรณีการรังแกกันทางกายที่เห็นชัดเจนและรุนแรง แต่ยังไม่เท่าทันหรือไม่ได้เข้าไปจัดการการรังแกกันอื่น ๆ เช่น ทางวาจา ความสัมพันธ์ สังคมออนไลน์¹¹ อีกทั้งความ

เชื่อหรือทัศนคติของผู้ใหญ่ทั้งพ่อแม่ผู้ปกครอง ครู และบุคลากรในโรงเรียนที่มีต่อการรังแกกันในเด็กนักเรียนก็อาจส่งผลให้เกิดการรังแกกันได้มากขึ้น หรือเป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการรังแกกันในโรงเรียน ความเชื่อผิด ๆ ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง เช่น การรังแกกันเป็นเรื่องปกติ เป็นส่วนหนึ่งของการเติบโต หรือเด็กที่ถูกรังแกต้องผ่านมันไปให้ได้เอง ในบริบทโรงเรียนไทยที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะการรังแกทางวาจา ล้อชื่อ บุพการี ล้อเลียนสีผิวหรือรูปร่างหน้าตา มักไม่ได้รับการช่วยเหลือและจัดการ กลายเป็นวัฒนธรรมปกติที่ผู้ถูกรังแกต้องยอมรับและผ่านไปได้เอง นอกจากนี้ ความเชื่อผิด ๆ อื่น ๆ เช่น เด็กที่รังแกผู้อื่นเมื่อโตขึ้นก็จะเลิกทำไปเอง เด็กผู้ถูกรังแกก็เป็นคนที่ขี้อายให้เกิดการรังแกกันเอง หรือเวลาเด็กมาฟ้องแล้วผู้ใหญ่ไม่ควรเข้าไปยุ่งเพราะปัญหาจะแยลง^{11,15}

การป้องกันการรังแกกันในโรงเรียน

โครงการหรือกิจกรรมป้องกันการรังแกกันสามารถช่วยลดปัญหาการรังแกกันในโรงเรียนได้^{16,17} ยิ่งมีรูปแบบที่เข้มข้นมาก ก็จะมีประสิทธิผลมากขึ้น⁸ โดยกิจกรรมป้องกันการรังแกกันในโรงเรียนส่วนมากได้ผลดีในเด็กโตหรือวัยรุ่น (ชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป) มากกว่าเด็กชั้นประถมศึกษา ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากวุฒิภาวะและพัฒนาการของวัยรุ่นที่สามารถเรียนรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตามแนวทาง/กิจกรรมนั้น ๆ ได้ดีกว่าเด็กวัยเรียน อย่างไรก็ตามเด็กชั้นประถมศึกษาย่อมได้รับประโยชน์มากจากกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างทักษะทางสังคม และทักษะการปฏิเสธ (assertive skill) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการใช้จัดการสถานการณ์การรังแกกันในระยะยาว¹⁶

แนวทางป้องกันการรังแกกันในโรงเรียนได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีที่สุด คือ การดำเนินการทั้งโรงเรียน หรือ whole-school approach^{1,8,18,19} โดยเป็นการร่วมมือกันของทุกคนในโรงเรียนตั้งแต่ นโยบาย ผู้บริหาร ครูและบุคลากรทุกคน เด็กนักเรียนทุกคน เจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงเรียน รวมไปถึงพ่อแม่ผู้ปกครองของนักเรียนทุกคน มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมในโรงเรียนมากกว่าจะจ้องเพียงรายบุคคล^{1,12} เนื่องจากกิจกรรมที่ทำเฉพาะกับเด็กอย่างเดียวมักไม่ค่อยได้ผลมากนัก แต่ต้องรวมถึงครูและผู้ปกครองไปพร้อมกัน^{1,10,15,20,21} รวมไปถึงการทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องด้วย^{15,21} องค์ประกอบของแนวทาง รูปแบบ หรือกิจกรรมเพื่อการป้องกันการรังแกกันมีดังนี้

1. นโยบาย วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

จุดเริ่มต้นสำคัญคือ นโยบายของโรงเรียนที่ให้ความสำคัญต่อการต่อต้านการรังแกกันแบบทั้งโรงเรียน ครอบคลุมความรับผิดชอบของทุกคนในโรงเรียน ทั้งครู บุคลากรอื่น ๆ และนักเรียน การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน เข้มงวด และมีระเบียบวินัย ทุกคนในโรงเรียนรับรู้และปฏิบัติตาม รวมถึงมีบทลงโทษสำหรับผู้ที่ยังรังแกผู้อื่นอย่างชัดเจน และครอบคลุมการรังแกกันทางออนไลน์ด้วย¹⁰ ประเด็นสำคัญคือการเสริมสร้างวัฒนธรรมการรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์รังแกกัน^{1,10,15,21} โรงเรียนต้องมีช่องทางการรายงานการรังแกกันที่ชัดเจน และสร้างความมั่นใจว่าผู้รายงานจะได้รับการคุ้มครองและจะไม่เดือดร้อน การเปิดช่องทางรายงานทางออนไลน์จะช่วยให้นักเรียนรู้สึกว่าเป็นเรื่องง่ายขึ้น^{1,10,15} และควรมีมาตรการจัดการการรังแกกันที่

ชัดเจน ทันที และสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้รายงานและผู้ถูกรังแกรู้สึกปลอดภัยและได้รับการดูแลช่วยเหลือ และช่วยลดอัตราการเกิดเหตุรังแกกันได้ ในขณะที่เดียวกันด้วย¹⁵ ในมุมมองแนวคิดทางบวก (positive approach) ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมดีในโรงเรียน¹ ส่งเสริมและชื่นชมพฤติกรรมดี การสื่อสารด้วยภาษาที่สร้างสรรค์ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในโรงเรียน ทั้งระหว่างนักเรียนด้วยกัน ครู-นักเรียน และ ครู-ครู¹¹

นอกจากนี้ การปรับสภาพแวดล้อมในโรงเรียนและห้องเรียน และสนามเด็กเล่น เช่น การค้นหาจุดที่เกิดการรังแกกันบ่อย ๆ ในโรงเรียน และแก้ไขจุดเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย เป็นวิธีที่ได้ผลดีและใช้งบประมาณน้อย⁸ การมีผู้ใหญ่ดูแลกำกับนักเรียนช่วงพักและในสนามเด็กเล่น (playground supervision) เป็นวิธีการสำคัญและได้ผลดีมาก เนื่องจากการรังแกกันมักเกิดขึ้นในช่วงพักกลางวันหรือช่วงเปลี่ยนคาบเรียน ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์และน่าสนใจในช่วงพักกลางวันหรือช่วงเย็น ส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ลดโอกาสในการรังแกกันในช่วงชั่วโมงว่าง หรือในสนามเด็กเล่น โดยมีครูหรือเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนคอยดูแลกำกับ ซึ่งวิธีนี้นี้อาจเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายที่สุด ไม่ลงทุนมาก และได้ผลดี^{8,21}

2. กิจกรรมสำหรับนักเรียน

การจัดกิจกรรมสำหรับเด็กทั้งหมด (universal program) ได้ผลดีกว่าการเจาะจงเฉพาะบางกลุ่ม⁸ เนื้อหาของกิจกรรมมีสองประเด็นหลัก ประเด็นแรกคือการเสริมสร้างทักษะชีวิตพื้นฐานที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นทักษะทางสังคม การจัดการอารมณ์ รวมทั้งการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตัวเอง (self-esteem) ค้นหาจุดแข็งของตนเองและใช้ให้เป็นประโยชน์ ส่งเสริม

การสื่อสารและพฤติกรรมเชิงบวก^{1,16} แนวทางที่มี การนำไปใช้มาก คือ social emotional learning (SEL)²² ซึ่งไม่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อลดการรังแกกันโดยตรง แต่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะทางอารมณ์และสังคม ของนักเรียน²²⁻²⁴ ในประเทศไชนยุโรปมีนโยบายให้เวลา ในการใช้ SEL ในห้องเรียน ช่วยลดพฤติกรรม การรังแกกันและความรุนแรงในโรงเรียนได้ดี²¹ ช่วยสร้าง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ มีการดิงนักเรียนกลุ่มเสี่ยง เช่น ต่างตัว ยากจน เพศที่สาม เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในสังคม²¹ นอกจากนี้การเสริมสร้างทักษะสัมพันธภาพ มีเพื่อน ที่พูดคุยได้ ช่วยลดการตกเป็นเหยื่อรังแกได้ดี⁹ ทั้งนี้การ ใส่เนื้อหาหลักสูตรทักษะชีวิตดังกล่าวเข้าไปในหลักสูตร การเรียนและต่อเนื่องในห้องเรียน (classroom-based activity) จะช่วยให้มีประสิทธิภาพที่ดีกว่ากิจกรรม ที่จัดขึ้นพิเศษเป็นครั้งคราว ตัวอย่างเช่น KiVa Anti-Bullying Program เป็นโครงการที่ประเทศฟินแลนด์ ประกาศใช้ในระดับชาติโดยผนวกเข้ากับหลักสูตร การเรียนปกติ ซึ่งได้ผลดีมากและยั่งยืน^{25,26}

อีกประเด็นคือ การปรับทัศนคติและความเชื่อ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรังแกกัน และแนวทางหรือ ขั้นตอนการจัดการเมื่อถูกรังแก หรือเมื่อพบเห็นการ รังแกกัน¹⁶ เด็กผู้เห็นเหตุการณ์ (bystander) นั้น มีความสำคัญเทียบเท่ากับคู่กรณี เน้นการสร้าง ความตระหนัก และบทบาทในการช่วยเหลือเพื่อนที่ถูก รังแก²⁷ โดยโรงเรียนต้องสร้างความมั่นใจและความ ปลอดภัยให้เด็กที่รายงานและช่วยเหลือเพื่อน ซึ่งพบ ว่าได้ผลดีมากในการเปลี่ยนแปลงกลไกภายในกลุ่ม เพื่อน (group dynamic) และช่วยลดการรังแกกัน ได้ดี^{8,16,27} สำหรับการป้องกันการรังแกกันทางออนไลน์ (cyberbullying) ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจ รูปแบบของการรังแกกันทางออนไลน์ ผลกระทบ และ

แนวทางการจัดการเมื่อถูกรังแกหรือพบการรังแกกัน ทางออนไลน์ การใช้เทคโนโลยีที่ปลอดภัย เพื่อป้องกัน การถูกรังแกทางโลกออนไลน์ รวมถึงการใช้เทคโนโลยี อย่างสร้างสรรค์¹⁰

3. ครูและบุคลากรในโรงเรียน

ครูมีบทบาทสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมใน ห้องเรียนที่ปลอดภัย และเป็นที่พักของนักเรียน ครูและ บุคลากรในโรงเรียนควรได้รับการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ ในการเสริมสร้างและรักษาวัฒนธรรมความปลอดภัย และพฤติกรรมดีในโรงเรียน¹ การใช้ระเบียบวินัยใน ห้องเรียน ควรมีกฎระเบียบในการจัดการการรังแกกัน ที่เข้มงวด จัดการเด็กที่รังแกผู้อื่นอย่างเด็ดขาด และทันที เช่น พูดคุยอย่างจริงจัง ตัดอภิสิทธิ์บางอย่าง ต้องทำงานให้ครู หรือส่งพบผู้อำนวยการหรือครูฝ่าย ปกครอง มีการให้ความรู้ความเข้าใจและปรับทัศนคติ ต่อการรังแกกัน และการรังแกกันทางออนไลน์ที่ถูกต้อง รวมถึงทักษะในการจัดการความขัดแย้งและการจัดการ ขึ้นเรียนควรเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญที่ครูควรได้รับการ ฝึกฝน^{10,21} มีการศึกษาพบว่า การฝึกอบรมครูทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการอบรมเด็กนักเรียน และในบาง โครงการที่มุ่งอบรมแต่นักเรียนเพียงอย่างเดียวโดยไม่ จัดอบรมครูด้วยทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง^{20,21}

4. ผู้ปกครอง

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ช่วยให้การ ป้องกันและการจัดการการรังแกกันในโรงเรียนได้ผลดี มาก^{1,8,10,20} โดยการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ทุกคนแบบ universal prevention ที่ได้ผลดีกว่า²¹ ไม่ว่าจะเป็น การสร้างความตระหนัก ให้ความรู้เรื่องการรังแกกัน และการจัดการการรังแกกันที่เหมาะสม ในการประชุม ผู้ปกครอง และการพบผู้ปกครองในระดับรายบุคคล ในกรณีกลุ่มเสี่ยงหรือมีปัญหา^{1,8} บางครั้งการเข้าไปมี

ส่วนร่วมของผู้ปกครองที่มากเกินไปหรือไม่เหมาะสม อาจทำให้สถานการณ์แย่ลง²¹ นอกจากนี้การจัดอบรม การเลี้ยงดูที่เหมาะสม (parent training) การจัดการอารมณ์และผ่อนคลายความเครียดของพ่อแม่ เสริมความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว จะมีส่วนช่วยเสริมภูมิคุ้มกันให้เด็กได้ดี²⁰

5. การประเมินประสิทธิผลของกิจกรรม/โครงการ

ในการจัดโครงการหรือกิจกรรมป้องกันการรังแกกันในโรงเรียนจำเป็นต้องมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อติดตามประสิทธิผลของกิจกรรมที่ชัดเจนและมีหลักฐานเชิงประจักษ์^{1,8,10,28} ตัวชี้วัดที่ใช้ในงานวิจัยประเมินผล ส่วนใหญ่เน้นการวัดจำนวนครั้งของการรังแกกันในทุกรูปแบบ (ทางตรง เช่น ภาย วาจา และทางอ้อม เช่น ความสัมพันธ์ ทางออนไลน์)^{8,28} อีกวิธีหนึ่งคือเน้นที่เด็กที่ถูกรังแกเช่น จำนวนเด็กที่ถูกรังแกลดลง² หรือจำนวนครั้งที่เด็กถูกรังแกลดลง^{8,28} นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ระดับความรุนแรงของการรังแกกันในโรงเรียน อัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย^{2,16}

ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจและมีการศึกษาพบว่ามีผลอย่างมากในการลดการรังแกกันในโรงเรียน คือทัศนคติที่มีต่อการรังแกกัน โดยพบว่ากิจกรรมที่ช่วยปรับทัศนคติที่มีต่อการรังแกกันนั้นมีประโยชน์อย่างมากและมักจะเป็นตัวแปรที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนหลังเสร็จสิ้นโครงการ²⁸ อีกมุมมองหนึ่งในการประเมินผลคือแนวคิดในทางบวก (positive approach) โดยการประเมินที่พฤติกรรมดีของผู้เห็นเหตุการณ์ เช่น การรายงานเหตุการณ์การรังแกกัน ทั้งนักเรียน ครู และบุคลากรโรงเรียน การเข้าไปขัดขวางการรังแกกัน

การช่วยเหลือนักเรียนที่ถูกรังแก หรือการประเมินความพึงพอใจต่อโรงเรียน เช่น ความรู้สึกสบายใจและเป็นสุข (well being) กับชีวิตในโรงเรียน ความเชื่อมั่นในครูและผู้ใหญ่ในโรงเรียน เช่น เชื่อว่าเมื่อมีปัญหาแล้วครูจะยินดีช่วยเหลือ ความพึงพอใจต่อโรงเรียน ทั้งนี้ตัวแปรในกลุ่มนี้ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงเรียน โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม ยังไม่ค่อยมีการวิจัยที่วัดการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ชัดเจนหลังโครงการหรือสิ้นสุดกิจกรรม เนื่องจากมีความซับซ้อนและทำได้ยาก²⁸

การจัดการเมื่อเกิดการรังแกกัน (Responsive approach)

เมื่อเกิดเหตุการณ์รังแกกันขึ้นในโรงเรียน โรงเรียนส่วนใหญ่จะใช้วิธีการลงโทษผู้รังแกโดยตรง (direct sanction) โดยมาตรการการลงโทษอาจแตกต่างกันไป เช่น ตำหนิ ประณาม เรียกผู้ปกครองแยกจากห้องเรียนปกติชั่วคราว ตัดอภิสิทธิ์บางอย่าง กักบริเวณ พักการเรียน ไปจนถึงไล่ออก ซึ่งวิธีการนี้มีข้อดีคือเป็นการจัดการที่เด็ดขาดที่สุดและช่วยลดพฤติกรรมการรังแกกันได้ จึงเป็นที่นิยมใช้กันมากในโรงเรียน ทั้งนี้ บทลงโทษต่อผู้ที่รังแกผู้อื่นควรมีระดับของการลงโทษตามความรุนแรง⁸ อย่างไรก็ตามงานวิจัยพบว่า วิธีการดังกล่าวมักไม่ได้ผลในการลดการรังแกกันในระยะยาว รวมทั้งอาจทำให้เหยื่อถูกรังแกมากขึ้นจากความโกรธแค้น หรือในกรณีที่ลงโทษรุนแรง เช่น ไล่ออก อาจเป็นการตัดโอกาสในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนตัวเองของเด็กและนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมทางสังคมที่รุนแรงขึ้นได้ วิธีการจัดการการรังแกกันที่ได้ผลดีและมีหลักฐานวิจัยรองรับมาก คือการจัดการแบบ

สมานฉันท์ (restorative approach) ซึ่งพัฒนามาจากกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ เป็นการให้เด็กที่ถูกรังแกบรรยายความรู้สึกและผลกระทบจากการถูกรังแก ส่วนเด็กที่รังแกพูดถึงความคิดที่ทำให้รังแกและความคิดในตอนนั้น จากนั้นให้ทั้งสองตกลงกันว่าจะทำอย่างไรต่อไป โดยคาดว่าทั้งคู่จะขอโทษกันและแก้ตัวในความผิด วิธีการนี้ถูกใช้อย่างแพร่หลายในสหราชอาณาจักรและออสเตรเลีย พบว่าช่วยหยุดการรังแกกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกและเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด ส่วนการรังแกกันทางออนไลน์ อาจมีบางกรณีที่มีกฎหมายที่ต้องได้รับการดำเนินการทางกฎหมาย เช่น กฎหมายเด็กและเยาวชน ความรุนแรง ความผิดทางเทคโนโลยี หรืออาชญากรรมในกรณีการ social stalking¹⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแนวคิดการจัดการการรังแกกันแบบอื่น ๆ เช่น การไกล่เกลี่ยที่มีครูหรือนักเรียนเป็นคนกลางระหว่างคู่กรณี ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการความขัดแย้ง แต่วิธีนี้มีข้อเสียคืออาจทำให้เด็กที่ถูกรังแกรู้สึกว่ามีส่วนผิดด้วย หรือรู้สึกขัดแย้งในใจ และรู้สึกแย่กว่าเดิม ส่วนการทำกลุ่มบำบัดผู้รังแกเป็นวิธีที่ไม่ได้ผลและมีความเสี่ยงที่จะรวมกลุ่มพวกในการรังแกผู้อื่นมากขึ้น^{1,29,30}

ในประเทศไทย มีการพัฒนากิจกรรม โครงการ และสื่อเพื่อการป้องกันการรังแกกันในโรงเรียน โดยพบหลักฐานการป้องกันการรังแกกันและวินัยเชิงบวกที่มีการวิจัยและต่อเนื่อง และมีการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ³¹ ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น โรงเรียนปลอดความรุนแรงของกระทรวงศึกษาธิการ และกิจกรรมสร้างสรรค์จากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคการศึกษา และเอกชน แต่ยังไม่พบการศึกษาวินัยและประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมที่มีหลักฐานทางวิชาการ (evidence-based intervention)

วิจารณ์

ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียนที่สำคัญคือนโยบายของโรงเรียน เรื่องการป้องกันและจัดการการรังแกกัน โรงเรียนที่ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน หรือมีแต่ไม่ใช่นโยบายหลักของโรงเรียน หรือมีแต่ไม่ถูกนำมาใช้อย่างสม่ำเสมอหรือไม่ได้สื่อสารให้รับรู้และเข้าใจตรงกันทั้งโรงเรียน มีโอกาสที่จะไม่ประสบความสำเร็จและไม่ยั่งยืน โดยเฉพาะหากครูในโรงเรียนยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการรังแกกันและการจัดการที่เหมาะสม รวมถึงยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง จะเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้โครงการไม่สำเร็จ เนื่องจากครูมักเป็นตัวหลักในการใช้แนวทางและทำกิจกรรม ดังนั้นการฝึกอบรมครูทั้งความรู้ ทัศนคติ และทักษะจึงจำเป็นมาก^{1,32,33} การประสานงานระหว่างโรงเรียนกับผู้ปกครองในการดูแลนักเรียนเป็นประเด็นอ่อนไหวและสำคัญในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เป็นวิธีการที่ได้ผลในการลดการรังแกผู้อื่นและการถูกรังแก แต่ส่วนใหญ่โรงเรียนจะใช้แนวทางให้ความรู้ และแบบ top-down มากกว่าการฝึกทักษะและการดึงพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ กิจกรรมที่เจาะจงใช้เฉพาะกลุ่ม และการเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพจิตหรือนักจิตวิทยาโรงเรียน ไม่ได้ช่วยลดอัตราการรังแกกันในโรงเรียน^{1,32,33}

ในบริบทโรงเรียนไทย มีนโยบายเชิงพัฒนาในหลาย ๆ ด้าน นโยบายด้านการรังแกกันจึงอาจไม่ใช่ นโยบายหลักของโรงเรียน เช่นเดียวกับโรงเรียนในกลุ่มประเทศโซนยุโรปซึ่งพบว่าช่องว่างที่ทำให้การป้องกันการรังแกกันไม่ได้ผล คือการไม่มีนโยบายต่อต้านการรังแกกันในระดับประเทศ ขาดแนวทางหรือกลยุทธ์ในการต่อต้านการรังแกกันและความรุนแรงในโรงเรียน

ที่ตกลงร่วมกันในระดับชาติ²¹ องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญมากกับการใช้แนวคิดการป้องกันการรังแกกันแบบทั้งโรงเรียน (whole-school approach) และการบรรจุเนื้อหาเข้าในหลักสูตรการเรียน เพื่อช่วยส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน ซึ่งต้องอาศัยการผลักดันนโยบายในระดับประเทศ³³ นอกจากนี้ การขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการช่วยเหลือเด็กผู้ถูกรังแกและผู้รังแก ขาดงานวิจัยที่มีมาตรฐานทางวิชาการ และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกันในบริบทเฉพาะของพื้นที่นั้น ๆ ยังเป็นข้อจำกัดอยู่เช่นกัน³⁴

สรุป

การป้องกันการรังแกกันในโรงเรียนที่ได้ผลควรเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งโรงเรียน (whole-school approach) เน้นการสร้างความปลอดภัยในโรงเรียน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่ผู้บริหาร ครู นักเรียน ผู้ปกครอง รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ที่มีความรู้และทัศนคติที่ไปในทางเดียวกัน ทั้งนี้ ธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรมจึงจำเป็นต้องใช้เวลา ทำอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องจนกระทั่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน รวมทั้งมีการประเมินผลที่ได้มาตรฐานและเป็นระบบ การดำเนินงานในลักษณะส่งเสริมป้องกัน ด้วยการสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง มีข้อมูลความรู้ที่ครบถ้วนและทันสมัย และการฝึกทักษะทางอารมณ์สังคมให้นักเรียนทุกคนมีแนวโน้มที่จะได้ผลดีกว่าการทำกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยพัฒนาโปรแกรมป้องกันการรังแกกันในโรงเรียน

(โรงเรียนปลอด..ภัยรังแก) โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ร่วมกับสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ความรู้เดิม: ในประเทศไทย แม้มีโครงการหรือกิจกรรมเพื่อป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียนอยู่ แต่ยังขาดการวิจัยและประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ความรู้ใหม่: แนวทางการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียนที่มีหลักฐานว่ามีประสิทธิภาพดีที่สุด คือแบบทั้งโรงเรียน และการเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรม ซึ่งต้องอาศัยนโยบายและความร่วมมือในระดับชาติ

ประโยชน์ในการนำใช้: เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนและนโยบายในการป้องกันและจัดการการรังแกกันในโรงเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. Centre for Education Statistics and Evaluation (CESE), Australia. Anti-bullying interventions in schools – what works? [Internet]. NSW: Centre for Education Statistics and Evaluation; 2016 [cited 2017 Dec 26]. Available from: <https://www.cese.nsw.gov.au/publications-filter/anti-bullying-interventions-in-schools-what-works>
2. Evans CBR, Fraser MW, Cotter KL. The effectiveness of school-based bullying prevention programs: a systematic review. Aggression and Violent Behavior. 2014;19:532–44. Doi:10.1016/j.avb.2014.07.004.

3. World Health Organization (WHO). Mental health status of adolescents in south-east Asia: evidence for action [Internet]. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017. [cited 2018 Apr 24]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254982>
4. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และจอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์. ความชุกของประสบการณ์รังแกและโรคจิตเวชในนักเรียนไทย [Prevalence of bullying experiences and psychiatric disorders in Thai students]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;25:96-106. Thai.
5. Sittichai R, Smith PK. Bullying and cyberbullying in Thailand: coping strategies and relation to age, gender, religion and victim status. Journal of New Approaches in Educational Research. 2018;7:24-30. Doi:10.7821/naer.2018.1.254.
6. Radliff KM, Wang C, Swearer SM. Bullying and peer victimization: an examination of cognitive and psychosocial constructs. Journal of Interpersonal Violence. 2016;31:1983-2005. Doi:10.1177/0886260515572476.
7. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. BMJ. 1999;319:348-51.
8. Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. Journal of Experimental Criminology. 2011;7:27-56. Doi:10.1007/s11292-010-9109-1.
9. Ttofi MM, Farrington DP. Risk and protective factors, longitudinal research, and bullying prevention. New directions for youth development. 2012;133:85-98.
10. Childnet International, Department. of Education, UK. Cyberbullying: understand, prevent and response – guidance for school [Internet]. London: Childnet international; 2016. [cited 2017 Dec 26]. Available from: <http://www.childnet.com/ufiles/Cyberbullying-guidance2.pdf>
11. Pepler DJ, Craig W. Making a difference in bullying [Internet]. [cited 2018 Apr 4]. Available from: http://peacefulschoolsinternational.org/wp-content/uploads/making_a_difference_in_bullying.pdf
12. Milsom A, Gallo LL. Bullying in middle schools: prevention and intervention. Middle School Journal. 2006: 12-19.
13. UNESCO. Review of Homophobic bullying in educational institutions [Internet]. UNESCO: Paris; 2012. [cited 2017 December 26]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002157/215708e.pdf>
14. มหาวิทยาลัยมหิดล องค์การแพลนประเทศไทย และยูเนสโก ประเทศไทย. การรังแกต่อกลุ่มนักเรียนที่เป็นหรือถูกมองว่าเป็นคนข้ามเพศ หรือคนรักเพศเดียวกัน ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา: รูปแบบ ความชุก ผลกระทบ แรงจูงใจ และมาตรการการป้องกันใน 5 จังหวัดของประเทศไทย [Bullying targeting students who are or are perceived to be same-sex attracted of transgender, attending general secondary school: nature, prevalence, impact, motivation, and existing prevention in 5 provinces of Thailand] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ต.ค. 2561]. จาก: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002275/227518tha.pdf> Thai.
15. Pepler D, Craig W. Bullying prevention and intervention in the school environment: factsheets and tools [Internet]. Ontario: Prevnet; 2014. [cited 2017 Dec 26]. Available from: https://www.prevnet.ca/sites/prevnet.ca/files/prevnet_facts_and_tools_for_schools.pdf
16. Barbero JAJ, Hernández JAR, Esteban BL, García MP. Effectiveness of antibullying school programmes: A systematic review by evidence levels. Children and Youth Services Review 2012;34:1646–58. Doi:10.1016/j.childyouth.2012.04.025
17. Farrington DP, Ttofi MM. School-based programs to reduce bullying and victimization. Campbell Systematic Reviews 2009 [Internet]. [cited 2018 Jan 9]. Available from <https://www.campbellcollaboration.org/library/school-based-programmes-to-reduce-bullying-victimisation.html>

18. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effective intervention programme. *Promotion & Education*. 1994;1:27-31.
19. Olweus D, Limber S. Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *Am J Orthopsychiatry*. 2010;80:124-34.
20. Fox BH, Farrington DP, Ttofi MM. Successful bullying prevention programs: influence of research design, implementation features, and program components. *Journal of Conflict and Violence*. 2012;6:273-83.
21. Downes P, Cefai C. How to prevent and tackle bullying and school violence: evidence and practices for strategies for inclusive and safe schools [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. [cited 2017 Dec 26]. Available from: http://nesetweb.eu/NESET-II_Bullying-Report.pdf
22. Taylor RD, Oberle E, Durlak JA, Weissberg RP. Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: a meta-analysis of follow-up effects. *Child Dev*. 2017;88:1156-71. Doi:10.1111/cdev.12864.
23. Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg EM, Nelson MJ, Dill EJ, Little TD et al. A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50:607-16.
24. Weissberg RP, Durlak JA, Domitrovich CE, Gullotta TP. Social and emotional learning: Past, present, and future. In Durlak JA, Domitrovich CE, Weissberg RP, Gullotta TP, editor. *Handbook of social and emotional learning: Research and practice*. New York: Guilford; 2015. p.3-19.
25. Kärnä A, Voeten M, Little T, Poskiparta E, Kaljonen A, Salmivalli C. A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program: grades 4-6. *Child Dev*. 2011;82: 311-30.
26. Salmivalli C, Poskiparta E, Ahtola A, Haataja A. The implementation and effectiveness of the KiVa antibullying program in Finland. *European Psychologist*. 2013;18:79-88.
27. Evans CBR, Smokowski PR. Prosocial bystander behavior in bullying dynamics: assessing the impact of social capital. *Journal of youth and adolescence*. 2015;44:2289-307. doi:10.1007/s10964-015-0338-5.
28. Barbero JAJ, Hernández JAR, Zaragoza LL, García MP, Esteban BL. Effectiveness of anti-bullying school programs: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*. 2016;61:165-75. doi:10.1016/j.childyouth.2015.12.015.
29. Brunecz SL. More harm than good? Why schools who take a zero-tolerance stance on cyberbullying cause more problems than solutions? *Journal of Law, Technology & the Internet*. 2015;6:13-42.
30. U.S. Department of Health and Human Services. Misdirections in Bullying Prevention and Intervention [Internet]. [cited 2017 Dec 26]. Available from: <https://www.stopbullying.gov/sites/default/files/2017-10/misdirections-in-prevention.pdf>
31. สมบัติ ตาปัญญา. รายงานผลการศึกษาระดับสมบูรณ์ โครงการวิจัย การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการป้องกันความรุนแรงต่อเด็กแบบยั่งยืน ปีที่ 2 [The development of sustainable bullying prevention in children, 2nd year] [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 เมษายน 2561]. จาก: <http://resource.thaihealth.or.th/library/12064> Thai.
32. Lanigan AR. A systematic review of bullying prevention programs in schools [Master Dissertation]. Minnesota: St. Catherine University; 2015.
33. Nosworthy N, Rinaldi C. A review of school board cyberbullying policies in Alberta. *The Alberta Journal of Educational Research*. 2013;58:509-25.
34. Buijs GJ. Better Schools through Health: networking for health promoting schools in Europe. *European Journal of Education*. 2009;44:507-20.
35. UNESCO. School violence and bullying: global status 2017 [Internet]. [cited 2018 Oct 12]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002469/246970e.pdf>



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 64 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2562

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	113
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษานในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ	115
อัญชิธา ข้าแก้ว, รัตนา สายพานิชย์, ภัทรพร วิสาจันทร์, สุดาวรรณ จุลเกตุ	
ลักษณะของผู้ป่วยที่กินยาพาราเซตามอลเกินขนาดและปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะเป็นพิษต่อตับรุนแรง	127
ฮาริส มะซัน, มาโนช หล่อตระกูล, สุดาวรรณ จุลเกตุ	
การศึกษาเปรียบเทียบผลการแปลแบบทดสอบ Rorschach ระหว่างระบบ Klopfer และระบบ Rorschach Performance Assessment System (R-PAS)	139
กุลวดี ทองไพบูลย์, บุรชัย อัครทวีบุญ	
ปัญหาการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเด็กออทิสติก	149
พรรษพร หล่อธีรพงศ์, สุวรรณี พุทธิศรี, วรามิศร์ โอสถานนท์	
ผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน	163
ภาวิตา จงสุขศิริ, สุพร อภินันท์เวช, สิริณัดดา ปัญญาภาส	
ผลของการเรียนเชิงปฏิบัติการห้วงข้อการจัดการอารมณ์และความเครียดต่อระดับความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	177
รุ่งรัตน์ จิตวโรภาส, พิษณุานูช รสเครือ, อารี เทเลอร์, วินิตรา นวลละออง	
การศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการคิดขั้นสูงระหว่างเด็กสมาธิสั้นและเด็กปกติ	187
สุดาวรรณ จุลเกตุ, มานิกา วิเศษสาร, นนทิมา พัทธโรส	
การแปลแบบข้ามวัฒนธรรมและการศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมิน Aberrant Behavior Checklist-Community (ABC-C) ฉบับภาษาไทย	197
อัศวิน นาคพงศ์พันธุ์, ชวนันท์ สาณศิลป์	

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ปรับปรุงใหม่)



คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัดและแนบใบนำส่ง (ตัวอย่างด้านท้ายเล่ม) พร้อมเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

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

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. หนังสือรับรองการนำส่งหรือใบนำส่ง (ตัวอย่างท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ตัวอย่างวุฒิการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมที่อยู่และ e-mail address ของผู้พิมพ์ ทุกคนและระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่ประสานติดต่อ กองบรรณาธิการ (corresponding author) ทั้งนี้ การพิจารณาถ้อยแถลงบทความของผู้ทรงคุณวุฒิ จะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษาให้ใช้ 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 วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล สรุปไม่เกิน 300 คำ ใช้ภาษา รัดกุม ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3-5 คำ (เรียงตาม อักษร) โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH)

items ของ U.S. National Library of Medicine เป็น แนวทางการให้คำสำคัญ

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 (ไม่รวมใบนำส่ง) 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 การวิเคราะห์ ระบุ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) ผล แสดงผลการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ครั้งนี้เท่านั้น 4) วิจารณ์ 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

ยังยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. บทเรียนด้านสุขภาพจิตในภัยพิบัติ: กรณีการช่วยเหลือทีมหมูป่าพลัดหลงในถ้ำหลวง [Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26:152-9. Thai.

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกับข้อ 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 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

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 ต๊ะติ. ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ [Life of Female Adolescent as Mothers]. ใน: สุชาดา ทวีศักดิ์, กุลภา วจนสารระ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม 2560 ความเป็นธรรมและความเป็นไทด้านเพศ

และการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด; 30 มิถุนายน 2560; โรงแรมรอยัลริเวอร์กรุงเทพฯ, นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. 2560. หน้า 159-72. Thai.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

วชิระ เฟื่องจันทร์, ธรรณิษฐ์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วรพรรณ จุฑา, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุวรรณา 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 บทความที่ไม่มี 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 นั้นจบด้วยเครื่องหมาย
ทับ (/)

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 ได้แก่ 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)

• 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.....
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.....

- ผู้ที่เป็นตัวแทนผู้นิพนธ์ในการติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author) คือ
 ที่อยู่ติดต่อ:
 เบอร์โทรศัพท์สำนักงาน: เบอร์โทรศัพท์มือถือ:.....
 e-mail:

ทั้งนี้ การรับตีพิมพ์บทความขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ และหากกองบรรณาธิการตรวจสอบพบว่ามีสาระละเมิดข้อใดข้อหนึ่ง กองบรรณาธิการมีสิทธิถอดถอนบทความจากวารสารได้

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 (รายละเอียดตามคำแนะนำผู้นิพนธ์)
- ☐ มีการตรวจสอบรายการอ้างอิงที่เป็นวารสารต่างประเทศ โดยใช้ชื่อย่อตามที่ปรากฏในฐานข้อมูล Index Medicus สามารถตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals> ถ้าไม่มีให้เขียนชื่อเต็ม
- ☐ มีเอกสารหรือหลักฐานอนุญาตการแปล (กรณีนำเครื่องมือ/แบบประเมิน/แบบคัดกรอง ของต่างประเทศมาใช้)

ลงชื่อผู้นิพนธ์ในการติดต่อ.....
 (.....)

corresponding author

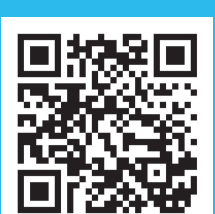
การส่งบทความ

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

1. แบบฟอร์มใบนำส่ง (หนังสือรับรองการส่งบทความ/ผลการวิจัย) (ไฟล์ pdf)
2. เอกสารได้รับอนุมัติให้วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ไฟล์ pdf)
3. บทความ (ไฟล์ word)

ติดต่อได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (นายภพธร วุฒินหาร)
สำนักวิชาการสุขภาพจิต อาคาร 1 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-8254/ 0-2590-8183



Journal of Mental Health of Thailand