



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

วารสาร

# สุขภาพจิต

1 แห่งประเทศไทย

ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563  
Volume 28 Number 3 July - September 2020  
[www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht)

- ❶ ผลของโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวต่อความสามารถทางการเรียนรู้ในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้  
มลฑิรา โพธิสุวรรณ      เกียรติกำจร กุศล      ฉัตรรัตน์ เอกศิรินิมิตร
- ❷ การศึกษาคุณสมบัติการวัดของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ  
ฤทัยรัตน์ แสงนา      กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์      วิชุดา จิรพรเจริญ  
ชัยสิริ อังกุระวารานนท์
- ❸ ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ร่วมกับการใช้เป็ยรรถกรของผู้ป่วยจิตเภท  
ฉัตรรัตน์ พิมพ์ดี      ณีฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง      สุนละมัย ทาคำใจ
- ❹ พลวัตความผูกพันทางอารมณ์กับคูรักรของบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก  
กัมพล ใหม่จันทร์ดี      อารยา ผลธัญญา
- ❺ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น  
ศุทธรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์
- ❻ ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง  
อัจฉรา มุ่งพานิช      กิตติยา กุดกุง
- ❼ เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาวไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ  
ณัฐินี ณ เชียงใหม่      พีร วงศ์อุปราช
- ❽ แนวปฏิบัติ 2.0: การพัฒนาอย่างเป็นระบบของรายการตรวจสอบ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมและประสบความสำเร็จ  
ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ      วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ      นงลักษณ์ เฉลิมสุข  
ปิยะนุช ชูโต      จุฑามาศ โชติบาง      วณิชชา พึ่งชมภู

Journal of  
Mental Health of Thailand

ISSN 0859-497X  
E-ISSN 2697-567X



## กรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

### คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต  
นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธ์

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต  
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

### บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.พิเชษฐ อุดมรัตน์

World Association for Psychosocial  
Rehabilitation (WAPR)

### บรรณาธิการ

พญ.พันธุ์ธนาภักดิ์ กิตติรัตนไพบูลย์

สำนักวิชาการสุขภาพจิต

### รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี  
ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์  
นพ.สุทธา สุปัญญา  
ดร.นพ.วรากรณ์ โชนิตพิทยสุนนท์  
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12  
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา  
สำนักวิชาการสุขภาพจิต  
สำนักวิชาการสุขภาพจิต

### กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อัมมฉัตรชัย  
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล  
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชาชรากุล  
รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์  
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์  
ผศ.ดร.ดร.ณิ ภูขาว  
พญ.เบญจพร ปัญญา  
พญ.ดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต  
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น  
ราชนครินทร์

ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยามาลิก

กองตรวจราชการ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

ดร.हरรรษา เศรษฐบุบผา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### บรรณาธิการต่างประเทศ

Prof.Walter Ling, M.D

University of California, USA

Assoc.Prof.Robert Ali, M.D

University of Adelaide, Australia

Rudy RD Bogoian, M.D.

Independent Professional Role

### บรรณาธิการบริหาร (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

ดร.โสฬรรณ อินทสิทธิ์

นายภพธร วุฒินหาร

### กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวสมพร อินทร์แก้ว

นางสาวสิริกุล จุลศิริ

นางฐิติญา จันทพร

นางฉานิตา คำเขียว

นายจาฤพจน์ พรหมสีดา

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

# วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

### กำหนดออก:

ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน)

เดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม

### ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

[www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht)

### การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต

88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี

จ.นนทบุรี 11000

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

e-mail: [jmht.dmh@gmail.com](mailto:jmht.dmh@gmail.com)

## บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

### หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมิได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

## Journal of Mental Health of Thailand

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.

### 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

### Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Mental Health Center 12  
Athip Tanaree, M.D., Ph.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  
Kusumavadee Kamklang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs

### 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 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. Retired government employee on person  
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute  
Pitakpol Boonyamalik, M.D.,Ph.D. Government Inspectorat Office of the Permanent Secretary for Public Health  
Suda Wongsawat, Ph.D. Division of Mental Health Promotion and Development  
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University

### International Editors

Prof.Walter Ling, M.D. University of California, USA  
Assoc.Prof.Robert Ali, M.D. University of Adelaide, Australia  
Rudy RD Bogoian, M.D. Independent Professional Role

### Managing Editors (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

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

### Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Somporn Inkaew Ms.Sirikul Chulkeeree  
Mrs.Thitiya Jantaprom Mrs.Chanita Dumkhaew  
Mr.Chatuphot Phromsida

### Free subscription:

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

### Download and Submission:

[www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://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](mailto: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 28 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวต่อความสามารถทางการเรียนรู้ ในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้	187
มลทิรา โพธิสุวรรณ      เกียรติกำจร กุศล      ธิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร	
การศึกษาคุณสมบัติการวัดของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม ในการคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	199
ฤทัยรัตน์ แสงนา      กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์      วิชุดา จิรพรเจริญ ชัยสิริ อังกระวารานนท์	
ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ร่วมกับการใช้เบียร์รถกร ของผู้ป่วยจิตเภท	211
จิตดารัตน์ พิมพ์ดีด      ณัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง      สุนละมัย ทาคำใจ	
พลวัตความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รักของบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เลวร้าย ในวัยเด็ก	221
กัมพล ใหม่จันทร์ดี      อารยา ผลธัญญา	
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น	231
ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์	
ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง	240
อัจฉรา มุ่งพานิช      กิตติยา กุดกุง	
บทความปริทัศน์	
เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาวไทย: การทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ	252
ณัฐินี ณ เชียงใหม่      พีร วงศ์อุปราช	
ปกิณกะ	
แนวปฏิบัติ 2.0: การพัฒนาอย่างเป็นระบบของรายการตรวจสอบ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมและประสบความสำเร็จ	266
ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ      วันชัย เลิศวัฒนวิลาส      นงลักษณ์ เฉลิมสุข ปิยะนุช ชูโต      จุฑามาศ โชติบาง      วณิชชา พึ่งชมภู	
คำแนะนำสำหรับ ผู้นิพนธ์	I



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

# Journal of Mental Health of Thailand

Volume 28 Number 3 July - September 2020

---

	Page
CONTENTS PREFACE	
EDITORIAL ORIGINAL	A
ARTICLES	
The effects of family potential support program on the learning ability of students with learning disabilities Monthira Phothisuwan, Kiatkamjorn Kusol, Thidarat Eksirinimit	187
Validation of a 14-item self-reporting questionnaire for the screening of dementia in the elderly Ruetairat Sangna, Kanokporn Pinyopornpanish, Wichuda Jiraporncharoen, Chaisiri Angkurawaranon	199
The effects of social and communication skills training with the token economy in schizophrenic patients Chidarat Pimdeed, Nuttaporn Baouraeng, Sunlamai Takumjai	211
Dynamic formulation of romantic attachment in people with adverse childhood experiences Kampon Maichandee, Araya Pontanya	221
A study of association between family relationship and adolescent depression Suthra Auapisithwong	231
Effect of mindfulness-based therapy and counseling group on suicidal risk of prisoners Artchara Mungpanich, Kitiya Kudkung	240
REVIEW ARTICLE	
Dementia screening tests in Thai older adults: a systematic review Natinee Na Chiangmai, Peera Wongupparaj	252
MISCELLANY	
Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise Patraporn Tungpunkom, Wanchai Lertwatthanawilat, Nonglak Chaloumsuk, Piyanut Xuto, Jutamas Chotibang, Wanicha Pungchompoo	266
INSTRUCTION TO AUTHORS	I



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

## บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2563 ยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์อย่างเข้มข้น

มีบทความนิพนธ์ต้นฉบับ 6 เรื่อง ประกอบด้วย เรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวต่อความสามารถทางการเรียนรู้ ในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดย มลทิรา โปธิสุวรรณ และคณะ เรื่อง การศึกษาคุณสมบัติการวัดของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดย ฤทัยรัตน์ แสงนา และคณะ เรื่อง ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เป็ยรรถกรของผู้ป่วยจิตเภท โดย จิตารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ เรื่อง พลวัตความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รักของบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก โดย กัมพล ใหม่มจันทร์ดี และอารยา ผลธัญญา เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดย ศุภรา เอื้ออภิสิริวงศ์ และเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง โดย อัจฉรา มุ่งพานิช และ กิตติยา กุดกง

บทความปริทัศน์ 1 เรื่อง คือ เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาวไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดย ณัฐณี ณ เชียงใหม่, พีร วงศ์อุปราชา

ปกิณกะ 1 เรื่อง คือ แนวปฏิบัติ 2.0: การพัฒนาอย่างเป็นระบบของรายการตรวจสอบ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมและประสบความสำเร็จ โดย ภัทราภรณ์ พุงปันคำ และคณะ

ดิฉันและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ [www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht) และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

พินิจนภา กิตติรัตน์ไพบุลย์  
บรรณาธิการ



## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ผลของโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวต่อความสามารถทางการเรียนรู้ ในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

วันรับ : 25 มีนาคม 2563  
วันแก้ไข : 27 มิถุนายน 2563  
วันตอบรับ : 2 กรกฎาคม 2563

มลทิรา โพธิสุวรรณ, พย.ม., เกียรติกำจร กุศล, ค.ด.,  
จิตรารัตน์ เอกศิรินิมิตร, ป.ด.  
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพผู้ดูแลหลักในครอบครัวต่อความสามารถทางการเรียนรู้ในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

**วิธีการ:** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนประถมศึกษาที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และผู้ดูแลหลัก โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมดูแลตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการ 7 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินศักยภาพผู้ดูแล ความสามารถทางการเรียนรู้ของนักเรียนและโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square, fisher's exact test และ t-test

**ผล:** หลังนำโปรแกรมไปใช้พบว่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลนักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ด้านความรู้ ( $M = 7.47, SD = 1.61; M = 3.80, SD = 1.65$ ) ด้านพฤติกรรม ( $M = 24.38, SD = 2.25; M = 15.60, SD = 2.76$ ) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความสามารถทางการเรียนรู้ของนักเรียนหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณ ( $M = 26.30, SD = 3.65; M = 27.30, SD = 4.98; M = 28.20, SD = 4.75$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณ ( $M = 18.43, SD = 3.11; M = 17.30, SD = 3.16; M = 17.33, SD = 2.32$ ) และพบว่าทั้งสองกลุ่ม มีความสามารถในการเรียนรู้แต่ละด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

**สรุป:** โปรแกรมสนับสนุนศักยภาพผู้ดูแลหลักในครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการสอนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่บ้านได้ ทำให้นักเรียนมีความสามารถทั้งด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณดีขึ้น

**คำสำคัญ:** ความบกพร่องทางการเรียนรู้ ความสามารถทางการเรียนรู้ ศักยภาพครอบครัว

**ติดต่อผู้นิพนธ์:** เกียรติกำจร กุศล; e-mail: kkiatgum@wu.ac.th



## Original article

# The effects of family potential support program on the learning ability of students with learning disabilities

Received : 25 March 2020

Revised : 27 June 2020

Accepted : 2 July 2020

Monthira Phothisuwan, M.N.S.

Kiatkamjorn Kusol, Ph.D.

Thidarat Eksirinimit, Ph.D.

School of Nursing, Walailak University

## Abstract

**Objectives:** To study the potential usefulness of a supporting program for the caregivers of students with learning disabilities.

**Methods:** This is quasi-experimental research in elementary school students with learning disabilities and their caregivers. The participants were selected by the random stratification sampling and allocated to either experimental and control, with 30 pairs per group. The experimental group received a family support program, while the control group received the usual care. Both groups were followed for seven weeks. The instruments used were the potential caregiver assessments, students learning ability index and the program for the caregivers' potential. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, fisher's exact test, and t-test.

**Results:** The mean score of knowledge and behaviours in caregivers after using the program in the experimental group and control group were significantly different ( $p < 0.001$ ). The mean scores of knowledge was 7.47; SD = 1.61 and 3.80; SD = 1.65 and behavior was 24.38; SD = 2.25, and 15.60; SD = 2.76 respectively. The mean score for the learning ability of students after seven weeks of using the program on reading, writing, and calculation was 26.30; SD = 3.65, 27.30; SD = 4.98 and 28.20; SD = 4.75 respectively while in the control group, the mean scores of reading, writing, and calculating were 18.43; SD = 3.11, 17.30; SD = 3.16, and 17.33; SD = 2.32 respectively. There were statistically significant differences between the two groups.

**Conclusions:** The program to support the family carers' showed potential usefulness in homes with students with learning disabilities. This study suggested that this program may help to improve reading, writing, and calculation skills in this group of students.

**Keywords:** family potential, learning ability, learning disabilities

**Corresponding author:** Kiatkamjorn Kusol; e-mail: kkiatgum@wu.ac.th

## บทนำ

ในระบบการศึกษาปัจจุบันได้ให้ความสนใจกับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disability) มากขึ้น จากข้อมูลการศึกษาของประเทศตุรกีในนักเรียนประถมศึกษาเกรด 2-4 ปีการศึกษา 2556 พบนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ร้อยละ 13.6 เป็นเพศชายร้อยละ 17.0 และเพศหญิงร้อยละ 10.4<sup>1</sup> และรายงานการศึกษาปี พ.ศ. 2558 ของประเทศบราซิลที่ศึกษาในนักเรียนประถมศึกษาเกรด 2-6 โดยใช้เกณฑ์ DSM-5 พบนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ร้อยละ 7.6 โดยมีความบกพร่องด้านการเขียน ร้อยละ 5.4 ด้านการคำนวณร้อยละ 6.0 และด้านการอ่านร้อยละ 7.5<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยพบนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ร้อยละ 8.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 11 ปี<sup>3,4</sup> ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ร้อยละ 7.3<sup>5</sup> ผลกระทบโดยตรงต่อนักเรียนที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ คือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่ากลุ่มเพื่อนในวัยเดียวกัน เรียนช้าขึ้นร้อยละ 70.8 หรือออกจากระบบโรงเรียนร้อยละ 18.1<sup>6</sup> และในระยะยาวอาจส่งผลให้มีปัญหาสมาธิสั้นได้ เนื่องจากนักเรียนที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้อาจมีลักษณะพฤติกรรมเหมือนเด็กปกติทั่วไป ครอบครัวไม่สังเกตเห็นความบกพร่องของบุตรหลาน และไม่ตระหนักถึงปัญหา จึงไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลที่เฉพาะ<sup>5,8</sup> ส่งผลให้นักเรียนขาดการฝึกฝนทักษะในการเรียนรู้ด้านที่บกพร่องโดยครอบครัว ดังนั้นสถานศึกษาและครอบครัวจึงควรได้เรียนรู้และเข้าใจในปัญหาความบกพร่องของนักเรียนเพื่อให้นักเรียนได้รับการช่วยเหลือตามปัญหาที่แท้จริง<sup>9</sup>

กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยให้มีการคัดกรองเด็กพิเศษในสถานศึกษา เพื่อค้นหานักเรียนที่มีความผิดปกติ และสามารถวางแผนการช่วยเหลือหรือส่งต่อเพื่อให้นักเรียนได้รับการบำบัดรักษา สำหรับนักเรียนที่มีปัญหาการเรียนรู้นั้น สถานศึกษาได้มีการจัดการเรียนการสอนตามแผนการสอนเฉพาะรายบุคคล (individualized education program; IEP) โดยคุณครูที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการศึกษาพิเศษใน

สถานศึกษา แต่ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากจำนวนบุคลากรครูที่ผ่านการอบรมมีจำกัด<sup>3,10</sup> ประกอบกับการดูแลนักเรียนขาดความต่อเนื่องระหว่างสถานศึกษากับที่บ้าน เนื่องจากครอบครัวเองยังไม่เข้าใจถึงวิธีการดูแลที่มีความเฉพาะสำหรับนักเรียนกลุ่มนี้ จึงทำให้ผลลัพธ์การพัฒนานักเรียนทั้งด้านการอ่าน การเขียน และการคำนวณไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน<sup>11</sup> ครอบครัวเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญที่คอยให้ความรัก ความเข้าใจ ให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันต่างๆ หากผู้ดูแลหลักในครอบครัวได้รับการส่งเสริมศักยภาพให้มีความรู้ และเข้าใจแนวทางการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่บ้านอย่างเหมาะสม สามารถสังเกตความบกพร่องในด้านต่างๆ อาทิ การอ่าน การเขียน หรือการคำนวณ และทำการส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้ด้านที่นักเรียนมีความบกพร่องจากสื่อบทเรียนอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้นักเรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้อย่างดีขึ้น<sup>12-14</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวพบว่า ในกรณีเด็กพิเศษที่มีความผิดปกติทางกายภาพไม่ชัดเจน จะทำให้ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กไม่เข้าใจและไม่เห็นความผิดปกติของเด็ก การจัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้เพื่อเสริมความเข้าใจแก่ผู้ดูแลเด็กอย่างเหมาะสม จัดเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครองได้เป็นอย่างดี<sup>15</sup> สำหรับนักเรียนที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ หากได้รับการประเมินขั้นต้นโดยครูประจำชั้น และนำนักเรียนที่มีปัญหาการเรียนรู้เข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือ พบว่านักเรียนมีความสามารถในการเรียนรู้ดีขึ้น<sup>16</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลของนักเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมและความสามารถทางการเรียนรู้ทำให้นักเรียนเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ดูแลเกิดความรัก ความเข้าใจ และความไว้วางใจที่ดีต่อกัน ตลอดจนการให้เวลาในการจัดกิจกรรมผ่านอุปกรณ์ และสื่อการเรียนรู้ตามความเหมาะสมกับความสามารถของนักเรียนแต่ละคนควบคู่กับการประเมินค้นหาจุดเด่น จุดด้อย และส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้นักเรียนมีความสามารถทางการเรียนรู้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น<sup>10,17</sup>

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและรับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้สำหรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยการส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีความสามารถและมั่นใจที่จะเป็นผู้ฝึกทักษะการเรียนรู้ให้แก่ นักเรียนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวในการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House)<sup>18</sup> ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากรและเวลา ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมินค่า เป็นการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดี ตลอดจนสามารถค้นหาจุดเด่น จุดด้อยของเด็ก ร่วมกับการใช้รูปแบบและสื่อการสอนที่ใกล้เคียงกับการจัดการเรียนการสอนแบบเฉพาะรายบุคคลของทางโรงเรียน ทำให้เกิดความเชื่อมโยงในการเรียนรู้ของเด็กจากโรงเรียนและที่บ้านได้เป็นอย่างดี โดยโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวนี้ใช้เวลา 7 สัปดาห์ ในช่วง 2 สัปดาห์แรกเป็นการอบรมแบบมีส่วนร่วมให้แก่ผู้ดูแล และสัปดาห์ที่ 3-7 ผู้ดูแลหลักจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกนักเรียนที่บ้านตามแผนการสอนและสื่อการสอนที่จัดเตรียมให้ สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 45 นาทีอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวต่อความสามารถทางการเรียนรู้ในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยมีสมมติฐานการวิจัยคือคะแนนเฉลี่ยศักยภาพครอบครัวและความสามารถในการเรียนรู้ของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

## วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ออกแบบการวิจัยแบบ two groups pretest-posttest design กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้อายุ 7-12 ปี กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในสถานศึกษาของรัฐที่มีการจัดการสอนแบบเฉพาะรายบุคคล สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา

นครศรีธรรมราช เขต 4 และผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันและสามารถดูแลนักเรียนได้อย่างต่อเนื่อง ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2562

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ ใช้โปรแกรม G\*power version 3.1.9.2 จากผลการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน<sup>19</sup> กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.01 อำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 effect size เท่ากับ 0.67 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน การวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.0 เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คู่ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คู่

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) จากสถานศึกษาของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 4 ที่มีการจัดการเรียนการสอนแบบเฉพาะรายบุคคล โดยจัดการสอนเสริมให้แก่เด็กกลุ่มนี้ทุกสัปดาห์ ที่สอดคล้องกับปัญหาการเรียนรู้ของเด็กแต่ละรายจำนวนทั้งสิ้น 8 เครื่องข่าย ทำการสุ่มเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิได้ เครื่องข่ายท่าศาลา มีโรงเรียนที่จัดการสอนแบบเฉพาะรายบุคคล จำนวน 5 แห่ง สุ่มเลือกโรงเรียนแบบจับฉลาก (simple without replacement) มา 2 แห่ง เป็นโรงเรียนกลุ่มควบคุม 1 แห่งและกลุ่มทดลอง 1 แห่ง หลังจากนั้นทำการจับคู่ (match pair) นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในแต่ละช่วงชั้นเรียนทั้ง 2 โรงเรียน เพื่อจะได้ข้อมูลนักเรียนแต่ละช่วงชั้นใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ อายุ 7-12 ปี และไม่มีภาวะผิดปกติอื่นหรือโรคร่วม เช่น ความผิดปกติทางสายตา หูสมาดิสน์ หรือมีความผิดปกติทางสติปัญญา ไม่ได้รับการเรียนพิเศษเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ส่วนผู้ดูแลหลัก เป็นผู้ที่ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง มีความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือได้ และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การยุติการ

ศึกษา คือมีการเปลี่ยนผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่เคยรับการฝึกอบรมตาม  
โปรแกรมฯ หรือกลุ่มตัวอย่างของยุติการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น  
ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทั่วไปของนักเรียน และของผู้ดูแล  
หลักในครอบครัว

2) แบบประเมินศักยภาพของผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็น  
เครื่องมือของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน  
ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางการเรียน  
รู้ของเด็ก มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)  
เป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ คำถามเชิงลบจำนวน 2 ข้อ  
และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่อง  
ทางการเรียนรู้ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน  
ประมาณค่า 3 ระดับ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)<sup>20</sup> นำไปทดลอง  
ใช้ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน  
20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินศักยภาพผู้ดูแล  
หลักเท่ากับ 0.91

3) แบบประเมินความสามารถทางการเรียนรู้ของ  
นักเรียน ได้แก่ การประเมินด้านการอ่าน การเขียน และการ  
คำนวณ ด้านละ 10 ข้อ (คะแนนเต็มด้านละ 40 คะแนน) โดย  
ใช้แบบประเมินมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการการ  
ศึกษาขั้นพื้นฐาน<sup>20</sup> นำไปทดลองใช้ในกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะ  
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น  
ของแบบประเมินความสามารถทางการเรียนรู้ของนักเรียน  
เท่ากับ 0.87

4) โปรแกรมการสนับสนุนศักยภาพครอบครัว ที่ผู้วิจัย  
พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์<sup>18</sup>  
ร่วมกับการใช้แผนการจัดการศึกษาเฉพาะรายบุคคลสำหรับ  
เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้<sup>21</sup> มีรูปแบบกิจกรรม  
ส่งเสริมให้ผู้ดูแลคลุกทุก 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้าน  
อารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากรและเวลา การสนับสนุน  
ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า  
โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย  
ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า CVI = 0.89 กิจกรรมในโปรแกรมฯ

รวม 7 สัปดาห์ โดยในช่วง 2 สัปดาห์แรกเป็นการอบรมแบบมี  
ส่วนร่วมให้แก่ผู้ดูแลหลักเพื่อให้มีความรู้ในเนื้อหาสำคัญเกี่ยวกับ  
ลักษณะ ปัจจัยสาเหตุ การประเมิน และแนวทางการดูแล  
ช่วยเหลือนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ มีคู่มือการ  
สนับสนุนศักยภาพครอบครัว แผนการสอนแบบรายบุคคล  
สำหรับผู้ดูแล สื่อบรรยายและวีดิทัศน์ประกอบการสอน  
สื่อการสอนสำหรับนักเรียน เช่น บัตรคำ บัตรภาพ บัตรสระ  
บัตรพยัญชนะ และแบบฝึกหัดในการเรียนรู้ ตลอดจนวิธีการ  
ประเมินนักเรียนก่อน-หลังเรียนในแต่ละครั้ง และในสัปดาห์ที่  
3-7 ผู้ดูแลหลักจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกนักเรียนที่บ้านตาม  
แผนการสอนและสื่อการสอน สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 45 นาที  
อย่างต่อเนื่อง มีการติดตามจากการลงวันที่ในใบงานของ  
กิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะมีการโทรศัพท์ สอบถามปัญหา  
อุปสรรคและให้กำลังใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วม  
กิจกรรมตลอดจนครบ 7 สัปดาห์ ใช้เวลา 15 นาที/ราย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของ  
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ  
chi-square, fisher's exact test ทดสอบความแตกต่างของ  
ค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลหลักในครอบครัวและ  
ความสามารถทางการเรียนรู้ของเด็กระหว่างกลุ่มทดลอง  
และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ  
independent t-test และทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนน  
เฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลหลักในครอบครัวและความสามารถ  
ทางการเรียนรู้ของเด็กก่อนและหลังได้รับโปรแกรมใน  
กลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired sample t-test

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่รับรอง  
โครงการ WU-EC-19-112-01 อนุมัติวันที่ 2 กรกฎาคม  
พ.ศ. 2562

## ผล

นักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 60 ราย  
มีอายุเฉลี่ย 9.07 (SD = 1.76) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย  
(ร้อยละ 84.0) ไม่มีประวัติการเรียนรู้ซ้ำชั้น (ร้อยละ 96.7)  
ประวัติการคลอดปกติ (ร้อยละ 85.0) ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แสดงดังตารางที่ 1

ผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 55.0) อายุเฉลี่ย 45.35 (SD = 15.02) ปี มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 68.3) อาชีพประมง (ร้อยละ 38.3) รายได้ 5,001 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 61.7) สมาชิกในครอบครัวไม่มีปัญหาการเรียน (ร้อยละ 53.3) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักใน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แสดงดังตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลหลักทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลนักเรียนหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	รวม (n = 60)	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	
<b>อายุ (Min-Max = 7-12 ปี)</b>				
Mean (SD)	9.07 (1.76)	9.10 (1.79)	9.03 (1.75)	0.89 <sup>a</sup>
7-9 ปี	35 (58.3)	17 (56.7)	18 (60.0)	
10-12 ปี	25 (41.7)	13 (43.3)	12 (40.0)	
<b>เพศ</b>				
หญิง	12 (12.0)	8 (26.7)	4 (13.3)	0.33 <sup>b</sup>
ชาย	48 (84.0)	22 (73.3)	26 (86.7)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษาปีที่ 1	16 (27.0)	8 (27.0)	8 (27.0)	
ประถมศึกษาปีที่ 2	12 (20.0)	6 (20.0)	6 (20.0)	
ประถมศึกษาปีที่ 3	8 (13.0)	4 (13.0)	4 (13.0)	1.00 <sup>b</sup>
ประถมศึกษาปีที่ 4	8 (13.0)	4 (13.0)	4 (13.0)	
ประถมศึกษาปีที่ 5	10 (17.0)	5 (17.0)	5 (17.0)	
ประถมศึกษาปีที่ 6	6 (10.0)	3 (10.0)	3 (10.0)	
<b>ประวัติการเรียนซ้ำชั้น</b>				
ไม่มี	58 (96.7)	28 (93.3)	30 (100.0)	0.49 <sup>b</sup>
มี	2 (3.3)	2 (6.7)	0	
<b>ประวัติการคลอด</b>				
คลอดปกติ	51 (85.0)	26 (86.6)	25 (83.3)	0.51 <sup>b</sup>
คลอดแบบ C/S, V/E	9 (15.0)	4 (13.4)	5 (16.7)	

<sup>a</sup> independent t-test, <sup>b</sup> fisher's exact test

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	รวม (n = 60)	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	
<b>สถานะภาพผู้ดูแล</b>				
บิดา	6 (10.0)	4 (13.3)	2 (6.7)	0.38 <sup>c</sup>
มารดา	33 (55.0)	19 (63.4)	14 (46.7)	
ย่า/ยาย/ป้า	11 (18.3)	4 (13.3)	7 (23.3)	
ปู่/ตา/ลุง	10 (16.7)	3 (10.0)	7 (23.3)	
<b>อายุ (Min-Max = 26-79 ปี)</b>				
Mean (SD)	45.35 (15.02)	43.7 (12.95)	47.33 (16.82)	0.31 <sup>a</sup>
20-39 ปี	29 (48.3)	15 (50.0)	14 (46.7)	
40-59 ปี	19 (31.7)	10 (33.3)	9 (30.0)	
60 ปี ขึ้นไป	12 (20.0)	5 (16.7)	7 (23.3)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	19 (31.7)	8 (26.6)	11 (36.7)	0.48 <sup>b</sup>
มัธยมศึกษา	41 (68.3)	22 (73.4)	19 (63.3)	
<b>อาชีพ</b>				
รับจ้าง	14 (23.3)	9 (30.0)	5 (16.7)	0.69 <sup>c</sup>
ประมง	23 (38.3)	11 (36.7)	12 (40.0)	
เกษตรกร	13 (21.7)	6 (20.0)	7 (23.3)	
ค้าขาย	10 (16.7)	4 (13.3)	6 (20.0)	
<b>รายได้</b>				
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	6 (10.0)	4 (13.3)	2 (6.7)	0.69 <sup>c</sup>
5,001-10,000 บาท/เดือน	37 (61.7)	18 (60.0)	19 (63.3)	
10,001-15,000 บาท/เดือน	17 (28.3)	8 (26.7)	9 (30.0)	
<b>ประวัติสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาการเรียน</b>				
ไม่มี	32 (53.3)	15 (50.0)	17 (56.7)	0.80 <sup>b</sup>
มี	28 (46.7)	15 (50.0)	13 (43.3)	

<sup>a</sup> independent t- test, <sup>b</sup> chi-square, <sup>c</sup> fisher's exact test

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ศักยภาพผู้ดูแลหลัก	Mean (SD)		t	df	Mean df	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม				
<b>ด้านความรู้ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.33 (1.71)	3.50 (1.55)	.428	58	12.13	0.68
หลังได้รับโปรแกรม	7.47 (1.61)	3.80 (1.65)	8.71	58	8.13	0.00**
<b>ด้านพฤติกรรม (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรม	15.83 (3.42)	15.47 (3.21)	3.96	58	12.33	0.69
หลังได้รับโปรแกรม	24.38 (2.25)	15.60 (2.76)	14.21	58	21.03	0.00**

\*\*p<0.001

คะแนนเฉลี่ยความสามารถทางการเรียนรู้ของนักเรียนก่อนได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้านการอ่าน ด้านการเขียน และด้านการคำนวณไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) หลังได้รับโปรแกรมผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถทางการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) แสดงดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถทางการเรียนรู้ของนักเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ความสามารถทางการเรียนรู้ (คะแนนเต็มด้านละ 40 คะแนน)	Mean (SD)		t	df	Mean df	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม				
<b>ก่อนได้รับโปรแกรม</b>						
ด้านการอ่าน	19.17 (3.49)	18.20 (3.43)	1.08	58	0.967	0.28
ด้านการเขียน	18.67 (4.63)	16.97 (3.80)	1.55	58	1.70	1.3
ด้านการคำนวณ	18.30 (4.29)	17.13 (2.86)	1.24	58	1.17	2.2
<b>หลังได้รับโปรแกรม</b>						
ด้านการอ่าน	26.30 (3.65)	18.43 (3.11)	8.98	58	7.87	0.00**
ด้านการเขียน	27.30 (4.98)	17.30 (3.16)	9.29	58	10.0	0.00**
ด้านการคำนวณ	28.20 (4.75)	17.33 (2.32)	11.25	58	10.87	0.00**

\*\*p<0.001

### วิจารณ์

ผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวแก่ผู้ดูแลหลักตามแนวคิดของเฮาส์<sup>16</sup> พบว่า คะแนนเฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลหลักในครอบครัว และความสามารถทางการเรียนรู้

ของนักเรียนหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักหลังได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วมในเชิงเนื้อหาและแนวทางการดูแลนักเรียนที่มี

ความบกพร่องทางการเรียนรู้ สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลนักเรียนที่บ้าน และส่งผลให้นักเรียนมีความสามารถทางการเรียนรู้ทุกด้านดีขึ้น

ศักยภาพของผู้ดูแลหลักในการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้หลังได้รับโปรแกรมพบว่า ผลการประเมินทั้งด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลนักเรียนในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเห็นได้ชัดเจน อธิบายได้จากการที่ผู้ดูแลหลักยอมรับในความบกพร่องของนักเรียน และมีความรู้ ความเข้าใจถึงลักษณะความบกพร่องทางการเรียนรู้ วิธีการดูแล รวมทั้งเทคนิคและแนวทางในการประเมินจุดเด่น จุดด้อยของนักเรียน และเลือกใช้แผนการสอนเฉพาะรายบุคคลแก่นักเรียน ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมในบทบาทของผู้ดูแล และมีทัศนคติที่ดีต่อนักเรียนมากขึ้น<sup>9</sup> สอดคล้องกับผลการวิจัยโปรแกรมการสนับสนุนการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และทักษะของครูอนุบาลในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House เช่นกันที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีทักษะในการคัดกรองพัฒนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านการใช้อุปกรณ์และการแปลผลการคัดกรองพัฒนาการ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมอาจมีทักษะดังกล่าวต่อยกว่า แม้ว่าครูอนุบาลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรีและมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพัฒนาการที่ใกล้เคียงกัน และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเองก็ตาม<sup>22</sup> โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นมาครั้งนี้เป็นเนื้อหาที่สื่อได้เข้าใจง่าย ช่วยให้ผู้ดูแลหลักที่ไม่มีความรู้พื้นฐานในการสอนมาก่อนสามารถนำไปใช้ในการสอนนักเรียนที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้ที่แอฟริกาใต้พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือด้านเทคนิค วิธีการดูแลเด็กเพื่อจะได้นำไปสอนเด็กได้อย่างมั่นใจ<sup>14</sup> นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเน้นการประเมินเด็กก่อนเลือกแผนการสอนในแต่ละครั้งของการสอน ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักและนักเรียนได้รับรู้ความสามารถตามสภาพความเป็นจริง ทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถต่อยอดการ

สอนแก่นักเรียนที่บ้านได้ต่อเนื่อง<sup>23</sup> แตกต่างจากกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพครอบครัวแก่ผู้ดูแลหลักเนื่องจากนักเรียนเหล่านี้มีลักษณะทั่วไปเหมือนเด็กปกติ ผู้ดูแลหลักไม่เห็นถึงความบกพร่องอย่างชัดเจน ขาดความตระหนักและความสำคัญในการช่วยเหลือนักเรียนที่เหมาะสม ทำให้เด็กไม่ได้รับการดูแลฝึกฝนในส่วนที่บกพร่องอย่างต่อเนื่องที่บ้าน<sup>6</sup>

ความสามารถทางการเรียนรู้ของนักเรียนในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม เนื่องจากในการจัดกิจกรรมการสอนในโปรแกรมนี้เริ่มจากง่ายไปยาก ด้วยหลักคิดที่ว่านักเรียนสามารถพัฒนาการเรียนรู้ได้หากได้เรียนรู้จากระดับพื้นฐานไปสู่ระดับที่ซับซ้อนขึ้น และหากผู้ดูแลให้ความสนใจ ใส่ใจนักเรียนด้วยความรัก ความเข้าใจจะทำให้ผู้ดูแลหลักและนักเรียนมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดี<sup>12</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สังเกตเพิ่มเติมเกี่ยวกับสัมพันธภาพและพฤติกรรมระหว่างผู้ดูแลและนักเรียนขณะไปทำการประเมินผลที่บ้าน พบว่าลักษณะท่าทางการพูดของผู้ดูแลหลักต่อนักเรียนมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส เข้าใจในปัญหาการเรียนรู้ที่ล่าช้า มีการโอบกอด ลูบศีรษะ และมองหน้าพยักหน้า ขณะที่พูดคุยกับนักเรียน สำหรับการประเมินนักเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนเพื่อประเมินความสามารถและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับนักเรียนก่อนเรียนรู้เนื้อหาใหม่ จะช่วยให้ผู้ดูแลหลักและนักเรียนได้รับรู้พัฒนาการในการเรียนแต่ละครั้ง สอดคล้องกับแนวทางในการดูแลเด็กพิเศษที่ควรมีการกระตุ้นโดยการใช้ให้เห็นความสามารถของนักเรียนว่ามีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาจากเดิม ร่วมกับการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามความบกพร่องจะช่วยให้เด็กมีความสามารถทางการเรียนรู้ที่ดีขึ้นรวมทั้งเกิดความใกล้ชิดและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักเรียนและผู้ดูแลหลัก<sup>10,17</sup> ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความสามารถทางการเรียนรู้ทั้งด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณของนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้โดยการส่งเสริมการรับรู้ทางสายตาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ที่พบว่าความสามารถของนักเรียน



หลังได้รับโปรแกรม โดยการฝึกฝนจากระดับพื้นฐานไปสู่ระดับที่สูงขึ้นทำให้นักเรียนรู้สึกทำหายในการเรียนรู้ ส่งผลให้ความสามารถทางการเรียนรู้ดีขึ้น ทำให้คะแนนด้านการอ่านและการเขียนเพิ่มขึ้นเนื่องจากการรับรู้ข้อมูลและการแปลข้อมูลทางสายตาเป็นสิ่งสำคัญต่อการอ่าน การเขียนของเด็กได้เป็นอย่างดี<sup>24</sup> กระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้นักเรียนเรียนรู้ด้วยความสุขควรให้นักเรียนรู้สึกสนุก ไม่เบื่อหน่ายต่อการเรียนและควรเลือกใช้สื่อการสอนที่น่าสนใจ ผลการพูดคุยเพิ่มเติมกับผู้ดูแลหลัก ได้ข้อมูลว่าผู้ดูแลจะนำสิ่งที่ได้จากการอบรมมาใช้โดยเริ่มจากการมีทัศนคติที่ดีและขณะสอนก็จะมีเสริมแรง ชื่นชมนักเรียนเมื่อมีความตั้งใจและสามารถทำได้ถูกต้อง ทำให้เมื่อถึงเวลาเรียนนักเรียนมีความเต็มใจที่จะเรียนไม่ได้แสดงท่าทีหรือบอกกล่าวว่าจะไม่ยอมเรียน ขณะเรียนนักเรียนตั้งใจตอบคำถามและทำแบบฝึกหัด และรู้สึกสนุกกับการใช้สื่อแบบสุ่มอ่าน การจับคู่คำ การเรียงคำ เป็นต้น ซึ่งการจัดเนื้อหาการเรียนรู้จากพื้นฐานที่เป็นจุดอ่อนของนักเรียนเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาความสามารถทางการเรียนรู้ของนักเรียนในด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณได้เพิ่มขึ้น<sup>19</sup>

ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ ในผู้ดูแลหลักวัยสูงอายุจะต้องใช้เวลาและเน้นย้ำเกี่ยวกับการใช้สื่อการสอน และปรับสื่อและแผนการสอนให้มีขนาดโตขึ้นเพื่อความชัดเจนของผู้ดูแลหลักในการนำไปใช้ส่งเสริมการเรียนรู้ของนักเรียน นอกจากนี้ในปัจจุบันมีสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่าย ดังนั้นผู้วิจัยและผู้ดูแลหลักมีข้อตกลงว่าจะงดการใช้สื่อออนไลน์เพิ่มเติมในช่วงระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัย ในโอกาสต่อไปควรศึกษาติดตามระยะยาวถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนจากสถานศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเป็นการพัฒนาการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับสถานศึกษา

### สรุป

โปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวสามารถพัฒนาผู้ดูแลให้มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลนักเรียนเพิ่มขึ้น ภายหลังจากผู้ดูแลหลักนำโปรแกรมไปใช้กับนักเรียนทำให้ความสามารถทางการเรียนรู้ของนักเรียนทั้งด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณเพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกับนักเรียนกลุ่มที่ผู้ดูแลหลักให้การดูแลตามปกติอย่างเห็นได้ชัดเจน

**ความรู้เดิม:** โปรแกรมการสอนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้เป็นบทบาทสำคัญของครูโดยการจัดการเรียนการสอนตามแผนการสอนเฉพาะรายบุคคล (individualized education program; IEP)

**ความรู้ใหม่:** โปรแกรมสนับสนุนศักยภาพผู้ดูแลหลักในการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่บ้าน ส่งผลให้นักเรียนมีความสามารถทางการเรียนรู้ที่ดีขึ้นทั้งด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณได้เป็นอย่างดี

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้:** โปรแกรมสนับสนุนศักยภาพผู้ดูแลหลักในการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่บ้านสามารถให้ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนแบบเฉพาะรายบุคคลของโรงเรียน เพื่อเพิ่มความสามารถการเรียนรู้ของนักเรียน

### เอกสารอ้างอิง

1. Gorker I, Bozatlil L, Korkmazlar U, Yucel Karadag M, Ceylan C, Sogut C, et al. The probable prevalence and sociodemographic characteristics of specific learning disorder in primary school children in Edirne. Arch Neuropsychiatry. 2017;54(4):343-9.
2. Fortes IS, Paula CS, Oliveira MC, Bordin IA, de Jesus Mari J, Rohde LA. A cross-sectional study to assess the prevalence of DSM-5 specific learning disorders in representative school samples from the second to sixth grade in Brazil. European Child & Adolescent Psychiatry. 2016;25(2):195-207. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0708-2>

3. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แผนพัฒนาการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2555-2559) [The 5-years educational development plan for people with disabilities 2012- 2016]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน; 2555.
4. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการวัดและประเมินผลการเรียนรู้สำหรับเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ [Guideline for measurement and evaluation of learning for students with special needs]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558.
5. สำนักงานสถิติ จังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ.2558. [Provincial statistical report 2015]. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร; 2561.
6. Taanila A, Ebeling H, Tiihala M, Kaakinen M, Moilanen I, Hurtig T, et al. Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms: A 16-year follow-up. J Atten Disord. 2014;18:61-72.
7. Cortiella, Candace, Horowitz, Sheldon H. The state of learning disabilities: Facts, trends and emerging issues. New York: National Center for Learning Disabilities, 2014.
8. Rimrod SL, Lipkin PH. Learning disabilities and school failure. Pediatr Rev. 2011;32:315-24.
9. วินัดดา ปิยะศิลป์. คู่มือการตรวจประเมินวินิจฉัยและแนวทางช่วยเหลือเด็กพิการ [Manual for assessment diagnosis and caring children with disabilities]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558.
10. นงนุช เพชรบุญวัฒน์. ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาพิเศษ [Knowledge of special education]. มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2555.
11. จิรดา แก้วขาว, นวลฉวี ประเสริฐสุข. การใช้สีกำหนดพยัญชนะเพื่อพัฒนาความสามารถในการอ่านคำมาตราตัวสะกดแม่คนที่ไม่ตรงตามมาตราของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ [The use of color to define consonants in order to improve the ability to read word, the spelling section that is not in accordance with the section in children with learning disabilities]. Veridian E-Journal Silapakorn University. 2558;8(3):55-70. จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/43654>
12. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. คู่มือครู ระบบการดูแลเด็กกลุ่มเด็กพิเศษที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ [Teacher handbook, students care system with LD]. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด; 2555.
13. ผดุง อารยะวิญญู, วาสนา เลิศศิลป์. การเรียนร่วม [Joint study]. กรุงเทพฯ: เจ.เอ็น.ที; 2551.
14. Sandy PT, Kgole JC, Mavundla TR. Support needs of caregivers: case study in South Africa. Int Nurs Rev. 2013;60:344-50.
15. Meral BF, Cavkaytar A. A study on social support perception of parent who have children with autism. International Journal on New Trends in Education and Their Implications. 2012;3(3):124-33. Available from: <http://www.ijonte.org/FileUpload/ks63207/File/13.meral.pdf>
16. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, จันทร์อาภา สุขทัพบก, วนิดา ชนินทุทวงศ์, อัมพร เบญจพลพิทักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ออทิสซึม ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จากการสังเกตโดยครูกับระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 [The relationship between risk of ADHD, autism, LD, cognitive impairment from observation by teachers and IQ of Thai children in grade 1]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2562;27:159-70. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/220395>

17. ประภัศสร ปรีเอี่ยม. การจัดการศึกษาเฉพาะบุคคลของนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามหาสารคาม เขต 1 [Individual education management of students with special needs, Mahasarakarm educational service area office 1]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2552.
18. House JS. Work stress and social support. CA: Addison-Wesley publishing company; 1981.
19. สมลักษณ์ กอกุลจันทร์. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน [The effects of a holistic healthcare program on the caring behaviors of caregivers of children with learning disability] [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
20. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. คู่มือหลักสูตรสำหรับเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษระยะแรกเริ่มของศูนย์การศึกษาพิเศษ [A curriculum guide for children with special needs in the initial stages of the special education center]. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ; 2558.
21. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. การเตรียมความพร้อมสำหรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ เล่มที่ 2 [Preparation for students with LD, volume 2]. กรุงเทพฯ: กลุ่มการจัดการศึกษาเรียนร่วม สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ; 2554.
22. อุดมญา พันธนิทย์, อาภาวรรณ หนูคง, จินต์ณากัส แสงงาม, กรรณิการ์ ชัยลี, กรรณิการ์ เกิดศรีพันธุ์, กิ่งกาญจน์ เกิดศรีพันธุ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และทักษะของครูอนุบาลในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย [The effect of a supportive program for development screening on knowledge and skills of kindergarten teachers in child developmental centers]. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2019;20(39):60-72.
23. Preus B. Authentic instruction for 21st century learning: Higher order thinking in an inclusive school. American Secondary Education. 2012;40(3):59-79.
24. นิศาชล ชมเชย, สุจิตพร เลอศิลป์, สรินยา ศรีเพชรารุช, สุภาพร ชินชัย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดการรับรู้ทางสายตาในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 [Effectiveness of the visual perceptual intervention program for grade 1-3 students with LD]. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 2558;48:222-30. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bulletinAMS/article/view/59849>

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การศึกษาคุณสมบัติการวัดของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

วันรับ : 27 มีนาคม 2563  
วันแก้ไข : 26 มิถุนายน 2563  
วันตอบรับ : 1 กรกฎาคม 2563

ฤทัยรัตน์ แสงนา, พ.บ.<sup>1</sup>, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, พ.บ.<sup>2</sup>  
วิชุดา จิรพรเจริญ, พ.บ.<sup>2</sup>, ชัยสิริ อังกระวานนท์, พ.บ., ปร.ด.<sup>2</sup>  
โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน<sup>1</sup>  
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) ค่าทำนายผลทดสอบเป็นบวกและลบ (positive and negative predictive value; PPV และ NPV) และพื้นที่ใต้โค้ง ROC ของเครื่องมือ 14 ข้อคำถามในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

**วิธีการ:** ศึกษาเพื่อหาคุณสมบัติการวัดของแบบทดสอบโดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และหาค่าความตรงของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม โดยคำนวณหาค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่าทำนายผลทดสอบ และพื้นที่ใต้โค้ง ROC ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น (mild cognitive impairment; MCI) โดยใช้แบบประเมิน MSET10 และ MoCA เป็นมาตรฐานตามลำดับ

**ผล:** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 305 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.9 อายุเฉลี่ย 68.1 ปี (SD = 7.2) พบค่าความไว ของเครื่องมือ 14 ข้อคำถามในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เท่ากับร้อยละ 36.4 ค่าความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 96.5 ค่า PPV และ NPV เท่ากับร้อยละ 44.4 และ 95.1 ตามลำดับ และมีค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.6 สำหรับคัดกรองภาวะ MCI พบว่าค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่า PPV และค่า NPV เท่ากับ ร้อยละ 7.6, 97.2, 83.3, 36.6 ตามลำดับ และค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.5

**สรุป:** เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม มีความไวในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระดับค่อนข้างต่ำ และมีความไวต่ำมากในการตรวจหาภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น ดังนั้นควรมีการทบทวนการนำไปใช้ในการเป็นแบบคัดกรองด่านแรกเพื่อค้นหาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

**คำสำคัญ:** แบบคัดกรอง ภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น ภาวะสมองเสื่อม

**ติดต่อผู้นิพนธ์:** กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์; e-mail: knp\_02@hotmail.com

## Original article

## Validation of a 14-item self-reporting questionnaire for the screening of dementia in the elderly

Received : 27 March 2020

Revised : 26 June 2020

Accepted : 1 July 2020

Ruetairat Sangna, M.D.<sup>1</sup>, Kanokporn Pinyopornpanish, M.D.<sup>2</sup>,Wichuda Jiraporncharoen, M.D.<sup>2</sup>, Chaisiri Angkurawaranon, M.D., Ph.D.<sup>2</sup>Banhonghospital, Lumphun province<sup>1</sup>Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University<sup>2</sup>

### Abstract

**Objectives:** To study the sensitivity, specificity, positive and negative predictive values (PPV and NPV) and the area under the ROC curve of the 14-item Thai dementia screening tool in an elderly population.

**Methods:** A psychometric properties of dementia screening test study was carried out using interview and questionnaires among elderly aged 60 years and over. The 14-item Thai dementia screening tool was assessed for its validity, including sensitivity, specificity, predictive values and AUC-ROC in detecting dementia and mild cognitive impairment (MCI). The MSET10 and the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) were used as gold standard, respectively.

**Results:** Of a total 305 participants, 62.9% were female. The average age of the sample was 68.1 years (SD = 7.2). For dementia screening, the sensitivity of the 14-item Thai dementia screening tool was 36.4%, the specificity was 96.5%, PPV and NPV were 44.4% and 95.1% respectively, and the AUC-ROC was 0.6. For MCI screening, the sensitivity, specificity, PPV, NPV of the tool were 7.6%, 97.2%, 83.3%, 36.6% respectively, and the AUC-ROC was 0.5.

**Conclusion:** The 14-item Thai dementia screening tools has only low-level sensitivity in detection of dementia and is unlikely to detect MCI. These findings indicate that the use of this test needs to be reviewed as a means of screening for dementia.

**Keywords:** dementia, mild cognitive impairment, screening

**Corresponding author:** Kanokporn Pinyopornpanish; e-mail: knp\_02@hotmail.com

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยในปัจจุบันประชากรไทยและประชากรโลกมีอายุคาดเฉลี่ยยาวนานขึ้น ส่งผลให้การพบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2012 พบว่าในกลุ่มประเทศอาเซียน ประมาณร้อยละ 6.3 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อม<sup>1</sup> ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก ทั้งด้านการสาธารณสุข เศรษฐกิจ การเมือง และสังคม อย่างไรก็ตามก่อนการเกิดโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยอาจมีความสามารถของสมองที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสามารถตรวจพบได้ในระยะเริ่มแรก คือภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น (mild cognitive impairment; MCI) ผู้ป่วยจะมีระดับการรู้คิด (cognition) ได้แก่ ความใส่ใจแบบซับซ้อน ทักษะการจัดการ การเรียนรู้ ความจำ ภาษา มิติสัมพันธ์ และการรับรู้ทางสังคม ลดลงจากระดับเดิมอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป จากข้อมูลประวัติ อาการและผลการประเมินด้วยแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยา (neuropsychological tests) โดยอาการเหล่านี้ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน<sup>2</sup> การศึกษาด้านการพยากรณ์โรคที่ติดตามผู้ป่วยภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น พบว่าร้อยละ 41.5 มีอาการดีขึ้นเป็นปกติเมื่อเวลาผ่านไป 1.5-3 ปี ร้อยละ 21.3 มีอาการขึ้นๆ ลงๆ (fluctuating course) ร้อยละ 14.8 มีอาการคงที่ และ ร้อยละ 22.4 กลายเป็นโรคสมองเสื่อม<sup>3</sup> การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มที่เป็นโรคสมองเสื่อมและในกลุ่มที่มีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยในผู้ที่มีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นนั้น แม้จะยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ แต่การจัดการกิจกรรมกระตุ้นความสามารถสมองในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้จะช่วยป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมที่ตามมาได้<sup>4</sup> ปัจจุบันมีแบบคัดกรองจำนวนมากที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมหรือการค้นหาความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง ทั้งแบบคัดกรองเบื้องต้นที่ให้โดยผู้สูงอายุประเมินตนเอง เช่น เครื่องมือ 14 ข้อคำถามที่พัฒนาโดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์<sup>1</sup> และแบบประเมินที่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ในการประเมิน เช่น แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ<sup>5</sup> และแบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย ซึ่งใช้คัดกรองภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น<sup>6</sup> ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่มีความซับซ้อนในการใช้งานมากขึ้น

ประเทศไทยมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจร ซึ่งได้นำแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง คือเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม เพื่อเป็นหนึ่งในทางเลือกของการคัดกรองด้านแรกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนจะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการประเมินโดยใช้แบบประเมิน MMSE เพื่อหาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมิน MoCA ในการหาผู้ป่วยที่มีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ปรากฏว่ามีรายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพของเครื่องมือ 14 ข้อคำถามมาก่อนหน้านี้

ผู้วิจัยจึงสนใจทดสอบคุณสมบัติการวัดของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม ที่มุ่งเน้นการประเมินตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยศึกษาค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าทำนายผลทดสอบเป็นบวก (positive predictive value) ค่าทำนายผลทดสอบเป็นลบ (negative predictive value) และพื้นที่ใต้โค้ง ROC (AUC-ROC) ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาประสิทธิภาพในการคัดกรองของแบบสอบถามนี้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแผนการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กลไกการวินิจฉัยโรคที่มีประสิทธิภาพ

## วิธีการ

รูปแบบวิจัยเป็นการศึกษาเพื่อหาคุณสมบัติการวัดของแบบทดสอบ โดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในหมู่ที่ 2 เขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน เกณฑ์คัดออกคือ มีประวัติภาวะซึมเศร้า ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ระหว่างการรักษา ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

หรือไม่สามารถสื่อสารได้ ทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนแบบประเมินความบกพร่องในด้านสติปัญญาที่ใช้ประเมิน ภาวะสมองเสื่อม และภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นประเมินโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง มกราคม 2563 ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าร่วมการศึกษาได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นภายในวันเดียว

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับ diagnostic test<sup>8</sup> โดยอ้างอิงค่าความชุกของภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นในประเทศไทยเท่ากับ 0.2<sup>7</sup> และค่าความไวของแบบประเมิน MoCA เท่ากับ 0.96 โดยเครื่องมือ 14 ข้อคำถามนี้ ควรมีค่าความไวที่สูงกว่าค่าการณไวที่ 0.99 (acceptable lower limit 0.9) จากตารางคำนวณ<sup>8</sup> ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ 61 ราย เมื่อใช้สูตร  $N_{control} = N_{case} [1 - Prev/Prev]$  จะคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้นอย่างน้อย 305 ราย ผู้วิจัยเชิญชวนผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ตามลำดับรายชื่อของผู้สูงอายุของหมู่บ้านจนครบตามจำนวนดังกล่าว จากจำนวนผู้สูงอายุในหมู่บ้านทั้งสิ้น 398 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ ใช้สัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 แบบคือ มี และไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูง แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไวร้อยละ 96.5

และมีค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 44.6 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) มีค่าเท่ากับ 1.7 เท่า แต่ถ้าใช้ทั้งสองข้อจะเพิ่มความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 85.1 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ 4.8 เท่า<sup>6</sup>

3. เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุประเมินด้วยตนเอง (self-report questionnaire) พัฒนาโดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ เช่น หาของใช้ในบ้านไม่พบบ่อยแค่ไหน ลืมสิ่งของที่ตั้งใจว่าจะเอาออกไปนอกบ้านด้วยบ่อยแค่ไหน จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆ ไม่ได้บ่อยแค่ไหน ฯลฯ โดยในแต่ละข้อให้คะแนนตามความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน (เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย) จนถึง 4 คะแนน (เกิดขึ้นเกือบทุกวัน) มีคะแนนเต็มเท่ากับ 56 คะแนน โดยคะแนนที่สูงถือว่ามีความเสี่ยงที่จะมีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น

4. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mental State Examination T10; MSET10) ซึ่งเป็นหนึ่งในแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการแนะนำโดยสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561<sup>9</sup> พัฒนามาจากแบบประเมิน MMSE-Thai 2002 ด้วยข้อจำกัดด้านลิขสิทธิ์และเพื่อลดผลกระทบจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน คะแนนเต็มเท่ากับ 29 คะแนน โดยมีจุดตัดการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามระดับการศึกษาของผู้รับการประเมิน ได้แก่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน (ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่าน/เขียนไม่ได้) 17 คะแนน (ชั้นประถมศึกษา) และ 22 คะแนน (สูงกว่าชั้นประถมศึกษา) จากการศึกษาพบว่า ค่าความไวและความจำเพาะของแบบประเมิน MSET10 เท่ากับร้อยละ 100.0 และ 98.4-99.4 ตามลำดับ ซึ่งไม่ได้ลดลงไปจากแบบประเมิน MMSE แต่กลับพบว่าสูงขึ้นในกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือกลุ่มที่อ่านเขียนไม่ได้

5. แบบประเมินภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น (MCI) ด้วย MoCA ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Ziad S. Nasreddine และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดยโสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์ ประเมินโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับ

การอบรม ใช้คัดกรองภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น โดยมีจุดตัดในการตรวจคัดกรองโรคที่ค่าคะแนนต่ำกว่า 25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 90.0 และค่าจำเพาะร้อยละ 87.0<sup>6</sup>

วิเคราะห์ข้อมูลเพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ในรูปแบบจำนวนและร้อยละ ส่วนอายุนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความตรงของเครื่องมือ 14 ข้อคำถามโดยคำนวณหา ค่าความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายผลทดสอบเป็นบวก ค่าทำนายผลทดสอบเป็นลบ และพื้นที่ใต้โค้ง ROC วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน MSET10 และภาวะ MCI ด้วยเครื่องมือ MoCA วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 15.1

## ผล

ผู้สูงอายุเข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมด 305 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.1 ปี (SD = 7.2) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.9) จบการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 57.7) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 24.6) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.3) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ความซุกของผู้สูงอายุที่ผลเป็นบวกจากเครื่องมือ 14 ข้อคำถามเท่ากับร้อยละ 28.9 ความซุกของโรคสมองเสื่อมจากแบบประเมิน MSET10 เท่ากับร้อยละ 7.2 และความซุกของภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นเท่ากับร้อยละ 64.6

เมื่อเปรียบเทียบเครื่องมือ 14 ข้อคำถามกับแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MEST10 พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 36.4; ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 96.5; ค่าทำนายผลทดสอบเป็นบวก (PPV) เท่ากับร้อยละ 44.4 และค่าทำนายผลทดสอบเป็นลบ (NPV) เท่ากับร้อยละ 95.1 และเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น MoCA ผลพบว่า ค่า sensitivity เท่ากับร้อยละ 7.6; specificity เท่ากับร้อยละ 97.2; ค่า PPV เท่ากับร้อยละ 83.3 และ NPV เท่ากับร้อยละ

36.6 ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการศึกษาค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC ของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม พบว่าในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบว่าค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.6 (ภาพที่ 1) และในการคัดกรองภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น (MCI) พบว่าค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.5 (ภาพที่ 2) ซึ่งการแปลผลของพื้นที่ใต้โค้ง ROC นั้น ยังมีค่ามาก (สูงสุดอยู่ที่ 1.0) แสดงถึงประสิทธิภาพที่สูงในการตรวจวินิจฉัยของแบบประเมิน และค่า 0.5 อาจแสดงถึงการทดสอบนั้นไม่มีประโยชน์ ทั้งนี้ระดับที่มากกว่า 0.7 ถือว่าแบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงที่พอรับได้<sup>10</sup>

รายละเอียดของการหาค่าจุดตัดของคะแนน (cut-off point) ของเครื่องมือ 14 ข้อคำถามในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะ MCI แสดงในตารางที่ 3

## วิจารณ์

การศึกษาเพื่อหาความแม่นยำของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม พบว่าที่จุดตัดเท่ากับ 30 คะแนนมีความไวในการตรวจหาภาวะสมองเสื่อมในระดับค่อนข้างต่ำ (sensitivity = 36.4%, ROC = 0.6) และมีความไวต่ำมากในการตรวจหาภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น (sensitivity = 7.6%, ROC = 0.5) ซึ่งโดยทั่วไปเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะหรือโรคนั้น ควรมีความไวที่สูง เพื่อให้สามารถนำผู้ที่มีโอกาสเป็นโรคเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยให้ได้มากที่สุด ดังนั้นหากเครื่องมือที่มีความไวต่ำ จะส่งผลเสียต่อบุคคลที่มีผลเป็นลบลงซึ่งจะมีปริมาณมากขึ้น ทำให้พลาดโอกาสการเข้ารับการวินิจฉัยและรักษาต่อไปได้<sup>11</sup>

เครื่องมือ 14 ข้อคำถามนี้ เป็นแบบสอบถามที่ข้อคำถามมุ่งเน้นการหาความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความผิดปกติของการทำงานของสมองเกี่ยวกับด้านารรู้คิด (subjective cognitive complaint; SCC) ดังตัวอย่างคำถาม เช่น *คุณหาของใช้ในบ้านไม่พบบ่อยแค่ไหน คุณลืมสิ่งของที่ ตั้งใจว่าจะเอาออกไปนอกบ้านด้วยบ่อยแค่ไหน* การศึกษานี้พบว่าแบบสอบถาม 14 ข้อนี้มีความสามารถของตรวจหาภาวะสมองเสื่อมและ MCI ค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษา



## ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 305)

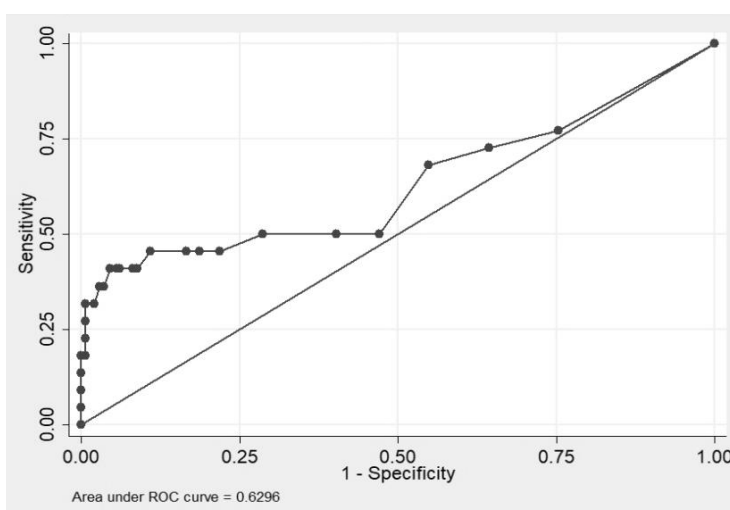
ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศหญิง	192	62.9
อายุ (Mean $\pm$ SD); ปี	68.1 $\pm$ 7.2	
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	25	8.2
สมรส	207	67.9
หย่าร้าง	5	1.6
หม้าย	68	22.3
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	7	2.3
ประถม	176	57.7
มัธยมต้น	41	13.4
มัธยมปลาย	35	11.5
อนุปริญญา	6	2.0
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	40	13.1
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	72	23.6
ค้าขาย	26	8.5
รับจ้าง	75	24.6
เกษตรกร	63	20.7
รับราชการ	69	22.6
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	118	38.7
ความดันโลหิตสูง	131	43.0
เบาหวาน	43	14.0
ไขมันในเลือดสูง	30	9.9
โรคหัวใจ	29	9.5
โรคหลอดเลือดสมอง	9	2.9
อื่นๆ	11	3.6

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแม่นยำ (validity test) ของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม เมื่อเทียบกับแบบประเมินมาตรฐานที่จุดตัด 30 คะแนน (N=305)

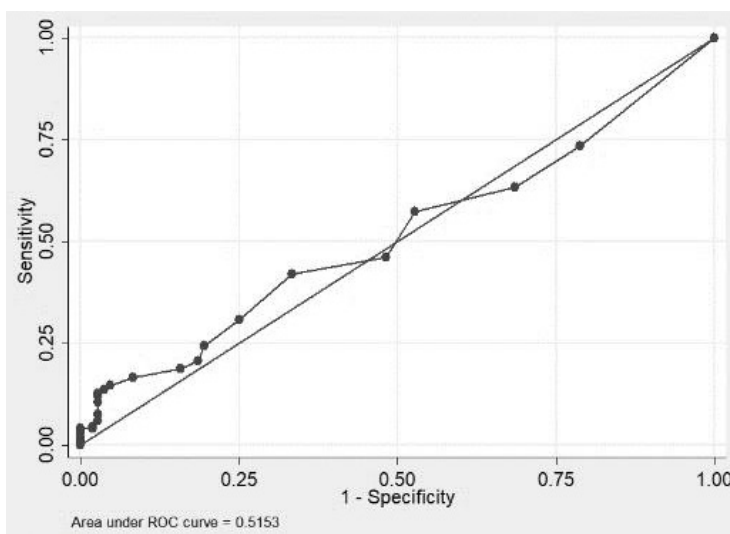
แบบประเมินมาตรฐาน	sensitivity (%)	specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)	true positive	false positive	true negative	false negative	AUC ROC
MSET10	36.4	96.5	44.4	95.1	8	10	273	14	0.6
MoCA	7.6	97.2	83.3	36.6	15	3	105	182	0.5

\*MSET10 เป็นแบบประเมินมาตรฐานสำหรับประเมินภาวะสมองเสื่อม และ MoCA เป็นแบบประเมินมาตรฐานสำหรับภาวะ MCI;

PPV = positive predictive value; NPV = negative predictive value; AUC-ROC = area under the ROC curve



ภาพที่ 1 พื้นที่ใต้โค้ง ROC ของเครื่องมือ 14 ข้อคำถามในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของแบบประเมิน MSET10



ภาพที่ 2 พื้นที่ใต้โค้ง ROC ของเครื่องมือ 14 ข้อคำถามในการคัดกรองภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น (MCI) ตามเกณฑ์ของแบบประเมิน MoCA

**ตารางที่ 3** cut-off point ต่างๆ ของเครื่องมือ 14 ข้อคำถามในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น

cut point	ภาวะสมองเสื่อม (MSET10)					ภาวะ MCI (MoCA)				
	sensitivity (%)	specificity (%)	correctly classified	LR+	LR-	sensitivity (%)	specificity (%)	correctly classified	LR+	LR-
(>= 14)	100.0	0.0	7.2	1.00		100.0	0.0	64.6	1.00	
(>= 15)	77.3	24.7	28.5	1.03	0.92	73.6	21.3	55.1	0.94	1.24
(>= 16)	72.7	35.3	38.0	1.12	0.77	63.5	31.5	52.1	0.93	1.16
(>= 17)	68.2	45.2	46.9	1.24	0.70	57.4	47.2	53.8	1.09	0.90
(>= 18)	50.0	53.4	53.1	1.07	0.94	46.2	51.9	48.2	0.96	1.04
(>= 19)	50.0	61.8	61.0	1.31	0.81	42.1	66.7	50.8	1.26	0.87
(>= 20)	50.0	72.8	71.2	1.84	0.69	31.0	75.0	46.6	1.24	0.92
(>= 21)	45.5	79.2	76.7	2.18	0.69	24.4	80.6	44.3	1.25	0.94
(>= 22)	45.5	82.0	79.3	2.52	0.67	20.8	81.5	42.3	1.12	0.97
(>= 23)	45.5	84.5	81.6	2.92	0.65	18.8	84.3	42.0	1.19	0.96
(>= 24)	45.5	88.7	85.6	4.02	0.62	16.8	91.7	43.3	2.01	0.91
(>= 25)	40.9	91.2	87.5	4.63	0.65	14.7	95.4	43.3	3.18	0.89
(>= 26)	40.9	92.2	88.5	5.26	0.64	13.7	96.3	43.0	3.70	0.90
(>= 27)	40.9	93.3	89.5	6.09	0.63	12.7	97.2	42.6	4.57	0.90
(>= 28)	40.9	93.6	89.8	6.43	0.63	12.2	97.2	42.3	4.39	0.90
(>= 29)	40.9	94.7	90.8	7.72	0.62	10.7	97.2	41.3	3.84	0.92
(>= 32)	36.4	96.5	92.1	10.29	0.66	7.6	97.2	39.3	2.74	0.95
(>= 33)	31.8	97.2	92.5	11.26	0.70	6.1	97.2	38.4	2.19	0.97
(>= 34)	31.8	98.6	93.8	22.51	0.69	4.6	98.2	37.7	2.47	0.97
(>= 36)	27.3	98.6	93.4	19.30	0.74	4.1	98.2	37.4	2.19	0.98
(>= 37)	27.3	99.3	94.1	38.59	0.73	4.1	100.0	38.0		0.96
(>= 40)	22.7	99.3	93.8	32.16	0.78	3.6	100.0	37.7		0.96
(>= 42)	22.7	99.7	94.1	64.32	0.78	3.1	100.0	37.4		0.97
(>= 44)	18.2	100.0	94.1		0.82	2.0	100.0	36.7		0.98
(>= 46)	13.6	100.0	93.8		0.86	1.5	100.0	36.4		0.98
(>= 47)	9.1	100.0	93.4		0.91	1.0	100.0	36.1		0.99
(>= 53)	4.6	100.0	93.1		0.95	0.5	100.0	35.7		0.99
(> 53)	0.0	100.0	92.8		1.00	0.0	100.0	35.4		1.00

LR+ = positive likelihood ratio, LR- = negative likelihood ratio

ในผู้สูงอายุที่ประเทศสาธารณรัฐเช็ก ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุปกติ ผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืม และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น โดยให้ผู้สูงอายุทำแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินปัญหาด้านการรู้คิดของตนเอง (the Questionnaire of Cognitive Complaints; QPC) พบว่า ทั้งสามกลุ่มมีคะแนน QPC ไม่ต่างกัน<sup>12</sup> และผลการศึกษาในประเทศอังกฤษที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีข้อกังวลกับ SCC กลับไม่มีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น แต่ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีข้อกังวลเรื่อง SCC มีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น<sup>13</sup>

ทั้งนี้คำอธิบายหลักนั้นอาจเป็นไปได้ว่า การมีภาวะสมองเสื่อมและภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นนั้น ไม่ได้สัมพันธ์กับ SCC หรือการรับรู้ถึงความผิดปกติของการทำงานของสมองในด้านความรู้คิดของผู้สูงอายุ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 78.4 ของประชากรสูงอายุมีความสนใจและตระหนักถึงปัญหาด้านความจำของตนเอง และเมื่อทดสอบว่าตนเองมีปัญหภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ กลับพบว่าในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 10.2 ที่มีผลคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเป็นบวก<sup>14</sup> โดยที่งานวิจัยหลายแห่งพบว่าปัจจัยหลายอย่างมีผลต่อ SCC ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความมั่นคงในอารมณ์ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประเทศสวีเดน พบว่านอกจากความสามารถของสมองในด้านการรู้คิดแล้ว อาการซึมเศร้า ภาวะเครียดเรื้อรัง และปัญหาการนอน มีความสัมพันธ์กับ SCC ได้เช่นกัน<sup>15</sup>

อย่างไรก็ตาม แบบคัดกรองที่คัดกรอง SCC นี้ อาจมีประโยชน์ในแง่ของการคาดการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองมีปัญหเกี่ยวกับการรับรู้เรียนรู้ที่ลดลง มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 17.7<sup>16</sup> แต่ทั้งนี้อาจจำเป็นต้องมีการศึกษาระยะยาวที่ติดตามผู้ป่วยต่อไปว่าจะมีการเกิดภาวะสมองเสื่อมในระยะยาวสอดคล้องกับการคัดกรองนี้หรือไม่ ดังนั้น การติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้าเพื่อให้ทราบแนวโน้มของผู้สูงอายุเหล่านี้ว่ามีโอกาสพัฒนาเป็น

ภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น หรือภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นเพียงใดจะมีประโยชน์ต่อการประเมินความสามารถของเครื่องมือในการใช้เพื่อคาดการณ์การดำเนินโรคของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงต่อไป

ทั้งนี้ในส่วนของการใช้เครื่องมือ 14 ข้อคำถามนี้เพื่อค้นหาภาวะสมองเสื่อม ปัจจุบันได้ใช้จุดตัดที่ 30 คะแนนโดยอ้างอิงเกณฑ์มาจากแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจรโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช-ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ที่ระบุว่าในกลุ่มนี้ควรได้รับการส่งประเมินต่อไป<sup>1</sup> แบบประเมินนี้จะมีควมไวในการคัดกรองมากขึ้นหากมีการปรับลดจุดตัดของคะแนนการวินิจฉัยโดยจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการคัดกรอง หากต้องการคัดกรองเป็นด่านแรก การใช้จุดตัดที่ต่ำเพื่อเพิ่มโอกาสคัดผู้ป่วยเข้าสู่กลไกการวินิจฉัยและรักษา เช่นที่ 16 คะแนนขึ้นไปก็จะทำให้ค่าความไวเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 70.0 ได้ อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าค่าความจำเพาะก็จะลดลงไปอย่างมาก เหลือเพียงร้อยละ 35.3 ในขณะที่หากต้องการใช้เป็นแบบคัดกรองเพื่อให้นำผู้ที่เหมาะสมเข้าสู่กลไกการรักษาก็ควรจะคำนึงถึงค่าความจำเพาะมากขึ้น ดังนั้นอาจกำหนดที่ 24 คะแนนขึ้นไป ซึ่งค่าความจำเพาะยังอยู่ใกล้เคียงกับร้อยละ 90.0 แต่ค่าความไวจะเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 45.5 เป็นต้น และนอกจากประเด็นการปรับเปลี่ยนจุดตัดแล้ว อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนให้ผู้ที่ทำแบบประเมินนั้น เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลแทนมิใช่ประเมินเฉพาะจากตัวผู้ป่วยเอง น่าจะมีส่วนช่วยเพิ่มโอกาสในการวินิจฉัยที่แม่นยำมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง self-reported cognitive complaint กับการตรวจพบความผิดปกติจริงจากแบบทดสอบยังมีความไม่ชัดเจน ในขณะที่พบว่าผู้ที่อยู่อาศัยกับผู้ป่วยให้ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางด้านสติปัญญาของผู้ป่วยได้มากกว่า<sup>17,18</sup> และรวมถึงคาดการณ์ความผิดปกติในอนาคตได้มากกว่าเช่นกัน<sup>19</sup> ซึ่งในประเทศไทยก็เคยมีการศึกษาในเรื่องนี้โดยใช้แบบทดสอบ Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)<sup>20</sup> พบว่ามีความไวและความจำเพาะ

ของแบบทดสอบที่ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้ต่อไป

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมดได้รับการประเมินในวันเดียวกันและภายในช่วงเวลาที่ไม่ห่างกัน คะแนนจากแบบประเมินจึงไม่ถูกรบกวนจากช่วงเวลาการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้คิดได้ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุต้องทำแบบประเมินถึง 3 ชุดด้วยกัน จึงอาจมีความเหนื่อยล้า หรือขาดสมาธิขณะทำแบบประเมิน ซึ่งอาจมีผลต่อคะแนนการทดสอบที่ทำชุดหลังๆ ได้ นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถเดินทางมายังสถานที่ทำการคัดกรองได้ ดังนั้นอาจทำให้ไม่ได้รับข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถเดินทางมาได้ และผลการศึกษาก็อาจไม่สามารถใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับสูงได้เช่นกัน

## สรุป

แบบทดสอบที่จะนำมาเป็นเครื่องมือมาใช้คัดกรองเป็นด่านแรกสำหรับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม มีความสำคัญต่อการส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจความผิดปกติเพิ่มเติม จึงจำเป็นต้องเป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำที่ดี มีความไวสูง แต่เครื่องมือ 14 ข้อคำถามนี้มีข้อจำกัดเรื่องความไว ควรได้รับการทบทวนและศึกษาเพิ่มเติมถึงการนำไปใช้อีกครั้ง แม้จะเป็นเครื่องมือที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว โดยเฉลี่ยจากการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้พบว่าเวลาเฉลี่ยในการทำแบบประเมินนี้อยู่ที่ประมาณ 3-5 นาที และเมื่อเทียบกับแบบประเมินมาตรฐาน ที่ใช้เวลาใน MSET10 ประมาณ 10-15 นาที และ MoCA ประมาณ 10-20 นาที ซึ่งเป็นเวลานานกว่า และมีประเด็นปัญหาเรื่องความรู้ความชำนาญของผู้ทำแบบทดสอบด้วย หากสามารถพัฒนาเครื่องมือที่นำมาปิดข้อจำกัดนี้ได้ในอนาคต น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อไป

**ความรู้เดิม:** แนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจรในปัจจุบัน ใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม โดยผู้ป่วยเองหรืออสม. เป็นทางเลือกการคัดกรองด่านแรกเพื่อค้นหาผู้ป่วยสมองเสื่อม

**ความรู้ใหม่:** เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม มีความไวต่ำในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระดับต้น

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้:** การใช้เครื่องมือ 14 ข้อคำถามเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมควรทำด้วยความระมัดระวัง อาจต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนจุดตัดให้เหมาะสมมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร [Practice guidelines of comprehensive care management for older person with dementia]. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2562.
2. Senanarong V, Harmphadungkit K, Pongvarin N, Vannasaeng S, Chongwisal S, Chakorn T, et al. The dementia and disability project in Thai elderly: rational, design, methodology and early results. BMC Neurology. 2013;13:1-11. doi:10.1186/1471-2377-13-3.
3. Kaduszhiewicz H, Eisele M, Proken J, Luppá M, Luck T, Bickel H, et al. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: result of the German Age CoDE study. Ann Fam Med. 2014;12:158-65. doi:10.1370/afm.1596.
4. Buschert VC, Giegling I, Teipel SJ, Jolk S, Hampel H, Rujescu D, et al. Long-term observation of a multicomponent cognitive intervention in mild cognitive impairment. J Clin Psychiatry. 2012;73:1492-8. doi:10.4088/JCP.11m07270.

5. วันดี โภคะกุล, จิตนภา วาณิชวโรตน์. การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข [Dementia patient care for health personnel]. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2551.
6. Hemrungronj S. Montreal cognitive assessment (MoCA) Thai version [Internet]. 2011 [cited 2019 Aug 19]. Available from: [https://www.mocatest.org/pdf\\_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf](https://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf)
7. Senanarong V, Harnphadungkit K, Pongvarin N, Chongwisal S, Chakorn T, Jamjumrus P, et al. The dementia and disability project in Thai elderly: rational, design, methodology and early results. *BMC Neurology*. 2013;13(1):3-13. doi:10.1186/1471-2377-13-3.
8. Flahault A, Cadilhac M, Thomas G. Sample size calculation should be performed for design accuracy in diagnostic test studies. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2005;58:859-62. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.12.009.
9. ประเสริฐ บุญเกิด. เรื่องน่าสนใจ ... เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม [Interesting ... about dementia]. จดหมายข่าวสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ก.พ. 2562]. จาก: [https://thaidementia.com/news/assets/files/DAT\\_news\\_letter\\_10.pdf](https://thaidementia.com/news/assets/files/DAT_news_letter_10.pdf)
10. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*, 2nd Ed. Chapter 5, John Wiley and Sons, New York: John Wiley & Sons, Inc; c2000.
11. Trevethan R. Sensitivity, specificity, and predictive values: foundations, pliabilitys, and pitfalls in research and practice. *Front Public Health*. 2017;5:307. doi:10.3389/fpubh.2017.00307.
12. Markova H, Nikolai T, Mazancova AF, Cechova K, Sheardova K, Georgi H, et al. Differences in subjective cognitive complaints between non-demented older adults from a memory clinic and the community. *J Alzheimers Dis*. 2019;70:61-73. doi:10.3233/JAD-180630.
13. Mitchell AJ. Is it time to separate subjective cognitive complaints from the diagnosis of mild cognitive impairment? *Age Ageing*. 2008;37(5):497-9. doi:10.1093/ageing/afn147.
14. Harrawood A, Fowler NR, Perkins AJ, LaMantia MA, Boustani MZ. Acceptability and results of dementia screening among older adults in the United States. *Curr Alzheimer Res*. 2018;15:51-5. doi:10.2174/1567205014666170908100905.
15. Stenfors CU, Marklund P, Magnusson Hanson LL, Theorell T, Nilsson LG. Subjective cognitive complaints and the role of executive cognitive functioning in the working population: a case-control study. *PLoS One*. 2013;8(12):e83351. doi:10.1371/journal.pone.0083351.
16. Slot RER, Sikkes SAM, Berkhof J, Brodaty H, Buckley R, Cavado E, et al. Subjective cognitive decline and rates of incident Alzheimer's disease and non-Alzheimer's disease dementia. *Alzheimers Dement*. 2019;3:465-76. doi:10.1016/j.jalz.2018.10.003.
17. Ryu SY, Kim A, Kim S, Park KW, Park KH, Youn YC, et al. Self-and informant-reported cognitive functioning and awareness in subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, and very mild Alzheimer disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35(1):91-8. doi:10.1002/gps.5224.
18. Almeida ML, Dalpubel D, Ribeiro EB, Oliveira ESB, Ansai JH, Vale FAC. Subjective cognitive impairment, cognitive disorders and self-perceived health the importance of the informant. *Dement Neuropsychol*. 2019;13:335-42. doi:10.1590/1980-57642018dn13-030011.
19. Slavin MJ, Sachdev PS, Kochan NA, Woolf C, Crawford JD, Giskes K, et al. Predicting cognitive, functional, and diagnostic change over 4 years using baseline subjective cognitive complaints in the Sydney Memory and Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23:906-14. doi:10.1016/j.jagp.2014.09.001.

20. Senanarong V, Assavisaraporn S, Sivasiriyononds N, Printarakul T, Jamjumrus P, Udompunthuruk S, et al. The IQCODE: an alternative screening test for dementia for low educated Thai elderly. *J Med Assoc Thai.* 2001;84:648-55.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ร่วมกับการใช้เบาะรถยนต์ของผู้ป่วยจิตเภท

วันรับ : 1 กันยายน 2562  
วันแก้ไข : 22 กรกฎาคม 2563  
วันตอบรับ : 27 กรกฎาคม 2563

จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, พย.ม., ภัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง, พย.ม.,  
สุนละมัย ทาคำใจ, พย.บ.  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบาะรถยนต์ต่อทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท

**วิธีการ:** เป็นการวิจัยแบบทดลองในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะคงสภาพการรักษา โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดการจัดการกับอาการหูแว่ว กลุ่มละ 24 คน ดำเนินการในระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2560 ใช้เครื่องมือแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฉบับสั้น 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.84 ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และหลังติดตามผล 1 เดือน ใช้สถิติวิเคราะห์ independent-samples t-test และ paired-samples t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ผล:** ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (17.04, 17.08 คะแนน) ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (18.83, 17.46 คะแนน) ส่วนในกลุ่มทดลองเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (17.04, 18.83 คะแนน) และหลังติดตามผล 1 เดือน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (17.04, 18.83 คะแนน) เช่นกัน

**สรุป:** การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบาะรถยนต์ สามารถทำให้ทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการฝึกทักษะด้านสังคมและสื่อสารอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การฝึกทักษะด้านสังคมและสื่อสาร ผู้ป่วยจิตเภท

**ติดต่อผู้นิพนธ์:** จิตรัตน์ พิมพ์ดีด; e-mail: jengy2553@hotmail.com



## Original article

# The effects of social and communication skills training with the token economy in schizophrenic patients

Received : 1 September 2019

Revised : 22 July 2020

Accepted : 27 July 2020

Chidarat Pimdeed, M.N.S., Nuttaporn Baouraeng, M.N.S.,

Sunlamai Takumjai, B.N.S.

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

## Abstract

**Objective:** To study the effects of social and communication skills training with the token economy in schizophrenic patients.

**Methods:** This is a randomized controlled trial study, comparing two groups of schizophrenic patients in maintenance phase with the experimental group receiving social and communication skills training and the control group receiving hallucination management as usual care. The study was conducted between July - November 2017. The instrument used to collect data was the 5-items psychiatric patient's rehabilitation screening test-social and communication skills part. The data was collected at the beginning, 1 week after training, and at 1-month follow up. The reliability of psychiatric patient's rehabilitation screening from the Cronbach's alpha coefficient was 0.84. Data were analyzed using independent-samples t-test and paired-samples t-test with the p-value at the .05.

**Results:** There were no difference in the average pre-treatment measurements between these two group, 17.04 and 17.08 respectively. The average score of post-treatment measurements of the experimental group was significantly different from the control group (18.83 and 17.46) respectively. There is also a was significant difference between pre and post training score in the experiment group, that persisted at one month follow up.

**Conclusion:** The social and communication skills training is able to improve on social and communication skills of schizophrenic patients. This may be expanded in other setting to help prepare people with schizophrenia in their rehabilitation to improve social and communication skills.

**Keywords:** schizophrenic patients, social and communication skills training

**Corresponding author:** Chidarat Pimdeed; e-mail: jengy2553@hotmail.com

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น และยังมีผลถึงอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว<sup>1</sup> ส่วนใหญ่พบในวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยอาการมักเริ่มก่อนอายุ 25 ปี เป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยอาจมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น<sup>2-4</sup> ผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องและความเสื่อมในด้านต่างๆ เช่น การเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน การสูญเสียความสามารถ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นบกพร่องทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน และการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม<sup>5</sup> ในช่วงที่มีอาการกำเริบแต่ละครั้งยิ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ เสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย โดยจะเสื่อมลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่มีอาการกำเริบ<sup>4</sup> ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่เหมาะสม โดยเฉพาะการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่ในชุมชนโดยอาศัยแนวคิดทางพฤติกรรมบำบัด ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์<sup>4</sup> ร่วมกับแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีพุทธิปัญญา โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงมีการฝึกพฤติกรรมโดยใช้วิธีคือ การสาธิตทักษะทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ และมีการฝึกทักษะเฉพาะโดยการมอบการบ้านให้ทำ<sup>4,6</sup>

หลักฐานวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ทักษะทางสังคมและมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมคือ รู้จักทักทาย ยกมือไหว้ สามารถบอกความต้องการได้ พูดคุยด้วยคำพูดที่สุภาพ รู้จักกล่าวคำขอโทษ และขอบคุณ มีทักษะการดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น<sup>6,7</sup> จากการศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการให้ยารักษาโรคจิต พบอัตราการกำเริบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยารักษาโรคจิตอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 30.0 และร้อยละ 46.0 ตามลำดับ)<sup>8</sup> กล่าวได้ว่าการฝึกทักษะทางสังคมมีประโยชน์ทางคลินิกคือ อาการทางจิตลดลง<sup>9</sup> ลดอาการด้านลบ<sup>10</sup> และอัตราการกำเริบต่ำ ส่วนในด้านความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนรู้ยังคงอยู่ 21 เดือน แต่ยังไม่ถึง 24 เดือน<sup>8</sup> ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการกระตุ้นในทักษะต่างๆ ที่เรียนรู้เป็นระยะ มีการฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จะมีผลต่อการเพิ่มความสามารถทักษะทางสังคม<sup>5</sup> รวมทั้งฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ ควรทำการกระตุ้นเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงสภาพการรักษา<sup>8</sup>

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารขึ้น และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมนี้ โดยศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทชายมีอาการด้านลบ และความสัมพันธ์ด้านพุทธิปัญญามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง<sup>4,11,12</sup> ดำเนินการทดลองฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 3 ครั้ง 3 สัปดาห์ ส่วนสัปดาห์ที่ 4 ทบทวนกิจกรรมทั้งหมด และใช้แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฉบับยาว 19 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการฝึกโปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบว่าแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวจำกัดเฉพาะผู้ป่วยชายและผู้ป่วยจะต้องอยู่โรงพยาบาลนานมากกว่าหนึ่งเดือนเนื่องจากมีช่วงระยะเวลารักษาก่อนที่อาการทางจิตจะสงบ<sup>7</sup>

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาวิจัยผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบี้ยอรรถกรต่อทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทั้งเพศหญิงและเพศชาย และปรับกิจกรรมตามบริบทของโรงพยาบาลเป็นสามครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้เหมาะกับระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลที่สั้นลง และบุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดกิจกรรมตรงตามปัญหาให้กับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลจิตเวช และบุคลากรสามารถนำไปใช้ฝึกผู้ป่วยในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

## วิธีการ

ใช้ระเบียบวิจัยทดลอง (experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รหัสโครงการ 002/2560 วันที่รับรอง 24 กรกฎาคม 2560 ถึง 24 กรกฎาคม 2561

ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ในช่วงมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2560 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 15-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 รับการรักษาทางยาในระยะคงสภาพการรักษา และยินดีเข้าร่วมการศึกษา 2) ผลการประเมิน Thai HoNOS ทุกข้อมีค่า  $\leq 2$  หมายถึง อาการทางจิตทุเลา 3) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารตั้งแต่ระดับ 2 (0.51-1.50) ถึงระดับ 5 (3.51-4.00) และ 4) ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มี ความบกพร่องทางสติปัญญา เกณฑ์ในการคัดออกคือ มีอาการกำเริบ ไม่รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล หรือมีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ หรือ

มีประวัติเป็นโรคทางสมอง อาสาสมัครสามารถขอลงตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม n4studies โดยกำหนดค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 40.40 และ 11.93 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 52.33 และ 11.88 ตามลำดับ อ้างอิงจากการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมต่อการลดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง<sup>10</sup> ส่วนการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่า  $\alpha = 0.05$  และ  $\beta = 0.20$  จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมดังกล่าว ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 16 คนต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 32 คน เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนดอย่างน้อยร้อยละ 40.0 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 50 คน (44.8) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากเป็นคู่ๆ แยกเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยหญิงและกลุ่มผู้ป่วยชาย โดยจับคู่ให้ระหว่างกลุ่มมีอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชใกล้เคียงกัน ( $\pm$  ไม่เกิน 5 ปี) และมีคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในระดับเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน จนครบ 25 คู่ แต่ในระหว่างการวิจัยมีผู้เข้าเกณฑ์ยุติโครงการสองคน (กลุ่มทดลอง 1 คน มีอาการทางจิตกำเริบ และกลุ่มควบคุม 1 คน ปฏิเสธการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด) จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน รวมเป็น 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. โปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร โดยมีอุปกรณ์ประกอบ ได้แก่ วิดิทัศน์เรื่องการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร บัตรคำ และแถบเสียง โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมครั้งที่ 1 มี 5 ทักษะ ประกอบด้วย การทักทาย การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดคุยกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) การสบตาขณะพูดคุย การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง และการกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 มี 5 ทักษะ ประกอบด้วย การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่องและการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 ทบทวนการฝึกทักษะฯ ทั้ง 10 ทักษะ โดยมีผู้นำกลุ่มช่วยปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่ถูกต้อง และสมาชิกทุกคนช่วยให้ข้อเสนอแนะ พร้อมให้คำชมเชย เมื่อมีความเห็นว่า “ผ่าน” จึงเริ่มคู่ต่อไปได้ ฝึกจนครบ 10 ทักษะ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

โปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคม<sup>7</sup> ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวบำบัด ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้พิการ และนักจิตวิทยา จำนวน 6 ท่าน ได้เสนอแนะขอบเขตของเนื้อหาและการใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning: PL) เป็นรูปแบบของการฝึกทักษะ และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ส่วนวิธีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ได้เสนอแนะสื่อการฝึกทักษะควรเป็นภาพให้เห็นชัดเจน ใช้คำที่ง่าย เข้าใจง่ายในแผนการสอน วิดีทัศน์สื่อการสอนต่างๆ และใบความรู้ คณะผู้วิจัยได้แก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2. แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฉบับสั้น 5 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และ ส่วนที่ 2 การประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน แบบวัดนี้ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ “0 ทำไม่ได้” หมายถึงขาดทักษะหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ระบุ “1 ทำได้แต่ไม่ทำ” หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ทำแม้ว่าจะกระตุ้น (ช่วยเหลือ) ก็ไม่ทำ “2 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นทุกครั้ง” หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือ

ทุกครั้งหรืออย่างมาก “3 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นบางครั้ง” หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือ บางครั้งหรือเล็กน้อย “4 ทำได้เอง” หมายถึง สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้น แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้งชุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96<sup>13</sup> ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือนี้ และได้นำแบบประเมินนี้เฉพาะรายด้านสังคมและการสื่อสาร มาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

#### ขั้นตอนการวิจัย

1. *ขั้นเตรียมการทดลอง* ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้อมูลกับอาสาสมัครตามเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และญาติลงนามด้วย หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยสัมภาษณ์อาสาสมัครกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลเพื่อสำรวจแรงจูงใจที่ต้องการ และบันทึกลงในแบบบันทึกแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเวช พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะฯ และการให้รางวัลหากมีพฤติกรรมพึงประสงค์

2. *ขั้นทดลอง* ทีมผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดในเวลาเดียวกัน โดยกลุ่มทดลองจัดให้เข้ากลุ่มฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ส่วนกลุ่มควบคุมจัดให้เข้ากลุ่มการจัดการอาการหูแว่ว (การรักษาปกติที่จัดให้บริการ) ที่ห้องกิจกรรมกลุ่มหออผู้ป่วยชงโคบน และดำเนินการทำกลุ่มเสร็จสิ้นในเวลาใกล้เคียงกัน ทีมผู้วิจัยที่เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัดจะทราบถึงจุดบกพร่องของกลุ่มทดลองในแต่ละคนจากผลการประเมินฯ หลังการฝึกในแต่ละกิจกรรมทีมผู้วิจัยประจำหออผู้ป่วยจะกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และติดตามประเมินผลการฝึกในแต่ละกิจกรรมเพื่อนำผลการประเมินแจ้งให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทราบก่อนเริ่มฝึกทักษะในกิจกรรมครั้งต่อไป ผู้วิจัยประกาศผู้ผ่านการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ครั้งก่อนหน้า และให้รางวัลเป็นเหรียญมีมูลค่าแทนเงิน 5 บาท รวมการฝึกกิจกรรมครั้งที่ 1 และฝึกกิจกรรมครั้งที่ 2 มูลค่า 10 บาท ส่วนกิจกรรมครั้งที่

3 หลังการทบทวนการฝึกทักษะให้รางวัลแรงจูงใจที่ต้องการ และเมื่อญาติมารับอาสาสมัครกลุ่มทดลองกลับบ้าน ผู้วิจัย สอนญาติในทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร เพื่อให้ญาตินำ ความรู้ไปกระตุ้นพฤติกรรมผู้ป่วยซ้ำๆ ขณะอยู่ที่บ้าน อีกทั้ง เตรียมเอกสารใบความรู้ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และ แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร) ให้แก่ญาติ

3. **ขั้นประเมินผล** ประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ หลังการทดลองผ่านไป 1 สัปดาห์ โดยผู้เก็บข้อมูล วิจัยที่เป็นพยาบาลชั้นปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในเวรเข้า หอผู้ป่วยละ 1 คน จาก 2 หอผู้ป่วย (ไม่อยู่ในคณะผู้วิจัย) ได้รับการฝึกใช้ประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ผู้เก็บข้อมูลไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล 1 เดือน ประเมินโดยญาติที่ดูแลผู้ป่วย ไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ และติดต่อกับญาติทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่และ ร้อยละ และข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ ด้านสังคมและการสื่อสารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Independent-samples t-test และเปรียบเทียบค่าคะแนน

เฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ก่อนกับหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และก่อนการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ paired-samples t-test

**ผล**

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.3) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย  $37.7 \pm 10.24$  ปี โดยพบช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 35.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 35.4 และระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย  $9.25 \pm 5.57$  ข้อมูลทั่วไป แสดงดังตารางที่ 1

จากผลการประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร พบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตารางที่ 2

กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการฝึกทักษะ ด้านสังคมและการสื่อสาร 1 สัปดาห์ และก่อนได้รับการ ฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารและหลังการติดตาม 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม (n = 24) และกลุ่มทดลอง (n = 24)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
หญิง	10	41.7	10	41.7	20	41.7
ชาย	14	58.3	14	58.3	28	58.3
<b>อายุ (ปี)</b>						
	$\bar{X} = 36.9, SD = 10.2,$ Min = 18, Max = 55		$\bar{X} = 38.5, SD = 10.4,$ Min = 19, Max = 60		$\bar{X} = 37.7, SD = 10.2,$ Min = 18, Max = 60	
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต (ปี)</b>						
	$\bar{X} = 9.5, SD = 5.7,$ Min = 1, Max = 20		$\bar{X} = 9.0, SD = 5.5,$ Min = 1, Max = 20		$\bar{X} = 9.3, SD = 5.6,$ Min = 1, Max = 20	

**ตารางที่ 2** ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของกลุ่มทดลอง (n = 24) และกลุ่มควบคุม (n = 24) ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง		$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	17.04	1.60	0.87	0.93
	กลุ่มควบคุม	17.08	1.72		
หลังทดลอง 1 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง	18.83	1.17	-2.72	0.009*
	กลุ่มควบคุม	17.46	2.19		

\*independent - samples t-test (p < 0.05)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง และของกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	$\bar{X}$ (SD)		t	p-value
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	24	17.04 (1.60)	18.83 (1.17)	-5.96	0.01
กลุ่มควบคุม	24	17.08 (1.72)	17.46 (2.19)	-0.87	0.39

paired-samples t-test (P < 0.05)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารก่อนการทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองและของกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	$\bar{X}$ (SD)		t	p-value
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	24	17.04 (1.60)	18.83 (1.34)	-4.59	0.01
กลุ่มควบคุม	24	17.08 (1.72)	16.17 (2.73)	1.77	0.09

paired-samples t-test (P < 0.05)

## วิจารณ์

ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทดลองและกลุ่มตัวอย่างควบคุมของการศึกษานี้ มีข้อมูลทั่วไปและค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารไม่แตกต่างกัน หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร 1 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารดีขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่ฝึกทักษะการสนทนาในผู้ป่วยจิตเภทหญิง จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน พบว่าทักษะการสนทนาในกลุ่มทดลอง

แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001<sup>15</sup> และอีกการศึกษาหนึ่งของอินเดียที่ฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 65 คน เป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และเป็นกลุ่มควบคุม 31 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีการปรับปรุงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในด้านการไม่พูดหรือพูดน้อยลง (alogia) สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) และภาวะสิ้นยินดี (anhedonia)<sup>16</sup> นอกจากนี้การฝึกทักษะทางสังคมในชุมชนและการออกกำลังกายแบบไทเก็กผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าอาการโรคจิตด้านลบลดลง (จากเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS) ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

ลดลง และการเคร่งครัดต่อการใช้จ่ายมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มรับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว<sup>19</sup>

ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร 1 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลให้มีการสื่อสารที่ถูกต้องตามความรู้สึก ความคิด และเอื้อให้เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลตามเป้าหมาย การมีปฏิสัมพันธ์ที่ประสบผลสำเร็จนั้นหมายถึง การมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา<sup>17</sup> ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการฝึกทักษะผู้ป่วยจิตเภทด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารนี้<sup>7</sup> ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม<sup>18</sup> การฝึกทักษะมี 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นรู้ซัดเห็นจริง โดยให้ผู้ป่วยได้ชมวีดิทัศน์การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฟังแถบเสียง และฝึกตามบัตรคำ และ 2) ขั้นลงมือกระทำ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคู่ หรือแต่ละกลุ่มได้ฝึกแสดงบทบาทสมมติตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนผู้ป่วยที่เหลือช่วยให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนผู้นำกลุ่มช่วยปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่ถูกต้อง จนกระทั่งสมาชิกทุกคนมีความเห็นว่า “ผ่าน” พร้อมให้คำชมเชย ดังตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวว่า “ไม่กล้าพูดกับคน ไม่กล้าสบตา และชักถามเพิ่มไม่เป็น” “หนูแยกตัวเองไม่คบใคร ไม่พูดกับใคร หนูเลยอยู่แต่ตัวคนเดียว” และหลังจากได้รับการฝึกทักษะผู้ป่วยแสดงความมั่นใจจะนำทักษะที่ได้ฝึกปฏิบัติไปใช้ในชีวิตจริง “คุณพยาบาลสอนผมทุกอย่างได้ดี ผมพร้อมจะออกศึก คิดว่าจะชักทายเป็นคุยไม่จ้องตา แต่จะมองตรงจุมก” “การฝึกทำให้หนูรู้จักกาลเทศะ กิริยา มารยาทความเป็นลูกผู้หญิง โปรแกรมดี ทำให้หนูได้ฝึก ตอนนี้หนูคิดว่าออกจากโรงพยาบาลไป กลัวเพื่อนมาชวนใช้ยาเสพติด หนูคิดว่าจะปฏิเสธเป็น”

ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ คือ การเข้ากลุ่มการจัดการอาการหูแว่ว แต่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมจึงไม่ได้เกิดการเรียนรู้เข้าใจในทักษะด้านสังคมและการสื่อสารอย่างเป็นแบบแผนและเนื้อหาเฉพาะในพฤติกรรม

ที่พึงประสงค์ ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนจึงไม่เปลี่ยนแปลง ดังที่นักการศึกษาได้กล่าวไว้ว่า “การสอนที่มีคุณภาพนั้นย่อมเกิดจากการที่ผู้สอนใช้ยุทธศาสตร์การสอนที่เหมาะสม การสอนเป็นการพยายามใช้วิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจ คิดเป็นทำได้ มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ หรือทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ ซึ่งมีใช้แต่เพียงจำเนื้อหาสาระ แต่รวมถึงการพัฒนากระบวนการทางปัญญา ทักษะและวิถีปฏิบัติที่สะท้อนเจตคติและค่านิยมทั้งมวลของตน”<sup>20</sup>

การวิจัยครั้งนี้นอกจากใช้การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ยังใช้แนวคิดการจัดการเงื่อนไขผลกรรมของ B.F. Skinner เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการเสริมแรงทางบวก ดังที่ Skinner<sup>21</sup> ได้ให้ความหมายของการเสริมแรงทางบวกเอาไว้ว่า เป็นการเพิ่มความถี่ของการเกิดพฤติกรรม อันเป็นผลมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ซึ่งผลกรรมนั้นเรียกว่าตัวเสริมแรงทางบวก ครอบคลุมเฉพาะพฤติกรรมที่เกิดการเรียนรู้ใหม่เท่านั้น ประเภทของตัวเสริมแรงแบ่งออกได้ 5 ประเภท คือ 1) ตัวเสริมแรง ที่เป็นสิ่งของ 2) ตัวเสริมแรงทางสังคม 3) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม 4) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบียร์รถกร และ 5) ตัวเสริมแรงภายใน จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของตามแรงจูงใจที่กลุ่มทดลองอยากได้ เช่น ขนม เป็นต้น มาให้เป็นรางวัล ใช้ตัวเสริมแรงทางสังคมซึ่งมีอยู่ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เช่น การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การปรบมือ การเข้าใกล้ หรือการแตะตัว เป็นต้น และใช้ตัวเสริมแรงที่เป็นเบียร์รถกร (token reinforcement) เบียร์รถกร (token economy) ที่ใช้เป็นเหรียญคล้ายเงิน มีมูลค่าแลกเป็นเงิน 5 บาท เป็นรางวัล เมื่อกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อีกทั้งที่มิวิจัยประจำหอผู้ป่วยช่วยสอนและกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ แม้เมื่อออกจากโรงพยาบาลและกลับสู่ชุมชน โดยให้ญาติทำการฝึกทักษะฯ ผู้ป่วยต่อเนื่อง และที่มิวิจัยติดต่อประสานกับญาติทางโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในระยะติดตามผล 1 เดือน

สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้แสดงว่าหากญาติมีความรู้ ความเข้าใจในทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร จะสามารถช่วยฝึกกระตุ้นทักษะฯ ของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวได้

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ ไม่มีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากจะมีทักษะทางสังคมด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ยังช่วยให้อาการโรคจิตลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>9</sup> พฤติกรรมดีขึ้นในด้านการไม่พูดหรือพูดน้อยลง (alogia) สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) และภาวะสิ้นยินดี (anhedonia)<sup>16</sup> คะแนนด้านลบและความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง มีการเคร่งครัดต่อการใช้ยามากขึ้น<sup>19</sup>

## สรุป

การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่สามารถนำสู่การปฏิบัติในงานประจำได้ โดยใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่มเพียง 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ซึ่งถือว่าใช้เวลาไม่มากนัก และเป็นการฝึกทักษะทางสังคมขั้นพื้นฐานและทักษะการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่องในระหว่างอยู่ในหอผู้ป่วย ด้วยการเสริมแรงทางบวกในรูปแบบของคำชมเชย การให้เบียร์รกร และสิ่งจูงใจที่ผู้ป่วยต้องการ สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย และฝึกต่อให้ญาติสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยต่อในชุมชนได้

**ความรู้เดิม:** ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีขาดทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

**ความรู้ใหม่:** การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบียร์รกร สามารถเพิ่มทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้งในระหว่างอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องหลังจำหน่ายแล้ว

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้:** การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำไปใช้ฝึกผู้ป่วยในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ และสามารถสอนให้ญาติฝึกผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนเพื่อการคงผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวได้

## เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์ [Psychiatry]. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.
2. กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น [Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders]. ใน: นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพร วรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน. บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2558. น. 365-72.
3. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ [Schizophrenia and other psychosis]. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปรามิทธิ สุคนิษฐ์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. น. 124-47.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
5. ปัทมา ศิริเวช. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม [Psychosocial rehabilitation]. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกานานนท์. บรรณาธิการ. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552. น. 305-16.
6. Malone Cole JA. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Fortinash KM & Holiday Worret PA. editors. Psychiatric mental health nursing. 5th ed. ST Louis: Mosby; 2012. p. 259-97.



7. จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, เยาวภา ไตรพฤษชาติ, สาคร บุบผาเข้า, อำไพโรจน์ จันโทริ, บัวเงิน วงษ์คำพันธ์, ณิชฎีกา ราชบุตร. ผลการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของ ผู้ป่วยจิตเภทชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ [Effects of social and communication skills training on social and communication behaviors of male schizophrenic patients Jitavej Khon Kaen Rajanagarindra Hospital]. ขอนแก่น: เพ็ญพรินต์; 2552.
8. Swartz MS, Frohberg NR, Drake RE, Lauriello J. Psychosocial therapies. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. Essential of schizophrenia. USA: American psychiatric publishing; 2012. p. 207-24.
9. จีรพันธ์ เอิบกมล. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท [A synthesis of research on social skills training programs for schizophrenia] [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
10. Barzegar S, Ahadi M, Barzegar Z, Ghahari Sh. The effectiveness of social skills training on reducing negative symptoms of chronic schizophrenia. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2016;5(7S):323-7. Available from: <https://www.ijmrhs.com/abstract/the-effectiveness-of-social-skills-training-on-reducing-negative-symptoms-of-chronic-schizophrenia-5243.html>
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Text Revision. Washington DC: Donnelley & Sons; 2000.
12. Pinkham AE, Mueser KT, Penn DL, Glynn SM, Mc Gurk SR, Addington J. Social and functional impairments. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. Essential of schizophrenia. USA: American psychiatric publishing; 2012. p. 93-130.
13. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน [Psychiatric patient's rehabilitation screening test]. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
14. Polit DF, Beck CT. editors. Nursing research: principles and methods. 7 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
15. Padmavathi N, Lalitha K, Parthasarathy R. Effectiveness of conversational skill training of patients with schizophrenia. Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University. 2013;2(2):42-7.
16. Koujalgi SR, Patil SR, Nayak RB, Chate SS, Patil NM. Efficacy of social skill training in patient with chronic schizophrenia: an interventional study. Journal of the Scientific Society. 2014;41(3):156-61.
17. Perry K, Antai-Otong D. The client with schizophrenia and other psychotic disorders. In: Antai-Otong D, editor. Psychiatric nursing biological & behavioral concepts. 2nd ed. Canada: Delmar; 2008. p. 385-410.
18. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม [Participatory training manual]. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น. 2544.
19. Kang R, Wu Y, Li Z, Jiang J, Gao Q, Yu Y, et al. Effect of community-based social skills training and Tai-Chi exercise on outcomes in patients with chronic schizophrenia: a randomized, one - year study. Psychopathology.2016;49:345-55. doi:10.1159/000448195.
20. เสริมศรี ไชยศรี. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การสอนเพื่อพัฒนาคุณลักษณะด้านจิตพิสัย [Teaching to develop character traits]. สำหรับนักศึกษา สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2551.
21. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม [Theory and techniques of behavior modification]. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# พลวัตความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รัก ของบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก

วันรับ : 12 มีนาคม 2563  
วันแก้ไข : 24 กรกฎาคม 2563  
วันตอบรับ : 26 กรกฎาคม 2563

กัมพล ใหม่อัจฉริยะ, วท.ม., อารยา ผลธัญญา, ศศ.ด.  
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับพลวัตความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รักของบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก

**วิธีการ:** เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาใช้เวลาเก็บข้อมูล 3 เดือน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกรณีศึกษาจำนวน 5 ราย วิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์สาระแก่นสาร

**ผล:** กรณีศึกษาที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กจากผู้เลี้ยงดู มีความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดู กรณีศึกษา 4 ใน 5 ราย ส่งต่อความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงสู่คู่รัก โดยสะท้อนผ่านความรู้สึกสับสน ไม่เข้าใจความรู้สึกของตนเองและคู่รัก มีความสงสัยความรักที่คู่รักของตนมอบให้ มักพิสูจน์ความรักที่คู่รักมีต่อตนเอง การแสดงอารมณ์มีทั้งเก็บกดอารมณ์และการระเบิดอารมณ์ใส่คู่รัก รู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ และนำไปสู่การยุติความสัมพันธ์บ่อยครั้ง แต่ยังมีกรณีศึกษา 1 ราย ที่พัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงกับคู่รักได้ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้แก่ ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความสามารถในการหาแหล่งทรัพยากรทางใจที่สามารถเข้าถึงได้ การได้รับรู้มุมมองทางบวกของผู้เลี้ยงดูต่อตนเอง รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางกายภาพและทางอารมณ์จากคู่รัก

**สรุป:** ประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กจากผู้เลี้ยงดูทำให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ซึ่งสามารถส่งต่อมายังความสัมพันธ์ระหว่างคู่รักในวัยผู้ใหญ่ได้ บุคลากรด้านสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญในการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก เพื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงปัญหาสัมพันธ์ภาพในปัจจุบันและนำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** ความผูกพันทางอารมณ์ ประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก พลวัต

**ติดต่อผู้นิพนธ์:** กัมพล ใหม่อัจฉริยะ; e-mail: popkeek@gmail.com

## Original article

# Dynamic formulation of romantic attachment in people with adverse childhood experiences

Received : 12 March 2020

Revised : 24 July 2020

Accepted : 26 July 2020

Kampon Maichandee, M.S., Araya Pontanya, Ph.D.

Faculty of Humanities, Chiang Mai University

## Abstract

**Objective:** To in-depth study about dynamic formulation of romantic attachment in people with adverse childhood experiences (ACEs).

**Methods:** The current study used qualitative method with case study design. The data was collected from in-depth interviews with five participants within three months period. The data was then analyzed by using thematic-analysis method.

**Results:** All participants, who experienced with ACEs from their caregivers, shared insecure attachment styles with their caregivers. Four out of five participants transferred those attachment styles to their present romantic partners. Insecure attachment reflected through confusion, inability to understand emotions of self and partners, doubtfulness of love from partners, and lack of sense of belonging, which in turn lead individuals with insecure attachment to terminate their relationships repeatedly. However, one participant developed secure attachment with romantic partner. The factors that can lead to positive changes are mental strength, ability to find inner positive resources, awareness of caregivers' solicitude, and receiving physical and emotional supports from partners.

**Conclusion:** Adverse childhood experiences can lead to insecure attachment styles with caregivers, which then transfer to romantic partners in adulthood. Mental health personnel should focus on exploring client's adverse childhood experiences in order to analyze the connections with the current interpersonal problems. This information could lead to the suitable plan for further assistances.

**Keywords:** adverse childhood experience, dynamic, romantic attachment

**Corresponding author:** KamponMaichandee; e-mail: popkeekkee@gmail.com

## บทนำ

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) เพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อทำความเข้าใจผลกระทบของประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กที่มีต่อบุคคลในด้านต่างๆ ประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (ACEs) หมายถึงประสบการณ์เลวร้ายที่บุคคลเคยพบเจอในวัยเด็ก และบุคคลที่สร้างประสบการณ์ดังกล่าวคือบุคคลภายในครอบครัว โดยเด็กจะได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม (childhood maltreatment) จากการถูกรังแกทางกาย ทางอารมณ์ ทางเพศ การปล่อยปละละเลย หรือมีสภาพครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลเด็กได้เต็มที่ (household dysfunction) เช่น การมีบุคคลในครอบครัวติดสารเสพติด ป่วยทางจิต หรือติดสุรา รวมทั้งการอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีความรุนแรงหรือหย่าร้าง<sup>1</sup> ทั้งนี้จากการศึกษาของ Indra and Anita พบว่า ผู้ใหญ่อายุ 18-60 ปี ประมาณร้อยละ 80.0 มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กอย่างน้อย 1 เหตุการณ์ และพบอีกว่าผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 47.0 ที่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กยังคงได้รับผลกระทบจากประสบการณ์ดังกล่าว หรือยังทุกข์ทรมานกับเหตุการณ์นั้นมาจนปัจจุบัน<sup>2</sup>

ความทุกข์ใจจากผลกระทบของประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กดังกล่าว สะท้อนออกมาผ่านปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาทางจิตใจ และปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยผลกระทบของประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นสะท้อนผ่านรูปแบบการทำงานภายในจิตใจแบบไม่มั่นคง (insecure internal working model) ซึ่งประกอบด้วยมุมมองต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงความต้องการและการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น การแสดงความก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น เชื่อว่าตนเองมีมลทิน รู้สึกไร้ค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง<sup>3</sup> รู้สึกว่าตนเองห่างเหินไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่นได้และแยกตัวออกจากสังคม รวมถึงรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตหวนดระวาง รู้สึกผิด และมีปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว<sup>4</sup> บางคนมีความเชื่อว่าการอยู่คนเดียวเป็นสิ่งที่

ปลอดภัยกว่าการมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งกับผู้อื่น จึงมีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่รักบ่อย เลิกราบ่อย มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ และขาดความอดทนเมื่อมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งกับผู้อื่น<sup>4</sup> บุคคลที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่รัก ไม่อบอุ่น ไม่คอยให้ความช่วยเหลือคู่รัก และมีแนวโน้มที่จะนอกใจคู่รักมากกว่า<sup>5</sup> ซึ่งเห็นได้ว่าประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กสร้างผลกระทบทางจิตใจ ไม่ใช่แค่ในขณะที่บุคคลกำลังเผชิญเหตุการณ์ในวัยเด็ก แต่ผลกระทบดังกล่าวยังคงต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน งานวิจัยหลายชิ้นพบว่าประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กส่งผลกระทบต่อรูปแบบการทำงานภายในจิตใจ (internal working model) ที่เด็กมีต่อผู้ดูแลหลักก่อน หลังจากนั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ และพัฒนาเป็นปัญหาการสร้างและคงความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน หรือคู่รัก<sup>4</sup> เนื่องจากบุคคลมีแนวโน้มจะใช้รูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่ไม่มั่นคงไปตลอดชีวิต<sup>6</sup> แต่รูปแบบการทำงานภายในจิตใจดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผิดพลาด ปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับอายุ วุฒิภาวะ รวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป<sup>7</sup>

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กและผลกระทบของประสบการณ์ที่มีต่อบุคคลในด้านต่างๆ มากขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า ความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รักของบุคคลที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กแตกต่างจากผู้ที่ไม่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก<sup>6</sup> แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับการส่งต่อความผูกพันทางอารมณ์ที่บุคคลมีต่อผู้เลี้ยงดูหลักมาสู่คู่รักในบุคคลที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กในบริบทของสังคมไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประเด็นดังกล่าวในเชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจพลวัตที่เกิดขึ้นระหว่างความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รัก และประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก อีกทั้งการทำความเข้าใจพลวัตของความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รักของบุคคลที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก จะช่วยผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กมากขึ้น ส่งผลให้มีการวางแผนการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

รวมถึงสามารถสร้างองค์ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดวงจรของประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กซ้ำในคู่รัก หรือการใช้ความรุนแรงกับคู่รักของตนเองต่อไป

## วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ผู้วิจัยต้องการศึกษาข้อมูลเชิงลึกของเหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ในขอบเขตที่ชัดเจนทั้งในแง่ของเนื้อหา เวลา และสถานที่ จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยแต่ศึกษาอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่ทำให้ทราบว่าบุคคล เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์นั้นๆ มีเหตุปัจจัยใดที่ทำให้เกิดขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กรณีศึกษาในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 5 ราย ซึ่งได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคคลทั่วไปและสมาชิกของมูลนิธิที่ให้ความช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในจังหวัดเชียงใหม่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยใช้คะแนนจากแบบวัดประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กในการคัดกรอง กรณีศึกษาต้องได้คะแนนจากแบบวัดประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน เป็นคนไทยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ในลักษณะคู่รักในปัจจุบันโดยเป็นได้ทั้งคู่รักแบบเพศเดียวกันหรือเพศตรงข้าม แบบวัดที่ใช้ในการคัดกรองผู้วิจัยตัดแปลงมาจากแบบวัดประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (ACEs questionnaire) ของศาลเยาวชนและครอบครัวแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 ผู้วิจัยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้กรณีศึกษาอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย รวมถึงให้คำยินยอมทางวาจาเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัว และสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีความผูกพันทางอารมณ์ และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผู้วิจัยได้พบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเตรียมการสัมภาษณ์กรณีศึกษาอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์เพื่อสร้างสัมพันธภาพร่วมกับการเก็บข้อมูล ซึ่งการสัมภาษณ์กรณีศึกษาแต่ละรายในการวิจัยครั้งนี้อยู่ระหว่าง 2-5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที

ผู้วิจัยใช้อุปกรณ์บันทึกเสียง เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมูลที่ได้รับการคลาดเคลื่อน

ข้อมูลดิบที่ได้จากกรณีศึกษา จะถูกวิเคราะห์สาระแก่นสารแบบใช้ทฤษฎีสังเคราะห์ประเด็นและแนวคิดที่เป็นการสะท้อนถึงพลวัตของความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รักตามทฤษฎีความผูกพันทางอารมณ์ และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบการวิเคราะห์เนื้อหา และนำเสนอในรูปของการสังเคราะห์แบบแผน ตรวจสอบข้อมูลโดยให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล ควบคู่กับการวิเคราะห์ข้อมูลเดียวกันด้วยมุมมองหรือทฤษฎีอื่น รวมถึงให้กรณีศึกษาตรวจสอบข้อมูลด้วยตัวเอง แล้วให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำมาปรับแก้

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ CMUREC No. 61/060 กรณีศึกษาที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ การขออนุญาตบันทึกเสียง การเผยแพร่ข้อมูล สิทธิของกรณีศึกษา และวิธีการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย และได้ให้คำยินยอมทางวาจาเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยครบทุกราย

## ผล

กรณีศึกษาจำนวนทั้งหมด 5 ราย เป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ) 1 ราย เพศชาย 2 ราย และเพศหญิง 2 ราย มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ระดับการศึกษาต่ำสุดคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และการศึกษาสูงสุดคือระดับชั้นปริญญาโท กรณีศึกษามีสถานภาพโสดตามกฎหมาย 4 คน หย่าร้าง 1 คน ทั้งนี้ในด้านความสัมพันธ์ กรณีศึกษาทุกรายกำลังคบหาอยู่กับคู่รัก ผลจากการทำแบบวัดประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก พบว่ากรณีศึกษามีคะแนนประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (ACEs score) อยู่ในช่วง 5 ถึง 7 คะแนน

ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่พบร่วมกันของกรณีศึกษาทั้ง 5 ราย เป็นการสังเคราะห์ประเด็นจากการวิเคราะห์กรณีศึกษารายบุคคลโดยละเอียด แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมด จากการสังเคราะห์

ข้อมูลพบประเด็นสำคัญสามารถสรุปมุมมองของกรณีศึกษาที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดจนรูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่สะท้อนรูปแบบความผูกพันทางอารมณ์ ที่เป็นผลกระทบจากการมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กโดยมีรายละเอียดดังนี้

**ความเครียดเรื้อรังที่คาดเดาไม่ได้นำไปสู่ความรู้สึกสับสน ไม่มั่นคงทางอารมณ์กับคู่รัก**

ประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กที่เกิดขึ้นกับกรณีศึกษาแตกต่างจากอุปสรรคที่เด็กทุกคนต้องพบเจอตามขั้นพัฒนาการทั่วไป กล่าวคือประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กจะทำให้สภาพจิตใจของเด็กเปราะบางมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดู เพราะประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กของกรณีศึกษาทุกรายเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาานาน มีลักษณะเป็นความเครียดเรื้อรังที่คาดเดาไม่ได้ (chronic unpredictable stress) เกิดจากการที่ผู้ดูแลเป็นผู้สร้างบาดแผลทางจิตใจให้แก่กรณีศึกษาตั้งแต่เด็กซ้าๆ ดังนั้นกรณีศึกษาที่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก จึงมีมุมมองทางลบต่อตนเองและผู้อื่นซึ่งในที่นี้หมายถึงผู้เลี้ยงดูและผู้ใกล้ชิด ดังคำกล่าวของกรณีศึกษารายหนึ่งที่ว่า “*ไม่ไหวแล้วจะได้อย่างไร มัน insecure มันรู้สึกว้าโลกนี้มีโปรดอกภัยอยู่แล้ว มันไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวไม่มีใครจะช่วยเราได้*” รวมถึงความรู้สึกผิดหวังต่อผู้เลี้ยงดูที่ไม่สามารถเป็นที่พึ่งพาทั้งทางร่างกายและอารมณ์ให้กับตนได้ ดังคำกล่าวของกรณีศึกษารายหนึ่งที่ว่า “*เราและพี่สาวถูกพ่อตีบ่อยมากตั้งแต่เด็ก พ่อแม่ทะเลาะกันบ่อยเราก็จะถูกตีด้วยในตอนนั้นใช้คำว่าเกลียดพ่อได้เลย เวลาใครถามก็จะตอบว่าไม่มีพ่อ แม่เอากับกอไฟ่แล้วก็มีลูกมา จริงนะ มันเกลียดถึงขนาดที่ว่าไม่อยากมีพ่อแม่*” ในขณะที่เดียวกันกรณีศึกษา ยังต้องการพึ่งพาผู้เลี้ยงดูเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกายเพื่อเอาชีวิตรอด ทำให้กรณีศึกษาสับสนระหว่างการหนีไปจากผู้เลี้ยงดูเพื่อเอาชีวิตรอดจากอันตรายที่เกิดจากการทารุณกรรม หรือยังอยู่ในความดูแลของผู้เลี้ยงดูเพราะผู้เลี้ยงดูเป็นทางเดียวในการเอาชีวิตรอด ความขัดแย้งภายในจิตใจทำให้อารมณ์ไม่สงบ ก่อให้เกิดรูปแบบการทำงานภายในจิตใจแบบไม่มั่นคง และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคง

ต่อผู้เลี้ยงดู

เมื่อกรณีศึกษาเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และมีความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รัก คู่รักของกรณีศึกษาจึงเป็นตัวแทนของผู้เลี้ยงดูคนใดคนหนึ่งซึ่งกระตุ้นให้กรณีศึกษาใช้รูปแบบการทำงานภายในจิตใจแบบไม่มั่นคงของตนเองที่ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก เป็นทรัพยากรในการสร้างความสัมพันธ์ซึ่งกับคู่รัก โดยถ่ายโอนมุมมองและการพึ่งพาทางอารมณ์ที่มีต่อผู้เลี้ยงดูดังกล่าวมายังคู่รัก กรณีศึกษาเองจึงมักรู้สึกสับสน ไม่เข้าใจความรู้สึกของตนเอง และคู่รัก มีความลังเลสงสัยในความรักที่คู่รักของตนมอบให้อยู่บ่อยครั้งคล้ายที่กรณีศึกษารู้สึกกับผู้เลี้ยงดูในวัยเด็ก ซึ่งสะท้อนผ่านคำบอกเล่าของกรณีศึกษาคือ “*ทุกครั้งที่เขาเงิบ ยิ่งตอนที่คบกันใหม่ๆ ก็จะมีรู้สึกกลัว จะคิดว่าเขากำลังคิดเรื่องผู้หญิงอื่น หรือคิดถึงแฟนเก่า คิดถึงใคร คิดถึงผู้หญิงใช้ใหม่ คิดวางแผนอะไร คิดว่าถ้าเรากลับแล้วจะชวนผู้หญิงคนอื่นมา เหมือนระแวงว่าเขาจะนอกใจหรือเปล่า เจ้าชู้หรือเปล่า มาหลอกเราหรือเปล่า*” นำไปสู่การพิสูจน์ความรักที่คู่รักมีต่อตัวตนเอง สภาวะอารมณ์จะแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงระหว่างเก็บกดอารมณ์หรือความรู้สึกเพื่อระมัดระวังควบคุมความผูกพันทางอารมณ์ กับระเปิดอารมณ์ใส่คู่รักเพื่อสกัดกั้นความผูกพันทางอารมณ์เมื่อตกอยู่ในสภาวะตึงเครียด พฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับรูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่ถูกสร้างขึ้นมาตั้งแต่วัยเด็ก หากพิจารณาแบบแผนของการแสดงออกจะพบว่ามีคล้ายคลึงกับลักษณะอารมณ์ที่กรณีศึกษามีต่อผู้เลี้ยงดูในวัยเด็กที่มีทั้งต้องการความผูกพันใกล้ชิดและต้องการหลีกเลี่ยงจากความผูกพันที่เป็นอันตรายต่อตนเอง

**มุมมองลบต่อตนเองและความรู้สึกแปลกแยกกับคู่รัก**

ประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กส่งผลให้กรณีศึกษาไม่สามารถสร้างความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดูหรือไม่สามารถสัมผัสถึงความรู้สึกผูกพันเหล่านั้นได้ ความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงทำให้กรณีศึกษามีมุมมองทางลบต่อตนเอง กรณีศึกษามักรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของความผูกพันที่เกิดขึ้นระหว่างตนกับผู้เลี้ยงดู ซึ่งกรณีศึกษาแต่ละคนจัดการกับความรูสึกดังกล่าวด้วยวิธีการที่แตกต่างกันไป

บางคนมีบทบาทเป็นผู้ประนีประนอมความรุนแรงภายในครอบครัว หรือมีบทบาทเป็นผู้สร้างความพึงพอใจแก่ผู้เลี้ยงดู ทัศนศึกษาบางคนเลือกวิธีการหลีกเลี่ยงหนีไปจากความผูกพันทางอารมณ์ เช่น การหนีออกจากบ้าน หรือตัดความรู้สึกผูกพันต่อผู้เลี้ยงดู ส่งผลให้ความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งในความผูกพันทางอารมณ์ถูกบรรจุอยู่ในรูปแบบการทำงานภายในจิตใจตั้งแต่ในวัยเด็ก ทัศนศึกษามากเชื่อว่าตนเองมีเรื่องน่าละอายใจติดตัวมาตั้งแต่เด็ก จึงทำให้ผู้เลี้ยงดูปล่อยปละละเลย ทำร้ายทั้งกายใจ ไม่ตอบสนองความต้องการของทัศนศึกษา เมื่อมีความผูกพันทางอารมณ์กับคู่รัก คู่รักจึงกลายเป็นตัวแทนของผู้เลี้ยงดู คนใดคนหนึ่งของทัศนศึกษาที่กระตุ้นความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ในรูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่ไม่มั่นคงในวัยเด็กขึ้นมา มุมมองทางลบที่มีต่อตนเองทำให้ทัศนศึกษามีความรู้สึกรักตัวเองไม่ลง คิดว่าตัวเองไม่มีค่าพอที่จะได้รับการดูแลที่ดีจากคู่รัก ดังคำกล่าวของทัศนศึกษารายหนึ่งที่ว่า “ที่รู้สึกตลอดเวลาว่าพี่ไม่คู่ควรกับเขา ในความรู้สึกมันเป็นภาพที่เขาอยู่กับผู้หญิงคนอื่นที่ดีกว่า อายุน้อยกว่า สวยกว่า เก่งกว่า แล้วก็ไม่มีลูก พี่ก็จะรู้สึกแบบเราห่วย เราไม่เหมาะกับเขาเลย” ความเชื่อว่าตนเองมีเรื่องน่าละอายใจทำให้ทัศนศึกษาไม่มั่นใจว่าคู่รักจะสามารถรักตัวตนที่น่าละอายใจนี้ โดยปราศจากเงื่อนไขได้หรือไม่ เมื่อมีความขัดแย้งกับคู่รัก ทัศนศึกษาไม่สามารถแยกแยะมุมมองทางลบที่มีต่อตนเองและผู้อื่นอันเป็นผลของประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก ออกจากมุมมองทางลบที่ทัศนศึกษามีต่อตนเองและคู่รักในสถานการณ์ของความสัมพันธ์แบบคู่รักได้ รูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่ไม่มั่นคงที่ถูกพัฒนามาในวัยเด็กทำให้ทัศนศึกษาเผชิญกับความทุกข์อันเกิดจากความรู้สึกละอายใจทั้งที่ไม่จำเป็น

### **ความไม่มั่นคงทางอารมณ์กับการเลียนแบบพฤติกรรมรุนแรงส่งผลต่อคู่รัก**

ทัศนศึกษาทุกรายที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กจำนวนมากใช้ชีวิตในวัยเด็กอยู่กับรูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่ไม่มั่นคงของตนเอง ทำให้ทัศนศึกษามีความคิดต่อตนเองว่าเป็นคนไม่มีค่า ไม่มีใครรักตัวตนที่แท้จริงของ

ทัศนศึกษา ความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงต่อผู้เลี้ยงดูในวัยเด็กถูกส่งต่อมาสู่ความผูกพันทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างทัศนศึกษา กับคู่รักของทัศนศึกษา ทำให้ทัศนศึกษารู้สึกไม่ไว้วางใจตนเองและคู่รักเกือบตลอดเวลา ความหวั่นไหวดังกล่าวส่งผลทางลบต่อความผูกพันทางอารมณ์ของทัศนศึกษาจนต้องทดสอบความผูกพันทางอารมณ์ที่มีต่อคู่รักอยู่บ่อยครั้งด้วยวิธีการอันหลากหลาย เช่น การเรียกร้องความสนใจมากเกินไป การทำตัวห่างเหินเย็นชา การใช้ความรุนแรงทางร่างกายและจิตใจต่อตนเองและคู่รัก พฤติกรรมดังกล่าวนำไปสู่การยุติความสัมพันธ์บ่อยครั้ง และการยุติความสัมพันธ์ทุกครั้งเป็นการยืนยันความเชื่อทางลบเกี่ยวกับตนเองในรูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่ไม่มั่นคงที่พัฒนามาตั้งแต่เด็กกว่าตัวทัศนศึกษา ไม่เป็นที่ต้องการ เป็นที่รัก เป็นที่ยอมรับ จากคนที่ตนรัก

การอาศัยอยู่กับผู้เลี้ยงดูที่สร้างประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กแก่ทัศนศึกษา ทำให้ทัศนศึกษามีตัวเลือกในการเรียนรู้พฤติกรรมพึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันทางอารมณ์อย่างจำกัด ดังนั้นทัศนศึกษาจึงเรียนรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่ผู้เลี้ยงดูมีต่อทัศนศึกษา และแสดงพฤติกรรมดังกล่าวต่อคู่รัก ทัศนศึกษาทุกคนสะท้อนว่าตนเองตระหนักถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้เลี้ยงดูคนใดคนหนึ่งผ่านพฤติกรรมทางความผูกพันทางอารมณ์ของตนเองกับคู่รัก ดังคำกล่าวของทัศนศึกษารายหนึ่งดังนี้ “มันจะมีข้อตึงที่ว่าเราทำร้ายแฟนใช้ไหม ที่แม่รู้เรื่องแล้วเราทำให้แม่เสียใจ มันรู้สึกแย่มากคือแม่พูดมาว่า ก็รู้อยู่แล้วตัวเองไม่ชอบแบบพ่อแต่ตัวเองก็ยังทำ มันทำให้แม่แบบ แม่ยังไม่รักเราเลยในสิ่งที่เราเป็นอย่างนั้น แม่ก็โกรธแล้วเราก็กลับมานึกว่าเราทำให้แม่เราเสียใจนะ” การตระหนักว่าตนเองมีพฤติกรรมทางความสัมพันธ์คล้ายกับผู้เลี้ยงดูของตนทำให้ทัศนศึกษารู้สึกไม่พึงพอใจในตัวเอง มีความคิดต่อตนเองแสดงพฤติกรรมที่น่ารังเกียจเหมือนกับผู้เลี้ยงดูเคยทำกับตนในวัยเด็ก

ทัศนศึกษา 4 ใน 5 ราย ที่มีความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดูส่งต่อความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงมาสู่คู่รักผ่านรูปแบบการทำงานที่ไม่มั่นคง ทำให้ทัศนศึกษาส่วนใหญ่ขยายมุมมองทางลบที่มีต่อผู้เลี้ยงดูในวัยเด็กมายังคู่รัก

และคงมอมมองทางลบที่มีต่อตนเองตลอดเวลา ส่วนกรณีศึกษา 1 ราย ที่สามารถพัฒนารูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่มั่นคงกับคู่รักได้เป็นผลมาจากการรับรู้ว่าคุณเลี้ยงดูเป็นห่วงกรณีศึกษารวมถึงการได้รับการสนับสนุนทั้งทางร่างกายและอารมณ์จากคู่รักอย่างเหมาะสม และมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจคือหลุมศพแม่ของกรณีศึกษาดังกล่าวบอกเล่าที่ว่า “ได้ยืมเขาเล่าขานกัน (ภาษาท้องถิ่นภาคเหนือของประเทศไทยหมายความว่า พูดถึงหรือนิทาน: ผู้วิจัย) เอ้อ หลานเป็นไงมั่งงั้นนี่ จะเป็นตายร้ายดียังไง ผมก็ฟังไปด้วยร้องไห้ไปด้วย ตอนนั้นที่ร้องไห้เพราะคิดถึงแม่ครอบครัว แล้วก็คิดถึงปู่ ปู่ก็ไม่อยู่ ปู่เสีย บางครั้งผมก็ไปนอนนุ่น หลังบ้าน หลังบ้านจะเป็นที่ฝังศพเนี่ย ทำกระท่อมเล็กๆ ให้คนตายฝังไว้ในดิน เหมือนทำบ้านเล็กๆ ฝังไว้ในดินปูนกลบอีกที ผมก็ไปกวาดๆ เอาหมอนไปนอน เอาเสาไปปูกลางค้ำกลางคืนก็นอนก็คิดถึง”

จากการวิเคราะห์ข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปรูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่สะท้อนความผูกพันทางอารมณ์ต่อคู่รักที่แตกต่างกันไปของกรณีศึกษา โดยแยกตามตัวแปร 4 ตัวแปร ได้แก่ มุมมองต่อตนเอง มุมมองต่อผู้อื่น การพึ่งพิงทางอารมณ์ และความต้องการหลีกเลี่ยง แสดงให้เห็นว่ากรณีศึกษา 4 ใน 5 ราย มีมุมมองทางลบต่อตนเอง 3 ใน 5 ราย มีมุมมองทางลบต่อผู้อื่น ส่วนการพึ่งพิงทางอารมณ์หรือการหลีกเลี่ยงความผูกพันทางอารมณ์พบว่า กรณีศึกษา 4 ใน 5 ราย มีการพึ่งพิงทางอารมณ์กับคู่รักในระดับสูง ทั้งนี้ 3 ใน 4 รายที่มีการพึ่งพิงทางอารมณ์สูงจะมีความต้องการหลีกเลี่ยงการมีความผูกพันทางอารมณ์ในระดับสูงด้วยเช่นกัน มีกรณีศึกษา 1 ราย ที่มีมุมมองทางบวกต่อตนเองและผู้อื่น มีการพึ่งพิงทางอารมณ์และความต้องการหลีกเลี่ยงอยู่ในระดับต่ำสะท้อนให้เห็นว่ากรณีศึกษาคงดังกล่าวไม่ได้ส่งต่อความผูกพันทางอารมณ์แบบไม่มั่นคงที่มีกับคู่เลี้ยงดูมาอย่างคู่รักและสามารถพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงกับคู่รักได้ ส่วนกรณีศึกษา 4 ใน 5 ราย มีความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงกับคู่รักซึ่งเป็นรูปแบบเดียวกับความผูกพันทางอารมณ์ในวัยเด็กของกรณีศึกษา ทำให้ยังไม่สามารถพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงกับคู่รักได้ในขณะนี้ โดยแบ่งเป็นความ

ผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงแบบหวาดกลัว 3 ราย และแบบหมกมุ่น 1 ราย

## วิจารณ์

บุคคลที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กมีความบกพร่องในการพัฒนารูปแบบการทำงานภายในจิตใจอันมั่นคงเนื่องจากถูกประสบการณ์ที่ได้รับจากผู้เลี้ยงดูกระตุ้นซ้ำๆ มักมีการตอบสนองแบบมากหรือน้อยเกินไป<sup>10</sup> และไม่สามารถฟื้นคืนตามธรรมชาติได้ แม้จะผ่านเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็กมาเป็นสิบปีแล้วก็ตาม<sup>11</sup> การมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กทำให้บุคคลมีมุมมองทางลบต่อตนเองและผู้อื่น<sup>12</sup> ไม่ค่อยรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล<sup>13</sup> และไม่สามารถไว้วางใจผู้อื่นได้<sup>14</sup> สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบในครั้งนี้โดยกรณีศึกษา 4 ใน 5 ราย มีมุมมองทางลบต่อตนเองและผู้อื่น นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อต้องมีความผูกพันลึกซึ้งกับคู่รัก เช่น การทำร้ายร่างกาย การต่อว่าตนเอง หรือการตำหนิคู่รัก ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดในขณะนี้ของกรณีศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการประคับประคองความสัมพันธ์ที่มั่นคงอันเกิดจากการขาดประสบการณ์การมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงจากผู้เลี้ยงดู

นอกจากนี้การมีผู้เลี้ยงดูที่ไม่สามารถเชื่อใจ สนับสนุนหรือให้การยอมรับจนทำให้กรณีศึกษาไม่สามารถสัมผัสถึงความผูกพันทางอารมณ์ได้ กรณีศึกษาเชื่อว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีใครรักกรณีศึกษาอย่างที่เป็น จึงพัฒนารูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่ไม่มั่นคงขึ้นมาเพื่อใช้ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ทางความสัมพันธ์ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับคู่รักในวัยผู้ใหญ่ โดยกรณีศึกษาส่วนใหญ่ที่มีรูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่ไม่มั่นคง จะมีความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดู และมีแนวโน้มที่จะส่งต่อความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงดังกล่าวมาสู่คู่รักด้วย<sup>15,16</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าความรู้สึกไม่มั่นคงภายในใจเกิดขึ้นตลอดเวลาเมื่อต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคู่รัก เนื่องจากคู่รักของกรณีศึกษาอาจเสมือนเป็นตัวแทนของผู้เลี้ยงดูคนใดคนหนึ่งจึงกระตุ้นความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ที่กรณีศึกษามีต่อผู้เลี้ยงดู ทำให้กรณีศึกษาพยายามทดสอบความสัมพันธ์



ใกล้ชิดกับคู่รัก เนื่องจากคู่รักของกรณีศึกษาอาจเสมือนเป็นตัวแทนของผู้เลี้ยงดูคนใดคนหนึ่งจึงกระตุ้นความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ที่กรณีศึกษามีต่อผู้เลี้ยงดู ทำให้กรณีศึกษาพยายามทดสอบความสัมพันธ์ที่มีต่อคู่รักอยู่บ่อยครั้งด้วยวิธีการอันหลากหลาย เช่น การเรียกร้องความสนใจมากเกินไป การทำตัวห่างเหินเย็นชา การใช้คำพูดที่รุนแรงทั้งต่อตนเองและคู่รัก หรือการใช้ความรุนแรงทางร่างกาย เพื่อยืนยันรูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่มันมั่นคงของกรณีศึกษา

ในทางกลับกันกรณีศึกษารายหนึ่งที่มีรูปแบบการทำงานภายในจิตใจที่ไม่มั่นคง และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดู แต่สามารถพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงกับคู่รักได้ โดยกรณีศึกษารายนี้มีมุมมองทางบวกทั้งต่อตนเองและคู่รัก มีพฤติกรรม ทศนคติต่อความสัมพันธ์ทางบวก ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวระหว่างกรณีศึกษารายนี้กับกรณีศึกษารายอื่นเป็นผลจากการมีโอกาสรับรู้ความคิด ความรู้สึกทางบวกที่ผู้เลี้ยงดูมีต่อกรณีศึกษา ทำให้กรณีศึกษามีความยืดหยุ่นในการรับรู้มุมมองที่มีต่อผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้กรณีศึกษาสามารถพัฒนาความยืดหยุ่นและความเข้มแข็งทางจิตใจของตนเองขึ้นมาได้ อีกทั้งกรณีศึกษารายนี้มีโอกาสในการเข้าถึงพื้นที่ปลอดภัยหรือแหล่งทรัพยากรทางใจที่สามารถชดเชยความต้องการทางอารมณ์ของกรณีศึกษาได้ในยามที่ต้องการ ซึ่งแหล่งพลังทางใจดังกล่าวเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้กรณีศึกษาฟื้นคืนจากความเจ็บปวดในวัยเด็กได้ ข้อมูลจากกรณีศึกษารายนี้สะท้อนให้เห็นว่าโอกาสในการเข้าถึงประสบการณ์และสภาพแวดล้อมทางบวก หรือการรับรู้มุมมองทางบวกจากผู้เลี้ยงดูเป็นปัจจัยสนับสนุนให้กรณีศึกษาสามารถจัดการกับผลกระทบของประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กของตนได้ ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวของกรณีศึกษารายนี้ไม่พบจากการสัมภาษณ์จากกรณีศึกษารายอื่น ทั้งนี้ Nakazawa กล่าวว่า การสูญเสียพ่อและ/หรือแม่ ในวัยเด็กสามารถส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อเด็ก โดยในเด็กจำนวนร้อยละ 10 ที่สูญเสียผู้ดูแลจะผลักดันให้ตัวเองมีความอดทน แข็งแกร่ง และพึ่งพาตัวเองได้ ทำให้บุคคลต่อสู้ดิ้นรนเพื่อหาทางแก้ปัญหา บางคนสามารถทำสิ่งที่พิเศษและลึกซึ้งได้<sup>11</sup> อีกปัจจัยที่ส่งผล

ต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความผูกพันทางอารมณ์ของกรณีศึกษารายนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลจากการได้รับโอกาสจากคู่รักที่ให้การสนับสนุนทางกายภาพ และทางอารมณ์ เนื่องจากคู่รักของกรณีศึกษารายนี้แสดงความเข้าใจ และตอบสนองทางอารมณ์ต่อกรณีศึกษาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Fraley and Brumbaugh ที่กล่าวไว้ว่าความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ของบุคคลนั้นพัฒนามาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก มีแนวโน้มจะดำเนินไปในลักษณะเดิมนอกจากเกิดเหตุการณ์หรือปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความผูกพันทางอารมณ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอาจเพิ่มหรือลดความมั่นคงของรูปแบบการทำงานภายในจิตใจ ดังนั้นบุคคลที่มีความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงอาจเปลี่ยนแปลงความผูกพันทางอารมณ์เป็นไม่มั่นคงได้หากเกิดเหตุการณ์ที่กระทบต่อมุมมองที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ในทางกลับกันบุคคลที่มีความผูกพันทางอารมณ์แบบไม่มั่นคงเองสามารถเปลี่ยนแปลงความผูกพันทางอารมณ์ไปเป็นแบบมั่นคงได้เช่นกัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม ประสบการณ์ และบริบทชีวิต ณ ขณะนั้น<sup>17</sup>

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ทำการศึกษากับกรณีศึกษาจำนวนหนึ่งเท่านั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการอธิบายเฉพาะกลุ่ม และทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นนี้ ผลการวิจัยจึงอาจยังไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงเชิงพลวัตของความผูกพันทางอารมณ์ในกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร หรือมีปัจจัยใดเป็นสาเหตุของพลวัตที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงควรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น และศึกษาลงลึกในประเด็นสาเหตุของพลวัต รวมถึงในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในการนำผลไปอธิบายกับประชากรกลุ่มใหญ่

### สรุป

ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีต่อคู่รักของผู้ที่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กส่วนใหญ่เป็นรูปแบบความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงเช่นเดียวกับความผูกพันทาง

อารมณ์ที่มีต่อผู้เลี้ยงดูในวัยเด็กของกรณีศึกษา โดยการส่งต่อรูปแบบความผูกพันทางอารมณ์นั้นจะส่งต่อผ่านรูปแบบการทำงานภายในจิตใจของแต่ละบุคคลที่พัฒนาจากประสบการณ์ที่ได้รับในวัยเด็ก คูรักรักในปัจจุบันของกรณีศึกษาเป็นปัจจัยกระตุ้นรูปแบบการทำงานภายในจิตใจในวัยเด็ก ทำให้กรณีศึกษามีพฤติกรรมและทัศนคติต่อคูรักรักคล้ายกับที่มีต่อตนเองและผู้เลี้ยงดูในวัยเด็ก แสดงให้เห็นว่าความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงในวัยเด็กสามารถส่งต่อถึงวัยผู้ใหญ่ได้ อย่างไรก็ตาม

กรณีศึกษาผู้ที่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กจำนวน 1 ใน 5 รายสามารถพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์แบบมั่นคงกับคูรักรักได้ ซึ่งเกิดจากโอกาสในการรับรู้มุมมองทางบวกของผู้เลี้ยงดูในวัยเด็ก โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรทางใจที่ส่งเสริมความสามารถในการฟื้นคืนจากสถานการณ์เลวร้ายได้ มีความตระหนักถึงทรัพยากรทางบวกทางใจใจของตนเอง รวมถึงมีโอกาสนในการได้รับการสนับสนุนทั้งทางร่างกายและอารมณ์อย่างเหมาะสมจากคูรักรักปัจจุบัน

**ความรู้เดิม:** ความผูกพันทางอารมณ์ที่บุคคลมีต่อผู้เลี้ยงดูจะถูกส่งต่อมายังคูรักรัก เป็นคุณลักษณะที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก

**ความรู้ใหม่:** แม้ผู้ที่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กจะส่งต่อรูปแบบความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงมายังคูรักรัก แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หากมีโอกาสได้รับมุมมองทางบวกจากผู้เลี้ยงดู มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง เข้าถึงพื้นที่ปลอดภัยหรือแหล่งทรัพยากรทางใจ และได้รับการสนับสนุนทางร่างกายและอารมณ์จากคูรักรัก

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้:** บุคลากรที่ทำงานด้านการช่วยเหลือเยียวยาทางจิตใจสามารถเข้าใจผู้รับบริการที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กมากขึ้น ตระหนักถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความผูกพันทางอารมณ์ในวัยผู้ใหญ่ และให้ความช่วยเหลือที่ทุกข้อใจกับปัญหาความสัมพันธ์กับคูรักรักได้อย่างเข้าใจมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Public Health Wales and Welsh Government. Measuring the health and well-being of a nation public health outcomes framework for Wales [Internet]. Cardiff: Welsh Government; 2016 [cited 2017 Mar 17]. Available from: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/160329frameworken.pdf>
2. Indra T, Anita P. The impact of childhood family experience on partnership problems and birth-rate in adulthood. Society Integration Education (Proceedings of the International Scientific Conference). 2016;1:531-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.17770/sie2016vol1.1533>
3. ศุภกาญจน์ ภักดี. การสะท้อนตัวตนของเด็กหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ: กรณีศึกษา [Self-reflection of girl sexually abuse: a case study] [การค้นคว้าแบบอิสระ]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
4. Mihaela B. How does childhood trauma affect trust? [Internet]. Newburyport MA: Psych Central; 2016 [cited 2017 Oct 24]. Available from: <https://blogs.psychcentral.com/practical-psychoanalysis/2016/05/how-does-childhood-trauma-affect-trust>
5. Colman RA, Widom CS. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. Child Abuse Negl. 2004;28:1133-51. doi:10.1016/j.chiabu.2004.02.005.
6. Fraley CR. Attachment stability from infancy to adulthood: meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. Personality and Social Psychology Review. 2002;6(2):123-51. Available from: [https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602\\_03](https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03)

7. Fraley RC, Vicary AM, Brumbaugh CC, Roisman GI. Patterns of stability in adult attachment: an empirical test of two models of continuity and change. *J Pers Soc Psychol*. 2011;101(5):974-92. doi:10.1037/a0024150.
8. ประเวศน์ มหารัตน์สกุล. หลักการและวิธีการเขียนงานวิจัยวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ [Principles and how to write a research dissertation thesis]. กรุงเทพฯ: ปัญญานาน; 2557.
9. National Council of Juvenile and Family Court Judges. Finding your ACEs scores [Internet]. Nevada: National Council of Juvenile and Family Court Judges; 2006 [cited 2017 Oct 24]. Available from: <https://www.ncjfcj.org/>.
10. Summit RC. Abuse of the child sexual abuse accommodation syndrome. *J Child Sex Abus*. 1993;1(4):153-64. doi:10.1300/J070v01n04\_13.
11. นากาซาวา ดีเจ. เกินกว่าเจ็บปวด [Childhood disrupted: how your biography becomes your biology and how you can heal]. เอกชัย อัครวนฤนาท, ผู้แปล. กรุงเทพฯ: Oh My God; 2015.
12. Haskuka M, Sunar D, Alp IE. War exposure, attachment style, and moral reasoning. *J Cross Cultl Psychol*. 2008;39:381-401. doi:10.1177/0022022108318113.
13. Levy TM, Orlans M. Attachment disorder as an antecedent to violence and antisocial patterns in children. In: Evergreen Consultants in Human Behavior, editors. *Handbook of attachment interventions*. Colorado: Academic Press; 2001. p. 1-26.
14. Muris P, Meesters C, Morren M, Moorman L. Anger and hostility in adolescents: relationships with self-reported attachment style and perceived parental rearing styles. *J Psychosom Res*. 2004;57:257-64. doi:10.1016/S0022-3999(03)00616-0.
15. Johnson SM, Whiffen VE. Attachment processes in couple and family therapy. New York: Guilford Press; 2003.
16. Johnson SM, Bradley B, Furrow JL, Lee A, Palmer G, Tilley D, et al. *Becoming an emotionally focused couple therapist: The workbook*. New York: Taylor & Francis; 2013.
17. Fraley RC, Brumbaugh CC. A dynamical systems approach to conceptualizing and studying stability and change in attachment security. In: Rholes W, Jeffry AS, editors. *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford press; 2004. p. 86-132.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วันรับ : 16 พฤศจิกายน 2562

วันแก้ไข : 27 กรกฎาคม 2563

วันที่ตอบรับ : 29 กรกฎาคม 2563

ศุทรา เอื้ออภิสวัสดิ์, พ.บ., วท.ม.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่เกี่ยวข้องต่อการเกิด หรือการคงอยู่ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ซึมเศร้าเปรียบเทียบกับวัยรุ่นทั่วไป

**วิธีการ:** เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ในวัยรุ่นอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาคือ วัยรุ่นซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และกลุ่มเปรียบเทียบคือ วัยรุ่นระดับมัธยมศึกษา ตอนปลายในโรงเรียนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กลุ่มละ 35 คน ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) และแบบสำรวจ สัมพันธภาพครอบครัวไทย เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของครอบครัว และเปรียบเทียบปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ระหว่างวัยรุ่นสองกลุ่ม

**ผล:** วัยรุ่นซึมเศร้า และวัยรุ่นทั่วไป อายุเฉลี่ย  $16.4 \pm 1.09$  ปี และ  $16.8 \pm 1.15$  ปี ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยของอายุและสัดส่วน ของเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มมีโครงสร้างคล้ายคลึงกันคือ อยู่กับทั้งพ่อและแม่ พ่อแม่อยู่ในสถานภาพสมรส คะแนนแบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทยในกลุ่มวัยรุ่นซึมเศร้ามีคะแนน ต่ำกว่ากลุ่มวัยรุ่นทั่วไปทั้งคะแนนรวมและคะแนนแยกรายด้านในทุกด้าน ด้านที่วัยรุ่นซึมเศร้ามีคะแนนต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไปอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ คือด้านการทำกิจกรรมร่วมกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ  $7.77 \pm 0.55$  และ  $9.29 \pm 0.51$  ( $p$ -value = 0.047) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองของวัยรุ่นซึมเศร้าที่มารักษา มีสัดส่วนของระดับการ ศึกษาที่สูงกว่าผู้ปกครองของวัยรุ่นทั่วไป

**สรุป:** วัยรุ่นซึมเศร้ามีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป ในด้านการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว โดยปัจจัยด้าน โครงสร้างครอบครัวและสถานภาพสมรสของพ่อแม่ไม่แตกต่างกันระหว่างวัยรุ่นสองกลุ่ม

**คำสำคัญ:** วัยรุ่น ซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว

**ติดต่อผู้นิพนธ์:** ศุทรา เอื้ออภิสวัสดิ์; e-mail: suthraua@gmail.com

## Original article

## A study of association between family relationship and adolescent depression

Received : 16 November 2019

Revised : 27 July 2020

Accepted : 29 July 2020

Suthra Auapisithwong, M.D., Msc.

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

### Abstract

**Objective:** A study of family relationship as a factor associated with the development and maintenance of adolescent depression between depressed and general adolescent.

**Methods:** A cross-sectional analytic study was performed on 70 samples. Studied group included 35 depressed clients in Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, while compared group included 35 secondary school students in Bangkok. Thai version of patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A) was used to assess depressive symptoms, and family's relationship questionnaires was compared relationship factors between two groups.

**Results:** Studied group and compared group showed average age of  $16.4 \pm 1.09$  and  $16.8 \pm 1.15$  years, respectively. No significant difference between age and gender of both groups. Family's relationship questionnaire demonstrated lower score in depressed group than general group in every domain and overall score. Significant difference was found in quality time domain with average score of  $7.77 \pm 0.55$  and  $9.29 \pm 0.51$  ( $p$ -value = 0.047), respectively. There was no difference in family structure or marital status between two groups; however, parental education showed significant higher in studied group.

**Conclusion:** Depressed adolescents showed significant poorer family relationship in quality time domain. While, family structure or marital status were not different between both groups.

**Keywords:** adolescent, depression, family relationship

**Corresponding author:** Suthra Auapisithwong; e-mail: suthraua@gmail.com

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก มีการคาดการณ์ว่าจะเป็นลำดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ในปี พ.ศ. 2563<sup>1</sup> จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability: YLD) จากโรคซึมเศร้าของประชากรไทย ในเพศหญิงจัดเป็นลำดับที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 5.1 ของการสูญเสียจากทุกสาเหตุรวมกัน ในขณะที่เพศชาย จัดเป็นลำดับที่ 16 คิดเป็นร้อยละ 1.5<sup>2</sup> จากการสำรวจภาวะบิดาวิทยาของคนไทยระดับชาติในปี พ.ศ. 2556 โดยกรมสุขภาพจิตพบความชุกชั่วชีวิตของโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.8<sup>3</sup> ในขณะที่ผลสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในวัยรุ่นไทย โดย ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และคณะ ในปี 2559 พบว่า วัยรุ่นอายุระหว่าง 13-17 ปี มีความชุกชั่วชีวิตของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.0<sup>4</sup> ข้อมูลระดับชาติดังกล่าว สอดคล้องกับค่าคาดคะเนความชุกของโรคซึมเศร้าโดยองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทยของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี ในอัตราร้อยละ 0.3-2.1<sup>5</sup> ซึ่งวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะสัมพันธ์กับปัญหาการเรียน พบอัตราการขาดเรียนสูงขึ้นเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ยิ่งไปกว่านั้นโรคซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุการตายหลักและการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตได้ปกติของกลุ่มเยาวชนทั่วโลก นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสังคม การก่อคดีหรือตั้งครรภในวัยรุ่นได้ ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา<sup>6,7</sup>

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีการศึกษาในประเทศไทยหลายรูปแบบ การศึกษาโดย ณิชากัทธ รุจิรดาพร<sup>8</sup> ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จำนวน 1,700 คน พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหาการเงินในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับบิดาและมารดา และสถานภาพสมรสของบิดามารดา เช่นเดียวกับแก้วตา สีสาทระการกุล<sup>9</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของ

ครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 469 คน พบว่านักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ำกว่านักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ และความผูกพันทางอารมณ์

Lue และคณะ<sup>10</sup> ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในประเทศไต้หวันจำนวน 1,599 คน พบว่าปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าแบบแปรผันตรงที่สำคัญที่สุดคือ การเลี้ยงดูแบบตำหนิติเตียน ซึ่งพบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนหญิงมากกว่านักเรียนชาย ในขณะที่การศึกษาของพ่อแม่แปรผกผันกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นอกจากนี้การศึกษาแบบไปข้างหน้าในระยะเวลา 2 ปีครึ่งของ Rabinowitz และคณะ<sup>11</sup> ในวัยรุ่นจำนวน 547 คน พบว่าอาการทางอารมณ์ (internalizing symptoms) และอาการทางพฤติกรรม (externalizing symptoms) ในวัยรุ่นแสดงออกมาจากผลรวมของบุคลิกภาพของวัยรุ่นในเรื่องความไวในการตอบสนองต่ออารมณ์ลบกับความกลมเกลียวในครอบครัว คณะวิจัยพบว่าวัยรุ่นที่มีความไวในการตอบสนองต่ออารมณ์ลบสูงเมื่ออยู่ในครอบครัวที่มีความกลมเกลียวต่ำ จะนำไปสู่การเกิดทั้งปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมได้มากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีความกลมเกลียวสูงกว่า รวมถึงผลการทบทวนและวิจัยเชิงสังเกตการณ์ของ Schwartz และคณะ<sup>12,13</sup> ที่ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ เพื่อพิสูจน์ความเชื่อมโยงระหว่างอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น และการตอบสนองด้านบวกและลบของพ่อแม่ พบว่าพฤติกรรมรุนแรงของพ่อแม่และการตอบสนองทางบวกจากพ่อแม่ต่ำส่งผลเพิ่มอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากหลักฐานดังกล่าว การคำนึงถึงวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าบนพื้นฐานของบริบทครอบครัว ทำให้เข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นในเชิงระบบมากกว่าเพียงปัจจัยส่วนบุคคล และเห็นได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นได้ทั้งปัจจัยเปราะบาง (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) รวมถึงปัจจัยซ้ำเติม (perpetuating

factors) ของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น จึงนำมาสู่การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาระหว่างวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และวัยรุ่นทั่วไปในครั้งนี้

จุดมุ่งหมายของการศึกษานี้เพื่อต้องการค้นหาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่ส่งผลต่อการเกิด หรือการคงอยู่ของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการป้องกัน รวมถึงการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับวัยรุ่นซึมเศร้าต่อไป

**วิธีการ**

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional analytical study design) โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือวัยรุ่นซึมเศร้า และวัยรุ่นทั่วไป กลุ่มศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัยรุ่นซึมเศร้าที่รักษาในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ อายุระหว่าง 15-18 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) และอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา ไม่มีอาการโรคจิตหรือความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถานศึกษาในกรุงเทพฯ ที่สมัครใจร่วมโครงการวิจัยและไม่มีประวัติเคยได้รับการรักษาด้านสุขภาพจิตมาก่อน โดยทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จนกว่าจะครบตามกำหนด คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร

$$n_{case} = \left[ \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(exposure|case), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(exposure|control), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{control}}{n_{case}}$$

โดย P1 = 0.44 และ P2 = 0.1<sup>5</sup> ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องเก็บทั้งสิ้น 70 คน แบ่งกลุ่มละ 35 คน พื้นที่เป้าหมายเลือกอย่างจำเพาะเจาะจง คือ กรุงเทพมหานคร

โดยเลือกโรงเรียนตามโครงการณรงค์ส่งเสริมการเข้าถึงความรู้สุขภาพจิตสำหรับวัยรุ่น ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่วัยรุ่นประเมินด้วยตัวเองทั้งหมด 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสอบถามอายุ เพศ องค์ประกอบของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา และระดับการศึกษาสูงสุดของบิดาหรือมารดา 2) แบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทย<sup>14</sup> ข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ พัฒนาขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2552 โดยสำนักพัฒนาสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต ใช้เพื่อสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวในภาพรวมจากสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป แบ่งมิติของสัมพันธภาพเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความผูกพันเอื้ออาทร ด้านการสื่อสาร ด้านการทำกิจกรรมร่วมกัน และด้านบทบาทหน้าที่ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความสอดคล้องภายในและความตรงเชิงโครงสร้างสูง ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่าเหมาะกับการให้วัยรุ่นประเมินด้วยตัวเองเนื่องจากข้อคำถามไม่มาก และครอบคลุมมิติด้านความสัมพันธ์ครบถ้วน แม้จะยังไม่มีภาระกณฑ์ปกติ หรือคะแนนจุดตัดจากประชากรทั้งประเทศ และ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A)<sup>15</sup> ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ พัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

กลุ่มทดลองคัดเลือกโดยผู้วิจัยตรวจสอบผู้รับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงได้รับความยินยอมในการร่วมการวิจัยนี้เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองและวัยรุ่น กลุ่มเปรียบเทียบคัดเลือกโดยผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายตามโครงการส่งเสริมการเข้าถึงความรู้สุขภาพจิตสำหรับวัยรุ่นจนครบตามจำนวน และประชาสัมพันธ์นักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สอบถามประวัติการรักษาทางจิตเวชตามเกณฑ์การคัดออก จากนั้นชี้แจงความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงได้รับความยินยอมในการร่วมการวิจัยนี้เป็นลายลักษณ์อักษรจากนักเรียน และขอให้นักเรียนนำใบความยินยอมฉบับผู้ปกครองกลับไปให้ผู้ปกครองลงนาม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test และหาความแตกต่างของปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ chi-square โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในคนของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ CAMRI-IRB-2562-003 เมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2562

## ผล

ประชากรตัวอย่าง ทั้งสิ้น 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน อายุเฉลี่ย สัดส่วนของเพศหญิง โครงสร้างและองค์ประกอบของครอบครัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และพ่อแม่และมีสถานภาพสมรส ส่วนการศึกษาของผู้ปกครองพบว่าผู้ปกครองของวัยรุ่นซึมเศร้ามักมีการศึกษาในระดับสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 1

จากผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นด้วยตัวเองโดยใช้แบบประเมิน PHQ-A พบว่า คะแนนรวมของ PHQ-A ในกลุ่มวัยรุ่นซึมเศร้าที่รักษามาไม่เกิน 6 เดือน มีคะแนนสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจัดระดับซึมเศร้าตามคะแนน PHQ-A เป็น 5 ระดับ คือ ไม่ซึมเศร้า ซึมเศร้าเล็กน้อย ซึมเศร้าปานกลาง ซึมเศร้ามาก และซึมเศร้ารุนแรง ในกลุ่มศึกษาวัยรุ่นจำนวนมากกว่าสามในสี่อยู่ในระดับซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบประมาณสามในสี่อยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อยลงมา

ส่วนคะแนนแบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทย ในกลุ่มวัยรุ่นซึมเศร้ามักมีคะแนนต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป ทั้งคะแนนรวมและคะแนนแยกรายด้านในทุกด้าน โดยด้านที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านการทำกิจกรรมร่วมกัน ดังตารางที่ 2

## วิจารณ์

ผลการเปรียบเทียบสัมพันธภาพในครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าวัยรุ่นซึมเศร้ามักมีแนวโน้มจะให้คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป โดยมีด้านที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญคือ ด้านการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ 1) ในครอบครัวของท่านมีช่วงเวลาที่ จะพูดคุยกัน ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 2) ในครอบครัวของท่านมีการทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกัน เช่น การท่องเที่ยว การดูภาพยนตร์ การรับประทานอาหารนอกบ้าน 3) แม้ช่วงเวลาที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวจะมีน้อยแต่เป็นช่วงเวลาที่มีความสุข 4) ในครอบครัวของท่านมีการทำกิจกรรมร่วมกันภายในบ้าน เช่น การรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน การดูทีวี เป็นต้น และ 5) ในครอบครัวของท่านเคารพความเป็นส่วนตัวของกันและกัน คะแนนในมิติการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวนี้สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของช่วงเวลาคุณภาพของครอบครัวซึ่งสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Restifo K และ Bögels S<sup>16</sup> ที่พบทวนปัจจัยด้านครอบครัวที่นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่ามีหลักฐานจากการศึกษาไปข้างหน้าที่หนักแน่นว่าอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นสัมพันธ์กับการดูแลที่ไม่มากพอของพ่อแม่มากกว่าการดูแลที่มากเกินไป รวมทั้งพบว่าวัยรุ่นซึมเศร้าให้ข้อมูลว่า ครอบครัวมีส่วนร่วมกับการผ่อนคลายนอกบ้านน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่ซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการวิจัยเชิงสังเกตการณ์ โดย Schwartz OS และคณะในปี 2012<sup>12</sup> ที่พบว่า พฤติกรรมหรือคำพูดที่เกเรยวกราดและรุนแรงของพ่อแม่ขณะการวางแผนทำกิจกรรมร่วมกับวัยรุ่น สัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้าที่มากกว่าของวัยรุ่น ซึ่งเป็นข้อมูลที่นักวิจัยได้ผ่านการสังเกต เพิ่มเติมจากการให้วัยรุ่นประเมินด้วยตัวเอง ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า พ่อแม่ของวัยรุ่นซึมเศร้ามักตอบสนองทางอารมณ์บวกเมื่อวัยรุ่นแสดงอารมณ์ด้านบวกในระดับต่ำกว่าพ่อแม่ของวัยรุ่นทั่วไป จึงสนับสนุนว่าเมื่อวัยรุ่นซึมเศร้าแสดงอารมณ์บวก หรือพฤติกรรมบวกขึ้น แต่ไม่ได้รับการเสริมพลังด้วยอารมณ์บวกจากพ่อแม่ จะส่งผลต่อการคงอยู่ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้



ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 35)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
อายุ (ปี) mean ± SD	16.4 ± 1.09	16.8 ± 1.15	0.14
เพศ			0.10
หญิง	32 (91.4)	27 (77.1)	
ชาย	3 (8.6)	8 (22.9)	
องค์ประกอบครอบครัว			0.59
อยู่กับพ่อและแม่	22 (62.8)	21 (60.0)	
อยู่กับพ่อหรือแม่	11 (31.4)	11 (31.4)	
อยู่กับญาติที่ไม่ใช่พ่อแม่	2 (5.7)	3 (8.5)	
สถานภาพพ่อแม่			0.53
อยู่ด้วยกัน	23 (65.7)	20 (57.1)	
แยกทางกัน	11 (31.4)	15 (42.8)	
เสียชีวิต	1 (2.8)	0	
ระดับการศึกษาของพ่อแม่			0.00
ประถมศึกษาลงไป	1 (2.8)	9 (25.7)	
มัธยมศึกษา	8 (22.9)	15 (42.86)	
ปริญญาตรี	26 (74.2)	11 (31.4)	

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประเด็น	ค่าคะแนน; mean ± SD		p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 35)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
ภาวะซึมเศร้า			0.10
คะแนน PHQ-A	13.74 ± 5.16	7.26 ± 2.90	0.00*
สัมพันธ์ภายในครอบครัว			0.59
ด้านความผูกพันเอื้ออาทร	17.09 ± 5.17	18.51 ± 5.18	0.25
ด้านการสื่อสาร	10.60 ± 4.10	11.63 ± 3.24	0.25
ด้านการทำกิจกรรมร่วมกัน	7.77 ± 3.24	9.29 ± 3.03	0.047*
ด้านบทบาทหน้าที่	6.14 ± 2.12	6.23 ± 1.80	0.86
คะแนนรวม	41.6 ± 12.54 (12.66)	45.66 ± 11.61	0.17

\* p-value &lt; 0.05

การศึกษาเรื่องแนวทางการเลี้ยงดูลูกวัยรุ่นของพ่อแม่เพื่อช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล โดย Marie B. H. Yap และคณะ<sup>17</sup> ได้ข้อสรุปจากการระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่าวิธีดูแลเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของลูกวัยรุ่นจากโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ได้แก่ พ่อแม่มีส่วนเกี่ยวข้องและสนับสนุนการเป็นตัวของตัวเอง พ่อแม่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกวัยรุ่น จัดสรรเวลาสำหรับทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกัน รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน รวมทั้งสนับสนุนให้ลูกมีกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าข้อเสนอแนะเหล่านี้จะเป็นความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญตะวันตก แต่จากความคิดเห็นและแหล่งอ้างอิงที่หลากหลายสอดคล้องกับพัฒนาการวัยรุ่นในระดับสากล จากหลักฐานดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า มิติด้านการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมีการศึกษาสนับสนุนว่านอกเหนือจากปริมาณการทำกิจกรรมร่วมกันแล้ว คุณภาพของการทำกิจกรรมก็ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งทำให้ไม่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ จึงมีความเป็นไปได้ว่าการมีกิจกรรมในครอบครัวน้อย อาจเกิดก่อนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น หรืออาจจะเกิดตามหลังภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การไม่พบความแตกต่างของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มในสัมพันธภาพครอบครัวในอีก 3 มิติที่เหลือ คือ ความผูกพัน อี้อาหาร ด้านการสื่อสาร และด้านบทบาทหน้าที่ ดังเช่นงานวิจัยของแก้วตา<sup>8</sup> อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้วัดแตกต่างกัน กล่าวคือ งานวิจัยก่อนหน้าใช้แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn family inventory: CFI)<sup>18</sup> ที่สอบถามความคิดเห็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีเกณฑ์คะแนนแยกย่อยที่แบ่งการปฏิบัติหน้าที่เป็น 7 ด้าน ซึ่งแตกต่างจากแบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

สำหรับการศึกษาปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น การศึกษานี้ไม่พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีความแตกต่างกันในวัยรุ่นซึมเศร้าและวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งแตกต่างจากการการศึกษาของณิชาภัทร<sup>8</sup> ที่พบว่า

สถานภาพสมรสของพ่อแม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจากการประเมินตัวเอง โดยวัยรุ่นที่ให้คะแนนจัดอยู่ในเกณฑ์ซึมเศร้ามาจากครอบครัวแตกแยกมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม การประเมินกลุ่มวัยรุ่นซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวินิจฉัยยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลที่ได้แตกต่างจากการวิจัยที่ผ่านมาของทั้งแก้วตาและณิชาภัทร ส่วนระดับการศึกษาของบิดามารดาในการศึกษานี้พบว่า มีผู้ปกครองของวัยรุ่นซึมเศร้าที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีจำนวนมากกว่าสองเท่าของผู้ปกครองกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป เป็นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นเพียงว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครองจะแปรผันตรงกับการเข้ารับการรักษาด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าการศึกษาของผู้ปกครองสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเนื่องจากตัวแปรด้านบริบทไม่ได้ถูกควบคุม

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ กลุ่มเป้าหมายจำนวนน้อยอาจจะทำให้ไม่พบความแตกต่างของสัมพันธภาพในด้านอื่นๆ ระหว่างสองกลุ่ม ยิ่งไปกว่านั้น ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถแยกย่อยได้เป็นหลายระดับ กล่าวคือระดับปัจจัยส่วนบุคคลของพ่อแม่ ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส รวมทั้งการเลี้ยงดู การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยทุกระดับ ทำให้เห็นเพียงภาพของสัมพันธภาพของครอบครัวโดยรวมตามความเห็นของวัยรุ่นเท่านั้น นอกจากนี้ ข้อจำกัดในการสุ่มประชากร ทำให้ลักษณะทางสังคมจิตวิทยาบางประการเป้าหมายของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน ส่งผลลอคติต่อผลการวิจัยได้

อย่างไรก็ตาม การค้นหาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่เกี่ยวข้องในเชิงสาเหตุต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น จะมีความแน่ชัดมากขึ้นหากใช้การศึกษาแบบไปข้างหน้า นอกจากนี้ การได้ข้อมูลจากแบบประเมินโดยวัยรุ่นเป็นผู้ประเมินเพียงฝ่ายเดียว เป็นแหล่งข้อมูลตามธรรมชาติของวัยรุ่นเท่านั้น ซึ่งอาจจะมีมุมมองที่มีผลกระทบจากภาวะซึมเศร้ามารบกวน ทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างจากผู้ปกครอง การลอคติจากการประเมินด้วยตัวเองนี้อาจทำได้

โดยเพิ่มกระบวนการสังเกตเข้ามาประเมินสัมพันธภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลยืนยันอีกทางหนึ่ง เป็นโอกาสในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

**สรุป**

วัยรุ่นซึมเศร้ามีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป โดยมีแนวโน้มที่จะมีกิจกรรมร่วมกันครอบครัวต่ำ เปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นสองกลุ่มที่มีปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัว และสถานภาพสมรสของพ่อแม่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งมี

หลักฐานสนับสนุนเรื่องเวลาคุณภาพในครอบครัวระหว่างวัยรุ่นและผู้ปกครอง ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ที่ส่งผลต่อการเกิดและคงอยู่ของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ ประโยชน์ของการศึกษานี้เพื่อเพิ่มความตระหนักของปัญหาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว และสามารถนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมป้องกัน รวมทั้งบำบัดรักษาวัยรุ่นซึมเศร้า บนพื้นฐานของการสร้างเสริมสัมพันธภาพของครอบครัวให้เข้มแข็งและยั่งยืน

**ความรู้เดิม:** วัยรุ่นซึมเศร้ามีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป

**ความรู้ใหม่:** การทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มีแนวโน้มจะส่งผลต่อการเกิดและคงอยู่ของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

**ประโยชน์ที่ได้รับ:** สัมพันธภาพในครอบครัวโดยเฉพาะการทำกิจกรรมร่วมกันมีผลต่อโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมป้องกัน หรือบำบัดรักษาวัยรุ่นซึมเศร้าควรคำนึงถึงพื้นฐานของการสร้างเสริมสัมพันธภาพของครอบครัวร่วมด้วย

**เอกสารอ้างอิง**

1. Scott J, Dickey B. Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. *Brit J Psychiatry*. 2003;183:92-4. doi:10.1192/bjpp.183.2.92.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Years: DALYs: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 [The national burden of diseases and injuries among the Thai population in 2014]. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2562]. จาก: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/2b73be3a-d98b-e711-80e3-00155d65ec2e>
3. พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันตริงสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัจฉนาคกรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai National Mental Health Survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25:1-19. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/129426>
4. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิสัตย์, รสสุคนธ์ ชมชื่น. ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี [The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 years]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2016;26:141-53. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/79460/63495>
5. UNICEF Thailand. A situation analysis of adolescents in Thailand 2015-2016 [Internet]. Bangkok: UNICEF Thailand Country Office; 2018. [cited 2019 Nov 5]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/reports/situation-analysis-adolescents-thailand-2015-2016>.
6. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1503-26. doi:10.1097/chi.0b013e-318145ae1c.

7. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า [Clinical practice guideline for adolescents with depression]. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2560.
8. ณิชากัทธ รุจิรดาพร. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร [Depression in senior high school students of office of the basic education commission, Ministry of Education in Bangkok Metropolis] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
9. แก้วตา ลีลาตระการกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี [The correlation between depression and family functioning in seventh grade students in Ubonratchathani province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
10. Lue BH, Wu WC, Yen LL. Expressed emotion and its relationship to adolescent depression and antisocial behavior in northern Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2010; 109:128-37. doi:10.1016/S0929-6646(10)60033-2.
11. Rabinowitz JA, Osigwe I, Drabick DAG, Reynolds MD. Negative emotional reactivity moderates the relations between family cohesion and internalizing and externalizing symptoms in adolescence. *J Adolesc.* 2016; 53:116-26. doi:10.1016/j.adolescence.2016.09.007.
12. Schwartz OS, Sheeber LB, Dudgeon P, Allen NB. Emotion socialization within the family environment and adolescent depression. *Clin Psychol Rev.* 2012;32:447-53. doi:10.1016/j.cpr.2012.05.002.
13. Schwartz OS, Dudgeon P, Sheeber LB, Yap MB, Simmons JG, Allen NB. Parental behaviors during family interactions predict changes in depression and anxiety symptoms during adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40:59-71. doi:10.1007/s10802-011-9542-2.
14. พรรณี ภาณุวัฒน์สุข, อมรากุล อินโอชานนท์, กาญจนาวณิชชรมณีย์, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, ัญญลักษณ์ แก้วเมือง. การพัฒนาแบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทย [Development of the family's relationship questionnaire among Thai family]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2554;19:103-14. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/980>
15. วิมลวรรณ ปัญญาว่าวอง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย [Development of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)]. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง; 2561.
16. Restifo K, Bögels S. Family processes in the development of youth depression: translating the evidence to treatment. *Clin Psychol Rev.* 2009;29: 294-316. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.005.
17. Yap MB, Pilkington PD, Ryan SM, Kelly CM, Jorm AF. Parenting strategies for reducing the risk of adolescent depression and anxiety disorders: a Delphi consensus study. *J Affect Disord.* 2014;156:67-75. doi:10.1016/j.jad.2013.11.017.
18. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว [Family therapy and family counseling]. กรุงเทพฯ: ชันต้า การพิมพ์; 2556.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยง ในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

วันรับ : 26 กันยายน 2562  
วันแก้ไข : 27 กรกฎาคม 2563  
วันตอบรับ : 29 กรกฎาคม 2563

อัจฉรา มุ่งพานิช, วท.ม.<sup>1</sup>, กิตติยา กุดกุง, ศศ.ม.<sup>2</sup>  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์<sup>1</sup>  
เรือนจำกลางขอนแก่น<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

**วิธีการ:** เลือกกลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครในเรือนจำ และตามเกณฑ์การคัดเลือก ( $n = 24$ ) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน 1 ครั้ง/สัปดาห์ 8 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที กลุ่มควบคุม 12 คน เข้ากิจกรรมปกติ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย สติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ประเมินก่อน/หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test

**ผล:** ผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีภาวะซึมเศร้าลดลงและเมตตาต่อตนเองสูงขึ้นหลังการทดลองในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยไม่พบความแตกต่างของคะแนนทั้ง 6 ตัวแปรระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แต่พบกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง และเมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**สรุป:** การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้โดยตรง แต่สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นได้ โดยต้องใช้เวลาในการฝึกฝนระยะหนึ่ง

**คำสำคัญ:** กลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐาน ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผู้ต้องขัง

**ติดต่อผู้นิพนธ์:** อัจฉรา มุ่งพานิช; e-mail: nuymu@yahoo.com

## Original article

# Effect of mindfulness-based therapy and counseling group on suicidal risk of prisoners

Received : 26 September 2019

Revised : 27 July 2020

Accepted : 29 July 2020

Artchara Mungpanich, M.Sc.<sup>1</sup>, Kitiya Kudkung, M.A.<sup>2</sup>

KhonKaen Rajanagarindra Hospital<sup>1</sup>

KhonKaen Central Prison<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** To study the effects of a mindfulness-based therapy and counseling group on suicidal risks of inmates.

**Methods:** The study sample consisted of volunteer prisoners and inclusion criteria (n = 24). They were conducted a matched case-control study with 12 prisoners who received mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) group of 90 to 120-minute sessions per week for 8 weeks (cases). Participants, 12 prisoners, received only routine activities of prison (controls). Measurements evaluated pre-post intervention and follow-up at 1 month included: stress test, 9-questionnaire for depression, 8-questionnaire for suicide, mindfulness assessment scale, self-compassion scale, and compassion scale to others. Data were analyzed by descriptive statistics, Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test.

**Results:** The result showed reduction of mean of suicide risk score from post-test of experiment group which was statistically significant, and showed a decrease in the mean scores of depression and an increase in the mean scores of self-compassion between post-test and follow-up, which was statistically significant ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in 6 scores between the control group and the experimental group, between pre-test and post-test. However, in the follow-up period, prisoners with MBTC group showed a decrease in the mean of depression and an increase in the mean of other-compassion more than the control group which was statistically significant ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** We cannot conclude that MBTC can reduce the risk of suicide directly, but MBTC can reduce depression and increase other compassion, which needs time to practice.

**Keywords:** mindfulness-based therapy and counseling group, prisoner, suicide

**Corresponding author:** Artchara Mungpanich; e-mail: nuymu@yahoo.com

## บทนำ

ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์รายงานว่าในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ต้องขังที่พิการทางจิตใจและพฤติกรรม จำนวน 314 คน และในแต่ละปีพบผู้ต้องขังที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิตหรือเป็นโรคจิตเภท เฉลี่ยปีละ 3,000 คน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังศาลพิพากษาจำคุกโดยเฉพาะผู้ต้องขังที่กระทำผิดครั้งแรก อาการซึมเศร้าจากการถูกตัดขาดจากโลกภายนอกเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง โดยในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ต้องขังที่เสียชีวิตผิดธรรมชาติที่เป็นนักโทษเด็ดขาด 70 คน โดย 24 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย<sup>1</sup> ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 สถาบันกัลยาณ์ราชชนครินทร์ได้ศึกษาความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำพิเศษธนบุรี พบผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 36.2 ได้แก่ มีภาวะความเครียด นอนไม่หลับ พบว่าป่วยเป็นโรคจิต ร้อยละ 7.7 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.4 โรควิตกกังวล ร้อยละ 7.8 และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.2 นำมาซึ่งการร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกายและจิตของผู้ต้องขังของกรมราชทัณฑ์และกระทรวงสาธารณสุข เน้นการตรวจคัดกรองหาผู้ต้องขังที่มีปัญหาทั้งรายเก่ารายใหม่เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ฟันฟู การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต<sup>2</sup>

อย่างไรก็ตาม จากรายงานการบริการสถานพยาบาลเรือนจำกลางขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ.2557-2559 พบการพยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2 รายต่อปี และในปี พ.ศ.2559 มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย ข้อสันนิษฐานถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายน่าจะเกิดจากภาวะตึงเครียดสูง มีโรคทางกายที่รักษาไม่ได้ ปัญหาหนี้สิน ปัญหาครอบครัว และการถูกตัดสินโทษเป็นเวลานาน เกิดความรู้สึกว่าตนไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จึงตัดสินใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต เช่นเดียวกับผลการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังพบปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีประวัติโรคทางจิตเวชและสารเสพติดก่อนจำคุก และความเครียดทางสังคมจิตใจ<sup>3-5</sup>

จากรายงานการวิจัยของต่างประเทศ พบโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังมีการนำการฝึกสติและสมาธิร่วมกับแนวคิดทางจิตวิทยาในการพัฒนาจิตใจแก่ผู้ต้องขัง สามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า และปัญหาการนอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>6,7</sup> นอกจากนี้ การศึกษาพบว่าสติเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย<sup>8,9</sup> จากการศึกษาวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) พบแนวคิดทางจิตวิทยาที่นำแนวคิดเรื่องการฝึกสติ (mindfulness) ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ cognitive behavioural therapy (CBT)<sup>7</sup> และ dialectical behavior therapy (DBT)<sup>7,10</sup> โดย CBT เน้นการจัดการกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ในขณะที่ DBT สามารถลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ แต่ไม่สามารถสรุปผลได้ว่า DBT มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย<sup>10</sup>

ในประเทศไทย เดิมมีการใช้ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังในกรมราชทัณฑ์ แต่ไม่มีการกำหนดอย่างเป็นทางการ ส่วนใหญ่เน้นพิธีกรรมทางศาสนา ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 ได้นำสมาธิหลักสูตรการอบรมสัปดาห์สมาธิแก่ผู้ต้องขังโดยใช้เวลาในการอบรม 40 วัน เป็นหลักสูตรที่สอนการปฏิบัติธรรม และทำสมาธิเพื่อพัฒนาชีวิตผู้ต้องขัง<sup>11</sup> แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการนำการฝึกสติมาใช้ในผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก่อน การศึกษาครั้งนี้เป็นการหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยสติเป็นพื้นฐาน ร่วมกับการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์<sup>12</sup> โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ และความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นในผู้ต้องขังเรือนจำกลางขอนแก่น

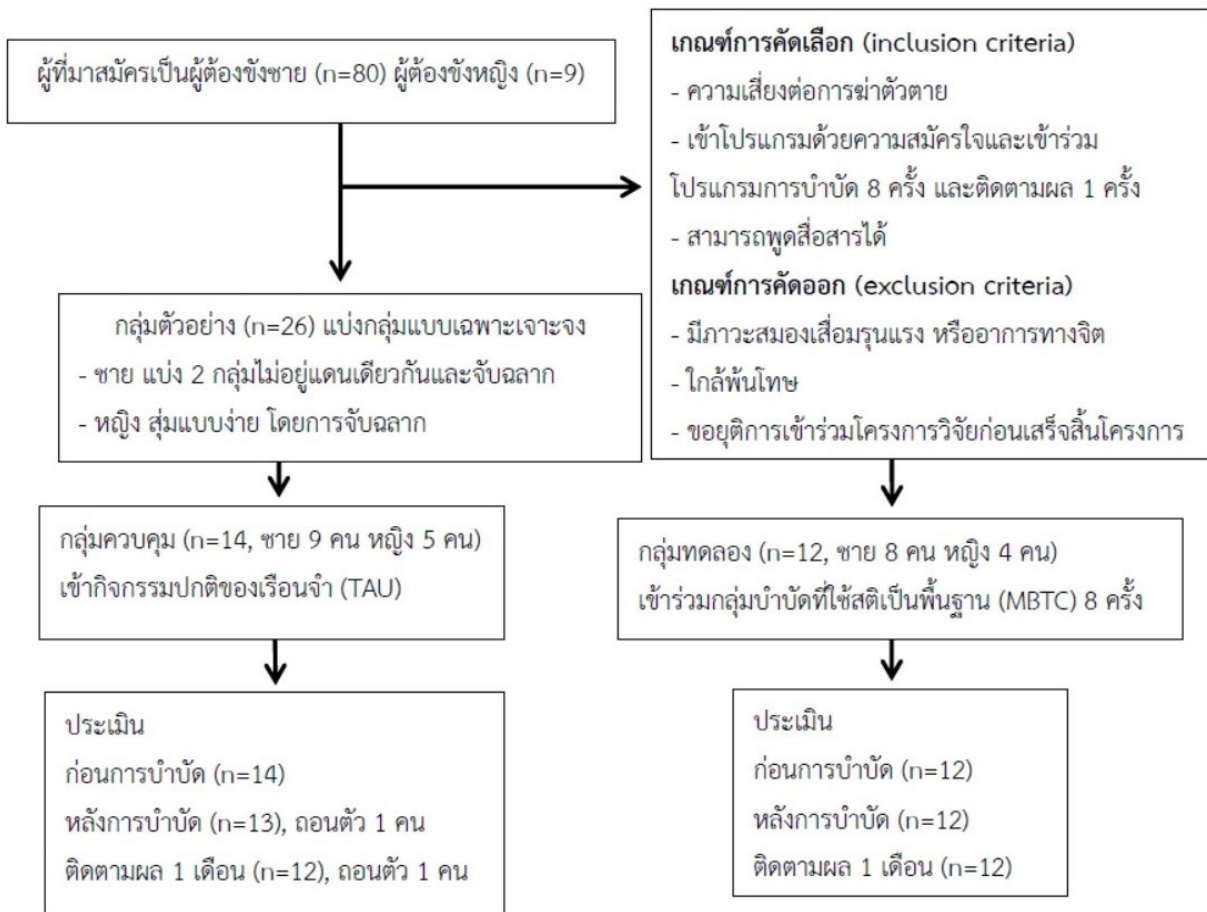
## วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ non-randomized control-group pretest-posttest design ปกปิดผู้ประเมิน (blinding of outcome assessment) โดยทีมผู้ประเมินไม่รู้

ว่ากลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มใด

ประชากรเป็นอาสาสมัครผู้ต้องขังเรือนจำกลาง ขอนแก่น ชาย 80 คน หญิง 9 คน กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของ Cohen<sup>13</sup> ให้ power = .70, effect size = 1.00, alpha = .05 จะได้กลุ่มตัวอย่าง 13 รายต่อกลุ่ม และคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10.0 เพื่อป้องกันการ drop out คิดเป็น 14 รายต่อกลุ่ม แต่ผู้ที่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้มีเพียง 26 คน ทีมวิจัยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบเฉพาะเจาะจง โดยคละเทศ และแดนที่พักที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต้องไม่พักที่เดียวกันเพื่อไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนการฝึกสติระหว่างกัน (contamination variable) ซึ่งอาจมีผลต่อคะแนนหลังการทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มแล้วจับฉลาก ส่วนอาสาสมัครหญิงเนื่องจากมีแดนหญิงแห่งเดียว จึงใช้การจับฉลาก ดังภาพที่ 1

กลุ่มควบคุม 12 คน เข้าร่วมกิจกรรมปกติของเรือนจำ โดย 9 คน เข้าโปรแกรมการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังคดีอาเสพติด และ 3 คนเข้าโปรแกรมการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานตามคู่มือสติบำบัด (mindfulness based therapy and counselling) ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ<sup>12</sup> แบ่งเป็น 8 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่ได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นนักจิตวิทยาคลินิกในเรือนจำ ลักษณะโปรแกรมสติบำบัด มีทั้งหมด 8 กิจกรรม ประกอบด้วย *กิจกรรมครั้งที่ 1* จัดการกับความว้าวุ่นใจ ผึกสมาธิ เพื่อฝึกการผ่อนคลายทั้งกายและจิต; *กิจกรรมครั้งที่ 2* ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ ผึกสติในชีวิตประจำวัน ฝึกการรับรู้ลมหายใจตามกิจที่ทำ; *กิจกรรมครั้งที่ 3* รู้จัก



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ปล่อยวางอารมณ์ ผีก body scan และสติกับการรับรู้  
ความรู้สึกร่างกาย; *กิจกรรมครั้งที่ 4* รู้ทันกับความคิดและ  
ปล่อยวาง ผีกสติกับการปล่อยวางความคิด; *กิจกรรมครั้งที่ 5*  
ทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ ผีกสติกับการปล่อยวางความคิดลบ  
และช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธ์ภาพ;  
*กิจกรรมครั้งที่ 6* ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น ผีกทักษะการสื่อสาร  
อย่างมีสติ; *กิจกรรมครั้งที่ 7* เมตตาและให้อภัย ผีกการ  
แผ่เมตตาต่อตนเอง ผู้อื่น และสรรพชีวิต; *กิจกรรมครั้งที่ 8* ชีวิต  
ต้องเดินหน้า เป็นการวางแผนนำสติใช้ในการดำเนินชีวิตและ  
การปรับตัวในระยะยาว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ  
อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา คดีที่ต้องโทษ ระยะเวลาของ  
การจำคุก ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ประวัติการ  
ใช้สารเสพติด การฝึกสมาธิ/วิปัสสนา

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนา  
โดยธรรณิทร์ กองสุข และคณะ<sup>14</sup> มีค่าความไว (sensitivity)  
75.68% และความจำเพาะ (specificity) 93.37% ประเมิน  
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 9 ข้อ 27 คะแนน โดย  
เกณฑ์คะแนน < 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน  
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับ  
ปานกลาง  $\geq 19$  คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พัฒนา  
โดยทวี ตั้งเสรี และคณะ<sup>15</sup> มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92  
ประเมินผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายทั้งหมด 8 ข้อ 52 คะแนน  
โดยเกณฑ์ 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน  
1-8 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16  
คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง  
> 17 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

4) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด พัฒนา  
โดยสมชาย จักรพันธ์ และคณะ<sup>16</sup> มีทั้งหมด 20 ข้อ มีค่า  
ความไวร้อยละ 70.4 และความจำเพาะร้อยละ 64.6 โดยมี  
ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient)  
เท่ากับ 0.86

5) แบบประเมินสติ พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปกิจ<sup>17</sup>  
มีทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 หมวด หมวดกาย 4 ข้อ (ข้อที่ 1,  
2, 3, 7) หมวดเวทนา 2 ข้อ (ข้อที่ 11, 12) หมวดจิต 6 ข้อ  
(ข้อที่ 4, 5, 6, 13, 14, 15) หมวดธรรม 3 ข้อ (ข้อที่ 8, 9, 10)  
แยกเป็น 3 มิติๆ ละ 5 ข้อ มิติตระหนักรู้ (หมวดกาย ข้อที่ 1,  
2, 3, 7 หมวดจิต ข้อที่ 4) มิติตั้งใจ (หมวดเวทนา ข้อที่ 11, 12  
หมวดจิต ข้อที่ 13, 14, 15) มิติอัตโนมัติ (หมวดจิต ข้อที่ 5, 6  
หมวดธรรม ข้อที่ 8, 9, 10) โดยข้อคำถาม 1-8 เป็นข้อ  
ทิศทางบวก ข้อ 9-15 เป็นข้อที่มีทิศทางลบ มีค่าความ  
สอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) ของมิติตระหนักรู้ มิติ  
ตั้งใจ และมิติอัตโนมัติเท่ากับ 0.82, 0.70 และ 0.67 ตามลำดับ

6) แบบประเมินความเมตตาต่อตนเอง<sup>18</sup> พัฒนาเป็น  
ภาษาไทยในปี พ.ศ. 2558 โดยกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต  
มี 12 ข้อ ข้อที่เกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเอง ข้อที่ 2, 6  
การตัดสินใจ ข้อที่ 11, 12 ความเป็นมนุษย์ร่วมกัน ข้อที่  
5, 10 ความโดดเดี่ยว ข้อที่ 4, 8 การเจริญสติ ข้อที่ 3, 7  
การสรุปเกินจริง ข้อที่ 1, 9 การคิดคะแนนแต่ละหมวดย่อย  
ทำโดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยจากคะแนนที่ตอบมาในแต่ละ  
หมวดย่อย และคำนวณคะแนนรวมของความเมตตาต่อตนเอง  
โดยต้องกลับค่าคะแนนในข้อที่เป็นคำถามแนวลบ ได้แก่  
การตัดสินใจ ความโดดเดี่ยว และการสรุปเกินจริง การแปล  
ผลโดยการหาค่าเฉลี่ยของทั้งฉบับ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย  
ก่อน หลัง และติดตามผล

7) แบบประเมินความเมตตาต่อผู้อื่น<sup>19</sup> พัฒนาเป็น  
ภาษาไทยในปี พ.ศ. 2558 โดยทีมที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต  
มีทั้งหมด 24 ข้อ ข้อที่เกี่ยวกับความกรุณา ข้อที่ 6, 8, 16, 24  
ความไม่ใส่ใจ ข้อที่ 2, 12, 14, 18 (คะแนนกลับ) ความเป็น  
มนุษย์ร่วมกัน ข้อที่ 11, 15, 17, 20 การแยกตัวจากคนอื่น  
ข้อที่ 3, 5, 10, 22 (คะแนนกลับ) การเจริญสติ ข้อที่ 4, 9, 13,  
21 ความไม่เกี่ยวข้อง ข้อที่ 1, 7, 19, 23 (คะแนนกลับ)  
การคิดคะแนนรวม ให้ใช้ค่าเฉลี่ยของแต่ละหมวดย่อย  
(หลังจากกลับคะแนนแล้ว) และคำนวณหาค่าเฉลี่ยรวม  
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน หลังและติดตามผล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดและระยะติดตามผล 1 เดือน ใช้สถิติ nonparametric เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ทั้ง 6 ด้าน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้ Mann – Whitney U test และ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มใช้ Wilcoxon signed-rank test

ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยดำเนินการด้านจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ตามแนวปฏิบัติสากลของการทำวิจัยในผู้ต้องขัง Office for Human Research Protections (OHRP) guidance on approving research involving prisoners (2003) และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 001/2560 วันที่ 20 ก.ค. 2560

## ผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มี 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 คนและกลุ่มทดลอง 12 คน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 24-66 ปี (เฉลี่ย 38.2 + 12.5 ปี) ระยะเวลาที่เหลือในการจำคุกเฉลี่ย 18 ปี 1 เดือน ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 24-44 ปี (เฉลี่ย 33.9 + 6.3 ปี) ระยะเวลาที่เหลือในการจำคุกเฉลี่ย 12 ปี 5 เดือน ข้อมูลทั่วไปแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยก่อนการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -1.23, -0.64, -0.73, -0.12, -0.12, -1.50$  ตามลำดับ  $p\text{-value} = 0.22, 0.52, 0.47, 0.91, 0.91, 0.13$  ตามลำดับ) หลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -0.40, -0.67, -0.67, -1.16, -0.20, -1.50$  ตามลำดับ  $p\text{-value} = 0.69, 0.51, 0.50, 0.25, 0.84$  และ  $0.13$  ตามลำดับ)

ในระยะติดตามผล 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และความเมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่าผู้ต้องขังที่เข้าโปรแกรมปกติของเรือนจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -1.99$   $p\text{-value} = 0.046$  และ  $Z = -2.08$   $p\text{-value} = .038$  ตามลำดับ) ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของคะแนนด้านความเครียด ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ และความเมตตาต่อตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภายในกลุ่ม พบว่า ระยะหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -1.97$   $p\text{-value} = 0.05$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -1.16, -1.47, -1.16, -0.05$  และ  $-0.98$  ตามลำดับ  $p\text{-value} = 0.25, 0.14, 0.25, 0.96$  และ  $0.33$  ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -2.48$   $p\text{-value} = 0.01$  และ  $Z = -2.30$   $p\text{-value} = .02$  ตามลำดับ) ส่วนความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -0.51, -0.24, -1.16$  และ  $-0.47$  ตามลำดับ  $p\text{-value} = 0.61, 0.81, 0.25$  และ  $0.64$  ตามลำดับ)

## วิจารณ์

กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน เน้นการฝึกสมาธิเพื่อให้ออกจากความคิด ซึ่งเป็นสภาวะที่ผ่อนคลายอย่างมากทั้งกายและจิต ซึ่งเป็นพื้นฐานทางจิตที่สามารถต่อยอดโดยการฝึกสติ การฝึกสติให้อยู่ในกับปัจจุบัน ทำให้สามารถจัดการกับชีวิตประจำวัน โดยไม่วอกแวกหรือถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)		รวม (n = 24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	8	66.7	8	66.7	16	66.7
หญิง	4	33.3	4	33.3	8	33.3
<b>การศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	4	33.3	6	50.0	10	41.7
มัธยมศึกษา	4	33.3	3	25.0	7	29.1
ปวช./ปวส.	4	33.3	2	16.7	6	25.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	1	8.3	1	4.2
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	4	33.3	5	41.7	9	37.5
คู่	2	16.7	3	25.0	5	20.8
หม้าย	1	8.3	-	-	1	4.2
หย่าร้าง/แยกทาง	5	41.7	4	33.3	9	37.5

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน

ประเด็น		ระดับคะแนน; ค่าเฉลี่ย (SD)		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
ความเครียด	กลุ่มทดลอง	27.25 (9.25)	23.08 (13.25)	19.67 (11.80)
	กลุ่มควบคุม	31.50 (10.48)	25.67 (9.60)	21.50 (11.84)
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	11 (4.67)	8.42 (6.29)	4.08 (5.81)
	กลุ่มควบคุม	12.42 (5.19)	7.08 (7.48)	8.75 (6.73)
การฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง	10.58 (12.87)	5.25 (14.89)	0.33 (1.16)
	กลุ่มควบคุม	4.75 (5.46)	4.42 (8.55)	2.58 (6.13)
ระดับสติ	กลุ่มทดลอง	50.00 (2.70)	53.00 (7.70)	53.92 (6.16)
	กลุ่มควบคุม	50.42 (5.76)	50.08 (6.53)	51.08 (10.36)
เมตตาต่อตนเอง	กลุ่มทดลอง	37.42 (5.79)	38.42 (7.90)	43.58 (6.83)
	กลุ่มควบคุม	37.83 (5.61)	40 (7.31)	40.75 (6.96)
เมตตาต่อผู้อื่น	กลุ่มทดลอง	89.17 (11.99)	93.58 (13.17)	94.75 (12.89)
	กลุ่มควบคุม	81.92 (11.62)	84.25 (14.46)	83.08 (11.42)

มีสติรู้ภาวะภายนอก (กาย) และภาวะภายใน (จิต) นำไปสู่การรู้จักรับปล่อยวางอารมณ์ เรียนรู้ที่จะมีสติรู้เท่าทันความคิด และสามารถปล่อยวางความคิดได้ในที่สุด โดยเฉพาะความคิดที่เป็นลบที่จะนำไปสู่ภาวะตึงเครียด ซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย<sup>12</sup>

แม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่าผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังเข้ากลุ่มบำบัดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>7-9</sup> ที่มีการนำสติไปใช้ในการบำบัดและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเน้นการจัดการกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย และพบว่าสติเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการทดลองลดลงเช่นกัน แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นข้อจำกัดของการวิจัย ที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงการฆ่าตัวตายค่อนข้างต่ำตั้งแต่ก่อนการทดลอง เมื่อคะแนนลดลงหลังการทดลองจึงไม่มีความแตกต่างกัน (4.75, 2.58 ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่ามีบางรายในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงมาก แต่หากได้รับการช่วยเหลือจะลดลงต่ำได้ อาจมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยรวมของกลุ่มทดลอง ดังนั้น การนำเสนอข้อมูลด้วยคำเฉลี่ยเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถอธิบายผลได้ดี นอกจากนี้ ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ไม่ได้เกิดจากปัจจัยหนึ่งปัจจัยเดียว มีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลให้คนๆ หนึ่งกระทำหรือไม่กระทำการฆ่าตัวตาย แม้ว่าการติดคุกถือว่าเป็นวิกฤตชีวิตหนึ่งที่รุนแรง แต่ผลกระทบต่อแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความช่วยเหลือจากครอบครัว และทักษะในการปรับตัว ถ้าสามารถปรับตัวได้ดี มีความยืดหยุ่นสูงสามารถเรียนรู้จากความผิดพลาดได้ จะเป็นปัจจัยปกป้องช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ดี รวมไปถึงปัจจัยแวดล้อม การถูกตัดขาดจากแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ

ทางสังคม ความรู้สึกไม่เป็นอิสระ การอยู่ระหว่างการพิจารณาตัดสินโทษ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดที่มากขึ้น และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อพิจารณาจากรายงานจากกรมราชทัณฑ์พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังศาลพิพากษาจำคุกโดยเฉพาะผู้ต้องขังที่กระทำผิดครั้งแรก<sup>1</sup> ดังนั้น ปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องคือ จำนวนครั้งถูกจับและเข้าเรือนจำ ระยะก่อนและหลังศาลพิพากษา ช่วงเวลาของการรอการตัดสิน รวมไปถึงระยะเวลาในการถูกตัดสินจำคุก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้เช่นเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการวิจัยที่ไม่ได้ควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ การศึกษาครั้งนี้จึงไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานในผู้ต้องขังสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้โดยตรง

เมื่อติดตามนาน 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังได้ แต่อาจต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่งในการฝึกฝน ผลการฝึกสติทำให้รู้เท่าทันความคิดและอารมณ์ทางลบที่เกิดอารมณ์เศร้าและเป็นทุกข์ โดยการตีปายและปล่อยวางความคิดลบได้ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้ามลดลง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ต้องขังชาย วัย 31 ปีว่า “ตั้งแต่เข้าอบรมนี้ ทำให้จิตใจสงบขึ้น และมีความสุข ไม่เครียดเหมือนแต่ก่อน นอนหลับสบายดี และจะฝึกฝนต่อไปเรื่อยๆ” ซึ่ง พลภัทร์ โสเสถียรกิจ<sup>20</sup> สรุปไว้ว่าการฝึกสติมีผลทางจิตวิทยาในการลดภาวะครุ่นคิดและมีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferszt และคณะ<sup>6</sup> พบว่าผู้ต้องขังหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติมีคะแนนความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้ามลดลงในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ สามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นได้<sup>21</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ พบว่าการฝึกสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและระยะติดตามผล ทั้งผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว<sup>22</sup> และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า<sup>23</sup>

เช่นเดียวกับที่กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความเมตตาต่อผู้อื่น โดยกลุ่มทดลองมีความเมตตาต่อผู้อื่นมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญ ในระหว่างกระบวนการบำบัด ผู้ต้องขังที่ฝึกสติอย่างต่อเนื่องสามารถตระหนักและปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบกับคนรอบข้างโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิด ตามแนวคิดของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ<sup>12</sup> กล่าวไว้ว่าการฝึกสติเมตตา ทำให้สามารถให้อภัยและเมตตาตนเองได้ เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น จากนั้นจิตที่มีสติจะสามารถยอมรับ ให้อภัยและเมตตาต่อบุคคลอื่น ช่วยลดความขุ่นเคืองใจกับคนรอบข้าง และทำให้มีจิตใจเปิดกว้าง ซึ่งเป็นขั้นตอนการฝึกสติเมตตา ขั้นตอนนี้มีผลต่อจิตใตสมาธิกลุ่มมากที่สุด ดังตัวอย่างบันทึกของผู้ต้องขังชายที่บอกเล่าในชั่วโมงการบำบัดว่า *“ก่อนเข้ากิจกรรม ในใจผมจะมีความอาฆาตกับคนคนหนึ่งอย่างมาก แต่พอได้เข้ากิจกรรมมาแล้ว ความคิดที่อาฆาตเขาก็เริ่มหายไป ทำให้ใจสบายขึ้น”* และผู้ต้องขังหญิงที่บอกความรู้สึกว่า *“การไม่โกรธเกลียดแค้นใคร ทำให้จิตใจสงบและไม่เป็นทุกข์ได้”* สอดคล้องกับการศึกษาของ Shapiro และคณะ<sup>24</sup> พบว่านักศึกษาแพทย์ที่เข้าโปรแกรมการฝึกสติสามารถลดความวิตกกังวลและความรู้สึกเป็นทุกข์ และมีความเมตตาต่อผู้อื่นเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกสติ

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นหลังการทดลองทันที ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Perelman และคณะ<sup>25</sup> ได้ติดตามผู้ต้องขังที่ออกจากเรือนจำที่มีการฝึกสมาธิวิปัสสนาเป็นเวลา 1 ปี พบว่ามีระดับของสติและความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น มีความผิดปกติทางอารมณ์ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากกระบวนการวิจัย พบปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนต่างๆ เหล่านี้โดยเฉพาะการพัฒนาจิต<sup>12</sup> เป็นการควบคุมจิตใจให้เกิดความสงบและตั้งมั่น ทำให้จิตพักและพร้อมที่จะพัฒนาสมาธิ และสติให้อยู่กับปัจจุบัน จำเป็นต้องทำด้วยความมุ่งมั่นพยายาม ต้องอาศัยการฝึกฝนเป็น

เวลานานพอสมควร ดังนั้น ระยะเวลาของการฝึกสติน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารี นุ้ยบ้านด่าน และคณะ<sup>26</sup> พบว่าระดับสติของนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบการเจริญสติโดยการเคลื่อนไหวมือไม่แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วม และให้ข้อสรุปว่าการฝึกเจริญสติเป็นการฝึกปฏิบัติที่ต้องใช้เวลาที่นานและมีความพร้อมทางร่างกายจึงจะมีความถี่ของการลดความเครียด

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าผลของการบำบัดแบบกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน ส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและต่อผู้อื่นสูงขึ้นหลังได้รับการบำบัด แต่ยังไม่พบความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่อาจมีผลดังกล่าว เช่น คุณภาพของการบำบัด ระยะเวลาในการประเมินผล หรือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น นอกจากนี้มีอีกเหตุผลที่การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มควบคุมได้ผลลัพธ์การศึกษาไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง หลังจากการทดลองสิ้นสุดทันที เนื่องจากผู้ที่มีอาการรุนแรงสองรายจากกลุ่มควบคุม และขอยุติการเข้าร่วมวิจัย รายแรกออกจากการวิจัยในก่อนการประเมินหลังการทดลอง เป็นเพศหญิง อายุ 35 ปี มีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีระดับสติซึ่งเป็นคะแนนที่ต่ำที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รายที่สองออกก่อนการประเมินในระยะติดตามผล เป็นเพศชาย อายุ 34 ปี มีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเล็กน้อย ทั้งระยะก่อนและหลังการบำบัด ทำให้ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปรได้ เหตุผลของการออกเนื่องจากสภาพอารมณ์ที่ตึงเครียด และไม่ยอมประเมินแบบทดสอบที่มีจำนวนมากซึ่งทำให้มีกลุ่มตัวอย่างน้อยลง และทั้งมีผลต่อคะแนนของกลุ่มควบคุมในภาพรวม อย่างไรก็ตาม ตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมวิจัยได้ติดตามดูแลผู้ที่ออกจากโครงการ โดยแจ้งข้อมูลต่อสถานพยาบาลของเรือนจำ

เพื่อพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา นอกจากนี้ ให้นักจิตวิทยาในเรือนจำซึ่งเป็นที่วิจัย เป็นผู้ทำจิตบำบัดรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง จนอาการดีขึ้น และภายหลังการทำวิจัยเสร็จสิ้น ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐานสำหรับกลุ่มควบคุม จนความเสี่ยงลดลง และไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายอีก

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดมีจำนวนไม่มากและคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการทดลองระหว่างสองกลุ่มค่อนข้างแตกต่างกันตั้งแต่ต้น แม้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมขอยกจากการวิจัยเนื่องจากความเครียดที่สูง ส่งผลต่อคะแนนในภาพรวมได้ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการวางแผนในการศึกษา 1) เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2) การจำกัดเครื่องมือในการวิจัยให้ครอบคลุมเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องหลักเพื่อลดแบบประเมินที่มากเกินไป 3) ควรควบคุมคุณภาพของกลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐาน เนื่องจากยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ควรได้รับการควบคุม 4) คำนึงถึงสถิติที่เหมาะสม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้เป็นสถิติแบบ nonparametric เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยทำให้มีความไวในการทดสอบน้อยกว่าที่ทดสอบ

โดยใช้สถิติพาราเมตริก อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษานำร่องในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเรือนจำ ตามบริบทและข้อจำกัดของเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังซึ่งเป็นกลุ่มที่เปราะบางสามารถเข้าถึงระบบการดูแลช่วยเหลือให้มากขึ้นต่อไป

### สรุป

กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถใช้ในกลุ่มผู้ต้องขังได้ แม้ไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้โดยตรง แต่พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นได้ โดยต้องใช้เวลาในการฝึกฝนระยะหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดของเรือนจำจะช่วยให้ผู้ต้องขังเข้าถึงระบบการดูแลช่วยเหลือได้มากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนสนับสนุนจากงบเงินบำรุงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2561 และขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่เรือนจำในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**ความรู้เดิม:** กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถส่งเสริมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ลดความเครียด และใช้พื้นที่ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

**ความรู้ใหม่:** กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถนำไปใช้กับผู้ต้องขังพบว่าลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคะแนนความเมตตาต่อผู้อื่นเปรียบเทียบกับผู้ต้องขังที่ไม่ได้รับการบำบัดเมื่อติดตามผล 1 เดือน

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้:** กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำไปใช้กับผู้ต้องขังในเรือนจำได้ และควรทำการศึกษาถึงประสิทธิผลเพิ่มเติม

### เอกสารอ้างอิง

1. รวิวรรณ รักถิ่นกำเนิด. ส่องไฟหลังลูกกรง-สภาพจิตผู้ต้องขังไทย ฆ่าตัวตายปีละ 20 ป่วยทางจิตกว่า 3 พันคน [Shining lights behind prison-the mental health of Thai inmates 20 suicide each year, over 3,000 mental illnesses] [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง (TCIJ); 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พ.ค. 2561]. จาก: <https://www.tcijthai.com/news/2015/06/scoop/5623>
2. ผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 36 [36% of the inmates had mental health problems] [อินเทอร์เน็ต]. คมชัดลึกออนไลน์. 30 ก.ค. 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มี.ค. 2563]. จาก: <https://www.komchadluek.net/news/edu-health/289893>

3. Favril L, Vander Laenen F, Vandeviver C, Audenaert K. Suicidal ideation while incarcerated: prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *Int J Law Psychiatry*. 2017;55:19–28. doi:10.1016/j.ijlp.2017.10.005.
4. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:871-81. doi:10.1016/S2215-0366(16)30142-0.
5. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS ONE*. 2013;8:e68944. doi:10.1371/journal.pone.0068944.
6. Ferszt GG, Miller RJ, Hickey JE, Maull F, Crisp K. The impact of a mindfulness based program on perceived stress, anxiety, depression and sleep of incarcerated women. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12:11594–607. doi:10.3390/ijerph120911594.
7. Yoon IA, Slade K, Fazel S. Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85:783–802. doi:10.1037/ccp0000214.
8. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the treatment of suicidal Individuals. *CognBehavPract*. 2012;19: 265–76. doi:10.1016/j.cbpra.2010.12.003.
9. Zbizek-Nulph L, Walton M, Cunningham R, Chermack S, Ngo Q. 148 Mindfulness as a protective factor against suicidal ideation in emerging adults. *Inj Prev*. 2017;23:A55.
10. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *BehavTher*. 2019;50:60–72. doi:10.1016/j.beth.2018.03.009.
11. กระทรวงยุติธรรม ร่วมมือสถาบันพลังจิตตานุภาพ สอนหลักสูตรสมาธิให้กับผู้ที่ก้าวพลาดกระทำความผิด เพื่อยกระดับจิตใจให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ [Ministry of Justice collaboration of Willpower institute. Teach meditation courses to those who make mistakes, to raise the mind to be able to return to society with quality] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พ.ค. 2561]. จาก: <https://www.moj.go.th/view/10989>
12. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. คู่มือสติบำบัด [Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual]. นนทบุรี: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
13. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1988.
14. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ซึมเศร้าของแบบประเมินอาการ ซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง [Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2561;63:321-34. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/162939>
15. ทวี ตั้งเสรี. การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย [Development for depression and suicidal risk screening test]. *ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์*; 2551.
16. สมชาย จักรพันธ์. การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์: รายงานการวิจัย [Development of Thai computerized self-analysis stress test]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2542.
17. อรวรรณ ศิลปกิจ. การสร้างแบบประเมินสติ [The invention of the mindfulness assessment scale]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2559;23:72–90. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/40647>

18. Neff K. Self-compassion scales [Internet]. Self-compassion. Texas: Kristin Neff is co-founder of the center for mindful self-compassion; [cited 2018 Jun 24]. Available from: <http://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>.
19. Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self Identity*. 2013;12: 160-76. doi:10.1080/15298868.2011.649546.
20. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. จิตบำบัดด้วยสติในผู้ป่วยซึมเศร้า [Mindfulness psychotherapy in depression]. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2558;9:47-56. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journal/somdetchaopraya/article/view/187635>
21. ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ปรียา ปราณีตพลกรัง, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, ญาดา ธงธรรมรัตน์, ปราณีต ชุ่มพุทรา. กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น: การศึกษานำร่อง [The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23: 143-53. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/51126>
22. รินทร์ เชื้อบ้านเกาะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว [The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression of bipolar disorder patients] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 เม.ย. 2563]. จาก: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/55530>
23. กันต์ฤทัย ปานทอง, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า [The effective of resilience quotient emphasizing mindfulness-based program on depression in older persons with major depressive disorder]. วารสารกึ่งการณณ์. 2561;25:106-18. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/161090>
24. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med*. 1998;21:581-99. doi:10.1023/a:1018700829825.
25. Perelman AM, Miller SL, Clements CB, Rodriguez A, Allen K, Cavanaugh R. Meditation in a deep south prison: a longitudinal study of the effects of vipassana. *Journal of Offender Rehabilitation*. 2012;51:176-98. doi:10.1080/10509674.2011.632814.
26. อารี น้อยบ้านดำน, ประนอม หนูเพชร, จินตนา คำเกลี้ยง, เนตรนภา พรหมเทพ. ผลของการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบการเจริญสติโดยการเคลื่อนไหวมือต่อความเครียดและระดับสติของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [Effect of mindfulness by hand movement on stress and sati level of nurse students of Prince of Songkla University]. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พ.ค. 2561]. จาก: <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/7263/1/321056.pdf>



## บทความปริทัศน์

# เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาวไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันรับ : 25 ธันวาคม 2562  
วันแก้ไข : 22 กรกฎาคม 2563  
วันตอบรับ : 27 กรกฎาคม 2563

ณัฐณี ณ เชียงใหม่, M.Sc., พีร วงศ์อุปราช, Ph.D.  
วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** ประเทศไทยมีการใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่หลากหลาย แต่ยังขาดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงคุณสมบัติของแบบคัดกรองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุชาวไทย การศึกษานี้จึงมุ่งทบทวนและวิเคราะห์คุณสมบัติของแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทย

**วิธีการ:** สืบค้นงานวิจัยที่รายงานค่าดัชนีการวัดทางจิตวิทยาแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวไทย ตีพิมพ์หรือเผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2542 ถึง 2562 แล้วพิจารณาข้อมูลคุณสมบัติแบบคัดกรอง ลักษณะแบบคัดกรองและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง

**ผล:** งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกมีจำนวน 33 เรื่อง จาก 194 เรื่อง ครอบคลุมแบบคัดกรองจำนวน 21 แบบ แบบคัดกรองกว่าร้อยละ 90.0 ใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสามารถการรู้คิดหรือการรู้คิดถดถอย (cognitive decline) มีเพียง 6 แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นโดยคณะนักวิจัยชาวไทย (ร้อยละ 28.6) ทั้งนี้ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับผลการประเมินใน 11 แบบคัดกรอง (ร้อยละ 52.4) และยังพบการศึกษาเพื่อหาจุดตัดคะแนนสำหรับคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) ใน 8 แบบคัดกรอง (ร้อยละ 38.1)

**สรุป:** แบบคัดกรองที่พบในการศึกษาครั้งนี้กว่าร้อยละ 70.0 เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาในต่างประเทศ หากเป็นแบบคัดกรองที่รวมกิจกรรมทดสอบหลายกิจกรรมจะศึกษาคุณสมบัติของแบบคัดกรองทั้งหมด การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุชาวไทยจึงควรแยกศึกษาคุณสมบัติของกิจกรรมทดสอบก่อนนำมารวมเป็นชุดแบบคัดกรอง และควรพัฒนาเกณฑ์ปกติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวไทย

**คำสำคัญ:** การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวัดทางจิตวิทยา แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุชาวไทย

**ติดต่อผู้พิมพ์:** ณัฐณี ณ เชียงใหม่; e-mail: ingnatineena@gmail.com

## Review article

# Dementia screening tests in Thai older adults: a systematic review

Received : 25 December 2019

Revised : 22 July 2020

Accepted : 27 July 2020

Natinee Na Chiangmai, M.Sc., Peera Wongupparaj, Ph.D.

College of Research Methodology and Cognitive Science,

Burapha University

## Abstract

**Objective:** Several dementia screening tests were used in Thailand. Nonetheless, to date, no systematic review has been done on psychometric properties and relevant indices of these tests in Thai older adults. This research aims to review and analyze the properties of dementia screening tests in Thai older adults.

**Methods:** The authors conducted a search for the studies published between 1999-2019 that used dementia screening tests among Thai older adults. All included studies were systematically reviewed and analyzed in terms of psychometric properties, test characteristics and issues regarding the assessment.

**Results:** There were 33 out of 194 studies that met the criteria. Twenty-one screening tests were identified. Nearly 90% of the tests used an interview to assess abilities or decline of cognitive domains in older adults. Only six screening tests (28.6%) were originally invented by Thai researchers. In addition, level of education was found to be related to the performances in 11 tests (52.4%). Furthermore, eight studies (38.1%) attempted to determine the optimal cut-off scores for mild cognitive impairment (MCI) in Thai older adults.

**Conclusion:** Over 70% of the screening tests were developed abroad. The battery tests were merely reported on the overall psychometric properties. The dementia screening tests for Thai older adults should therefore be developed based on a separate examination of the psychometric properties of each task to derive the overall index and generation of a normative data in Thai older adults.

**Keywords:** dementia screening test, Thai older adults, psychometric properties, systematic review

**Corresponding author:** Natinee Na Chiangmai; e-mail: ingnatineena@gmail.com

## บทนำ

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เป็นกระบวนการตรวจประเมินเพื่อค้นหาผู้ที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม การตรวจพบอาการในระยะแรกหรือในขณะที่อายุยังไม่มากเพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษา เมื่อผ่านคัดกรองแล้วก็จะได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น และอาจถูกส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์และหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมต่อไป แบบประเมินหรือแบบคัดกรองที่มีความแม่นยำจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็ว รวมทั้งเป็นประโยชน์ในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากอาการของโรค ซึ่งจะกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันหรือการทำงาน ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 7.3 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุที่สามารถรักษาได้<sup>1</sup> การคัดกรองและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจึงต้องอาศัยแบบคัดกรองที่มีคุณภาพ แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเป็นการตรวจทางประสาทจิตวิทยาที่ใช้เพื่อคัดแยกบุคคลที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมหรือผู้ที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจนออกจากบุคคลที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ใช้คัดกรองในเบื้องต้นแล้วยังใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยอีกด้วย แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจึงควรประเมินครอบคลุมการรู้คิดด้านต่างๆ (cognitive domains) ต่อไปนี้ ด้านความจำ ความใส่ใจ/สมาธิ ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (executive function) ความสามารถด้านการรับรู้ก่อดิสัมพันธ์ (visuospatial ability) การใช้ภาษา และการรับรู้ (วันเวลา สถานที่ และบุคคล) หรือที่เรียกว่า orientation ควรใช้เวลาในการประเมินไม่เกิน 15 นาที และผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ได้โดยการอบรมน้อยที่สุด<sup>2</sup> รวมทั้งมีคุณสมบัติที่เหมาะสมของแบบประเมิน คือ มีความจำเพาะ ความไว ความตรงและความเที่ยง ปัจจัยลักษณะประชากรมีส่วนสำคัญต่อคุณสมบัติของแบบประเมิน จึงควรคำนึงถึงอายุ ระดับการศึกษา และวัฒนธรรม ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการใช้แบบประเมินควรเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับลักษณะของผู้สูงอายุที่จะประเมิน<sup>3</sup>

ปัจจุบันบุคลากรในสถานพยาบาลแต่ละแห่งในประเทศไทยรวมทั้งในหน่วยงานให้บริการสาธารณสุขในชุมชนมีการใช้แบบคัดกรองที่หลากหลาย โดยใช้กิจกรรมทดสอบ

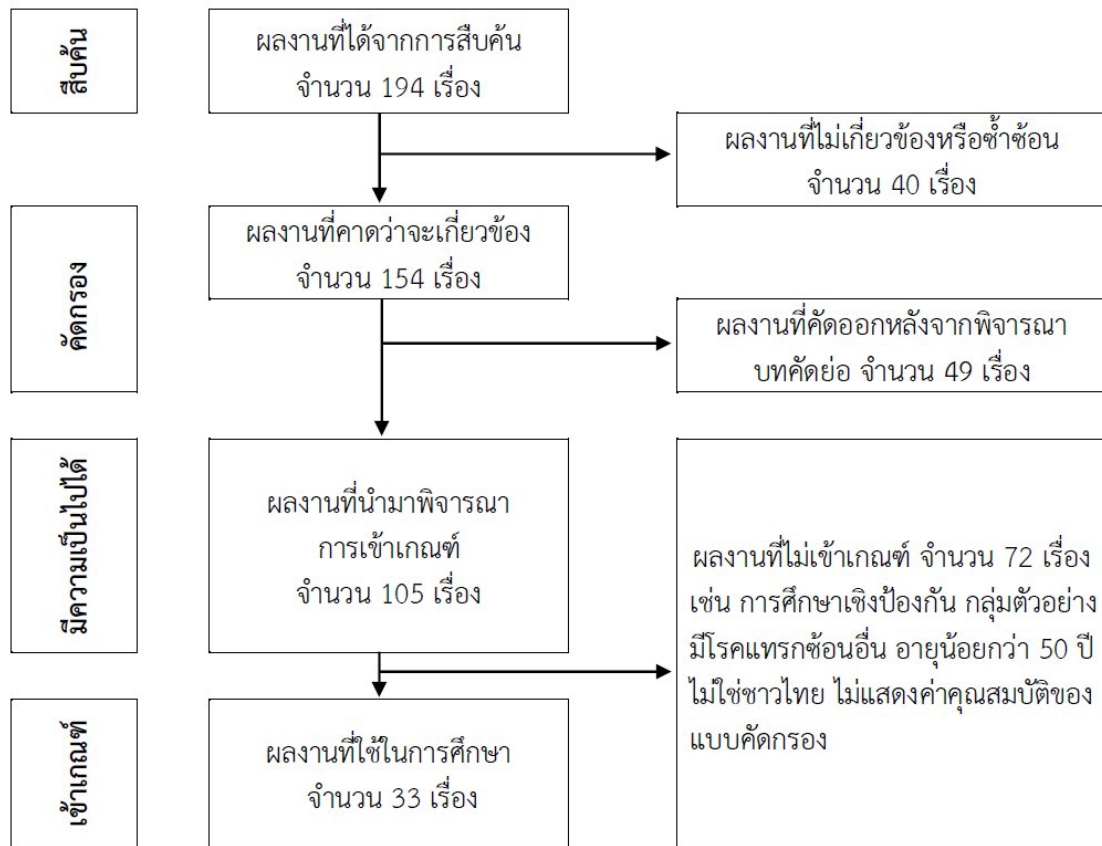
ที่แปลมาจากต่างประเทศและอ้างอิงจุดตัดคะแนนของแบบประเมินนั้นๆ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับบริบทและลักษณะของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทย ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพหรือลักษณะของแบบคัดกรองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุชาวไทย ด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและวิเคราะห์คุณสมบัติของแบบประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทย

## วิธีการ

ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อศึกษาคุณสมบัติของเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวไทย มีเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยดังต่อไปนี้

1. งานวิจัยใช้เครื่องมือคัดกรองหรือแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมทุกรูปแบบทั้ง paper-based, internet-based และ computer-based
2. ตีพิมพ์หรือเผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2542-2562 (ค.ศ. 1999-2019) ในภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
3. กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทย อายุ 50 ปีขึ้นไป และไม่มีอาการโรคแทรกซ้อนอื่น เช่น โรคซึมเศร้า โรคเอดส์ โรคลมชัก เป็นต้น
4. ผลงานวิจัยรวบรวมทั้งประเภทบทความวิจัย รายงานวิจัย ผลงานนำเสนอในงานประชุมวิชาการ วิทยานิพนธ์ และดุชฎินิพนธ์ ทั้งนี้ไม่รวมงานที่เป็นบทความวิชาการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis)
5. รายงานค่าที่แสดงถึงคุณสมบัติของแบบคัดกรอง อาทิ ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และวิเคราะห์พื้นที่ใต้กราฟ (Area Under a Curve: AUC) ด้วยวิธีโค้ง ROC (Receiver Operating Characteristic curve) หรือความตรงและความเที่ยงในกรณีที่มีรายงานผล

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ EBSCO, PubMed, Science Direct, Scopus, Springer Link, Thai-Journal Citation Index (TCI), Thai Journal Online (ThaiJO),



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกผลงาน

Thailand Library Integrated System (ThaiLIS) และ Google scholar การสืบค้นในภาษาอังกฤษใช้คำค้นว่า “cognitive impairment screening test Thai” ในภาษาไทยใช้คำว่า “สมองเสื่อม ประเมิน คัดกรอง” โดยจัดทำรายการผลการศึกษาที่ได้จากการสืบค้นไว้ในโปรแกรม EndNote X8.2 และคัดกรองผลการศึกษาที่ซ้ำกันออกแล้วจึงพิจารณาผลงานตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นบันทึกรายละเอียดและคุณสมบัติของเครื่องมือที่พบในงานเรื่องนั้น ซึ่งบางผลงานไม่ได้รายงานค่าที่แสดงถึงคุณสมบัติของแบบคัดกรองหรืออ้างอิงคุณสมบัติของเครื่องมือจากการวิจัยอื่นๆ ถือว่าไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผลงานที่นำมาศึกษาในขั้นสุดท้ายได้คัดกรองเอาผลงานที่มีรูปแบบการศึกษาไม่ตรงตามเกณฑ์และให้ข้อมูลไม่เพียงพอออกไป รายละเอียดปรากฏตามภาพที่ 1 จนกระทั่งได้ผลงานที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์รวมทั้งสิ้น จำนวน 33 ผลงาน แบ่งเป็น วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท 1 เรื่อง

(ร้อยละ 3.0) รายงานวิจัย 2 เรื่อง (ร้อยละ 6.0) ผลงานนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 2 เรื่อง (ร้อยละ 6.0) และบทความวิจัย 28 เรื่อง (ร้อยละ 84.8)

#### ผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก 33 ผลงาน ปรากฏผลคุณสมบัติแบบคัดกรอง ดังแสดงในตารางที่ 1 กล่าวคือแบบคัดกรองเดียวกันแต่ละการศึกษาอาจใช้จุดตัดคะแนนแตกต่างกัน เนื่องจากปรับเปลี่ยนตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างและศึกษาเพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมที่สุดในบริบทการศึกษานั้น ค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่า AUC และค่าอื่นๆ เป็นคุณสมบัติของจุดตัดคะแนนที่ผู้วิจัยในงานนั้นแนะนำ หรือพิจารณาเลือกจุดตัดคะแนนที่ให้ค่าแสดงคุณสมบัติการคัดกรองที่อยู่ในระดับดี มีค่าความไวหรือความจำเพาะมากกว่าร้อยละ 80.0 ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่ได้ระบุไว้

**ตารางที่ 1** แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ศึกษาในผู้สูงอายุชาวไทย

ลำดับ	แบบคัดกรอง	งานวิจัย	ความไว	ความจำเพาะ	AUC	อื่นๆ	
1.	Mini-Mental state Examination: Thai version 2002 (MMSE-T 2002)	MMSE-T <sup>4</sup>	86	92.6	0.94		
		MMSE-T <sup>5</sup>	48.68	95.48			
		†MMSE-T <sup>6</sup>	78.7	66.3	0.81		
		MMSE-T <sup>7</sup>	33 (MCI)	88 (MCI)	0.72 (MCI)		
		MMSE-T <sup>8</sup>			0.66		
2.	Thai Mental State Examination (TMSE)	TMSE <sup>9</sup>	68.5	88	0.81		
		TMSE <sup>5</sup>	75.52	80.88			
		TMSE <sup>10</sup>	82	70			
		TMSE <sup>11</sup>	73.1	63	0.72		
3.	Informant Questionnaire on Cognitive Decline in The Elderly (IQCODE)	IQCODE <sup>9</sup> ฉบับย่อ	83.6	86.2	0.93	TMSE, $r = -0.68^9$	
		IQCODE <sup>4</sup> ฉบับย่อ	83.5	81.5	0.88	MMSE-T, $r = -0.69^4$	
		IQCODE <sup>11</sup> ฉบับย่อ	69.2	72.6	0.73	$\alpha = 0.97^{12}$	
		IQCODE <sup>12</sup> ฉบับปรับปรุง	90	95	0.98	PPV = $94^{12}$ NPV = $90^{12}$	
4.	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease-Neuropsychological Battery (CERAD-NP)	†CERAD-NP <sup>13</sup>	100	82	0.99	ICC = $0.95^{13}$	
		†CERAD-NP <sup>14</sup>	73 (MCI)	70 (MCI)		MMSE-T, $r = 0.89^{13}$	
			41.3 (MCI)	85 (MCI)			
5.	Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	†MoCA <sup>15</sup>	100	98		$\alpha = 0.91^{15}$	
		†MoCA <sup>16</sup>	-	-	-	มิติการรู้คิดที่สามารถคัดกรอง MCI ได้ คือ	
		MoCA <sup>7</sup> (MoCA-B)	81 (MCI)	86 (MCI)	0.90 (MCI)	การรับรู้มิติสัมพันธ์ ภาษา และการระลึก <sup>16</sup> $K = 0.91^7$ $\alpha = 0.82^7$	
6.	Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) *การศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี **การศึกษามากกว่า 6 ปี	†RUDAS <sup>17</sup>	71.4*	76.9 *	0.79*	I-CVI = $0.8^{17}$	
			77**	70**	0.8**	MMSE-T, $r = 0.8^6$	
		†RUDAS <sup>6</sup>	78.7	60.7	0.81		
		†RUDAS <sup>18</sup>	95*	100*	0.97		
			90.9**	96.3**			
			62.9 (MCI)	81.1 (MCI)	0.76 (MCI)		
		†RUDAS <sup>19</sup>	นักจิตวิทยา	81.2	87.0	0.89	
			บุคลากรฯ	53.3 (MCI)	77.8 (MCI)	0.62 (MCI)	
	100	70.4	0.89				
	93.8 (MCI)	51.8 (MCI)	0.65 (MCI)				

ตารางที่ 1 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ศึกษาในผู้สูงอายุชาวไทย (ต่อ)

ลำดับ	แบบคัดกรอง	งานวิจัย	ความไว	ความจำเพาะ	AUC	อื่นๆ
7.	Addenbrooke's Cognitive Examination – III (ACE-T)	ACE-T <sup>20</sup> †ACE-T <sup>21</sup> (Mini ACE)	100 90 (MCI) 95.8 95 (MCI)	97 96 (MCI) 85 85 (MCI)	0.99 0.98 (MCI) 0.98 0.95 (MCI)	<i>TMSE, r = 0.83</i> <sup>20</sup> <i>MoCA, r = 0.85</i> <sup>20</sup> <i>K = 1</i> <sup>20</sup> <b><math>\alpha = 0.93</math></b> <sup>20</sup> <i>ACE-T, r = 0.95</i> <sup>21</sup> <i>TMSE, r = 0.87</i> <sup>21</sup> <b><math>\alpha = 0.83</math></b> <sup>21</sup>
8.	Neurobehavioral Cognitive Status Examination (Cognistat)	Cognistat <sup>10</sup>	92	34		<i>PPV = 58</i> <i>NPV = 80</i> <i>K สมองเสื่อม = 0.63</i> <i>K ปกติ = 0.55</i> <b><math>\alpha</math> สมองเสื่อม = 0.77</b> <b><math>\alpha</math> ปกติ = 0.83</b>
9.	Seven-Minute Screen (7MS)	7MS <sup>22</sup>	100	89.9	0.96	<i>IOC: 0.84-1.0</i> <i>ICC = 0.99</i>
10.	Mini-cog	Mini-cog <sup>23</sup> Mini-cog <sup>24</sup>	72.8 -	97.6 -	85.2 -	<i>K = 0.8023</i> <i>MMSE-T, r = 0.4724</i>
11.	Brief Community Screening Instrument for Dementia (Brief CSI-D)	Brief CSI-D <sup>11</sup>	CS: 59.6 Df: 52.8	CS: 68.5 Df: 83.0	CS: 0.68 Df: 0.71	
12.	Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)	ADAS <sup>25</sup> (Cognitive subscale) ADAS <sup>11</sup>	91.66	88.46	0.64	<b><math>\alpha = 0.76</math></b> <sup>25</sup>
13.	Chula Mental Test (CMT) *จุดตัดคะแนน 14/15 **จุดตัดคะแนน 15/16	CMT <sup>26</sup> CMT <sup>27</sup>	83.3* 74* 91**	91.7* 86* 76**	0.89	<i>WAIS Thai, r = 0.89</i> <sup>26</sup>
14.	Dementia Screening Test (DST)	†DST <sup>28</sup>	83.1	77.9	0.87	<i>IOC &gt; 0.5</i> <i>K = 0.78</i> <b><math>\alpha = 0.56</math></b>
15.	แบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทย ระดับปฐมภูมิ	แบบประเมินสมองเสื่อม <sup>29</sup> †แบบประเมินสมองเสื่อม <sup>18</sup> †แบบประเมินสมองเสื่อม <sup>19</sup>	89 100	81.1 7.4	0.95 0.53	<i>การศึกษาเพื่อทำร่างแบบประเมินและนำไปทดลองใช้ ก่อนพัฒนาเป็นแบบประเมินอีก 2 ชุด</i> <sup>29</sup>
16.	แบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทย ระดับทุติยภูมิ *สถานพยาบาล **ชุมชน	†แบบประเมินสมองเสื่อม <sup>30</sup>		0.97* 0.80 (MCI)* 0.85** 0.71 (MCI)**		

ตารางที่ 1 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ศึกษาในผู้สูงอายุชาวไทย (ต่อ)

ลำดับ	แบบคัดกรอง	งานวิจัย	ความไว	ความจำเพาะ	AUC	อื่นๆ
17.	Verbal fluency category fluency	†Verbal fluency <sup>31</sup>	83 (MCI)*	42 (MCI)*	0.63 (MCI)*	
			67 (MCI)**	62 (MCI)**	0.69 (MCI)**	
	*หมวดศัพท์		50 (MCI) <sup>†</sup>	73 (MCI) <sup>†</sup>	0.66 (MCI) <sup>†</sup>	
	**หมวดผลไม้		80 (MCI) <sup>†</sup>	57 (MCI) <sup>†</sup>	0.71 (MCI) <sup>†</sup>	
	letter fluency “ก” “ส”	†Verbal fluency <sup>32</sup>	83.7*	93.4*	0.94*	
			83.7 <sup>†</sup>	82 <sup>†</sup>	0.88 <sup>†</sup>	
			50 (MCI)*	93.4 (MCI)*	0.81 (MCI)*	
			45 (MCI) <sup>†</sup>	82 (MCI) <sup>†</sup>	0.72 (MCI) <sup>†</sup>	
18.	Boston Naming Test (BNT)	BNT <sup>33</sup> (60-items)	88.6	80.0		15T-BNT, $r = 0.99$ <sup>34</sup>
		BNT <sup>11</sup> (15-items)	76.4	53.7	0.62	MMSE-T, $r = 0.66$ <sup>34</sup>
		†BNT <sup>34</sup> (10T-BNT)	70	91	0.89	$\alpha = 0.92$ <sup>34</sup>
19.	Word List Learning (WLL)	WLL <sup>8</sup>	79.3	73.8	0.81	
		WLL <sup>11</sup>	66.3	57.7	0.62	
20.	Clock Drawing Test (CDT)	CDT <sup>9</sup> CLOX	79.7	85.2	0.86	IQCODE, $r = 0.65$ <sup>4</sup>
		CDT <sup>11</sup> CLOX	43.8	92.2	0.72	MMSE-T, $r = 0.75$ <sup>4</sup>
	Chula Clock-Drawing Scoring System (CCSS)	CDT <sup>35</sup>	83.8	65.2	0.83	TMSE, $r = 0.68$ <sup>35</sup>
		CDT <sup>26</sup> CCSS	100	94.1		WAIS Thai, $r = 0.76$ <sup>26</sup>
	CDT <sup>36</sup> CCSS	88	82	0.91		
21.	Digit span *digit forward **digit backward	†Digit span <sup>31</sup>	63 (MCI)*	69 (MCI)*	0.71 (MCI)*	
			77 (MCI)**	57 (MCI)**	0.73 (MCI)**	

† = คะแนนของกิจกรรมทดสอบมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา, (MCI) = คุณสมบัตินี้ได้จากการคัดกรอง MCI หากไม่ได้ระบุไว้แสดงว่าได้จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม,  $r$  = correlation,  $K$  = Cohen’s Kappa,  $\alpha$  = Cronbach’s alpha, PPV = Positive predictive value, NPV = Negative predictive value, ICC = intra-class correlation coefficient, I-CVI = content validity of individual items, IOC = index of congruence, CLOX = executive clock drawing task

จากแบบคัดกรองที่พบในการศึกษานี้ทั้ง 21 แบบ มีแบบคัดกรองจำนวน 20 แบบ ที่อยู่ในรูปแบบกิจกรรมทดสอบความสามารถหรือความเชื่อมโยงทางความคิด สามารถแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ แบบคัดกรองที่มีกิจกรรมทดสอบหลายด้าน และแบบคัดกรองที่มีกิจกรรมทดสอบเดี่ยวประเมินความสามารถเฉพาะด้าน กิจกรรมประเมินเฉพาะด้านที่พบในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 5 กิจกรรม (ร้อยละ 23.8) ของแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมที่มีการศึกษาในผู้สูงอายุชาวไทย คือ Clock Drawing Test (CDT), Boston Naming Test (BNT), Word List Learning (WLL), verbal fluency และ digit span ในขณะที่แบบคัดกรองที่มีหลายกิจกรรมจำนวน 15 แบบ แบ่งเป็นแบบคัดกรองที่ทำกิจกรรมทดสอบกับ

ผู้สูงอายุจำนวน 13 แบบ (ร้อยละ 61.9) และแบบผสมที่อาศัยข้อมูลจากการประเมินผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ข้อมูลพฤติกรรมจำนวน 2 แบบ คือ Community Screening Instrument for Dementia (CSI-D) และ Alzheimer’s Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale ADAS-Cog (ร้อยละ 9.5) ซึ่งมีส่วนประเมินความสามารถหรือความเชื่อมโยงของผู้สูงอายุที่ประเมินการรู้คิดหลายมิติ ทั้งนี้ แบบประเมิน 1 แบบ (ร้อยละ 4.8) คือ Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) ใช้เพียงข้อมูลจากผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมที่สะท้อนความจำ การใช้ภาษาและการใช้เหตุผล แต่ไม่ได้ทำกิจกรรมทดสอบกับผู้สูงอายุโดยตรง

เมื่อพิจารณาจากคณะผู้วิจัยที่พัฒนาพบว่ามีแบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทยรวมทั้งสิ้น 6 แบบ คือ Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental Test (CMT), Dementia Screening Test (DST), Chula Clock-Drawing Scoring System (CCSS) แบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทยระดับปฐมภูมิ และแบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทยระดับทุติยภูมิ (ร้อยละ 28.6) การศึกษาเพื่อพัฒนาแบบคัดกรองทั้ง 6 แบบ มีวัตถุประสงค์ที่คล้ายกันคือพัฒนาแบบคัดกรองที่ใช้งานง่าย ผู้ใช้งานผ่านการอบรมเบื้องต้นและสามารถใช้ประเมินผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยทั้ง 6 แบบ สามารถใช้ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ แบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทยระดับทุติยภูมิสามารถใช้ในการบริการระดับปฐมภูมิได้เช่นกัน โดยมีแบบคัดกรอง 2 แบบ ที่ผู้พัฒนา กล่าวว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สามารถใช้ประเมินผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนได้เอง คือ แบบคัดกรอง DST และแบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทยระดับปฐมภูมิ

หากพิจารณามิติการรู้คิดที่พบในแบบประเมินที่รวมกิจกรรมทดสอบหลายด้านทั้ง 15 แบบ พบการใช้กิจกรรมทดสอบมีลักษณะใกล้เคียงกันอาจแตกต่างกันที่สิ่งเร้าที่ใช้ เช่น คำศัพท์หรือภาพ เมื่อจำแนกตามมิติการรู้คิดที่ประเมินพบว่ามี 9 มิติ ตารางที่ 2 แสดงจำนวนแบบคัดกรองที่มีมิติการรู้คิดด้านนั้น มิติการรู้คิดที่พบมากที่สุด 3 ลำดับ คือ ความจำการใช้ภาษา และความสามารถด้านการรับรู้ก่อนมิติสัมพันธ์ แต่เมื่อพิจารณาการให้คะแนนกิจกรรมทดสอบภายในแต่ละแบบคัดกรอง พบว่ากิจกรรมทดสอบการใช้ภาษามีค่าน้ำหนักคะแนนสูงที่สุดอยู่ใน 6 แบบคัดกรอง รองลงมาคือ ความจำมีค่าน้ำหนักคะแนนสูงที่สุดอยู่ใน 4 แบบคัดกรอง

ด้านกิจกรรมทดสอบแบบเดี่ยว พบว่ากิจกรรมจำนวน 3 กิจกรรม จากทั้งหมด 5 กิจกรรม คือ verbal fluency, BNT และ WLL เป็นกิจกรรมที่ถูกใช้ในการประเมินความสามารถด้านการใช้ภาษา กิจกรรมวาดภาพนาฬิกาได้รับความนิยมใช้เป็นกิจกรรมทดสอบความสามารถด้านการรับรู้ก่อนมิติสัมพันธ์ และความสามารถด้านการบริหารจัดการ บางการศึกษา นำกิจกรรมวาดภาพนาฬิกาไปเป็นแบบคัดกรองเปรียบเทียบ ในขณะที่

กิจกรรม digit span ใช้ทดสอบความใส่ใจใน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ในการศึกษาแบบคัดกรองแบบหลายกิจกรรมไม่ได้รายงานค่าแสดงคุณสมบัติการคัดกรองแยกสำหรับแต่ละกิจกรรมทดสอบ จะเห็นได้ว่าการศึกษาคูสมบัติและการพัฒนาแบบคัดกรองสำหรับผู้สูงอายุชาวไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาคูสมบัติแบบคัดกรองทั้งชุด มีการศึกษา กิจกรรมการประเมินเฉพาะด้านหรือคุณสมบัติของกิจกรรมทดสอบแต่ละแบบยังไม่มากนัก

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ได้รับการรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับผลการประเมินในแบบคัดกรอง 11 แบบ (ร้อยละ 52.4) และพบวิธีการแก้ปัญหาอิทธิพลของระดับการศึกษาจำนวน 3 วิธี ดังนี้

1. การชดเชยคะแนน คือ กำหนดจุดตัดคะแนนที่สำหรับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ พบใน Mini-Mental state Examination: Thai version 2002 (MMSE-T 2002), Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) และ กิจกรรมหมวดผลไม้ ในแบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทยสำหรับการประเมินในระดับปฐมภูมิ หรือบวกคะแนนเพิ่มให้ก่อนจะพิจารณาใช้จุดตัดเหมือนกับผู้ที่มีการศึกษาที่สูงกว่าใน MoCA

2. เปลี่ยนหรือตัดบางกิจกรรม วิธีการเปลี่ยนกิจกรรมพบใน DST โดยให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำทำกิจกรรมเลข 20-3 แทน 100-7 การตัดกิจกรรมพบใน MMSE-T 2002 โดยผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ไม่ต้องทำกิจกรรมทดสอบ 3 กิจกรรมที่อาศัยทักษะการอ่าน การเขียนและการคำนวณ

3. ออกแบบให้ไม่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เช่น Mini-cog ที่มีเพียงกิจกรรมการจำคำศัพท์และการวาดภาพนาฬิกา

## วิจารณ์

การศึกษาแบบคัดกรองสมองเสื่อมกับกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยจำนวน 33 เรื่อง แม้ไม่สามารถนำแบบคัดกรองทั้ง 21 แบบ มาเปรียบเทียบกันได้เนื่องจากมีความแตกต่างกันทั้งจุดตัดคะแนน เกณฑ์การวินิจฉัย และวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน



**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของแบบคัดกรองที่มีกิจกรรมทดสอบหลายด้านแจกแจงตามการประเมินมิติการรู้คิด

มิติการรู้คิด	จำนวน (ร้อยละ)
ความจำ	15 (100.0)
การใช้ภาษา	13 (86.7)
ความสามารถด้านการรับรู้กึ่งอัตโนมัติสัมพันธ์	8 (53.3)
การรับรู้ (วัน เวลาและสถานที่)	7 (46.7)
การคำนวณ	7 (46.7)
ความใส่ใจ	6 (40.0)
การให้เหตุผล/ความสามารถด้านการบริหารจัดการ	3 (20.0)
Praxis	3 (20.0)
การตัดสินใจ	2 (13.3)

แต่การผลการศึกษาทั้ง 33 เรื่องสะท้อนประเด็นที่น่าสนใจ อาทิ การเลือกใช้แบบประเมิน การปรับปรุงเกณฑ์ และความพยายามในการพัฒนาแบบคัดกรอง MCI

การเลือกจุดตัดคะแนนแต่ละค่ามีผลกับค่าความไวและความจำเพาะ ซึ่งทั้งสองค่านี้มีลักษณะลดลงและเพิ่มขึ้นตรงข้ามกัน (trade-off) เมื่อปรับจุดตัดคะแนน ตารางที่ 3 แสดงตัวอย่างของ RUDAS และ MMSE-T 2002 จากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน<sup>6</sup> โดยการปรับจุดตัดคะแนนสูงขึ้นอาจทำให้ค่าความไวเพิ่มขึ้นแต่ทำให้ความจำเพาะน้อยลงเนื่องจากคัดเอาผู้ที่ไม่มีภาวะเข้ามามาก (false positive) ดังนั้นจึงไม่มีค่าที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการตัดสินใจว่าแบบคัดกรองต้องมีความไวและความจำเพาะเท่าใด แต่ควรพิจารณาลักษณะการลดหรือเพิ่มของค่าความไวและความจำเพาะในบริบทที่แบบคัดกรองนั้นถูกนำไปใช้<sup>2</sup> เช่น CMT มีจุดตัดคะแนนที่แนะนำสำหรับ 2 ระบบบริการ<sup>27</sup> ทั้งนี้ยังต้องพิจารณาถึงความผิดพลาดที่เกิดจากการคัดกรองประกอบด้วย

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคัดกรองและส่งผลกระทบต่อความผิดพลาดในการประเมิน ได้แก่ อายุ โดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปได้รับการประเมินว่ามีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 70.0<sup>5,12</sup> เนื่องจากลักษณะของกลุ่มอาการนี้ที่จะถดถอยอย่างรวดเร็วเมื่อมีอายุมากขึ้น ปัจจัยที่สำคัญอีกหนึ่งประการคือระดับการศึกษา มีผลงานถึง 14 เรื่อง

พบว่าคะแนนของกิจกรรมทดสอบมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำทำคะแนนได้น้อยในกิจกรรมที่อาศัยทักษะหรือความรู้ที่ได้จากการศึกษา จึงอาจถูกคัดกรองให้เป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผลคะแนนไม่ได้เกิดจากอาการของโรคแต่เป็นผลจากความสามารถทางการรู้คิดที่ได้รับอิทธิพลจากการระดับศึกษา

แบบประเมินส่วนหนึ่งจึงใช้วิธีการชดเชยคะแนน โดยการศึกษาที่พบจำนวน 3 วิธี ซึ่งแบบคัดกรองที่ใช้วิธีการชดเชยคะแนนกำหนดให้ผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาหรือการศึกษาเท่ากับหรือน้อยกว่า 6 ปี ได้รับการชดเชยคะแนน เปลี่ยนหรือตัดกิจกรรม เมื่อพิจารณาในบริบทของประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 86.0 ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา และมีผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 16.0<sup>37</sup> ดังนั้น หากใช้แบบประเมิน MoCA กับผู้สูงอายุชาวไทยต้องเพิ่ม 1 คะแนน<sup>15</sup> ให้ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 86.0 และคะแนนที่ชดเชยนั้นไม่สะท้อนความสามารถที่แท้จริงของผู้สูงอายุ การพัฒนาแบบคัดกรองที่คำนึงถึงปัจจัยระดับการศึกษาของผู้สูงอายุชาวไทยย่อมสะท้อนความสามารถและความบกพร่องของการรู้คิดของบุคคลได้ดีกว่าการชดเชยคะแนนซึ่งอาจทำให้ผลการคัดกรองที่คลาดเคลื่อนได้

ตารางที่ 3 ตัวอย่างค่าความไวและความจำเพาะของ RUDAS และ MMSE-T 2002<sup>6</sup>

จุดตัดคะแนน	RUDAS		MMSE-T 2002	
	ความไว	ความจำเพาะ	ความไว	ความจำเพาะ
≤ 22	61.8	84.3	67.4	76.4
≤ 23	67.4	82.0	73.0	73.0
≤ 24	78.7	60.7	78.7	66.3

ผลการศึกษาที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่งคือมีความพยายามในการใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเพื่อคัดกรอง MCI ซึ่งจุดตัดคะแนนของ MCI สูงกว่าการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาครั้งนี้พบแบบคัดกรองจำนวน 8 ชุดที่ศึกษาจุดตัดคะแนนสำหรับ MCI สำหรับผู้สูงอายุชาวไทย แบบคัดกรองที่พัฒนาให้สามารถคัดกรอง MCI ได้คือ MoCA<sup>15</sup> และ Addenbrooke's Cognitive Examination – III (ACE-T)<sup>20</sup> ซึ่งการศึกษาในผู้สูงอายุชาวไทยแสดงคุณสมบัติการคัดกรองในระดับดี โดยแบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทยระดับทุติยภูมิเป็นแบบประเมินเดียวที่คณะผู้วิจัยชาวไทยพัฒนาขึ้นและศึกษาคุณสมบัติการคัดกรอง MCI ทั้งนี้แบบคัดกรองทั้ง 8 ชุดเป็นการประเมินความสามารถทางการรู้คิดของผู้สูงอายุ ยังขาดข้อมูลความบกพร่องที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันที่สังเกตโดยผู้ใกล้ชิด แม้ลักษณะของ MCI นั้นจะมีผลกระทบเล็กน้อยต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้มีภาวะดังกล่าวอาจไม่สังเกตเห็นเนื่องจากความเคยชินแต่ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดอาจสังเกตเห็นได้ หากมีการสังเกตว่าเริ่มเกิดผลกระทบต่อการทำกิจกรรมใดบ้างจะเป็นประโยชน์ต่อการคัดกรองและการพัฒนาแบบคัดกรองให้มีความแม่นยำมากขึ้น แม้ว่า IQCODE จะเป็นแบบคัดกรองที่อาศัยข้อมูลจากผู้ดูแลและพิจารณาพฤติกรรมของผู้สูงอายุก่อนหน้ามารับการประเมิน 10 ปี แต่ยังไม่มีการศึกษาจุดตัดคะแนนสำหรับ MCI สำหรับแบบประเมินนี้

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ทำให้พบรูปแบบงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุชาวไทย โดยมีความพยายามให้นำแบบคัดกรองไปใช้ในชุมชนหรือสามารถใช้โดย อสม. การศึกษา

ครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นข้อจำกัดของระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อกรนำแบบคัดกรองไปใช้ ทั้งนี้ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้คือ ไม่สามารถกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยหรือระเบียบวิธีวิจัยแบบเดียวได้ เนื่องจากการศึกษาแต่ละเรื่องใช้เกณฑ์การวินิจฉัยต่างกัน โดยหากกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยแบบเดียวกันอาจทำให้มีจำนวนผลงานที่เข้าเกณฑ์น้อย จึงไม่สามารถนำข้อมูลจากแต่ละงานมาเปรียบเทียบกันได้อย่างสมบูรณ์

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นแนวทางการพัฒนาแบบคัดกรองสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุชาวไทย ที่คำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินโดยเฉพาะระดับการศึกษา เนื่องจากประชากรไทยมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกับต่างชาติ ดังนั้น ลักษณะกิจกรรมทดสอบควรพัฒนาให้เหมาะสมกับประชากรไทย รวมทั้งศึกษาเกณฑ์ปกติในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไทยเพื่อหาจุดตัดคะแนน ซึ่งจะช่วยลดปัญหาที่เกิดจากการอ้างอิงคะแนนจากกลุ่มประชากรอื่นและสามารถพัฒนาให้สามารถใช้ประเมินในบริบทต่างๆ ได้ และเพื่อให้แบบคัดกรองสามารถใช้งานได้ง่ายและมีประสิทธิภาพสูงสุด อาจพัฒนาแบบคัดกรองที่มีจำนวนกิจกรรมน้อย ใช้เวลาไม่นาน แต่รวมเอากิจกรรมทดสอบที่ได้รับการยืนยันแล้วว่าสามารถคัดกรองผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้จริง จึงควรทำการศึกษาเฉพาะสำหรับแต่ละกิจกรรมหรือมิติการรู้คิดก่อน แล้วจึงนำมารวมเป็นชุดแบบคัดกรอง มากกว่าการศึกษาคุณสมบัติของแบบคัดกรองทั้งฉบับ

### สรุป

การศึกษาคุณสมบัติแบบคัดกรองสมองเสื่อมที่ใช้ในประเทศไทย ส่วนใหญ่พบว่าใช้แบบคัดกรองที่ได้รับการยอมรับ

ระดับนานาชาติมาแปล และปรับปรุงสิ่งเร้า หากจุดตัดคะแนนที่เหมาะสม แบบคัดกรองที่รวมกิจกรรมทดสอบหลายกิจกรรมจะศึกษาคุณสมบัติแบบคัดกรองทั้งชุด มีการศึกษาคุณสมบัติการคัดกรองของกิจกรรมแบบเดี่ยวไม่มากนัก ทั้งนี้พบว่าระดับการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อคะแนน แม้จะมีวิธีการแก้ปัญหาหรือชุดเซชคะแนนสำหรับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ อย่างไรก็ตามการพัฒนาแบบคัดกรองที่เหมาะสมกับลักษณะประชากรไทย

มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุชาวไทย ควรแยกศึกษาคุณสมบัติของแต่ละกิจกรรมทดสอบก่อนนำมารวมเป็นชุดแบบคัดกรอง และศึกษาเกณฑ์ปกติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวไทย

**ความรู้เดิม:** แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ใช้ในประเทศไทยส่วนใหญ่แปลมาจากแบบคัดกรองที่พัฒนาในต่างประเทศ และใช้เกณฑ์การให้คะแนนรวมทั้งจุดตัดที่อ้างอิงจากแบบคัดกรองต้นฉบับ

**ความรู้ใหม่:** ค่าที่แสดงคุณสมบัติของแบบคัดกรองที่ใช้ทดสอบกับผู้สูงอายุชาวไทยมีความแตกต่างกันแม้ในแบบคัดกรองประเภทเดียวกัน มิติการรู้คิดที่พบในหลายแบบคัดกรองยังไม่มีการศึกษาคุณสมบัติของกิจกรรมแบบเดี่ยว

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้:** พัฒนาแบบคัดกรองที่สามารถประเมินมิติการรู้คิดที่สะท้อนภาวะสมองเสื่อมของชาวไทยได้ โดยลดปัจจัยด้านการศึกษาให้มากที่สุด และพัฒนาฐานข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวไทย

### เอกสารอ้างอิง

- Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. *Geriatr Gerontol Int.* 2012;12:59-64. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00728.x.
- Larner AJ. *Cognitive screening instruments: a practical approach.* 2nd ed. New York: Springer International Publishing; 2017.
- Cohen RJ, Swerdlik ME, Sturman ED. *Psychological testing and assessment: an introduction to tests and measurement.* 8th ed. Boston: McGraw-Hill Education; 2013.
- Silpakit O, Silpakit C, Pukdeenaul P. A comparison study of cognitive impairment screening tools: CDT, IQCODE VS MMSE. *Siriraj Med J.* 2007;59:361-3. Available from: [https://www.academia.edu/28571211/A\\_Comparison\\_Study\\_of\\_Cognitive\\_Impairment\\_Screening\\_Tools\\_CDT\\_IQCODE\\_VS\\_MMSE](https://www.academia.edu/28571211/A_Comparison_Study_of_Cognitive_Impairment_Screening_Tools_CDT_IQCODE_VS_MMSE)
- อรวรรณ คูหา, จิตนภา วาชาโรตม์, บุรีณี บุญมีพิพิธ, นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์. โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์: การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2551.*
- Limpawattana P, Tiamkao S, Sawanyawisuth K, Thinkhamrop B. Can Rowland Universal dementia assessment scale (RUDAS) replace Mini-Mental State Examination (MMSE) for dementia screening in a Thai geriatric outpatient setting?. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2012;27:254-9. doi:10.1177/1533317512447886.
- Julayanont P, Tangwongchai S, Hemrungronj S, Tunvirachaisakul C, Phanthumchinda K, Hongsawat J, et al. The Montreal cognitive assessment-basic: a screening tool for mild cognitive impairment in illiterate and low-educated elderly adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:2550-4. doi:10.1111/jgs.13820.

8. สมศรี กิตติพงศ์พิศาล. การพัฒนาแบบทดสอบการเรียนรู้รายการคำศัพท์ฉบับภาษาไทย [The accuracy study of the Thai word list learning test]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23:91-101. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/40649>
9. Senanarong V, Sivasiriyononds N, Jamjumrus P, Pongvarin N, Assavisaraporn S, Printarakul T, et al. The IQCODE: an alternative screening test for dementia for low educated Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2001;84:648-55. Available from: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/4465>
10. ศรีนรินทร์ กาญจนะโนพินิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์, ฐิติวิ แก้วพรสวรรค์. การศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย [The study of psychometric properties of Cognistat Thai version]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59:409-18. จาก: <http://psychiatry.or.th/JOURNAL/59-4/07-Sornnarin.pdf>
11. อรรถธรณ ศิลปกิจ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, สมศรี กิตติพงศ์พิศาล, รสสุคนธ์ ชมชื่น. ความตรงของ Brief Community Screening Instrument for Dementia (CSI-D) ฉบับภาษาไทย [The diagnostic accuracy of the Thai version of brief community screening instrument for dementia (CSI-D)]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25:32-46. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/129516/97333>
12. Siri S, Okanurak K, Chansirikanjana S, Kitiyaporn D, Jorm AF. Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening test for dementia for Thai elderly. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2006;37:587-94. PubMed PMID:17120985.
13. สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสฬพัทธ์ เหมรัมย์ชูโรจน์, ยุทธชัย ลิขิตเจริญ, พวงสร้อย วรกุล, สุภัทรพร เทพมงคล, ขาววิท ต้นวีระชัยสกุล. โครงการวิจัยพัฒนาแบบประเมิน CERAD เพื่อการวินิจฉัยและลงทะเบียนผู้ป่วยอัลไซเมอร์ไทย [Development of the CERAD for assessment and registry of Thai elderly with Alzheimer's disease]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
14. Tunvirachaisakul C, Supasitthunnrong T, Tangwongchai S, Hemrunroj S, Chuchuen P, Tawankanjanachot I, et al. Characteristics of mild cognitive impairment using the Thai version of the consortium to establish a registry for Alzheimer's disease tests: A multivariate and machine learning study. Dement Geriatr Cogn Disord. 2018;45:38-48. doi:10.1159/000487232.
15. Tangwongchai S, Charernboon T, Phannasathit M, Akkayagorn L, Hemrunrojn S, Phanthumchinda K, et al. The validity of Thai version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T). Poster session presented at: 14th international psychogeriatric association international congress; 2009 Sep 1-5; Montreal.
16. Hemrunrojn S, Charembon T, Phannasathit M, Akkayagorn L, Tangwongchai S, Phanthumchinda K, et al. Cognitive domains from Thai-Montreal Cognitive Assessment Test to discriminate between amnesic MCI and mild AD from normal aging poster session presented at: 14th international psychogeriatric association international congress; 2009 Sep 1-5; Montreal.
17. Limpawattana P, Tiamkao S, Sawanyawisuth K. The performance of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) for cognitive screening in a geriatric outpatient setting. Aging Clin Exp Res. 2012;24:495-500. doi:10.3275/8296.
18. อรรถธรณ ศิลปกิจ, สมศรี กิตติพงศ์พิศาล, รสสุคนธ์ ชมชื่น, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. ความตรงทางคลินิกของแบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทยในระดับปฐมภูมิ [The diagnostic accuracy of the Thai dementia assessment tools for primary care]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25:137-47. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/142747>

19. Silpakit O, Chomchuen S, Kittipongpisal S. The diagnostic accuracy of the Thai dementia screening scale for primary care in the community. *Neurology Asia*. 2018;23:333-41. Available from: [http://neurology-asia.org/articles/neuroasia-2018-23\(4\)-333.pdf](http://neurology-asia.org/articles/neuroasia-2018-23(4)-333.pdf)
20. Charernboon T, Jaisin K, Lerthattasilp T. The Thai version of the Addenbrooke's cognitive examination III. *Psychiatry Investig*. 2016;13:571-3. doi:10.4306/pi.2016.13.5.571.
21. Charernboon T. Diagnostic accuracy of the Thai version of the Mini-Addenbrooke's cognitive examination as a mild cognitive impairment and dementia screening test. *Psychogeriatrics*. 2019;19:340-4. doi:10.1111/psyg.12417.
22. Sungkarat S, Methapatara P, Taneyhill K, Apiwong R. Sensitivity and specificity of seven-minute screen (7MS) Thai version in screening Alzheimer's disease. *J Med Assoc Thai*. 2011;94:842-8. Available from: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/95>
23. พิษญา กุศลรักษ์, ดาวชมพู นาคะวิโร. การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ Mini-Cog ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวไทย [A validity study of the Mini-Cog test in Thai dementia patients]. *รามาริบดีเวชสาร*. 2555;35:264-71. จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ramajournal/article/view/135415>
24. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15:594-600.
25. นันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล, พชรวุฒิ กาญจนนาคินนท์. แบบประเมินโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์: ฉบับภาษาไทย [Alzheimer's disease assessment scale: Thai version]. *วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 2545;3:21-32.
26. Jitapunkul S, Worakul P, Kiatprakoth J. Validity of clinical use of the Clock-Drawing Test in Thai elderly patients with memory problems. *J Med Assoc Thai*. Available from: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/4122>
27. Jitapunkul S, Chansirikanjana S, Thamarpirat J. Undiagnosed dementia and value of serial cognitive impairment screening in developing countries: A population-based study. *Geriatr Gerontol Int*. 2009;9:47-53. doi:10.1111/j.1447-0594.2008.00501.x.
28. ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์, อุบุญรัตน์ อรุณราช, บุญลือ เพ็ชรรักษ์, ปิยนุช กิมเสาว์, ขวัญชนก หงษ์ชูเกียรติ, บุญธรรม ดีดวง. การพัฒนาเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย [Development of dementia screening test for Thai elderly]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2560;62:177-86. จาก: [http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/62-2/09\\_Thitiphan.pdf](http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/62-2/09_Thitiphan.pdf)
29. อรวรรณ ศิลปกิจ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, รสสุคนธ์ ชมชื่น, สมศรี กิตติพงศ์พิศาล. แบบประเมินสมองเสื่อมสำหรับคนไทยในระดับปฐมภูมิขึ้นไป [The assessment tools for Thai dementia in and above primary care]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560;25:69-83. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/142640>
30. Silpakit O, Kittipongpisal S, Chomchuen S. The diagnostic accuracy of the Thai dementia assessment tools for secondary care. *Neurology Asia*. 2018;23:343-52. Available from: [http://neurology-asia.org/articles/neuroasia-2018-23\(4\)-343.pdf](http://neurology-asia.org/articles/neuroasia-2018-23(4)-343.pdf)
31. Muangpaisan W, Intalapaporn S, Assantachai P. Digit span and verbal fluency tests in patients with mild cognitive impairment and normal subjects in Thai-community. *J Med Assoc Thai*. 2010;93:224-30. Available from: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/389>

32. ธรรมนาถ เจริญบุญ. Verbal fluency ในผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องเล็กน้อยของความสามารถสมอง และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม [Verbal fluency in the Thai elderly, elderly with mild cognitive impairment and elderly with dementia]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26: 91-102. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/146728>
33. Seeboonruang A. The comparative study about anomia between demented elderly and normal aging by Boston Naming test [dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2003.
34. Aniwattanapong D, Tangwongchai S, Supasitthumrong T, Hemrunroj S, Tunvirachaisakul C, Tawankanjanachot I, et al. Validation of the Thai version of the short Boston Naming test (T-BNT) in patients with Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment: clinical and biomarker correlates. *Aging Ment Health*. 2019;23: 840-50. doi:10.1080/13607863.2018.1501668.
35. Satukijchai C, Senanarong V. Clock Drawing Test (CDT) and Activities of Daily Living (ADL) questionnaire as a short screening test for dementia in Thai population. *J Med Assoc Thai*. 2013;96(2 Suppl 2):S39-46. Available from: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/2446>
36. Kanchanatawan B, Jitapunkul S, Supapitiporn S, Chansirikarnjana S. Validity of Clock Drawing Test (CDT), scoring by Chula Clock-drawing Scoring System (CCSS) in screening dementia among Thai elderly in community. *J Med Assoc Thai*. 2006;89:1150-6.
37. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากร และเคหะ [Demographic statistics population and housing] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ก.ย. 2562]. จาก:<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>

## ปกิณกะ

# แนวปฏิบัติ 2.0: การพัฒนาอย่างเป็นระบบของรายการตรวจสอบ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมและประสบความสำเร็จ

วันรับ : 29 กุมภาพันธ์ 2563

วันแก้ไข : 12 กรกฎาคม 2563

วันตอบรับ : 23 กรกฎาคม 2563

ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, ประ.ด., วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, ประ.ด.,

นงลักษณ์ เฉลิมสุข, ประ.ด., ปิยะนุช ชูโต, ประ.ด.,

จุฑามาศ โชติบาง, ประ.ด., วณิชชา พึ่งชมภู, พย.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## บทคัดย่อของผู้แปล

เนื่องจากปัจจุบันได้มีเครื่องมือหลากหลายสำหรับใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และหนึ่งในนั้นคือ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวทางของ “เกรด” ที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะการประเมินคุณค่าและความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนที่จะนำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติต่างๆ ดังนั้น ทีมผู้แปลจึงได้เล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของบทความนี้ที่ทีมผู้แต่งได้ตีพิมพ์เกี่ยวกับการพัฒนารายการตรวจสอบของแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ละเอียดครบถ้วนทุกขั้นตอนและง่ายต่อการนำไปใช้ จึงได้ทำการแปลบทความนี้เป็นภาษาไทยเพื่อจะ得以ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงสำหรับผู้สนใจโดยเฉพาะผู้ปฏิบัติทางคลินิกที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในหลายๆ องค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับสากล ทางทีมผู้แปลได้แบ่งออกเป็นสามกลุ่มเพื่อทำการแปลในเนื้อหาส่วนต่างๆ ในรอบแรก หลังจากนั้นได้มีการตรวจสอบการแปลระหว่างกลุ่มในรอบที่สองเพื่อความมั่นใจว่าเนื้อหาที่แปลนั้นมีความเหมือนกันด้านความหมายกับบทความเดิม รอบสุดท้ายได้มีการตรวจสอบภาพรวมของการแปลจากผู้นำทีมการแปลก่อนตีพิมพ์ เพื่อดูความถูกต้องและความสม่ำเสมอของภาษาไทยที่ใช้ หากมีข้อสงสัยในเนื้อหาการแปลและการใช้ภาษา ทางทีมได้มีการอภิปรายร่วมกันเพื่อหาข้อสรุป

**คำสำคัญ:** กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติในการดูแลทางสุขภาพ รายการตรวจสอบแนวปฏิบัติ

**ติดต่อผู้แปล:** ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ; e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

บทความต้นฉบับ: Schünemann HJ, Wiercioch W, Etzendorf I, Falavigna M, Santesso N, Mustafa R, et al. Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. CMAJ. 2014;186(3):E123-42. doi:10.1503/cmaj.131237.

แปลโดยได้รับอนุญาต สมาคมการแพทย์แห่งแคนาดา เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ของ “Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise” ต้นฉบับตีพิมพ์ในวารสาร CMAJ การอนุญาตให้แปลเป็น “ภาษาไทย” นี้ไม่ได้ให้สำหรับองค์กรใดๆ หรือบุคคลใดๆ สมาคมการแพทย์แห่งแคนาดา และผู้พิมพ์ต้นฉบับไม่ได้มีส่วนรับผิดชอบในการแปล และไม่จำเป็นในการให้ความเห็นชอบต่อความถูกต้อง หรือคุณภาพของการแปล

## Miscellany

# Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise

Received : 29 February 2020

Revised : 12 July 2020

Accepted : 23 July 2020

Patraporn Tungpunkom, Ph.D., Wanchai Lertwatthanawilat, Ph.D.,

Nonglak Chaloumsuk, Ph.D., Piyanut Xuto, Ph.D.,

Jutamas Chotibang, Ph.D., Wanicha Pungchompoo, DCLinP.

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

## Abstract by translator

Presently there are a variety of tools for clinical practice guidelines development. One of those is the clinical practice guidelines framework from GRADE working group which is nowadays has been worldwide accepted by many organizations especially their method of evaluating the value and certainty of the evidence before making the decision to recommend for the guidelines. Therefore, the translation team aware of this valuable and practical approach, so as to translate this comprehensive checklist of guidelines development into the Thai language to serve as a good resource and reference for those who are interested, especially clinicians, and aimed to develop standardized clinical practice guidelines. The translation team was divided into three groups to translate the original article and then to switch the translated version across the group to re-check for its meaning equivalence with the original English version. The final round is the overall checking by the leader for the meaning equivalence and consistency of the Thai language across the manuscript. Any concerns were discussed to reach the conclusion.

**Keywords:** healthcare guidelines, guideline checklist, guideline development process

**Corresponding translator:** Patraporn Tungpunkom; e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

Translated with permission. The Canadian Medical Association is the copyright owner of “Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise”, originally published in the CMAJ. The limited permission granted to translate into “the translated language” does not extend to any other organization or person. The Canadian Medical Association and the authors of the original work are not responsible for the translation and do not necessarily endorse the accuracy or quality of the translation.



## บทคัดย่อ

**ความเป็นมา:** ปัจจุบัน แม้ว่าจะมีเครื่องมือหลากหลายประเภทที่ใช้ในการประเมินความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ แต่ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทั่วโลกกลับไม่พบแนวทางที่ง่ายต่อการนำไปใช้ในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว ดังนั้นวัตถุประสงค์ของเอกสารฉบับนี้คือ การรวบรวมอย่างเป็นระบบในรายการตรวจสอบการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อนำไปพิจารณาในการพัฒนาแนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยไม่ได้คาดหวังว่าทุกแนวปฏิบัติจะต้องทำครบทุกหัวข้อ

**วิธีการ:** แหล่งข้อมูลได้แก่ คู่มือสำหรับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติระดับสากล วรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางสำหรับแนวปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติในระดับชาติและระดับสากล สมาคมวิชาชีพ และบทความที่แนะนำแนวทางอย่างเป็นระบบที่เป็นปัจจุบัน โดยผู้เขียนได้ตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่มีความซับซ้อน สกัดรายการหัวข้อย่อยและพัฒนาหัวข้อใหญ่ในภาพรวมที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติในกระบวนการทวนซ้ำ ทีมผู้เขียนได้ตรวจสอบรายการที่ซ้ำซ้อน และรายการที่ตกหล่น และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรายการที่ได้พัฒนาขึ้น

**ผล:** ผู้เขียนได้พัฒนารายการตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วย 18 หัวข้อ และ 146 รายการ และได้พัฒนาหน้าเว็บเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้งานสำหรับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ ([cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html](http://cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html)) หัวข้อและรายการต่างๆ ได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ตั้งแต่การวางแผนจนถึงการกำหนดข้อเสนอแนะการเผยแพร่ และการประเมินผล รายการตรวจสอบล่าสุดจะเชื่อมโยงไปยังสื่อที่ใช้ในการฝึกอบรมและแหล่งข้อมูลสำหรับระเบียบวิธี

**วิจารณ์:** รายการตรวจสอบที่ครอบคลุมนี้จะเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และการพิจารณารายการต่างๆ ในรายการตรวจสอบนี้จะช่วยสนับสนุนการพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผลแนวปฏิบัติ โดยใช้

กระบวนการระดมความคิดจากกลุ่มคนที่สนใจด้วยการสื่อสารผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต (crowdsourcing) เพื่อให้รายการตรวจสอบมีความเป็นปัจจุบัน

## บทนำ

แนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพและการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างเหมาะสมเป็นที่สนใจสำหรับองค์กรระดับชาติ สมาคมวิชาชีพ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ป่วยและประชาชน เครื่องมือหลากหลายได้นำมาใช้เพื่อการประเมินความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น<sup>1-3</sup> แต่ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทั่วโลกกำลังเผชิญกับการขาดข้อแนะนำขั้นตอนในทางปฏิบัติ แหล่งข้อมูล และเครื่องมือเพื่อช่วยการพัฒนาแนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือ

ที่ผ่านมาได้มีการตีพิมพ์กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติตั้งแต่ต้นจนจบเป็นชุดเพื่ออธิบายภาพรวมของการพัฒนาแนวปฏิบัติและการติดตามผล เช่น การนำแนวปฏิบัติไปใช้และการประเมินผล<sup>3-19</sup> ในปี พ.ศ. 2549 ได้มีการตีพิมพ์ชุดวิธีการทบทวนวรรณกรรมที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อจัดเตรียมคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) เพื่อปรับปรุงการใช้หลักฐานการวิจัยในการพัฒนาข้อแนะนำ แนวปฏิบัติ และนโยบาย<sup>6</sup> และอีกโครงการที่ได้จัดทำตีพิมพ์เป็นชุดเรียงลำดับทั้งหมด 15 ฉบับ เขียนโดยตัวแทนจาก 36 องค์กรระหว่างประเทศ เกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับสมาคมวิชาชีพ<sup>11</sup> ผลงานของโครงการนี้รวมกับแนวมาตรฐานจากสถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine) และ เครือข่ายแนวปฏิบัตินานาชาติ (Guidelines International Network) ได้ให้ข้อแนะนำสำหรับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทั่วโลก รวมถึงกระทรวงสาธารณสุข<sup>20</sup> ผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการให้การปรึกษา<sup>21</sup>

อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ทีมผู้เขียนให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคในการใช้โปรแกรมการพัฒนาแนวปฏิบัติแห่งชาติกับสำนักงานองค์การอนามัยโลกในประเทศเอสโตเนีย และกระทรวงสาธารณสุขในประเทศซาอุดีอาระเบีย พร้อมกับการริเริ่มโครงการของทีมงานเรื่อง “การพัฒนาและประเมินกลยุทธ์

การสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence - DECIDE)<sup>22</sup> ทีมงานได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการอำนวยความสะดวกในขั้นตอนการจัดทำแนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยจากประสบการณ์ พบว่า ถึงแม้ว่าแต่ละองค์กรจะมีคู่มือการพัฒนาแนวปฏิบัติใช้ แต่สิ่งที่สำคัญคือยังไม่มีรายการตรวจสอบที่ครอบคลุมและแหล่งข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนการพัฒนา และการประเมินผล ตลอดจนการปรับให้ทันสมัย

ดังนั้นวัตถุประสงค์ของทีมงาน คือ การรวบรวมอย่างเป็นระบบในรายการตรวจสอบที่ครอบคลุม พร้อมแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทั้งผู้ที่เป็นมือใหม่และผู้เชี่ยวชาญ สามารถนำไปพิจารณาในการจัดทำหรือพัฒนาแนวปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้เขียนยังมีเป้าหมายที่จะระบุช่องว่างองค์ความรู้ในกระบวนการหรือเครื่องมือที่มีอยู่ในปัจจุบัน และจัดหากลไกในการเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้เหล่านี้

## วิธีการ

### กระบวนการสืบค้นแหล่งข้อมูล

เพื่อให้หัวข้อและรายการตรวจสอบเกิดความอึดตัว ผู้เขียนได้หาข้อมูลให้ครอบคลุมมากที่สุดเพื่อเป็นตัวแทนของบทความที่ตีพิมพ์เกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกแหล่งข้อมูลและไม่ได้จำกัดปีที่พิมพ์ ดังต่อไปนี้: 1) เอกสารที่ได้รับการอธิบายว่าเป็น “แนวปฏิบัติสำหรับแนวปฏิบัติ (guidelines for guidelines)” รายการระเบียบวิธีแนวปฏิบัติ หรือคู่มือแนวปฏิบัติที่มีอยู่จากผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานระดับชาติและนานาชาติ และสมาคมวิชาชีพ 2) เอกสารที่อธิบายกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงแนวปฏิบัติทางคลินิก สาธารณสุขและระบบสุขภาพ และ 3) เอกสารที่รวมความคิดเห็นของกลุ่มตามแหล่งภูมิศาสตร์ทั่วโลก ได้แก่ อเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ ยุโรป เอเชีย และออสเตรเลีย และอธิบายกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นสำหรับประเทศที่มีรายได้สูง ปานกลาง หรือต่ำ

ผู้เขียนใช้กระบวนการทวนซ้ำที่เริ่มต้นด้วยผู้เขียนสองคน (HJS & EAA) ระบุรายการเบื้องต้นของรายงานระเบียบวิธีแนวปฏิบัติที่สำคัญ และแนวปฏิบัติสำหรับแนวปฏิบัติเพื่อการคัดเลือก<sup>1-3,6-9,11,23</sup> จากนั้น ผู้เขียนระบุรายชื่อที่ครอบคลุมของผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อรวมเป็นแหล่งข้อมูล โดยผ่านการอภิปรายกลุ่มและการโต้ตอบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ การอภิปรายและการระบุรายชื่อของผู้พัฒนาแนวปฏิบัตินั้นได้มาจากการรวบรวมรายชื่อที่ได้รับการเสนอจากผู้พัฒนาแนวปฏิบัติที่ผ่านการทำงานในเรื่องนี้มานานกว่าทศวรรษ สมาชิกในคณะกรรมการหลักและผู้เข้าร่วมประชุมในเรื่องนี้ (เช่น เครือข่ายนานาชาติด้านแนวปฏิบัติ: Guidelines International Network) และการสืบค้นหาคู่มือแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบที่เป็นปัจจุบัน (ข้อมูลกลยุทธ์การสืบค้นจะมีให้สำหรับผู้ติดต่อมาขอรายละเอียดเท่านั้น) จากการสืบค้นอย่างเป็นระบบ ผู้เขียนได้ทำการสำรองแหล่งข้อมูลที่สองไว้เพื่อนำมาใช้ในการตรวจสอบความอึดตัวของรายการตรวจสอบก่อนที่จะทำการสกัดข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลัก โดยแหล่งข้อมูลสำรองได้แก่บทความที่เป็นคู่มือและรายงานระเบียบวิธีแนวปฏิบัติที่มาจากสมาคมวิชาชีพ<sup>11</sup>

ในเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2556 ได้มีการสืบค้นทางอิเล็กทรอนิกส์เว็บไซต์ของผู้พัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับรายงานวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ คู่มือและคู่มือเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้อง (เช่น คู่มือการเขียนแนวปฏิบัติ คู่มือสำหรับการจัดทำแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน) เมื่อไม่พบคู่มือแนวปฏิบัติทางออนไลน์ จึงได้ติดต่อองค์กรโดยตรงเพื่อขอรับคู่มือดังกล่าว สุดท้าย ผู้เขียนได้ประสานงานกับเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ นักวิจัย และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (GG, JT, MR, PA-C, RH, SN, ST) เพื่อระบุในกรณีหากมีการตกหล่น/ข้อผิดพลาดที่สำคัญและเสนอแนะแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการคัดเลือก ทั้งนี้การทบทวนอย่างเป็นระบบในวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติไม่ได้ทำขึ้น เนื่องจากแนวปฏิบัติสำหรับแนวปฏิบัติและรายงานเกี่ยวกับระเบียบวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นแหล่งข้อมูลนั้นได้รวบรวมมาจากการทบทวนอย่างเป็นระบบแล้ว

### การสกัดข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

หนึ่งในผู้เขียน (W.W.) ได้ทบทวนรายงานระเบียบวิธี แนวปฏิบัติที่สำคัญ และแนวปฏิบัติสำหรับแนวปฏิบัติ สกัด รายงานและสร้างหัวข้อในภาพรวม เพื่อสร้างรายการ ตรวจสอบเบื้องต้น รายการนี้ถูกส่งให้กับผู้เขียนคนที่สอง (H.J.S.) เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นทีมงาน ได้พัฒนาแบบฟอร์มตามรายการตรวจสอบเบื้องต้นเพื่อใช้ในการสกัดข้อมูลจากเอกสารต้นฉบับอื่นๆ

ผู้สกัดข้อมูล (W.W., I.E., M.F., M.V., R.B.-P., K.-T.L., S.K., T.B., Y.Z., U.R., I.N.) จับคู่กันเพื่อทบทวน เอกสาร ตรวจสอบรายการที่มีอยู่แล้วพร้อมการอ้างอิงที่มีอยู่ใน รายการตรวจสอบเบื้องต้น แกะไขรายการตรวจสอบที่สามารถแก้ไขได้ และสกัดรายการตรวจสอบใหม่ เพื่อให้มีความครอบคลุมมากที่สุด รายการใดๆ ที่ได้รับการอภิปรายว่า มีคุณสมบัติเหมาะสมจะได้รับการคัดเลือกไว้ในรายการ ตรวจสอบ

ผู้สกัดข้อมูลจะได้รับเอกสารคำแนะนำถึงวิธีการ ทบทวนเอกสารต้นฉบับ และสำเนาแบบฟอร์มการสกัดข้อมูล ที่เป็นมาตรฐาน โดยเอกสารคำแนะนำและแบบฟอร์มดังกล่าว จะนำมาพิจารณาร่วมกันในการอภิปรายกลุ่มก่อนนำไปทดลอง ใช้ในรอบแรกกับแหล่งข้อมูลตัวอย่างสี่ฉบับ ก่อนที่จะนำไป สกัดข้อมูลกับแหล่งข้อมูลทั้งหมด เอกสารคำแนะนำประกอบ ไปด้วย บันทึกสำหรับการหาข้อมูลจากรูปภาพ แผนผัง หัวข้อ และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยผู้สกัดข้อมูลได้รับคำแนะนำให้ใช้หลักการคัดเข้าให้ได้มากที่สุดในการเพิ่มรายการตรวจสอบ

ผู้สกัดข้อมูลจะจับคู่ทำงานร่วมกันในการทบทวน เอกสารต้นฉบับ การตัดรายการตรวจสอบออก และการเสนอ รายการใหม่เข้ามา พร้อมการอ้างอิงเลขหน้า นอกจากนี้ผู้สกัด ข้อมูลยังระบุแหล่งอ้างอิง และเชื่อมต่อไปยังเครื่องมือและ สื่อในการฝึกอบรมที่สามารถเข้าถึงได้ ตลอดจนแหล่งข้อมูล ที่กล่าวถึงระเบียบวิธีในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ พร้อมทั้ง แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้คำของรายการตรวจสอบ ตลอดจนรายละเอียดเพิ่มเติมในการจัดวางรายการตรวจสอบ

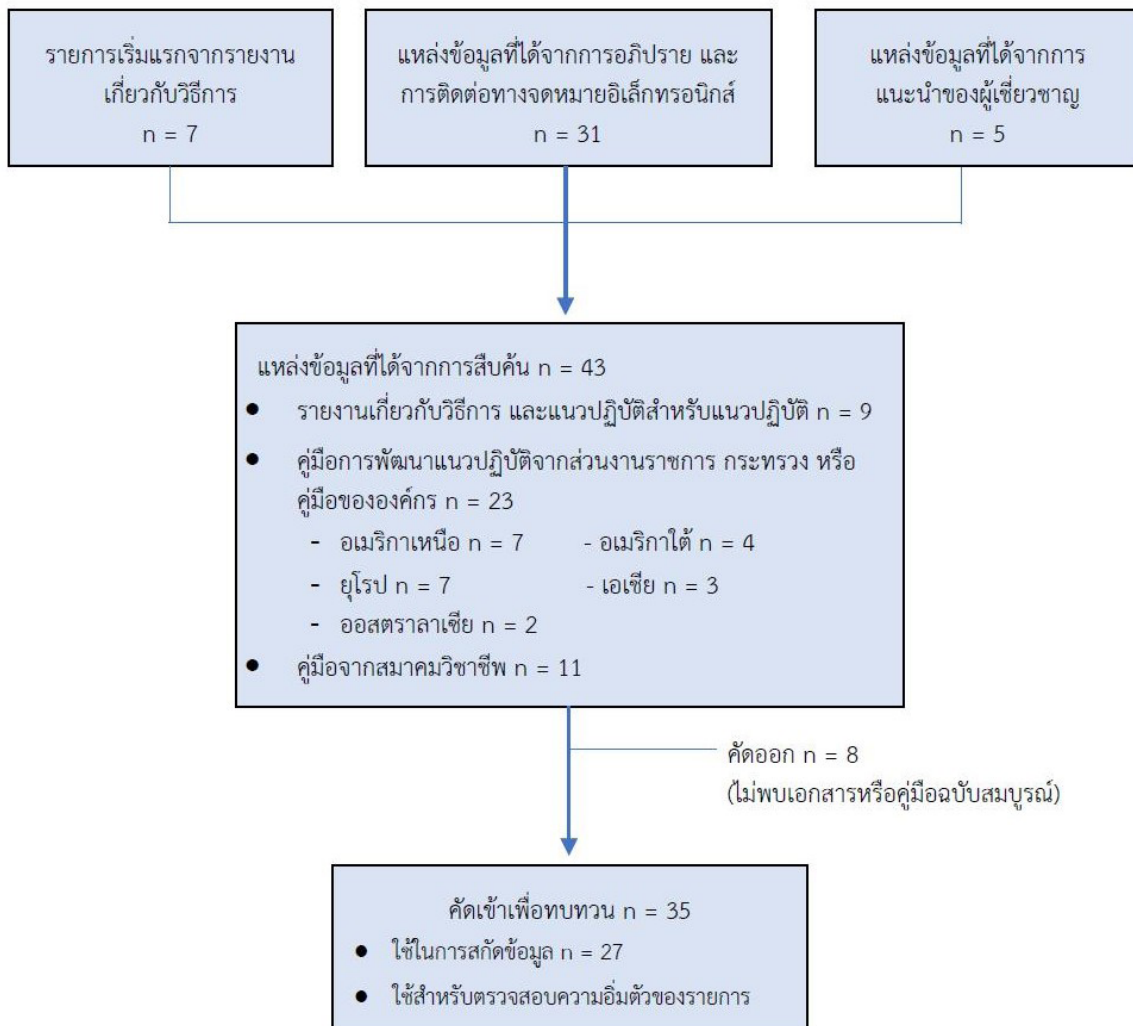
ให้อยู่ภายใต้หัวข้อเฉพาะ โดยรายการตรวจสอบที่ประกอบ ไปด้วยรายการใหม่หรือการเสนอให้ตัดออกนี้จะถูกรวบรวมไว้ ในฉบับยกร่างรายการตรวจสอบ และจะมีผู้สกัดข้อมูล คนที่สามเข้ามาตรวจสอบอีกครั้งว่ารายการในฉบับยกร่างนั้น เป็นรายการที่ได้รับการอภิปรายจากเอกสารต้นฉบับจริง

ภายหลังการสกัดข้อมูล ผู้เขียนทุกคนได้รับเชิญให้ ตรวจสอบรายการตรวจสอบฉบับล่าสุด เพื่อให้คำแนะนำ สำหรับการแก้ไข และผู้เขียนได้ปรึกษากลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการ พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติมและให้ข้อมูล ย้อนกลับเกี่ยวกับความครบถ้วนสมบูรณ์ของรายการตรวจสอบ ในขั้นตอนสุดท้าย ผู้เขียนสองคน (M.V. & W.W.) ทบทวน เอกสารจำนวน 8 ฉบับอีกครั้งเพื่อพิจารณาว่ามีความอึดตัวแล้ว หรือไม่<sup>24-31</sup> การที่ไม่สามารถระบุหัวข้อหรือรายการใหม่ เพิ่มเติมจากที่มีอยู่แล้ว ถือเป็นข้อบ่งชี้ว่ารายการตรวจสอบได้ บรรลุความอึดตัวแล้ว

### ผล

รูปที่ 1 สรุปกระบวนการสืบค้นและการเลือกแหล่งข้อมูล เริ่มแรกผู้เขียนค้นพบเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 43 ฉบับ ที่มาจาก รายงานเกี่ยวกับระเบียบวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ 7 ฉบับ<sup>1-3,6,7,11,23</sup> แหล่งข้อมูลที่ได้จากการอภิปรายและการ ติดต่อกับจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ 31 ฉบับ<sup>20,24,25,27,28,30-55</sup> และแหล่งข้อมูลที่ได้จากการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ฉบับ<sup>5,26,29,56,57</sup> เอกสาร 8 ฉบับถูกตัดออกเนื่องจากไม่มี เอกสารหรือคู่มือฉบับสมบูรณ์<sup>48-55</sup> เอกสารที่เหลือ 35 ฉบับ ได้นำมาสกัดข้อมูล 27 ฉบับ<sup>1-3,5-7,11,20,23,32-47,56,57</sup> และอีก 8 ฉบับ ใช้ในการตรวจสอบความอึดตัวของหัวข้อและรายการ<sup>24-31</sup> รายการตรวจสอบและหัวข้อได้มาจากเอกสารที่เป็นระเบียบ วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ 9 ฉบับ หรือเอกสารที่ตีพิมพ์เป็นชุด และจากคู่มือการพัฒนาแนวปฏิบัติ 18 ฉบับ (รายละเอียดใน ตารางที่ 1)

รายการหัวข้อที่ได้จากการสกัดข้อมูลเบื้องต้น มีทั้งหมด 19 หัวข้อ และ 123 รายการ จากการตรวจสอบคู่มือ 18 ฉบับซ้ำอีกครั้งทำให้ได้ 15 รายการเพิ่มขึ้นมา รวมเป็น 138 รายการ หลังจากนั้นได้มีการตรวจสอบซ้ำอีกหลายรอบ



ภาพที่ 1 กระบวนการสืบค้นและการเลือก

โดยทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ คณะผู้วิจัยได้รวบรวม 2 หัวข้อเข้าด้วยกันเหลือเป็น 18 หัวข้อ และเพิ่มอีก 8 รายการ รวมทั้งหมด 146 รายการ ตารางที่ 2 แสดง 18 หัวข้อพร้อมคำอธิบายว่าหัวข้อเหล่านี้มีความเหมาะสมที่จะบรรจุไว้ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างไร หัวข้อและรายการจะครอบคลุมทุกขั้นตอนของการดำเนินการจัดทำแนวปฏิบัติ ตั้งแต่การวางแผนจนถึงการกำหนดข้อเสนอแนะ การเผยแพร่ การประเมินผล และการปรับปรุง

ตามที่ได้ระบุไว้ รายการตรวจสอบยังรวมถึงการเชื่อมโยงไปยังเครื่องมือการเรียนรู้และสื่อการฝึกอบรม รวมถึง

แหล่งข้อมูลที่มีระเบียบวิธีที่แนะนำสำหรับการนำรายการไปใช้ในการปฏิบัติ อีกทั้งยังระบุช่องว่างองค์ความรู้/ปัญหาดังกล่าว ตัวอย่างของเครื่องมือการเรียนรู้และสื่อการฝึกอบรมประกอบด้วยบทเรียน เอกสารประกอบการอ่าน และแหล่งอ้างอิง (เช่น ตัวอย่างของวิธีการที่บางองค์กรใช้ในการบรรลุเป้าหมายของแต่ละขั้นตอน) ที่จะช่วยผู้พัฒนาแนวปฏิบัติในด้านต่างๆ เช่น การกำหนดปัจจัยที่อาจนำมาพิจารณาในการจัดลำดับความสำคัญและการเลือกหัวข้อ กลวิธีหรือเทคนิคสำหรับการปฏิบัติตามนโยบายความขัดแย้งทางผลประโยชน์ และการกำหนดการดำเนินการของกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติที่

เหมาะสม ตัวอย่างของแหล่งข้อมูลสำหรับการนำรายการต่างๆ ไปปฏิบัติ ได้แก่ วิธีการ เครื่องมือ และการอ้างอิงที่จะช่วยให้ดำเนินการตามขั้นตอน เช่น แบบฟอร์มเปิดเผยผลประโยชน์ การจัดอันดับความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ และการปรับชุดเครื่องมือเพื่อการเผยแพร่แนวปฏิบัติ

ตารางที่ 3 แสดงรายการตรวจสอบทั้งหมด (ดูในบทความฉบับเต็ม) การจัดลำดับความสำคัญและการกำหนดองค์การควรดำเนินการก่อนขั้นตอนอื่น แต่การทำตามลำดับขั้นตอนที่กำหนดอย่างเข้มงวดเป็นสิ่งที่ยาก และผู้พัฒนาแนวปฏิบัติมักจะต้องกลับไปดูรายการก่อนหน้า หรือรายการถัดไปเพื่อเพิ่มความเข้าใจกับขั้นตอนที่กำลังทำอยู่มากยิ่งขึ้น

ภาพที่ 2 อธิบายความสัมพันธ์ของขั้นตอนและหัวข้อต่างๆ และนำเสนอกราฟิกของกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ นอกจากนี้ ผู้เขียนยังรวบรวมอภิธานศัพท์ของคำศัพท์สำคัญที่อยู่ในรายการตรวจสอบ เพื่อช่วยในการตีความ (ดูภาคผนวก 1 หรือทางลิงก์ <https://cebgrade.mcmaster.ca/GDCtranslations/guidelinechecklistthai.html>)

ทำนี้ ผู้เขียนได้สร้างรายการตรวจสอบเชิงตอบโต้สำหรับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติใช้ สามารถดูได้ที่ <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html> ซึ่งรวมถึงเครื่องมือการเรียนรู้และข้อมูลสำหรับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ตามที่ได้ระบุไว้

### ตารางที่ 1 แหล่งข้อมูลสำหรับการสกัด

#### คู่มือผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ (Guideline Development Manuals)

##### อเมริกาเหนือ (North America)

- American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition, 2013<sup>56</sup>
- American College of Cardiology-American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Methodology Manual and Policies, 2010<sup>32</sup> and Supplementary Documents<sup>58-60</sup>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care Procedure Manual, 2011<sup>33</sup>
- Cancer Care Ontario Program in Evidence-Based Care Handbook, 2012 and Supplementary Documents<sup>61,62</sup>
- US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Guidelines and Recommendations: A CDC Primer, 2012<sup>35</sup>
- Transparency Matters: Kaiser Permanente's National Guideline Program Methodological Processes, 2012<sup>36</sup>
- United States Preventive Services Task Force Procedure Manual, 2008<sup>37</sup>

##### ยุโรป (Europe)

- Estonian Handbook for Guidelines Development, 2011<sup>20</sup>
- European Society of Cardiology Recommendations for Guidelines Production, 2010<sup>41</sup>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) The Guidelines Manual, 2012 and Supplementary Documents<sup>63-65</sup>
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) 50: A Guideline Developer's Handbook 2011<sup>43</sup>
- Spain Ministry of Health Development of Clinical Practice Guidelines in the National Health System: Methodological Manual, 2007<sup>44</sup>
- World Health Organization Handbook for Guideline Development, 2012<sup>45</sup>

## ตารางที่ 1 แหล่งข้อมูลสำหรับการสกัด (ต่อ)

### คู่มือผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ (Guideline Development Manuals) (ต่อ)

#### อเมริกาใต้ (South America)

- Argentina National Academy of Medicine Guide to Adaptation of Clinical Practice Guidelines, 2008<sup>38</sup>
- Colombia Ministry of Health and Social Security Methodological Guide for Developing Integrated Care Guidelines in the Colombian System of Health and Social Security, 2010<sup>39</sup>
- Peru Ministry of Health Technical Standards for the Development of Clinical Practice Guidelines, 2006<sup>40</sup>

#### ออสเตรเลีย (Australasia)

- National Health and Medical Research Council (NHMRC) Procedures and Requirements for Meeting the 2011 NHMRC Standard for Clinical Practice Guidelines, 2011<sup>46</sup> and Supplementary Documents<sup>66</sup>
- New Zealand Guidelines Group Handbook for the Preparation of Explicit Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, 2001<sup>47</sup>

### รายงานระเบียบวิธีแนวปฏิบัติ (Guideline Methodology Report)

- ADAPTE Collaboration: Guideline Adaptation – A Resource Toolkit, 2009<sup>57</sup>
- AGREE II: Advancing Guideline Development, Reporting and Evaluation in Health Care, 2010<sup>1,67,68</sup>
- Methodology for the development of antithrombotic therapy and prevention of thrombosis guideline: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th edition, 2012<sup>5</sup>
- Conference on Guideline Standardization: Standardized Reporting of Clinical Proactive Guidelines, 2003<sup>23,69</sup>
- Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines, 2012<sup>2</sup>
- Health Research Policy and Systems (HRPS) Series: Improving the Use of Research Evidence in Guideline • Development, 2006<sup>6,70-85</sup>
- Implementation Science Series: Developing Clinical Practice Guidelines, 2012<sup>7-9</sup>
- Institute of Medicine: Clinical Practice Guidelines We Can Trust, 2011<sup>3</sup>
- Proceedings of the American Thoracic Society (PATS) Series: A Guide to Guidelines for Professional Societies and Other Developers of Recommendations, 2012<sup>11,86-99</sup>

หมายเหตุ: AGREE = Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation

## ตารางที่ 2 หัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติ

หัวข้อ	คำอธิบาย
1. องค์กร งบประมาณ การวางแผน และการอบรม (organization, budget, planning and training)	ได้แก่ การวางแผนทั่วไปในเรื่องความเป็นไปได้ วิธีการที่จะทำให้สำเร็จ และทรัพยากรที่ต้องใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แผนควรครอบคลุมช่วงเวลาในแต่ละขั้นตอน และควรเป็นไปอย่างเป็นทางการและสามารถประเมินได้
2. การจัดลำดับความสำคัญ (priority setting)	การระบุ การหาความสมดุล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยผู้มีส่วนได้เสีย การจัดลำดับจะยืนยันถึงการใช้ทรัพยากรและความสนใจที่ได้ทุ่มเทให้กับประเด็นนั้นอย่างเต็มที่ (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และการป้องกันโรค) ซึ่งข้อเสนอแนะด้านการดูแลสุขภาพจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชากร การออกกฎหมายข้อบังคับ หรือต่อประเทศ วิธีการจัดลำดับความสำคัญมีความจำเป็นต่อการนำไปสู่แผนการในอนาคต เพื่อรับมือกับสถานการณ์ยุ่งยากที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มศักยภาพ <sup>84,85</sup>
3. สมาชิกกลุ่มแนวปฏิบัติ (guideline group membership)	กำหนดว่าใครจะเข้ามามีส่วนร่วมและในบทบาทอะไร และจะเลือกสมาชิกอย่างไร สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ และขั้นตอนอื่นในการผลิตแนวปฏิบัติ
4. การสร้างกระบวนการกลุ่มแนวปฏิบัติ (establishing guideline group processes)	เป็นการกำหนดขั้นตอนที่ต้องทำตาม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และวิธีการที่ใช้สำหรับการตัดสินใจ
5. การระบุกลุ่มประชากรเป้าหมาย และการเลือกหัวข้อ (identifying target audience and topic selection)	การกำหนดประชากรเป้าหมายเป็นการอธิบายถึงผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติหรือผู้ใช้บริการ การเลือกหัวข้อเป็นการกำหนดหัวข้อที่จะครอบคลุมในแนวปฏิบัติ (เช่น การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น)
6. การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (consumer and stakeholder involvement)	จะอธิบายถึงการมีส่วนร่วมของบุคคล หรือ กลุ่มบุคคลที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการแต่ได้รับผลกระทบจากแนวปฏิบัติ เช่น ประชากรเป้าหมาย หรือผู้ใช้แนวปฏิบัติ
7. การพิจารณา ความขัดแย้งของผลประโยชน์ (conflict of interest considerations)	มุ่งเน้นเรื่องการระบุและจัดการกับความเป็นไปได้ของความแตกต่างระหว่างผลประโยชน์ส่วนตัวของแต่ละบุคคลและภาระหน้าที่ด้านวิชาชีพของบุคคลนั้น ที่ทำให้มีคำถามว่าการกระทำหรือการตัดสินใจทางวิชาชีพของบุคคลนั้นได้รับแรงจูงใจจากผลประโยชน์ส่วนตัว เช่น การเงิน ความก้าวหน้าทางวิชาการ รายได้ทางคลินิก หรือสถานภาพในชุมชน คำจำกัดความนี้รวมถึงความสัมพันธ์ทางการเงินหรือทางปัญญาที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถขององค์กรหรือบุคคลในการเข้าถึงคำถามทางวิทยาศาสตร์ด้วยใจที่เปิดกว้าง
8. การสร้างคำถามตามกรอบ PICO (PICO question generation)	มุ่งเน้นที่ คำถามที่สำคัญที่ข้อเสนอแนะควรกล่าวถึง ได้แก่ ข้อมูลรายละเอียดของประชากร การจัดการกระทำ (รวมถึงเครื่องมือในการวินิจฉัย และกลยุทธ์) และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจ (ควรใช้การทดสอบชนิด เอ หรือ การรักษา ชนิด บี ซี ดี หรือ อี ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น)
9. การพิจารณา คุณค่า และความชอบ (considering values and preferences)	การผสมผสานเข้าไปในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติในด้านคุณค่า และความชอบของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากข้อเสนอแนะ สิ่งเหล่านี้ ได้แก่ ความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทศนคติ ความคาดหวัง คุณค่า และความเชื่อทางวัฒนธรรมและจริยธรรม เป้าหมายของผู้ป่วยที่มีต่อชีวิตและสุขภาพ ประสบการณ์ในอดีตต่อการจัดการกระทำ/การช่วยเหลือและความเจ็บป่วย ประสบการณ์ทางด้านอาการ (เช่น การหายใจติดขัด อาการปวด อาการหายใจลำบาก น้ำหนักลด) ความชอบ/ความพึงพอใจ และการให้ความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ การรับรู้ผลกระทบของความเจ็บป่วยหรือการจัดการกระทำ

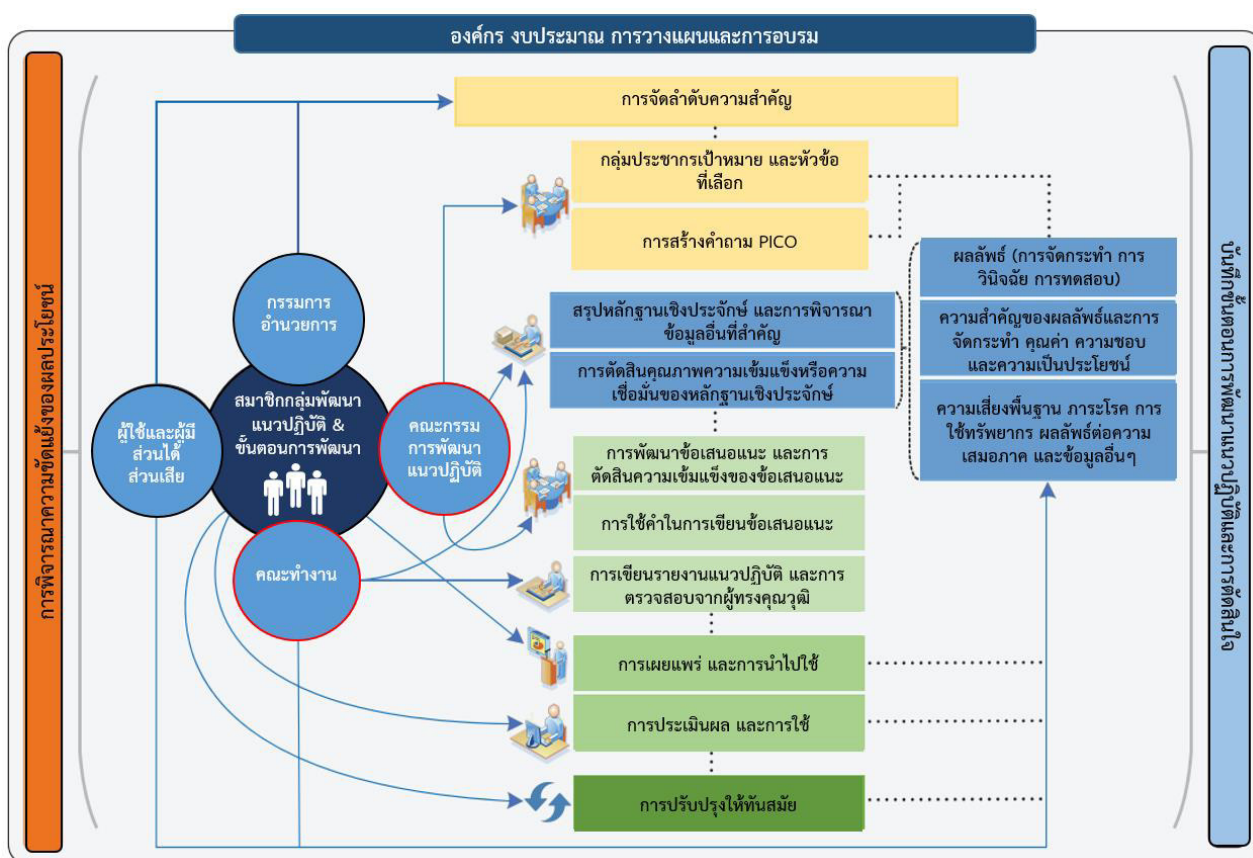
## ตารางที่ 2 หัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

หัวข้อ	คำอธิบาย
9. การพิจารณา คุณค่า และความชอบ (considering values and preferences) (ต่อ)	ต่อคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพดีหรือความพึงพอใจ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ของการดำเนินการปฏิบัติของการจัดกระทำนั้นๆ ตัวการจัดกระทำและบริบทอื่นที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ ความชอบ/ความพึงพอใจต่อรูปแบบอื่นของการกระทำ และความชอบ/ความพึงพอใจต่อเนื้อหาและรูปแบบในการสื่อสาร ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแล
10. การกำหนดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้ และการสืบค้น (deciding what evidence to include and searching for evidence)	มุ่งเน้นที่การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก และคัดออกตามชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ (เช่น งานวิจัยที่เข้มแข็ง หรือการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นทางการ) แบบวิจัย ลักษณะของประชากร การจัดกระทำ และตัวเปรียบเทียบ และการกำหนดวิธีการระบุหลักฐานและการรวบรวมหลักฐาน ทั้งนี้ยังรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงสิ่งต่อไปนี้ได้แก่ หลักฐานเกี่ยวกับคุณค่าและความชอบ ข้อมูลและทรัพยากรท้องถิ่น
11. การสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพิจารณาข้อมูลอื่นที่สำคัญ (summarizing evidence and considering additional information)	มุ่งเน้นการรายงานหลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปของการสังเคราะห์ (เช่น ตาราง หรือการบรรยายโดยสังเขป) เพื่ออำนวยความสะดวกในการพัฒนาและเข้าใจในข้อเสนอแนะ ทั้งนี้ยังรวมถึงการระบุ และพิจารณาถึงข้อมูลอื่นที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับคำถามที่กำลังพิจารณา
12. การตัดสินคุณภาพ ความเข้มแข็งหรือความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์ (judging quality, strength or certainty of a body of evidence)	การประเมินความเชื่อมั่นในหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมมา โดยการประเมินอย่างโปร่งใสในงานวิจัยที่รวบรวม (งานวิจัยแต่ละชิ้น และภาพรวมทั้งหมด) และหลักฐานอื่น โดยใช้วิธีการที่มีโครงสร้าง อาจรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง ความเสี่ยงพื้นฐานและภาวะโรค คุณค่าและความชอบ ทรัพยากรที่ใช้ (ค่าใช้จ่าย) ค่าประมาณการผลลัพธ์ และความถูกต้องของเครื่องมือวินิจฉัย
13. การพัฒนาข้อเสนอแนะ และระบุความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ (developing recommendations and determining their strength)	การพัฒนาข้อเสนอแนะ มุ่งเน้นที่การผสมผสานปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อข้อเสนอแนะโดยใช้กรอบแนวคิดวิเคราะห์ที่มีโครงสร้าง และกระบวนการที่เป็นระบบและโปร่งใส การระบุความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ หมายถึงการตัดสินเกี่ยวกับระดับความเชื่อมั่นที่คณะกรรมการแนวปฏิบัติมีต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ตามข้อเสนอแนะว่าจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ มากกว่าที่ไม่พึงประสงค์
14. การใช้คำในการเขียนข้อเสนอแนะ และการพิจารณาถึงการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ และความเสมอภาค (wording of recommendations and of considerations of implementation, feasibility and equity)	การเลือกใช้คำ คำเชื่อม และรวบรวมให้เป็นรูปประโยคเพื่อเอื้อให้เกิดความเข้าใจและการนำข้อเสนอแนะไปใช้ คำเหล่านั้นต้องเชื่อมโยงกับการพิจารณาถึง การนำไปใช้ ความเป็นไปได้ และความเสมอภาค ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการใคร่ครวญของคณะกรรมการแนวปฏิบัติต่อการที่ข้อเสนอแนะจะถูกนำไปใช้ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อปัจจัยดังกล่าวข้างต้น
15. การรายงานแนวปฏิบัติ และการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (reporting and peer review)	การรายงานแนวปฏิบัติ หมายถึง การที่แนวปฏิบัติจะเผยแพร่สู่สาธารณะอย่างไร (เช่น เป็นเอกสารตีพิมพ์ หรือออนไลน์) การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ข้อมูลแนวปฏิบัติจะได้รับการตรวจสอบอย่างไรและด้วยวิธีไหน (เช่น เพื่อตรวจสอบความผิดพลาด) ทั้งภายใน และภายนอกองค์กรก่อนที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกคณะกรรมการแนวปฏิบัติ
16. การเผยแพร่ และการนำไปใช้ (dissemination and implementation)	มุ่งเน้นที่ กลยุทธ์ในการทำให้กลุ่มที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงแนวปฏิบัติ และส่งเสริมความเข้าใจ และการยอมรับตลอดจนการนำไปใช้ ได้แก่ การตีพิมพ์ และอุปกรณ์ เช่น แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น



ตารางที่ 2 หัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

หัวข้อ	คำอธิบาย
17. การประเมินผล และการใช้ (evaluation and use)	หมายถึง กลยุทธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ การประเมินแนวปฏิบัติทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ การประเมินการนำไปใช้ และหรือความเข้าใจและการยอมรับ การประเมินถึงผลกระทบ และการประเมินว่าแนวปฏิบัติทำให้สุขภาพของผู้ป่วยหรือประชากรดีขึ้นหรือไม่ หรือการประเมินผลลัพธ์อื่นๆ
18. การปรับปรุงให้ทันสมัย (updating)	หมายถึง เมื่อไรและอย่างไรที่แนวปฏิบัติควรได้รับการปรับปรุง เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อข้อเสนอแนะ



ภาพที่ 2 แผนภาพ/ผังไหล แสดงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ขั้นตอนการพัฒนา รวมทั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจะเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน ไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นไปตามลำดับขั้น คณะกรรมการแนวปฏิบัติ และกลุ่มสนับสนุน (เช่น นักระเบียบวิธี นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ทีมการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เลขานุการสำหรับสนับสนุนการบริหารจัดการ เป็นต้น) จะทำงานประสานกัน และบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คณะกรรมการแนวปฏิบัติต้องรายงานต่อคณะกรรมการกำกับดูแล หรือคณะกรรมการอำนวยการในกระบวนการพัฒนา ยกตัวอย่างเช่น ในขณะที่พิจารณาถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการเลือกหัวข้อการพิจารณาถึงการสร้างสัมพันธภาพอย่างเป็นทางการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อส่งเสริมการเผยแพร่และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อสนับสนุนให้มีความเข้าใจในแนวปฏิบัติมากยิ่งขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น การพิจารณาถึงองค์กร การวางแผน และการอบรมจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของการพัฒนาแนวปฏิบัติทั้งหมด และขั้นตอน ได้แก่ การบันทึก วิธีการที่ใช้ และการตัดสินใจ ตลอดจนการพิจารณาถึงความขัดแย้งของผลประโยชน์ จะเกิดขึ้นตลอดกระบวนการพัฒนา

## วิจารณ์

จากการทบทวนอย่างละเอียดของแหล่งข้อมูลที่มีอยู่สำหรับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้เขียนได้พัฒนารายการทั้งหมด 146 รายการตรวจสอบ ภายใต้หัวข้อทั้งหมด 18 หัวข้อที่ครอบคลุมขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่สามารถทำได้ง่าย รายการนี้ได้อธิบายการจัดทำแนวปฏิบัติที่ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติหรือเพื่ออธิบายรายละเอียดปลีกย่อยของขั้นตอนในการดำเนินการ ยกตัวอย่างเช่น วิธีดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อสนับสนุนข้อเสนอแนะที่เฉพาะเจาะจง วัตถุประสงค์ของรายงานตรวจสอบนี้ คือเพื่อทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลสาธารณะที่รวมถึงการเชื่อมโยงไปยังเครื่องมือการเรียนรู้และสื่อการฝึกอบรม สำหรับผู้ที่สนใจในการเริ่มต้นพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม หรือผู้ที่ต้องใช้ในการประเมินการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาแล้ว

### จุดแข็งและข้อจำกัด

แม้ว่าจะมีคู่มือการพัฒนาแนวปฏิบัติมาก่อนหน้านี้แล้ว รายการตรวจสอบที่ได้พัฒนาขึ้นนี้เป็นอิสระจากสถาบันหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง จุดแข็งของการศึกษานี้คือการทบทวนแหล่งข้อมูลสำคัญของเรื่องนี้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ประสพการณ์ในการใช้คู่มือต่างๆ สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยผู้เขียนบางคนในช่วงหลายปีที่ผ่านมาช่วยเอื้อต่อการระบุช่องว่างองค์ความรู้ และแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ส่วนข้อจำกัดที่เป็นไปได้ของรายการตรวจสอบนี้คือ จำนวนข้อที่ค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม รายการตรวจสอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความครอบคลุมหัวข้อและรายการทั่วไปที่ควรได้รับการพิจารณาเมื่อมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ และสามารถนำไปใช้ได้กับแนวปฏิบัติที่หลากหลาย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิก ทางนโยบาย และทางสาธารณสุข ผู้ที่วางแผนที่จะใช้รายการตรวจสอบนี้ควรคำนึงถึงและละทิ้งขั้นตอนที่อาจไม่เกี่ยวข้องกับหัวข้อหรือขอบเขตของแนวปฏิบัติที่จะพัฒนา แม้ว่าหลายๆ รายการจะมีความจำเป็นสำหรับการสร้างแนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือ

ข้อจำกัดที่เป็นไปได้อีกประการหนึ่ง คือ รายการตรวจสอบดูเหมือนจะให้น้ำหนักที่เท่าเทียมกันในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติต้องเผชิญกับความท้าทายในเรื่องระยะเวลา ค่าใช้จ่ายและทรัพยากรมนุษย์ที่จำกัด และมักจะต้องจัดลำดับความสำคัญของขั้นตอนหนึ่งมากกว่าขั้นตอนอื่นๆ การมีรายการตรวจสอบที่ครอบคลุมสำหรับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติจะช่วยให้มีความชัดเจนในการพิจารณาว่าขั้นตอนใดที่ควรให้ความสำคัญก่อนและเพราะอะไร

การพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นเรื่องที่มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่ยังขาดแนวทางอย่างเป็นทางการ เช่น แนวทางในการบูรณาการ ผลลัพธ์และการจัดการที่สำคัญ คุณค่าและความชอบของผู้ป่วย เนื่องจากผู้เขียนได้พัฒนารายการตรวจสอบตามเอกสารตีพิมพ์ที่รายงานเกี่ยวกับคู่มือและระเบียบวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีอยู่ปัจจุบัน ดังนั้นผลที่ได้จึงทำให้รายการสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ขาดแนวทางอย่างเป็นทางการที่กล่าวข้างต้น จึงยังคงไม่ได้กล่าวถึงในรายการตรวจสอบนี้เช่นกัน นอกจากนี้ผู้เขียนเพิ่งเริ่มการประเมินรายการตรวจสอบกับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารายการตรวจสอบนี้ อย่างไรก็ตาม รายการตรวจสอบในรูปแบบออนไลน์ที่ได้พัฒนาขึ้นนี้จะขอรับความคิดเห็น/ข้อมูลย้อนกลับจากผู้ใช้ เพื่อนำมาปรับปรุงให้รายการตรวจสอบนี้มีความทันสมัยต่อไป

## สรุป

รายการตรวจสอบนี้ ได้รวบรวมรายการทั้งหมดที่ครอบคลุมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ แม้ว่ารายการตรวจสอบครอบคลุมหัวข้อทั้งหมดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แต่มีหลายประเด็นในการจัดทำแนวปฏิบัติที่จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม โดยเฉพาะเรื่องที่ยังขาดแนวทางอย่างละเอียด (แนวทางในการบูรณาการคุณค่า ความเชื่อและความชอบของผู้ป่วย) ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น แนวปฏิบัติสำหรับแนวปฏิบัติ และคู่มือการพัฒนาแนวปฏิบัติในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์และผลลัพธ์ทางคลินิก ในขณะที่แนวทางการ

พิจารณาการใช้ทรัพยากร คุณค่าและความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้บริโภครวมถึงความเสมอภาคได้รับความสนใจน้อยมาก

ในทำนองเดียวกันยังไม่มีเครื่องมือและแหล่งข้อมูล ในการฝึกอบรมสำหรับขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ คู่มือ สำหรับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติได้อธิบายขั้นตอนและข้อควร พิจารณาโดยรวมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ แต่รายละเอียด จำเพาะเกี่ยวกับวิธีการทำให้กระบวนการสำเร็จลุล่วงมักถูก ละเลยรายละเอียดเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มจัดทำ แนวปฏิบัติและกระบวนการกลุ่ม เช่น การแก้ไขข้อขัดแย้งอาจ มีบันทึกไว้เป็นการภายใน แต่การสนับสนุนผ่านเครื่องมือหรือ สื่อการเรียนรู้จะเป็นประโยชน์ต่อคนอื่นที่กำลังแสวงหา คำแนะนำสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติของตนเอง ยิ่งไปกว่านั้น คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติและกระบวนการในการ พัฒนาแนวปฏิบัติจะยืนยันถึงความเสมอต้นเสมอปลายของ กลุ่มผู้จัดทำแนวปฏิบัติที่มีความแตกต่างกันภายในองค์กร รายการตรวจสอบนี้จึงมุ่งเน้นกระบวนการและขั้นตอนที่ง่าย ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

รายการตรวจสอบนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้พัฒนา แนวปฏิบัตินำไปใช้ในการวางแผนและติดตามกระบวนการ พัฒนาแนวปฏิบัติ และช่วยให้ผู้พัฒนามั่นใจว่าจะไม่พลาด ขั้นตอนที่สำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ อาจพิจารณาด้วยเหตุและผลในการข้ามรายการบางข้อ หากรายการนั้นไม่สามารถปฏิบัติตามหรือไม่เกี่ยวข้องกับหัวข้อ แนวปฏิบัติหรือองค์กรที่กำลังพัฒนา อย่างไรก็ตาม การทำตาม

ขั้นตอนจะช่วยยืนยันว่ารายการสำคัญหลักได้รับการพิจารณา และเป็นการเพิ่มโอกาสที่จะผลิตแนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือได้ ทั้งนี้ เมื่อถูกประเมิน จากเครื่องมือประเมินความน่าเชื่อถือของ แนวปฏิบัติก็จะได้คะแนนที่สูง ผู้ใช้รายการตรวจสอบ ควรทำความเข้าใจกับหัวข้อและรายการก่อนที่จะนำไปใช้และ ตระหนักว่าขั้นตอนต่างๆ นั้นมีความสัมพันธ์กันและไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับ (ภาพที่ 2)

เนื่องจากการพัฒนารายการตรวจสอบนี้เป็น ส่วนหนึ่งในงานของผู้เขียนกับ GRADE Working Group ([www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)) และโครงการ DECIDE ([www.decide-collaboration.eu](http://www.decide-collaboration.eu)) ผู้เขียนจะนำรายการ ตรวจสอบทั้งหมดนี้ไปไว้ในเว็บไซต์ของเครื่องมือพัฒนาแนว ปฏิบัติแบบอิเล็กทรอนิกส์ ([www.guidelinedevelopment.org](http://www.guidelinedevelopment.org)) โดยสามารถใช้ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ สำหรับองค์กรที่ไม่มุ่งหวังกำไร

สิ่งที่ต้องทำต่อไปในอนาคตคือ การรับข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม การจัดการให้รายการนี้มีความทันสมัย และการให้ ข้อมูลที่ง่ายต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติ การฝึกอบรม และ การเรียนรู้เพิ่มเติมผ่านทาง crowdsourcing บนเว็บไซต์ใน รูปแบบการโต้ตอบสองทาง ([cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html](http://cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html)) และ เครื่องมือพัฒนาแนวปฏิบัติ อิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนการทดสอบและการประเมินผล ว่าขั้นตอนใดใช้เวลาและทรัพยากรมากที่สุด

**ความรู้เดิม:** วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านมามีความหลากหลายและไม่มีขั้นตอนที่ละเอียด ชัดเจนครอบคลุม และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

**ความรู้ใหม่:** ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนวทางของเกรด ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีความน่าเชื่อถือ ครอบคลุม และง่ายต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้:** สามารถนำรายการตรวจสอบนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีมาตรฐานและ มีความน่าเชื่อถือต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

ดูในบทความฉบับเต็ม

Schünemann HJ, Wiercioch W, Etzeandía I, Falavigna M, Santesso N, Mustafa R, et al. Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. CMAJ. 2014;186(3):E123-42. doi:10.1503/cmaj.131237.

<https://www.cmaj.ca/content/cmaj/186/3/E123.full.pdf>

## ภาคผนวก

### ภาคผนวก 1

ขั้นตอนและรายการตรวจสอบการพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับเต็ม  
สามารถดาวน์โหลดได้ที่:

<https://cebgrade.mcmaster.ca/GDCtranslations/guidelinechecklistthai.html>

### ภาคผนวก 2

อภิธานศัพท์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่:

<https://cebgrade.mcmaster.ca/GDCtranslations/guidelinechecklistthai.html>



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด** ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 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)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: systematic review) เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมข้อเสนอแนะ 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

เอกสารประกอบการนำส่ง ได้แก่ 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ 2) หนังสือรับรองการส่งบทความ (ใบนำส่ง) 3) เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากนั้นสมัครสมาชิก และ submission ทาง <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht> โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่งหรือใบนำส่ง (ตัวอย่างท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ด้วยวุฒิการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail address ของผู้พิมพ์ทุกคนและระบุตัวตนผู้พิมพ์ที่

ทั้งนี้การพิจารณาถ้อยแถลงของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมียกเว้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น  $p < .01$ ,  $p = .10$

3. บทความย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทความย่อแต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิจารณ์ สรุป ไม่เกิน 300 คำ ใช้ภาษารัดกุม ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3-5 คำ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) items ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Window ตัวอักษร TH SarabunPSK

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเรื่อง โดยแสดงเป็นตัวเลขยก ไม่มีวงเล็บ เช่น XX<sup>1</sup> การอ้างอิง 2 รายการต่อเนื่องกันใช้เครื่องหมาย “,” คั่น เช่น XX<sup>1,2</sup> การอ้างอิง 3 รายการขึ้นไปต่อเนื่องกัน ใช้เครื่องหมาย “-” คั่น เช่น XX<sup>5-7</sup> ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

## ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 1. วารสาร

1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1-6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น

หรือ Angsana UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้าน ไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) ต้นฉบับแต่ละเรื่อง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (ไม่รวมใบนำส่ง) วัน เดือน ปี ในเนื้อหาและตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) บทนำ คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) วิธีการ คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระบุการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) ผล แสดงผลการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น 4) วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) สรุป ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) 7) การตอบคำถามสั้นๆ 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วยชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพ 3-5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า (สำหรับวารสารที่จัดพิมพ์ โดยมีเลขหน้าต่อเนื่องกันตลอด Volume ไม่ต้องใส่เดือนและฉบับที่พิมพ์)

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 โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. บทเรียนด้านสุขภาพจิตในภัยพิบัติ: กรณีการช่วยเหลือทีมหมูป่าพลัดหลงในถ้ำหลวง [Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2561;26:152-59.

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 suppl 1:52-7.

#### 1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม

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

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย [ ]

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

1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)

Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma Treatment. Am J Orthopsychiatry. 2006;76:482-8. doi:10.1037/00029432.76.4.482.

1.6.2 บทความไม่มี DOI

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

## 2. หนังสือ

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทย โดยเพิ่มชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม [ ] ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย และใส่ชื่อภาษาของภาษาต้นฉบับเป็นคำภาษาอังกฤษไว้ตอนท้ายสุด

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

2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> 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 ต๊ะดี. ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ [Life of Female Adolescent as Mothers]. เอกสารประกอบการประชุม: การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม 2560 ความเป็นธรรมและความเป็นไทด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.



### 3. รายงานทางวิชาการ

#### 3.1 รายงานวิจัย

วชิระ เฟ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, วรพรรณ จุฑา, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ความชุกของโรคจิตเวชของคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.

#### 3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

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

### 4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

#### 4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. หรือ [อินเทอร์เน็ต]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. หรือ [สืบค้นเมื่อ วัน เดือน(ย่อ) ปี พ.ศ.]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาภาษาอังกฤษใช้คำว่า Available from: ภาษาไทยให้ใช้คำว่า จาก: ใส่ URL หลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย . ยกเว้น URL นั้นจบด้วย เครื่องหมาย /

สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [Thailand health profile 2005-2007] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2550 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: [http://www.moph.go.th/ops/health\\_50/](http://www.moph.go.th/ops/health_50/).

Merriam-Webster medical dictionary [Internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005 [cited 2006 Nov 16]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>

#### 4.2 โชมเพจ/เว็บไซต์

รูปแบบ: ผู้แต่ง.\ชื่อเรื่อง\ [อินเทอร์เน็ต].\สถานที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์;\ปีพิมพ์\ [สืบค้นเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ)\ปี].\จาก:\URL

สสส.: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: <http://www.thaihealth.or.th/>.

World Health Organization. Depression: Let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 May 12]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.

## 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).

วฤตดา ทาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา (จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง [Bringing quality medicine (China) to help patients with chronic kidney failure]. มติชน. 3 มี.ค. 2554; น. 10.

### 5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

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

ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. แก้ไขและเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2543. Cystitis; น. 89.

รายละเอียดการเขียนอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ ดูได้จาก:

[https://drive.google.com/open?id=1ZsuBJ70USzjvR5mkamXCWOKYn-D\\_5cl](https://drive.google.com/open?id=1ZsuBJ70USzjvR5mkamXCWOKYn-D_5cl)

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 หรือไฟล์แนบอื่นๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract,

Keyword, References

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (Revision)

เอกสาร/ ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht/information/authors>

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



# โครงการแลกเปลี่ยนการพิมพ์สารบัญระหว่างวารสารสุขภาพจิตฯ และวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ



## วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 65 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2563

### สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	103
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในทหารกองประจำการใหม่ <i>วรัณพร ยั่งยืน, ปัญจภรณ์ วาฬีประโคน</i>	105
การตรวจสอบโครงสร้างองค์ประกอบของแบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สำหรับผู้เรียนไทย <i>อารยา ผลธัญญา, จรรยาพร เจียมเจริญกุล, กุศลดี ทองไพบูลย์, ไชยันต์ สกุดศรีประเสริฐ, สิริ อุดมผล, ศิวพร ต้อยเต็มวงศ์, วรณศิริ ปัญญา, สาวิกา ไชยบุญญารักษ์</i>	117
ปัญหาสุขภาพจิตกับการเล่นการพนันของผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 <i>ธนกฤษ ลิขิตธรากุล, ภาสกร คุ่มศิริ, พัทธธีรา ดิษยวรรณวัฒน์, ชลธิชา แยมมา, สันติภาพ นันทะสาร</i>	131
ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ของมารดาและโรคสมาธิสั้นในบุตร <i>ภัทมาพร ทองสุชาติ, ขวัญนัท ชาญศิลป์, มานิตย์ ศรีสุภานนท์</i>	141
ผลของวิถีทัศน์สื่อความรู้ต่อการลดความวิตกกังวลในการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า <i>ณัชพล เต็มพรเลิศ, ปัญจภรณ์ วาฬีประโคน</i>	153
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ <i>เอกชัย เพ็ชรพรประภาส</i>	167
ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้เคตามีน และเอสเคตามีนในการรักษาโรคซึมเศร้า <i>วนิดา รัตนสมาวงค์, พิษัย อภิภูสกุล</i>	179
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ข้ามเพศแบบโลกไซเบอร์ <i>เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์, พลิศรา ธรรมโชติ</i>	191

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ปรับปรุงใหม่)

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ  
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



- 1 คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
- 2 Template รูปแบบการเขียนบทความ
- 3 หนังสือรับรองการส่งบทความ/ผลการวิจัย (ใบนำส่ง)
- 4 ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์

อ่านบทความและส่งบทความได้ทาง:  
[www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht)