



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 30 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2565

Volume 30 Number 4 October - December 2022

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



ผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

พริษฐ์ โพธิ์งาม, ศรียันต์ ล้อมพงศ์



การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางการวัดของแบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย

นนทิดา ถาวรไพฑูริย์บุตร, วัฒนาрі อัมมวรรณ, กิรติ อันมั้น, อัฐพล อัฐนาค, จิตติยา วั่งการวรรณ,
สิริวิษณุ วงศ์อุดมมงคล, จักรี เลื่องลาด, ลลิตา ช่วยทวี, ปราณชลี คงศรี, ฝนิทร แซ่มเดช



ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ

เทอดศักดิ์ เดชคง, พาสนา คุณาธิวัฒน์, ธิติรัตน์ ทิพโชติ, ภาพร วุฒินาร



การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 :

กรณีศึกษาชุมชนบ้านดง จังหวัดลำปาง

วิรัตน์ ชอระลี, อริสา หาญเดชะ, อรทัย เจียมดำรง, สุรินทร์ อิวปา, วงศ์พรรณ มลารัตน์



การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อายุ 6 - 18 ปี ที่รักษาด้วย

ยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นที่โรงพยาบาลศิริราช

น้ำทิพย์ หวังวิวัฒน์เจริญ, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์



ปัจจัยทำนายความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจของนักศึกษาจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย

วัฒนะ พรหมเพชร, ณัฐสุดา เต้พันธ์, กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ



โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน : การทบทวนวรรณกรรม
อย่างเป็นระบบ

อภิญญา จะโรจร, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์, พัชรินทร์ เสรี, ปนัดดา ธนเศรษฐกร

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ กรรมการสมาคมจิตแพทย์โลกตัวแทน
ภาคพื้นเอเชียใต้
พญ.พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อภีร์ ดันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ดันติรังสี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
นพ.สุทธา สุปัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
นพ.ศุภเสก วิโรจนภา สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อัมมฉัตรกรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชากรกุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดรณี ภูขาว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.हरषा เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก สำนักงานคณะกรรมการ
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
พญ.ดุชนิ จิงศิริกุลวิทย์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
พญ.เบญจพร ปัญญาวยง ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการต่างประเทศ

Dr.Alan Frederick Geater Faculty of Medicine, Prince of
Songkla University

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

ดร.สรภมม กรนุมา นางจิตติญา จันทพรม
นายธัญพิสิษฐ์ บุญพัฒนามารณ์ นางสาวจันทรัตน์ พงษ์พิยะ

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต
เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากร
ทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และ
เป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

กำหนดออก:

ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน)
เดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

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, 8561 โทรสาร 0-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th / jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของ
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์
ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อ
วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์
อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และไม่ได้
แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



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.

Free subscription:

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

Download and Submission:

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

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand
Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health,
Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.
Tel. +66-2590-8254, 8561 Fax. +66-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th
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.

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.
Tedsak Dejkong, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D. WPA Board for Zonal Representative 16
(Southern Asia)
Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Medical Doctor, Advisory Level
(Retired government official)

Editor-in-Chief

Athip Tanaree, M.D., Ph.D. Srithanya Hospital

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Southern Institute of Child and
Adolescent Mental Health
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamkliang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs
Sujira Prechawit, M.D. Sakaeo Rachanakarindra
Psychiatric Hospital
Supasaek Virojanapa, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaissal, 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
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University
Pitakpol Boonyamalik, M.D.,Ph.D. National Human Rights Commission
of Thailand
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Bureau of Mental Health Service
Administration
Benjaporn Panyayong, M.D. Retired government official
Suda Wongsawat, Ph.D. Retired government official

International Editors

Dr.Alan Frederick Geater Prince of Songkla University

Managing Editors

Mr.Phophthorn Wuttiarn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Dr.Sankamon Gornnum Mrs.Thitiya Jantaprom
Mr.Tanpisith Boonpattanaporn Ms.Jantarath Pongpeeya

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

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 30 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2565

สารบัญ		หน้า
บรรณาธิการแถลง		A
นิพนธ์ต้นฉบับ	ผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี พริษฐ์ โพธิ์งาม, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์	276
	การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางการวัดของแบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย นนทิดา ถาวรไพญลย์บุตร, วัฒนารี อัมมวรรณ, กิรติ อันมัน, อัฐพล อัฐนาท, ฐิตยา วังการวรรณ, สิริวิทย์ วงศ์อุดมมงคล, จักรี เสือกองลาด, ถลิตา ช่วยทวี, ปริญญชลี คงศรี, ผนินทร แซ่มเดช	286
	ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ เทอดศักดิ์ เดชคง, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ธิดารัตน์ ทิพโชติ, ภาพร วุฒิหาร	297
	การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ไวรัสโคโรนา 2019 : กรณีศึกษาชุมชนบ้านดง จังหวัดลำปาง วิรัตน์ ขอระสี, อริสา หาญเดชะ, อรทัย เจียมคำรัส, สุรินทร์ อิวปา, วงศ์พรรณ มาลารัตน์	307
	การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อายุ 6 - 18 ปี ที่รักษาด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นที่โรงพยาบาลศิริราช น้ำทิพย์ หวังวิวัฒน์เจริญ, วัลลภ อัจสิริยะสิงห์	319
	ปัจจัยทำนายความบกพร่องภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจของนักศึกษา จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย วัฒนะ พรหมเพชร, ณัฐสุดา เต้พันธ์, กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ	331
บทความปริทัศน์	โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ อภิญญา จะโรจ, วัลลภ อัจสิริยะสิงห์, พชรินทร์ เสรี, ปณิดา ธนเศรษฐกร	345
ดัชนี	ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2565	358
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์		I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย		



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 30 Number 4 October - December 2022

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
ORIGINAL ARTICLES		
	The effectiveness of online mindfulness-based brief intervention program on stress and burnout among registered nurses in a hospital, Chonburi province Parit Phongam, Srirat Lormphongs	276
	Development and validation of the Thai version of the telephone-based cognitive screening tool (Thai-TeBCOG) Nonticha Thavornpaiboonbud, Watthanaree Ammawat, Keerathi Oanmun, Attapol Attanak, Thitiya Wangkawan, Sirawit Wongudommongkol, Jakree Suakonglad, Lalita Chuaytawee, Pranchalee Khongsri, Panintorn Chamdet	286
	Reliability and validity of resilience inventory 3-item version Terdsak Detkong, Passana Gunadhidhvana, Thidarat Tipchot, Phopthorn Wuttiham	297
	Mental immunity in community during the COVID-19 pandemic: a case study of Ban Dong community, Lampang province Wirat Salrasee, Arisa Harntecha, Orathai Chiamdamrat, Surintorn Inpa, Wongpan Malarat	307
	Weight and height changes in patients aged 6 - 18 years with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with methylphenidate at Siriraj hospital Namtip Wungvivatchareon, Wanlop Atsariyasing	319
	Factors predicting posttraumatic growth in university students in southernmost Thailand Wattana Prohmpetch, Nattasuda Taephant, Kullaya Pisitsungkagarn	331
	The effects of mindfulness-based programs on the executive functions among the school-aged children: a systematic review Apinya Jarojorn, Wanlop Atsariyasing, Patcharin Seree, Panadda Thanasetkorn	345
INDEX	Index: Journal of Mental Health of Thailand 2022: 30 (1 - 4)	358
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 4 ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายของปี พ.ศ. 2565 โดยยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ที่หลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

โดยมีบทความทั้งหมด 7 เรื่อง เป็นประเภณีพนธ์ต้นฉบับ 6 เรื่อง ดังนี้ เรื่อง ผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดย พิรัชฐ์ โพธิ์งาม และศรีรัตน์ ล้อมพงศ์ เรื่อง การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางการวัดของแบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย โดย นนทิดา ถาวรไพบูลย์บุตร และคณะ เรื่อง ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ โดย เทอดศักดิ์ เดชคง และคณะ เรื่อง การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 : กรณีศึกษาชุมชนบ้านดง จังหวัดลำปาง โดย วิรัตน์ ซอระสี และคณะ เรื่อง การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นอายุ 6 - 18 ปี ที่รักษาด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นที่โรงพยาบาลศิริราช โดย น้ำทิพย์ หวังวิวัฒน์เจริญ และวิมลภ อัจฉริยะสิงห์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจของนักศึกษาจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย โดย วัฒนะ พรหมเพชร และคณะ และบทความปริทัศน์ 1 เรื่อง คือ โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดย อภิญา จะโรจร และคณะ

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการที่ช่วยพิจารณาตรวจสอบบทความ และขอต้อนรับกองบรรณาธิการฝ่ายจัดการท่านใหม่ ได้แก่ ดร.สรกมล กรนุ่ม และนางสาวจันทร์รัตน์ พงษ์พิยะ ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

วันรับ : 27 กรกฎาคม 2565

วันแก้ไข : 6 ตุลาคม 2565

วันตอบรับ : 10 ตุลาคม 2565

พริษฐ์ โพธิ์งาม, พ.บ.¹, ศรีรัตน์ ล้อมพงค์, พร.ด.²

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา¹,

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการ : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม ในพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 80 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ผ่านโปรแกรม Google Meet สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด (DASS-21) ประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานด้วยแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของมาลาส (MBI-GS) ก่อนเริ่มโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square test, paired-t test และ independent t-test

ผล : กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในการทำงานก่อนเริ่มโปรแกรมไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (mean difference = 6.24, 95% CI = 5.33 - 7.17, $p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 4.24, 95% CI = 2.71 - 6.14, $p < .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องานหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (mean difference = 2.95, 95% CI = 0.41 - 5.50, $p = .02$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 2.89, 95% CI = 0.31 - 5.35, $p = .03$) ส่วนภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านความสามารถในการทำงานพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

สรุป : โปรแกรมสติบำบัดออนไลน์สามารถลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องานของพยาบาลวิชาชีพได้

คำสำคัญ : ความเครียด, โปรแกรมสติบำบัดออนไลน์, พยาบาลวิชาชีพ, ภาวะหมดไฟในการทำงาน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พริษฐ์ โพธิ์งาม; e-mail: 07parit_ph@somdej-mec.or.th

Original articles

The effectiveness of online mindfulness-based brief intervention program on stress and burnout among registered nurses in a hospital, Chonburi province

Received : 27 July 2022

Revised : 6 October 2022

Accepted : 10 October 2022

Parit Phongam, M.D.¹, Srirat Lormphongs, Ph.D.²

Queen Savang Vadhana Memorial Hospital¹,

Faculty of Public Health, Burapha University²

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of online mindfulness-based brief intervention program on stress and burnout among registered nurses.

Methods: This was a two-group quasi-experimental study among 80 registered nurses in a hospital in Chonburi province. Participants were randomly assigned to the experimental (n = 40) and control (n = 40) groups. The experimental group attended an online mindfulness-based brief intervention program once a week, for 4 weeks. Stress and burnout in both groups were assessed by using the depression, anxiety and stress scale - 21 items (DASS-21) and Maslach burnout inventory-general survey (MBI-GS), respectively, before and after attending the program. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square test, paired-t test, and independent t-test.

Results: There was no difference in demographic data, mental health, and burnout status at baseline between groups. The mean stress score after attending the program in the experimental group was significantly lower than before attending the program (mean difference = 6.24, 95% CI = 5.33 - 7.17, $p < .001$) and that in the control group (mean difference = 4.24, 95% CI = 2.71 - 6.14, $p < .001$). The mean score of cynicism after attending the program in the experimental group was also significantly lower than before the program (mean difference = 2.95, 95% CI = 0.41 - 5.50, $p = .02$) and that in the control group (mean difference = 2.89, 95% CI = 0.31 - 5.35, $p = .03$). There were no significant difference in the mean score of emotional exhaustion and professional efficacy.

Conclusion: The online mindfulness-based brief intervention program could reduce stress and cynicism dimension of burnout among registered nurses.

Keywords: burnout, online mindfulness-based brief intervention, registered nurses, stress

Corresponding author: Parit Phongam; e-mail: 07parit_ph@somdej-mec.or.th

ความรู้เดิม : โปรแกรมสติบำบัดสามารถลดความเครียดกับภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ได้

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมสติบำบัดรูปแบบออนไลน์สามารถลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : โปรแกรมสติบำบัดรูปแบบออนไลน์สามารถประยุกต์ใช้ในการจัดการความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานในพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

บทนำ

ปัจจุบันประชาชนไทยมีความเครียดสูงขึ้น การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของคนไทยในปี พ.ศ. 2564 พบว่า คนไทยมีปัญหาความเครียดสูงร้อยละ 10.5 และมีภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 4.7¹ รายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ทั้งหมด 110,033 คน เป็นผู้ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปจำนวน 101,260 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีปัญหาความเครียดและวิตกกังวลจำนวน 23,905 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 23.4² ความเครียดที่มากเกินไปสามารถทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและการควบคุมโรคประจำตัว และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ปัญหาการนอน โรคซึมเศร้า และการใช้สารเสพติด³ นอกจากนี้ความเครียดเรื้อรังจากการทำงานสามารถส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) ซึ่งประกอบด้วยอาการหลัก 3 อาการ ได้แก่ 1) มีภาวะอ่อนเพลียเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายหรือจิตใจ 2) มีการเมินเฉยต่องาน มองงานในแง่ลบและรู้สึกเหินห่างจากบุคคลอื่นในงาน และ 3) ขาดความรู้สึกรักในการประสบความสำเร็จ รวมถึงไม่มีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จในงาน⁴ ซึ่งส่งผลเสียต่อการทำงานและต่อองค์กรได้

พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่นอกจากจะ

ต้องทำงานหนัก พักผ่อนน้อย และเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อแล้ว ยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดและปัญหาเฉพาะหน้าต่าง ๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด และภาวะหมดไฟในการทำงาน การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ 38.8) ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ร้อยละ 38.0 - 47.1 มีความกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และร้อยละ 10.0 มีปัญหาทางสุขภาพจิต⁵ การศึกษาของวรรณ จุฑา และคณะ⁶ พบว่า การมีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์และความรู้สึกต่อความสามารถในการทำงาน

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาวิธีการจัดการความเครียดที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในระดับสากลคือการใช้สติบำบัด (mindfulness-based intervention) ในประเทศไทยโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness-based therapy and counseling; MBTC) และโปรแกรมสติบำบัดแบบสั้น (mindfulness-based brief intervention; MBBI) ที่พัฒนาขึ้นโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมศานต์ และคณะ⁷ เป็นการพัฒนารูปแบบใหม่ที่ใช้กระบวนการทันสมัย มุ่งใช้ในชีวิตประจำวัน ใช้การสื่อสารใหม่โดยใช้คำที่เข้าใจง่ายร่วมกับการอธิบายโดยใช้ความรู้ทางจิตวิทยา รวมถึงการเรียนรู้แบบเชิงรุก (active learning) โดยใช้การฝึกจิตขั้นพื้นฐาน (หลับ-ตื่น) และจิตขั้นสูงกว่า (สติ-สมาธิ) ด้วยการฝึกหยุดความคิด ปล่อยใจ จิตสงบ และฝึกจัดการความคิดที่มาแทรกควบคู่กับการรับรู้ในกิจที่ทำ ปัจจุบันมีการศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าวอย่างแพร่หลาย เช่น การใช้ MBBI ในการจัดการความเครียดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวาน⁸ และการใช้ MBTC ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่พบว่าสามารถลดความเครียดได้⁹

การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมของบุคลากรทางการแพทย์เองมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการเตรียมการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งสำคัญ

อย่างไรก็ตามส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยสติบำบัดในรูปแบบเดิม อาจทำได้ยากในระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เนื่องจากมาตรการการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล (social distancing) ซึ่งทำให้เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการทำงานมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์ทางไกล (telemedicine) การจัดประชุม สัมมนา และการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งมีจุดเด่นในการลดการสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลอื่นเพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อได้ ทั้งนี้ปัจจุบันยังไม่พบว่ามีการศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมสติบำบัดในรูปแบบออนไลน์ในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในองค์กรให้มีสุขภาพดีอย่างเป็นองค์รวม

วิธีการ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม (two-group quasi-experimental study) ระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2565 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลดังกล่าวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ สัญชาติไทย อายุระหว่าง 25 - 60 ปี ร่างกายแข็งแรง มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปี มีการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดมาก่อน และมีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปจากแบบประเมิน depression, anxiety and stress scale - 21 items (DASS-21) และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีโรคทางจิตเวช หรือ มีการใช้ยาทางจิตเวช

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (difference between two means)¹⁰ ทดสอบสมมติฐานสองทาง กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบเท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 52 คน และ

เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลเป็นทั้งหมด 80 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) และใช้ตารางเลขสุ่มเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มควบคุม 40 คน มีการชี้แจงและทำข้อตกลงร่วมกันกับกลุ่มทดลองโดยห้ามสื่อสารหรือเผยแพร่ข้อมูลให้กับบุคคลอื่นรับทราบว่าได้เข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มช่องทางในการแจ้งผู้วิจัยกรณีมีการสื่อสารให้บุคคลอื่นรับทราบว่าได้เข้าร่วมโปรแกรม เช่น โทรศัพท์ ข้อความส่วนตัว หรือผ่านข้อเสนอแนะที่ให้กรอกในแบบสอบถาม

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมสติบำบัดแบบสั้น (MBBI)⁷ ประกอบด้วยกลุ่มกิจกรรม 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 4 สัปดาห์ กิจกรรมแบ่งเป็น ครั้งที่ 1) การฝึกสมาธิและการจัดการกับความวุ่นวายใจโดยใช้การเรียนรู้เรื่องสมาธิด้วยการฝึกหยุดความคิด รู้ลมหายใจจนจิตสงบ เมื่อมีความคิดจากจิตใต้สำนึกเกิดขึ้นให้รู้ตัวไม่คิดตาม ทำให้เกิดความสงบและผ่อนคลาย 2) การฝึกสติในการทำกิจต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ดำเนินชีวิตด้วยความสงบด้วยการฝึกสติโดยรู้ลมหายใจ รู้ในการทำกิจ เช่น การฟัง การหยิบปากกา การยืน และการเดินอย่างมีสติร่วมกับมีการอภิปรายร่วมกันถึงความแตกต่างระหว่างสติกับสมาธิและให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมวางแผนการนำสมาธิและสติไปใช้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการติดตั้งแอปพลิเคชันระฆังสติเพื่อช่วยให้บุคคลใช้สมาธิและสติในการทำงาน 3) ทบทวนการฝึกสติในชีวิตประจำวันและเสริมเรื่องการใช้สติในการกินโดยการให้รู้ลมหายใจมีสติในช่วงก่อนกิน ระหว่างกิน และสติหยุดกินเพื่อช่วยในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค และ 4) การฝึกสติควบคุมอารมณ์โดยใช้การรู้ลมหายใจขณะดูคลิปวิดีโอละครโทรทัศน์ที่เร้าใจให้เกิดอารมณ์ทางลบ และฝึกการยืนในท่าที่ไม่ชอบ เช่น ท่าสควอช ก่อนจบการฝึกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึกและวางแผนการนำสมาธิและสติไปใช้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเชื่อมโยงการพัฒนาจิตด้วยสมาธิ/สติเข้ากับวิถีชีวิตได้ การศึกษาครั้งนี้ดำเนินโปรแกรมผ่าน Google Meet สื่อการสอนประกอบด้วย

ไฟล์เอกสารประกอบการฝึกที่แจกให้กับผู้เข้าร่วมโปรแกรม และบทพูดนำการฝึกที่อิงจากคู่มือสติบำบัดของกรมสุขภาพจิต⁷ สำหรับการฝึกมีการปรับให้เข้ากับรูปแบบออนไลน์โดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเปิดหน้าจอและฝึกตาม โดยหากมีข้อสงสัยสามารถแลกเปลี่ยนซักถามได้ตลอดการฝึก ลำดับขั้นตอนในการฝึกแต่ละครั้งประกอบด้วย การฝึกจิต การทบทวน การบ้าน การเรียนรู้เรื่องใหม่ และการให้การบ้านแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อฝึกต่อทุกวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนกิจกรรมครั้งต่อไป โปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ได้รับการรับรองความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหากับบริบทของกลุ่มตัวอย่างจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลสุขภาพจิตจำนวน 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 คน ผู้อบรมเป็นผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรสติบำบัด (mindfulness-based therapy and counseling) และได้รับการรับรองการเป็นผู้บำบัดโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลสุขภาพจิตแบบปกติตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้บุคลากรที่ทำเป็นประจำในโรงพยาบาล ประกอบด้วย โปสเตอร์ สื่อคลิปวิดีโอ และเสียงตามสาย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และลักษณะการปฏิบัติงาน 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด (DASS-21) ฉบับภาษาไทย¹¹ จำนวน 21 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0 - 3 ประเมินภาวะสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านภาวะวิตกกังวล และด้านความเครียด 3) แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของมาลาส (Maslach burnout inventory-general survey; MBI-GS) ฉบับภาษาไทย¹² จำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ด้านการเมินเฉยต่องาน (cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (professional efficacy) คำตอบเป็นแบบประมาณค่า

7 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0 - 6 ในการศึกษานี้มีการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน โดยแต่ละข้อคำถามในแต่ละหมวดมีความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence; IOC) มากกว่า .50 และมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ผ่านเกณฑ์โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในภาพรวมสำหรับแบบประเมิน DASS-21 เท่ากับ .90 ด้านอาการซึมเศร้า เท่ากับ .72 ด้านความวิตกกังวลเท่ากับ .73 และด้านความเครียดเท่ากับ .72 สำหรับแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ในภาพรวมเท่ากับ .92 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่ากับ .86 ด้านการเมินเฉยต่องานเท่ากับ .72 และด้านความสามารถในการทำงานเท่ากับ .71 ซึ่งผู้วิจัยประเมินความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังจากจบสัปดาห์ที่ 4 จากการตอบแบบสอบถาม

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ระดับภาวะสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในการทำงาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test เพื่อเปรียบเทียบตัวแปรแบบหมวดหมู่ของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพจิต ความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 รหัสโครงการวิจัย G-HS 101/2564 เลขที่ IRB 3-014/2565 และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง

เข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเคารพสิทธิส่วนบุคคลในการเข้าร่วมหรือการถอนตัวในระหว่างการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพโสด อายุเฉลี่ย

37.9 ปี และกลุ่มควบคุม 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพโสด มีอายุเฉลี่ย 34.4 ปี การทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1 และการทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานก่อนเริ่มโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ พบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			.40
ชาย	2 (5.0)	4 (10.0)	
หญิง	38 (95.0)	36 (90.0)	
อายุ			
25 - 30 ปี	13 (32.5)	15 (37.5)	
31 - 40 ปี	8 (20.0)	12 (30.0)	
41 - 50 ปี	14 (35.0)	12 (30.0)	
มากกว่า 50 ปี	5 (12.5)	1 (2.5)	
อายุเฉลี่ย	$\bar{X} = 37.6$; SD = 10.2 Min = 26; Max = 59	$\bar{X} = 34.4$; SD = 7.6 Min = 25; Max = 52	.82
สถานภาพสมรส			.87
โสด	24 (60.0)	30 (75.0)	
สมรส	15 (37.5)	9 (22.5)	
แยกกันอยู่/หย่า/หย่า	1 (2.5)	1 (2.5)	
ระดับการศึกษา			.44
ปริญญาตรี	33 (82.5)	35 (87.5)	
ปริญญาโท	6 (15.0)	4 (10.0)	
ปริญญาเอก	1 (2.5)	1 (2.5)	
โรคประจำตัว			.59
มี	11 (27.5)	9 (22.5)	
ไม่มี	29 (72.5)	31 (77.5)	
ลักษณะการปฏิบัติงาน			.07
ทำงานเฉพาะเวรเช้า	19 (47.5)	13 (32.5)	
ทำงานแบบหมุนเวียน	21 (52.5)	27 (67.5)	
จำนวนเวรเฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X} = 23.7$; SD = 3.4 Min = 20; Max = 30	$\bar{X} = 24.6$; SD = 5.5 Min = 20; Max = 31	.44
รายได้			.19
เพียงพอ	28 (70.0)	33 (82.5)	
ไม่เพียงพอ	12 (30.0)	7 (17.5)	

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานก่อนเริ่มโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์

	กลุ่มทดลอง (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)	t	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ความเครียด	13.4 ($\pm$ 2.7)	7.2 ($\pm$ 4.4)	0.88	.40
ความวิตกกังวล	6.5 ($\pm$ 3.1)	6.9 ($\pm$ 3.0)	0.62	.54
ภาวะซึมเศร้า	5.2 ($\pm$ 4.0)	5.9 ($\pm$ 3.8)	0.60	.55
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.8 ($\pm$ 1.1)	23.7 ($\pm$ 10.2)	0.46	.64
การเมินเฉยต่องาน	11.2 ($\pm$ 7.5)	8.2 ($\pm$ 5.4)	0.09	.93
ความสามารถในการทำงาน	29.3 ($\pm$ 7.5)	30.2 ($\pm$ 6.2)	-0.52	.61

การเปรียบเทียบความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ของกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องานหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 6.24, 95% CI = 5.33 - 7.17, $p < .001$ และ mean difference = 2.95, 95% CI = 0.41 - 5.50, $p = .02$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านความสามารถในการทำงานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานหลังสิ้นสุดโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 4.24, 95% CI = 2.71 - 6.14, $p < .001$ และ mean difference = 2.89, 95% CI = 0.31 - 5.35, $p = .03$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และความสามารถในการทำงานไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมสติบำบัดแบบสั้น (MBBI)

มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องานต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรยุทธ เกิดสังข์ และคณะ⁹ ที่ใช้โปรแกรมสติบำบัดในการลดความเครียดในนักศึกษาพยาบาลโดยติดตามความเครียดที่ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Zhang และคณะ¹³ ที่พบว่าการประยุกต์ใช้การทำสติบำบัด (mindfulness-based intervention) ในบุคลากรทางการแพทย์สามารถลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลของโปรแกรมต่อการลดความเครียดนั้นสามารถอธิบายได้จากการศึกษาของ Koncz และคณะ¹⁴ ที่พบว่าการฝึกสมาธิสามารถลดฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ในผู้ที่มีความเครียดได้ และการศึกษาของ Fazia และคณะ¹⁵ ที่พบว่าการฝึกสติโดยการทำสมาธิระยะสั้นช่วยให้ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ดีขึ้นในด้านการลดผลกระทบทางอารมณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิดโดยการเปลี่ยนความคิดหรือการประเมินตัดสินใหม่ (cognitive reappraisal) เช่นเดียวกับกรณีศึกษาในบริษัทแห่งหนึ่งของ Tan¹⁶ ที่ประยุกต์หลักการฝึกสติที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวันโดยใช้การฝึกสมาธิ (meditation) เพ่งความสนใจไปที่ลมหายใจ ซึ่งหากมีจิตที่คิดไปเรื่องอื่น ให้สังเกตและดึงความสนใจกลับมาที่ลมหายใจซึ่งผลที่เกิดขึ้น พบว่าพนักงานที่เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีความเครียดจากการทำงานลดลง สามารถรู้ทัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์

	กลุ่มทดลอง (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)	t	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ความเครียด	13.4 ($\pm$ 2.7)	7.2 ($\pm$ 4.4)	13.73	< .001
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.8 ($\pm$ 1.1)	23.7 ($\pm$ 10.2)	1.34	.19
การเมินเฉยต่องาน	11.2 ($\pm$ 7.5)	8.2 ($\pm$ 5.4)	2.34	.02
ความสามารถในการทำงาน	29.3 ($\pm$ 7.5)	30.2 ($\pm$ 6.2)	-0.76	.44

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์

	กลุ่มทดลอง (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)	t	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ความเครียด	7.2 ($\pm$ 4.4)	11.4 ($\pm$ 4.5)	5.13	< .001
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	23.7 ($\pm$ 10.2)	27.5 ($\pm$ 8.4)	1.70	.09
การเมินเฉยต่องาน	8.2 ($\pm$ 5.4)	11.1 ($\pm$ 5.6)	2.22	.03
ความสามารถในการทำงาน	30.2 ($\pm$ 6.2)	26.8 ($\pm$ 5.3)	-1.77	.08

ความคิดและมีสมาธิอยู่กับงาน มีความสามารถในการฟื้นคืนจิตใจสู่ปกติหลังภาวะวิกฤติ (resilience) เพิ่มขึ้น เสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และทำให้พนักงานมีความสุขมากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อองค์กร ได้แก่ เพิ่มความผูกพันกับองค์กร (organizational engagement) และลดอัตราการเปลี่ยนงาน (turnover rate) นอกจากนี้ การเข้าร่วมโปรแกรมหากล่าวยังช่วยในการจัดการกับอารมณ์และความคิดลบซึ่งทำให้ทัศนคติต่องานและสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานดีขึ้น ส่งผลให้ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องานหรือการมองงานในแง่ลบลดลง ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมสติบำบัดในรูปแบบออนไลน์ที่พบในการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Spijkerman และคณะ¹⁷ ที่พบว่า โปรแกรมสติบำบัดแบบออนไลน์สามารถลดความเครียดของผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับโปรแกรมแบบต่อหน้า โดยควรมีการให้คำแนะนำและติดตามการฝึกอย่างต่อเนื่อง (guided online mindfulness-based intervention) เพื่อ

เพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ในการศึกษานี้

สำหรับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านความสามารถในการทำงาน การศึกษานี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Janssen และคณะ¹⁸ พบว่า ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดแบบอิงสติ (mindfulness-based stress reduction) ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานในการศึกษาที่ผ่านมามีความหลากหลายเนื่องจากความแตกต่างในบริบทของกลุ่มทดลอง โดยพบว่าโปรแกรมหากล่าวสามารถลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ด้านความสามารถในการทำงาน และด้านการเมินเฉยต่องานตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากในระหว่างการศึกษามีการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีภาระงานและเวลาปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น อาจทำให้ขาดการพักผ่อนที่เหมาะสม

การศึกษาของวรรณ จุฑา และคณะ⁶ พบว่า การมีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์และความรู้สึกต่อความสามารถในการทำงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการบริหารงานในองค์กรควรได้รับการแก้ไขควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรด้านสุขภาพ

ข้อดีของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ในการศึกษานี้ได้แก่ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 4 สัปดาห์ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมกับทุกคนโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยทำงานที่มีข้อจำกัดของเวลาในการฝึก การฝึกสติเน้นการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การฝึกผ่านช่องทางออนไลน์ยังสามารถประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เนื่องจากสามารถรักษาระยะห่างและลดการสัมผัสระหว่างบุคคล อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคทางจิตเวช รวมถึงไม่มีการใช้ยาทางจิตเวช ทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้สำหรับกลุ่มอาชีพอื่นหรือผู้ที่มีโรคทางจิตเวช จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพของการบำบัดในบริบทที่หลากหลายและเป็นวงกว้างมากขึ้น นอกจากนี้ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นทั้งผู้ดำเนินโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์และผู้ประเมินความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จึงอาจเกิดอคติในการวัด (measurement bias) ได้ ซึ่งได้ป้องกัน การเกิดอคติดังกล่าวด้วยการอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลและการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง รวมถึงใช้วิธีเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

สรุป

โปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมสติบำบัดแบบสั้น (mindfulness-based brief intervention; MBBI) สามารถลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องานของพยาบาลวิชาชีพได้ ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในหลากหลายบริบทต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และนางสาววดี นวลมณี กรมสุขภาพจิต รวมถึง พญ.ริชาพรรณ ชูแก้ว และนางอมรา ชูพลสัตย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ให้ข้อคิดเห็นในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงปี พ.ศ. 2564 (Mental health check-in) [Data on mental health assessment of Thai people, 2021 (Mental health check-in)] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มี.ค. 2565]. จาก: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563 [Department of mental health annual report, 2020] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มี.ค. 2565]. จาก: https://www.dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/view.asp?id=461
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคลายเครียด ฉบับปรับปรุง [Stress management guideline]. นนทบุรี: กรม; 2555.
4. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103-11. doi:10.1002/wps.20311.
5. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Prevalence and associated factors of mental health problems on healthcare workers at Nakhonpathom hospital in Corona virus disease 2019]. วารสารแพทยเขต 4-5. 2563;39(4):616-27.

6. วรวรรณ จุฑา, พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, กมลลักษณ์ มากคล้าย, นพพร ตันติรังสี. ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Burnout and related factors in health personnel from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565;30(2);147-60.
7. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด [Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทบียอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2559.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง [Handbook of integrated, people-centered health services in new normal diabetic and hypertension clinic]. นนทบุรี: กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์; 2563.
9. ชีรยุทธ เกิดสังข์, อุไรวรรณ เกิดสังข์, เบญจวรรณ งานวงศ์วิวัฒน์. ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล [Effects of mindfulness-based therapy and counseling program on stress and mindfulness in nursing students]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(1):33-48
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
11. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. Int J Psychol. 2013;48(6):1018-29. doi:10.1080/00207594.2012.755535.
12. นันทาวดี วรสุวิธ, ลักษณะ สกฤตทอง, กุลิสรา พิศาลเอก, มนัสพงษ์ มาลา, ปราณี เนาวนิตย์. โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 (EPI-BP Model) [The development of model to enhancing psychological immunity and burnout prevention for health region 7 health officials: EPI-BP Model]. ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 กรมสุขภาพจิต; 2560.
13. Zhang D, Lee EKP, Mak ECW, Ho CY, Wong SYS. Mindfulness-based interventions: an overall review. Br Med Bull. 2021;138(1):41-57. doi:10.1093/bmb/ldab005.
14. Koncz A, Demetrovics Z, Takacs ZK. Meditation interventions efficiently reduce cortisol levels of at-risk samples: a meta-analysis. Health Psychol Rev. 2021;15(1):56-84. doi:10.1080/17437199.2020.1760727.
15. Fazia T, Bubbico F, Iliakis I, Salvato G, Berzuini G, Bruno S, et al. Short-Term meditation training fosters mindfulness and emotion regulation: a pilot study. Front Psychol. 2020;11:558803. doi:10.3389/fpsyg.2020.558803.
16. Tan C. Search inside yourself: the unexpected path to achieving success, happiness (and world peace). New York: HarperOne; 2012.
17. Spijkerman MP, Pots WT, Bohlmeijer ET. Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: a review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Psychol Rev. 2016;45:102-14. doi:10.1016/j.cpr.2016.03.009.
18. Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, van der Heijden B, Engels J. Effects of mindfulness-based stress reduction on employees' mental health: a systematic review. PLoS One. 2018;13(1):e0191332. doi:10.1371/journal.pone.0191332.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางการวัดของแบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย

วันรับ : 17 พฤษภาคม 2565

วันแก้ไข : 21 พฤศจิกายน 2565

วันตอบรับ : 22 พฤศจิกายน 2565

นนทিকা ถาวรไพบูลย์บุตร, ปร.ด.¹, วัฒนาрі อัมมวรรณ, ปร.ด.¹, กิริติ อันมัน, วท.บ.²,

อัฐพล อัฐนาค, ปร.ด.³, จิตติยา วังการวรรณ, ปร.ด.¹, สิริวิชญ์ วงศ์อุดมมงคล, วท.บ.¹,

จักรี เสือกองลาด, วท.บ.¹, ลลิตา ช่วยทวี, วท.บ.¹, ปราญชลี คงศรี, วท.บ.¹,

ผนิษฐ แซ่มเดช, วท.บ.¹

สาขากิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล¹, ศูนย์กายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล²

สถาบันภาษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย

วิธีการ : พัฒนาแบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย และตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบคุณภาพของแบบคัดกรองในกลุ่มตัวอย่างอายุ 23 - 80 ปี จำนวน 45 คน ด้วยการทดสอบความเชื่อมั่นภายใน และทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเหมือนโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันกับแบบประเมิน telephone Montreal cognitive assessment (Tele-MoCA)

ผล : แบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.88 ค่าความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.83 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลคะแนนรวมที่ได้จากแบบประเมิน Tele-MoCA ($r = .61, p < .001$)

สรุป : แบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทยมีคุณสมบัติเพียงพอทั้งความตรงและความเชื่อมั่น

คำสำคัญ : การคัดกรองทางโทรศัพท์, ความสามารถในการรู้คิด, วัยผู้ใหญ่

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วัฒนาрі อัมมวรรณ; e-mail: watthanaree.ama@mahidol.ac.th

Original articles

Development and validation of the Thai version of the telephone-based cognitive screening tool (Thai-TeBCOG)

Received : 17 May 2022

Revised : 21 November 2022

Accepted : 22 November 2022

Nonticha Thavornpaiboonbud, Ph.D.¹, Watthanaree Ammawat, Ph.D.¹,

Keerathi Oanmun, B.Sc.², Attapol Attanak, Ph.D.³, Thitiya Wangkawan, Ph.D.¹,

Sirawit Wongudommongkol, B.Sc.¹, Jakree Suakonglad, B.Sc.¹, Lalita Chuaytawee, B.Sc.¹,

Pranchalee Khongsri, B.Sc.¹, Panintorn Chamdet, B.Sc.¹,

Division of Occupational Therapy, Faculty of Physical Therapy, Mahidol University¹

Physical Therapy Center, Faculty of Physical Therapy, Mahidol University², Language Institute, Khon Kaen University³

Abstract

Objective: To develop and examine the psychometric properties of the the telephone-based cognitive screening tool in Thai version (Thai-TeBCOG).

Methods: After the development, the content validity of the Thai-TeBCOG based on the judgment of five experts was evaluated. The internal consistency reliability and the convergent validity of the Thai-TeBCOG related to the telephone Montreal cognitive assessment (Tele-MoCA) by using Pearson's correlation coefficient were examined among 45 healthy Thai adults aged 23 - 80 years.

Results: The Thai-TeBCOG had good content validity (S-CVI = 0.88) and good internal consistency reliability (Cronbach's alpha coefficient = 0.83). The Thai-TeBCOG had a significant moderate positive correlation with Tele-MoCA ($r = .61$, $p < .001$).

Conclusion: The Thai-TeBCOG was qualified in terms of validity and reliability.

Keywords: adulthood, cognitive function, telephone screening

Corresponding author: Watthanaree Ammawat; e-mail: watthanaree.ama@mahidol.ac.th

ความรู้เดิม : ปัจจุบันประเทศไทยมีแบบคัดกรองความสามารถด้านการรู้คิด ที่ผ่านการแปลมาจากต่างประเทศ แต่ยังไม่มียแบบคัดกรองที่สามารถประเมินผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ที่มีกระบวนการพัฒนาเพื่อคนไทยโดยตรง

ความรู้ใหม่ : แบบคัดกรอง Thai-TeBCOG จำนวน 13 ข้อ สามารถใช้คัดกรองความสามารถด้านการรู้คิดทางโทรศัพท์เพื่อใช้กับคนไทยโดยเฉพาะ ใช้เวลาเฉลี่ย 15 นาที มีคุณสมบัติทางสถิติที่ดี โดยมีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบคัดกรองทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 และมีความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.83

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การคัดกรองความสามารถด้านการรู้คิดโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและในสถานการณ์ที่ต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม

บทนำ

ความสามารถด้านการรู้คิดเป็นความสามารถที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ทั้งในการทำงาน การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การเดินทาง การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การดูแลครอบครัว รวมถึงการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ความเสื่อมถอยหรือการบาดเจ็บที่ทำให้ความสามารถด้านการรู้คิดบกพร่องส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การทำหน้าที่ และความรับผิดชอบได้ นอกจากนี้การเสื่อมถอยของความสามารถด้านการรู้คิดอาจเป็นกระบวนการปกติที่เกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยความสามารถมักเริ่มลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดำรงชีวิตเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป¹

การคัดกรองความเสื่อมหรือความบกพร่องด้านการรู้คิดมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บของสมอง รวมถึงกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อความเสื่อมของสมอง และวัยผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยลงตามวัย อย่างไรก็ตาม การเดินทางเพื่อมาคัดกรองหรือติดตามภาวะ

สมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลมักใช้เวลามาก มีค่าใช้จ่าย และอาจไม่เหมาะสมในบางบริบท เช่น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ต้องรักษาระยะห่างทางสังคมและงดขั้นตอนการให้บริการที่มีการสัมผัสใกล้ชิด นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าบุคคลหลายที่ป่วยจากโรคอาจมีภาวะอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนาในระยะยาว (long COVID) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถด้านการรู้คิดโดยเฉพาะความจำในระยะยาวได้² การคัดกรองความสามารถด้านการรู้คิดทางโทรศัพท์จึงมีบทบาทและความจำเป็นมากขึ้น³

ปัจจุบันในต่างประเทศมีการพัฒนาแบบประเมินทางโทรศัพท์ เช่น แบบประเมิน brief test of adult cognition by telephone (BTACT) ซึ่งประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ ความจำอาศัยเหตุการณ์ (episodic memory) ความจำขณะทำงาน (working memory) การใช้เหตุผล (reasoning) ความคล่องทางภาษา (verbal fluency) การบริหารจัดการของสมองขั้นสูง (executive function) ความเร็วในการประมวลผล (processing speed) เวลาปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction time) และการสลับ/การยับยั้งคิดไตร่ตรอง (switching/inhibitory control)⁴ และแบบประเมิน cognitive telephone screening instrument (COGTEL) ซึ่งประกอบด้วย 6 หัวข้อ ได้แก่ ความจำในอนาคต (prospective memory) ความจำระยะสั้น (short-term memory) ความจำระยะยาว (long-term memory) ความจำขณะทำงาน (working memory) ความคล่องทางภาษา (verbal fluency) และการให้เหตุผลแบบอุปนัย (inductive reasoning)⁵ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาแบบคัดกรองความสามารถด้านการรู้คิดผ่านทางโทรศัพท์ขึ้นมาโดยเฉพาะ⁶ การนำแบบประเมินที่พัฒนาจากต่างประเทศมาใช้อาจมีความแตกต่างของบริบทที่กระทบต่อความเข้าใจของผู้ถูกประเมินได้ ดังเช่น หัวข้อความจำอาศัยเหตุการณ์ (episodic memory) จาก BTACT ใช้คำว่ารถบรรทุก (truck)⁴ หากนำคำมาใช้แบบแปลตรงตัวจะมีจำนวนถึง 3 พยางค์ และเป็นคำศัพท์ที่ใช้ไม่บ่อยทั่วไปใน

ชีวิตประจำวัน รวมทั้งอาจมีความยากสำหรับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี หรือในหัวข้อความจำระยะสั้น (short-term memory) จาก COGTEL ใช้คำว่า โลหะ (metal) กับ เหล็ก (iron) หรือ เชื่อฟัง (obey) กับ เมตร (meter)⁷ เป็นคำที่ค่อนข้างยาก ไม่ได้ใช้กันอย่างทั่วไปในบริบทไทย

ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินความสามารถด้านการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย และตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของแบบคัดกรองเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการคัดกรองความสามารถด้านการรู้คิดในวัยผู้ใหญ่ที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ในปัจจุบันของประเทศไทย

วิธีการ

การพัฒนาแบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือเลขที่ 2020/168.1011 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2563 กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 กระบวนการพัฒนาแบบคัดกรอง เป็นการพัฒนาแบบคัดกรองการรู้คิดขึ้นมาใหม่ เพื่อวัดความสามารถของการรู้คิดในด้านต่างๆ ของผู้ใหญ่อายุระหว่าง 23 - 80 ปี ผ่านทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย จากแนวคิด ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ของการพัฒนาแบบคัดกรองด้านการรู้คิดทางโทรศัพท์ในต่างประเทศ โดยมีขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมิน ประกอบด้วย

1) กำหนดหัวข้อและวิธีการการประเมินองค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด สำหรับแบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย ดำเนินการตามกรอบแนวคิด PICO⁸ การทบทวนวรรณกรรมเป็นระบบแบบมีขอบเขต การวิเคราะห์หัวข้อองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองหรือประเมินการรู้คิดผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์⁶ และการกำหนดวัตถุประสงค์ นิยาม และองค์ประกอบของแบบคัดกรองจากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดในช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ ผู้ใหญ่ตอนต้น (early adulthood) อายุ 23 - 40 ปี ผู้ใหญ่ตอนกลาง

(middle adulthood) อายุ 41 - 65 ปี และผู้ใหญ่ตอนปลาย (late adulthood) อายุ 66 - 80 ปี⁹ สำหรับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบคัดกรองการรู้คิดอยู่บนพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับประสาทวิทยาศาสตร์ (neuroscience) ประสาทจิตวิทยา (neuropsychological) และวิทยาการทางปัญญา (cognitive science) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองและความบกพร่องด้านการรู้คิด โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ความใส่ใจ (attention) เซอร์ปัญญาทั่วไป (general intelligence) ความจำ (memory) ภาษา (language) การรับรู้ (perception) การวางแผนการเคลื่อนไหว (praxis) และการบริหารจัดการของสมองขั้นสูง (executive function) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งและหน้าที่การทำงานของสมอง¹⁰ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทต่าง ๆ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการรู้คิด¹¹ ซึ่งแนวทางในการพัฒนาแบบคัดกรองการรู้คิดนี้มีหัวข้อที่สำคัญ ได้แก่ ความจำ ความจำขณะทำงานของ Baddeley¹² ความใส่ใจ/สมาธิ (attention/concentration) จากแนวคิดการทดสอบของ Strauss และคณะ¹³ การบริหารจัดการของสมองขั้นสูงของ Luria¹⁴ และ Fuster¹⁵ การใช้ความคิดเชิงนามธรรม (abstract thinking) ของ Halford และคณะ¹⁶ ภาษา และการรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation)^{10,17} และควรใช้เวลาประมาณ 15 นาที หรือน้อยกว่า¹⁸ เมื่อคณะผู้วิจัยร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิวิเคราะห์และวิพากษ์แนวคิด ทฤษฎี และองค์ประกอบของแบบคัดกรองได้จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ได้แก่ การรับรู้เวลา (orientation-time) และการรับรู้เบอร์โทรศัพท์ (orientation-phone number) 2) ด้านภาษา ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ได้แก่ ความคล่องทางภาษา (verbal fluency) การพูดตามประโยค (sentence repetition) และการบอกชื่อ (object naming) 3) ด้านความใส่ใจ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ได้แก่ การคิดคำนวณ (calculation) และความใส่ใจ (attention) 4) ด้านความจำ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ได้แก่ ความจำ (memory-recall) และความจำขณะทำงาน (working memory) 5) ด้านเซอร์ปัญญา ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ได้แก่ การให้เหตุผลแบบอุปนัย (inductive reasoning) และการใช้ความคิดเชิง

นามธรรม (abstract thinking) และ 6) ด้านการบริหารจัดการของสมองขั้นสูง ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ได้แก่ ความเร็วในการประมวลผล (speed of processing) และการบริหารจัดการของสมองขั้นสูง (executive function) จากนั้นพัฒนาข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ กำหนดการให้คะแนน รวมถึงกำหนดเกณฑ์การตัดสินผลการคัดกรองได้แบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย (Thai version of the telephone-based cognitive screening tool; Thai-TeBCOG) จำนวน 13 ข้อ

2) ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาศาสตร์ วิทยาการปัญญา จิตวิทยา กิจกรรมบำบัดด้านการรู้คิด และการแพทย์สาธารณสุข พิจารณาและหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index; CVI) ทั้งรายข้อและแบบรวมทั้งฉบับ จากนั้นปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แบบคัดกรอง เช่น ความชัดเจนในการอธิบาย รวมถึงการบันทึกระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ต้องใช้

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบคัดกรอง เป็นการพัฒนาแบบคัดกรองในระยะแรกเพื่อพิจารณาข้อคำถาม เกณฑ์คะแนน ในกลุ่มตัวอย่างบุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพดี รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบบเผชิญหน้า หมายความว่าในการโทรศัพท์เพื่อขอให้ทำการทดสอบครั้งที่ 1 ด้วยแบบคัดกรอง Thai-TeBCOG และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ด้วยแบบประเมิน telephone Montreal cognitive assessment (Tele-MoCA) โดยคณะผู้วิจัยจำนวน 5 คนเป็นผู้รวบรวมข้อมูลทางโทรศัพท์ทั้ง 2 ครั้ง ทดสอบความตรงเชิงเหมือน (convergent validity) โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient; r) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบคัดกรอง Thai-TeBCOG ที่พัฒนาขึ้นกับแบบประเมิน Tele-MoCA ทดสอบความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครอายุระหว่าง 23 - 80 ปี ไม่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของ Cohen เท่ากับ 0.5¹⁹ ความผิดพลาดเท่ากับร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับร้อยละ 95 คำนวณได้จำนวน 42 คน เก็บเพิ่มร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จึงได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 45 คน ซึ่งเพียงพอสำหรับการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค²⁰ สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็นลำดับตามอันตรายภาคชั้น ได้แก่ ระดับภูมิภาค (ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้) เพื่อความเท่าเทียมทางวัฒนธรรม ความแตกต่างของการใช้ภาษา และบริบททางสังคม และสุ่มอย่างง่ายในระดับจังหวัดโดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ได้แก่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 9 คน (ร้อยละ 20.0) เชียงใหม่ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 20.0) ขอนแก่น จำนวน 8 คน (ร้อยละ 17.8) ชลบุรี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 26.7) และนครศรีธรรมราช จำนวน 7 คน (ร้อยละ 15.5)

เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q สำหรับการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง แปลเป็นภาษาไทยโดยนันทวิมล สิทธิรักษ์ และคณะ เพื่อคัดกรองและจำแนกผู้มีแนวโน้มหรือความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า แบบประเมิน 2Q ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 73 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 90²¹ สำหรับแบบประเมิน 9Q ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม มีความไวร้อยละ 85 และความจำเพาะร้อยละ 72²²

2) แบบทดสอบสมอง Rowland universal dementia assessment scale ฉบับภาษาไทย (RUDAS-Thai version) แปลโดยปณิศา ลิ้มปะวัฒน์ และคณะ²³ เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 6 หัวข้อ ได้แก่ ความจำ การแสดงท่าทางตาม การเลียนแบบท่าทาง การวาดภาพตามแบบ การตัดสินใจ และภาษา คะแนนรวม 30 คะแนน และมีความไวร้อยละ 78.7 และความจำเพาะ ร้อยละ 61.8

3) แบบประเมิน Montreal cognitive assessment ฉบับภาษาไทย (MoCA-Thai version) แปลโดยโสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ และคณะ²⁴ โดยในการศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะหัวข้อที่สามารถทำการประเมินผ่านทางโทรศัพท์ได้โดยอ้างอิงจากแบบทดสอบของ Tele-MoCA ซึ่งประยุกต์เพื่อใช้กับผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นและการสัมผัสทางโทรศัพท์ โดยแบบประเมิน Tele-MoCA มีข้อคำถามเหมือนกับแบบประเมิน MoCA แต่ตัดข้อการประเมินที่ต้องใช้การเขียนหรือการมองรูปภาพออก²⁵ และเป็นการประเมินรายบุคคลทางโทรศัพท์²⁶ ประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความใส่ใจ (ทวนตัวเลข) 2) ความใส่ใจ (เคาะตัวเลข) 3) ความใส่ใจ (คิดคำนวณ) 4) การพูดตามประโยค 5) ความคล่องทางภาษา 6) ความคิดเชิงนามธรรม 7) ความจำ และ 8) การรับรู้วันเดือนปี สถานที่ มีคะแนนรวม 22 คะแนน

4) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความตรงเชิงเหมือนโดยการนำผลคะแนนรวมจากแบบคัดกรอง Thai-TeBCOG และแบบประเมิน Tele-MoCA ที่ได้จากการประเมินกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทดสอบความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน อายุ 23 - 80 ปี อายุเฉลี่ย 49.3 ปี (SD = 16.37) เพศหญิงจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 68.9 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15 - 18 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 15,001 ถึง 30,000 บาท ดังตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q และไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากแบบทดสอบสมอง RUDAS

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบคัดกรอง Thai-TeBCOG ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) มีค่าเท่ากับ 0.88 โดยมีการแก้ไขหรือปรับปรุงข้อคำถามบางข้อ ทำให้แบบคัดกรองมีจำนวน 13 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 40 คะแนน ดังตารางที่ 2 เมื่อนำไปทดลองสัมภาษณ์อาสาสมัครที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า แบบคัดกรอง Thai-TeBCOG ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 15 นาที

ความตรงเชิงเหมือน (convergent validity) ของ Thai-TeBCOG โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนรวมด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างแบบคัดกรอง Thai-TeBCOG และแบบประเมิน Tele-MoCA มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .61 มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ตามการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Best²⁷

ความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของ Thai-TeBCOG จำนวน 13 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.83 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของ Thai-TeBCOG เท่ากับ 34.1 คะแนน (SD = 6.14) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน

วิจารณ์

แบบคัดกรอง Thai-TeBCOG ประกอบด้วย 13 ข้อ มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดในช่วงวัยผู้ใหญ่ และมีความสอดคล้องกับแบบประเมินการรู้คิดอื่น ๆ ที่ประเมินผ่านทางโทรศัพท์ เช่น แบบประเมิน BTACT ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ใช้กับวัยผู้ใหญ่ และต่อมาสามารถใช้วัดความสามารถด้านการรู้คิดที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดการบาดเจ็บของสมอง²⁸ โดยหัวข้อที่สอดคล้องกัน ได้แก่ ความจำขณะทำงาน การใช้เหตุผล ความคล่องทางภาษา การบริหารจัดการของสมองขั้นสูง และความเร็วในการประมวลผล นอกจากนี้ยังมีหัวข้อที่สอดคล้องกับแบบประเมิน telephone interview for cognitive status (TICS) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อการประเมินการรู้คิดผ่านทางโทรศัพท์²⁹ ได้แก่ หัวข้อการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	31	68.9
ชาย	14	31.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	33	31.1
มี	12	26.7
อายุ		
23 - 39 ปี	14	31.1
40 - 59 ปี	17	37.8
60 - 80 ปี	14	31.1
ระดับการศึกษา		
น้อยกว่าประถมศึกษาปีที่ 6	1	2.2
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	14	31.1
ปริญญาตรี	19	42.2
ปริญญาโทขึ้นไป	11	24.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000	6	13.3
5001 - 15000 บาท	7	15.6
15,001 - 30,000 บาท	15	33.3
30,001 - 50,000 บาท	10	22.2
50,001 ขึ้นไป	7	15.6

ตารางที่ 2 หัวข้อและข้อความของแบบคัดกรอง Thai-TeBCOG

ข้อความ	ข้อความที่ควรแก้ไขหรือ ปรับปรุง	ข้อความล่าสุดหลังจากแก้ไขแล้ว	คะแนน
1. การรับรู้เวลา	-	วัน เดือน ปี	3
2. การรับรู้-เบอร์โทรศัพท์	-	บอกเบอร์โทรศัพท์ของตนเองที่กำลังใช้งานอยู่	1
3. การคิดคำนวณ	-	ลบเลขออกจาก 70 ทีละ 6 ต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะให้หยุด	5
4. ความใส่ใจ	คำว่า “แตงโม” “ยางลบ” ปรับแก้เป็น “ตะขาบ” เพื่อให้การสะกดเรียงลำดับ ไม่มีการลดรูปสระที่จะทำให้เกิดความสับสน	สะกดคำว่า “ตะขาบ” แบบย้อนกลับ	5
5. ความจำ	จากชุดคำ “ต้นไม้ รยยนต์ ถูงเท้า ปากกา บ้าน” ไม่ใช่คำที่อาจซ้ำกับแบบประเมินอื่น	ชุดคำ สีขาว มะม่วง ถูงเท้า ปากกา ช้าง	5

ตารางที่ 2 หัวข้อและข้อคำถามของแบบคัดกรอง Thai-TeBCOG (ต่อ)

ข้อคำถาม	ข้อคำถามที่ควรแก้ไขหรือ ปรับปรุง	ข้อคำถามล่าสุดหลังจากแก้ไขแล้ว	คะแนน
6. ความจำขณะทำงาน	-	ให้พูดทวนตัวเลขแบบย้อนกลับ เช่น 3 - 6 ให้พูดว่า 6 - 3 ทดลองพูดทวน ตัวเลข 9 - 3 - 1 (รอฟังคำตอบ 1 - 3 - 9) ขอให้ตั้งใจฟัง เพราะจะพูดเพียง 1 ครั้งเท่านั้น	5
7. ความคล่องทางภาษา	-	ให้บอกชื่อผลไม้ที่ไม่น่าคุ้นให้ได้มากที่สุดในเวลา 1 นาที และไม่ให้บอกชื่อพันธุ์ผลไม้ เช่น มะม่วงแก้ว มะม่วงเขียวเสวย มะม่วงน้ำดอกไม้	3
8. การพูดตามประโยค	-	ให้พูดทวนประโยค ขอให้ตั้งใจฟัง เพราะจะพูด เพียง 1 ครั้งเท่านั้น “กระรอกปีนขึ้นต้นไม้ตอนกลางคืน”	1
9. การบอกชื่อ	จากคำถาม “พืชสีเขียว มีรสเปรี้ยว มักใส่ ในต้มยำ คำตอบคือ มะนาว” ลดข้อจำกัด ทางวัฒนธรรมการปรุงอาหารในแต่ละ ภูมิภาคของไทย	คำถาม “ผักที่มีรสเผ็ด สีเขียวและสีแดง คำตอบคือ พริก”	2
10. ความเร็วในการประมวลผล	-	ขอให้บอกชื่อเดือนแบบย้อนกลับ จากเดือน ธันวาคมถึงเดือนมกราคม ให้เร็วที่สุด	4
11. การให้เหตุผลแบบอุปนัย	-	จากชุดตัวเลข 35 30 25 20 15 ต่อไปจะเป็น เลขอะไร (รอฟังคำตอบ 10)	2
12. การใช้ความคิดเชิงนามธรรม	จากชุดคำ “เหนือ-ใต้ คำตอบคือ ภูมิภาค ทิศ” แก้ไขให้สอดคล้องกับบริบทไทยและ มีความเข้าใจได้ในผู้สูงอายุ	“กลอง-ระนาด คำตอบคือ เครื่องดนตรี สำหรับบรรเลงเพลง”	2
13. การบริหารจัดการของสมองขั้นสูง	ข้อคำถาม “ถ้าต้องการเดินทางไปเที่ยว ต่างจังหวัดด้วยรถทัวร์/รถไฟ/เครื่องบิน จะต้องทำอะไร” และ “ให้บอกเหตุผล ในการใส่เสื้อผ้าของคุณในวันนี้” ตัดข้อ คำถามทั้ง 2 ข้อ เนื่องจากมีแนวทางในการ ตอบที่ไม่สามารถระบุคำตอบเพื่อให้คะแนน ได้อย่างชัดเจน และมีความกำกวมอาจ ทำให้สับสนได้	ข้อคำถาม หากต้องการเลือกหาของขวัญ วันเกิดเพื่อส่งให้เพื่อนที่อยู่ต่างจังหวัด จะต้อง ทำอะไร หากเกิดไฟไหม้บ้านแล้วไม่สามารถ ดับไฟได้ด้วยตนเอง จะต้องทำอะไร	2

รับรู้เวลา ความใส่ใจ การบริหารจัดการของสมองขั้นสูง
ความจำเฉพาะหน้า (immediate memory) และการพูด
ตามประโยค รวมทั้งยังมีหัวข้อที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการของ
สมองขั้นสูงที่มีความสอดคล้องกับแบบประเมิน Free-Cog³⁰
เพื่อวัดการตัดสินใจที่จำเป็นในช่วงวัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม

การขอให้บอกชื่อเดือนแบบย้อนกลับนั้นนอกจากเป็นการ
วัดความสามารถในหัวข้อความเร็วในการประมวลผลแล้ว³¹
อาจมีผลของความใส่ใจเข้ามาเกี่ยวข้อง³²

การตรวจสอบคุณภาพตามค่าดัชนีการวัดทาง
จิตวิทยาของแบบคัดกรอง Thai-TeBCOG มีความตรง

เชิงเนื้อหาในระดับที่เป็นที่ยอมรับได้³³ เช่นเดียวกับรูปแบบการประเมินการรู้คิดผ่านทางโทรศัพท์ด้วยแบบสัมภาษณ์ Persian version of the telephone interview for cognitive status-modified (TICS-m) ที่มีความตรงเชิงเนื้อหาที่ดี³⁴

สำหรับความตรงเชิงเหมือนระหว่างคะแนนรวมของแบบคัดกรอง Thai-TeBCOG และแบบประเมิน Tele-MoCA มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าแบบประเมินการรู้คิดทางโทรศัพท์มีความสัมพันธ์กันที่ค่อนข้างดี เช่น แบบประเมิน COGTEL ทางโทรศัพท์กับแบบเผชิญหน้า ($r = .73$ และ $.71$, $p < .001$)³⁵ และแบบประเมิน MoCA กับ MoCA-5 นาที โดยการประเมินแบบเผชิญหน้าและการทดสอบทางโทรศัพท์ ($r = .87$; $p < .001$)³⁶ อาจเนื่องมาจากในการศึกษาในครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ทั้ง 2 ครั้งโดยผู้วิจัยคนเดียวกัน อาจทำให้เกิดอคติระหว่างการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยเฉพาะการจดจำและการฟัง ผู้เข้าร่วมการวิจัยบางคนอาจตั้งใจทำเพิ่มขึ้นหรือบางคนอาจไม่สนใจที่จะทำ รวมทั้งครั้งที่ 2 อาจจะได้รับประสบการณ์จากครั้งแรก สำหรับการทดสอบความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในพบว่า แบบคัดกรอง Thai-TeBCOG มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ $.83$ แสดงว่ามีความเที่ยงจาก ความสอดคล้องภายในที่ดี เช่นเดียวกับแบบประเมิน TICS-m ที่มีจำนวน 13 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ $.71$ ซึ่งถือว่ายอมรับได้²⁴

แบบคัดกรอง Thai-TeBCOG โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์นี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดความสามารถด้านการรู้คิดของวัยผู้ใหญ่ในช่วงเวลาหนึ่ง และวัดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไปหรือหลังจากได้รับบริการในรูปแบบคำแนะนำหรือการฟื้นฟูผ่านบริการสุขภาพทางไกล (telehealth) อย่างไรก็ตาม แบบคัดกรอง Thai-TeBCOG ยังคงมีข้อจำกัด ได้แก่ ไม่เหมาะสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องด้านการได้ยิน มีปัญหาจากการใช้เทคโนโลยี มีข้อจำกัดด้านประสิทธิภาพของอุปกรณ์ในการสื่อสาร และมีการรบกวนทางเสียงจากสภาพแวดล้อมระหว่างการประเมิน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของผลการคัดกรอง นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังเป็นการ

ศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม จึงไม่ได้มีการทดสอบความแม่นยำของการวินิจฉัย (diagnostic accuracy) ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินหรือผู้สังเกต (interrater reliability) และความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) จึงควรมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวต่อไป

สรุป

แบบคัดกรอง Thai-TeBCOG จำนวน 13 ข้อ มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ดี มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนในระดับยอมรับได้ และมีค่าความเที่ยงจาก ความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เช่น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง และทดสอบคุณสมบัติอื่น ๆ เช่น ความแม่นยำของการวินิจฉัย ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินหรือผู้สังเกต และความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Lövdén M, Bäckman L, Lindenberger U, Schaefer S, Schmiedek F. A Theoretical framework for the study of adult cognitive plasticity. *Psychol Bull.* 2010;136:659-76. doi:10.1037/a0020080.
2. Guo P, Benito Ballesteros A, Yeung SP, Liu R, Saha A, Curtis L, et al. COVCOG 2: cognitive and memory deficits in long COVID: a second publication from the COVID and cognition study. *Front Aging Neurosci.* 2022;14:804937. doi:10.3389/fnagi.2022.804937.
3. Iarner AJ. Cognitive testing in the COVID-19 era: can existing screeners be adapted for telephone use? *Neurodegener Dis Manag.* 2021;11(1):77-82. doi:10.2217/nmt-2020-0040.

4. Lachman ME, Agrigoroaei S, Tun PA, Weaver SL. Monitoring cognitive functioning: psychometric properties of the brief test of adult cognition by telephone. *Assessment*. 2014;21(4):404-17. doi:10.1177/1073191113508807.
5. Ihle A, Gouveia ÉR, Gouveia BR, Kliegel M. The cognitive telephone screening instrument (COGTEL): a brief, reliable, and valid tool for capturing interindividual differences in cognitive functioning in epidemiological and aging studies. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2017;7(3):339-45. doi:10.1159/000479680.
6. Pollock A, Berge E. How to do a systematic review. *Int J Stroke*. 2018;13(2):138-56. doi:10.1177/1747493017743796.
7. Kliegel M, Martin M, Jäger T. Development and validation of the Cognitive Telephone Screening Instrument (COGTEL) for the assessment of cognitive function across adulthood. *J Psychol*. 2007;141(2):147-70.
8. วัฒนาริ อัมมวรรณ, นนทixa ถาวรไพบุลย์บุตร, จิตติยา วงการวรรณ, อัฐพล อัฐนาค, กิรติ อันมัน. เครื่องมือคัดกรองความสามารถด้านการรู้คิดจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์: การทบทวนวรรณกรรมเป็นระบบแบบมีขอบเขต [Telephone-based cognitive screening tools: a scoping review]. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2565;29(1):51-66.
9. Cronin A, Mandich MB. Human development and performance throughout the lifespan. 2nd ed. Boston: Cengage Learning; 2015.
10. Larner AJ. Neuropsychological neurology: the neurocognitive impairments of neurological disorders. New York: Cambridge University Press; 2008.
11. Peters R. Ageing and the brain. *Postgrad Med J*. 2006;82(964):84-8. doi:10.1136/pgmj.2005.036665.
12. Baddeley A. The episodic buffer: a new component of working memory?. *Trends Cogn Sci*. 2000;4(11):417-23.
13. Strauss E, Spellacy F, Hunter M, Berry T. Assessing believable deficits on measures of attention and information processing capacity. *Arch Clin Neuropsychol*. 1994;9(6):483-90.
14. Luria, AR. Human brain and psychological processes. New York: Harper and Row Publishers; 1966.
15. Fuster JM. Executive frontal functions. *Exp Brain Res*. 2000;133(1):66-70. doi:10.1007/s002210000401.
16. Halford GS. Development of thinking. In: Holyoak KJ, Morrison RG, editor. *The Cambridge handbook of thinking and reasoning*. Cambridge: Cambridge university press; 2005. p. 529-58.
17. Baars BJ, Gage NM. Cognition, brain, and consciousness: Introduction to cognitive neuroscience. 2nd ed. London: Elsevier; 2010.
18. Larner AJ. Dementia in clinical practice: a neurological perspective: studies in the dementia clinic. London: Springer; 2012.
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
20. Bujang MA, Omar ED, Baharum NA. A review on sample size determination for Cronbach's alpha test: a simple guide for researchers. *Malays J Med Sci*. 2018;25(6):85-99. doi:10.21315/mjms2018.25.6.9.
21. สุนันทา ฉันทกาญจน์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, ญัฐฐาสายเสวย. ความแม่นยำของคำถามคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม ที่ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยรับปรึกษาภาวะทางจิตเวช โรงพยาบาลศิริราช [Accuracy of the two-question screening for depression in psychiatric patients at the consultation liaison unit, faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol university]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2557;59(1):51-61.

22. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทรทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง [Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):321-34.
23. 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(5):495-500. doi:10.3275/8296.
24. Hemrungronj S, Tangwongchai S, Charoenboon T, Panasawat M, Supasitthumrong T, Chaipresertsud P, et al. Use of the Montreal cognitive assessment Thai version to discriminate amnesic mild cognitive impairment from Alzheimer's disease and healthy controls: machine learning results. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2021;50(2):183-94. doi:10.1159/000517822.
25. Wittich W, Phillips N, Nasreddine ZS, Chertkow H. Sensitivity and specificity of the Montreal cognitive assessment modified for individuals who are visually impaired. *J Vis Impair Blind.* 2010;104(6):360-8. doi:10.1177/0145482X1010400606.
26. Klil-Drori S, Phillips N, Fernandez A, Solomon S, Klil-Drori AJ, Chertkow H. Evaluation of a telephone version for the Montreal cognitive assessment: establishing a cutoff for normative data from a cross-sectional study. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2022;35(3):374-81. doi:10.1177/08919887211002640.
27. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc.; 1977.
28. DiBlasio CA, Novack TA, Cook III EW, Dams-O'Connor K, Kennedy RE. Convergent validity of in-person assessment of inpatients with traumatic brain injury using the brief test of adult cognition by telephone (BTACT). *J Head Trauma Rehabil.* 2021;36(4):E226-32. doi:10.1097/HTR.0000000000000677.
29. Brandt J, Spencer M, Folstein M. The telephone interview for cognitive status. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.* 1988;1(2):111-7.
30. Burns A, Harrison JR, Symonds C, Morris J. A novel hybrid scale for the assessment of cognitive and executive function: the Free-Cog. *J Geriatr Psychiatry.* 2021;36(4):566-72. doi:10.1002/gps.5454.
31. Ball LJ, Bisher GB, Birge SJ. A simple test of central processing speed: an extension of the short blessed test. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(11):1359-63. doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb07440.x.
32. Meagher J, Leonard M, Donoghue L, O'Regan N, Timmons S, Exton C, et al. Months backward test: a review of its use in clinical studies. *World J Psychiatry.* 2015;5(3):305-14. doi:10.5498/wjp.v5.i3.305.
33. Carlew AR, Fatima H, Livingstone JR, Reese C, Lacritz L, Pendergrass C, et al. Cognitive assessment via telephone: a scoping review of instruments. *Arch Clin Neuropsychol.* 2020;35(8):1215-33. doi:10.1093/arclin/acia096.
34. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97. doi:10.1002/nur.20147.
35. Kliegel M, Martin M, Jäger T. Development and validation of the cognitive telephone screening instrument (COGTEL) for the assessment of cognitive function across adulthood. *J Psychol.* 2007;141(2):147-70. doi:10.3200/JRLP.141.2.147-172.
36. Wong A, Nyenhuis D, Black SE, Law LS, Lo ES, Kwan PW, et al. Montreal Cognitive Assessment 5-minute protocol is a brief, valid, reliable, and feasible cognitive screen for telephone administration. *Stroke.* 2015;46(4):1059-64. doi:10.1161/STROKEAHA.114.007253.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ

วันรับ : 19 กันยายน 2565

วันแก้ไข : 25 พฤศจิกายน 2565

วันตอบรับ : 28 พฤศจิกายน 2565

เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ., พาสนา คุณาธิวัฒน์, ศศ.ม.,

ธิดารัตน์ ทิพโชติ, ส.ม., ภาพร วุฒินาร, ว.ม.

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ

วิธีการ : ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจแบบแรงดันในพื้นที่เจาะจง พ.ศ. 2564 ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป 3,060 คน ศึกษาคุณสมบัติของแบบประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อ เพื่อหาความจำแนกชัดโดยการทดสอบสถิติ t-test ระหว่างกลุ่มคะแนนสูงและคะแนนต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน จากนั้นคัดเลือกข้อคำถาม 3 ข้อที่เป็นตัวแทนองค์ประกอบพลังใจ 3 ด้าน (พลังจิต พลังชีวิต และพลังสู้) โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และทดสอบความสอดคล้องระหว่างแบบประเมินฉบับ 6 ข้อ และ 3 ข้อด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผล : แบบประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .873 - .918 พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มคะแนนสูงและต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกข้อคำถาม โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างข้อ .629 - .871 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .950 และรายองค์ประกอบ .915 - .931 การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นพบว่า ข้อคำถามที่ 2, 3 และ 6 สามารถเป็นตัวแทนการถามในด้านพลังจิต พลังชีวิต และพลังสู้ได้ตามลำดับ โดยทำให้แบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .910 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อ .767 - .777 และสอดคล้องกับฉบับ 6 ข้อในทุกองค์ประกอบ โดยมีค่าระหว่าง .960 - .966

สรุป : แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ มีค่าความเที่ยงและความเชื่อมั่นเหมาะสมในการประเมินพลังใจสำหรับประชากรทั่วไป และการคัดกรองเพื่อให้ความช่วยเหลือในการเสริมสร้างพลังใจเพื่อลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิต

คำสำคัญ : ความเชื่อมั่น, ความเที่ยงตรง, แบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : เทอดศักดิ์ เดชคง; e-mail: drterd@yahoo.com

Original articles

Reliability and validity of resilience inventory 3-item version

Received : 19 September 2022

Revised : 25 November 2022

Accepted : 28 November 2022

Terdsak Detkong, M.D., Passana Gunadivadhana, M.A.,

Thidarat Tipchot, M.P.H., Phopthorn Wuttiarn, M.A.

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To develop and assess the validity and reliability of the 3-item version of the resilience inventory.

Methods: Data from the rapid emergency response survey (sentinel surveillance) 2021 among 3,060 Thai aged 18 years and over was used. The psychometric properties of the 6-item version of the resilience inventory were reanalyzed by using the t-test, item-total correlation, and Cronbach's Alpha coefficient. The Pearson correlation coefficient and IOC method were used to select three items from three resilience domains (strength, strong, and struggle). The agreement between the 3-item and 6-item versions of the resilience inventory was then tested.

Results: The corrected item-total correlation of the 6-item version was between .873 - .918. There was a statistically significant difference ($p < .01$) between higher and lower total score groups for every item, with the inter-item correlation between .629 - .871. The total and subscale Cronbach's Alpha coefficients of the 6-item version were .950 and between .915 -.931, respectively. Three items (item 2, 3, and 6) were selected, yielding the total Cronbach's Alpha of .910 and the inter-item correlation between .767 - .777. The agreement of resilience domains between the 3-item and 6-item versions were between .960 - .966.

Conclusion: The 3-item resilience inventory showed adequate validity and reliability. The inventory can be used to evaluate resilience and prevent mental health problems among the Thai population.

Keywords: reliability, resilience inventory three items version, validity

Corresponding author: Terdsak Detkong; e-mail: drterd@yahoo.com

ความรู้เดิม : แบบประเมินพลังใจที่ผ่านมา ทั้งฉบับ 20 ข้อ และ 6 ข้อ ไม่สะดวกต่อการนำไปใช้ในสถานการณ์เร่งด่วนหรือวิกฤตที่ต้องมีการประเมินได้อย่างรวดเร็ว

ความรู้ใหม่ : แบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ มีค่าความเที่ยงและความเชื่อมั่นในระดับดี มีความเหมาะสมในการใช้ประเมินพลังใจสำหรับประชากรทั่วไป

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เพื่อประเมินพลังใจของประชาชนได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ และเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

บทนำ

ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา แม้ว่าการดำเนินการในสถานการณ์ในปัจจุบันจะทำให้การแพร่ระบาดของโรคลดลงและสามารถลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตก็ยังคงรุนแรงและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะความเครียด ภาวะหมดไฟ ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย การประเมินปัญหาสุขภาพจิตจากการสำรวจ mental health check in ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่า ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้านสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยความเครียดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.44 เป็น 5.09 เสี่ยงซึมเศร้าจากร้อยละ 2.36 เป็น 5.81 เสี่ยงฆ่าตัวตายจากร้อยละ 0.72 เป็น 2.60 และภาวะหมดไฟจากร้อยละ 3.03 เป็น 3.58¹

กรมสุขภาพจิตจึงเตรียมความพร้อมระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยดำเนินการภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (emergency operation center; EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incidence command system; ICS) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประจำศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ภาวะ

วิกฤตทางสุขภาพจิต โดยมีกลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (situation awareness team; SAT) ที่มีบทบาทด้านการติดตามเฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์และความเสี่ยงของเหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงกำหนดทางเลือกในการตอบโต้ภาวะวิกฤตสุขภาพจิต เพื่อการรับมือให้ทันต่อสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยเน้นการเฝ้าระวังเชิงรุก โดยมีการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตแบบเร่งด่วนในพื้นที่เจาะจง (rapid emergency response survey: sentinel surveillance) ในกลุ่มประชาชนอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 1 - 13 เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการประเมินพลังใจ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและเพื่อเป็นข้อมูลในการพยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

พลังใจ หรือ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลที่สามารถยืดหยุ่น ปรับตัว และฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็ว ภายหลังเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวของบุคคลที่สามารถรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดฝัน พลิกวิกฤตให้เป็นโอกาส ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้โดยไม่จมอยู่กับความทุกข์ และดำเนินชีวิตต่อไป² อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบของพลังใจมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละแนวคิด³⁻¹¹ โดย Grotberg³⁻⁶ ศึกษาคุณลักษณะของพลังใจในเด็กจำนวน 589 คนจาก 14 ประเทศ จากวิธีการที่พ่อแม่สร้างเสริมพลังใจให้กับเด็กพบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีลักษณะสำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สิ่งที่มีเป็น (I am) คือ พลังภายในของแต่ละบุคคลหรือปัจจัยที่อยู่ภายในบุคคล เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (inner strengths) ที่ทำให้สามารถต่อสู้กับสถานการณ์ทุกขยากลำบากได้ มีลักษณะความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อภายในตนเอง 2) สิ่งที่มีทำได้ (I can) คือ การมีทักษะต่าง ๆ ทางสังคมซึ่งมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล เป็นความสามารถภายในของบุคคลในการจัดการแก้ปัญหา เผชิญปัญหา หรือทักษะในการแก้ปัญหา และ

การเผชิญกับความเครียด โดยส่งเสริมทักษะทางสังคมซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (interpersonal and problem solving skills) ถือเป็นองค์ประกอบด้านปัจจัยภายนอก (external factors) และ 3) สิ่งที่มี (I have) เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนจากภายนอก และสัมพันธภาพที่ดี เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

การสำรวจแบบเร่งด่วนในพื้นที่เจาะจง พ.ศ. 2564 มีการประเมินพลังใจโดยอิงจากแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2550 อิงจากองค์ประกอบพลังใจของ Grotberg³⁻⁶ จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรวัดที่มีตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน¹² และมีค่าความเที่ยง 0.749 โดยมีการใช้แบบประเมินนี้ในการสำรวจต่าง ๆ ที่มีการประเมินความเข้มแข็งทางใจ (resilience quotient) ร่วมด้วย¹³ ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2563 กรมสุขภาพจิต โดยคณะกรรมการตามศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต ได้มอบหมายให้คณะทำงานคัดเลือกและปรับปรุงข้อคำถามตามโครงสร้างพลังใจทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพลังจิต พลังฮึด และพลังสู้ เพื่อความสะดวกรวดเร็วต่อการประเมินปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเร่งด่วน โดยเริ่มจาก 1) ศึกษาแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ฉบับ 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต¹² ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ 2) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับและรายด้าน 3) นำคะแนนการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) และ 4) นำผลการวิเคราะห์และความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญมาใช้ในการคัดเลือกข้อคำถามที่สามารถเป็นตัวแทนของการประเมินจำนวน 6 ข้อ ที่มีองค์ประกอบด้านพลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ ด้านละ 2 ข้อ โดยมีการแปลงเป็นแบบออนไลน์และนำไปทดลองใช้กับคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปเพื่อทดสอบความเข้าใจทางภาษาและความสะดวกก่อนนำไปใช้ในการสำรวจดังกล่าว^{14,15}

อย่างไรก็ตาม การประเมินพลังใจร่วมกับปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่มีข้อคำถามจำนวนมากนั้นอาจไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่จำเป็นและเร่งด่วน จำเป็นต้องมีการพัฒนาปรับปรุงข้อคำถามให้มีจำนวนข้อที่น้อย แต่ยังคงประสิทธิภาพในการระบุสถานะสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ของกลุ่มเป้าหมาย อันนำไปสู่การวางแผนการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาค่าความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ

วิธีการ

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ย้อนหลัง จากการสำรวจแบบเร่งด่วนในพื้นที่เจาะจง ระหว่างวันที่ 20 - 28 เมษายน 2564 ในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนเป้าหมายหรือในพื้นที่ที่สุ่มได้ ตามเขตสุขภาพที่ 1 - 13 จำนวน 6,113 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีเลขลำดับการตอบลงท้ายเป็นเลขคู่ คือเลข 0, 2, 4, 6, และ 8 และมีข้อมูลการตอบแบบประเมินครบถ้วน จำนวน 3,060 คน นำข้อมูลมาทดสอบคุณภาพแบบประเมินพลังใจ โดยทดสอบคุณภาพความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) และค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence; IOC) การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.COA 001/2565 วันที่ 4 ธันวาคม 2564

การพัฒนาแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อในครั้งนี้เป็นการคัดเลือกข้อคำถามโดยศึกษาคุณภาพของแบบประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อของกรมสุขภาพจิตจากการสำรวจแบบเร่งด่วนในพื้นที่เจาะจง¹⁵ ซึ่งแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และกลุ่มอาชีพ และ 2) ระดับพลังใจ โดยนำผลการประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อ มาแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มคะแนนสูงกับกลุ่มคะแนนต่ำ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคะแนนแบบอิงกลุ่ม เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกทั้งฉบับและรายด้านโดยใช้เทคนิคร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนสูงที่สุดและต่ำที่สุด กลุ่มละ

918 คน รวม 1,836 คน และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มคะแนนสูงกับกลุ่มคะแนนต่ำด้วยสถิติ t-test

จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) ของข้อคำถามในแบบประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อ ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแบบประเมินด้านสุขภาพจิต 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและระบาดวิทยา 1 คน และนักจิตวิทยาคลินิกและนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านเนื้อหาการประเมินสุขภาพจิต 2 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับและรายด้านและความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ (inter-item correlation) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อใช้ในการพิจารณาคัดเลือกข้อคำถามจำนวน 3 ข้อจากองค์ประกอบด้านพลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ ด้านละ 1 ข้อ โดยพิจารณาจากข้อคำถามที่มีค่า IOC ผ่านเกณฑ์ (0.6 ขึ้นไป) และเป็น 3 ข้อที่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อสูงสุด เมื่อได้ข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ แล้วจึงทดสอบความสอดคล้อง (agreement) ระหว่างแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อกับฉบับ 6 ข้อด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยใช้หลักการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ^{16,17} และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปอร์เซ็นต์ไทล์ 2) หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ (IOC) 3) ทดสอบค่าความเที่ยงตรง (validity) โดยตรวจสอบความตรงตามสภาพจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ 4) ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 3,060 คน เป็นเพศชาย 968 คน (ร้อยละ 31.6) เพศหญิง 2,092 คน (ร้อยละ 68.4) อายุเฉลี่ย 45.58 ปี ประกอบอาชีพอยู่ในกลุ่มอาชีพอิสระมากที่สุด 821 คน (ร้อยละ 26.8) แสดงดังตารางที่ 1

การประเมินคุณสมบัติของแบบประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อพบว่า ข้อคำถามทั้ง 6 ข้อมีค่าอำนาจจำแนกด้วยค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (corrected item-total correlation) อยู่ระหว่าง .873 - .918 การทดสอบค่าที (t-test) ระหว่างคะแนนกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .950 ค่าความเชื่อมั่นด้านพลังฮึด .915 ด้านพลังฮึด .919 และด้านพลังสู้ .931 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ .642 - .871 โดยข้อ 1 กับ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .842 ข้อ 3 กับ 4 มีค่า .851 และข้อ 5 กับ 6 มีค่า .871 ค่า IOC ของข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 มีค่า IOC เท่ากับ 1.0 ข้อ 2 และ 5 เท่ากับ 0.8 ข้อ 4 และ 6 เท่ากับ 0.6 (ตารางที่ 2)

การทดสอบความสอดคล้องของข้อคำถาม 3 ข้อจาก 6 ข้อ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการพิจารณาคัดเลือกข้อคำถาม 3 ข้อ จากแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 6 ข้อ โดยยึดหลักความครบถ้วนขององค์ประกอบครบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ ด้วยการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่สูงที่สุดของการรวม 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 3 และ 6 เท่ากับ .910 และมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ ระหว่าง .767 - .777 ซึ่งเป็นค่าความสอดคล้องภายในเริ่มต้นที่มากที่สุดในการเปรียบเทียบแบบ 3 ข้อ โดยข้อคำถามที่ 2 กับข้อที่ 6 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สอดคล้องกันสูงที่สุด มีค่า .777 รองลงมาคือข้อคำถามที่ 3 กับข้อที่ 6 มีค่า .771 และข้อคำถามที่ 2 กับข้อที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่า .767 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 3,060)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	968	31.6
หญิง	2,092	68.4
อายุ		
น้อยกว่า 31 ปี	738	24.1
31 - 45 ปี	726	23.7
46 - 60 ปี	941	30.8
61 ปีขึ้นไป	655	21.4
อายุเฉลี่ย (SD)	45.58 (16.2)	
กลุ่มอาชีพ		
เกษตรกร	656	21.4
อาชีพอิสระ	821	26.8
อาชีพรับเงินรายเดือน	796	26.0
ผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ	752	24.6
อื่น ๆ	35	1.1

ตารางที่ 2 ข้อคำถามของแบบประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อและค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

ข้อ	ข้อคำถามจากแบบประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อ	ค่า IOC	ความหมาย	ระดับคะแนน
1	(อดีต) ฉันเอาชนะอุปสรรคปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้	0.4	ไม่ผ่าน	ควรปรับปรุง
2	(อดีต) ความยากลำบากทำให้ฉันแข็งแกร่งขึ้น	0.8	ผ่าน	ดี
3	(อดีต) ฉันมีกำลังใจและได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง	1.0	ผ่าน	ดีมาก
4	(อดีต) ฉันมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ	0.6	ผ่าน	พอใช้
5	(ผู้) ฉันจัดการกับปัญหาและความเครียดของตนเองได้	0.8	ผ่าน	ดี
6	(ผู้) การแก้ไขปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น	0.6	ผ่าน	พอใช้

ค่าความสอดคล้อง (agreement) ระหว่างแบบประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อ และ 3 ข้อ โดยแบบประเมินฉบับ 6 ข้อ แบ่งพลังใจออกเป็น 3 ด้าน ด้านละ 2 ข้อ ได้แก่ พลังอดีตข้อ 1 และ 2 พลังอดีตข้อ 3 และ 4 และพลังผู้ข้อ 5 และ 6 และแบบประเมินฉบับ 3 ข้อประกอบด้วย พลังอดีตข้อ 2 พลังอดีตข้อ 3 และพลังผู้ข้อ 6 พบว่า ข้อ 2 มีค่าความสอดคล้อง .960 จึงสามารถเป็นตัวแทนของข้อคำถามด้านพลังอดีต ข้อ 3 มีค่าความสอดคล้อง .962

จึงสามารถเป็นตัวแทนของข้อคำถามด้านพลังอดีตได้ และข้อ 6 มีค่าความสอดคล้อง .966 จึงสามารถเป็นตัวแทนของข้อคำถามด้านพลังผู้ได้ ดังนั้นการพัฒนาแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ จึงได้ข้อคำถามที่มาจากข้อ 2 คือ “การเอาชนะอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้” ข้อ 3 คือ “มีกำลังใจและได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง” และข้อ 6 คือ “การจัดการกับปัญหาและความเครียดของตนเองได้” แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) และความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ จำแนกตามข้อคำถามที่คัดเลือกและทั้งฉบับ (n = 3,060)

ข้อคำถามจาก แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 6 ข้อ	mean	SD	Cronbach's alpha	inter item correlation
ข้อ 1, 3 และ 5	23.03	4.923	.891	.721 - .754
ข้อ 1, 3 และ 6	24.12	4.903	.896	.721 - .730
ข้อ 1, 4 และ 5	24.33	4.863	.879	.642 - .765
ข้อ 1, 4 และ 6	24.42	4.842	.883	.642 - .783
ข้อ 2, 3 และ 5	24.16	4.960	.901	.739 - .767
ข้อ 2, 3 และ 6	24.24	4.959	.910	.767 - .777
ข้อ 2, 4 และ 5	24.45	4.902	.891	.692 - .765
ข้อ 2, 4 และ 6	24.54	4.900	.900	.692 - .783
รวมข้อ 1 - 6	48.57	9.668	.950	.642 - .871

ตารางที่ 4 ความสอดคล้อง (agreement) ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 6 ข้อ และ 3 ข้อ

แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 6 ข้อ		ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 6	แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ (ข้อ 2, 3 และ 6)
ด้านพลังชีวิต	Pearson correlation	.960	.775	.785	.914
ข้อ 1 และ 2	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
ด้านพลังชีวิต	Pearson correlation	.758	.962	.808	.916
ข้อ 3 และ 4	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
ด้านพลังรู้	Pearson correlation	.784	.788	.966	.916
ข้อ 5 และ 6	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
รวม	Pearson correlation	.898	.906	.917	.985
(ข้อ 1 - 6)	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	n	3,060	3,060	3,060	3,060

วิจารณ์

แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจฉบับ 20 ข้อ ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ เช่น มักไม่ถูกนำมาใช้รวมกับการประเมินสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ทั้งที่พลังใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถพยากรณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ ดังการศึกษาของ Killgore และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การประเมินพลังใจในสถานการณ์โควิด 19 สามารถพยากรณ์

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพจิตได้ รวมทั้งสามารถประเมินเพื่อหาแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตได้เช่นกัน อีกประการหนึ่งเนื่องด้วยจำนวนข้อคำถามที่มีมาก จึงทำให้ใช้เวลาในการประเมินและไม่ถูกนำมาใช้ในการประเมินสุขภาพจิตในสถานการณ์ที่เร่งด่วนหรือสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ

ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในรูปแบบใหม่เพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคและต้องปรับตัวเพื่อฝ่าฟันวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก การศึกษาของ Pollard และคณะ¹⁹ และ Mani และคณะ²⁰ ได้แนะนำว่า การประเมินสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตที่ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การว่างงาน หรือปัญหาทางการเงิน จำเป็นต้องใช้แบบประเมินที่มีคุณภาพและต้องมีข้อคำถามที่สั้นและกระชับ ควบคู่ไปกับมีความไวและความถูกต้องในการคัดกรองปัญหา อีกทั้งยังควรเป็นแบบประเมินที่ประชาชนสามารถประเมินสุขภาพจิตของตนเองได้ง่าย กรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายให้พัฒนาแบบประเมินด้านสุขภาพจิตให้มีข้อคำถามที่สั้นลง แต่ยังคงคุณภาพของการประเมิน เพื่อความรวดเร็วต่อการสำรวจและประเมินผลอย่างเร่งด่วน เช่นเดียวกับแบบทดสอบดัชนีชีวิตสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) ที่เหมาะสำหรับการประเมินที่มีเวลามากพอและต้องการคำตอบที่สมบูรณ์ ซึ่งอาจไม่เหมาะกับการใช้ในทุกระณการณ์ จึงได้มีการพัฒนาแบบประเมินฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) ซึ่งมีการศึกษาความพึงพอใจในการประเมินสุขภาพจิตของทั้งสองฉบับพบว่าอยู่ในระดับเกือบดี ซึ่งถือว่ามีความน่าเชื่อถือในการประเมินสุขภาพจิตของประชากรไทยและเหมาะกับการประเมินในสถานการณ์ที่ใช้เวลาไม่มากนัก²¹

แบบประเมินพลังใจเป็นแบบประเมินหนึ่งที่ถูกพิจารณาให้พัฒนาข้อคำถามให้มีจำนวนลดลง ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกและปรับปรุงข้อคำถามตามโครงสร้างพลังใจทั้ง 3 ด้าน อันได้แก่ ด้านพลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้¹³ พบว่าแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม “ความยากลำบากทำให้ฉันแกร่งขึ้น” (ข้อ 2) “ฉันมีกำลังใจและได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง” (ข้อ 3) และ “การแก้ไขปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น” (ข้อ 6) มีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .80 - .90 ถือว่าอยู่ในระดับดีตามเกณฑ์ที่ใช้กันอยู่

โดยทั่วไปของ DeVellis⁸ และ Tabachnick และ Fidell²² และสอดคล้องกับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) ที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ แสดงให้เห็นว่าการคัดเลือกข้อคำถามจาก 6 ข้อเหลือ 3 ข้อดังกล่าวยังคงทำให้ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในการวัดพลังใจอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ ยังมี ความสอดคล้อง (agreement) ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 6 ข้อ และ 3 ข้อ ทั้งในด้านพลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ เท่ากับ .960 .962 และ .966 ตามลำดับ ข้อคำถามทั้ง 3 ข้อจึงสามารถเป็นตัวแทนของการประเมินพลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ได้ สอดคล้องกับคำแนะนำของ DeVellis⁸ ที่กล่าวถึงการตัดจำนวนข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกันออกหรือตัดข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมต่ำกว่าหรือสูงกว่าเกณฑ์ออกเพื่อให้ได้ตัวแทนของข้อคำถามในแต่ละด้าน

แบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งในภาพรวมและรายข้ออยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ และมีความเหมาะสมในการใช้ประเมินพลังใจทั้งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และสถานการณ์ปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังใจหรือสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถทำได้โดยปรึกษาพูดคุยกับคนใกล้ชิดเพื่อค้นหาทางออก หรือการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีคิดด้านบวก²³ เพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้สามารถดำเนินชีวิตทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข

สรุป

แบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ค่าความสัมพัทธ์รายข้อ และค่าอำนาจจำแนกในระดับดี และมีความสอดคล้องกันกับแบบประเมินพลังใจฉบับ 6 ข้อในองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านในทิศทางเดียวกัน จึงมีความเหมาะสมในการใช้แบบประเมินพลังใจสำหรับประชากรทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย [Dashboards mental health check in] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต; [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ส.ค. 2565]. จาก: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>
2. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต [RQ: resilience quotient]. นนทบุรี: บริษัท บิยอนด์พัลลิสซิ่ง จำกัด; 2563.
3. Grotberg HE. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit - early childhood development: practice & reflections number 8. The Hague: Bernard van Leer Foundation; 1995.
4. Grotberg HE. Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything. Oakland: New Harbinger Publishers Inc; 1995.
5. Grotberg HE. The international resilience project: findings from the research and the effectiveness of interventions [Internet]. Washington DC: Education Resources Information Center (ERIC); 1996 [cited 2022 Jul 10]. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED419584>
6. Grotberg EH. I am, I have, I can: what families worldwide taught us about resilience. Reaching Today's Youth: The Community Circle of Caring Journal. 1998;2:36-9.
7. Wolin SJ, Wolin S. The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity. New York: Villard Books; 1993.
8. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE; 2017.
9. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยรุ่น [A guide to empowering teenagers]. นนทบุรี: บริษัท บิยอนด์พัลลิสซิ่ง จำกัด; 2563.
10. จรัส งามวิโรจน์เจริญ. ปรับวิธีสู่แนวความคิดแบบยืดหยุ่น [Resilience thinking] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ไทยพับลิก้า; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ก.ย. 2564]. จาก: <https://thaipublica.org/2020/04/data-driven-society43/>.
11. วัฒนศักดิ์ วิบูลย์ชัยกุล. Resilience : สร้างความฮึดให้ทีมงานคุณเมื่อยามตกหลุมแห่งความล้มเหลว [Resilience: give your team a boost when they fall into failure] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: HR NOTE.asia; 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ก.ย. 2564]. จาก: <https://th.hrnote.asia/tips/resilience-team/>.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือในการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (ต่อเนื่อง) [A guide to mindful care in crisis (ongoing)]. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2550.
13. ประภาศรี ปัญญาธิชัย, ภาวีย์ กาญจนจิรากร. การศึกษาความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient) ของประชาชนไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [The study of Thai people resilience quotient during the Covid-19 outbreak]. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(1):318-33.
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Guidelines for mental rehabilitation in the situation of the Coronavirus Disease 2019 outbreak]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
15. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต. ผลการสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การสำรวจครั้งที่ 3 [The results of the survey of perceptions and mental health status of public health personnel and Thai people from the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19), the 3rd survey]. เอกสารนำเสนอในการประชุม: ประชุมคณะที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต; 28 เม.ย. 2563; กรมสุขภาพจิต.
16. ประกายรัตน์ สุวรรณ, อมรวิทย์ วิเศษสงวน. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 20 [Research and analysis with SPSS version 20]. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2555.
17. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4th ed. New York: Pearson; 2007.

18. Killgore WDS, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Res.* 2020;291:113216. doi:10.1016/j.psychres.2020.113216.
19. Pollard TM. Changes in mental well-being, blood pressure and total cholesterol levels during workplace reorganization: The impact of uncertainty. *Work & stress.* 2001;15(1):14-28. doi:10.1080/02678370110064609.
20. Mani A, Mullainathan S, Shafr E, Zhao J. Poverty impedes cognitive function. *Science.* 2013;341(6149):976-80. doi:10.1126/science.1238041.
21. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, วรวรรณ จุฑา. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาและทดสอบ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (version 2007) [Research report: the development and testing of Thai mental health indicator version 2007]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
22. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4th ed. New York: Pearson; 2007.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ของไวรัสโคโรนา 2019 : กรณีศึกษาชุมชนบ้านดง จังหวัดลำปาง

วันรับ : 4 กรกฎาคม 2565

วันแก้ไข : 30 พฤศจิกายน 2565

วันตอบรับ : 6 ธันวาคม 2565

วิรัตน์ ขอรระสี, ส.ม., อริสา หาญเดชะ, ส.ม., อรทัย เจียมคำรัส, วท.บ.,

สุรินทร์ อิวปา, สส.บ., วงศ์พรรณ มลารัตน์, ศษ.ม.

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายปรากฏการณ์และปัจจัยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนบ้านดง จังหวัดลำปาง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิธีการ : การวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยโรค COVID-19 ญาติ ผู้ถูกกักตัว ผู้อ่อนด้อย เปรียบบางทางสังคม และบุคคลที่มีส่วนสำคัญในชุมชน จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและแบบลูกโซ่ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและแบบบันทึกการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง ข้อมูลถูกตรวจสอบด้วยวิธีแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผล : องค์ประกอบหลักในการขับเคลื่อนมาตรการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ได้แก่ ผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการสื่อสารเชิงบวก องค์ประกอบเสริม ได้แก่ มาตรการระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ และองค์ประกอบสนับสนุน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของสถานการณ์โรค COVID-19 และคุณลักษณะของผู้ส่งสาร ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนเกิดความรู้สึกปลอดภัย สงบ มีความหวัง ให้โอกาสกัน และไม่ตีตรา

สรุป : การมีผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการสื่อสารเชิงบวกเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ซึ่งสามารถนำไปขยายผลในการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในพื้นที่อื่น ๆ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสถานการณ์วิกฤตอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ชุมชน, ภูมิคุ้มกันทางใจ, สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วิรัตน์ ขอรระสี; e-mail: wiratsalrasee@gmail.com

Original articles

Mental immunity in community during the COVID-19 pandemic: a case study of Ban Dong community, Lampang province

Received : 4 July 2022

Revised : 30 November 2022

Accepted : 6 December 2022

Wirat Salrasee, M.P.H., Arisa Harntecha, M.P.H., Orathai Chiamdamrat B.Sc.,

Surintorn Iupa B.S.W., Wongpan Malarat M.Ed.

Mental Health Center 1, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To explain the phenomenon and factors that enhance mental immunity in the Ban Dong community in Lampang province during the COVID-19 pandemic.

Methods: This qualitative research was conducted among 60 participants including health personnel, COVID-19 patients, their relatives, quarantined patients, socially vulnerable people, and community leaders. Participants were purposively selected through snowball sampling. Semi-structured questionnaires with open-ended questions and observation record form for were used. Data were validated by using a triangulation approach and analyzed by using content analysis.

Results: The main components that enhanced mental immunity in the community were community leaders, participation of all stakeholders, and positive communication. Supporting factors included measures at individual, family, and community levels that facilitated the implementation of government policies. Other components which stimulated the success of mental immunity were individual perception regarding the severity and impacts of the COVID-19 pandemic and the quality of the messenger. These components could encourage people to feel safe, calm, and hopeful, with strong mental immunity at individual, family, and community levels.

Conclusion: Community leaders, all stakeholder participation, and positive communication were the key to success in mental immunity enhancement in the community. The findings can be used to improve mental immunity against the COVID-19 pandemic and other crises in communities.

Keywords: community, coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, mental immunity

Corresponding author: Wirat Salrasee; e-mail: wiratsalrasee@gmail.com

ความรู้เดิม : ไม่เคยมีการศึกษาในประเทศไทยที่ถอดบทเรียนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ความรู้ใหม่ : สามารถอธิบายปรากฏการณ์และปัจจัยการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพจิตประชาชนที่ได้รับผลกระทบในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

บทนำ

การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ระบาดทั่วโลกส่งผลกระทบกับวิถีชีวิตของผู้คน ความมั่นคงระหว่างประเทศ ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ ความมั่นคงในการควบคุมและป้องกันการระบาด และความมั่นคงด้านสุขภาพและสาธารณสุข¹ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต² ประเทศไทยเริ่มประสบกับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยในช่วงนั้นพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัดในภาคเหนือมี 7 จังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อรวมทั้งสิ้น 67 คน เสียชีวิต 2 คน รักษาหายแล้ว 65 คน³ ส่งผลให้ประชาชนเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต และยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจในพื้นที่ หลายหน่วยงานปิดกิจการ เลิกจ้างแรงงานโดยประชาชนบางส่วนที่ไม่สามารถปรับตัวได้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขที่ต้องทำงานด้านหน้าต้องเผชิญความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์และภาวะหมดไฟซึ่งถือเป็นสัญญาณเตือนการเข้าสู่ผลกระทบในคลื่นลูกที่ 4 ได้แก่ ผลกระทบทางเศรษฐกิจและผลกระทบด้านปัญหาสุขภาพจิต⁴ ที่ต้องการการเตรียมพร้อมรับมืออย่างเร่งด่วน

ในช่วงเดียวกันนั้นมีประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต (stress, burnout, suicide, depression; SBSO) ผ่านแอปพลิเคชันของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 มีผู้ประเมินสุขภาพจิตทั้งหมดจำนวน 470,594 คน พบว่ามีความเครียดร้อยละ 4.7 ภาวะหมดไฟร้อยละ 5.0 ภาวะเสี่ยงในการฆ่าตัวตายร้อยละ 0.06 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.8⁵ แม้ว่ามาตรการควบคุมโรคและการดูแลสุขภาพทำให้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 อยู่ในการควบคุมและสถานการณ์ดีขึ้น⁶ การระบาดของโรคอาจกลับเป็นซ้ำได้ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการเพื่อป้องกันและลดผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม⁷

จากสถานการณ์ดังกล่าว กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ปี พ.ศ. 2563 - 2564 (combat 4th wave of COVID-19 plan; C4)⁸ ซึ่งเป็นกรอบในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตสำหรับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้จัดทำแผนงานโครงการ หรือกิจกรรมในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนครอบคลุม และชุมชนปลอดภัยจากผลกระทบด้านสุขภาพจิต ในสถานการณ์การระบาดของโรค มีความเข้มแข็งทางจิตใจจากการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความสามารถของคนในชุมชนต่อการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เพื่อให้ชุมชนสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติในเวลาอันรวดเร็ว โดยใช้หลักการสร้างวัคซีนใจในชุมชน 4 สร้าง 2 ใช้ ได้แก่ สร้างชุมชนที่รู้สึกปลอดภัย สร้างชุมชนที่รู้สึกสงบ สร้างชุมชนที่มีความหวัง และสร้างชุมชนที่เข้าใจ ให้โอกาส โดยใช้ศักยภาพชุมชนและสายสัมพันธ์ชุมชน⁹

จังหวัดลำปางพบการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เป็นพื้นที่แรก ๆ ของภาคเหนือ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางรายงานการพบผู้ติดเชื้อรายแรกของจังหวัดในพื้นที่ชุมชนบ้านดง หมู่ที่ 7 ตำบลหลวงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง ต่อมาพบผู้ติดเชื้อเพิ่มอีก 3 คนซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน รวมยอดผู้ติดเชื้อ 4 คน¹⁰ อย่างไรก็ตาม

ยังขาดข้อมูลเชิงลึกที่ช่วยอธิบายปรากฏการณ์การเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของพื้นที่ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในเรื่องสุขภาพกายและสุขภาพจิต กลไกที่ชุมชนรับมือกับสถานการณ์วิกฤต และปัจจัยการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์และปัจจัยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนบ้านดง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพจิตประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสถานการณ์วิกฤตอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วิธีการ

การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิต และจิตเวชจากกรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 036/2563 วันที่ 31 กรกฎาคม 2563 เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ที่ชุมชนบ้านดง จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยโรค COVID-19 และญาติ ผู้ถูกกักตัว (quarantine) ผู้อ่อนด้อยเปราะบางทางสังคม (ผู้ติดบ้าน ติดเตียง คนพิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง) และบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการการดูแลประชาชนในชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และแบบลูกโซ่ (snow ball sampling) รวมจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion guide) แนวทางการสัมภาษณ์เดี่ยวแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) และแบบบันทึกการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง (non-structured observation record) แนวทาง

การสัมภาษณ์องค์ประกอบการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน 4 สร้าง 2 ใช้ ได้แก่ สร้างชุมชนที่รู้สึกปลอดภัย สร้างชุมชนที่รู้สึกสงบ สร้างชุมชนที่มีความหวัง และสร้างชุมชนที่เข้าใจให้โอกาส โดยการสนทนากลุ่มย่อยเป็นการแยกสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มผู้ป่วย ญาติ ผู้ถูกกักตัว และผู้อ่อนด้อยเปราะบางทางสังคม สัมภาษณ์ในประเด็นเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 การดูแลจิตใจตัวเอง ครอบครัว และชุมชน และอุปสรรคสำคัญในการดูแลจิตใจของตัวเอง ครอบครัว และชุมชน ส่วนในกลุ่มผู้มีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการการดูแลประชาชนในชุมชนเป็นการสัมภาษณ์เดี่ยว ในประเด็นเกี่ยวกับวิธีการที่ทำให้ชุมชนรู้สึกปลอดภัยในช่วงการระบาดของโรค จุดเด่นของชุมชนในการร่วมแรงร่วมใจในการป้องกันการระบาดของโรค และการสื่อสารความรู้เรื่องวิธีการดูแลจิตใจตัวเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีในช่วงการระบาดแบบบันทึกการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้างสำรวจประเด็นเกี่ยวกับลักษณะชุมชน กิจกรรมที่มีในชุมชน และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิต 1 คน และภายนอกกรมสุขภาพจิต 2 คน ได้ค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1 ผู้วิจัยมีจำนวน 5 คน ซึ่งทุกคนผ่านการอบรมการเก็บข้อมูล การอบรมหลักการวิจัยเชิงคุณภาพ และการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จากศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค. มท.)³

2) คัดเลือกชุมชนและเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับการทำวิจัย ชี้แจง

วัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในใบยินยอมการวิจัย

3) ผู้วิจัยภาคสนามเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการโดยผู้นำกลุ่มการสนทนาหรือผู้สัมภาษณ์ (leader) และผู้บันทึกข้อมูล (note taker) มีรายละเอียดดังนี้

3.1) การสังเกต : สังเกตบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล ลักษณะการสื่อสาร ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน และสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม โดยไม่ทำให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกถูกรบกวน

3.2) การสัมภาษณ์ : สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายตามแนวทางการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที ยืดหยุ่นเวลาตามความเหมาะสมโดยเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย

3.3) การสนทนากลุ่ม : สนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายตามแนวทางการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 7 - 8 คน (หรือไม่เกินกลุ่มละ 10 คน) ใช้เวลากลุ่มละประมาณ 60 - 90 นาที ยืดหยุ่นเวลาตามความเหมาะสมเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถูกตรวจสอบด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ด้านผู้ศึกษาวิจัย (investigator triangulation) และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) นำมาสังเคราะห์และนำเสนอเชิงพรรณนา

ผล

ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

จากการลงพื้นที่และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสังเกต พบว่า พื้นที่ชุมชนนี้เป็นชุมชนชนบท เป็นหมู่บ้านขนาดเล็ก ห่างจากตัวอำเภอประมาณ 3 กิโลเมตร มีทั้งหมด 138 ครัวเรือน มีพื้นที่ 6.4 ตารางกิโลเมตร มีลักษณะพื้นที่เป็น

ลาดเชิงเขา ชาวบ้านส่วนใหญ่เข้ามาอาศัยใช้ประโยชน์จากพื้นที่ในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม บางส่วนรับจ้างรายวัน และทำธุรกิจบ้านเช่าหรือห้องเช่ารายเดือน ประชากรมีลักษณะหลากหลาย ได้แก่ ประชาชนพื้นราบทั่วไป ประชาชนพื้นที่สูง เช่น ชนเผ่าอาข่า ลาหู่ และเมี่ยน และประชาชนต่างถิ่นที่ย้ายเข้ามาเช่าบ้านเพื่ออยู่อาศัย ชุมชนมีความเชื่อในการนับถือเจ้าพ่อโป่งลิง การคมนาคมในหมู่บ้านมีความสะดวกในฤดูแล้งขาดน้ำเพื่อการเกษตร พื้นที่เกษตรกรรมส่วนใหญ่ขาดเอกสารสิทธิ์ในที่ดินทำกิน

สถานการณ์ในชุมชนระหว่างการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

วิกฤตการระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้ชุมชนเกิดความตื่นตระหนกและความรู้สึกไม่ปลอดภัย โดยส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ประชาชนเกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจเนื่องจากชุมชนขาดรายได้ และรู้สึกเหมือนถูกขังเนื่องจากมีการปิดหมู่บ้าน 14 วัน ส่งผลให้วิถีชีวิตเปลี่ยนต้องรอคนนำอาหารมาให้ ประชาชนยังคงมีความกลัวและโกรธแค้นผู้ป่วยที่นำเชื้อมาติดคนในหมู่บ้าน รวมทั้งกลัวติดเชื้อจากบุคลากรทางการแพทย์ ประชาชนต่างอำเภอกลับไม่เข้าใจและไม่ให้คนอำเภองาวเข้าใกล้ ผลกระทบด้านบวกพบว่าเหตุการณ์ทำให้คนในชุมชนมีประสบการณ์ ได้เรียนรู้เรื่องการบริหารจัดการคนและการใช้ศักยภาพของชุมชน มีความพร้อมรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยหลายภาคส่วนเคารพและให้ความร่วมมือกันมากขึ้น และเรียนรู้ว่าการทำงานเป็นทีมไม่ใช่เพียงแค่ทำงานแต่รวมถึงการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การถามไถ่กัน และการระบายความรู้สึก

“มีความรู้สึกกลัว และเครียด ต้องระวังตัว” (คนในชุมชน)

“มีความกังวลเรื่องโรคระบาดจะไม่หยุด ชาวบ้านเริ่มแตกฮือ ต้องให้อสม. ไปชี้แจงชาวบ้านว่าไม่ควรตื่นตระหนก” (คนในชุมชน)

“ไม่ต้องคิดมาก ไม่ต้องกังวลอะไร ให้เตรียมพร้อมรับทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น” (ผู้บริหารท้องถิ่น)

“เมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตต้องอดทน ต่อสู้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น” (ผู้นำชุมชน)

องค์ประกอบของการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ

องค์ประกอบของการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนนี้ ได้แก่ ผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการสื่อสารเชิงบวก (ตารางที่ 1) มีรายละเอียดดังนี้

1) การมีส่วนร่วม จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 และญาติ ผู้ถูกกักตัว ผู้อ่อนด้อยเปราะบางทางสังคม และบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการการดูแลประชาชนในชุมชน พบว่า ผู้ได้รับผลกระทบแต่ละระดับมีการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจตามบริบทของตนเองเพื่อความอยู่รอดและความปลอดภัยของตนเองในขณะเดียวกัน เนื่องจากทุกคนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงเกิดการมีส่วนร่วมทั้งแบบเป็นทางการและแบบไม่ทางการผ่านกลไกของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล มีการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบลทุกวันเพื่อวางแผนการสร้างการมีส่วนร่วมและกำหนดมาตรการสร้างความปลอดภัยต่าง ๆ โดยแต่ละภาคส่วนมีบทบาทดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่ภาครัฐ จัดตั้งศูนย์อำนวยการเฝ้าระวังสถานการณ์โรค COVID-19 เฝ้าระวังติดตามข่าวสารและข้อมูลผู้ที่เดินทางกลับจากประเทศที่มีการระบาดของโรค พิจารณาจัดหาพื้นที่เฝ้าระวัง ควบคุมสถานการณ์การจำหน่ายหน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ป้องกันโรค และเป็นศูนย์กลางในการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ และพิจารณาแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า 2) บุคลากรสาธารณสุข ประเมินสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ กรณีพบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีการส่งต่อให้กับทีมเยียวยาจิตใจในพื้นที่ดูแลต่อไป 3) ชาวบ้าน ช่วยกันทำอาหารแจกจ่ายและแบ่งปันพืชผลทางการเกษตรให้กันในแต่ละครัวเรือน ประชาชนจิตอาสาจัดตั้งเวรยามประจำหมู่บ้านเพื่อป้องกันการเข้าออกของคนนอกพื้นที่ 4) องค์กรสาธารณประโยชน์ (NGO) เช่น เหล่ากาชาดจังหวัดและ

กลุ่มออพโรวด์ นำของมาบริจาคช่วยชาวบ้าน 5) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) คอยกระจายข่าวสารให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันโรค ดูแลจิตใจคนในพื้นที่ไม่ให้เกิดความเครียด กระจายข้อมูลข่าวสารผ่านเสียงตามสายและวิทยุชุมชนในพื้นที่ รวมถึงลดการตีตราของสังคมกรณีเป็นผู้ติดเชื้อ โดยการสร้างความเข้าใจและให้โอกาส 6) ผู้นำชุมชน เป็นผู้ใหญ่บ้านที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ และมีภรรยาเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ช่วยติดต่อประสานงานในการดูแลความปลอดภัยทางกายและทางจิตใจ และ 7) ผู้นำทางจิตวิญญาณหรือผู้นำทางศาสนาในชุมชน เช่น พระสงฆ์ มีบทบาทในการสร้างกำลังใจโดยขอพรเจ้าพ่อโป่งลิงที่คนในชุมชนให้ความนับถือโดยขอให้ปลอดภัยและแคล้วคลาดจากโรคภัย ซึ่งเป็นที่พึ่งทางใจอีกรูปแบบหนึ่งในชุมชน

“มาตรการชุมชนสำคัญที่สุด ทำให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในอนาคต ทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของคำสั่งร่วมกัน เอากันเป็นกัน” (คนในชุมชน)

2) ผู้นำ ผู้นำในระดับต่าง ๆ มีการประชุมวางแผนรับมือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการทำงานเชิงรุกโดยเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดคอยแจ้งข้อมูลสถานการณ์และนโยบายที่ชัดเจน ลงพื้นที่ด้วยพร้อมกับผู้นำชุมชน และให้กำลังใจเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ทำให้การทำงานง่ายขึ้นและได้รับความไว้วางใจและเชื่อมั่นจากคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านซึ่งมีภรรยาเป็นพยาบาล ทำให้การประสานงานและการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสะดวกขึ้น ส่วนพระสงฆ์ในชุมชนมีบทบาทในการสร้างกำลังใจและให้สติในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้จิตใจของคนในชุมชนเกิดความเข้มแข็งพร้อมรับสถานการณ์ดังกล่าว

“ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง นโยบายของผู้บริหารที่ชัดเจน ทำให้ทำงานง่ายขึ้น” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

3) การสื่อสาร การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งที่ผ่านระบบกลไกในภาครัฐที่มีอยู่เดิมและแบบไม่เป็นทางการใช้การสื่อสารเชิงบวก โดยผู้ส่งสารทั้งเชิงนโยบายและปฏิบัติการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่เพื่อให้ประชาชนเข้าใจได้ง่าย สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการดูแล

ตารางที่ 1 องค์ประกอบการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในพื้นที่

ทีมนำ	คณะกรรมการฯ	ขับเคลื่อนงานผ่านระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อแบ่งบทบาทในการดำเนินการในพื้นที่
	หน่วยงานภาครัฐ	ให้บริการเชิงรุกและมีส่วนร่วมกับเอกชน/ประชาสังคม
	หน่วยงานภาคเอกชน	ร้านค้า/สถานประกอบการให้ความร่วมมือและสนับสนุนมาตรการของภาครัฐ
	ประชาชน	ปฏิบัติตามมาตรการ เฝ้าระวังการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว
	นักจัดรายการวิทยุ	จัดทำสื่อกระจายเสียงเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในชุมชน
การสื่อสาร	ผู้ส่งสารเชิงนโยบาย	ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้นำระดับจังหวัด
	ผู้ส่งสารเชิงปฏิบัติ	วิธีการและเนื้อหาของผู้สื่อสาร สร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความหวัง ความปลอดภัย และความสงบ
	บทบาท คุณลักษณะของผู้สื่อสาร	เจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน อสม. สร้างความเข้าใจโดยให้ข้อมูลความรู้
	ช่องทางการสื่อสาร	air war เช่น เว็บไซต์ Facebook และ Line ground war เช่น เคาะประตูบ้าน เยี่ยมบ้าน และรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่
	สื่อสารเชิงบวก	เนื้อหาในการสื่อสารสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชน
การมีส่วนร่วม	ร่วมคิด/ร่วมวางแผน	ร่วมค้นหาวิธีการและสร้างมาตรการชุมชน
	ร่วมตัดสินใจ	ตัดสินใจร่วมกัน ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของ (sense of belonging) ร่วมกันของชุมชน
	ร่วมมือปฏิบัติ	ปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ และจัดบริการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต ในสถานบริการและชุมชน
	ร่วมรับผิดชอบ	ยอมรับซึ่งกันและกันในชุมชน ไม่โทษ ไม่โกรธกันและกัน
	ร่วมติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์	เฝ้าระวัง ค้นหากลุ่มเสี่ยง ติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบรอบด้าน
	ร่วมแบ่งปัน	ช่วยเหลือ สนับสนุนปัจจัย 4 และแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยการพูดคุย
ผู้นำ	แบบเป็นทางการ	ผู้นำตามตำแหน่ง เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้นำระดับจังหวัด/อำเภอ/ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และพระ
	แบบไม่เป็นทางการ	ผู้นำตามธรรมชาติ/ผู้นำแฝง เช่น ผู้นำทางจิตใจ ผู้นำทางการเมืองท้องถิ่น โน้มน้าวสร้างการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมของคนในชุมชน

สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่สามารถทำได้และไม่เป็นอุปสรรคหรือสร้างการแพร่ระบาดของโรค เช่น การล้างมือ 7 ขั้นตอนอย่างถูกวิธี การใช้เจลแอลกอฮอล์ในการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย การดูแลป้องกันโรค และการดูแลจิตใจของคนในครอบครัว นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุขและอสม. มีการสื่อสารเชิงรุกในชุมชนโดยการเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้และแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโดยใช้ภาษาเดียวกันกับคนในชุมชน และเป็นตัวอย่างในการลดการตีตราผู้ป่วย โดยแสดงความเอาใจใส่ ไม่แสดงความกลัวหรือรังเกียจผู้ป่วย

ทำให้ผู้ป่วยและชุมชนรู้สึกดี และให้โอกาสเมื่อผู้ป่วยหายแล้ว และกลับสู่ชุมชน

เนื่องจากคนในชุมชนมีมุมมองและการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างกัน จึงมีการใช้สื่อในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้ง air war และ ground war เพื่อช่วยให้การรับสื่อและการสื่อสารกันระหว่างคนในชุมชนมีความรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ และมีเนื้อหาชัดเจน รูปแบบการสื่อสารที่ใช้ในชุมชน ได้แก่ การติดตามข่าวสารผ่านสื่อโทรทัศน์ การใช้เสียงตามสายและรถกระจายเสียงเพื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข่าวสารในการดูแล

สุขภาพตัวเองโดยผู้ใหญ่บ้านและบุคลากรสาธารณสุข การเคาะประตูบ้านเพื่อแจกแผ่นพับโดยอสม. การเพิ่มช่องทางติดต่อผ่านโทรศัพท์ สายด่วนและแอปพลิเคชัน Line โดยบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับคนในชุมชนเกี่ยวกับการระบาดของโรค วิธีการติดต่อ และความเสี่ยงในการสัมผัสกับผู้ป่วย และให้คำปรึกษาผู้ที่มีความเครียดระดับปานกลางและสูง ส่วนคนในชุมชนบางส่วนใช้ช่องทางการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลและติดตามสถานการณ์ของโรค

มาตรการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ

มาตรการเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางใจและผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมแบ่งเป็น 3 ระดับ (ตารางที่ 2) ดังนี้

1) มาตรการส่วนบุคคล ผู้ได้รับผลกระทบทุกคนทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่รัฐที่มีหน้าที่ดูแลประชาชน มีการรับรู้ระดับบุคคลตามกลไกธรรมชาติ ทุกคนพยายามปรับตัวต่อสถานการณ์เพื่อความปลอดภัยโดยปรับวิธีการรับรู้ข่าวสารการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต และการปฏิบัติตัวตามมาตรการของครอบครัวและชุมชน การสัมภาษณ์พบว่า การรับข่าวสารการแพร่ระบาดของโรคจากหลากหลายช่องทางทำให้มุมมองต่อสุขภาพส่วนบุคคลทั้งของประชาชนและเจ้าหน้าที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากได้รับความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลในการป้องกันโรค ระบาดระลอกตัวมากขึ้น และใส่ใจต่อสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น และหลังพบผู้ติดเชื้อในชุมชนมีการปรับตัวในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันตัวเองอย่างเคร่งครัด เช่น การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่างทางสังคม

“อย่างแรกต้องดูแลตัวเองให้แข็งแรง หมั่นล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่าง” (คนในชุมชน)

2) มาตรการครอบครัว แต่เดิมสายสัมพันธ์ของครอบครัวในชุมชนมีทั้งเชิงบวกและลบ สถานการณ์วิกฤตทำให้ครอบครัวมีความร่วมมือ การสื่อสารเชิงบวก การแสดงความรัก

ห่วงใย ใส่ใจ รับฟัง ยอมรับกันและกัน และลดการตีตรา ไม่ถือโทษโกรธกัน เนื่องจากโรคระบาดได้เกิดขึ้นแล้ว การสัมภาษณ์พบว่า มาตรการของชุมชนระหว่างครอบครัวระบาดโรคส่งผลเชิงบวกต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น เช่น กินข้าวพร้อมกัน ทำอาหาร และทำความสะอาดบ้านเรือน มีการพูดคุยระบายความรู้สึกและปรับความเข้าใจกันเพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัว และมีการดูแลจิตใจกันโดยการถามไถ่ปัญหาที่พบ ร่วมกันแก้ปัญหา และทำกิจกรรมผ่อนคลายร่วมกัน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง และเล่นเกม ซึ่งแต่เดิมสมาชิกมีโอกาสอยู่ร่วมกันแบบพร้อมหน้าพร้อมตานาน ๆ ครั้ง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในครอบครัวเปลี่ยนไปโดยสมาชิกแต่ละคนมีการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรค ความเสี่ยง และมาตรการในการป้องกันโรค เกิดการระมัดระวังตัวและใส่ใจต่อสุขภาพของตัวเองและคนรอบข้าง เช่น การสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ และใช้ช้อนกลาง นอกจากนี้ครอบครัวยังมีการปรับตัวเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีการปิดหมู่บ้านทำให้รายได้จากเกษตรกรรมลดลง จึงมีการใช้จ่ายอย่างประหยัดมากขึ้น

“ไม่กลัวโรค แต่กลัวไม่มีเงินใช้มากกว่า โดยช่วงนี้ต้องอยู่ในบ้าน ไม่ออกไปไหน ลดพบเจอผู้คนให้มากที่สุด มีการแบ่งบทบาทการทำงานภายในบ้านที่ชัดเจน เช่น ทำความสะอาดบ้านหรือทำอาหาร หออะไรทำ เล่นเกมส์ ลดความฟุ้งซ่าน ป้องกันตนเองโดยการล้างมือ ใช้เจลแอลกอฮอล์ และปรับความคิด โกรธไปก็ไม่มีประโยชน์” (คนในชุมชน)

3) มาตรการชุมชน การสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนบ้านดงเกิดจากความร่วมมือทั้งระดับบุคคลและครอบครัวและการปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมกัน โดยมีส่วนสำคัญจากผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและเป็นแบบอย่างที่ดีในสื่อสารเชิงบวก ทั้งผู้นำแบบทางการ เช่น นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสารวัตรกำนัน ที่มีการสื่อสารเชิงนโยบายที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และการสนับสนุนของและผู้นำด้านสุขภาพ เช่น อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล ที่มีการเยี่ยมบ้านเชิงรุกเพื่อประเมินสุขภาพ

ทางกายและสุขภาพจิต คัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากต่างพื้นที่ และแนะนำให้กักตัวครบตามที่กำหนด และให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ส่งผลให้คนในชุมชนมีความเชื่อมั่น มีขวัญกำลังใจ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือกันโดยไม่ตีตราหรือกล่าวโทษกัน

“การดูแลจิตใจเป็นอันดับหนึ่งเลย เพราะจิตเป็นนายกายเป็นบ่าว ศักดิ์ศรีของคนบ้านดง คือความเอื้อเฟื้อ” (คนในชุมชน)

“ปรับความคิด โกรธไปก็ไม่มีประโยชน์” (คนในชุมชน)

“สิ่งที่เกิดขึ้นมีทั้งผลดีและผลเสีย เวลาเกิดเหตุเกิดเราจะไม่รู้เลยว่า ผู้นำเราเก่งขนาดไหน” (คนในชุมชน)

กลไกการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน

โดยสรุป การสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนบ้านดงสามารถอธิบายได้จากกลไก 3 ลักษณะ (แผนภาพที่ 1) ได้แก่

1) *กลไกหลัก* หมายถึง ปัจจัยสำคัญและจำเป็นในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ส่งผลให้เกิดการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทและชัดเจน ได้แก่ ผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการสื่อสารเชิงบวก

2) *กลไกเสริม* หมายถึง ปัจจัยที่สอดคล้องประสานรับกับกลไกหลักที่ช่วยทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในพื้นที่ได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ได้แก่ มาตรการส่วนบุคคล มาตรการครอบครัว และมาตรการชุมชน

3) *กลไกสนับสนุน* หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนหรือกระตุ้นให้กลไกหลักและกลไกเสริมสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในพื้นที่ได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของสถานการณ์โรค COVID-19 และคุณลักษณะของผู้ส่งสาร

ตารางที่ 2 มาตรการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ

มาตรการชุมชน	สร้างมาตรการชุมชน	ร่วมสร้างข้อตกลงชุมชน และปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ
	สร้างความไว้วางใจ	เชื่อมั่น เชื่อใจ ศรัทธา รับฟังผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
	สร้างความสามัคคี	ให้ความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจ
	สร้างขวัญกำลังใจ	เคาะประตูบ้าน เยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ ด้วยการทำงานเชิงรุก
	ดูแลและพิทักษ์สิทธิ์	ให้ความช่วยเหลือ ให้ผู้ได้รับผลกระทบได้รับสิทธิ์ที่ควรได้ และครอบคลุม
	เป็นแบบอย่างที่ดี	ผู้นำและแกนนำหลักปฏิบัติตัว ตามมาตรการชุมชน เกิดแบบอย่างที่ดี ให้กับคนในชุมชน
	สื่อสารเชิงบวกสร้างความเข้าใจ	สื่อสารโดยให้ข้อมูลถูกต้อง ตรงประเด็น เชื่อถือได้ สร้างความเข้าใจ ลดความกลัว ความเครียด ไม่ตีตรา ไม่กล่าวโทษ ไม่รังเกียจ ในระดับ air war และ ground war
มาตรการครอบครัว	สื่อสารเชิงบวกสร้างความเข้าใจ	สื่อสารสร้างกำลังใจ พุดคุยแสดงความห่วงใย เกิดยอมรับ ลดตีตรา ไม่โกรธไม่โทษ
	ให้ความร่วมมือ	ปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ/ชุมชน มาตรการประหยัด อยู่บ้านรักษาระยะห่าง
	สร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว	ความรัก ความเอาใจใส่ ใส่ใจ ห่วงใย
มาตรการส่วนบุคคล	รับผิดชอบตนเอง	แสดงความรับผิดชอบ เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในครอบครัวและชุมชน
	ปรับตัวต่อสถานการณ์	ปรับเปลี่ยนอาชีพ ทำกิจกรรมที่ชอบ ค้นเคย แสวงหาวิธีดูแลตัวเองตามความเชื่อส่วนบุคคล
	ดูแลสุขภาพ	สวมหน้ากากอนามัย รักษาความสะอาด กินร้อน ช้อนเรา รักษาระยะห่างทางสังคม
	รับรู้ข้อมูลข่าวสาร	ปรับตัว ปรับใจ หาคะแนนรับฟัง ปรับมุมมอง มองเชิงบวก ปล่อยวาง จัดการอารมณ์
	ดูแลจิตใจ	ติดตามและเลือกรับข่าวสารความรู้หลายช่องทาง



แผนภาพที่ 1 กลไกขับเคลื่อนมาตรการการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนพื้นที่ภูมิภาค

วิจารณ์

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในชุมชน ทำให้ประชาชนเกิดความเครียด มีความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต และยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจเนื่องจากชุมชนขาดรายได้ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจเกิดความรู้สึกปลอดภัย สงบ มีความหวัง และให้โอกาสกันโดยไม่ตีตรา ทั้งนี้กลไกการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในแต่ละชุมชนอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ว่ามีพื้นที่มีจุดแข็งและทุนเดิมที่มีในชุมชนนั้นอย่างไร และประสบการณ์การเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ผ่านมามีในชุมชนนั้น ๆ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว สึนามิ สถานการณ์ความไม่สงบ และการเกิดโรคระบาดอื่น ๆ การศึกษาของ Lestari และคณะ¹¹ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนระหว่างการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 พบว่าหลายชุมชนยังคงประสบกับวิกฤตสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาด และเสี่ยงต่อความเครียดในระยะยาวหากไม่ได้รับการแก้ไข จึงควรมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมด้วย โดยควรมีบุคคลต้นแบบที่มาจากหน่วยงานที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และผู้นำภูมิปัญญาพื้นบ้านในพื้นที่

ปัจจัยของการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนบ้านดงที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้นำที่เข้มแข็งและให้กำลังใจ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการสื่อสารที่เป็นเชิงบวกและมีความชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของวีรญา อังศุธรถาวร¹² ที่ศึกษาการลดความเสี่ยงและความสูญเสียในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าการให้กำลังใจและการสร้างความเข้มแข็งทางใจจากผู้บังคับบัญชาส่งผลต่อสภาพจิตใจและกำลังใจ ทำให้รู้สึกปลอดภัยในการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของวิสิทธิ์ ยิ้มแย้ม และอุษณกร ทาวะรัมย์¹³ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบในจังหวัดชลบุรี โดยปัจจัยที่ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ได้แก่ ผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และสอดคล้องกับการศึกษาของปัญญวัฒน์ จุฑามาต¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเข้มแข็งของชุมชนบ้านนาสะอู้งตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนประกอบด้วย ผู้นำชุมชนที่มีความรู้ความสามารถ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของประชาชน การบริหารจัดการชุมชน การเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมชุมชน และการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชน

ผลการศึกษาสะท้อนผลของการเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และมาตรการที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเสี่ยงและการป้องกันการแพร่ระบาด และการปรับตัวด้านการสื่อสาร การมีส่วนร่วม การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเมื่อมีปัญหาของชุมชนบ้านดง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health believe model; HBM)¹⁵ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับรู้ ความเชื่อและความสามารถของบุคคล สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านการป้องกันโรคและความเจ็บป่วยได้ โดยเป็นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย และยังมีปัจจัยร่วม (modifying factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ เป็นสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรค เช่น บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสถานะทางสังคมของผู้นำในชุมชนที่มีความน่าเชื่อถือ และสอดคล้องกับทฤษฎี precede model¹⁶ ซึ่งทำให้บุคคลในชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การสร้างเสริมสุขภาพตนเองทั้งทางกายและจิตใจ แนวคิดนี้มีพื้นฐานที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกันทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยภายในที่สนับสนุนชุมชน เช่น มีผู้นำที่เข้มแข็ง คนในชุมชนมีความสามัคคี เอื้อเฟื้อช่วยเหลือกันและกัน ปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับความร่วมมือและช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนในชุมชน ซึ่งการปรับตัวของชุมชนที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาธร¹⁷ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ชุมชนมีการทำกิจกรรมร่วมกันในการป้องกันโรค เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แก่แกนนำชุมชนและ

ตัวแทนสมาชิกครัวเรือนโดยนักศึกษาพยาบาลและอส. ผ่านช่องทางกระจายข่าวหมู่บ้านและการเคาะประตูบ้าน ซึ่งทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนและใช้ทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพในการวางแผนดำเนินการและติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหาของชุมชน ส่งผลให้เกิดความสามัคคี การช่วยเหลือเกื้อกูล และสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ร่วมกิจกรรม

สรุป

ปัจจัยการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ ผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการสื่อสารเชิงบวก ผลการศึกษาค้นคว้าสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนามาตรการหรือกลไกการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสถานการณ์วิกฤตอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับสนับสนุนทุนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณว่าที่ร้อยโทโมษิต กัลยา ผู้ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. ภาคิน โชติเวทย์ศิลป์. ความมั่นคงระหว่างประเทศภายหลังการระบาด [COVID-19 international security after the COVID-19 pandemic]. วารสารนาควตรปริทัศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. 2565;14(1):132-45.
2. Ma L, Huang Y, Liu T. Unequal impact of the COVID-19 pandemic on mental health: role of the neighborhood environment. Sustain Cities Soc. 2022;87:104162. doi:10.1016/j.scs.2022.104162.
3. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โควิด-19 [COVID-19 situation report] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม: 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พ.ค. 2563]. จาก: <https://COVID-19.ddc.moph.go.th/>.

4. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) [Combat 4th wave of COVID-19 : C4]. นนทบุรี: กรม; 2563.
5. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 กรมสุขภาพจิต. รายงานการคัดกรองสุขภาพจิตในสถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 1 [Mental health screening report in the situation of coronavirus disease 2019, 1st public health region]. เชียงใหม่: ศูนย์; 2563.
6. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Basic psychosocial skills: a guide for COVID-19 responders. New York: IASC; 2020.
7. ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.). รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ประเทศไทย [Report on the situation of the epidemic of coronavirus disease 2019 in Thailand] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พ.ค. 2563]. จาก: <https://www.moicovid.com/>.
8. กรมสุขภาพจิต. แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) [Combat 4th Wave of COVID-19: C4]. กรุงเทพฯ: กรม; 2563.
9. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 [Guidelines for creating a vaccine in the community under the epidemic situation of COVID-19]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด; 2563.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดลำปาง [Situation report of coronavirus cases 2019 in Lampang]. ลำปาง: สำนักงาน; 2563.
11. Lestari R, Setyawan FEB. Mental health policy: protecting community mental health during the COVID-19 pandemic. J Public Health Res. 2021;10(2):2231. doi:10.4081/jphr.2021.2231.
12. วีรญา อังศุทธาวาริน, จอมเดช ตรีเมฆ. การศึกษาการลดความเสี่ยงและความสูญเสียในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในเขตพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ [A study of risk and loss reduction for on-duty officers in the three southern border provinces]. วารสารกระบวนการยุติธรรม. 2561;11(2):121-32.
13. วิสิทธิ์ ยิ้มแย้ม, อุษณากร ทาวะรัมย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี [Factors contributing to community strength of village models for sufficiency economy, Koh Chan district, Chonburi province]. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์. 2561;11(1):39-50.
14. ปัญญวัฒน์ จุฑามาศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเข้มแข็งของชุมชนบ้านนาสะอู้ง ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน [Factors affecting strength of Na Sa Ung community according to sustainable development goals]. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ. 2564;10(1):110-9.
15. Maiman LA, Becker MH. The health belief model: origins and correlates in psychological theory. Health Educ Monogr. 1974;2(4):336-53. doi:10.1177/109019817400200404.
16. Dizaji MB, Taghdisi MH, Solhi M, Hoseini SM, Shafeyan Z, Qorbani M, et al. Effects of educational intervention based on PRECEDE model on self care behaviors and control in patients with type 2 diabetes in 2012. J Diabetes Metab Disord. 2014;13:72. doi:10.1186/2251-6581-13-72.
17. กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, วรธนี ครองยุติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี [Community participation in COVID-19 prevention at Nongsawan village, Chiangpin sub-district, Mueang district, Udonthani province]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2564;32(1):189-204.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อายุ 6 - 18 ปี ที่รักษาด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นที่โรงพยาบาลศิริราช

วันรับ : 8 กันยายน 2565

วันแก้ไข : 5 ธันวาคม 2565

วันตอบรับ : 7 ธันวาคม 2565

น้ำทิพย์ หวังวิวัฒน์เจริญ, พ.บ., วัลลภ อัจสริยะสิงห์, พ.บ.

สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อายุ 6 - 18 ปี ที่รักษาด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น ติดตามเป็นระยะเวลา 10 ปี

วิธีการ : การศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยใหม่อายุ 6 - 18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นระหว่าง พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2554 และได้รับการรักษาด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เก็บข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงก่อนได้รับยาและที่ 6 เดือน, 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี, 6 ปี, 8 ปี และ 10 ปีหลังเริ่มรักษาด้วยยา แปลงข้อมูลเป็นน้ำหนักเทียบกับอายุ ส่วนสูงเทียบกับอายุ น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง และค่า z-score ของน้ำหนักและส่วนสูง เปรียบเทียบการเจริญเติบโตที่ช่วงเวลาต่าง ๆ ด้วยสถิติ paired t-test

ผล : ตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 94 คน ร้อยละ 79 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยขณะวินิจฉัย 8 ปี 5 เดือน ปริมาณเฉลี่ยของยา methylphenidate ที่ได้รับ 22.60 ± 7.92 มก./วัน ค่า z-score ของน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 ปีแรก และค่า z-score ของส่วนสูงลดลงในช่วงครึ่งปีแรกหลังจากรับประทานยา ในขณะที่ปีต่อไปค่า z-score ของส่วนสูงไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

สรุป : การเจริญเติบโตด้านน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นลดลงเฉพาะในช่วงระยะแรกหลังรับประทานยา

คำสำคัญ : การเจริญเติบโต, น้ำหนัก, เมทิลเฟนิเดต, สมาธิสั้น, ส่วนสูง

ติดต่อผู้พิมพ์ : วัลลภ อัจสริยะสิงห์; e-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

Original articles

Weight and height changes in patients aged 6 - 18 years with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with methylphenidate at Siriraj hospital

Received : 9 September 2022

Revised : 5 December 2022

Accepted : 7 December 2022

Namtip Wungvivatchareon, M.D., Wanlop Atsariyasing, M.D.

Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry,

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Abstract

Objective: To study the growth of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) treated with short-acting methylphenidate for up to 10 years.

Methods: Newly diagnosed ADHD patients from 2010 - 2011 aged 6 - 18 years who received short-acting methylphenidate for at least 6 months at Siriraj Hospital were included in this retrospective study. Weight and height at baseline and 6 months, 1 year, 2 years, 3 years, 4 years, 6 years, 8 years, and 10 years after receiving the medication were collected and converted to weight for age, height for age, weight for height, and z-scores. The paired t-test was used to compare the z-scores of the height and weight at different time points.

Results: A total of 94 participants were recruited, with 79% being male and mean age at diagnosis of 8 years and 5 months. The average daily dose of short-acting methylphenidate was 22.60 ± 7.92 mg/day. The weight z-scores significantly decreased compared to baseline during the first 3 years after the initiation of the medication. The height z-scores significantly decreased during the first half year. After that, the changes in height z-scores were not consistently statistically significant.

Conclusion: The weight and height changes of children and adolescents with ADHD who were treated with short-acting methylphenidate were affected only for a short period of time.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, body height, body weight, growth, methylphenidate

Corresponding author: Wanlop Atsariyasing; e-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นมีการเจริญเติบโต ด้านน้ำหนักลดลงในช่วง 3 - 4 เดือนแรกของการรับประทานยาโดยมักพบในเด็กที่น้ำหนักตัวมาก หลังจากนั้นเด็กจะค่อย ๆ มีน้ำหนักกลับสู่เกณฑ์ปกติ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการรักษาแต่เป็นการติดตามผลในระยะสั้น

ความรู้ใหม่ : น้ำหนักเทียบกับอายุของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับยา methylphenidate ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 3 ปีแรก และมีส่วนสูงเทียบกับอายุลดลงในช่วงครึ่งปีแรก หลังจากนั้นส่วนสูงไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนตลอดระยะเวลาติดตาม 10 ปี

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครองที่มีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา methylphenidate และแนวทางการติดตามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยา methylphenidate

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention deficit/hyperactivity disorder; ADHD) เป็นโรคในกลุ่มพัฒนาการของสมองบกพร่อง (neurodevelopmental disorder) ที่พบได้บ่อย มีความชุกทั่วโลกร้อยละ 5.3¹ และความชุกในประเทศไทยร้อยละ 5 - 8.1^{2,3} โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการก่อนอายุ 7 ปี และร้อยละ 93 เริ่มแสดงอาการก่อนอายุ 12 ปี⁴ เช่น ขาดสมาธิ ซนอยู่ไม่นิ่ง และเหม่อลอย อาการดังกล่าวมีความรุนแรงและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ทั้งการเรียนรู้ การเข้าสังคม และอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ได้ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่^{5,6}

การรักษาโรคสมาธิสั้นประกอบด้วยการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคมควบคู่กัน โดยพบว่ายากลุ่ม psychostimulant มีประสิทธิผลในการรักษาอาการสมาธิสั้น เช่น อาการหุนหันพลันแล่นและอยู่ไม่นิ่ง ได้ถึงร้อยละ

70 - 80^{7,8} ยากลุ่ม psychostimulant ที่ใช้บ่อยในประเทศไทย ได้แก่ methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น โดยมีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดหรือไม่เพิ่มตามอายุ นอนหลับยาก ปวดศีรษะ ปวดท้อง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด และใจสั้น ซึ่งอาการส่วนใหญ่ไม่รุนแรงหรือลดลงไปได้หลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง⁹ อย่างไรก็ตาม ผลระยะยาวของยากลุ่ม psychostimulant โดยเฉพาะยา methylphenidate ต่อความสูงและน้ำหนักของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นนั้นยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนโดยแต่ละการศึกษามีข้อค้นพบที่แตกต่างกัน ในต่างประเทศมีการศึกษาของ Swanson และคณะ¹⁰ พบว่ายากลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานานน้อยกว่ากลุ่มที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 2.4 เซนติเมตร และน้อยกว่ากลุ่มปกติที่ไม่รับประทานยา 4.0 เซนติเมตร ในขณะที่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Carucci และคณะ¹¹ พบว่ายากลุ่ม methylphenidate มีผลต่อความสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในช่วง 24 - 30 เดือนแรก และมีผลต่อน้ำหนักในช่วง 12 เดือนแรกเท่านั้น โดยไม่ขึ้นกับปริมาณยาและรูปแบบของยาที่ได้รับ สำหรับประเทศไทยการศึกษาในประเด็นนี้ยังมีข้อจำกัด เช่น มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ขาดการติดตามในระยะยาว¹²

การเจริญเติบโตเป็นประเด็นที่ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นกังวล¹³⁻¹⁵ อีกทั้งการรักษาโรคสมาธิสั้นยังเป็นประเด็นที่บัณฑิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทยขาดความมั่นใจ^{16,17} อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากข้อจำกัดของการศึกษาก่อนหน้านี้และการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปีของประเทศไทยจากเดิมปี พ.ศ. 2543 มาเป็นปี พ.ศ. 2564¹⁸ ซึ่งในช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมาเส้นมัธยฐานของน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กไทยสูงขึ้นกว่าเดิม ส่งผลให้เกณฑ์การเจริญเติบโตที่ปกติมีการเปลี่ยนแปลง จึงควรมีการศึกษาที่อ้างอิงเกณฑ์การเจริญเติบโตที่เป็นปัจจุบัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่รับประทานยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น ติดตามเป็นระยะเวลา 10 ปี เพื่อเป็นข้อมูล

ประกอบการวางแผนการรักษาและติดตามผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นต่อไป

วิธีการ

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการครั้งแรก ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2554 ณ โรงพยาบาลศิริราช เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) ตามเกณฑ์ diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2) ได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น (short-acting methylphenidate) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และ 3) อายุ 6 - 18 ปี เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ขณะได้รับการรักษามีช่วงเวลาที่ไม่ได้รับประทานยา methylphenidate นานกว่า 1 ปี 2) ได้รับการรักษาด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์ยาว เช่น Concerta หรือ Ritalin LA 3) ไม่มีบันทึกข้อมูลน้ำหนักหรือส่วนสูง 4) มีโรคร่วมทางพันธุกรรม โรคทางระบบประสาท หรือโรคอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโต 5) รับประทานหรือฮอร์โมนที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโต เช่น growth hormone และ 6) เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นมาก่อนช่วงเวลาที่ศึกษา

การเก็บข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โรคร่วมทางจิตเวช ปริมาณยา methylphenidate ที่ได้รับ และน้ำหนักและส่วนสูงก่อนเริ่มรับประทานยาและหลังจากรับประทานยาเป็นระยะเวลา 6 เดือน, 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี, 6 ปี, 8 ปี และ 10 ปี โดยคำนวณเป็น 1) น้ำหนักเทียบกับอายุ (weight for age) 2) ส่วนสูงเทียบกับอายุ (height for age) และ 3) น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (weight for height) โดยยึดตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปีของกรมอนามัย พ.ศ. 2564¹⁸ น้ำหนักเทียบกับอายุแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) น้ำหนักมาก (อยู่เหนือเส้น +2 SD) 2) น้ำหนักค่อนข้างมาก (อยู่เหนือเส้น +1.5 SD ถึง +2 SD) 3) น้ำหนักตามเกณฑ์

(อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD) 4) น้ำหนักค่อนข้างน้อย (อยู่ต่ำกว่าเส้น -1.5 SD ถึง -2 SD) และน้ำหนักน้อย (อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD) ส่วนสูงเทียบกับอายุแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) สูง (อยู่เหนือเส้น +2 SD) 2) ค่อนข้างสูง (อยู่เหนือเส้น +1.5 SD ถึง +2 SD) 3) สูงตามเกณฑ์ (อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD) 4) ค่อนข้างเตี้ย (อยู่ต่ำกว่าเส้น -1.5 SD ถึง -2 SD) และเตี้ย (อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD) ส่วนน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงแบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 1) อ้วน (อยู่เหนือเส้น +3 SD) 2) ท้วม (อยู่เหนือเส้น +2 SD ถึง +3 SD) 3) ค่อนข้างท้วม (อยู่เหนือเส้น +1.5 SD ถึง +2 SD) 4) สมส่วน (อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD) 5) ค่อนข้างผอม (อยู่ต่ำกว่าเส้น -1.5 SD ถึง -2 SD) และ 6) ผอม (อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD) โดยข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยภายหลังการหยุดรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ระหว่างช่วงเวลาที่ศึกษา ยังคงถูกนำมาวิเคราะห์ด้วย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD) แปลงข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงและนำเสนอเป็น z-score ด้วยโปรแกรม WHO Anthropometry plus ขององค์การอนามัยโลก¹⁹ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่มีเพศและอายุแตกต่างกัน^{20,21} โดย z-score คือระยะห่างระหว่างค่าคะแนนดิบจากค่าเฉลี่ย มีค่าเท่ากับ $(X-m)/SD$ โดย X คือ ความสูงหรือน้ำหนัก, m และ SD คือค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสูงหรือน้ำหนักในกลุ่มประชากรอ้างอิง ตามลำดับ จากนั้นวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของค่า z-score ของน้ำหนักและส่วนสูงระหว่างช่วงเวลาต่าง ๆ เทียบกับก่อนการรักษาด้วยสถิติ paired t-test โดยวิเคราะห์ z-score ของน้ำหนักเฉพาะในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 10 ปี เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์ชี้วัดน้ำหนักเทียบกับอายุของเด็กที่อายุ 10 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตที่รวดเร็ว (pubertal growth spurt)²² กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์

ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ Si 452/2021
วันที่ 16 มิถุนายน 2564

ผล

จากตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 279 คน มี 185 คนถูกคัดออก โดยมี 47 คนมาติดตามการรักษา น้อยกว่า 6 เดือน มี 31 คนเปลี่ยนไปใช้ methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์ยาว มี 89 คนได้รับการวินิจฉัยมาจาก โรงพยาบาลอื่นและย้ายมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช มี 3 คนได้รับการเปลี่ยนการวินิจฉัยในภายหลัง และอีก 3 คน ไม่มีข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูง ดังนั้นมีตัวอย่างที่นำมา วิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 94 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 79 คน (ร้อยละ 84) อายุเฉลี่ยขณะได้รับการวินิจฉัย 8 ปี 5 เดือน $\pm$ 2.1 ปี โรคร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ การเรียนรู้บกพร่อง (learning disorder) จำนวน 46 คน (ร้อยละ 48) รองลงมา ได้แก่ ปัญหาทางด้านระดับสติปัญญา (intellectual disorder) 19 คน (ร้อยละ 20) และโรคต่อต้าน (oppositional defiant disorder) 13 คน (ร้อยละ 13.8) ตัวอย่างทุกคนได้รับยา methylphenidate โดยขนาด ยาเฉลี่ยที่ระยะเวลา 6 เดือนเท่ากับ 22.60 ± 7.92 มก./วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ก่อนได้รับยา methylphenidate กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีส่วนสูงและน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อเทียบกับ กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโต (growth curve) โดยมีน้ำหนัก อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 64.9 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 4.3 น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 30.9 (น้ำหนัก ค่อนข้างมากร้อยละ 11.7 และน้ำหนักมากร้อยละ 19.2) ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 80.9 ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 7.5 (ตารางที่ 2) หลังได้รับยา methylphenidate 6 เดือนพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 47.3 มีน้ำหนักลดลงเฉลี่ย 1.64 ± 1.49 กก.

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักเทียบกับอายุ

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติตั้งแต่ก่อน ได้รับยาจำนวน 4 คน มี 3 คนที่ได้รับการติดตามน้ำหนัก ภายหลังการรับประทานยาเป็นเวลา 1 ปี โดยน้ำหนักของ ทั้ง 3 คนยังคงอยู่ในเกณฑ์น้อย/ค่อนข้างน้อย และมี 1 คน ที่ได้รับการติดตามน้ำหนักหลังจากรับประทานยาเป็น ระยะเวลา 3 ปี โดยยังมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์น้อย ในกลุ่มที่มี น้ำหนักปกติตั้งแต่ก่อนได้รับยาจำนวน 61 คน มี 49 คน (ร้อยละ 80.3) ที่ยังคงมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังจาก รับประทานยาเป็นเวลา 1 ปี มี 4 คน (ร้อยละ 6.6) ที่มีน้ำหนัก

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 94)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	79	84.0
หญิง	15	15.9
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (mean $\pm$ SD)	8 ปี 5 เดือน $\pm$ 24.7 เดือน	
โรคร่วมทางจิตเวช		
learning disorder	46	48.0
intellectual disorder (IQ < 90)	19	20.0
ODD	13	13.8
ไม่มี	20	21.2
ปริมาณยาที่ได้รับ ณ 6 เดือน (mean $\pm$ SD)	22.60 $\pm$ 7.92 มก./วัน	

SD = standard deviation, ODD = oppositional defiant disorder, IQ = intelligence quotient

ตารางที่ 2 น้ำหนักกับเทียบอายุและส่วนสูงเทียบกับอายุที่ระยะเวลาติดตามต่าง ๆ

ระยะเวลาที่ติดตาม	จำนวน ตัวอย่าง ที่ได้รับการ ติดตาม	น้ำหนักเทียบกับอายุ (ร้อยละ)					ส่วนสูงเทียบกับอายุ (ร้อยละ)				
		น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ตามเกณฑ์	ค่อนข้าง มาก	มาก	เตี้ย	ค่อนข้าง เตี้ย	ตามเกณฑ์	ค่อนข้าง สูง	สูง
ก่อนได้รับยา	94	3 (3.2)	1 (1.1)	61 (64.9)	11 (11.7)	18 (19.2)	3 (3.2)	4 (4.3)	76 (80.9)	6 (6.4)	5 (5.3)
6 เดือน	91	2 (2.2)	4 (4.4)	64 (70.3)	6 (6.6)	15 (16.4)	3 (3.3)	4 (4.4)	74 (81.3)	5 (5.5)	5 (5.5)
1 ปี	85	3 (3.5)	4 (4.7)	56 (65.8)	8 (9.4)	14 (16.4)	3 (3.5)	4 (4.7)	69 (81.2)	5 (5.9)	4 (4.7)
2 ปี	72	1 (1.4)	4 (5.6)	44 (61.1)	9 (12.5)	14 (19.4)	2 (2.8)	1 (1.4)	61 (84.7)	3 (4.2)	5 (6.9)
3 ปี	56	1 (1.8)	3 (5.4)	39 (69.6)	2 (3.6)	11 (19.6)	2 (3.6)	1 (1.8)	48 (85.7)	2 (3.6)	3 (5.4)
4 ปี	44	0 (0)	2 (4.5)	30 (68.1)	5 (11.4)	7 (15.9)	0 (0)	2 (4.5)	39 (88.6)	0 (0)	3 (6.8)
6 ปี	32	0 (0)	0 (0)	24 (75.0)	3 (9.4)	5 (15.6)	1 (3.1)	0 (0)	30 (93.6)	0 (0)	1 (3.1)
8 ปี	22	0 (0)	0 (0)	14 (63.6)	2 (9.1)	6 (27.3)	0 (0)	1 (4.5)	20 (90.9)	1 (4.6)	0 (0)
10 ปี	12	0 (0)	0 (0)	8 (66.7)	1 (8.3)	3 (25.0)	0 (0)	1 (8.3)	10 (83.3)	1 (8.3)	0 (0)

ลดลงมาอยู่ในเกณฑ์น้อย/ค่อนข้างน้อย และเมื่อติดตามในปีที่ 3 ในตัวอย่างที่ได้รับการติดตามน้ำหนักจำนวน 56 คนพบว่า มี 30 คน (ร้อยละ 53.6) ที่ยังคงมีน้ำหนักยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในผู้ที่น้ำหนักค่อนข้างมากก่อนได้รับยา 11 คน มี 7 คน (ร้อยละ 63.6) ที่มีน้ำหนักกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังรับประทานยาเป็นเวลา 1 ปีและ 3 ปี ส่วนในผู้ที่น้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนได้รับยา 18 คนพบว่า มี 9 คน (ร้อยละ 50) มีน้ำหนักกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังได้รับยา 3 ปี

การเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงเทียบกับอายุ

ในกลุ่มที่มีส่วนสูงปกติหรือมากกว่าเกณฑ์ก่อนได้รับยาจำนวน 87 คน มี 56 คนที่ได้รับการติดตามส่วนสูงที่ระยะ 3 ปีหลังใช้ยา methylphenidate ในจำนวนนี้มี 50 คน (ร้อยละ 89.3) ที่ยังคงมีส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ มี 1 คนที่มีส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างเตี้ย มี 2 คนที่เปลี่ยนจากค่อนข้างสูงมาอยู่ในเกณฑ์สูงปกติ และมี 1 คนที่มีการเปลี่ยนแปลงส่วนสูงจากสูงมาก่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบที่ระยะ 10 ปีหลังได้รับยา methylphenidate ในผู้ที่ได้รับการติดตามส่วนสูง 11 คน พบว่า มี 10 คน (ร้อยละ 90.9) ที่ยังคงมีส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมี 1 คนที่มีส่วนสูงเปลี่ยนแปลงจากเกณฑ์เตี้ยมาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างเตี้ย ในระหว่างระยะเวลาที่ศึกษา

พบว่า มี 4 คนที่สามารถหยุดรับประทานยา methylphenidate ได้เนื่องจากมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและอาการดีขึ้น โดยในกลุ่มนี้มีส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งหมด ทั้งก่อนได้รับยาระหว่างการรักษา และหลังหยุดยา

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง

ก่อนได้รับยากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 63.8 (ตารางที่ 3) ในกลุ่มนี้มี 35 คนที่ได้รับการติดตามที่ระยะ 3 ปีหลังใช้ยา methylphenidate ในจำนวนนี้มี 27 คน (ร้อยละ 77.1) ยังคงมีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงอยู่เกณฑ์สมส่วน มี 3 คน (ร้อยละ 8.5) เปลี่ยนมาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างผอม และมี 5 คน (ร้อยละ 14.2) เปลี่ยนมาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างท้วมและท้วม เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงที่ระยะ 10 ปีหลังใช้ยา methylphenidate ในตัวอย่างที่ได้รับการติดตาม 5 คนพบว่า มี 3 คน (ร้อยละ 60) ยังอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ส่วนอีก 2 คน (ร้อยละ 40) เปลี่ยนมาอยู่ในเกณฑ์ท้วม

กลุ่มที่น้ำหนักเทียบกับส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างท้วม/ท้วม/อ้วนตั้งแต่ก่อนได้รับยามีจำนวน 28 คน (ร้อยละ 29.7) แบ่งเป็นค่อนข้างท้วม 9 คน ท้วม 13 คน และอ้วน

ตารางที่ 3 น้ำหนักเทียบส่วนสูงที่ระยะเวลาติดตามต่าง ๆ

ระยะเวลาที่ติดตาม	จำนวนตัวอย่าง ที่ได้รับการติดตาม	น้ำหนักเทียบส่วนสูง (ร้อยละ)					
		ผอม	ค่อนข้างผอม	สมส่วน	ค่อนข้าง ท้วม	ท้วม	อ้วน
ก่อนได้รับยา	94	3 (3.2)	3 (3.2)	60 (63.8)	9 (9.6)	13 (13.8)	6 (6.4)
6 เดือน	91	3 (3.3)	6 (6.6)	64 (70.3)	2 (2.2)	12 (13.2)	4 (4.4)
1 ปี	85	2 (2.4)	7 (8.2)	56 (65.9)	5 (5.9)	11 (12.9)	4 (4.7)
2 ปี	72	2 (2.8)	4 (5.6)	44 (61.1)	11 (15.3)	8 (11.1)	3 (4.2)
3 ปี	56	0 (0)	3 (5.4)	34 (60.7)	9 (16.1)	5 (8.9)	5 (8.9)
4 ปี	44	0 (0)	2 (4.5)	29 (65.9)	5 (11.4)	5 (11.4)	3 (6.8)
6 ปี	32	0 (0)	0 (0)	23 (71.9)	2 (6.3)	4 (12.5)	3 (9.4)
8 ปี	22	0 (0)	0 (0)	13 (59.1)	3 (13.6)	5 (22.7)	1 (4.5)
10 ปี	12	0 (0)	0 (0)	6 (50.0)	0 (0)	4 (33.3)	2 (16.7)

6 คน เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงที่ระยะ 3 ปีหลังใช้ยา methylphenidate ในผู้ที่ได้รับการติดตาม 21 คนพบว่า มี 8 คน (ร้อยละ 38.0) อยู่ในเกณฑ์เดิม มี 2 คน (ร้อยละ 9.5) ที่มีน้ำหนักเทียบส่วนสูงเปลี่ยนไปอยู่ในเกณฑ์ที่เพิ่มขึ้น มี 11 คน (ร้อยละ 52.4) ที่มีน้ำหนักเทียบส่วนสูงเปลี่ยนไปอยู่ในเกณฑ์ที่ลดลงจากเดิม ในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้ที่เปลี่ยนมาอยู่ในเกณฑ์สมส่วน 7 คน (ร้อยละ 33.3) เปลี่ยนจากอ้วนเป็นค่อนข้างท้วม 1 คน (ร้อยละ 4.7) และเปลี่ยนจากท้วมเป็นค่อนข้างท้วม 3 คน (ร้อยละ 14.2) เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงที่ระยะ 10 ปีหลังใช้ยา methylphenidate ในผู้ที่ได้รับการติดตาม 6 คน มี 2 คน (ร้อยละ 33.3) มีน้ำหนักกลับไปอยู่ในเกณฑ์สมส่วน มี 2 คน (ร้อยละ 33.3) อยู่ในเกณฑ์เดิม มี 1 คนที่เปลี่ยนจากค่อนข้างท้วมเป็นอ้วน และอีก 1 คนเปลี่ยนจากอ้วนเป็นท้วม

การเปลี่ยนแปลงของค่า z-score

น้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 3 ปีแรกหลังได้รับยา methylphenidate เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับยาพบว่า พบว่า ค่า z-score ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (ตารางที่ 4) ในขณะที่ส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างที่ระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี 2 ปี 3 ปี 4 ปี 6 ปี 8 ปี และ 10 ปี หลังได้รับยาเปรียบเทียบกับก่อนได้รับยาพบว่า ค่า z-score ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะเวลา 6 เดือน และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยที่ระยะเวลา 1 ปี หลังจากนั้นพบว่าการเปลี่ยนแปลงของค่า z-score ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีทั้งปีที่มีความแตกต่างจากก่อนได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและปีที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 5 : 1 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาอื่น ๆ ที่อยู่ 2 - 4 : 1²³ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการก่อนการรักษาด้วยยา methylphenidate คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้²⁴ โดยมีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนประมาณร้อยละ 30 ซึ่งสูงกว่าเด็กไทยอายุ 6 - 14 ปีทั่วไปที่มีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 11.7²⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้น

ตารางที่ 4 ค่า z-score ของน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับยา methylphenidate ในช่วง 3 ปีแรก เปรียบเทียบกับช่วงก่อนได้รับยา (ในกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 10 ปี)

ระยะเวลาที่ติดตาม	mean z-score $\pm$ SD		mean difference $\pm$ SD	95% CI	p-value
	ก่อนได้รับยา	หลังได้รับยา			
6 เดือน (n = 63)	0.670 $\pm$ 1.555	0.288 $\pm$ 1.580	0.3823 $\pm$ 0.3926	0.2838 - 0.4815	< .01
1 ปี (n = 58)	0.771 $\pm$ 1.543	0.352 $\pm$ 1.619	0.4184 $\pm$ 0.4691	0.2950 - 0.5418	< .01
2 ปี (n = 38)	0.882 $\pm$ 1.488	0.456 $\pm$ 1.613	0.4257 $\pm$ 0.5694	0.2386 - 0.6129	< .01
3 ปี (n = 19)	1.251 $\pm$ 1.472	0.738 $\pm$ 1.627	0.5131 $\pm$ 0.8508	0.1030 - 0.9232	.017

SD = standard deviation, 95% CI = confidence interval

ตารางที่ 5 ค่า z-score ของส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับยา methylphenidate เปรียบเทียบกับช่วงก่อนได้รับยา

ระยะเวลาที่ติดตาม	ปริมาณยาเฉลี่ย (มก./วัน)	mean z-score $\pm$ SD		mean difference $\pm$ SD	95% CI	p-value
		ก่อนได้รับยา	หลังได้รับยา			
6 เดือน (n = 90)	22.60 $\pm$ 7.92	-0.023 $\pm$ 1.070	-0.103 $\pm$ 1.089	0.796 $\pm$ 0.184	0.410 - 0.118	< .01
1 ปี (n = 84)	24.32 $\pm$ 9.25	-0.175 $\pm$ 1.090	-0.153 $\pm$ 1.113	0.1354 $\pm$ 0.278	0.075 - 0.195	< .01
2 ปี (n = 72)	27.46 $\pm$ 9.61	0.067 $\pm$ 1.032	-0.389 $\pm$ 1.118	0.106 $\pm$ 0.541	-0.021 - 0.023	.103
3 ปี (n = 55)	30.96 $\pm$ 12.35	0.119 $\pm$ 1.033	-0.065 $\pm$ 1.082	0.185 $\pm$ 0.450	0.0619 - 0.308	< .01
4 ปี (n = 44)	35.45 $\pm$ 12.53	0.162 $\pm$ 0.924	-0.046 $\pm$ 0.953	0.2079 $\pm$ 0.5519	0.038 - 0.378	.018
6 ปี (n = 32)	38.09 $\pm$ 13.67	0.283 $\pm$ 0.898	0.078 $\pm$ 0.940	0.2051 $\pm$ 0.6699	-0.405 - 0.450	.099
8 ปี (n = 22)	37.60 $\pm$ 16.15	0.252 $\pm$ 0.876	-0.249 $\pm$ 0.750	0.500 $\pm$ 0.7074	0.179 - 0.823	< .01
10 ปี (n = 12)	43.18 $\pm$ 11.01	0.326 $\pm$ 0.766	-0.639 $\pm$ 0.746	0.9650 $\pm$ 0.6587	0.546 - 1.383	< .01

SD = standard deviation, 95% CI = confidence interval

มีน้ำหนักมากกว่าเด็กทั่วไป^{26,27} โดยมีความเสี่ยงสูงสุดในช่วงอายุ 10 - 12 ปี²⁸

การศึกษานี้พบว่าการรับประทานยา methylphenidate อาจเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตในช่วงแรกของเด็กและวัยรุ่นไทยที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 3 ปีแรก อย่างไรก็ตามไม่สามารถวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหลังจากนั้นได้เนื่องจากองค์การอนามัยโลกไม่มีเกณฑ์น้ำหนักเทียบกับอายุหลังอายุ 10 ปี

เนื่องจากเป็นช่วงที่เด็กมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วจนอาจมองว่าน้ำหนักเกินได้ทั้งที่เด็กตัวสูงขึ้นและมีน้ำหนักมวลกายที่เพิ่มขึ้นตามช่วงวัย การที่น้ำหนักลดลงอาจอธิบายได้จากผลข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร²⁹⁻³³ ซึ่งประเทศในทวีปเอเชียพบภาวะเบื่ออาหารได้ร้อยละ 26.1 - 53.1 ซึ่งสูงกว่าประเทศในแถบตะวันตก³⁴⁻³⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่า methylphenidate มีผลกระทบต่อน้ำหนักในช่วง 1 ปีแรก^{12,37,38} และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่าง

เป็นระบบที่พบผลกระทบของการใช้ยาในกลุ่ม psychostimulant ต่อการเจริญเติบโต โดยเด็กมีน้ำหนักลดลงในช่วง 3 - 4 เดือนแรกหลังรับประทานยา จากนั้นจึงค่อย ๆ มีน้ำหนักกลับสู่ค่าปกติ³⁹ แม้มีการศึกษาที่พบว่าน้ำหนักไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการรับประทานยาก็ตาม⁴⁰ การศึกษานี้ยังพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่น้ำหนักค่อนข้างมากและเกินเกณฑ์ในช่วง 3 ปีแรกมีน้ำหนักกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ยา methylphenidate ลดความอยากอาหารและปริมาณการรับประทานอาหาร

การศึกษานี้พบว่าส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในช่วง 6 เดือนแรก สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่รายงานว่าผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นมีการเจริญเติบโตด้านความสูงลดลงหลังได้รับยา methylphenidate โดยมีผลต่ออัตราการเจริญเติบโตในช่วงปีแรก³⁹⁻⁴³ เมื่อติดตามหลังการรับประทานยา 2 ปีขึ้นไปพบว่า การเปลี่ยนแปลงของค่า z-score ส่วนสูงที่ช่วงเวลาต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แม้หลังปีที่ 3 มีบางปีที่ค่า z-score ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาจมีผลทางคลินิกค่อนข้างน้อย เนื่องจากที่ระยะเวลา 10 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.9 ยังคงมีส่วนสูงเทียบอายุอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตามการแปลผลส่วนสูงในการศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่มีการเปรียบเทียบกับส่วนสูงของผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา methylphenidate และไม่มีการพิจารณาปัจจัยก่อนและหลังคลอดที่อาจมีผลต่อส่วนสูงหรือการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูง เช่น การได้รับสารที่เป็นพิษระหว่างตั้งครรภ์ โรคทางพันธุกรรม และภาวะการเป็นหนุ่มสาว (puberty)

การศึกษานี้ติดตามย้อนหลังผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 10 ปี โดยมีการจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักแตกต่างกันเมื่อเริ่มเข้าสู่การรักษา และเปรียบเทียบภาวะโภชนาการโดยใช้ดัชนีชี้วัดการเจริญเติบโต 3 ด้านที่อิงเกณฑ์การเจริญเติบโตมาตรฐานที่ใช้กันในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ อัตราการออกกลางคัน (dropout rate) ที่สูงในช่วงใกล้สิ้นสุดระยะเวลา

ที่ศึกษา โดยพบว่ามีผู้ที่ขาดการรักษาต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเข้าสู่ช่วงระยะเวลาติดตามที่มากกว่า 4 ปี ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคติของผลการศึกษาได้ เช่น ผู้ที่ขาดการติดตามอาจเป็นผู้ที่มีผลข้างเคียงจากยา อาจเป็นสาเหตุให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและส่วนสูงในช่วงปีหลัง ๆ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีสัดส่วนเพศชายค่อนข้างสูงและเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาจากแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไม่รวมผู้ที่อายุน้อยกว่า 6 ปี หรือมีโรคร่วมทางด้านพัฒนาการ เช่น autism spectrum disorder และโรคทางกายอื่น ๆ และเป็นผู้ที่ได้รับยาชนิดออกฤทธิ์ชนิดออกฤทธิ์สั้นเท่านั้น ดังนั้นผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางกาย ผู้ป่วยเพศหญิง หรือผู้ที่ได้รับยา methylphenidate กลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ชนิดออกฤทธิ์สั้น และเนื่องจากเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังซึ่งมีข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับประทานยากับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้ และไม่สามารถรวบรวมข้อมูลสำคัญอื่น ๆ เช่น ความรุนแรงของโรค ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม จึงไม่สามารถสรุปว่าการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างเป็นผลจากยา methylphenidate โดยตรงหรือเป็นผลจากปัจจัยด้านอื่น ๆ อีกทั้งการศึกษานี้แปลงค่าน้ำหนักส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างเป็นค่า z-score ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีโปรแกรมแปลงข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงเป็น z-score ที่อิงฐานข้อมูลการเจริญเติบโตของเด็กไทยโดยเฉพาะ

สรุป

ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นอายุ 6 - 18 ปี ที่ได้รับประทานยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นมีการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักลดลงเมื่อเทียบกับก่อนรับประทานยาในช่วงแรกของการรับประทานยา ในขณะที่ส่วนสูงของผู้ป่วยได้รับผลกระทบเล็กน้อยในช่วงครึ่งปีแรกและไม่พบความแตกต่างเมื่อเวลาผ่านไป อย่างไรก็ตามควรติดตามน้ำหนักและส่วนสูงในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่รับประทานยา methylphenidate เป็นระยะ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณราทิพย์ สงวนพานิชย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษาด้านการวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15020. doi:10.1038/nrdp.2015.20.
2. Wacharasindhu A, Panyayong B. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: I prevalence. *J Med Assoc Thai*. 2002;85(sup 1):S125-36.
3. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชจิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรติลก, พัชรินทร์ อรุณเมือง, ชันวรุจน์ บุณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย [The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2556;21(2):66-75.
4. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(2):279-89.
5. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(1):93-102. doi:10.2165/00019053-200523010-00008.
6. Fisher M, Barkley R. Young Adult Outcomes of Children with Hyperactivity: Leisure, financial, and social activities. *Int J Disabil, Dev Educa*. 2006;53(2):229-45. doi:10.1080/10349120600716182.
7. Advokat C, Scheithauer M. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) stimulant medications as cognitive enhancers. *Front Neurosci*. 2013;7:82. doi:10.3389/fnins.2013.00082.
8. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Leibson CL, Jacobsen SJ. Long-term stimulant medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a population-based study. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27(1):1-10. doi:10.1097/00004703-200602000-00001.
9. ชาญวิทย์ พรนภดล. โรคสมาธิสั้น [Attention deficit hyperactivity disorder]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
10. Swanson J, Greenhill L, Wigal T, Kollins S, Stehli A, Davies M, et al. Stimulant-related reductions of growth rates in the PATS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(11):1304-13. doi:10.1097/01.chi.0000235075.25038.5a.
11. Carucci S, Balia C, Gagliano A, Lampis A, Buitelaar JK, Danckaerts M, et al. Long term Methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD. A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;120:509-25. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.09.031.
12. Moungrnoi P, Maipang P. Long-term effects of short-acting Methylphenidate on growth rates of children with attention deficit hyperactivity disorder at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(Suppl 3):S158-63.
13. วันรวิ พิมพ์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา Methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น [Associations between caretakers' attitude, caretakers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and child patients' compliance to take Methylphenidate (MPH)]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2559;61(1):15-26.
14. Berger I, Dor T, Nevo Y, Goldzweig G. Attitudes toward attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) treatment: parents' and children's perspectives. *J Child Neurol*. 2008;23(9):1036-42. doi:10.1177/0883073808317726.

15. Khan MU, Aslani P. Exploring factors influencing medication adherence from initiation to discontinuation in parents and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020;59(3):285-96. doi:10.1177/0009922819900973.
16. Jatchavala C, Pitanupong J. Self-perceived incompetence in psychiatric practice of practitioners from southern Thailand: one year following graduation. *Walailak J Sci & Tech*. 2021;18(12):10408. doi:10.48048/wjst.2021.10408.
17. ชนกานต์ ชัชวาลา, จตุพร แสงกุล. การสำรวจความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของแพทย์ผู้สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 [A survey concerning the psychiatric practices of medical doctors, who graduated from Prince of Songkla University in 2017]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2562;27(1):52-64.
18. กรมอนามัย. การใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี พ.ศ. 2564 [The use of growth reference criteria for children aged 6-19 years 2021]. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
19. World Health Organization. WHO AnthroPlus software. Geneva: World Health Organization; 2007.
20. de Onis M, Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition. Geneva: World Health Organization; 1997.
21. Seetharaman N, Chacko T, Shankar S, Mathew A. Measuring malnutrition-The role of Z scores and the composite index of anthropometric failure (CIAF). *Indian J Community Med*. 2007;32(1):35. doi:10.4103/0970-0218.53392.
22. World Health Organization. Weight-for-age (5-10 years) [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2022 Nov 28]. Available from <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/weight-for-age-5to10-years>
23. Davies W. Sex differences in attention Deficit Hyperactivity Disorder: candidate genetic and endocrine mechanisms. *Front Neuroendocrinol*. 2014;35(3):331-46. doi:10.1016/j.yfrne.2014.03.003.
24. วิภาวี รอดทรัพย์, สุวดี โลวีรกรรม. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ [Food consumption behavior and nutritional status of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra psychiatric hospital]. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 2558;32(3):204-17.
25. กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 [5-year national nutrition action plan 2019-2023]. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562
26. Cortese S, Angriman M, Maffei C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2008;48(6):524-37. doi:10.1080/10408390701540124.
27. Yang R, Mao S, Zhang S, Li R, Zhao Z. Prevalence of obesity and overweight among Chinese children with attention deficit hyperactivity disorder: a survey in Zhejiang Province, China. *BMC Psychiatry*. 2013;13:133. doi:10.1186/1471-244X-13-133.
28. Fliers EA, Buitelaar JK, Maras A, Bul K, Höhle E, Faraone SV, et al. ADHD is a risk factor for overweight and obesity in children. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34(8):566-74. doi:10.1097/DBP.0b013e3182a50a67.
29. Bou Khalil R, Fares N, Saliba Y, Tamraz J, Richa S. L'effet de la méthylphénidate sur l'appétit et le poids [The effect of Methylphenidate on appetite and weight]. *Encephale*. 2017;43(6):577-81. doi:10.1016/j.encep.2017.01.007.

30. Storebø OJ, Krogh HB, Ramstad E, Moreira-Maia CR, Holmskov M, Skoog M, et al. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *BMJ*. 2015;351:h5203. doi:10.1136/bmj.h5203.
31. Karabekiroglu K, Yazgan YM, Dedeoglu C. Can we predict short-term side effects of Methylphenidate immediate-release? *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2008;12(1):48-54. doi:10.1080/13651500701435954.
32. Rapport MD, Moffitt C. Attention deficit/hyperactivity disorder and Methylphenidate. A review of height/weight, cardiovascular, and somatic complaint side effects. *Clin Psychol Rev*. 2002;22(8):1107-31. doi:10.1016/s0272-7358(02)00129-0.
33. Storebø OJ, Pedersen N, Ramstad E, Kielsholm ML, Nielsen SS, Krogh HB, et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD012069. doi:10.1002/14651858.CD012069.pub2.
34. Gau SS, Shen HY, Soong WT, Gau CS. An open-label, randomized, active-controlled equivalent trial of osmotic release oral system Methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006;16(4):441-55. doi:10.1089/cap.2006.16.441.
35. Lee SI, Hong SD, Kim SY, Kim EJ, Kim JH, Kim JH, Park MK, et al. Efficacy and tolerability of OROS Methylphenidate in Korean children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;31(1):210-6. doi:10.1016/j.pnpbp.2006.09.002.
36. Kim HW, Yoon IY, Cho SC, Kim BN, Chung S, Lee H, et al. The effect of OROS Methylphenidate on the sleep of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010;25:107-15. doi:10.1097/YIC.0b013e3283364411.
37. Koonrungsomboon K, Koonrungsomboon N. The effects of Methylphenidate treatment on child growth in Thai children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2020;30(3):189-97. doi:10.1089/cap.2019.0115.
38. Kim HW, Kim SO, Shon S, Lee JS, Lee HJ, Choi JH. Effect of Methylphenidate on height and weight in Korean children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective chart review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2014;24(8):448-53. doi:10.1089/cap.2014.0025.
39. Poulton A. Growth on stimulant medication; clarifying the confusion: a review. *Arch Dis Child*. 2005;90(8):801-6. doi:10.1136/adc.2004.056952.
40. Zhang H, Du M, Zhuang S. Impact of long-term treatment of Methylphenidate on height and weight of school age children with ADHD. *Neuropediatrics*. 2010;41(2):55-9. doi:10.1055/s-0030-1261893.
41. Faraone SV, Biederman J, Morley CP, Spencer TJ. Effect of stimulants on height and weight: a review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:994-1009. doi:10.1097/CHI.ObO13e31817eOea7.
42. Poulton AS, Melzer E, Tait PR, Garnett SP, Cowell CT, Baur LA, et al. Growth and pubertal development of adolescent boys on stimulant medication for attention deficit hyperactivity disorder. *Med J Aust*. 2013;198(1):29-32. doi:10.5694/mja12.10931.
43. Lee Y, Kong N, Koo S, Bai DS, Kim HJ, Jeong H, et al. A 24-month effects of methylphenidate use on growth in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Investig*. 2022;19(3):213-9. doi:10.30773/pi.2021.0309.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจของนักศึกษา จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย

วันรับ : 21 กันยายน 2565

วันแก้ไข : 17 ธันวาคม 2565

วันตอบรับ : 18 ธันวาคม 2565

วัฒน์ะ พรหมเพชร, วท.ม.¹, ณัฐสุตา เต้พันธ์, พร.ด.²,

กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ, พร.ด.²

นิสิตปริญญาเอก สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹

สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจของนักศึกษาจังหวัดชายแดนใต้

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวางในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ที่เคยผ่านเหตุการณ์สะเทือนใจ เครื่องมือเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าโศกจากการสูญเสีย แบบวัดความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ แบบวัดสติ แบบวัดปัญญา และแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติพรรณนา คัดเลือกตัวแปรทำนายด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณ และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณร่วมกับตัวแปรหุ่น

ผล : กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักร้อยละ 62.2 พบภาวะความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 64.62$, $SD = 21.67$) ปัจจัยที่ทำนายความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ ได้แก่ จำนวนครั้งที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสีย ภาวะสติ ภาวะทางปัญญา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจได้ร้อยละ 30

สรุป : แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจของนักศึกษาควรประกอบด้วยการส่งเสริมการมีสติ ปัญญา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ : การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก, ความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ, นักศึกษา

ติดต่อผู้พิมพ์ : ณัฐสุตา เต้พันธ์; e-mail: nattasuda.t@chula.ac.th

Original articles

Factors predicting posttraumatic growth in university students in southernmost Thailand

Received : 21 September 2022

Revised : 17 December 2022

Accepted : 18 December 2022

Wattana Prohmpetch, M.S.¹, Nattasuda Taephant, Ph.D.²,Kullaya Pisitsungkagarn, Ph.D.²Ph.D. student, Psychology Program, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University¹Psychology Program, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University²

Abstract

Objective: To explore factors predicting posttraumatic growth (PTG) of university students in southernmost Thailand.

Methods: This cross-sectional study was conducted among undergraduates of Prince of Songkla university, Pattani campus, enrolling in semester 1 in the academic year 2021 who had experience with traumatic events. Research instruments were online questionnaires assessing personal information, posttraumatic growth, complicated grief, mindfulness, wisdom, and perceived social support. Descriptive statistics were used to describe demographical information and key variables. ANOVA, multiple correlation analysis, and multiple regression analysis with dummy variables were performed to identify predictors of PTG.

Results: Of 217 participants, 62.2% experienced the loss of the loved ones. PTG among total participants was in a moderate degree ($\bar{X} = 64.62$, S.D. = 21.67). The number of the loss duration of the loss, mindfulness, wisdom, and perceived social support significantly predicted PTG and accounted for 30 percent of the variance of PTG.

Conclusion: PTG among university students who have experience with traumatic events can be developed by enhancing mindfulness, wisdom, and social support.

Keywords: loss of the loved one, posttraumatic growth, university student

Corresponding author: Nattasuda Taephant; e-mail: nattasuda.t@chula.ac.th

ความรู้เดิม : ยังไม่พบการศึกษาความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTG) หลังจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของนักศึกษาไทย

ความรู้ใหม่ : นักศึกษาที่เคยเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักร้อยละ 62.2 มี PTG อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทำนาย PTG ได้แก่ จำนวนครั้งที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสียครั้งสำคัญ ภาวะสติ ภาวะปัญญา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การส่งเสริม PTG ในกลุ่มนักศึกษาที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในช่วง 3 ปีแรก ด้วยการเสริมสร้างภาวะการมีสติ ปัญญา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

บทนำ

ความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (posttraumatic growth: PTG) เป็นประสบการณ์เปลี่ยนแปลงทางด้านบวกที่เป็นผลมาจากการปรับตัวภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ¹ ผลจากการปรับเปลี่ยนทางด้านบวกมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การชื่นชมยินดีในชีวิต (appreciation of life) การค้นพบความเข้มแข็งในตนเอง (personal strength) การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (relating to others) การค้นพบโอกาสใหม่ ๆ (new possibilities) และการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ (spiritual change)¹⁻⁶ PTG อาจไม่ได้เกิดกับทุกคนภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ Tedeschi และ Calhoun¹ ได้อธิบายกระบวนการเกิด PTG โดยเริ่มจากลักษณะของบุคคลก่อนเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจที่เอื้อต่อการเกิด PTG เช่น การเปิดกว้างประสบการณ์ การเปิดเผย การคิดบวก และการมีอารมณ์ทางบวก เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจมักถูกกระตุ้นให้เกิดการจัดการอารมณ์ ความเชื่อ และเป้าหมาย โดยเรื่องราวประสบการณ์เดิมถูกรบกวนด้วยการครุ่นคิดที่ผุดขึ้นมาเอง (intrusive rumination) หากบุคคลได้เปิดเผยเรื่องราวและได้รับการสนับสนุน (support and disclosure) ร่วมกับใช้กระบวนการ

ทางความคิดและปัญญาที่ก่อให้เกิดความงอกงามเติบโต (cognitive process of growth) เช่น การไตร่ตรองอย่างตั้งใจ (deliberate rumination) ถึงความหมายของเหตุการณ์ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดทางบวก (positive reframing) และการเผชิญปัญหาทางบวก (positive coping) จะเกิดการแลกเปลี่ยนมุมมอง ความเชื่อ และรูปแบบการเผชิญปัญหา มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น สามารถจัดการกับอารมณ์ที่มารบกวน ความเชื่อและเป้าหมาย และมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องราวประสบการณ์จนพัฒนาเป็น PTG⁷⁻⁹

ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจบุคคลอาจเกิดทั้ง PTG ร่วมกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย Hogan และคณะ¹⁰ ศึกษาองค์ประกอบของปฏิกิริยาความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief reaction) พบว่าเกิดทั้งมิติทางลบร่วมกับมิติทางบวก โดยมีมิติทางลบ 5 ด้านได้แก่ สิ้นหวัง (despair) ตื่นตกใจ (panic behavior) โกรธและตำหนิ (blame and anger) แยกตัวเอง (detachment) และสับสน (disorganization) ส่วนมิติทางบวก 1 ด้าน คือ การพัฒนาด้าน (personal growth) กล่าวคือ เป็นปรากฏการณ์ร่วมระหว่างกระบวนการทางบวกและทางลบ (co-occurrence of positive and negative processes) หลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก¹¹ Bellet และคณะ¹² ศึกษาขยายผลปรากฏการณ์ร่วมระหว่างความเศร้าโศกที่ผิดปกติกับ PTG ด้วยการวิเคราะห์เครือข่าย (network analysis) พบว่า PTG และความเศร้าโศกจากการสูญเสียมีความสัมพันธ์กันทั้งในทางบวกและทางลบ โดยมีระดับความรุนแรงของการหยุดชะงัก (degree of disruption) และการเปลี่ยนแปลงของมุมมองที่มีต่อโลกของผู้สูญเสีย (change in mourners' worldviews) เป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงระหว่างทั้งสองภาวะ

นอกจาก PTG สะท้อนถึงประสบการณ์การเติบโตจากการเผชิญวิกฤตในชีวิตแล้ว ยังพบว่าการเกิดภาวะ PTG ลดโอกาสของการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ¹³ ในขณะที่ความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีความสัมพันธ์สูงกับโรคซึมเศร้า โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โรควิตกกังวล และการฆ่าตัวตาย¹⁴⁻¹⁶

ส่วนโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญยังมีความสัมพันธ์กับโรคร่วมทางจิตเวช เช่น ปัญหาการดื่มสุรา และโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ¹⁷ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ได้แก่ จำนวนครั้งที่สูญเสีย^{14,18} ระยะเวลาจากการสูญเสียครั้งสำคัญ¹⁹⁻²² สาเหตุหรือเหตุการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก² ความสัมพันธ์กับผู้สูญเสีย²³ ปัจจัยที่พบว่ามีส่วนต่อ PTG ได้แก่ การปฏิบัติตามหลักและความเชื่อทางศาสนา²² และการอยู่ในพื้นที่ที่มีโอกาสเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจซึ่งนำไปสู่การเกิด PTG¹ ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศและอายุ ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอน^{22,24} ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งเสริมการพัฒนา PTG ได้แก่ สติ ปัญญา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ PTG^{1,25-29} รวมทั้งการไตร่ตรองอย่างตั้งใจ⁷ การศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ประสบภัยภูเขาไฟระเบิดในประเทศอินโดนีเซียพบว่า ภาวะของจิตวิญญาณที่ประกอบด้วยกิจกรรมทางศาสนา ปัญญา ความเมตตา และความอดทนมีผลต่อการพัฒนา PTG³⁰ ในขณะที่การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และครูมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ PTG ที่เกี่ยวเนื่องจากความเศร้าโศก^{22,31-33}

วัยรุ่นมีการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงตามช่วงวัยทางด้านร่างกายและฮอร์โมนเพศอย่างมากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ได้ง่ายและเกิดพฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาสุขภาพจิตที่หลากหลาย^{34,35} โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ พบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ประสบภัยพิบัติทั้งจากการกระทำของมนุษย์และภัยธรรมชาติมีความชุกของอาการเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและซึมเศร้าร้อยละ 2.4 และ 3.8 ตามลำดับ³⁶ ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มคนไทยทั่วไปที่พบความชุกของโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญร้อยละ 0.09 ความผิดปกติของการควบคุมตนเองร้อยละ 1.3 และความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 0.7³⁷ นักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีความเสี่ยงต่อการเผชิญกับอันตรายต่อชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ภัยจากอาชญากรรม

อุบัติเหตุ โรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งภัยธรรมชาติ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญทำให้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้แก่ พ่อแม่ พี่น้องญาติสนิท เพื่อนสนิท หรือคนรักอย่างกะทันหัน รวมทั้งความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่เผชิญกับสถานการณ์ความไม่สงบพบความเสี่ยงต่อโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญร้อยละ 12.9 - 21.9 และปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ร้อยละ 37.2^{38,39} อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันไม่พบการศึกษาความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจหรือภัยพิบัติรวมถึงการศึกษา PTG ในกลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มนักศึกษาไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะ PTG ของนักศึกษาที่เคยประสบเหตุการณ์สะเทือนใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อ PTG เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนา PTG ของนักศึกษาเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหลังเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ

วิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ ขนาดอิทธิพล .10 ความคลาดเคลื่อนที่ .05 ค่าอำนาจในการพยากรณ์ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 คน เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ โดยได้รับอนุญาตจากมหาวิทยาลัยเพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนนักศึกษาให้เข้าร่วมการวิจัย ตามคุณสมบัติของเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 2) เคยมีประสบการณ์หรือกำลังเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจอย่างน้อยหนึ่งเหตุการณ์ เช่น สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ การแพร่ระบาดของโควิด 19 ภัยจากอาชญากรรม อุบัติเหตุ โรคภัยไข้เจ็บ ภัยจากธรรมชาติ และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น พ่อแม่ พี่น้องญาติสนิท เพื่อนสนิท และคนรัก 3) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 4) ไม่มีโรคทางจิตเวชหรืออยู่ในระหว่างการบำบัดรักษา การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก

คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี เลขที่ psu.pn. 2-016/64 วันที่ 29 มีนาคม 2564

เครื่องมือในการวิจัย

แบบวัดที่ใช้ในการศึกษานี้ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเพื่อแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนพิจารณาความสอดคล้องด้านเนื้อหาและภาษา ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า .60 ยกเว้นแบบวัดสติที่ได้รับอนุญาตการใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนาฉบับภาษาไทย จากนั้นนำแบบวัดทั้งหมดไปทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษาที่เคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก 59 คนเพื่อวัดความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ภูมิสำเนา จำนวนครั้งที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ระยะเวลาที่สูญเสียครั้งสำคัญ และความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต

2. แบบวัดความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (posttraumatic growth inventory; PTGI)² มี 21 ข้อ ใช้วัดประสบการณ์ที่เปลี่ยนแปลงด้านบวกหลังเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ 5 ด้านได้แก่ การชื่นชมยินดีในชีวิต การค้นพบความเข้มแข็งในตนเอง การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การค้นพบโอกาสใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย) จนถึง 5 (มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก) คะแนนรวมระหว่าง 0 - 105 คะแนน แปลผลคะแนนรวมดังนี้ PTGI ต่ำกว่า 21 คะแนน หมายถึง ไม่พบความงอกงาม 21 - 41 คะแนน มีความงอกงามน้อยมาก 42 - 62 คะแนน มีความงอกงามอยู่ในระดับน้อย 63 - 83 คะแนน มีความงอกงามระดับปานกลาง 84 - 104 คะแนน มีความงอกงามในระดับมาก และ 105 คะแนน มีความงอกงามในระดับมากที่สุด¹³ แบบวัด PTGI มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .97

3. แบบวัดความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (inventory of complicated grief; ICG)⁴⁰ เป็นแบบรายงานตนเอง

ใช้ประเมินการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรมของความเศร้าโศกจากการสูญเสีย มี 19 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคยเลย) จนถึง 4 (เป็นประจำ) โดยคะแนนรวม 25 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย แบบวัด ICG มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .96 โดยในการศึกษานี้ใช้แบบวัด ICG ประเมินเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักร่วมด้วยเท่านั้น ส่วนผู้ที่ไม่เคยมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้รับการข้ามไม่ต้องตอบแบบวัดนี้รวมถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

4. แบบวัดสติ (Philadelphia mindfulness scale) ฉบับภาษาไทย⁴¹ มี 20 ข้อ วัดแนวโน้มการตระหนักรู้ถึงประสบการณ์ทั้งภายในและภายนอกของบุคคล ซึ่งบ่งถึงการตระหนักรู้และการยอมรับ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคย) จนถึง 5 (เป็นประจำ) การให้คะแนนในด้านการตระหนักรู้ 10 ข้อให้กลับคะแนนทางบวกก่อนจึงนำมารวมกับ 10 ข้อด้านการยอมรับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 10 - 100 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีภาวะสติอยู่ในระดับสูง แบบวัดสติมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในการศึกษานี้เท่ากับ .93

5. แบบวัดปัญญา (three-dimensional wisdom scale; 3D-WS)⁴² มี 39 ข้อ วัดภาวะทางปัญญา 3 มิติ ได้แก่ การรู้คิด การสะท้อนมุมมอง และการรู้สึก เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงแรกเป็นข้อคำถามประเมินความคิดเห็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จนถึง 5 (ไม่เห็นด้วยเลย) ช่วงที่สองเป็นข้อคำถามประเมินความจริง 5 ระดับคือ 1 (ฉันว่าจริงมากที่สุด) จนถึง 5 (ฉันเห็นว่าไม่จริงเลย) ในการศึกษาครั้งนี้กลับด้านการให้คะแนนข้อบวกจำนวน 8 ข้อ จากนั้นให้คะแนนตามระดับความคิดเห็นและความจริง และนำเสนอเป็นคะแนนเฉลี่ยของปัญญา แบบวัดปัญญามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในการศึกษานี้เท่ากับ .87

6. แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (multi-dimensional scale of perceived social support; MSPSS)⁴³ มี 12 ข้อ ใช้ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจาก 3 แหล่ง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่น ๆ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จนถึง 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมระหว่าง 12 - 84 คะแนน แบบวัด MSPSS มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในการศึกษานี้เท่ากับ .94

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของ PTG จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (analysis of variance; ANOVA) และทดสอบภายหลังด้วยวิธี Fisher's least significant difference (LSD) หรือวิธี Scheffe ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง PTG กับตัวแปรสติ ปัญญา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และทดสอบสมมติฐานเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ PTG ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณร่วมกับตัวแปรหุ่น (multiple regression analysis model with dummy variables) ด้วยวิธีแบบถดถอยหลัง (backward) โดยตรวจสอบตัวแปรแบบต่อเนื่องตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ ได้แก่ การแจกแจงของข้อมูล (distribution) และภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity)

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ 217 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.9 อายุน้อยกว่า 20 ปีร้อยละ 40.6 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 69.6 และเคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักร้อยละ 62.2 ระยะเวลาการสูญเสียมากกว่า 6 ปีร้อยละ 18.0 มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อร้อยละ 15.7 ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตเป็นญาติสนิทร้อยละ 19.0 และมีภาวะความเศร้าโศกตกใจจากการสูญเสียร้อยละ 47.9 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะ PTG อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.67 พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของภาวะ PTG ระหว่างเพศ ($F = 3.09, p < .05$) การทดสอบภายหลังด้วยวิธี LSD พบว่า มี 3 คู่ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญคือ เพศชายกับเพศหญิง เพศชายกับไม่ต้องการระบุ และ LGBTQ กับไม่ต้องการระบุ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของภาวะ PTG ระหว่างผู้ที่มีจำนวนครั้งของการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักต่างกัน ($F = 7.21, p < .001$) การทดสอบภายหลังด้วยวิธี Scheffe พบว่ามี 1 คู่ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่เคยสูญเสียกับกลุ่มที่สูญเสียมากกว่า 1 ครั้ง พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของภาวะ PTG ระหว่างผู้ที่มีระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสียครั้งสำคัญต่างกัน ($F = 3.55, p < .01$) การทดสอบภายหลังด้วยวิธี Scheffe พบว่ามี 1 คู่ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่เคยสูญเสียกับกลุ่มที่ผ่านการสูญเสีย 2 - 3 ปี และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของภาวะ PTG ระหว่างผู้ที่มีระดับภาวะความเศร้าโศกจากการสูญเสียต่างกัน ($F = 5.01, p < .01$) การทดสอบภายหลังด้วยวิธี Scheffe พบว่ามี 1 คู่ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่เคยสูญเสียกับกลุ่มสูญเสียที่มีความเศร้าโศกตกใจ ดังตารางที่ 1

ภาวะ PTG มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ PTG รายด้านสูงมาก ได้แก่ การค้นพบความเข้มแข็งในตนเอง ($r = .92, p < .01$) การค้นพบและโอกาสใหม่ๆ ($r = .96, p < .01$) การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ($r = .94, p < .01$) การชื่นชมยินดีในชีวิต ($r = .91, p < .01$) และการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ ($r = .82, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสติ ($r = .30, p < .01$) ภาวะปัญญา ($r = .23, p < .01$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ($r = .32, p < .01$) ไม่พบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติถดถอยเชิงพหุคูณโดยตัวแปรสติ ปัญญา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความเบ้มาตรฐาน (ค่า $Z_{skewness}$ ตั้งแต่ $-.03$ ถึง -2.05) ความโด่งมาตรฐาน (ค่า $Z_{kurtosis}$ ตั้งแต่ -3.67 ถึง $.66$) พบว่ามี

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 217) และคะแนน PTGI

	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนนเฉลี่ย PTGI (SD)	F
เพศ			3.09*
ชาย	18 (8.3)	74.72 (19.88)	
หญิง	182 (83.9)	63.27 (21.92)	
LGBTQ	14 (6.5)	73.14 (15.56)	
ไม่ต้องการระบุ	3 (1.4)	46.00 (12.49)	
อายุ			.45
ต่ำกว่า 20 ปี	88 (40.6)	63.22 (21.98)	
20 - 21 ปี	83 (38.2)	64.84 (22.53)	
22 ปี ขึ้นไป	46 (21.2)	66.91 (19.62)	
ศาสนา			.05
พุทธ	59 (27.2)	65.29 (17.64)	
อิสลาม	151 (69.6)	64.42 (23.11)	
คริสต์และอื่น ๆ	7 (3.2)	63.43 (22.99)	
ภูมิลำเนา			1.98
ปัตตานี	61 (28.1)	58.15 (22.46)	
ยะลา	13 (6.0)	62.31 (26.91)	
นราธิวาส	32 (14.7)	71.84 (17.24)	
สงขลา	45 (20.7)	64.28 (21.31)	
สตูล	20 (9.2)	71.75 (22.43)	
ภาคใต้ไม่รวม 5 จังหวัดชายแดนใต้	41 (18.9)	65.88 (21.19)	
ภาคอื่น ๆ	5 (2.3)	67.60 (8.88)	
จำนวนครั้งที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก			7.21***
ไม่มี	82 (37.8)	71.67 (16.17)	
มี 1 ครั้ง	41 (18.9)	66.68 (23.02)	
มากกว่า 1 ครั้ง	64 (29.5)	56.11 (22.12)	
มี แต่ไม่ต้องการระบุ	30 (13.8)	60.70 (25.50)	
ระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสียครั้งสำคัญ			3.55**
ไม่มี	82 (37.8)	70.04 (18.51)	
ผ่านการสูญเสีย 1 ปี	26 (12.0)	57.96 (20.06)	
ผ่านการสูญเสีย 2 - 3 ปี	38 (17.5)	56.37 (24.40)	
ผ่านการสูญเสีย 3 - 6 ปี	32 (14.7)	66.69 (23.92)	
ผ่านการสูญเสียมากกว่า 6 ปี	39 (18.0)	64.62 (21.67)	
สาเหตุการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รัก			.80
ไม่มี	150 (69.1)	65.31 (20.93)	
สถานการณ์ความไม่สงบ	14 (6.5)	54.43 (23.05)	
เสียชีวิตกะทันหันจากอุบัติเหตุ ฆาตกรรม	3 (1.4)	67.67 (11.93)	
โรคไม่ติดต่อ เช่น มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดในสมอง เบาหวาน	34 (15.7)	66.97 (24.69)	
สาเหตุอื่น ๆ	6 (2.8)	61.00 (24.68)	
สาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า 1	10 (4.6)	61.90 (20.69)	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 217) และคะแนน PTGI (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนนเฉลี่ย PTGI (SD)	F
ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต			.57
ไม่มี ^a	149 (68.7)	65.30 (21.00)	
พ่อ	6 (2.8)	66.83 (20.22)	
แม่	3 (1.4)	80.67 (21.22)	
พี่น้อง	4 (1.9)	69.75 (14.97)	
ญาติสนิท	41 (19.0)	61.05 (25.73)	
เพื่อนสนิท/คนรัก	3 (1.4)	61.50 (16.64)	
มากกว่า 1	10 (4.6)	61.90 (20.69)	5.01**
ภาวะความเศร้าโศกจากการสูญเสีย			
ไม่มี ^a	82 (37.8)	70.07 (18.45)	
สูญเสีย-เศร้าโศกปกติ	104 (47.9)	60.14 (22.91)	
สูญเสีย-เศร้าโศกผิดปกติ	31 (14.3)	65.23 (22.51)	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, ^a ไม่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก, PTGI = posttraumatic growth inventory

แนวโน้มการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution) และมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (ค่า r ตั้งแต่ .12 ถึง .20) ไม่พบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) แบบวัดทุกชุดมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับค่อนข้างสูงถึงสูงมาก มีค่าตั้งแต่ .77 - .97 ยกเว้นแบบวัด PTGI ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณซึ่งมีค่า .58 ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณร่วมกับตัวแปรหุ่นพบว่า จำนวนครั้งที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสียครั้งสำคัญ ภาวะสติ ภาวะทางปัญญา และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะ PTG ได้ร้อยละ 30 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.64$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานที่บ่งบอกถึงอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อ PTG พบว่า อิทธิพลของจำนวนครั้งที่สูญเสีย 1 ครั้ง สูญเสียมากกว่า 1 ครั้ง และการสูญเสียแต่ไม่ระบุจำนวนครั้งในการทำนายภาวะ PTG เท่ากับ -.39, -.63 และ -.40 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการสูญเสีย อิทธิพลของระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสียครั้งสำคัญไม่เกิน 6 ปีและระยะเวลาตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปเท่ากับ .30 และ .42 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่วนภาวะสติ ปัญญา และการรับรู้

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อ PTG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ -.19, .13, และ .27 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

ความอองงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTG) ของนักศึกษาจังหวัดชายแดนใต้อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.62 คะแนน (SD = 21.67) ใกล้เคียงกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ส่วนใหญ่ผ่านประสบการณ์สูญเสียบุคคลใกล้ชิดและการถูกทำร้ายโดยพบภาวะ PTG อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.19 คะแนน (SD = 30.18)⁴⁴ แต่สูงกว่ากลุ่มนักศึกษาญี่ปุ่นที่ส่วนใหญ่เผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตทางสัมพันธภาพในมหาวิทยาลัยและการสูญเสีย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.9 คะแนน (SD = 20.80)⁴⁵ และการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นที่เข้ารับการปรึกษาด้วยประเด็นการปรับตัวต่อเหตุการณ์เครียดที่สะเทือนใจที่พบว่า PTG อยู่ในระดับน้อยมากเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.86 คะแนน (SD = 8.29)⁴⁶ อาจเนื่องจากปัญหาสัมพันธภาพมักเกิดขึ้นซ้ำหรือต่อเนื่องโดยเฉพาะในบริบทมหาวิทยาลัยซึ่งนักศึกษาต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมเป็นเวลาหลายปี หรืออาจเป็นผลจาก

ตารางที่ 2 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความสอดคล้องภายในของตัวแปรที่ศึกษา

ปัจจัย	1	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	2	3	4
1. ความงอกงามภายหลังเหตุการณ์ฯ	.97								
1.1 การค้นพบความเข้มแข็งในตนเอง	.92**	.88							
1.2 การค้นพบโอกาสใหม่ ๆ	.96**	.88**	.91						
1.3 การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น	.94**	.78**	.85**	.93					
1.4 การชื่นชมยินดีในชีวิต	.91**	.80**	.88**	.79**	.77				
1.5 การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ	.82**	.74**	.73**	.70**	.73**	.58			
2. ภาวะสติ	.30**	.24**	.26**	.31**	.31**	.24**	.93		
3. ภาวะปัญญา	.23**	.24**	.22**	.21**	.23**	.11	.17*	.87	
4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.32**	.27**	.27**	.34**	.27**	.32**	.12	.20**	.94
ค่าเฉลี่ย	64.62	12.61	15.17	21.56	9.10	6.17	54.41	3.16	59.15
SD	21.67	4.42	5.67	7.64	3.34	2.46	14.40	.51	17.83
Z _{Skewness}	-1.81	-2.02	-1.57	-1.99	-1.33	-1.17	-0.90	-0.03	-2.05
Z _{Kurtosis}	-0.12	0.12	-1.08	0.66	-1.87	-3.67	-0.12	-1.08	-0.06

* p < .05, ** p < .01

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณร่วมกับตัวแปรหุ่นของความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ

ตัวแปรพยากรณ์	ความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ				
	coef.	SE	Beta	t	p-value
Constant	48.20	11.31		4.26	≤ .001
จำนวนครั้งที่สูญเสีย : ไม่มี ^b	82/0 ^a				
1 ครั้ง	-21.67	8.36	-.39	-2.59	.010
มากกว่า 1 ครั้ง	-29.95	8.13	-.63	-3.69	≤ .001
มี แต่ไม่ต้องการระบุ	-25.12	8.16	-.40	-3.08	.002
ระยะเวลาที่สูญเสียครั้งสำคัญ : ไม่มี ^b	82/0 ^a				
ผ่านการสูญเสีย 1 ปี	15.23	8.22	.23	1.85	.065
ผ่านการสูญเสียไม่เกิน 3 ปี	12.49	8.43	.22	1.48	.140
ผ่านการสูญเสียไม่เกิน 6 ปี	18.41	8.32	.30	2.21	.028
ผ่านการสูญเสียตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	23.88	8.49	.42	2.81	.005
ภาวะมีสติ	-.28	.09	-.19	-3.09	.002
ภาวะทางปัญญา	5.56	2.65	.13	2.10	.037
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.33	.07	.27	4.52	≤ .001

r = .54, R Square = .30, F = 8.64, df = 10,206, p = .000

^a reference category, ^b ไม่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

เหตุการณ์ที่สะท้อนใจต่อภาวะความไม่มั่นคงทางอารมณ์ซึ่งมีอิทธิพลทางลบต่อ PTG เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่แม้ส่วนใหญ่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก แต่ทุกคนกำลังอยู่ในช่วงการเรียนรู้ผ่านห้องเรียนออนไลน์อยู่ที่บ้านเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความคุ้นเคย มีการปรับตัวน้อย และมีโอกาสเผชิญกับเหตุการณ์สะท้อนใจหรือถูกกระตุ้นได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตาม แม้ PTG ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อยู่ในระดับปานกลาง แต่ก็ควรได้รับการช่วยเหลือเพื่อพัฒนา PTG ต่อไป

ปัจจัยทำนาย PTG ที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ จำนวนครั้งที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสียครั้งสำคัญ ภาวะสติ ภาวะปัญญา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงร่วมกันทำนาย PTG คิดเป็นร้อยละ 30 โดยการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักแม้เพียงครั้งเดียวและมากกว่า 1 ครั้งทำให้คะแนน PTGI ลดลงตามลำดับ อาจเป็นผลจากอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียซ้ำซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Heeke และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การสูญเสียซ้ำซ้อน (multiple loss) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ในขณะที่ความเศร้าโศกจากการสูญเสียมีความสัมพันธ์ทางลบกับ PTG¹⁸ ส่วนระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสียครั้งสำคัญพบว่า เมื่อผ่านการสูญเสียครั้งสำคัญเป็นเวลา 6 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มคะแนน PTG เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Krosch และ Shakespeare-Finch¹⁹ การศึกษาของ Wolchik และคณะ²⁰ และการศึกษาของ Tedeschi และ Calhoun¹ ที่พบว่าผู้ที่เผชิญกับเหตุการณ์สะท้อนใจอย่างมากมี PTG สูงขึ้นเมื่อระยะเวลาหลังการสูญเสียผ่านไปนานขึ้น

การศึกษานี้พบว่าภาวะสติซึ่งประกอบด้วยการยอมรับและการตระหนักรู้มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับ PTG สอดคล้องกับการศึกษาของ Labelle และคณะ⁴⁷ ที่พบว่าภาวะสติได้เพิ่มการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณและเพิ่มการเปลี่ยนแปลง PTG และการศึกษาของ Hanley และคณะ²⁶ ที่พบว่าระดับภาวะสติของกลุ่มอาสาสมัครผ่าน

เว็บไซต์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับ PTG อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้าสมการทำนายพบว่า ภาวะสติมีอิทธิพลทางด้านลบต่อ PTG อาจเป็นผลจากอิทธิพลร่วมของตัวแปรทำนายตัวอื่น Hanley และคณะ²⁶ พบว่า การฝึกสติร่วมกับการพิจารณาใคร่ครวญมีความสัมพันธ์ทางลบกับการค้นพบความเข้มแข็งในตนเองและการมีสัมพันธภาพต่อผู้อื่น ในขณะที่การฝึกสติอย่างเดียวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแต่มีความสัมพันธ์ทางบวกค่อนข้างสูงกับการค้นพบความเข้มแข็งในตนเอง กล่าวคือ ภาวะสติโดยทั่วไปมีผลต่อ PTG มากกว่าภาวะสติจากการฝึกพิจารณาใคร่ครวญ ซึ่งมีผลต่อความงอกงามทั้งทางบวกและทางลบ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการฝึกสติในรูปแบบต่าง ๆ ต่อ PTG การศึกษานี้พบว่าภาวะปัญญามีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อ PTG สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yang และคณะ²⁷ เนื่องจากปัญญาเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้เกิด PTG (wisdom-facilitative)²⁹ ส่วนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อ PTG เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chan และ Rhode⁴⁸ และการศึกษาของ Michael และ Cooper²² โดยการเรียนรู้ถึงการได้รับสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญส่งผลให้เกิดการพัฒนา PTG

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ บริบทของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยไม่ได้เป็นไปตามปกติทั่วไปเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้นักศึกษาทุกคนต้องเรียนผ่านออนไลน์ อาจส่งผลต่อผลการประเมิน PTG การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์อาจมีผลต่อความตั้งใจตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดในภาคใต้ จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของนักศึกษาไทยได้ทั้งหมด จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในภูมิภาคอื่นของประเทศไทยและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ PTG ในเหตุการณ์สะท้อนใจที่หลากหลาย

สรุป

นักศึกษาจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เคยประสบเหตุการณ์สะท้อนใจ ส่วนใหญ่ได้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักร่วมด้วย มีความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะท้อนใจอยู่ใน

ระดับปานกลาง ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลทางลบ ได้แก่ จำนวนครั้งที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและสติ ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลทางบวก ได้แก่ ระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสียครั้งสำคัญ ภาวะทางปัญญา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งร่วมกันทำนายความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจได้ร้อยละ 30

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004;15:1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01.
2. Taku K, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The factor structure of the posttraumatic growth inventory factor analysis. *J Trauma Stress*. 2008;21(2):158-64. doi:10.1002/jts.20305.
3. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996;9(3):455-71. doi:10.1007/BF02103658.
4. Silva TLGD, Ramos VG, Donat JC, Oliveira FR, Gauer G, Kristensen CH. Psychometric properties of the posttraumatic growth inventory in a sample of Brazilian university students. *Trends Psychiatry Psychother*. 2018;40(4):292-9. doi:10.1590/2237-6089-2017-0050.
5. Hooper LM, Marotta SA, Depuy V. A confirmatory factor analytic study of the Posttraumatic Growth Inventory among a sample of racially diverse college students. *J Ment Health*. 2009;18:335-43. doi:10.1080/09638230802522502.
6. อิทธิพล สูงแข็ง, ณัฐวุฒิ อริยทรัพย์. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความงอกงามทางจิตใจภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของบุคลากรสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนใต้ [A confirmatory factor analysis of the posttraumatic growth from unrest situation among health workers]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2557;23(6):967-74.
7. Mi Young K, Yujeong K. Factors affecting post-traumatic growth among college students. *Open Nurs J*. 2018;12:238-47. doi:10.2174/1874434601812010238.
8. Wong CC, Yeung NC. Self-compassion and post-traumatic growth: cognitive processes as mediators. *Mindfulness*. 2017;8(4):1078-87. doi:10.1007/s12671-017-0683-4.
9. Wang Y, Wang H, Wang J, Wu J, Liu X. Prevalence and predictors of posttraumatic growth in accidentally injured patients. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013;20(1):3-12. doi:10.1007/s10880-012-9315-2.
10. Hogan NS, Greenfield DB, Schmidt LA. Development and validation of the Hogan grief reaction checklist. *Death Stud*. 2001;25(1):1-32. doi:10.1080/07481180125831.
11. Schoulte J, Sussman Z, Tallman B, Deb M, Cornick C, Altmaier E. Is there growth in grief: Measuring posttraumatic growth in the grief response. *Open J Med Psychol*. 2012;1(3):38-43. doi:10.4236/ojmp.2012.13007.
12. Bellet BW, Jones PJ, Neimeyer RA, McNally RJ. Bereavement outcomes as causal systems: a network analysis of the co-occurrence of complicated grief and posttraumatic growth. *Clin Psychol Sci*. 2018;6(6):797-809. doi:10.1177/2167702618777454
13. Elderton A, Berry A, Chan C. A systematic review of posttraumatic growth in survivors of interpersonal violence in adulthood. *Trauma Violence Abuse*. 2017;18(2):223-36. doi:10.1177/1524838015611672.

14. Heeke C, Kampisiou C, Niemeyer H, Knaevelsrud C. A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1583524. doi:10.1080/20008198.2019.1583524.
15. Lee SA. The persistent complex bereavement inventory: a measure based on the DSM-5. *Death Stud*. 2015;39(7):399-410. doi:10.1080/07481187.2015.1029144.
16. Balk DE, Walker AC, Baker A. Prevalence and severity of college student bereavement examined in a randomly selected sample. *Death Stud*. 2010;34(5):459-68. doi:10.1080/07481180903251810.
17. นพพร ตันติรังสี, กันตวรรณ มากวิจิตร, วิชัย ลิขสิทธิ์ดำรงกุล, อัญชลี บุญรัตน์นา, เมตตา เลิศเกียรติวิระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ : การสำรวจสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2556 [Factors related with post-traumatic stress disorder: Thai national mental health survey 2013]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560;25(2):122-35.
18. Lafarge C, Usher L, Mitchell K, Fox P. The role of rumination in adjusting to termination of pregnancy for fetal abnormality: Rumination as a predictor and mediator of posttraumatic growth. *Psychol Trauma*. 2020;12(1):101-9. doi:10.1037/tra0000440.
19. Krosch DJ, Shakespeare-Finch J. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychol Trauma*. 2017;9(4):425-33. doi:10.1037/tra0000183.
20. Wolchik SA, Coxe S, Tein JY, Sandler IN, Ayers TS. Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescents and young adults. *Omega (Westport)*. 2008-2009;58(2):107-28. doi:10.2190/om.58.2.b.
21. Engelkemeyer SM, Marwit SJ. Posttraumatic growth in bereaved parents. *J Trauma Stress*. 2008;21(3):344-6. doi:10.1002/jts.20338.
22. Michael C, Cooper M. Post-traumatic growth following bereavement: a systematic review of the literature. *Counselling Psychology Review*. 2013;28(4):18-33.
23. Armstrong D, Shakespeare-Finch J. Relationship to the bereaved and perceptions of severity of trauma differentiate elements of posttraumatic growth. *Omega (Westport)*. 2011;63(2):125-40. doi:10.2190/OM.63.2.b.
24. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Prolonged grief symptoms and growth in the first 2 years of bereavement: Evidence for a nonlinear association. *Traumatology*. 2012;18(4):65-71. doi:10.1177/153476561243894.
25. Verhaeghen P. The examined life is wise living: the relationship between mindfulness, wisdom, and the moral foundations. *J Adult Dev*. 2020;27(4):305-22. doi:10.1007/s10804-019-09343-y.
26. Hanley AW, Peterson GW, Canto AI, Garland EL. The relationship between mindfulness and posttraumatic growth with respect to contemplative practice engagement. *Mindfulness*. 2015;6:654-62. doi:10.1007/s12671-014-0302-6.
27. Yang SK, Ha Y. Exploring the Relationships between Posttraumatic Growth, Wisdom, and Quality of Life in Older Cancer Survivors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019;20(9):2667-72. doi:10.31557/APJCP.2019.20.9.2667.
28. Webster JD, Deng XC. Paths from trauma to intrapersonal strength: Worldview, posttraumatic growth, and wisdom. *J Loss Trauma*. 2015;20(3):253-66. doi:10.1080/15325024.2014.932207.
29. Calhoun LG, Tedeschi RG. Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *J Soc Issues*. 1998;54(2):357-71. doi:10.1111/0022-4537.701998070.

30. Subandi MA, Achmad T, Kurniati H, Febri R. Spirituality, gratitude, hope and post-traumatic growth among the survivors of the 2010 eruption of Mount Merapi in Java, Indonesia. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. 2014;18(1):19-26.
31. Howard Sharp KM, Russell C, Keim M, Barrera M, Gilmer MJ, Foster Akard, et al. Grief and growth in bereaved siblings: Interactions between different sources of social support. *Sch Psychol Q*. 2018;33(3):363-71. doi:10.1037/spq0000253.
32. Sattler DN, Claramita M, Muskavage B. Natural disasters in Indonesia: relationships among posttraumatic stress, resource loss, depression, social support, and posttraumatic growth. *J Loss Trauma*. 2018;23(5):351-65. doi:10.1080/15325024.2017.1415740.
33. Kang X, Fang Y, Li S, Liu Y, Zhao D, Feng X, Wang Y, Li P. The benefits of indirect exposure to trauma: the relationships among vicarious post-traumatic growth, social support, and resilience in ambulance personnel in China. *Psychiatry Investig*. 2018;15(5):452-9. doi:10.30773/pi.2017.11.08.1.
34. สุธิมาศ อังสุเกียรติถาวร. สภาวะอารมณ์ไม่คงที่: ความท้าทายในการป้องกัน [Mood swings: the challenge of mental health problems and prevention]. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2564;35(2): 171-87.
35. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, อธิบตันอารีย์, บังอร สุปรีดา. แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561 [Trend and associated factors of mental health in Thailand: a national survey 2018]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2563;28(2):121-35.
36. อธิบตันอารีย์, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, มาลี เกตแก้ว, เฉษฐา ไชยฤกษ์. ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติ: การวิเคราะห์ระบบเผื่อระวังสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต [Exposure-related factors of post-traumatic stress and depression among people affected by disasters in Thailand: an analysis of the crisis mental health surveillance system]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2565;30(3):222-36.
37. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ต้นตึงรังสี, วรธรรม จุฑา, อธิบตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยณางค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560;25(1):1-9.
38. สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, จุณย์ดี หมุดแหละ, พัชรินทร์ เสรี, บัญญัติ ยงยวน. ปัจจัยส่วนบุคคล รูปแบบการเลี้ยง และความสามารถในการฟื้นคือกลับ [Personal factors, parenting style and resilience affecting high-risk adolescents with posttraumatic stress disorder of the insurgency in the southern border provinces of Thailand]. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 2563;37(3):214-22.
39. เบญจพร ปัญญา, สุนิดา จันทระเสนา. ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนในพื้นที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ [Mental health problems among students in the area with continuous insurgency in the deep South of Thailand]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2552;17(1):1-11.
40. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*. 1995;59(1-2): 65-79. doi:10.1016/0165-1781(95)02757-2.
41. ชัชวาล ศิลปกิจ, อรรพรรณ ศิลปกิจ, ภัทราพร วิสาจันทร์. ความตรงของ Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย [The validity of Philadelphia Mindfulness Scale Thai version]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2554;19(3):140-7.

42. Ardel M. Empirical assessment of a three-dimensional wisdom scale. *Res Aging*. 2003;25(3): 275-324. doi:10.1177/0164027503025003004.
43. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2.
44. Barton S, Boals A, Knowles L. Thinking about trauma: The unique contributions of event centrality and posttraumatic cognitions in predicting PTSD and posttraumatic growth. *J Trauma Stress*. 2013;26(6):718-26. doi:10.1002/jts.21863.
45. Taku K, Calhoun LG, Tedeschi RG, Gil-Rivas V, Kilmer RP, Cann A. Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety Stress Coping*. 2007;20(4):353-67. doi:10.1080/10615800701295007.
46. ชิชยะ ศรีชัยสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพสัมพันธ์ภาพในการปรึกษา และความงอกงามภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ ในผู้ที่มีประสบการณ์รับบริการปรึกษาด้านจิตวิทยา [Relationships among personality, working alliance, and posttraumatic growth among individuals with counseling service experiences] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
47. Labelle LE, Lawlor-Savage L, Campbell TS, Faris P, Carlson LE. Does self-report mindfulness mediate the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on spirituality and posttraumatic growth in cancer patients? *J Posit Psychol*. 2015;10(2):153-66. doi:10.1080/17439760.2014.927902.
48. Chan CS, Rhodes JE. Religious coping, post-traumatic stress, psychological distress, and posttraumatic growth among female survivors four years after Hurricane Katrina. *J Trauma Stress*. 2013;26(2):257-65. doi:10.1002/jts.21801.

บทความปริทัศน์

โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันรับ : 10 ตุลาคม 2565

วันแก้ไข : 23 ธันวาคม 2565

วันตอบรับ : 24 ธันวาคม 2565

อภิญา จะโรจรร, วท.ม.¹, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์, พ.บ.²,

พัชรินทร์ เสรี, กศ.ด.³, ปณิดา อนุเศรษฐกร, ป.ด.³

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล¹

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล²

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนลักษณะและผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน

วิธีการ : สืบค้นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมจากฐานข้อมูล PubMed, EMBASE และ ThaiJO ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 ถึง ค.ศ. 2021 กำหนดคำสำคัญในการค้นหาจากกรอบแนวคิด PICO ได้แก่ child, children, school-age, student, mindfulness, mindfulness intervention, และ executive function(s) ตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยด้วยเครื่องมือ revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผล : งานวิจัยที่สืบค้นได้ 2,799 เรื่อง ผ่านเกณฑ์คัดเลือก 10 เรื่อง การประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่ามีอคติสูง 2 เรื่อง ต้องพิจารณา 4 เรื่อง และมีอคติต่ำ 4 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่มีการนำหลักการฝึกสติตามแนวทาง mindfulness-based stress reduction (MBSR) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม (ร้อยละ 60) ใช้เวลาทดลอง 8 สัปดาห์ (ร้อยละ 60) และมีความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 70) มีการวัดผลลัพธ์ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความสามารถคิดบริหารจัดการตน 6 ด้าน ได้แก่ 1) สมาธิ 2) ความจำขณะทำงาน 3) การลดลงของปัญหาเชิงพฤติกรรม สมาธิ หรืออาการทางคลินิก 4) การควบคุมตนเอง 5) สติ และ 6) ความสามารถคิดบริหารจัดการตน ในภาพรวมโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีผลต่อการพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเกือบทุกองค์ประกอบ ยกเว้นด้านสติ

สรุป : โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีผลพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตนส่วนใหญ่ของเด็กวัยเรียน

คำสำคัญ : การเจริญสติ, ความสามารถคิดบริหารจัดการตน, เด็กวัยเรียน

ติดต่อผู้พิมพ์ : อภิญา จะโรจรร; e-mail: apinya_jr@outlook.com

Review article

The effects of mindfulness-based programs on the executive functions among the school-aged children: a systematic review

Received : 10 October 2022

Revised : 23 December 2022

Accepted : 24 December 2022

Apinya Jarojorn, M.Sc.¹, Wanlop Atsariyasing, M.D.²,Patcharin Seree, Ed.D.³, Panadda Thanasetkorn, Ph.D.³Faculty of Graduate Studies, Mahidol University¹Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University²National Institute for Child and Family Development, Mahidol University³

Abstract

Objective: To review the characteristics and effects of mindfulness-based programs on executive functions among the school-aged children.

Methods: PubMed, EMBASE and ThaiJO databases were searched for randomized controlled trials published from 1989 to 2021. The search terms by using PICO framework included child, children, school-age, student, mindfulness, mindfulness intervention, and executive function(s). The risk of bias was assessed by using the revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2). Data were analyzed by using descriptive statistics including frequency, percentage, and mean.

Results: Of a total of 2,799 studies identified, 10 were included in the review, of which two had a high risk of bias, four had some concerns, and four had a low risk of bias. Most studies (60%) applied the mindfulness-based stress reduction (MBSR) approach in developing the program. Most studies implemented the program for eight weeks (60%), once a week (70%). Six elements of executive functions were measured as the main outcomes consisting of 1) attention 2) working memory 3) reduction in behavioral problems/attention problems/clinical syndromes 4) self-regulation 5) mindfulness and 6) executive function. Overall, mindfulness-based programs improved executive functions among the school-aged children except for the mindfulness.

Conclusion: Mindfulness-based programs appear to improve most executive functions among school-aged children.

Keywords: executive function, mindfulness, school-aged children

Corresponding author: Apinya Jarojorn; e-mail: apinya_jr@outlook.com

ความรู้เดิม : โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีผลต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กและวัยรุ่น แต่งานวิจัยมีความไม่เป็นเอกพันธ์ (heterogeneity) เช่น ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและรูปแบบโปรแกรมการเจริญสติ และยังไม่พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเด็กวัยเรียนโดยเฉพาะ

ความรู้ใหม่ : งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรม 10 เรื่อง มีความแตกต่างกันในด้านระเบียบวิธีวิจัย ส่วนใหญ่เน้นหลักการฝึกสติตามแนวทาง mindfulness-based stress reduction (MBSR) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในภาพรวมโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีผลพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตน เช่น สมาธิ การควบคุมตนเอง และความจำขณะทำงาน ยกเว้นด้านสติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ครู ผู้ปกครอง และสถาบันการศึกษาสามารถใช้ผลการทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตน และพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเจริญสติสำหรับเด็กวัยเรียน

บทนำ

หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญของยุทธศาสตร์แผนการศึกษาแห่งชาติเน้นการพัฒนาให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 กล่าวคือ เด็กต้องมีความรู้พื้นฐานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อน เช่น การแก้ปัญหา ความคิดสร้างสรรค์ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม และมีคุณลักษณะในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง เช่น ความคิดริเริ่มและความสามารถในการปรับตัว¹ ทักษะและคุณสมบัติเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถคิดบริหารจัดการตน (executive function) ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานของสมองส่วนหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด การกำกับอารมณ์ และการกำกับพฤติกรรม ที่ทำให้นมนุษย์เริ่ม ลงมือปฏิบัติ และมุ่งมั่นให้ทำงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย มี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรู้คิด (metacognition) เช่น ความจำขณะทำงาน (working

memory) 2) การกำกับอารมณ์ (emotional regulation) เช่น การปรับเปลี่ยน (shifting) และการควบคุมอารมณ์ (emotional control) และ 3) การกำกับพฤติกรรม (behavioral regulation) เช่น การยับยั้ง (inhibition)² ความสามารถในการจัดการตนมีความสำคัญในทุกด้านของชีวิต ได้แก่ สุขภาพจิต สุขภาพกาย คุณภาพชีวิต ความพร้อมในการเรียน ความสำเร็จในการเรียนและการทำงาน และความปลอดภัยสาธารณะ³ อีกทั้งยังสามารถทำนายความสามารถในการอ่านและการคำนวณตลอดปีการศึกษา⁴⁻⁶ อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของเด็กไทยยังอยู่ในระดับที่ควรได้รับการพัฒนา จากการประเมินสมรรถนะของนักเรียนในการคิดวิเคราะห์และการใช้ทักษะเพื่อเผชิญกับโลกในชีวิตจริง เช่น การทดสอบ programme for international student assessment (PISA) ในปี พ.ศ. 2546, 2549 และ 2552 พบว่า นักเรียนไทยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าประเทศเพื่อนบ้านที่เข้าร่วมการประเมินแทบทุกประเทศ และยิ่งพบว่าผลการประเมินมีแนวโน้มลดลงในทุกวิชา⁷ เด็กวัยเรียนจึงควรได้รับการพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตนและทักษะที่เกี่ยวข้องเพื่อลดผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานในเด็กวัยเรียนเพิ่มมากขึ้น โดยแต่ละงานวิจัยมีระเบียบวิธีวิจัย รูปแบบการทดลอง และการวัดผลที่ต่างกันไป⁸⁻¹⁷ ในประเทศไทยมีการนำโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มเด็กวัยเรียน เช่น โปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของวิภาวี เผ่ากัณทรากกร และนภา จิรัฐจินตนา¹⁸ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสติบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้น สมนึก อนันตวรราช และอัศวิน นาคนพงศ์พันธุ์¹⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติที่มีต่ออาการหลักของเด็กสมาธิสั้นอายุ 9 - 12 ปี พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเจริญสติกลุ่มทดลองมีอาการสมาธิสั้นลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และพหุผล กิจกัญญ์ และคณะ²⁰ ได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบเจริญสติเพื่อเพิ่มความสามารถคิดบริหารจัดการตนในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถคิดบริหารจัดการตนมากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Mak และคณะ²¹ ที่พบว่า โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีประสิทธิภาพต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นอายุ 5 - 18 ปี

เนื่องจากเด็กวัยเรียนในปัจจุบันจำเป็นต้องพัฒนาการคิดวิเคราะห์ การควบคุมตนเอง ความจำ และสมาธิความสามารถคิดบริหารจัดการตนซึ่งช่วยให้เด็กวัยเรียนสามารถควบคุมความคิด อารมณ์ และการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ได้^{3,22} อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตนด้วยการเจริญสติสำหรับเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับลักษณะและผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน เพื่อสรุปองค์ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับคุณลักษณะโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน

วิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, EMBASE และ Thai Journals Online (ThaiJO) กำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบแนวคิด PICO ดังนี้ 1) population ได้แก่ child OR children OR “school-age” OR student 2) intervention ได้แก่ mindfulness OR mindful OR “mindfulness intervention” 3) comparison ไม่ได้กำหนด และ 4) outcome ได้แก่ “executive function” OR “executive functions” OR “EFs” OR mindfulness OR “growth mindset” OR “social-emotional skills” OR “social and emotional learning” OR “SEL” OR metacognition

OR “working memory” OR memory OR “emotional control” OR “emotional regulation” OR self-control OR self-regulation OR inhibition OR “inhibitory control” OR shift OR “mental flexibility” OR “cognitive flexibility”

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียน อายุ 6 - 12 ปี 3) intervention เป็นโปรแกรมสำหรับเด็กวัยเรียนที่ใช้หลักการเจริญสติอย่างเดียวหรือเป็นโปรแกรมที่ใช้หลักการเจริญสติเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้หลักการหรือกิจกรรมอื่น ๆ 4) ผลลัพธ์ที่ศึกษาเป็นความสามารถคิดบริหารจัดการตนหรือองค์ประกอบย่อยของความสามารถคิดบริหารจัดการตน ได้แก่ การรู้คิด (ความจำขณะทำงาน) การกำกับอารมณ์ (การปรับเปลี่ยนและการควบคุมอารมณ์) และการกำกับพฤติกรรม (การยับยั้ง) 5) เป็นบทความภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และ 6) ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 1989 ถึง ค.ศ. 2021 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีคุณภาพงานวิจัยในระดับต่ำ เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขาดการตรวจสอบคุณภาพ หรือกระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลขาดความชัดเจน

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) ประกอบด้วยชุดคำถาม signalling questions และตัวเลือกคำตอบ ได้แก่ yes, probably yes, probably no, no และ no information เกณฑ์ประเมินมี 3 ระดับ ได้แก่ อคติในระดับต่ำ (-) อคติในระดับที่ต้องพิจารณา (+) อคติในระดับสูง (!) อคติที่ประเมิน ได้แก่ D1 คือ อคติจากการสุ่มตัวอย่าง D2 คือ อคติจากการเบี่ยงเบนมาตรฐานของโปรแกรม D3 คือ อคติจากข้อมูลของผลวิจัยที่สูญหาย D4 คือ อคติในการวัดผล D5 คือ อคติในการเลือกผลของการวิจัยที่นำมารายงาน และ overall คือ คะแนนรวมของความเสี่ยงต่อการเกิดอคติทั้งหมด²³ ประเมินโดยผู้วิจัย 2 คน กรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกันในการประเมินได้มีการตัดสินใจขั้นสุดท้ายโดยผู้วิจัยทั้ง 2 คน

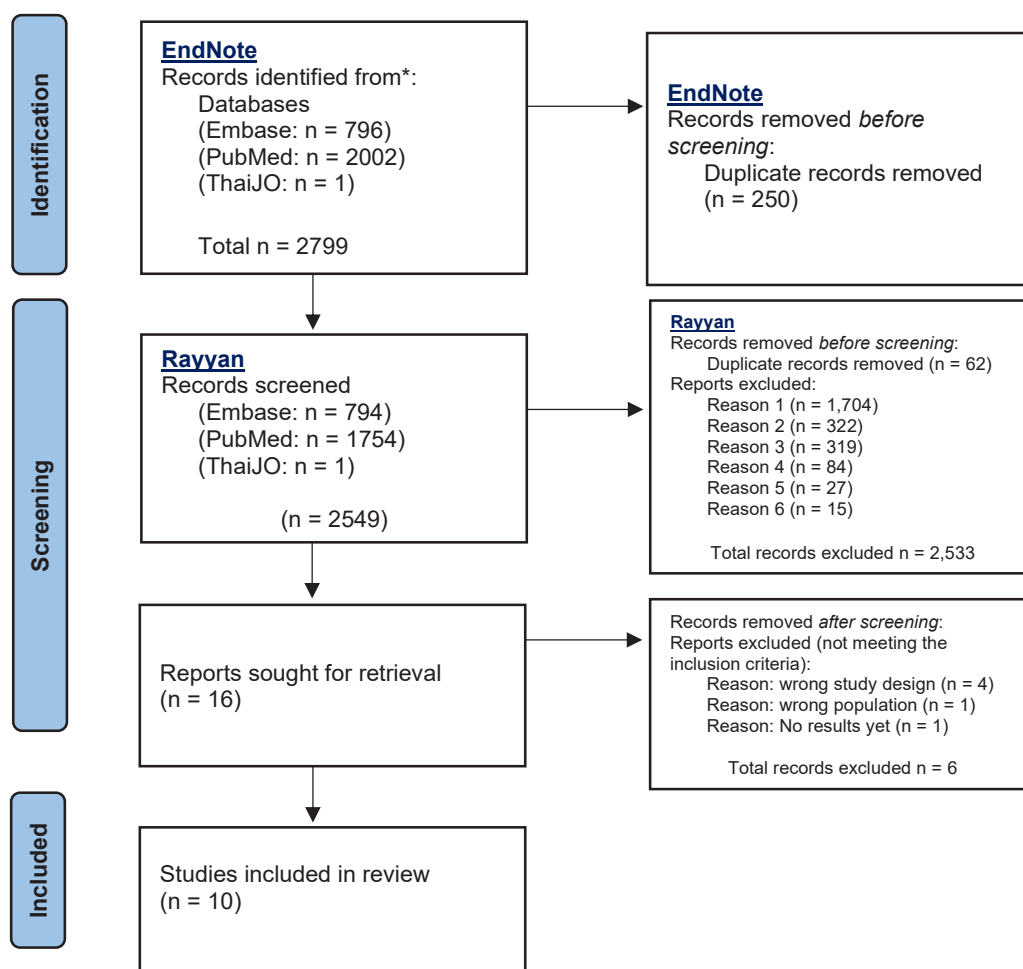
ปรึกษาและลงความเห็นร่วมกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผล

1. ผลการสืบค้นและคัดเลือกรงานวิจัย

จากการสืบค้นจากฐานข้อมูล พบบงานวิจัยจำนวน 2,799 เรื่อง ตัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกโดยใช้โปรแกรม EndNote เหลืองานวิจัยจำนวน 2,549 เรื่อง คัดเลือกรงานวิจัยจากการอ่านหัวข้อเรื่องและบทคัดย่อและตัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกอีกครั้งด้วยเว็บไซต์ Rayyan โดยงานวิจัยที่ถูกคัดออกเนื่องจาก 1) ที่มาและความสำคัญไม่ตรงกับโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตน 1,704 เรื่อง 2) รูปแบบงานวิจัยไม่ตรงกับรูปแบบ RCT 322 เรื่อง

3) กลุ่มตัวอย่างไม่ตรงกับเด็กวัยเรียน 319 เรื่อง 4) ผลลัพธ์ที่ศึกษาไม่ตรงกับความสามารถคิดบริหารจัดการตนหรือองค์ประกอบของความสามารถคิดบริหารจัดการตน 84 เรื่อง 5) ไม่ใช่งานวิจัยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ 27 เรื่อง และ 6) ประเภทสิ่งพิมพ์ไม่ตรงกับรูปแบบงานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ 15 เรื่อง เหลืองานวิจัย 16 เรื่อง การประเมินโดยการอ่านงานวิจัยฉบับสมบูรณ์พบว่า มีงานวิจัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าอีก 6 เรื่อง เนื่องจาก 1) วิจัยไม่ตรงกับรูปแบบ RCT 4 เรื่อง 2) กลุ่มตัวอย่างไม่ตรงกับเด็กวัยเรียน 1 เรื่อง และ 3) ไม่มีรายงานผลการศึกษา 1 เรื่อง ดังนั้น มีงานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรม 10 เรื่อง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกรงานวิจัยตาม PRISMA 2020 flow diagram

2. การประเมินคุณภาพของงานวิจัย

ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่า มีงานวิจัยที่มีอคติสูง 2 เรื่อง มีงานวิจัยที่ต้องพิจารณา 4 เรื่อง และงานวิจัยที่มีอคติต่ำ 4 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน 10 เรื่อง ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2012 ถึง 2021) การจำแนกคุณลักษณะของโปรแกรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นหลักการฝึกสติตามแนวทาง mindfulness-based stress reduction (MBSR) ของ Kabat-Zinn²⁴ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม จำนวน 6 เรื่อง การจำแนกตามจำนวนครั้งของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ จำนวน 6 เรื่อง เมื่อจำแนกตามความถี่ของโปรแกรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ทดลองจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน

7 เรื่อง สำหรับประเภทของผลลัพธ์ที่ศึกษาพบว่า งานวิจัยมีการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นองค์ประกอบของความสามารถคิดบริหารจัดการตนแตกต่างกัน แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) สมาธิ (attention) 2) ความจำขณะทำงาน (working memory) 3) การลดลงของปัญหาเชิงพฤติกรรม สมาธิ หรืออาการทางคลินิก 4) การควบคุมตนเอง (self-regulation) 5) สติ (mindfulness) และ 6) ความสามารถคิดบริหารจัดการตนโดยรวม โดยผลลัพธ์ที่งานวิจัยศึกษามากที่สุด คือ สมาธิ (attention) หรือสมาธิต่อเนื่อง (sustained attention) มีงานวิจัยที่ศึกษา 4 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าเพื่อนำมาทบทวนวรรณกรรมจำนวน 10 เรื่อง มีความแตกต่างกันมากทั้งขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐาน เช่น หลักการที่นำมาใช้พัฒนาโปรแกรม จำนวนกลุ่มการทดลอง ระยะเวลาที่ศึกษา และความถี่ของโปรแกรม รวมถึงผลลัพธ์

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วย RoB 2

รหัสงานวิจัย	ชื่อผู้แต่ง, ปี ค.ศ. ที่ตีพิมพ์	การประเมินคุณภาพงานวิจัย						ลำดับ บรรณานุกรม
		D1	D2	D3	D4	D5	overall	
1	Bauer CCC, et al., 2020	+	+	+	+	+	+	8
2	Britton WB, et al., 2014	+	!	+	+	+	-	9
3	Felver JC, et al., 2017	!	+	+	+	+	+	10
4	Guenther CH, et al., 2021	!	-	+	-	-	-	11
5	Huguet A, et al., 2019	+	!	+	+	+	!	12
6	Lawler JM, et al., 2019	+	+	+	+	+	+	13
7	Muratori P, et al., 2021	+	+	+	+	!	!	14
8	Schonert-Reichl KA, et al., 2015	+	+	+	+	+	+	15
9	Crescentini C, et al., 2016	+	+	+	+	!	!	16
10	White LS, 2012	+	+	+	+	+	+	17

(-) = งานวิจัยที่มีอคติสูง; (!) = งานวิจัยที่ต้องพิจารณา; (+) = งานวิจัยที่มีอคติต่ำ

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ของการวิจัย

แสดงผลลัพธ์ ของการวิจัย	รหัส งานวิจัย	เครื่องมือ ประเมินผลลัพธ์	ผลการศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม				กลุ่มควบคุมแบบ waitlist				p-value	Cohen's d	
				pre-test	post-test	follow up	pre-test	post-test	follow up	pre-test	post-test	follow up				
				(T1)	(T2)	(T3)	(T1)	(T2)	(T3)	(T1)	(T2)	(T3)	(T1)	(T2)	(T3)	T1 - T2
				mean (SD)		mean (SD)		mean (SD)		mean (SD)						
สมาธิ	1	SART (Go-Accuracy)	กลุ่มโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีคะแนน Go-Accuracy ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม coding training	0.90 (0.09)	-	-	-	0.90 (0.07)	-	-	-	-	.01	.47 (Cohen f2)		
		SART (No-Go-Accuracy)	ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในคะแนนด้าน No-Go Accuracy ก่อนและหลังการทดลอง	0.11 (0.08)	-	-	-	0.12 (0.10)	-	-	-	-	.9	.01 (Cohen f2)		
	3	ANT	กลุ่มโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีคะแนนด้าน conflict monitoring ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม waitlist control	117 (53)	77 (42)	-	-	-	-	138 (51)	111 (44)	-	.02	-0.16 (Cohen f2)		
	7	Bells Test-Speed	กลุ่มโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีการพัฒนา visual sustained attention	-0.15 (1.53)	0.41 (1.14)	-	-	-	-	-0.02 (0.99)	0.34 (1.20)	-	.233	0.11		
		Bells Test-Accuracy		-0.35 (1.10)	0.56 (0.56)	-	-	-	-	-0.30 (0.89)	-0.28 (1.00)	-	.002	0.77		
	4	CPI	กลุ่มโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีการพัฒนา working memory หลังการเข้าร่วมโปรแกรม Cogmed	ไม่มีข้อมูล เนื่องจาก working memory ไม่ได้เป็นผลลัพธ์หลักของการวิจัยนี้												< .0001
การลดลงของปัญหา เชิงพฤติกรรม สมาธิ หรืออาการทางคลินิก	2	YSR Internalizing Problems	หลังการทดลองคะแนนปัญหาพฤติกรรมทุกด้านมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มฝึกการเจริญสติและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วม African history course	12.5 (7.1)	10.4 (6.6)	-	-	13.7 (10.1)	10.6 (10.1)	-	-	-	-	> .05	All ds > .8	
		YSR Externalizing Problem		8.4 (5.8)	6.9 (5.2)	-	-	8.1 (6.1)	7.0 (5.6)	-	-	-	-			
		YSR Attention Problems		4.7 (2.7)	3.8 (2.6)	-	-	4.1 (2.5)	3.5 (2.8)	-	-	-	-			
	7	SDQ-Conduct	กลุ่มโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีการลดลงของคะแนนด้าน hyperactive behaviors มากกว่ากลุ่ม waitlist control	2.85 (1.66)	2.55 (1.46)	-	-	-	-	3.05 (1.09)	2.30 (2.07)	-	.192	0.1		
		SDQ-Hyperactivity		6.20 (2.60)	4.16 (2.50)	-	-	-	-	6.25 (1.88)	6.25 (1.83)	-	.000	0.59		

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ของการวิจัย (ต่อ)

แสดงผลลัพธ์ ของการวิจัย	รหัส งานวิจัย	เครื่องมือ ประเมินผลลัพธ์	ผลการศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			กลุ่มควบคุมแบบ waitlist			p-value	Cohen's d
				pre-test (T1)	post-test (T2)	follow up (T3)	pre-test (T1)	post-test (T2)	follow up (T3)	pre-test (T1)	post-test (T2)	follow up (T3)		
				mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)		
การลดลงของปัญหา เชิงพฤติกรรม สมาธิ หรืออาการทางคลินิก (ต่อ)	9	CTRS-R: Cognitive Problems/ Inattention CTRS-R (ADHD Index) CTRS-R (CGI: Restless-Impulsive)	ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้วิจัย ได้ปรับลดค่าแอลฟาหลังที่ระดับ 0.007 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม การเจริญสติเป็นฐานมีคะแนน ด้านCognitive Problems/Inattention, ADHD index และ CGI restless / impulsive ลดลง	49.81 (8.63)	47.75 (5.49)	-	45.73 (3.01)	45.6 (2.84)	-	-	-	-	.006	-
				48.06 (6.60)	46.37 (4.93)	-	46.33 (5.15)	46.46 (5.22)	-	-	-	-	.001	-
				48.25 (6.90)	46.62 (6.14)	-	45.86 (5.26)	45.73 (5.11)	-	-	-	-	.001	-
				50.68 (10.16)	48.75 (6.64)	-	46.73 (5.02)	46.53 (5.04)	-	-	-	-	.017	-
การควบคุมตนเอง	5	CBCL	หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเจริญสติ เป็นฐาน พบว่า กลุ่มเด็ก ADHD ที่เข้าร่วม โปรแกรมฯ มีระดับของ DESR ที่ลดลง	201.06 (20.72)	190.59 (19.53)	193.94 (20.08)	192.32 (23.08)	-	-	-	-	-	< .05	-
				.73 (.14)	.74 (.11)	.78 (.12)	.82 (.12)	-	.77 (.11)	.76 (1.7)	-	-	-	-
	6	Flanker task	เด็กที่เข้าร่วมกลุ่ม EFT มีการพัฒนา inhibitory control และ selective attention เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม inactive	18.0 (10.3)	22.5 (7.2)	16.4 (10.9)	19.7 (9.8)	-	18.3 (9.6)	20.9 (8.9)	-	-	-	-
				Star delay task										
				Dinky toys task										
				Emotion-induction GNG	.63 (.09)	.65 (.11)	.65 (.06)	.67 (.08)	-	.66 (.06)	.67 (.08)	-	-	-
	10	HSR	Self-esteem และ self-regulation เพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.001	-

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ของการวิจัย (ต่อ)

แสดงผลลัพธ์ ของการวิจัย	รหัส งานวิจัย	เครื่องมือ ประเมินผลลัพธ์	ผลการศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม				กลุ่มควบคุมแบบ waitlist		p-value	Cohen's d
				pre-test (T1)	post-test (T2)	follow up (T3)	pre-test (T1)	post-test (T2)	follow up (T3)	pre-test (T1)	post-test (T2)	follow up (T3)		
สติ	4	CAMM	ไม่มีการพัฒนาผลลัพธ์ด้าน mind-fulness อย่างมีนัยสำคัญ	25.23 (6.31)	23.45 (4.86)*	23.20 (5.67)**	24.67 (6.12)	26.33 (5.61)*	25.33 (6.15)**	-	-	-	-	
ความสามารถคิด บริหารจัดการตน โดยรวม	8	flanker switch trials	หลังการทดลอง เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรม MindUP มีคะแนน RTs ที่สั้นกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเข้าร่วม โปรแกรมความรับผิดชอบสังคมอย่างมีนัยสำคัญ	871.58 (245.93)	811.22 (208.02)	844.48 (16.58)*	943.64 (246.47)	864.75 (227.68)	879.86 (19.30)*	-	-	.04	-0.21	
		reverse flanker trials		616.64 (169.11)	577.65 (148.28)	622.03 (13.10)*	703.70 (201.84)	625.51 (149.72)	659.71 (12.84)*	-	-	.02	-0.31	
		incongruent hearts and flowers trials	หลังการทดลอง เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรม MindUP มีคะแนน RTs จาก incongruent hearts and flowers trials ที่สั้นกว่ากลุ่มควบคุม	395.57 (100.51)	389.63 (88.79)	398.82 (8.48)*	440.29 (124.94)	412.18 (98.06)	419.55 (8.43)*	-	-	.04	-0.22	

หมายเหตุ

SART = the sustained attention to response task; YSR = the youth self report; ANT = the attention network task; CPI = CogMed performance index; CAMM = child and adolescent mindfulness measure;
CBCL = the child behavior checklist; EFT = executive function training; CTRS-R = the Conners teacher rating scale-revised; DSM-IV= diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition;
HSR = the healthy self regulation subscale of the mindful thinking and action scale for adolescents; DESR = deficient emotional self-regulation.

* หมายถึง คะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเจริญสติเป็นฐาน

** หมายถึง คะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม Cogmed

ที่ประเมิน จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิภาพของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียนได้อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีผลต่อการพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตนเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านสติ โดยงานวิจัยของ Guenther และคณะ¹¹ พบว่า โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐาน parent-child mindfulness-based training (PC-MBT) ไม่มีผลต่อการพัฒนาทักษะสติในเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญ การประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยเครื่องมือ RoB 2 พบว่า งานวิจัยดังกล่าวมีอคติในระดับสูง เนื่องจากแบบสอบถามรายสัปดาห์มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับความเข้าใจในโปรแกรม PC-MBT ซึ่งอาจก่อให้เกิดอคติต่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกี่ยวกับเนื้อหาของโปรแกรม และงานวิจัยไม่ได้ระบุว่าใช้การวิเคราะห์ทางสถิติแบบเฉพาะในรายที่มีข้อมูลสมบูรณ์ (per protocol) หรือนำรายที่มีข้อมูลไม่ครบมาวิเคราะห์ด้วย (intention-to-treat) ส่วนผลลัพธ์ที่มีงานวิจัยศึกษามากที่สุด คือ สมาธิ (attention) หรือสมาธิแบบต่อเนื่อง (sustained attention) พบว่าโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานสามารถเพิ่มสมาธิของเด็กวัยเรียนในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม^{8,10,14} สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่พบว่าโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีผลเพิ่มสมาธิแบบต่อเนื่องในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น²⁵

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบว่างานวิจัยนำหลักการฝึกสติตามแนวทาง MBSR มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมมากที่สุด โดยงานวิจัยทุกเรื่องพบว่าแนวทาง MBSR ส่งผลต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน เช่น สมาธิ การควบคุมตนเอง และความจำขณะทำงาน หลักการฝึกสติตามแนวทางของ MBSR แตกต่างจากหลักการฝึกสติแบบอื่นตรงที่เน้นการพัฒนาให้เกิดองค์ประกอบ 7 ประการ ได้แก่ 1) การไม่ตัดสิน (non-judging) 2) ความใจเย็น (patience) คือ การรอคอยกับผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอย่างไม่ตัดสินหรือไม่กังวล 3) จิตใจของผู้เริ่มต้น (beginner's mind) คือ การเห็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและพร้อมจะเห็นสิ่งนั้นเหมือนกับตอนที่มองเห็นเป็นครั้งแรก 4) การไว้วางใจตัวเอง (trust) และความสามารถที่จะยอมรับ

ความผิดพลาดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ 5) การไม่ดิ้นรน หรือการไม่มุ่งมั่น (non-striving) 6) การยอมรับ (acceptance) คือ การตั้งใจมองเห็นสิ่งต่าง ๆ อย่างที่เป็น และ 7) การปล่อยวาง (letting go) หรือ การไม่ยึด (non-attachment)²⁴ อย่างไรก็ตามงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องที่ได้นำแนวทาง MBSR มาใช้มีความแตกต่างกันในเรื่องของเนื้อหาและรูปแบบของโปรแกรม จึงเป็นอุปสรรคในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรม เช่น การศึกษาของ Murator และคณะ¹⁴ เน้นการฝึกเจริญสติทั้งในช่วงที่เข้าร่วมโปรแกรมและฝึกเพิ่มเติมที่บ้าน มีระยะเวลา 9 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 90 นาที โดยมีการนำกิจกรรมอื่นที่นอกเหนือจากการนั่งสมาธิมาแทรก เช่น การอ่านนิทานหรือฟังเพลง วัดผลลัพธ์ด้านสมาธิแบบต่อเนื่องด้านการมองเห็น (visual sustained attention) ในขณะที่การศึกษาของ Crescentini และคณะ¹⁶ วัดผลลัพธ์ด้านสมาธิเช่นเดียวกัน แต่มีระยะเวลาการฝึกจำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยในแต่ละสัปดาห์มีระยะเวลาการฝึกที่นานขึ้น รวมถึงไม่มีการมอบหมายการบ้าน

โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มีระยะเวลาดั้งเดิมตั้งแต่ 6 - 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มีการฝึกเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีระยะเวลาในการฝึกแต่ละครั้งตั้งแต่ 40 - 90 นาที โดยโปรแกรมที่ใช้เวลาฝึก 5 - 10 นาทีต่อครั้งมีความถี่ 4 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และบางโปรแกรมมีระยะเวลาในการฝึกที่เพิ่มขึ้นในแต่ละครั้ง¹⁶ เนื่องจากงานวิจัยทั้ง 10 เรื่องมีความไม่เป็นเอกพันธ์ (heterogeneity) สูง จึงไม่สามารถวิเคราะห์ผลของระยะเวลาและความถี่ของโปรแกรมต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนได้อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัย 2 เรื่องที่มีรูปแบบ ระยะเวลา และความถี่ของโปรแกรม รวมทั้งผลลัพธ์ใกล้เคียงกัน ได้แก่ การศึกษาของ Felver และคณะ¹⁰ ซึ่งนำหลักการฝึกสติตามแนวทาง MBSR มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ปกครองและเด็กวัยเรียน ระยะเวลาของโปรแกรม 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 90 นาที และการศึกษาของ Muratori และคณะ¹⁴ ซึ่งนำหลักการฝึกสติตามแนวทาง MBSR มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนเพศชายที่มีโรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) และโรคดื้อต่อต้าน (oppositional defiant disorder: ODD) ระยะเวลาของโปรแกรม 9 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 90 นาที ทั้ง 2 เรื่องพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความสามารถคิดบริหารจัดการตนด้านสมาธิหรือสมาธิต่อเนื่องดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ได้แก่ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นอาจไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลเหล่านี้ได้โดยละเอียด ความไม่เป็นเอกพันธ์ของงานวิจัยทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน รวมทั้งไม่สามารถสรุปรูปแบบโปรแกรมที่เหมาะสมที่สุดสำหรับเด็กวัยเรียนได้ อย่างไรก็ตามผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตนและพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเจริญสติสำหรับเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะหลักการฝึกสติตามแนวทาง MBSR และระยะเวลาการฝึกซึ่งไม่ควรเกิน 90 นาทีต่อครั้งเนื่องจากเด็กอายุ 7 - 8 ปียังไม่มีความสามารถในการคงสมาธิในกิจกรรมที่ใช้ระยะเวลานาน¹⁶ รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับงานวิจัยในอนาคตที่ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเจริญสติในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่หลากหลายขึ้น เช่น กลุ่มเด็กพัฒนาการช้า กลุ่มเด็ก ADHD หรือกลุ่มเด็กพิเศษอื่น ๆ และศึกษาผลต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในด้านอื่น ๆ เช่น การควบคุมอารมณ์ (emotional control) การยับยั้ง (inhibitory control) และการยืดหยุ่นทางความคิด (cognitive/mental flexibility) ที่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้

สรุป

โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานมีผลการพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตน เช่น สมาธิ การควบคุมตนเอง และความจำขณะทำงาน ยกเว้นด้านสติ งานวิจัยมีการนำหลักการฝึกสติตามแนวทาง MBSR มาใช้ในการพัฒนา

โปรแกรมมากที่สุด ส่วนใหญ่มีการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ และมีความถี่ของโปรแกรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.อัจตรา ประเสริฐสิน ที่ให้คำแนะนำในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579 [National education plan 2017 - 2036]. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2560. น. 226.
2. ฐาปณีย์ แสงสว่าง, วิไลลักษณ์ ลังกา, ดารณี อุทัยรัตนกิจ, สุวพร เข้มเฮง. การพัฒนาตัวบ่งชี้ทักษะการบริหารการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรม สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา [A development of executive function skills indicators for elementary students]. วารสาร BU Academic Review. 2559;15(1):14-28.
3. Diamond A. Activities and programs that improve children's executive functions. Curr Dir Psychol Sci. 2012;21(5):335-41. doi:10.1177/0963721412453722.
4. Borella E, Carretti B, Pelegina S. The specific role of inhibition in reading comprehension in good and poor comprehenders. J Learn Disabil. 2010;43(6): 541-52. doi:10.1177/0022219410371676.
5. Duncan G, Dowsett C, Claessens A, Magnuson K, Huston A, Klebanov P, et al. School readiness and later achievement. Dev Psychol. 2007;43(6):1428-46. doi:10.1037/0012-1649.43.6.1428.
6. Gathercole S, Pickering S, Ambridge B, Wearing H. The structure of working memory from 4 to 15 years of age. Dev Psychol. 2004;40(2):177-90. doi:10.1037/0012-1649.40.2.177.
7. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. รายงานการพัฒนาเด็กและเยาวชน ประจำปี 2553 [Child and youth development report 2010]. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2555.

8. Bauer CCC, Rozenkrantz L, Caballero C, Nieto-Castanon A, Scherer E, West MR, et al. Mindfulness training preserves sustained attention and resting state anticorrelation between default-mode network and dorsolateral prefrontal cortex: a randomized controlled trial. *Hum Brain Mapp.* 2020;41(18):5356-69. doi:10.1002/hbm.25197.
9. Britton WB, Lepp NE, Niles HF, Rocha T, Fisher NE, Gold JS. A randomized controlled pilot trial of classroom-based mindfulness meditation compared to an active control condition in sixth-grade children. *J Sch Psychol.* 2014;52(3):263-78. doi:10.1016/j.jsp.2014.03.002.
10. Felver JC, Tipsord JM, Morris MJ, Racer KH, Dishion TJ. The effects of mindfulness-based intervention on children's attention regulation. *J Atten Disord.* 2017;21(10):872-81. doi:10.1177/1087054714548032.
11. Guenther CH, Stephens RL, Ratliff ML, Short SJ. Parent-child mindfulness-based training: a feasibility and acceptability study. *J Evid Based Integr Med.* 2021;26:2515690X211002145. doi:10.1177/2515690X211002145.
12. Huguet A, Izaguirre Eguren J, Miguel-Ruiz D, Vall Vallés X, Alda JA. Deficient emotional self-regulation in children with attention deficit hyperactivity disorder: mindfulness as a useful treatment modality. *J Dev Behav Pediatr.* 2019;40(6):425-31. doi:10.1097/DBP.0000000000000682.
13. Lawler JM, Esposito EA, Doyle CM, Gunnar MR. A preliminary, randomized-controlled trial of mindfulness and game-based executive function trainings to promote self-regulation in internationally-adopted children. *Dev Psychopathol.* 2019;31(4):1513-25. doi:10.1017/S0954579418001190.
14. Muratori P, Conversano C, Levantini V, Masi G, Milone A, Villani S, et al. Exploring the efficacy of a mindfulness program for boys with attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *J Atten Disord.* 2021;25(11):1544-53. doi:10.1177/1087054720915256.
15. Schonert-Reichl KA, Oberle E, Lawlor MS, Abbott D, Thomson K, Oberlander TF, et al. Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: a randomized controlled trial. *Dev Psychol.* 2015;51(1):52-66. doi:10.1037/a0038454.
16. Crescentini C, Capurso V, Furlan S, Fabbro F. Mindfulness-oriented meditation for primary school children: effects on attention and psychological well-being. *Front Psychol.* 2016;7:805. doi:10.3389/fpsyg.2016.00805.
17. White LS. Reducing stress in school-age girls through mindful yoga. *J Pediatr Health Care.* 2012;26(1):45-56. doi:10.1016/j.pedhc.2011.01.002.
18. วิภาวี เผ่ากันทรกร, นภา จิรัฐจินตนา. ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [Mindfulness-Based Program for depression]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2564;29(4):286-96.
19. Anantavorawong S, Narkpongphun A. The effects of a mindfulness therapy program on core symptoms of children with ADHD disorder. *International Journal of Child Development and Mental Health.* 2018;6(2):40-55.
20. พชรพล กิจบุญชูชัย, สุพร อภินันทเวช, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์. การศึกษานำร่องผลของกลุ่มบำบัดแบบเจริญสติ ต่อกระบวนการคิดขั้นสูงในนักเรียนชั้นประถมศึกษา [Pilot study of effect of mindfulness-based cognitive group therapy for improving executive function in elementary school children]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2563;65(1):3-14.

21. Mak C, Whittingham K, Cunnington R, Boyd R. Efficacy of mindfulness-based interventions for attention and executive function in children and adolescents—a systematic review. *Mindfulness*. 2018;9(1):59-78. doi:10.1007/s12671-017-0770-6.
22. Meltzer L. Executive function in education: From theory to practice. Meltzer L, editor. New York: Guilford Press; 2007. p. xvi, 320-xvi.
23. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. Assessing risk of bias in a randomized trial [Internet]. London: Cochrane Training; [cited 2022 Nov 1]. Available from: <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-08>
24. Kabat-Zinn J. Mindfulness meditation in everyday life In: Kabat-Zinn J, editor. *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion; 1994.
25. Slattery EJ, O’Callaghan E, Ryan P, Fortune DG, McAvinue LP. Popular interventions to enhance sustained attention in children and adolescents: a critical systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;137:104633. doi:10.1016/j.neubiorev.2022.104633.

ดัชนีชื่อเรื่อง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2565

ชื่อเรื่อง	ฉบับที่	หน้า
ก การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อายุ 6 - 18 ปี ที่รักษาด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นที่โรงพยาบาลศิริราช	1	1
การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางการวัดของแบบคัดกรองการรู้คิดทางโทรศัพท์ ฉบับภาษาไทย	1	13
การพัฒนาศักยภาพหมอผู้ให้เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต	1	24
การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้เล่นเกมมืออาชีพ : คุณลักษณะ เส้นทางอาชีพ และผลกระทบในมิติด้านจิตสังคม	1	38
การศึกษาต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมโดยการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	1	49
การศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยออทิซึม ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	1	64
การสำรวจระดับชาติเพื่อศึกษาระดับความสุขคนไทยรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2561	1	75
การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 : กรณีศึกษาชุมชนบ้านดง จังหวัดลำปาง	2	87
ค ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร	2	100
ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ	2	114
ความสอดคล้องและความเที่ยงของแบบวัดมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน ฉบับภาษาไทย	2	125
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกับความรุนแรงของภาวะขาดสุราในผู้ป่วยอุบัติเหตุ	2	137
คุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ในบริบทโรงเรียน	2	147
คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของมาตรวัดการเสพติดซื้อสินค้าออนไลน์สำหรับผู้ใหญ่ทำงาน	2	161
น แนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางเทคโนโลยี : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	2	171
ค ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดาและวิธีการในการเลี้ยงดูลูก	3	215
ป ปัจจัยทำนายการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียนในภาคกลางของประเทศไทย	3	184
ปัจจัยทำนายความงอกงามภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจของนักศึกษาจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย	3	199

ดัชนีชื่อเรื่อง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2565

	ชื่อเรื่อง	ฉบับที่	หน้า
ป	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19	3	211
	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร	3	222
	โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนในเด็กวัยเรียน : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	3	237
ผ	ผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน	3	250
	ผลของการให้วิตามินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะพร่องหรือขาดวิตามินดี : การศึกษาแบบเปิด	3	264
	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดของรอย สำหรับผู้ป่วยติดสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	4	276
	ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถด้านการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมติดปกติ	4	286
	ผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี	4	297
ภ	ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร	4	307
	ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	4	319
ร	ระบาดวิทยาของกลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556	4	331
ล	ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติ : การวิเคราะห์ระบบเผ่าระวังสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต	4	345
ภ	ภาวะแต่นมโตในผู้ชายที่เกิดจากยา sertraline ในผู้สูงอายุ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย	4	358
	ภาวะออทิสซึมในเด็กปฐมวัยที่ส่งสัยพัฒนาการไม่สมวัยหรือออทิสซึม : การศึกษานำร่องในจังหวัดเชียงใหม่	3	249
ร	ระดับสุขภาพจิตของแพทย์ไทยจบใหม่ จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19	3	201

Title index

Journal of Mental Health of Thailand 2022: 30 (1 - 4)

	Title	No.	Page
A	A qualitative study on professional gamers: characteristics, career path, and psychosocial impacts	3	250
	A study of suicidality and self-injury in patients with Autism at Yuwaprasart Waithayopathum hospital	2	125
B	Burnout among medical personnel of public hospitals in Chumphon province	3	211
	Burnout and related factors in health personnel form the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic	2	147
C	Capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling	3	184
D	Development and validation of the Thai version of the telephone-based cognitive screening tool (Thai-TeBCOG)	4	286
E	Effect of adaptation to family and community promotion program based on Roy's adaptation model for alcoholic patients after discharge from the hospital	1	49
	Effect of cognitive behavioral therapy program on emotional regulation in adolescent with gaming disorder	1	13
	Effect of the start over and survive intervention (SOS) on relapse reduction of methamphetamine use in patients with psychotic disorders	2	87
	Efficacy of vitamin D supplementation in patients diagnosed with major depressive disorder and vitamin D insufficiency or deficiency: an open-label study	1	1
	Epidemiology of anxiety disorders in Thailand: Thai national mental health survey2013	3	237
	Exposure-related factors of post-traumatic stress and depression among people affected by disasters in Thailand: an analysis of the crisis mental health surveillance system	3	222
	Factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance	2	161
F	Factors predicting cyberbullying perpetration and victimization among students in central Thailand	2	100
	Factors predicting posttraumatic growth in university students in southernmost Thailand	4	331
	Factors related to self-compassion among 10 th and 11 th grade students in Bangkok	1	64
	Prevalence of perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients in Bangkok	2	114

Title index

Journal of Mental Health of Thailand 2022: 30 (1 - 4)

	Title	No.	Page
G	Guidelines for the use of standard technology in psychological counseling: systematic review	2	171
H	Happiness in Thai Population: A 2018 National Survey Analysis at Provincial Level	1	75
M	Mental immunity in community during the COVID-19 pandemic: a case study of Ban Dong community, Lampang province	4	307
P	Prospective study of cost description of autism spectrum disorders at Yuwapasart Waithayopatum hospital	3	264
	Psychometric Properties of the Online Shopping Addiction Scale for Working Age Adult (OSAS-A)	1	24
R	Reliability and validity of resilience inventory 3-item version	4	297
T	The association between hypomagnesemia and severity of alcohol withdrawal in trauma patients	2	114
	The effects of mindfulness-based programs on the executive functions among the school-aged children: a systematic review	4	345
	The effectiveness of online mindfulness-based brief intervention program on stress and burnout among registered nurses in a hospital, Chonburi province	4	276
	The prevalence of depression and related factors among end-stage renal disease patients in a hemodialysis unit at Sakonnakhon hospital	2	137
	The validity and reliability of the rape myth acceptance scale Thai version	3	199
V	Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in school setting	1	38
W	Weight and height changes in patients aged 6 - 18 years with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with methylphenidate at Siriraj hospital	4	319

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2564

(Journal of Mental Health of Thailand 2021: 29 (1 - 4))

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ก	กนกพร ฤกษ์พรพาณิชย์	1	1	A	Achara Luecha	1	22
	กฤตยชญ์ อนวัชพงศ์	4	273		Aimorn Jiraphan	2	161
	กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์	1	34		Anusara Kraunual	2	177
	กัลยาณี โนนินทร์	1	69		Aree Cheevakasemsook	1	69
	กิงกาญจน์ ชูเมือง	2	125	B	Arpaporn Puengyod	2	137
	เกษร สายธนู	2	125		Auswin Rojanasumapong	1	1
	เกษรารักษ์ เคนบุผา	2	125		Bangonsri Jindawong	4	273
	เกษรารักษ์ เคนบุผา	4	333		Bhornsuree Kuvijitsuwan	2	149
ข	เขมิกา เขมะกนก สุตนาวา	1	56		Boonsiri Junsirimongkol	4	345
จ	จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์	3	201	C	Chadapim Phoasavasdi	2	137
	จินตนา ปรัชญาสันติ	2	137		Chaisiri Angkurawaranon	1	1
	จิรภา จรัสวณิชพงศ์	3	229		Chakriya Threeranate	1	56
	จุฑามาศ เกาแก้ว	3	229		Chalowat Inpa	1	1
	จุไรรัตน์ กีบาง	1	80		Chanvit Pornnoppadol	2	93
ฉ	ฉวีวรรณ แสงสว่าง	2	149		Chatwaroon Jampawan	3	189
	ฉัตรวรรณ จำปาวาน	3	189		Chaweewan Sangsawang	2	149
ช	ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์	2	137		Chompoonoot Kabkumba	4	297
	ชมพูนุท กาบคำบา	4	297		Chonticha Yamma	2	114
	ชลธิชา แยมมา	2	114	D	Darunee Padthulee	3	229
	ชลอวัฒน์ อินปา	1	1		Duangkamol Tangviriyapaiboon	3	249
	ชัยสิริ อังกระวรานนท์	1	1		Dutduan Tang-aree-arun	2	93
	ชาคริยา ธีรเนตร	1	56		Dutsadee Juengsiragulwit	2	114
	ชาญวิทย์ พรนภดล	2	93	I	Isaree Siriwankulthon	1	1
ท	ทิมมพร หอสิริ	2	93	J	Jarurin Pitanupong	3	201
ณ	ณัฐปน รัตนตรัย	2	114		Jeerapa Jarutwanitpong	3	229
ด	ดรณี ปัดธุลี	3	229		Jintana Prachayasunti	2	137
	ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบูลย์	3	249		Jurairat Keebang	1	80
	ดุขฎิ จีงศิริกุลวิทย์	2	114		Juthamart Khokeaw	3	229

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2565
(Journal of Mental Health of Thailand 2022: 30 (1 - 4))

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Name	No.	Page
ก	กษามาส วิชัยดิษฐ	3	211	A	Ananya Sinrachatanant	2	125
	กมลลักษณ์ มากคล้าย	2	147		Apichaya Rakkarn	1	64
	กฤษฎาเดช วงศ์เวชวิวัฒน์	3	264		Apinya Jarojorn	4	345
	กิตต์กวี โพธิ์โน	2	87		Araya Prasertchai	3	211
	กิริติ อ้นมัน	4	289		Arisa Harntecha	4	307
	กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ	4	331		Athip Tanaree	1	75
	โกศล วราอศวบัติ	2	87		Athip Tanaree	3	222
ข	ขจรศักดิ์ วรรณทอง	2	137		Attapol Attanak	4	289
จ	จักรี เสือกงลาด	4	289	B	Benjamas Prukkanone	1	75
	เจษฎา ไชยฤกษ์	3	222		Bungorn Supreda	1	75
	ไฉนช กัญจนภู	3	264		Bussakorn Somboon	1	49
ช	ชาญวิทย์ พรนภดล	3	250	C	Chanvit Pornnoppadol	3	250
	ชินอรส ลีสวัสดิ์	2	161		Chinoros Leesawat	2	161
	ชูชัย สมิทธิไกร	1	24		Chosita Pavasuthipaisit	1	38
	โชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ	1	38		Chuchai Smithikrai	1	24
ฐ	ฐิตยา วัจนวรรณ	4	289	D	Daraka Sangsuksai	1	13
ณ	ณัฐพร กังสวิวัฒน์	3	250	J	Jainuch Kanchanapoo	3	264
	ณัฐสุดา เตพันธ์	4	331		Jakree Suakonglad	4	289
ด	ดาราภา แสงสุขใส	1	13		Jetsada Chairerk	3	222
ท	เทอดศักดิ์ เดชคง	2	161	K	Kachamas Wichaidit	3	211
	เทอดศักดิ์ เดชคง	4	297		Kajornsak Wannatong	2	137
ธ	ธนวัฒน์ พืรวงศ์	2	114		Kamonluck Makhlai	2	147
	ธนาภรณ์ กองพล	2	171		Keerathi Oanmun	4	289
	ธัญญาภรณ์ คำแก้ว	2	171		Kitkawe Pono	2	87
	ธานินทร์ สุธีประเสริฐ	2	100		Koson Waraasawapati	2	87
	ธิดารัตน์ ทิพย์ชาติ	4	297		Kridsadanudej Wongwejiwat	3	264
	ธีรรัตน์ แทนคำ	3	264		Kullaya Pisitsungkagarn	4	331
	นันทิชา ถาวรไพบูลย์บุตร	4	289	L	Lalita Chuaytawee	4	289

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2565

(Journal of Mental Health of Thailand 2022: 30 (1 - 4))

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
น	นพพร ตันติรังสี	2	87	L	Luechanya Thanaphakawat	2	161
	นพพร ตันติรังสี	2	147	M	Malee Katekaew	3	222
	น้ำทิพย์ หวังวิวัฒน์เจริญ	4	319		Metta Lertkiatratchata	3	222
	เนตรนภิศ กองอุดมการ	3	199	N	Namtip Wungvivatchareon	4	319
บ	บังอร สุปรีดา	1	75		Nattaporn Kangsawiwat	3	250
	บุษกร สมบูรณ์	1	49		Nattasuda Taephant	4	331
	เบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์	1	75		Nednapit Kongudomkarn	3	199
ป	ปกกมล เหล่ารักขาวัช	3	211		Nonticha Thavornpaiboonbud	4	289
	ปทานนท์ ขวัญสนิท	3	237		Nopporn Tantirangsee	2	87
	ปนัดดา ธนเศรษฐกร	4	345		Nopporn Tantirangsi	2	147
	ปราณูชลี คงศรี	4	289	O	Orathai Chiamdamrat	4	307
	ปราณี จันทะโม	2	87		Orawan Silpakit	1	1
	ปริญญ ชูประดิษฐ์	1	24	P	Paitoon Samuthrsindh	1	1
	ปัญจรัตน์ ไส้สุวรรณชาติ	2	100		Pakchanok Theinviharn	1	13
	ปิยะสุดา แผงสภา	3	184		Panadda Thanasetkorn	4	345
	ผนิทร แชมเดช	4	289		Panintorn Chamdet	4	289
	พจิรา ปรีวัชรกุล	3	199		Panjarut Laisuwannachart	2	100
พ	พริษฐ์ โพธิ์งาม	4	276		Parit Phongam	4	276
	พัทธรชนก เทียนวิหาร	1	13		Passakorn Koomsiri	2	171
	พัชรินทร์ เสรี	4	345		Passana Gunadhipadana	4	297
	พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	1	75		Patanon Kwansanit	3	237
	พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	2	147		Patcharin Seree	4	345
	พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	3	237		Phopthorn Wuttiham	4	297
	พาสณา คุณาธิวัฒน์	4	297		Phunnapa Kittirattanapaiboon	2	147
	พิชัย อธิฐานสกุล	1	64		Phunnapa Kittirattanapaiboon	1	75
	พิธาน โฆษิตชัยวัฒน์	3	264		Phunnapa Kittirattanapaiboon	3	237
	ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์	1	1		Pichai Ittasakul	1	64
ภ	ภพธร วุฒิหาร	4	297		Pinyo Itsarapong	1	13

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2565
(Journal of Mental Health of Thailand 2022: 30 (1 - 4))

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ภ	ภาสกร คุ่มศิริ	2	171	P	Pithan Kositchaivat	3	264
	ภิญโญ อีสรพงศ์	1	13		Piyasuda Pangsapa	3	184
ม	มาลี เกตแก้ว	3	222		Pokkamol Laoraksawong	3	211
	เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ	3	222		Pornjira Pariwatcharakul	3	199
ร	รสสุคนธ์ ชมชื่น	1	1		Pranchalee Khongsri	4	289
	รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล	1	38		Pranee Jantamo	2	87
ล	ลลิตา ช่วยทวี	4	289		Priyanut Wutti Chupradit	1	24
	ลือจรรยา ธนภักดิ์	2	161	R	Rattanasak Santitadukul	1	38
ว	วงศ์พรรณ มาลารัตน์	4	307		Rossukon Chomchuen	1	1
	วรท ลำไย	2	87	S	Sirawit Wongudommongkol	4	289
	วรวรรณ จุฑา	2	147		Sirinadda Punyapas	3	199
	วรวรรณ จุฑา	3	237		Somboon Hataiyusuk	3	250
	วิฒนะ พรหมเพชร	4	331		Soontaree Srikosai	1	49
	วิฒนารี อัมมวรรณ	4	289		Srirat Lormphongs	4	276
	วัลลภ อัจฉริยะสิงห์	1	64		Sunisa Suktrakul	1	13
	วัลลภ อัจฉริยะสิงห์	4	319		Supaporn Bunsiriluck	2	100
	วัลลภ อัจฉริยะสิงห์	4	345		Supat Chupradit	1	24
	วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์	3	250		Supawit Santape	2	171
	วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน	1	38		Suporn Apinantavech	1	64
	วิรัตน์ ขอระสี	4	307		Surintorn Inpa	4	307
	วีร์ เมฆวิสัย	3	237		Suttha Supanya	3	237
ศ	ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์	4	276		Suwapab Techamahamaneerat	3	264
	ศุภวิชญ์ แสนเทพ	2	171	T	Tanin Suteeprasert	2	100
ส	สมบุญ หทัยอยู่สุข	3	250		Tanyaporn Kamkaew	2	171
	สิริวิชญ์ วงศ์อุดมมงคล	4	289		Terdsak Detkong	2	161
	สินัดดา ปัญญาภาส	3	199		Terdsak Detkong	4	297
	สุทธา สปัญญา	3	237		Thanapond Kongpon	2	171
	สุนทรี ศรีโกไสย	1	49		Thanawat Peerawong	2	114

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2565

(Journal of Mental Health of Thailand 2022: 30 (1 - 4))

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ส	สุนิศา สุขตระกูล	1	13	T	Theerarat Tan-khum	3	264
	สุพร อภินันท์เวช	1	64		Thidarat Tipchot	4	297
	สุภัทร ชูประดิษฐ์	1	24		Thitiya Wangkawan	4	289
	สุภาพร บุญศิริลักษณ์	2	100	W	Wanlop Atsarivasing	4	345
	สุนทร อิวปา	4	307		Wanlop Atsariyasing	1	64
	สุภาพ เตชะมทมนิรัตน์	3	264		Wanlop Atsariyasing	4	319
อ	อชิบ ตันอารีย์	1	75		Warot Lamyai	2	87
	อชิบ ตันอารีย์	3	222		Wattana Prohmpetch	4	331
	อณัญญา สิ้นรัชชานนท์	2	125		Watthanaree Ammawat	4	289
	อภิญญา รักการ	1	64		Wee Mekwilai	3	237
	อภิญญา จะโรจร	4	345		Wimontip Musikaphan	3	250
	อรัญญ์ เจียมคำรัส	4	307		Wimonwan Panyawong	1	38
	อรรณณ คิลปกิจ	1	1		Wirat Salrasee	4	307
	อริสา หาญเดชะ	4	307		Wongpan Malarat	4	307
	อัฐพล อัฐนาค	4	289		Worawan Chutha	2	147
	อารยา ประเสริฐชัย	3	211		Worawan Chutha	3	237



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ 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 ในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : systematic review) โดยให้ใช้ PRISMA guideline 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 (เฉพาะประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ) จากนั้นสมัครสมาชิก และ submission ทาง <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht> โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (link แบบฟอร์มท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ด้วยข้อมูลการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail address ของผู้พิมพ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author)

ทั้งนี้การพิจารณาถ้อยแถลงของบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

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

3. บทคัดย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทคัดย่อแต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิจัย 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

ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่ต้องจัดหน้าชิดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่อง **ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ** (ไม่รวมใบนำส่ง) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

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

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วย ชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพไม่เกิน 5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเรื่อง โดยแสดงเป็นตัวเลขยก ไม่มีวงเล็บ เช่น XX¹ การอ้างอิง 2 รายการต่อเนื่องกันใช้เครื่องหมาย “,” คั่น เช่น XX^{1,2} การอ้างอิง 3 รายการขึ้นไปต่อเนื่องกัน ใช้เครื่องหมาย “-” คั่น เช่น XX⁵⁻⁷ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสาร

1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1 - 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า

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

Kittirattanapaiboon P, Srikosai S, Wittayanookulluk A. Methamphetamine use and dependence in vulnerable female populations. Curr Opin Psychiatry. 2017;30(4):247-52. doi:10.1097/YCO.0000000000000335.

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(2):152-59.

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกันกับข้อ 1.1.1

Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. Siriraj Med J. 2015;67(1):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(7):828-36. doi:10.1001/jama.292.7.828.

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

Glauser 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(4):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. 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

2.2 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

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 พ.ศ. 2560; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 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 วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [Thailand health profile 2005-2007] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: 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/plusdictionary.html>

4.2 โชมเพจ/เว็บไซต์

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

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). เตรียมตัวรับมือ Cyberbullying [Prepare for Cyberbullying] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มี.ค. 2564]. จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/53960-เตรียมตัวรับมือ%20Cyberbullying.html>

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 หาระภูมิ. 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. 26th 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

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

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

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 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



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 67 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2565

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	A
บทความพิเศษ	
พัฒนาการของจิตเวชศาสตร์การนอนหลับในประเทศไทย พิเชษฐ อุดมรัตน์	297
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็กติดเกม สิรินยา กฤษณามระ, ศรินดา จันทร์เพ็ญ, พิชญา ตันธนวิกรัย, ชานูวิทย์ พรนภดล	304
การเสริมสร้างทักษะทางวิชาการและทักษะทางสังคมของเด็กนักเรียนประถมศึกษา ที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมด้วยโปรแกรมการสอนอย่างเข้มข้นและสำเร็จรูป ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์, จรรยา บุญมีประเสริฐ, รมย์วรินทร์ กำลังเลิศ, เบญจมาภรณ์ ช้อยเครือ, อรจิรา จะเรบรมย์, จรินทร์ บุญสุชาติ, ศักดาเดช สิงคบุตร, กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ชณิตพร ชลไพร, พรชนก ทานา, สุชาติ พหลภาคย์	317
ความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวสำหรับใช้ในเยาวชนไทย สุนทรี ศรีโกสโย, ชฎาพร คาฟู, อนงค์พร ต๊ะดา, ณัฏฐ์พิมล วงศ์เมือง, อุไรวรรณ วงศ์ปิติ, ภัสณีตรา เกตุกาญจน์กุล, อรพรรณ แอบไธสง, พรทิพย์ ธรรมวงศ์	329
การใช้แบบทดสอบการอ่าน SWU-TU reading และแอปพลิเคชัน Kidarn เพื่อคัดกรองเด็กนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 ที่มีปัญหาการอ่านในโรงเรียนจังหวัดปทุมธานี อิสราภา ชื่นสุวรรณ, ภาสกร ศรีทิพย์สุข, กนกพร วิบูลพัฒน์วงศ์, สุปิยา เจริญศิริวัฒน์	342
การสำรวจความคิดเห็นของเด็กลำปางในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทยด้วยแบบทดสอบ Tower of London - Drexel University 2 nd Edition test (TOL ^{DXTM}) หัตถ์กร สำเร็จดี, ชณิตพร ชลไพร	355
การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึ่งมาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ด้วยปัญหาทำร้ายตนเอง การวิเคราะห์โดยสถิติระยะปลอดเหตุการณ์ วิมลรัตน์ ชัยปราการ, เกวลี แก้วกิตติกุล, มาโนช หล่อตระกูล	364
ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการมีนักศึกษาแพทย์ในกระบวนการรักษา แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามธิบดี อัสนา จิสวัสดิ์, อัมพร ปิติธรรมภรณ์	376
คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการประชุมผ่านวิดีโอ ฉบับภาษาไทย (ZEF-T) วีระวินทร์ เจริญพร, ศิรัช หาดูวิวัฒน์กุล, คณาธิป จงมีความสุข, รินดี สีนะวัต, กรวิชัย หาดูวิวัฒน์กุล, ธรรมนาถ เจริญบุญ	386
สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย	397

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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