



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

วารสาร

# สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2566  
Volume 31 Number 2 April - June 2023  
[www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht)



สุขภาพจิตของกลุ่มแอลจีบีทีคิวพลัส  
พิเชษฐ อุดมรัตน์



ระบาดวิทยาของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย  
ระดับชาติปี พ.ศ. 2556  
วรวรรณ จุฑา, นพพร ตันติรังสี, กมลลักษณ์ มากคล้าย



พฤติกรรมการใช้ชีวิต การติตราและการกีดกันทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ  
ของนักศึกษาชายรักชายในภาคเหนือ  
เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น, เสกสรรค์ ทองดีบ



ปัจจัยจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน  
ภิญญดา มัญยานนท์, วิธัญญา วัฒนโธ



การแปลแบบข้ามวัฒนธรรมและการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล  
ฉบับภาษาไทย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด  
วชิระ สุริยะวงศ์, ปณวัตร สันประโคน



บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทย  
เสาวลักษณ์ พุ่มแซม, ปวีณา อุตตะมี, นาวิณี เครือหงษ์



ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา  
ของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท : การทบทวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ  
ชมพูพทุท กาบคำบา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, เนตรชนก แก้วจันทา, ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์

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.พิเชษฐ อุดมรัตน์ กรรมการสมาคมจิตแพทย์โลกตัวแทน  
ภาคพื้นเอเชียใต้  
พญ.พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

## บรรณาธิการ

ดร.นพ.อชิ 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 อัยนังค์กรชัย 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 ปัญญายาง 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 นางสาวจันทร์รัตน์ พงษ์พิยะ

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

# วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต มีนโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์ คือ เป็นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ

## กำหนดออก:

ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน)

เดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม

## ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

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

## การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย  
สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต  
88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี  
จ.นนทบุรี 11000  
โทร. 0-2590-8254, 8561 โทรสาร 0-2149-5539  
e-mail: [jmht@dmh.mail.go.th](mailto:jmht@dmh.mail.go.th) / [jmht.dmh@gmail.com](mailto: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 focus and scope is a new knowledge of research and academic work in mental health and psychiatry or useful in exchanging knowledge at the national level.

### Free subscription:

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

### Download and Submission:

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

### Contact:

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

### Remark:

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

### 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 Kamklang, 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 31 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2566

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| สารบัญ                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | หน้า                                       |
| บรรณาธิการแถลง                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | A                                          |
| บทบรรณาธิการ                           | สุขภาพจิตของกลุ่มแอลจีบีทีคิวพลัส<br>พิเชฐ อุดมรัตน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | A1                                         |
| นิพนธ์ต้นฉบับ                          | <p>ระบาดวิทยาของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556<br/>วรวรรณ จูฑา, นพพร ตันติรังสี, กมลลักษณ์ มากคล้าย</p> <p>พฤติกรรมการใช้ชีวิต การตีตราและการกีดกันทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของนักศึกษาชายรักรายในภาคเหนือ<br/>เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น, เสกสรรค์ ทองดีบ</p> <p>ปัจจัยจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของ<br/>ผู้ใหญ่วัยทำงาน<br/>ภิญญดา มัญยานนท์, วิธัญญา วัฒนโธ</p> <p>การแปลแบบข้ามวัฒนธรรมและการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของ<br/>แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี<br/>ปัญหาการรู้คิด<br/>วชิระ สุริยะวงศ์, ปณวัตร สันประโคน</p> | <p>92</p> <p>106</p> <p>121</p> <p>130</p> |
| บทความปริทัศน์                         | บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต<br>ของประชาชนไทย<br>เสาวลักษณ์ พุฒแฮม, ปวีณา อุตตะมี, นาวิณี เครือหงษ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 142                                        |
| การทบทวรรณกรรม<br>อย่างเป็นระบบ        | ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือ<br>ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท : การทบทวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ<br>ชมพูนุท กาบคำบา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, เนตรชนก แก้วจันทา, ญัฐพัชร สุนทโรวิทย์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 151                                        |
| คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | I                                          |
| สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

# Journal of Mental Health of Thailand

Volume 31 Number 2 April - June 2023

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| CONTENTS PREFACE                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 | Page |
| EDITORIAL ORIGINAL                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 | A    |
| EDITORIAL ARTICLES                                                     | Mental health of LGBTQ+<br>Pichet Udomratn                                                                                                                                                                                                                      | A1   |
| ORIGINAL ARTICLES                                                      | Epidemiology of impulse control disorders in Thailand: Thai national<br>mental health survey 2013<br>Worawan Chutha, Nopporn Tantirangsi, Kamonluck Makkhlai                                                                                                    | 92   |
|                                                                        | Lifestyle, social stigma and discrimination, and life satisfaction in terms<br>of sexuality disclosure among homosexual male university students<br>in northern Thailand<br>Eakasit Chaipin, Sakesun Thongtip                                                   | 106  |
|                                                                        | Psychosocial factors related to work-life balance in working adults<br>Bhinyada Monyanon, Vitanya Vanno                                                                                                                                                         | 121  |
|                                                                        | Cross-cultural translation, validity, and reliability of the Thai version<br>of the relative stress scale among relative caregivers of older adults<br>with cognitive impairment<br>Wachira Suriyawong, Panawat Sanprakhon                                      | 130  |
| REVIEW ARTICLE                                                         | Roles of local government administration in mental health promotion<br>and prevention in Thailand<br>Saowaluk Putsam, Paweena Uttamee, Navinee Kruahong                                                                                                         | 142  |
| SYSTEMATIC<br>REVIEW                                                   | The effects of motivational interviewing programs on medication<br>adherence behaviors in patients with schizophrenia spectrum disorders:<br>a systematic review<br>Chompoonoot Kabkumba, Somporn Rungreangkulkij, Netchanok Kaewjanta,<br>Nuttaphat Suntarowit | 151  |
| INSTRUCTION TO AUTHORS                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 | I    |
| CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND |                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

## บรรณาธิการแถลง

เดือนมิถุนายนของทุก ๆ ปี นับเป็นอีกหนึ่งวาระสำคัญที่ชุมชนกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ หรือ แอลจีบีทีคิวพลัส (LGBTQ+) จะออกมาพร้อมพลังจัดกิจกรรมเฉลิมฉลองหลากหลายรูปแบบ รวมทั้งการเปิดเวทีสนทนาให้ความรู้เรื่องสิทธิและความเท่าเทียมต่าง ๆ โดยเดือนนี้มักเป็นที่รู้จักในอีกชื่อหนึ่งว่า “pride month” โดยการดูแลด้านสุขภาพจิตก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคนกลุ่มนี้ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ. 2566 มีบทความเกี่ยวกับ LGBTQ+ ถึง 2 เรื่อง คือ บทบรรณาธิการ เรื่อง สุขภาพจิตของกลุ่มแอลจีบีทีคิวพลัส โดย พิเชฐ อุดมรัตน์ และนิพนธ์ตันฉบับเรื่อง พฤติกรรมการใช้ชีวิต การติตราและการกีดกันทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของนักศึกษาชายรักชายในภาคเหนือ โดย เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น และเสกสรรค์ ทองดี

และยังมีบทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ที่หลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเป็นบทความประเภท นิพนธ์ตันฉบับ ดังนี้ เรื่อง ระบาดวิทยาของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 โดย วรพรรณ จุฑา และคณะ เรื่อง ปัจจัยจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่ทำงาน โดย ภิญญดา มัญญานนท์ และวิธัญญา วัฒนโธ เรื่อง การแปลแบบข้ามวัฒนธรรมและการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด โดย วชิระ สุริยะวงศ์ และปณวัตร สันประโคน นอกจากนี้ยังมีการทบทวนกรณีอย่างเป็นระบบ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท โดย ชมพูนุท กาบคำบา และคณะ และบทความปริทัศน์ เรื่อง บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทย โดย เสาวลักษณ์ พุ่มแซม และคณะ

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

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ



## บทบรรณาธิการ Editorial article

# สุขภาพจิตของกลุ่มแอลจีบีทีคิวพลัส (Mental health of LGBTQ+)

พิเชฐ อุดมรัตน์, พ.บ.  
บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

Pichet Udomratn, M.D.  
Honorary Editor

เดือนมิถุนายนถือว่าเป็น pride month เกิดจากเหตุการณ์เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน ค.ศ. 1969 ซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจได้บุกเข้าไปในสโตนวอลล์อินน์ (Stonewall Inn) ที่เป็นบาร์เกย์ในหมู่บ้านกรีนวิช มหานครนิวยอร์ก ทำให้เกิดความตึงเครียดและกลายเป็นเหตุการณ์จลาจลครั้งใหญ่ในที่สุด การจลาจลนี้กลายเป็นตัวเร่งให้เกิดขบวนการเรียกร้องสิทธิความเท่าเทียมทางเพศ กระตุ้นให้ผู้คนแสดงตนมากขึ้นที่เรียกว่า come out เพื่อเรียกร้องสิทธิของความเท่าเทียม และในปีต่อมาเดือนมิถุนายน ได้เกิดการเดินขบวนเพื่อรำลึกถึงเหตุการณ์การจลาจลในครั้งนั้น ทั้งในสหรัฐอเมริกาและอีกหลายประเทศ<sup>1</sup> ในที่สุดกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศจึงได้จัดกิจกรรมในเดือนมิถุนายนของทุกปี เพื่อแสดงออกเชิงสัญลักษณ์ถึงความภาคภูมิใจและความชอบในตัวตนที่แท้จริง ซึ่งความภูมิใจที่เกิดขึ้นนั้นต้องแลกมาด้วยความเจ็บปวดจากการโดนดูถูก การใช้ความรุนแรง และการเลือกปฏิบัติของสังคม โดยการแต่งกาย การเดินขบวนพาเหรดได้มีสีสันสดใสหรือเป็นสีรุ้งเพื่อเป็นการแสดงออกและเฉลิมฉลองถึงความภาคภูมิใจที่ได้รับ เรียกเทศกาลนี้ว่า เทศกาลไพรด์ (pride festival)

สำหรับประเทศไทยเคยมีการจัดงานไพรด์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2542 ในชื่อ Bangkok gay festival เพื่อสร้างความรับรู้และความเข้าใจในสังคม และรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ หลังจากนั้นก็มีจัดงานเรื่อยมาอีกหลายครั้งแต่ต้องหยุดไป

ในปี พ.ศ. 2560 จนเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ได้มีการจัดงาน Bangkok Naruemit pride โดยเครือข่ายเพื่อความเท่าเทียมทางเพศขึ้นมาอีกครั้ง สำหรับในปี พ.ศ. 2566 นี้ งานไพรด์พาเหรดที่กรุงเทพฯ ถูกจัดขึ้นเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน และยังได้มีการจัดงานนี้ในประเทศไทยอีกอย่างน้อย 6 จังหวัด ตลอดช่วงเดือนมิถุนายน<sup>2</sup> โดยปัจจุบันมีกว่า 80 ประเทศทั่วโลกที่มีการจัดขบวนไพรด์พาเหรดดังกล่าว

ในช่วงแรกของการจัดงานนั้น ได้มีชื่อเรียกแตกต่างกันไปตั้งแต่ gay parade, gay and lesbian parade, LGBT parade ฯลฯ และมีวัตถุประสงค์ในการจัดงานแตกต่างกันไปในแต่ละยุคสมัย ตั้งแต่ระลึกถึงเหตุการณ์ “จลาจลสโตนวอลล์” เรียกร้องสิทธิการยอมรับในสังคมของเพศทางเลือก เฉลิมฉลองให้กับความหลากหลายทางเพศ ฯลฯ โดยเฉพาะประเด็นการเรียกร้องสิทธิทางกฎหมายนั้น แรกเริ่มเดิมทีในหลายประเทศจะเป็นการเรียกร้องให้ยกเลิกกฎหมาย Sodomy law ที่มีบัญญัติว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคนเพศเดียวกันเป็นความผิดทางอาญา ก่อนจะค่อย ๆ ขยับมาเป็นการเรียกร้องสิทธิทางกฎหมายอื่น ๆ เช่น กฎหมายสมรสเท่าเทียม หรือกฎหมายป้องกันการเลือกปฏิบัติอันมาจากความแตกต่างทางเพศ หรือแม้กระทั่งหลักประกันความเสมอภาคความเท่าเทียมกันในรัฐธรรมนูญ<sup>3</sup>

ติดต่อผู้พิมพ์ : พิชเชฐ อุดมรัตน์; email: pudomratn74@gmail.com

สำหรับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งปัจจุบันนิยมใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า LGBTQ+ (แอล-จี-อี-คิว-พลัส) นั้น โดยตัวอักษรภาษาอังกฤษแต่ละตัว คือตัวแทนของความหลากหลายทางเพศแบบใดแบบหนึ่งตามเพศวิถี ดังนี้

L - lesbian (เลสเบี้ยน) : หญิงรักหญิง

G - gay (เกย์) : ชายรักชาย

B - bisexual (ไบเซ็กชวล) : ชายหรือหญิงที่มีความรักกับเพศเดียวกัน หรือเพศตรงข้ามก็ได้

T - transgender (ทรานส์เจนเดอร์) : ผู้ที่เปลี่ยนแปลงเพศสภาพของตน ไปเป็นเพศตรงข้าม

Q - queer (ควีร์) : คนที่ไม่จำกัดตนเองเป็นเพศใด ๆ และไม่เกี่ยวกับเพศสภาพ

และตัวย่อนี้ ยังรวมถึงบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศอื่น ๆ (+) อีกด้วย<sup>4</sup>

ปัจจุบันในทางการแพทย์บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศไม่ได้ “เป็นโรค” หรือ “มีความผิดปกติทางจิต” แต่อย่างใด โดยใน ICD-11 ขององค์การอนามัยโลก ได้ถอดกลุ่มนี้ออกจากความผิดปกติทางจิตแล้ว<sup>5</sup> ทั้งนี้ในขณะที่ผู้เขียนได้รับเชิญจากองค์การอนามัยโลกให้ไปเป็นกลุ่มที่ปรึกษานานาชาติ (international advisory group)<sup>6</sup> ในการทบทวน ICD-10 และพัฒนา ICD-11 ก็ได้มีการอภิปรายในเรื่องนี้

อย่างไรก็ตาม ได้มีรายงานว่าผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศบางคน ประสบปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือมีอาการนอนไม่หลับ โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัว ชุมชน หรือสังคม หรือในบางรายถูกตีตราจากสังคม บางรายถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น ดังนั้นปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มบุคคลเหล่านี้สมควรจะได้รับความสนใจอย่างจริงจัง เปิดโอกาสให้ได้เข้าถึงบริการในระบบสุขภาพจิตให้มากขึ้น โดยบุคลากรทางการแพทย์จะต้องมีเจตคติในทางบวกต่อบุคคลกลุ่มนี้ รวมทั้งต้องมีความตระหนักรู้ต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ (gender sensitive) ซึ่งได้มีผู้ทบทวนและเสนอแนะไว้แล้ว<sup>7</sup>

ผู้เขียนขอเสนอเพิ่มเติมว่า ตั้งแต่การทำவேระเบียบในช่องที่ให้ระบุเพศ ซึ่งในแบบฟอร์มของโรงพยาบาลทั่วไป จะมีให้เลือกเฉพาะเพศชายหรือเพศหญิงเท่านั้น ควรเพิ่มช่องอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย ควรมีคลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม ควรมีห้องน้ำสำหรับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศนอกเหนือจากห้องน้ำชาย ห้องน้ำหญิง และห้องน้ำสำหรับคนชราหรือผู้พิการ นอกจากนี้บรรยากาศในโรงพยาบาลควรเป็นมิตร (friendly) กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน เพื่อเคารพถึงความเท่าเทียมกัน ไม่เกิดความเหลื่อมล้ำเนื่องจากเพศสภาพ และเคารพในสิทธิมนุษยชน จะทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่น่าอยู่สำหรับคนทุกวัยและทุกเพศสภาพ และทำให้ผู้มีความหลากหลายทางเพศได้อยู่อย่างมีความสุข<sup>8</sup>

### เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 9 แอร์พอร์ต. “Pride Month” เดือนแห่งความภูมิใจของ LGBTQ ความหลากหลายทางเพศ ที่เท่าเทียม [“Pride Month” is a month of pride for LGBTQ gender equality]. สมุทรปราการ: โรงพยาบาล; 2566 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิ.ย. 2566]. จาก: <https://ch9airport.com/pride-month/#:~:text=Pride%20Month%20เกิดจากเหตุการณ์,คนแสดงตนมากขึ้น>
2. บริษัท บางกอก มีเดีย แอนด์ บรอดคาสติ้ง จำกัด (PPTV HD36). รวมที่เที่ยวงาน “Pride Month” [Including attractions for “Pride Month”]. กรุงเทพฯ: บริษัท; 2 มิ.ย. 2566 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิ.ย. 2566]. จาก: <https://www.pptvhd36.com/travel/thailand/197787>
3. ประชาไท. Rocket media lab: กว่าจะได้เดินอย่าง ‘ไพรด์’ สำนวณพาเหรดงานไพรด์และกฎหมายสมรสเท่าเทียมทั่วโลก [Rocket media lab: walking like ‘Pride’ exploring pride parades and marriage equality laws around the world]. กรุงเทพฯ: ประชาไท; 4 มิ.ย. 2566 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิ.ย. 2566]. จาก: [https://prachatai.com/journal/2022/06/98922?\\_\\_cf\\_chl\\_tk=iZHtvOmetTbS20rY4Tr62JQHBIAnR1hkKh3g.GJ\\_yEw-1686988287-0-gaNycGzNC3s](https://prachatai.com/journal/2022/06/98922?__cf_chl_tk=iZHtvOmetTbS20rY4Tr62JQHBIAnR1hkKh3g.GJ_yEw-1686988287-0-gaNycGzNC3s)

4. โรงพยาบาลพริ้นซ์ สุวรรณภูมิ. ทำความรู้จัก LGBTQ+ โอบกอดความหลากหลายที่ “ไม่จำเป็นต้องรักษา” [Get to know LGBTQ+, embrace diversity at “no treatment needed”]. สมุทรปราการ: โรงพยาบาล; 15 พ.ย. 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิ.ย. 2566]. จาก: <https://www.princsuvarnabhum.com/news/-LGBTQ>
5. World Health Organization. ICD-11 international classification of diseases 11th revision [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 Jun 16]. Available from: <https://icd.who.int/en>
6. World Health Organization. Mental health topic advisory group for ICD-11 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 June 16]. Available from: [https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2010/03/mental\\_tag\\_feb10.pdf](https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2010/03/mental_tag_feb10.pdf)
7. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต [The impact of gender on mental health and concepts of gender approach mental health policy]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(3):259-72.
8. สัตยา ประกอบชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, เอกอุมา อัมคำ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสุขของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ [The factors related to the happiness among sexual-and gender-diverse persons]. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564;22(2):187-96.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ระบาดวิทยาของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556

วันรับ : 26 กุมภาพันธ์ 2566

วันแก้ไข : 20 เมษายน 2566

วันตอบรับ : 21 เมษายน 2566

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม.<sup>1</sup>, นพพร ตันติรังสี, ประ.ด.<sup>2</sup>, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ส.บ.<sup>1</sup>,  
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต<sup>1</sup>,  
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ กรมสุขภาพจิต<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โรคร่วมทางจิตเวช และการรับบริการของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในประเทศไทย

**วิธีการ :** ใช้ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 ในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป 4,727 คนที่สุ่มตัวอย่างแบบ 4 ชั้นภูมิ สัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือ world mental health-composite international diagnostic interview 3.0 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าถ่วงน้ำหนัก นำเสนอความชุกเป็นร้อยละและความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ด้วยสถิติ chi-square test

**ผล :** ความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองพบร้อยละ 3.5 (SE = 0.4) พบความชุกสูงสุดในภาคใต้ร้อยละ 4.8 (SE = 0.4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อปี การมีปัญหานอนหลับ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การมีประวัติใช้สารเสพติด การประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และสถานะการเงินในครอบครัว กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ที่มีความผิดปกติการควบคุมตัวเองมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร้อยละ 46.4 (SE = 4.3) กลุ่มมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตร้อยละ 17.1 (SE = 4.6) กลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 15.8 (SE = 4.0) และกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดร้อยละ 15.8 (SE = 4.7) ผู้ที่มีความผิดปกติการควบคุมตัวเองรับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพร้อยละ 15.9 (SE = 3.1) และผู้รักษานอกระบบสุขภาพร้อยละ 4.2 (SE = 2.9)

**สรุป :** กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทยพบร่วมกับกลุ่มโรคทางจิตเวชอื่นและความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา และใช้สารเสพติดได้บ่อยและมีการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย ควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองและการรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองเพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ

**คำสำคัญ :** กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง, ความชุก, ระบาดวิทยา, โรคร่วมทางจิตเวช, สุขภาพจิต

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** วรวรรณ จุฑา; e-mail: wwanchutha@gmail.com

## Original articles

# Epidemiology of impulse control disorders in Thailand: Thai national mental health survey 2013

Received : 26 February 2023

Revised : 20 April 2023

Accepted : 21 April 2023

Worawan Chutha, M.ED.<sup>1</sup>, Nopporn Tantirangsi, Ph.D.<sup>2</sup>,

Kamonluck Makhlai, B.P.H.<sup>1</sup>,

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health<sup>1</sup>,

Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** To study the prevalence, associated factors, psychiatric comorbidities, and service utilization of impulse control disorders in Thailand.

**Methods:** This study used data from the Thai national mental health survey 2013 among 4,727 Thai adults aged 18 years and over selected through stratified four-stage sampling. Participants were interviewed by using the Thai version of world mental health-composite international diagnostic interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0). Data were analyzed with weighted calculations to determine the prevalence presented as percentage with standard error (SE). Related factors of impulsive control disorders were analyzed by using the chi-square test.

**Results:** The lifetime prevalence of impulse control disorders was 3.5% (SE = 0.4), with the highest prevalence in the southern region at 4.8% (SE = 0.4). The factors related to impulse control disorders were gender, age, annual income, insomnia, any psychiatric disorder, suicidal behaviors, alcohol consumption, drug use, severe stress life events, and financial status of the family. The most commonly reported psychiatric comorbidities among those with impulse control disorders included alcohol use disorders (46.4%, SE = 4.3), psychotic-like experiences (17.1%, SE = 4.6), anxiety disorders (15.8%, SE = 4.0), and drug use disorders (15.8%, SE = 4.7). Among those with impulse control disorders, 15.9% (SE = 3.1) received services from the health professionals and 4.2% (SE = 2.9) received services from non-health professionals.

**Conclusion:** Impulse control disorders in Thailand are highly comorbid with psychiatric and substance use disorders. However, most affected individuals do not have access to services. Therefore, screening and specialized treatment of impulsive control disorders should be emphasized to prevent negative consequences.

**Keywords:** epidemiology, impulse control disorders, mental health, prevalence, psychiatric comorbidity

**Corresponding author:** Worawan Chutha; e-mail: wwanchutha@gmail.com

**ความรู้เดิม :** กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม แต่ประเทศไทยมีการศึกษาโรคของโรคดังกล่าวน้อย

**ความรู้ใหม่ :** กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองมีความชุกทั่วประเทศร้อยละ 3.5 พบสูงสุดที่ภาคใต้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อปี การมีปัญหาคาเรียม การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การมีประวัติเสพสารเสพติด การมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และสถานะการเงินในครอบครัว โรคร่วมทางจิตเวชที่พบสูงสุดคือ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา พบอัตราการเข้ารับบริการในระบบสุขภาพของกลุ่มโรคนี้ในระดับต่ำ

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแผนงานสุขภาพจิตด้านการคัดกรองและการดูแลที่เฉพาะเจาะจง รวมถึงสร้างความตระหนักในประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

## บทนำ

กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (impulse control disorders) เป็นกลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมและพัฒนาการระบบประสาทในหมวดที่ 6 ของบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 (ICD-11)<sup>1</sup> ลักษณะสำคัญของกลุ่มโรคนี้คือการไม่สามารถยับยั้งแรงกระตุ้น แรงผลักดัน หรือความอยากในการกระทำใด ๆ ที่อาจก่อผลเสียต่อตนเองและผู้อื่นตามมา เป็นไปในลักษณะหุนหันพลันแล่น เกิดการกระทำที่รวดเร็ว ไม่ได้วางแผนไว้ก่อน และเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ผู้ที่มีอาการของโรคนี้อาจรู้สึกตึงเครียดหรือตื่นตัวสูงก่อนลงมือกระทำ ขณะลงมือกระทำจะรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ หรือผ่อนคลาย ซึ่งส่งเสริมให้เกิดการกระทำนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง หลังจากกระทำเสร็จแล้วบางรายอาจรู้สึกเสียใจ รู้สึกผิดหรือตำหนิตนเอง และต่อมาอาจพยายามกระทำอย่างใด

อย่างหนึ่งเพื่อลดความทุกข์ทรมานใจนั้น<sup>1,2</sup> โรคในกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง ได้แก่ ความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราว (intermittent explosive disorder) โรคชอบขโมยหรือหยิบฉวย (kleptomania) โรคชอบจุดไฟเผา (pyromania) โรคติดการพนัน (pathological gambling) โรคชอบถอนผม (trichotillomania) และความผิดปกติหมกมุ่นพฤติกรรมทางเพศ (compulsive sexual behaviour disorder) ส่วนบางการศึกษาหมายรวมถึง เสพติดการซื้อของ (compulsive buying/shopping) โรคกินไม่หยุด (binge eating disorder) โรคแกะผิวหนัง (pathological skin picking) และกัดเล็บ (compulsive nail biting)<sup>1-3</sup> กลุ่มโรคนี้พบร่วมกับความผิดปกติทางจิตเวชหลายกลุ่มโรค รวมถึงโรคสมาธิสั้น โรคอารมณ์สองขั้ว และความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด<sup>3</sup> อาการของความผิดปกติการควบคุมตัวเองก่อให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม การเรียน การทำงาน หรือด้านอื่น ๆ<sup>1</sup>

การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติในประเทศไทยที่ผ่านมาทำการสำรวจมาแล้ว 4 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2541, 2546, 2551 และ 2556 โดยสามครั้งแรกใช้เครื่องมือที่อิงเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV ซึ่งไม่ได้สำรวจประเด็นความผิดปกติการควบคุมตัวเอง<sup>4-6</sup> เนื่องจากกลุ่มโรคนี้มีแนวโน้มพบมากขึ้นและยังไม่เคยมีการสำรวจเพื่อการวินิจฉัยมาก่อน การสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2556 จึงได้เพิ่มการสำรวจเพื่อวินิจฉัยโรคในกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง ได้แก่ ความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราว (intermittent explosive disorder) และโรคติดการพนัน (pathological gambling)<sup>7</sup> การรายงานในภาพรวมของประเทศไทยพบความชุกของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองตลอดชีวิตและในช่วง 12 เดือนร้อยละ 3.5 และ 1.3 ตามลำดับ<sup>8</sup> สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศแอฟริกาใต้พบความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 2.0<sup>9</sup> ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกตลอดชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 30.9 โดยเป็นโรคติดการพนันร้อยละ 6.9<sup>3</sup> ส่วนการสำรวจในพื้นที่ชายแดนใต้ของประเทศไทยในปี

พ.ศ. 2559 ที่ใช้เครื่องมือเดียวกันกับการสำรวจ ฯ ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองร้อยละ 0.7<sup>10</sup> อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาระบาดของวิทยาของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค โรคทางจิตเวชที่พบร่วม และการรับบริการการรักษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โรคร่วมทางจิตเวช และการเข้าถึงบริการของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองของคนไทย เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิต ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน การวางแผนดูแล และการป้องกันผลต่อเนื่องทางสุขภาพจิตที่รุนแรง

## วิธีการ

ใช้ข้อมูลการสำรวจระบาดของวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 ที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) สุ่มตัวอย่างแบบ 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage sampling) โดยมีภูมิภาคเป็นสตรัทัม ชั้นภูมิทั้ง 4 ชั้นได้แก่ จังหวัด เขตแดนนับ (enumeration area) คริวเรือน และสมาชิกในคริวเรือน โดยสุ่มเลือก 16 จังหวัดและ 4 เขตของกรุงเทพมหานคร และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในคริวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป สื่อสารได้ และยินยอมให้สัมภาษณ์ โดยไม่มีการสุ่มทดแทน ไม่นับรวมผู้ที่อาศัยในคริวเรือนกลุ่มบุคคลหรือคริวเรือนสถาบัน เช่น ค่ายพักคนงาน โรงเรียนประจำ ค่ายทหาร และเรือนจำ และไม่รวมผู้ที่มีปัญหาการได้ยินหรือการพูด เก็บข้อมูลโดยสหวิชาชีพกรมสุขภาพจิต ที่ผ่านการอบรมกระบวนการเก็บข้อมูลภาคสนามและการใช้เครื่องมือ world mental health-composite international diagnostic interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) แบบ paper and pencil instrument ฉบับภาษาไทย (WMHCIDI 3.0: PAPI Thai version) กระบวนการสำรวจเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการสำรวจสุขภาพจิตโลก (world mental health survey: WMHS) ขององค์การอนามัยโลก<sup>7,11</sup>

เครื่องมือ WMHCIDI 3.0: PAPI ฉบับภาษาไทยได้รับการพัฒนาตามที่ WMHS กำหนด 3 ขั้นตอน ได้แก่ การแปล (translation) การทดสอบด้วยวิธีการสัมภาษณ์กระบวนการคิด (pretesting and cognitive interviewing) และการทดสอบนำร่อง (pilot test) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง ใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-IV-TR มีความเที่ยงตรงสูงและสามารถวินิจฉัยความเจ็บป่วยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและตลอดชีวิต โครงสร้างชุดคำถามแต่ละหมวดประกอบด้วยคำถามประเมินความรุนแรงของโรค การรักษาที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบที่ตามมา<sup>8</sup>

การศึกษานี้เข้าถึงข้อมูลกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองของคนไทยจากชุด intermittent explosive disorder (IED), gambling (GM) และ service โดยคำถามในชุด IED ถามถึงครั้งที่โกรธรุนแรงซึ่งแสดงออกโดยการมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนอื่นหรือทำลายข้าวของเสียหาย โดยมีคำถามสามข้อจากชุดคัดกรองนำผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าสู่แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ โดยถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “มีครั้งที่โกรธรุนแรงจนคุมตัวเองไม่ได้ หรือตั้งใจทำข้าวของเสียหาย ทำร้ายคนอื่น หรือขู่คุกคามคนอื่น” ในการวินิจฉัยความผิดปกติการกระเปิดอารมณ์เป็นครั้งคราว ความรุนแรงของความโกรธในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมากเกินกว่าเหตุหรือปัจจัยกระตุ้น และไม่ได้เกิดจากสุรา สารเสพติด หรือยาใด ๆ และไม่ได้เกิดในช่วงที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน (mania) หรือพฤติกรรมเกร (conduct disorder) ผู้ที่ตอบว่ามีอาการดังกล่าวจึงได้รับคำถามถึงความถี่ ความรุนแรง ผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในปัญหานั้น ๆ คำถามในชุด GM เกี่ยวข้องกับประวัติการเล่นการพนันและปัญหาที่เกี่ยวข้อง โดยถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “เคยเล่นการพนันหรือไม่” แล้วจึงถามต่อถึงชนิดของการพนัน ปัญหาที่เกี่ยวข้อง และแรงจูงใจในการเล่น ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ตอบว่าเคยเล่นการพนันบ่อย ๆ (50 - 100 ครั้งขึ้นไปในชีวิต) ถูกถามต่อถึงอายุที่เริ่มเล่นไม่ว่าจะเคยเกิดปัญหาหรือไม่ก็ตาม ปัญหาที่เกิดขึ้นเรื้อรังในชีวิต และการรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในปัญหานั้น และชุดคำถาม service เป็นการถาม

เกี่ยวกับประวัติการใช้บริการการรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตทั้งในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมาและครั้งล่าสุด เริ่มจากคำถามเกี่ยวกับประวัติการนอนโรงพยาบาลจากปัญหาสุขภาพจิตหรือสารเสพติด จากนั้นถามถึงประเภทของผู้ให้การรักษาที่พบและบริการที่ได้รับ เช่น การได้รับยา การได้รับคำปรึกษา การบำบัดด้านจิตใจ การเข้ากลุ่มช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์สายด่วนสุขภาพจิต การนัด การใช้เทคนิคผ่อนคลายหรือสมาธิ รวมทั้งการติดตามในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมาและช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาสำหรับบริการแต่ละประเภท ช่วงท้ายเป็นคำถามเกี่ยวกับอุปสรรคในการรับบริการ โดยถามถึงสาเหตุที่หยุดเข้ารับบริการ เข้าถึงบริการล่าช้า หรือไม่เข้ารับบริการที่จำเป็น ทั้งนี้ประเภทของผู้ให้การรักษาแบ่งเป็น 1) ผู้ให้การรักษาในระบบสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช และบุคลากรสุขภาพทั่วไป เช่น แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น และ 2) ผู้รักษานอกระบบสุขภาพ ได้แก่ นักสอนศาสนา หมอสมุนไพร หมอนวด และหมอผี

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก (weighted estimates) นำเสนอความชุกเป็นร้อยละและความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) วิเคราะห์ความแตกต่างของความชุกระหว่างกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ด้วย chi-square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2556 ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 77/2556 วันที่ 21 ตุลาคม 2556

## ผล

จากตัวอย่างทั้งหมด 4,727 คน เป็นชาย 1,718 คน และ หญิง 3,009 คน อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 96 ปี เฉลี่ย 50.2 ปี ความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (impulse control disorders) พบร้อยละ 3.5 (SE = 0.4) เท่ากับประมาณการประชากร 1,822,763 คน สูงสุดที่ภาคใต้ ร้อยละ 4.8 (SE = 0.4) ต่ำสุดที่กรุงเทพมหานคร

ร้อยละ 2.6 (SE = 0.5) โดยในกลุ่มนี้มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราว (intermittent explosive disorder) ร้อยละ 2.8 (SE = 0.4) เท่ากับประมาณการประชากร 1,429,071 คน และโรคติดการพนัน (pathological gambling) ร้อยละ 0.9 (SE = 0.2) เท่ากับประมาณการประชากร 462,645 คน ส่วนความชุก 12 เดือนของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองพบร้อยละ 1.3 (SE = 0.2) เท่ากับประมาณการประชากร 672,822 คน โดยในกลุ่มนี้มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวร้อยละ 1.1 (SE = 0.2) เท่ากับประมาณการประชากร 573,905 คน และโรคติดการพนันร้อยละ 0.3 (SE = 0.0) เท่ากับประมาณการประชากร 143,065 คน (ตารางที่ 1)

ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาการควบคุมตัวเอง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และรายได้ต่อปี ปัจจัยสุขภาพ ได้แก่ การมีปัญหานอนหลับ เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และปัจจัยครอบครัว ได้แก่ สถานะการเงินในครอบครัว (ตารางที่ 2)

กลุ่มโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่พบร่วมกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราพบร่วมร้อยละ 46.4 (SE = 4.3) กลุ่มมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตพบร่วมร้อยละ 17.1 (SE = 4.6) กลุ่มโรควิตกกังวลพบร่วมร้อยละ 15.8 (SE = 4.0) และกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดพบร่วมร้อยละ 15.8 (SE = 4.7) ของผู้มีความผิดปกติการควบคุมตัวเอง เมื่อพิจารณาโรคร่วมรายโรคของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง โรคที่พบร่วมมากที่สุดได้แก่ การติดบุหรี่ (nicotine dependence) พบร่วมร้อยละ 40.1 (SE = 5.5) การดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol abuse) พบร่วมร้อยละ 27.4 (SE = 4.1) การติดสุรา (alcohol dependence) พบร่วมร้อยละ 19.0 (SE = 5.4) ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal thought) พบร่วมร้อยละ 15.6 (SE = 4.2) และการใช้สารเสพติดแบบอันตราย (drug abuse) พบร่วมร้อยละ 10.2 (SE = 3.2) ของผู้มีความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 1** ความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) และความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง จำแนกตามภูมิภาค

|                                 | ความชุก : ร้อยละ (SE) |                     |                      |                                     |                  |                    | ประมาณการ<br>ประชากร<br>(คน) |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------|------------------------------|
|                                 | กทม.<br>(n = 715)     | กลาง<br>(n = 1,015) | เหนือ<br>(n = 1,068) | ตะวันออก<br>เฉียงเหนือ<br>(n = 941) | ใต้<br>(n = 988) | รวม<br>(n = 4,727) |                              |
| ความชุกตลอดชีวิต                |                       |                     |                      |                                     |                  |                    |                              |
| impulse control disorders       | 2.6 (0.5)             | 4.0 (0.9)           | 3.1 (0.8)            | 3.2 (1.0)                           | 4.8 (0.4)        | 3.5 (0.4)          | 1,822,763                    |
| intermittent explosive disorder | 2.5 (0.5)             | 3.0 (0.9)           | 2.9 (0.9)            | 2.2 (0.8)                           | 3.4 (0.7)        | 2.8 (0.4)          | 1,429,071                    |
| pathological gambling           | 0.1 (0.1)             | 0.9 (0.2)           | 0.4 (0.1)            | 1.0 (0.2)                           | 2.1 (0.6)        | 0.9 (0.2)          | 462,645                      |
| ความชุก 12 เดือน                |                       |                     |                      |                                     |                  |                    |                              |
| impulse control disorders       | 1.6 (0.4)             | 1.2 (0.6)           | 0.8 (0.2)            | 1.2 (0.2)                           | 2.2 (0.4)        | 1.3 (0.2)          | 672,822                      |
| intermittent explosive disorder | 1.6 (0.4)             | 1.0 (0.6)           | 0.8 (0.2)            | 0.7 (0.1)                           | 2.1 (0.4)        | 1.1 (0.2)          | 573,905                      |
| pathological gambling           | 0.0 (0.0)             | 0.2 (0.1)           | 0.0 (0.0)            | 0.4 (0.2)                           | 0.7 (0.3)        | 0.3 (0.0)          | 143,065                      |

SE = standard error

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาผู้ที่มีความผิดปกติการควบคุมตัวเองได้รับการบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพร้อยละ 15.9 (SE = 3.1) และผู้รักษานอกระบบสุขภาพร้อยละ 4.2 (SE = 2.9) เมื่อจำแนกรายโรคพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวและโรคติดการพนันได้รับการบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพร้อยละ 14.6 (SE = 3.1) และ 17.6 (SE = 6.1) ตามลำดับ ผู้ที่มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวได้รับการบริการจากผู้รักษานอกระบบสุขภาพร้อยละ 5.4 (SE = 3.9) แต่ไม่มีผู้ที่เป็นโรคติดการพนันได้รับการบริการจากผู้รักษาดังกล่าว (ตารางที่ 4)

## วิจารณ์

ความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (impulse control disorders) พบร้อยละ 3.5 สูงสุดที่ภาคใต้ร้อยละ 4.8 ต่ำสุดที่กรุงเทพมหานครร้อยละ 2.6 โดยในกลุ่มนี้มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวร้อยละ 2.8 และโรคติดการพนันร้อยละ 0.9 กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากเป็นอันดับสองในการสำรวจฯ ระดับชาติปี พ.ศ. 2556 รองจากกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สาร<sup>8</sup> ความชุกตลอดชีวิตของ

ความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับความชุกในประเทศญี่ปุ่นที่พบร้อยละ 2.1<sup>12</sup> แต่สูงกว่าค่าเฉลี่ยความชุกจากการสำรวจทั่วโลกที่ใช้เครื่องมือ WMH-CIDI 3.0 เช่นกันที่พบเพียงร้อยละ 0.8<sup>13</sup> ทั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาในประเทศบราซิลที่พบความชุกร้อยละ 4.9<sup>14</sup> อาจเนื่องจากการสำรวจเฉพาะเมืองใหญ่ในประเทศบราซิล ซึ่งมีการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวกและปัญหาสุขภาพจิตเป็นที่ยอมรับในสังคม อาจส่งผลให้ผู้รับบริการสามารถเปิดเผยการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้อย่างอิสระ

การศึกษานี้พบความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง ความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราว และโรคติดการพนันในภาคใต้สูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ และสูงกว่าความชุกตลอดชีวิตจากการสำรวจในพื้นที่ชายแดนใต้ พ.ศ. 2559 ที่พบร้อยละ 0.7, 0.6 และ 0.2 ตามลำดับ<sup>10</sup> ทั้งนี้การสำรวจที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้เก็บข้อมูลจังหวัดภาคใต้ที่ไม่รวมจังหวัดชายแดนใต้เนื่องจากสถานการณ์วิกฤตชายแดนใต้ที่รุนแรงและเรื้อรัง<sup>15</sup> ความแตกต่างของความชุกกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองระหว่างชายแดนใต้และจังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้อาจเนื่องมาจาก

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง

|                                    | intermittent explosive disorder<br>จำนวน (ร้อยละ) |          | p-value* | pathological gambling<br>จำนวน (ร้อยละ) |          | p-value* | impulse control disorders<br>จำนวน (ร้อยละ) |           | p-value* |
|------------------------------------|---------------------------------------------------|----------|----------|-----------------------------------------|----------|----------|---------------------------------------------|-----------|----------|
|                                    | ไม่มี                                             | มี       |          | ไม่มี                                   | มี       |          | ไม่มี                                       | มี        |          |
| ปัจจัยส่วนบุคคล                    |                                                   |          |          |                                         |          |          |                                             |           |          |
| เพศ                                |                                                   |          | .026     |                                         |          | < .001   |                                             |           | < .001   |
| หญิง                               | 2,951 (98.1)                                      | 58 (1.9) |          | 2,998 (99.6)                            | 11 (0.4) |          | 2,941 (97.7)                                | 68 (2.3)  |          |
| ชาย                                | 1,667 (97.0)                                      | 51 (3.0) |          | 1,694 (98.6)                            | 24 (1.4) |          | 1,648 (95.9)                                | 70 (4.1)  |          |
| อายุ                               |                                                   |          | .038     |                                         |          | .104     |                                             |           | .013     |
| 18 - 24 ปี                         | 237 (96.7)                                        | 8 (3.3)  |          | 244 (99.6)                              | 1 (0.4)  |          | 237 (96.7)                                  | 8 (3.3)   |          |
| 25 - 40 ปี                         | 1,025 (96.7)                                      | 35 (3.3) |          | 1,050 (99.1)                            | 10 (0.9) |          | 1,016 (95.8)                                | 44 (4.2)  |          |
| 41 - 59 ปี                         | 2,015 (97.9)                                      | 43 (2.1) |          | 2,038 (99.0)                            | 20 (1.0) |          | 1,998 (97.1)                                | 60 (2.9)  |          |
| ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป                | 1,341 (98.3)                                      | 23 (1.7) |          | 1,360 (99.7)                            | 4 (0.3)  |          | 1,338 (98.1)                                | 26 (1.9)  |          |
| สถานภาพสมรส                        |                                                   |          | .461     |                                         |          | .991     |                                             |           | .666     |
| คู่                                | 3,118 (97.6)                                      | 76 (2.4) |          | 3,170 (99.2)                            | 24 (0.8) |          | 3,099 (97)                                  | 95 (3)    |          |
| แยกกันอยู่/หย่า/ร้าง/หม้าย         | 968 (98.2)                                        | 18 (1.8) |          | 979 (99.3)                              | 7 (0.7)  |          | 961 (97.5)                                  | 25 (2.5)  |          |
| โสด                                | 532 (97.3)                                        | 15 (2.7) |          | 543 (99.3)                              | 4 (0.7)  |          | 529 (96.7)                                  | 18 (3.3)  |          |
| ระดับการศึกษา                      |                                                   |          | .801     |                                         |          | .955     |                                             |           | .901     |
| ไม่ได้รับ/ประถมศึกษา               | 2,823 (97.7)                                      | 65 (2.3) |          | 2,867 (99.3)                            | 21 (0.7) |          | 2,804 (97.1)                                | 84 (2.9)  |          |
| มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า | 1216 (97.7)                                       | 28 (2.3) |          | 1,235 (99.3)                            | 9 (0.7)  |          | 1,209 (97.2)                                | 35 (2.8)  |          |
| อนุปริญญาขึ้นไป                    | 579 (97.3)                                        | 16 (2.7) |          | 590 (99.2)                              | 5 (0.8)  |          | 576 (96.8)                                  | 19 (3.2)  |          |
| อาชีพ                              |                                                   |          | .234     |                                         |          | .676     |                                             |           | .088     |
| ว่างงาน                            | 109 (100.0)                                       | 0 (0.0)  |          | 109 (100.0)                             | 0 (0.0)  |          | 109 (100.0)                                 | 0 (0.0)   |          |
| มีงานทำ/ทำงานส่วนตัว               | 3,397 (97.4)                                      | 89 (2.6) |          | 3,457 (99.2)                            | 29 (0.8) |          | 3,372 (96.7)                                | 114 (3.3) |          |
| นักเรียน/นักศึกษา                  | 62 (98.4)                                         | 1 (1.6)  |          | 63 (100.0)                              | 0 (0.0)  |          | 62 (98.4)                                   | 1 (1.6)   |          |
| งานบ้าน/เกษียณอายุ                 | 1,010 (98.2)                                      | 19 (1.8) |          | 1,023 (99.4)                            | 6 (0.6)  |          | 1,006 (97.8)                                | 23 (2.2)  |          |
| อื่น ๆ (พิการ ป่วย)                | 40 (100.0)                                        | 0 (0.0)  |          | 40 (100.0)                              | 0 (0.0)  |          | 40 (100.0)                                  | 0 (0.0)   |          |
| รายได้ (บาท/ปี)                    |                                                   |          | .092     |                                         |          | < .001   |                                             |           | .008     |
| ไม่มีรายได้ - 59,999               | 2,581 (98.0)                                      | 53 (2.0) |          | 2,623 (99.6)                            | 11 (0.4) |          | 2,570 (97.6)                                | 64 (2.4)  |          |
| 60000 - 179,999                    | 1,399 (97.7)                                      | 33 (2.3) |          | 1,422 (99.3)                            | 10 (0.7) |          | 1,390 (97.1)                                | 42 (2.9)  |          |
| 180,000 - 359,000                  | 439 (96.1)                                        | 18 (3.9) |          | 447 (97.8)                              | 10 (2.2) |          | 433 (94.7)                                  | 24 (5.3)  |          |
| 360,000 ขึ้นไป                     | 199 (97.5)                                        | 5 (2.5)  |          | 200 (98.0)                              | 4 (2.0)  |          | 196 (96.1)                                  | 8 (3.9)   |          |

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (ต่อ)

|                                                 | intermittent explosive disorder<br>จำนวน (ร้อยละ) |              | p-value*   | pathological gambling<br>จำนวน (ร้อยละ) |          | p-value*   | impulse control disorders<br>จำนวน (ร้อยละ) |           | p-value* |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|------------|-----------------------------------------|----------|------------|---------------------------------------------|-----------|----------|
|                                                 | ไม่มี                                             | มี           |            | ไม่มี                                   | มี       |            | ไม่มี                                       | มี        |          |
| ปัจจัยสุขภาพ                                    |                                                   |              |            |                                         |          |            |                                             |           |          |
| เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย <sup>a</sup>      | ไม่มี                                             | 2,648 (98.1) | 52 (1.9)   | 2,680 (99.3)                            | 20 (0.7) | 1.000      | 2,632 (97.5)                                | 68 (2.5)  | .067     |
|                                                 | มี                                                | 1970 (97.2)  | 57 (2.8)   | 2,012 (99.3)                            | 15 (0.7) |            | 1957 (96.5)                                 | 70 (3.5)  |          |
| ปัญหาการนอนหลับ <sup>b</sup>                    | ไม่มี                                             | 3,758 (98.1) | 74 (1.9)   | 3,810 (99.4)                            | 22 (0.6) | .015       | 3,742 (97.7)                                | 90 (2.3)  | < .001   |
|                                                 | มี                                                | 860 (96.1)   | 35 (3.9)   | 882 (98.5)                              | 13 (1.5) |            | 847 (94.6)                                  | 48 (5.4)  |          |
| เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช <sup>c</sup>              | ไม่มี                                             | 3,605 (98.7) | 48 (1.3)   | 3,644 (99.8)                            | 9 (0.2)  | < .001     | 3,598 (98.5)                                | 55 (1.5)  | < .001   |
|                                                 | มี                                                | 1013 (94.3)  | 61 (5.7)   | 1,048 (97.6)                            | 26 (2.4) |            | 991 (92.3)                                  | 83 (7.7)  |          |
| พฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างใดอย่างหนึ่ง <sup>d</sup> | ไม่มี                                             | 4,454 (98.0) | 92 (2.0)   | 4,514 (99.3)                            | 32 (0.7) | .149       | 4,427 (97.4)                                | 119 (2.6) | < .001   |
|                                                 | มี                                                | 164 (90.6)   | 17 (9.4)   | 178 (98.3)                              | 3 (1.7)  |            | 162 (89.5)                                  | 19 (10.5) |          |
| ประวัติดื่มสุรา <sup>e</sup>                    | ไม่มี                                             | 2,700 (98.4) | 44 (1.6)   | 2,736 (99.7)                            | 8 (0.3)  | < .001     | 2,692 (98.1)                                | 52 (1.9)  | < .001   |
|                                                 | มี                                                | 1918 (96.7)  | 65 (3.3)   | 1,956 (98.6)                            | 27 (1.4) |            | 1,897 (95.7)                                | 86 (4.3)  |          |
| ประวัติใช้สารเสพติดตัวใดตัวหนึ่ง <sup>f</sup>   | ไม่มี                                             | 4,024 (98.3) | 71 (1.7)   | 4,078 (99.6)                            | 17 (0.4) | < .001     | 4,010 (97.9)                                | 85 (2.1)  | < .001   |
|                                                 | มี                                                | 594 (94.0)   | 38 (6.0)   | 614 (97.2)                              | 18 (2.8) |            | 579 (91.6)                                  | 53 (8.4)  |          |
| ประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง <sup>g</sup>  | ไม่มี                                             | 2,215 (98.7) | 30 (1.3)   | 2,238 (99.7)                            | 7 (0.3)  | < .001     | 2,209 (98.4)                                | 36 (1.6)  | < .001   |
|                                                 | มี                                                | 2403 (96.8)  | 79 (3.2)   | 2,454 (98.9)                            | 28 (1.1) |            | 2,380 (95.9)                                | 102 (4.1) |          |
| ปัจจัยครอบครัว                                  |                                                   |              |            |                                         |          |            |                                             |           |          |
| สถานะการเงินในครอบครัว                          |                                                   |              |            |                                         |          | .039       |                                             |           | .012     |
|                                                 | มีเงินเหลือเก็บ                                   | 3,527 (97.9) | 74 (2.1)   | 3,576 (99.3)                            | 25 (0.7) | .363       | 3,507 (97.4)                                | 94 (2.6)  |          |
|                                                 | ยังมีหนี้สิน                                      | 367 (96.1)   | 15 (3.9)   | 377 (98.7)                              | 5 (1.3)  |            | 363 (95.0)                                  | 19 (5.0)  |          |
| ไม่เหลือเก็บ                                    | 486 (97)                                          | 15 (3)       | 496 (99.0) | 5 (1.0)                                 |          | 481 (96.0) | 20 (4.0)                                    |           |          |

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (ต่อ)

|                          | intermittent explosive disorder<br>จำนวน (ร้อยละ) |          | p-value* | pathological gambling<br>จำนวน (ร้อยละ) |          | p-value* | impulse control disorders<br>จำนวน (ร้อยละ) |           | p-value* |
|--------------------------|---------------------------------------------------|----------|----------|-----------------------------------------|----------|----------|---------------------------------------------|-----------|----------|
|                          | ไม่มี                                             | มี       |          | ไม่มี                                   | มี       |          | ไม่มี                                       | มี        |          |
| ปัจจัยครอบครัว (ต่อ)     |                                                   |          |          |                                         |          |          |                                             |           |          |
| การศึกษาของพ่อ           |                                                   |          |          |                                         |          |          |                                             |           |          |
| ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา   | 3,401 (97.8)                                      | 78 (2.2) | .406     | 3,453 (99.3)                            | 26 (0.7) | .898     | 3,378 (97.1)                                | 101 (2.9) | .711     |
| มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย | 315 (97.5)                                        | 8 (2.5)  |          | 321 (99.4)                              | 2 (0.6)  |          | 314 (97.2)                                  | 9 (2.8)   |          |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า        | 88 (95.7)                                         | 4 (4.3)  |          | 91 (98.9)                               | 1 (1.1)  |          | 88 (95.7)                                   | 4 (4.3)   |          |
| การศึกษาของแม่           |                                                   |          |          |                                         |          |          |                                             |           |          |
| ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา   | 3,825 (97.7)                                      | 89 (2.3) | .329     | 3,886 (99.3)                            | 28 (0.7) | .431     | 3,801 (97.1)                                | 113 (2.9) | .406     |
| มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย | 171 (98.3)                                        | 3 (1.7)  |          | 174 (100.0)                             | 0 (0.0)  |          | 171 (98.3)                                  | 3 (1.7)   |          |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า        | 57 (95.0)                                         | 3 (5.0)  |          | 60 (100.0)                              | 0 (0.0)  |          | 57 (95.0)                                   | 3 (5.0)   |          |

\* chi-square test

<sup>a</sup> เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย หมายถึง การได้รับวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางกายในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ได้แก่ โรคข้ออักเสบ ปวดหลังหรือปวดคอเรื้อรัง ปวดหัวบ่อย ๆ โรคภูมิแพ้ตามฤดูกาล เส้นเลือดในสมองแตก ตับ ตับ  
กลั่นเนื่อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเอดส์ โรคซึมเศร้า หรือลมบ้าหมู และโรคเมอเร็ง  
<sup>b</sup> ปัญหาการนอนหลับ หมายถึง มีปัญหาการนอนหลับในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป ได้แก่ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น เช้ากว่าปกติ และมีปัญหาแห่งความหวางวัน  
<sup>c</sup> เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช หมายถึง เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด และมีประสบการณ์ล้าวยโรคจิต  
<sup>d</sup> พฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างใดอย่างหนึ่ง หมายถึง มีประสบการณ์คิดฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย อย่างใดอย่างหนึ่ง  
<sup>e</sup> ประวัติดื่มสุรา หมายถึง เคยดื่มเครื่องดื่มสุรา อย่างน้อย 1 แก้ว ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา  
<sup>f</sup> ประวัติใช้สารเสพติดตัวใดตัวหนึ่ง หมายถึง เคยใช้สารเสพติดตัวใดตัวหนึ่งในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ได้แก่ ยาคลายเครียด ยากกระตุ้นประสาท ยาแก้ปวด กัญชา โคเคน กลุ่มดัดนิสัย ยากล่อมประสาท เอโรนิน สารระเหย  
และกระท่อม

<sup>g</sup> ประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง หมายถึง เคยประสบเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ได้แก่ อยู่ร่วมในสนามรบ ทำงานองค์กรสันติภาพ เป็นผู้ลี้ภัย ถูกลักพาตัว ถูกยาพิษ อุบัติเหตุยานพาหนะที่รุนแรง  
ภัยธรรมชาติที่รุนแรง ภัยพิบัติจากน้ำมือมนุษย์ ป่วยโรคร้ายแรงจนเกือบเสียชีวิต ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงในวัยเด็กจากพ่อแม่ คนเลี้ยงดู คู่สมรส หรือจากคนอื่น ถูกกักขังขู่ด้วยอาวุธ ถูกส่งลงเมดทางเพศ ถูกข่มขืน  
มีคนเฝ้าติดตามแอบดู ลูกป่วยหนัก คนใกล้ชิดเสียชีวิตอย่างไม่คาดคิด วัยเด็กเห็นการทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกายรุนแรงในบ้าน เคยเห็นคนถูกฆ่า เห็นชิ้นส่วนศพ และทำให้คนอื่นบาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ  
หรือตั้งใจ

**ตารางที่ 3** ความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคร่วมทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง

|                                         | ความชุกตลอดชีวิต<br>ร้อยละ (SE)              |                                   |                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
|                                         | intermittent explosive<br>disorder (n = 109) | pathological gambling<br>(n = 35) | impulse control<br>disorders (n = 138) |
| <b>affective disorders</b>              | <b>5.9 (2.0)</b>                             | <b>10.1 (4.4)</b>                 | <b>6.6 (1.8)</b>                       |
| depressive disorders                    | 3.9 (1.3)                                    | 10.1 (4.4)                        | 5.1 (1.3)                              |
| major depressive episode                | 3.9 (1.3)                                    | 10.1 (4.4)                        | 5.1 (1.3)                              |
| dysthymia                               | 0.1 (0.1)                                    | 0 (0)                             | 0.1 (0.1)                              |
| bipolar disorders                       | 3.2 (1.8)                                    | 0 (0)                             | 2.5 (1.4)                              |
| bipolar I disorder                      | 2.1 (1.6)                                    | 0 (0)                             | 1.7 (1.3)                              |
| bipolar II disorder                     | 1.1 (0.6)                                    | 0 (0)                             | 0.8 (0.5)                              |
| <b>anxiety disorders</b>                | <b>18.5 (4.8)</b>                            | <b>5.2 (3.2)</b>                  | <b>15.8 (4.0)</b>                      |
| generalized anxiety disorder            | 1.2 (0.8)                                    | 0 (0)                             | 0.9 (0.7)                              |
| panic disorder with agoraphobia         | 3.1 (2.2)                                    | 0 (0)                             | 2.5 (1.8)                              |
| panic disorder (without agoraphobia)    | 2.4 (1.1)                                    | 2.3 (1.6)                         | 2.5 (0.9)                              |
| agoraphobia (without panic)             | 8.5 (3.4)                                    | 3.0 (2.9)                         | 7.4 (2.6)                              |
| post-traumatic stress disorder          | 4.5 (1.3)                                    | 0 (0)                             | 3.5 (1.0)                              |
| <b>substance use disorders</b>          | <b>60.2 (5.8)</b>                            | <b>63.8 (12.1)</b>                | <b>60.6 (4.9)</b>                      |
| alcohol use disorders                   | 43.4 (6.7)                                   | 42.6 (11.7)                       | 46.4 (4.3)                             |
| alcohol abuse                           | 23.5 (4.1)                                   | 44.1 (11.2)                       | 27.4 (4.1)                             |
| alcohol dependence                      | 19.9 (6.6)                                   | 13.3 (6.9)                        | 19.0 (5.4)                             |
| drug use disorders                      | 15.2 (4.7)                                   | 16.2 (6.1)                        | 15.8 (4.7)                             |
| drug abuse                              | 10.4 (3.7)                                   | 8.9 (5.3)                         | 10.2 (3.2)                             |
| drug dependence                         | 4.8 (2.8)                                    | 7.3 (3.8)                         | 5.6 (2.2)                              |
| nicotine dependence                     | 38.8 (5.6)                                   | 49.5 (10.9)                       | 40.1 (5.5)                             |
| <b>psychotic-like experiences</b>       | <b>17.1 (5.2)</b>                            | <b>14.5 (7.2)</b>                 | <b>17.1 (4.6)</b>                      |
| at least one hallucination              | 17.1 (5.2)                                   | 10.8 (6.2)                        | 16.2 (4.4)                             |
| at least one delusion                   | 0.1 (0.1)                                    | 3.7 (3.4)                         | 1.0 (0.8)                              |
| at least one hallucination and delusion | 0.1 (0.1)                                    | 0 (0)                             | 0.1 (0.1)                              |
| <b>suicidal behaviors</b>               | <b>17.1 (5.6)</b>                            | <b>9.9 (6.3)</b>                  | <b>15.6 (4.2)</b>                      |
| suicidal thought                        | 17.1 (5.6)                                   | 9.9 (6.3)                         | 15.6 (4.2)                             |
| suicidal plan                           | 4.3 (2.2)                                    | 1.1 (1.1)                         | 3.7 (1.8)                              |
| suicidal attempt                        | 5.8 (2.7)                                    | 0 (0)                             | 4.5 (2.0)                              |

SE = standard error

ตารางที่ 4 การรับบริการของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

|                                           | การรับบริการ<br>ร้อยละ (SE)                  |                                   |                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
|                                           | intermittent explosive<br>disorder (n = 109) | pathological gambling<br>(n = 35) | impulse control<br>disorders (n = 138) |
| ผู้รักษาในระบบสุขภาพ                      | 14.6 (3.1)                                   | 17.6 (6.1)                        | 15.9 (3.1)                             |
| บุคลากรสุขภาพจิต <sup>a</sup>             | 9.8 (3.4)                                    | 13.9 (5.4)                        | 11.2 (3.3)                             |
| บุคลากรสุขภาพทั่วไป <sup>b</sup>          | 4.7 (1.7)                                    | 3.7 (3.4)                         | 2.8 (1.4)                              |
| ผู้รักษานอกระบบสุขภาพ                     | 5.4 (3.9)                                    | 0 (0)                             | 4.2 (2.9)                              |
| นักสอนศาสนา <sup>c</sup>                  | 0.9 (0.6)                                    | 0 (0)                             | 0.7 (0.5)                              |
| ผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่น ๆ <sup>d</sup> | 4.5 (3.8)                                    | 0 (0)                             | 3.5 (2.9)                              |

<sup>a</sup> บุคลากรสุขภาพจิต (mental health professional) ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักให้คำปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์

<sup>b</sup> บุคลากรสุขภาพทั่วไป (health personals) ได้แก่ แพทย์ทั่วไป แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น และพยาบาล

<sup>c</sup> นักสอนศาสนา ได้แก่ ผู้นำศาสนา บาทหลวงและพระ

<sup>d</sup> ผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่น ๆ ได้แก่ หมอสมุนไพร หมอนวด หมอแผนโบราณ และหมอผี

SE = standard error

ประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดชายแดนใต้ นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีบทบัญญัติเกี่ยวกับข้อห้ามการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการพนันที่อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติการควบคุมตัวเอง นอกจากนี้การพบความชุกกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในภาคใต้สูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ อาจเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย

ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีความผิดปกติการควบคุมตัวเอง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และรายได้ต่อปี ปัจจัยสุขภาพ ได้แก่ การมีปัญหานอนหลับ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การมีประวัติใช้สารเสพติด และการมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และปัจจัยครอบครัว ได้แก่ สถานะการเงินในครอบครัว การศึกษานี้พบว่าเพศชายมีความชุกกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสูงกว่าหญิง สอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาและผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>2,16</sup> อาจเป็นผลจากความแตกต่างระหว่างเพศด้านชีวภาพ การเรียนรู้ทางสังคม และวัฒนธรรมที่กำหนดให้ชายต้องกล้าหาญและเข้มแข็ง ครอบครัวยอมรับให้ชายก้าวร้าวได้แต่หญิงถูกควบคุมกำกับและเข้มงวดมากกว่าชาย ชายจึงมีโอกาสดังพฤติกรรมที่

รุนแรงมากกว่าหญิง ผู้ที่ครอบครัวมีหนี้สินหรือไม่เหลือเก็บมีความชุกกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสูงกว่าผู้ที่ครอบครัวมีเงินเหลือเก็บ สอดคล้องกับผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ที่ครอบครัวมีสถานะทางการเงินในระดับต่ำมีโอกาสเกิดความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวมากกว่าผู้ที่ครอบครัวมีสถานะทางการเงินในระดับสูง 1.5 เท่า<sup>17</sup> ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและใช้สารเสพติดกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสอดคล้องกับการศึกษาของ Haeny และคณะที่พบว่า ครอบครัวที่มีประวัติติดสุรามีความสัมพันธ์กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง<sup>18</sup> และความสัมพันธ์ระหว่างการประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรงกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ที่พบว่า การมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรงหลาย ๆ เหตุการณ์มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติการควบคุมตัวเอง<sup>9</sup> ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรงส่งผลให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงได้

กลุ่มโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่พบร่วมกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองมากที่สุดได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา กลุ่มมีประสบการณ์คล้ายโรคจิต

กลุ่มโรคจิตก้ำกั้ว และกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Kessler และคณะ<sup>17</sup> ที่พบกลุ่มโรคร่วม 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคจิตก้ำกั้ว กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด และใกล้เคียงกับการศึกษาที่ใช้ข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตทั่วโลกที่พบกลุ่มโรคร่วม 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคจิตก้ำกั้ว กลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด และกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์<sup>13</sup> การพบกลุ่มมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตเป็นโรคร่วมอันดับสองสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบกลุ่มโรคร่วมสูงสุดได้แก่ โรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ ร้อยละ 56.9 และความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดร้อยละ 43.1<sup>19</sup> อาจเนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคจิตมีความผิดปกติทางความคิด เช่น หลงผิด และอาการประสาทหลอน ทำให้ควบคุมแรงกระตุ้นที่ก้าวร้าวได้ไม่ดี และเมื่อรวมกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่น ๆ ทำให้เกิดอารมณ์หุนหันพลันแล่นและแสดงความก้าวร้าวได้ นอกจากนี้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคจิตยังมีความผิดปกติของสมองส่วนหน้าซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตัวเองลดลง<sup>20</sup> เมื่อพิจารณาโรคร่วมรายโรคพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติการควบคุมตัวเองมีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15.6 สอดคล้องกับผลการสำรวจทั่วโลกที่พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวมีโอกาสเกิดโรคร่วมได้มากกว่า 3 โรค โดยผู้ที่มีอาการรุนแรงมีการใช้สารเสพติดและการฆ่าตัวตายสูง<sup>13</sup>

ผู้ที่มีกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองรับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพและผู้รักษานอกระบบสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 15.9 และ 4.2 ตามลำดับ ซึ่งการรับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของผู้มีโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่รับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพร้อยละ 3.7 แต่การรับบริการจากผู้รักษานอกระบบสุขภาพต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของผู้มีโรคจิตทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่พบร้อยละ 9.4<sup>8</sup> และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติ

การระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวรับบริการจากแพทย์ร้อยละ 7.6 และผู้รักษานอกระบบสุขภาพร้อยละ 4.6<sup>9</sup> อาจเนื่องจากกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองเป็นกลุ่มโรคที่มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจน ส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง และพบร่วมกับโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตอื่นได้บ่อย จึงมีแนวโน้มเข้ารับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพได้มากกว่าโรคทางจิตเวชอื่น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ที่มีกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองไม่ได้รับบริการจากผู้รักษาใด ๆ เช่นเดียวกับผลการสำรวจสุขภาพจิตทั่วโลกที่พบสัดส่วนผู้ที่มีโรคทางจิตเวชที่ไม่ไปรับการรักษาหรือมีความล่าช้าในการรับการรักษา มีแนวโน้มสูงในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เพศชาย และเริ่มป่วยในขณะที่อายุน้อย<sup>21</sup> การสำรวจเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการของผู้มีโรคทางจิตเวชในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 62.6 ไม่คิดว่าจะมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการเพื่อขอความช่วยเหลือ และร้อยละ 32.7 ยอมรับว่าตนเองมีปัญหแต่ต้องการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง<sup>22</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุให้ไม่ไปรับการรักษาหรือหยุดการรักษา ก่อนกำหนด โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการรุนแรงน้อยหรือปานกลาง แต่สำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรงมาก การไม่ไปรับการรักษาหรือหยุดการรักษา ก่อนกำหนดมักเกิดจากเป็นอุปสรรคด้านกายภาพ เช่น ปัญหาการเงิน ความไม่สะดวกด้านเวลา การเดินทาง และไม่มีแพทย์<sup>23</sup>

ข้อจำกัดของการสำรวจที่ไม่ได้เข้าถึงผู้ที่อยู่ในครัวเรือนกลุ่มบุคคลหรือสถาบัน เช่น ผู้ที่อยู่ในเรือนจำและโรงพยาบาล ซึ่งมีโอกาสพบโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสูงกว่าประชากรทั่วไป อาจทำให้ผลการศึกษาไม่สะท้อนถึงขนาดและลักษณะปัญหา รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองที่แท้จริง

## สรุป

ความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองพบร้อยละ 3.5 พบสูงสุดที่ภาคใต้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองได้แก่ เพศ อายุ

รายได้ต่อปี การมีปัญหการนอนหลับ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การมีประวัติใช้สารเสพติด การมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และสถานะการเงินในครอบครัว กลุ่มโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ผู้ที่มีกลุ่มโรคนี้เพียง 1 ใน 5 รับบริการจากผู้รักษาซึ่งเป็นสัดส่วนค่อนข้างต่ำ จึงควรเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการค้นหาคัดกรอง และนำเข้าสู่ระบบการรักษาที่เฉพาะเจาะจง เพื่อป้องกันความบกพร่องในหน้าที่ส่วนบุคคล รวมทั้งปัญหาในครอบครัว สังคม และปัญหาทางกฎหมาย

### เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 โรคจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติพัฒนาการทางระบบประสาท และโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง [International classification of disease for mortality and morbidity statistics: mental, behavioural or neurodevelopment disorders and related codes]. นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2562. น. 255-7.
2. ปัญจกรณ์ วาสีประโคน. Impulsive-Control Disorders. ใน: มาโนช หล่อตระกูล. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. น. 255-64.
3. Grant JE, Levine L, Kim D, Potenza MN. Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2184-8. doi:10.1176/appi.ajp.162.11.2184.
4. อนุรักษ บัณฑิตชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2541 [Epidemiology of mental disorders among Thai people]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2544;46(4):335-43.
5. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 [Prevalence of mental disorders in Thailand: a national survey 2003]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2547;12(3):177-88.
6. วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วรวรรณ จุฑา, พิทักษ์พล บุญมาลิก, จินตนา ล้างเพิ่มพูน, และคณะ. ความชุกโรคจิตเวช : การสำรวจระดับชาติ วิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [The prevalence of mental disorders: the 2008 national mental health epidemiological survey of Thais]. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
7. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, สาวิตรี อัญญากรณ์ชัย, สุทธา สุปัญญา. การสำรวจระดับชาติ วิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 : วิธีการและกระบวนการ [Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2559;24(1):1-14.
8. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสินี, สาวิตรี อัญญากรณ์ชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติ วิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560;25(1):1-19.
9. Fincham D, Grimsrud A, Corrigan J, Williams DR, Seedat S, Stein DJ, et al. Intermittent explosive disorder in South Africa: prevalence, correlates and the role of traumatic exposures. *Psychopathology*. 2009;42(2):92-8. doi:10.1159/000203341. Erratum in: *Psychopathology*. 2016;49(2):124.
10. ณัฐกร จำปาทอง, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยในพื้นที่ชายแดนใต้ ปี พ.ศ. 2559 [Thai mental health epidemiological study in deep south provinces in 2016]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560;25(1):20-31.

11. World Health Organization. The world health organization world mental health composite international diagnostic interview (WHO WMH-CIDI). Massachusetts: Harvard Medical School; 1990 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/>.
12. Yoshimasu K, Kawakami N; WMH-J 2002-2006 Survey Group. Epidemiological aspects of intermittent explosive disorder in Japan; prevalence and psychosocial comorbidity: findings from the World Mental Health Japan survey 2002-2006. *Psychiatry Res.* 2011;186(2-3):384-9. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.018.
13. Scott KM, de Vries YA, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, et al. Intermittent explosive disorder subtypes in the general population: association with comorbidity, impairment and suicidality. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e138. doi:10.1017/S2045796020000517.
14. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Braz J Psychiatry.* 2012;34(3): 249-60. doi:10.1016/j.rbp.2012.03.001.
15. ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี. ความขัดแย้งชายแดนใต้ในรอบ 13 ปี: ความซับซ้อนของสนามความรุนแรงและพลังของ บทสนทนาสันติภาพปาตานี [The southern border conflict in the past 13 years: the complexity of the field, the violence and the power of the Patani peace dialogue] [อินเทอร์เน็ต]. ปัตตานี: ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้สถานวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ มอ.ปัตตานี; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มี.ค. 2566]. จาก: <https://deepsouthwatch.org/th/node/11053>
16. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(7): 768. Merikangas, Kathleen R [added].
17. Kessler RC, Coccaro EF, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E. The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(6): 669-78. doi:10.1001/archpsyc.63.6.669.
18. Haeny AM, Gueorguieva R, Morean ME, Krishnan-Sarin S, DeMartini KS, Pearlson GD, et al. The association of impulsivity and family history of alcohol use disorder on alcohol use and consequences. *Alcohol Clin Exp Res.* 2020;44(1): 159-67. doi:10.1111/acer.14230.
19. van Buitenen N, van den Berg CJW, Meijers J, Harte JM. The prevalence of mental disorders and patterns of comorbidity within a large sample of mentally ill prisoners: a network analysis. *Eur Psychiatry.* 2020;63(1):e63. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.63.
20. Pompili M, Fiorillo A. Aggression and impulsivity in schizophrenia. *Psychiatric Times.* 2015;32(7):12.
21. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet.* 2007;370(9590):841-50. doi:10.1016/S0140-6736(07)61414-7.
22. อธิบ ตันอารีย์, นิศากร แก้วพิลา, เบ็ญจา นิ่มนวล, เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น, ลวิญญ์วิษุพงศ์ ภูมิจีน, ณัฏฐพัชร สุนทโรวิทย์. การรับบริการสุขภาพจิตและสาเหตุที่ไม่เข้ารับ บริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชไทย [Mental health service utilization and reason for not receiving services among individuals with mental disorders]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2560;25(3):176-86.
23. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. ช่องว่างในการเข้าถึงบริการ จิตเวชและภาระทางเศรษฐศาสตร์ : การศึกษาชุมชนในระยะยาว [Gaps in access to psychiatric services and burden economics: a long-term community study]. *นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสุข;* 2560.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# พฤติกรรมการใช้ชีวิต การตีตราและการกีดกันทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต ต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของนักศึกษาชายรักชายในภาคเหนือ

วันรับ : 28 มกราคม 2566

วันแก้ไข : 1 พฤษภาคม 2566

วันตอบรับ : 3 พฤษภาคม 2566

เอกสิทธิ์ ไชยปิน, พร.ด.<sup>1</sup>, เสกสรรค์ ทองดีบ, พร.ด.<sup>2</sup>

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง<sup>1</sup>

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ชีวิต การตีตราและการกีดกันทางสังคม และการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของนักศึกษาชายรักชาย

**วิธีการ :** การวิจัยภาคตัดขวางในกลุ่มนักศึกษาชายรักชายจากมหาวิทยาลัยในภาคเหนือ 145 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้ชีวิต ประสบการณ์ถูกตีตราและการรับรู้การกีดกันทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression)

**ผล :** คุณลักษณะด้านอัตลักษณ์ทางเพศ พฤติกรรมใช้สารเสพติด ประสบการณ์ถูกคนในครอบครัวตำหนิหรือตำหนิเนื่องจากเป็นชายรักชาย ประสบการณ์ถูกเพื่อนพูดจาล้อเลียน เหยียดหยาม หรือพูดจาไม่สุภาพเนื่องจากเป็นชายรักชาย และการรู้สึกลัวคนทั่วไปมองว่าเป็นคนผิดปกติทางเพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ

**สรุป :** การมีประสบการณ์การตีตราและกีดกันจากคนในครอบครัวและเพื่อนทำให้นักศึกษาชายรักชายขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตรวมทั้งสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาชายรักชายมีความพึงพอใจในชีวิตและสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้

**คำสำคัญ :** การกีดกันทางสังคม, การตีตรา, ชายรักชาย, นักศึกษา, พฤติกรรมการใช้ชีวิต

**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** เอกสิทธิ์ ไชยปิน; e-mail: eaksit.pin@gmail.com

## Original articles

# Lifestyle, social stigma and discrimination, and life satisfaction in terms of sexuality disclosure among homosexual male university students in northern Thailand

Received : 28 January 2023

Revised : 1 May 2023

Accepted : 3 May 2023

Eakasit Chaipin, Ph.D.<sup>1</sup>, Sakesun Thongtip, Ph.D.<sup>2</sup>

Faculty of Science, Lampang Rajabhat University<sup>1</sup>

School of Public Health, University of Phayao<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** To study the association among lifestyle, social stigma and discrimination, and life satisfaction in terms of sexuality disclosure of homosexual male university students in northern Thailand.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted among 145 homosexual male students from a university in northern Thailand. Questionnaires consisted of lifestyle, social stigma experience, social discrimination perception, and satisfaction with sexuality disclosure. Data were analyzed by using descriptive statistics, the chi-square test, and binary logistic regression.

**Results:** Gender identity, drug use, being blamed by family members, being verbally abused by friends, and perceived stigmatization as abnormal people were significantly related to the dissatisfaction with sexuality disclosure.

**Conclusion:** Homosexual male students who experience stigma and discrimination from family and friends are dissatisfied with sexuality disclosure. They should be provided with mental health counseling and positive support for promoting life satisfaction and adaptation to society.

**Keywords:** homosexual, lifestyle, social discrimination, stigma, university students

**Corresponding author:** Eakasit Chaipin; e-mail: eaksit.pin@gmail.com

**ความรู้เดิม :** การตีตราและการกีดกันทางสังคมก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มชายรักชาย ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า จึงมีการปิดบังซ่อนเร้นตัวเอง แต่ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศในนักศึกษาชายรักชายยังมีจำกัด

**ความรู้ใหม่ :** อัตลักษณ์ทางเพศ ประสบการณ์ใช้สารเสพติด ประสบการณ์ถูกคนในครอบครัวตำหนิหรือตำหนิเนื่องจากเป็นชายรักชาย ประสบการณ์ถูกเพื่อนพุดจาล้อเลียน เหยียดหยาม หรือพุดจาไม่สุภาพเนื่องจากเป็นชายรักชาย และการรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมองว่าการเป็นชายรักชายเป็นคนผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** มหาวิทยาลัยและหน่วยงานทางด้านสุขภาพควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษาทางเพศ รวมถึงสร้างความเข้าใจในความหลากหลายด้านอัตลักษณ์ทางเพศเพื่อลดการตีตราทางสังคม

## บทนำ

ชายรักชาย (male homosexuals) เป็นกลุ่มคนที่รับรู้ว่าเป็นเพศชายที่มีความพึงพอใจทางเพศ (sexual orientation) กับเพศเดียวกัน<sup>1</sup> การตีตราและการกีดกันทางเพศต่อกลุ่มชายรักชายและการมีทัศนคติในแง่ลบต่ออัตลักษณ์ทางเพศเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทำให้มีสถานะทางเพศต่ำกว่าชายหญิงทั่วไป และอาจนำไปสู่ปัญหาความรุนแรง เช่น การกลั่นแกล้ง การทำร้ายร่างกาย และการล่วงละเมิดทางเพศ รวมทั้งส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การตีตราและการกีดกันทางสังคมในกลุ่มชายรักชายเกิดขึ้นในทั่วโลก<sup>2</sup> ในประเทศกานาพบว่า ประชากรชายรักชายถูกเลือกปฏิบัติและได้รับการตีตราร้อยละ 6.2 - 30.6 และได้รับความรุนแรงทางเพศร้อยละ 12.3 - 30.0<sup>3</sup> การสำรวจในรัฐเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ประชาชนทั่วไปร้อยละ 79 มีความคิดเห็นว่าคุณกลุ่มชายรักชายหรือกลุ่มรักร่วมเพศ

ยังคงถูกกีดกันทางสังคม ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเลสเบียน เกย์ ไบเซ็กชวล และคนข้ามเพศ (lesbian, gay, bisexual, transgender: LGBT) พบว่า ร้อยละ 13 เคยถูกล่วงละเมิดทางวาจาในที่ทำงาน ร้อยละ 22 มีประสบการณ์ถูกกีดกันจากครอบครัว และร้อยละ 12 เป็นคนรั้วที่อยู่อาศัยเนื่องจากเป็นคนรักเพศเดียวกัน<sup>4</sup> สถานการณ์ในทวีปเอเชียพบการตีตราและเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในกลุ่มชายรักชาย เช่น การกีดกันไม่ยอมรับเข้าทำงาน มีการคุกคามทางจิตใจ การทำร้ายร่างกาย<sup>5</sup> และมีการตีตราและการกีดกันทางสังคมเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวี<sup>6</sup> การศึกษาในกลุ่มเยาวชนชายรักชายพบว่า การถูกกีดกันจากครอบครัวและชุมชนเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย<sup>7,8</sup>

ปัจจุบันประเทศไทยมีการยอมรับต่อวิถีและอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลายมากกว่าในอดีต แต่การยอมรับดังกล่าวยังอยู่ในกรอบค่านิยมของหญิงและชาย ยังมีการตีตราทางสังคมซึ่งเป็นสิ่งที่คุกคามสวัสดิภาพกลุ่มชายรักชาย รวมทั้งทัศนคติในแง่ลบต่อพฤติกรรมรักร่วมเพศ เช่น การมองว่าชายรักชายเป็นกลุ่มคนผิดปกติทางเพศ มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยครั้ง และเป็นกลุ่มแพร่เชื้อเอชไอวี<sup>9</sup> มีการศึกษาพบว่ากลุ่มนักเรียนชายรักชายถูกตีตราทั้งในทางวาจาและการกระทำทางร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บปวดและการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งเกิดขึ้นในพื้นที่ของโรงเรียน<sup>10</sup> การไม่ได้รับการยอมรับในเรื่องเสรีวิทยาและความแตกต่างทางรสนิยมทางเพศในกลุ่มคนที่เป็นรักร่วมเพศและถูกสังคมมองว่ามีอาการ “ผิดปกติทางจิตใจ” ทำให้เกิดการละเมิดสิทธิของบุคคลในเรื่องต่าง ๆ เช่น การนิโทษ การล้อเลียนและการแบ่งแยกทางสังคม<sup>11</sup> สถานการณ์การตีตราและการกีดกันทางสังคมในประเทศไทยมีความรุนแรงแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อการยอมรับในอัตลักษณ์ทางเพศ บางสังคมอาจเปิดกว้างให้สิทธิและเสรีภาพอย่างเท่าเทียมกัน ในขณะที่บางสังคมถือว่าการเป็นรักเพศเดียวกันผิดต่อหลักคำสอนของศาสนา ความเชื่อ ค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคม สำหรับการกีดกันทางสังคมเกิดขึ้นใน

หลายรูปแบบ เช่น การไม่รับเข้าทำงาน การไม่ให้สิทธิทางกฎหมาย เช่น การสมรสหรือการยอมรับอัตลักษณ์ทางเพศ รวมทั้งการถูกแบ่งแยกในระบบบริการสุขภาพ<sup>9</sup>

การติตราและการกีดกันทางสังคมมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การปรับตัวเข้ากับสังคม และการขาดความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มชายรักชาย ทำให้ประชากรกลุ่มนี้ยังคงปิดบังตัวเองกลายเป็นกลุ่มซ่อนเร้น ทำให้เข้าถึงยากลำบาก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมและการให้บริการสุขภาพ<sup>12</sup> การถูกล้อเลียนเหยียดหยาม การถูกต่อต้านจากสังคม และการถูกรวบรัดปฏิบัติจากคนที่เป็นคนรักเพศเดียวกันมีผลทำให้ชายรักชายเกิดความรู้สึกแปลกแยกเกิดความทุกข์ สูญเสียอิสรภาพ มีภาวะซึมเศร้า ขาดความพอใจในชีวิต และปกปิดอัตลักษณ์ทางเพศของตัวเอง<sup>13</sup> นอกจากนี้ กลุ่มชายรักชายมีอัตราการรับบริการขอรับคำปรึกษาทางสุขภาพน้อย โดยเฉพาะบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากกลัวการถูกติตราหรือกีดกันทางสังคมจากการเข้าไปใช้บริการสุขภาพ กลัวถูกเลือกปฏิบัติ กลัวการติดเชื้อเอชไอวี กลัวการถูกรังเกียจหากผู้อื่นทราบว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวีแล้ว หรืออับอายเมื่อคนอื่นทราบว่าตัวเองเป็นกลุ่มรักร่วมเพศ จึงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ไม่สามารถให้บริการกับประชากรเหล่านี้อย่างครอบคลุม<sup>14</sup>

แม้ว่าบริบททางสังคมและวัฒนธรรมจะเปิดโอกาสให้กลุ่มนักศึกษาชายรักชายในภาคเหนือของประเทศไทย แสดงออกทางเพศได้อย่างเสรี แต่การที่นักศึกษาชายรักชายมาจากหลากหลายชุมชนและหลากหลายวัฒนธรรมที่มีการยอมรับความหลากหลายทางเพศที่แตกต่างกันอาจทำให้ยังมีผู้ที่ได้รับการติตราและการกีดกันทางสังคมจำนวนมาก อีกทั้งข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดความพึงพอใจในชีวิตในด้านการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศในกลุ่มนักศึกษาชายรักชายในประเทศไทยยังมีจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ชีวิต การติตราและการกีดกันทางสังคม และการรับรู้การติตราและการกีดกันทางสังคมที่ส่งผลต่อการขาดความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษาชายรักชายที่มหาวิทยาลัยในภาคเหนือของประเทศไทย เพื่อนำไปสู่

มาตรการหรือแนวทางการป้องกันเพื่อลดการติตราทางสังคม ส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ความรู้สึกพึงพอใจในตัวเอง และการปรับตัวในสังคมของกลุ่มนักศึกษาชายรักชาย

## วิธีการ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic study) ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2560 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากนักศึกษาชายทั้งหมด 3,560 คน คาดประมาณว่ามีประชากรนักศึกษาชายรักชายประมาณร้อยละ 20<sup>15</sup> ได้ประชากรจำนวน 712 คน และคาดว่าจะมีประสบการณ์เคยถูกติตราและยินยอมเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศประมาณร้อยละ 13<sup>16</sup> คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบจำนวนประชากร<sup>17</sup> ดังนี้

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

กำหนดประชากรทั้งหมด (N) เท่ากับ 712; p = 0.13, delta (d) = 0.05; alpha = 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 140 คน เพื่อเป็นการลดความผิดพลาดจึงได้เพิ่มร้อยละ 5 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 145 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 2) อายุ 18 - 25 ปี 3) สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศชายรักชาย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นกระเทยหรือผู้ที่แต่งตัวคล้ายผู้หญิงเนื่องจากมีความโน้มเอียงไปในทางเพศหญิง และ 2) อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะ (snowball sampling) โดยให้นักศึกษาชายรักชายเชิญชวนสมาชิกในเครือข่ายเข้าร่วมการวิจัย ประกาศรับสมัครผ่านช่องทางไลน์กลุ่มสโมสรนักศึกษาพร้อมทั้งให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อซักถามรายละเอียดและนัดหมายกับผู้วิจัยโดยตรง ผู้วิจัยทำหนังสือขอคำยินยอมด้วยความสมัครใจ ก่อนการเก็บข้อมูลมีการอธิบายถึงขั้นตอนการวิจัยและผล

ที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างเพียงเล็กน้อย เช่น เกิดความยากลำบากใจหรือความอึดอัดใจที่จะตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็นในเรื่องใด ๆ เกี่ยวกับคำถามวิจัยก็ได้

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยข้อความบางส่วนปรับปรุงมาจากการศึกษาเรื่อง exploring health care access for gay, bisexual, and other men who have sex with men living in Middlesex county, Ontario<sup>18</sup> โดยการแปลเป็นภาษาไทยได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงประเด็นโดยนักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 คน และอาจารย์ทางด้านสาธารณสุข 2 คน ทดสอบความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือโดยนำไปสอบถามในกลุ่มนักศึกษาชายรักชายที่อยู่ต่างมหาวิทยาลัยจำนวน 30 คน เครื่องมือประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพทางครอบครัว ที่อยู่อาศัย สถานภาพการมีคู่ครอง พฤติกรรมสุขภาพ และอัตลักษณ์ทางเพศ จำนวน 16 ข้อ

2) ประสิทธิภาพการถูกตีตราและการกีดกันทางสังคม จำนวน 9 ข้อ ใช้วิธีการวัดแสดงความคิดเห็น (ใช่และไม่ใช่) เครื่องมือส่วนนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.85 ความเชื่อมั่น 0.89

3) การรับรู้การถูกตีตราและการกีดกันทางสังคม จำนวน 8 ข้อ ใช้วิธีการวัดแสดงความคิดเห็น (ใช่และไม่ใช่) เครื่องมือส่วนนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.75 ความเชื่อมั่น 0.96

4) ความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ จำนวน 21 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด กำหนดจุดตัดตามวิธีการของ Ebel<sup>19</sup> โดยคะแนนมากกว่า 67.62 ถือว่ามีความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผย

อัตลักษณ์ทางเพศ เครื่องมือส่วนนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.78 ความเชื่อมั่น 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในห้องซึ่งมีความเป็นส่วนตัว เมื่อตอบแบบสอบถามแล้วผู้ตอบแบบสอบถามปิดผนึกซองและส่งกลับคืนให้กับผู้วิจัยโดยตรง ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับโดยเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยและได้รับการวิเคราะห์ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ เพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้ชีวิต และประสิทธิภาพการถูกตีตราและการรับรู้การกีดกันทางสังคม สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้ชีวิต ประสิทธิภาพการถูกตีตรา และการรับรู้การกีดกันทางสังคม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีและขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามทีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นำเสนอเป็นค่า adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ภูมิคุ้มกันทางสังคมและกระบวนการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของนักศึกษาชายรักชายในมหาวิทยาลัย ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลขอนุมัติ E2559/014 รับรองวันที่ 29 ธันวาคม 2559

## ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน อายุระหว่าง 18 - 25 ปี ร้อยละ 99.3 กำลังศึกษาคณะมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ ร้อยละ 72.4 อยู่ในชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 36.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.9 เป็นคนไทยร้อยละ 64.8 อาศัยอยู่หอพักร้อยละ 68.3 คุณลักษณะด้านอัตลักษณ์ทางเพศเป็นเกย์ควีนร้อยละ 47.6 มีการแสดงออกทางเพศร้อยละ 71.5 เคยมีเพศสัมพันธ์ในชีวิตร้อยละ 74.5 ในจำนวนนี้เคยมีเพศสัมพันธ์ใน 1 ปี ร้อยละ 77.9 ปัจจุบันมีคนรักร้อยละ 55.8 ไม่เที่ยวกลางคืน ร้อยละ 50.3 เคยดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนร้อยละ 77.2 ไม่เคยใช้สารเสพติดในรอบ 12 เดือนร้อยละ 91.0 มีการประเมินตัวเองไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงร้อยละ 73.1 ประเมินตัวเองว่ามีสุขภาพดีร้อยละ 70.3 และมีความพึงพอใจในชีวิตด้านการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศร้อยละ 57.2 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและพฤติกรรมสุขภาพ

กับการขาดความพึงพอใจในชีวิตด้านการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศพบว่า อัตลักษณ์ทางเพศและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในรอบ 12 เดือนมีความสัมพันธ์กับการขาดความพึงพอใจในชีวิตด้านการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ประสบการณ์การถูกตีตราพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยถูกคนในครอบครัวทำร้ายร่างกายร้อยละ 12.4 ถูกคนในครอบครัวพูดจาต่อว่าหรือดูต่ำเนื่องจากเป็นชายรักชายร้อยละ 17.2 ถูกเพื่อนรังแกทางร่างกายเนื่องจากเป็นชายรักชายร้อยละ 15.9 ถูกเพื่อนพูดจาล้อเลียน ดูถูก หรือพูดจาไม่สุภาพเนื่องจากเป็นชายรักชายร้อยละ 17.9 ถูกเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนทำร้ายร่างกายเนื่องจากเป็นชายรักชายร้อยละ 10.3 ถูกเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนดูถูกหรือพูดจาไม่สุภาพเนื่องจากเป็นชายรักชายร้อยละ 17.9 ถูกคนอื่น ๆ มองว่าเป็นคนไม่ดีเนื่องจากเป็นชายรักชายร้อยละ 12.4 และถูกผู้อื่นมองว่าเป็น

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการใช้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างกับการขาดความพึงพอใจในชีวิตด้านการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ (n = 145)

|                           | มีความพึงพอใจ |        | ขาดความพึงพอใจ |        | p-value |
|---------------------------|---------------|--------|----------------|--------|---------|
|                           | จำนวน         | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ |         |
| อายุ                      |               |        |                |        | .246    |
| 18 - 25 ปี                | 83            | 100.0  | 61             | 98.4   |         |
| 26 ปีขึ้นไป               | 0             | 0      | 1              | 1.6    |         |
| คณะที่เรียน               |               |        |                |        | .123    |
| มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ | 56            | 67.5   | 49             | 70.0   |         |
| วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี   | 27            | 32.5   | 13             | 21.0   |         |
| ชั้นปีที่เรียน            |               |        |                |        | .312    |
| ชั้นปีที่ 1               | 22            | 26.5   | 9              | 14.5   |         |
| ชั้นปีที่ 2               | 17            | 20.5   | 15             | 24.2   |         |
| ชั้นปีที่ 3               | 30            | 36.1   | 23             | 37.1   |         |
| ชั้นปีที่ 4               | 14            | 16.9   | 15             | 24.2   |         |
| ศาสนา                     |               |        |                |        | .227    |
| พุทธ                      | 81            | 93.5   | 58             | 97.6   |         |
| คริสต์                    | 2             | 6.5    | 4              | 2.4    |         |
| ชาติพันธุ์                |               |        |                |        | .262    |
| คนไทย                     | 57            | 68.7   | 37             | 59.7   |         |
| ชนเผ่า                    | 26            | 31.3   | 25             | 40.3   |         |

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการใช้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างกับการขาดความพึงพอใจในชีวิตด้านการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ (n = 145) (ต่อ)

|                                                | มีความพึงพอใจ |        | ขาดความพึงพอใจ |        | p-value |
|------------------------------------------------|---------------|--------|----------------|--------|---------|
|                                                | จำนวน         | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ |         |
| ลักษณะการพักอาศัย                              |               |        |                |        | .118    |
| อยู่กับบิดามารดา                               | 22            | 26.5   | 24             | 38.7   |         |
| อยู่หอพัก                                      | 61            | 73.3   | 38             | 61.3   |         |
| คุณลักษณะด้านอัตลักษณ์ทางเพศ                   |               |        |                |        | .002    |
| เกย์ควีน                                       | 39            | 47.0   | 30             | 48.4   |         |
| เกย์คิง                                        | 5             | 6.0    | 14             | 22.6   |         |
| เกย์โบท                                        | 26            | 31.3   | 17             | 27.4   |         |
| ไบเซ็กชวล                                      | 13            | 15.7   | 1              | 1.6    |         |
| การแสดงออกทางเพศ                               |               |        |                |        | .538    |
| แสดงออก                                        | 57            | 69.5   | 46             | 74.2   |         |
| ไม่แสดงออก                                     | 25            | 30.5   | 16             | 25.8   |         |
| ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์                        |               |        |                |        | .277    |
| เคยมีเพศสัมพันธ์                               | 59            | 71.1   | 49             | 79.0   |         |
| ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์                            | 24            | 28.9   | 13             | 21.0   |         |
| พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 1 ปี                |               |        |                |        | .136    |
| เคยมีเพศสัมพันธ์                               | 61            | 73.5   | 52             | 83.9   |         |
| ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์                            | 22            | 26.5   | 10             | 16.1   |         |
| คู่รักในปัจจุบัน                               |               |        |                |        | .703    |
| มีคู่รัก                                       | 45            | 54.9   | 36             | 58.1   |         |
| ไม่มีคู่รัก                                    | 37            | 45.1   | 26             | 41.9   |         |
| พฤติกรรมเที่ยวกลางคืน                          |               |        |                |        | .457    |
| เที่ยวกลางคืน                                  | 39            | 47.0   | 33             | 53.2   |         |
| ไม่เที่ยวกลางคืน                               | 44            | 53.0   | 29             | 46.8   |         |
| พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน |               |        |                |        | .722    |
| ดื่มแอลกอฮอล์                                  | 65            | 78.3   | 47             | 75.8   |         |
| ไม่ดื่มแอลกอฮอล์                               | 18            | 21.7   | 15             | 24.2   |         |
| พฤติกรรมใช้สารเสพติดในรอบ 12 เดือน             |               |        |                |        | .009    |
| ใช้สารเสพติด                                   | 10            | 16.1   | 3              | 3.6    |         |
| ไม่ใช้สารเสพติด                                | 52            | 83.9   | 80             | 96.4   |         |
| พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ                           |               |        |                |        | .208    |
| มีพฤติกรรมเสี่ยง                               | 19            | 22.9   | 20             | 32.3   |         |
| ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง                            | 64            | 77.1   | 42             | 67.7   |         |
| สุขภาพในปัจจุบัน                               |               |        |                |        | .187    |
| มีสุขภาพดี                                     | 62            | 74.7   | 40             | 64.5   |         |
| สุขภาพไม่ค่อยดี                                | 21            | 25.3   | 22             | 35.5   |         |

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เนื่องจากเป็นชายรักชายร้อยละ 22.8 ประสบการณ์การถูกกีดกันทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการแบ่งแยกในการเข้ารับบริการสุขภาพร้อยละ 14.5 การขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับประสบการณ์ถูกคนในครอบครัวพุดจาต่อว่าหรือดูต่ำ ถูกเพื่อนรังแกทางร่างกาย ถูกเพื่อนพุดจาล้อเลียน ดูถูก หรือพุดจาไม่สุภาพ ถูกเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนทำร้ายร่างกาย ถูกเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนดูถูกหรือพุดจาไม่สุภาพ และถูกผู้อื่นมองว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เนื่องจากเป็นชายรักชาย ดังตารางที่ 2

การรับรู้การถูกติตราและกีดกันทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกน้อยใจที่เกิดมาไม่ได้เป็นเพศชายหญิงทั่วไปร้อยละ 22.8 รู้สึกด้อยคุณค่าเนื่องจากการเป็นคนรักเพศเดียวกันร้อยละ 17.9 รู้สึกว่าการเป็นคนรักเพศเดียวกันทำให้ชีวิตไม่มีความสุขร้อยละ 2.7 รู้สึกว่าการเป็นคนรักเพศเดียวกันทำให้เข้าสังคมได้ยากลำบากร้อยละ 19.3 รู้สึกว่าคนทั่วไปขาดความเข้าใจและไม่เห็นใจกลุ่มคนรักเพศเดียวกัน 18.6 รู้สึกว่าการที่เป็นคนรักเพศเดียวกันทำให้ต้องระวังตัวเองในทุกเรื่องร้อยละ 23.4 รู้สึกว่าคนทั่วไปมองว่าเป็นคนผิดปกติทางเพศร้อยละ 13.8 และมีความคิดที่อยากจะเลิกเป็นคนรักเพศเดียวกันร้อยละ 8.3 การขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรู้สึกด้อยคุณค่าเนื่องจากการเป็นคนรักเพศเดียวกัน รู้สึกว่าคนทั่วไปมองว่าเป็นคนผิดปกติทางเพศ และมีความคิดที่อยากจะเลิกเป็นคนรักเพศเดียวกัน ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรพบว่า ผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นเกย์คิงมีโอกาสขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศมากกว่าเกย์ควีน (AOR = 43.42, 95% CI = 2.12 - 887.10) ผู้ที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดมีโอกาสขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศมากกว่าผู้ที่ไม่เคยพฤติกรรมดังกล่าว (AOR = 15.30, 95% CI = 2.19 - 106.89) ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ถูกคนในครอบครัวตำหนิหรือด่าทอเนื่องจากเป็น

ชายรักชายมีโอกาสขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว (AOR = 21.78, 95% CI = 3.49 - 136.10) ผู้ที่เคยถูกเพื่อนพุดจาล้อเลียน เหยียดหยาม หรือพุดจาไม่สุภาพเนื่องจากเป็นชายรักชายมีโอกาสขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว (AOR = 55.72, 95% CI = 2.89 - 1,074.40) และผู้ที่รู้สีกว่าคนทั่วไปมองว่าเป็นคนผิดปกติทางเพศมีโอกาสขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศมากกว่าผู้ไม่เคยมีความรู้สึกดังกล่าว (AOR = 6.87, 95% CI = 2.17 - 21.79) ดังตารางที่ 4

## วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายที่เปิดเผยตัวตนว่าเป็นผู้ที่ชอบเพศเดียวกันหรือเป็นชายรักชาย มีอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลาย ส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีคู่อรัก และดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงส่วนน้อยที่เคยใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาชายรักชายในประเทศจีนที่พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่อรัก โดยหาคู่อรักเพศชายในมหาวิทยาลัยผ่านการใช้อินเทอร์เน็ต และมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างสูง<sup>20</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาสุขภาพจิตและระยะเวลาความสัมพันธ์ของชายรักชายโดยสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย พบว่าชายรักชายมีคู่ออนโดยเฉลี่ย 1 - 4 คน โดยคบหากันแบบคู่อรักเป็นระยะเวลาที่ยาวนานและมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย<sup>21</sup> ในด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตัวเองว่ามีสุขภาพที่ดีและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเลย แม้เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาในชีวิตก็ตาม สอดคล้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาชายรักชายในประเทศแอฟริกาใต้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยการรับรู้ถึงความเสี่ยงทางเพศขึ้นอยู่กับบทบาททางเพศส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ออนเลยซึ่งอาจเป็นเพราะมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันทำให้คิดว่าตัวเองไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เลย<sup>22</sup> จึงมีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง

**ตารางที่ 2** ประสพการณ์การถูกตีตราและกีดกันทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างกับการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ (n = 145)

|                                                                            | มีความพึงพอใจ |        | ขาดความพึงพอใจ |        | p-value |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|----------------|--------|---------|
|                                                                            | จำนวน         | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ |         |
| การถูกตีตรา                                                                |               |        |                |        |         |
| เคยถูกคนในครอบครัวทำร้ายร่างกายเนื่องจากเป็นชายรักชาย                      |               |        |                |        | .093    |
| เคย                                                                        | 7             | 8.4    | 11             | 17.7   |         |
| ไม่เคย                                                                     | 76            | 91.6   | 51             | 82.3   |         |
| เคยถูกคนในครอบครัวพูดจาต่อว่าหรือดูต่ำเนื่องจากเป็นชายรักชาย               |               |        |                |        | .005    |
| เคย                                                                        | 8             | 9.6    | 17             | 27.4   |         |
| ไม่เคย                                                                     | 75            | 90.4   | 45             | 92.6   |         |
| เคยถูกเพื่อนรังแกทางร่างกายเนื่องจากเป็นชายรักชาย                          |               |        |                |        | .005    |
| เคย                                                                        | 7             | 8.4    | 16             | 25.8   |         |
| ไม่เคย                                                                     | 76            | 91.6   | 46             | 74.2   |         |
| เคยถูกเพื่อนพูดจาล้อเลียนเหยียดหยามหรือพูดจาไม่สุภาพเนื่องจากเป็นชายรักชาย |               |        |                |        | .033    |
| พุทธ                                                                       | 10            | 12.0   | 16             | 25.8   |         |
| คริสต์                                                                     | 73            | 88.0   | 46             | 74.2   |         |
| เคยถูกเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนทำร้ายร่างกายเนื่องจากเป็นชายรักชาย           |               |        |                |        | .011    |
| เคย                                                                        | 4             | 4.8    | 11             | 17.7   |         |
| ไม่เคย                                                                     | 79            | 95.2   | 51             | 82.3   |         |
| เคยถูกเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนดูถูกหรือพูดจาไม่สุภาพเนื่องจากเป็นชายรักชาย  |               |        |                |        | .001    |
| เคย                                                                        | 7             | 8.4    | 19             | 30.6   |         |
| ไม่เคย                                                                     | 76            | 91.6   | 43             | 69.4   |         |
| เคยถูกคนอื่น ๆ มองว่าเป็นคนไม่ดีเนื่องจากเป็นชายรักชาย                     |               |        |                |        | .241    |
| เคย                                                                        | 8             | 9.6    | 10             | 16.1   |         |
| ไม่เคย                                                                     | 75            | 90.4   | 52             | 83.9   |         |
| เคยถูกผู้อื่นมองว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เนื่องจากเป็นชายรักชาย       |               |        |                |        | .050    |
| เคย                                                                        | 14            | 16.9   | 19             | 30.6   |         |
| ไม่เคย                                                                     | 69            | 83.1   | 43             | 69.4   |         |
| การกีดกันทางสังคม                                                          |               |        |                |        |         |
| เคยได้รับการแบ่งแยกในการเข้ารับบริการสุขภาพ                                |               |        |                |        | .001    |
| เคย                                                                        | 5             | 6.0    | 16             | 25.8   |         |
| ไม่เคย                                                                     | 78            | 94.1   | 46             | 44.2   |         |

**ตารางที่ 3** การรับรู้การถูกติตราและการกีดกันทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างกับการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ (n = 145)

|                                                                      | มีความพึงพอใจ |        | ขาดความพึงพอใจ |        | p-value |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|--------|----------------|--------|---------|
|                                                                      | จำนวน         | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ |         |
| รู้สึกน้อยใจที่เกิดมาไม่ได้เป็นเพศชายหญิงทั่วไป                      |               |        |                |        | .119    |
| ใช่                                                                  | 15            | 18.1   | 18             | 29.0   |         |
| ไม่ใช่                                                               | 68            | 81.9   | 44             | 71.0   |         |
| รู้สึกว่าตัวเองด้อยคุณค่าเนื่องจากการเป็นคนรักเพศเดียวกัน            |               |        |                |        | .033    |
| ใช่                                                                  | 10            | 12.0   | 16             | 25.8   |         |
| ไม่ใช่                                                               | 73            | 88.0   | 46             | 74.2   |         |
| รู้สึกว่าความเป็นคนรักเพศเดียวกันทำให้ชีวิตไม่มีความสุข              |               |        |                |        | .080    |
| ใช่                                                                  | 4             | 4.8    | 0              | 0.0    |         |
| ไม่ใช่                                                               | 79            | 95.2   | 62             | 100.0  |         |
| รู้สึกว่าความเป็นคนรักเพศเดียวกันทำให้เข้าสังคมได้ยากลำบาก           |               |        |                |        | .198    |
| ใช่                                                                  | 13            | 15.7   | 15             | 24.2   |         |
| ไม่ใช่                                                               | 70            | 84.3   | 47             | 75.8   |         |
| รู้สึกว่าคนทั่วไปขาดความเข้าใจและไม่เห็นใจกลุ่มคนรักเพศเดียวกัน      |               |        |                |        | .136    |
| ใช่                                                                  | 12            | 14.5   | 15             | 24.2   |         |
| ไม่ใช่                                                               | 71            | 85.5   | 47             | 75.8   |         |
| รู้สึกว่าการทำงานเป็นคนรักเพศเดียวกันทำให้ต้องระวังตัวเองในทุกเรื่อง |               |        |                |        | .077    |
| ใช่                                                                  | 15            | 18.1   | 19             | 30.6   |         |
| ไม่ใช่                                                               | 68            | 81.9   | 43             | 69.4   |         |
| รู้สึกว่าคนทั่วไปมองว่าเป็นคนผิดปกติทางเพศ                           |               |        |                |        | < .001  |
| ใช่                                                                  | 4             | 4.8    | 16             | 25.8   |         |
| ไม่ใช่                                                               | 79            | 95.2   | 46             | 74.2   |         |
| มีความคิดที่อยากจะเลิกเป็นคนรักเพศเดียวกัน                           |               |        |                |        | .018    |
| ใช่                                                                  | 3             | 3.6    | 9              | 14.5   |         |
| ไม่ใช่                                                               | 80            | 96.4   | 53             | 85.5   |         |

**ตารางที่ 4** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ

|                              | AOR (95% CI)          | p-value |
|------------------------------|-----------------------|---------|
| คุณลักษณะด้านอัตลักษณ์ทางเพศ |                       |         |
| เกย์ควีน                     | Ref                   |         |
| เกย์คิง                      | 43.42 (2.12 - 887.10) | .014    |
| เกย์โบท                      | 0.72 (0.26 - 1.95)    | .515    |
| ไบเซ็กชวล                    | 0.13 (0.34 - 0.46)    | .002    |

**ตารางที่ 4** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ (ต่อ)

|                                                           | AOR (95% CI)           | p-value |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|---------|
| พฤติกรรมใช้สารเสพติดในรอบ 12 เดือน                        |                        |         |
| ไม่ใช้สารเสพติด                                           | Ref                    |         |
| ใช้สารเสพติด                                              | 15.30 (2.19 - 106.89)  | .006    |
| เคยถูกคนในครอบครัวพูดจาตำหนิหรือด่าทอเนื่องจากเป็น        |                        |         |
| ชายรักชาย                                                 |                        |         |
| ไม่เคย                                                    | Ref                    |         |
| เคย                                                       | 21.78 (3.49 - 136.10)  | .001    |
| เคยถูกเพื่อนพูดจาล้อเลียน ดูถูกหรือพูดจาไม่สุภาพเนื่องจาก |                        |         |
| เป็นชายรักชาย                                             |                        |         |
| ไม่เคย                                                    | Ref                    |         |
| เคย                                                       | 55.72 (2.89 - 1074.40) | .006    |
| รู้สึกว่าคุณค่าไปมองว่าท่านเป็นคนผิดปกติทางเพศ            |                        |         |
| ไม่ใช่                                                    | Ref                    |         |
| ใช่                                                       | 6.87 (2.17 - 21.79)    | .001    |

AOR = adjusted odds ratio

ในการศึกษานี้ซึ่งเป็นกลุ่มนักศึกษามีความรู้และพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงทางเพศมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น อย่างไรก็ตามอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนไม่ได้มีความตระหนักถึงความเสี่ยง รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาส ความเสี่ยงน้อยเกินไป ไม่กล้ายอมรับว่าตัวเองมีความเสี่ยง เนื่องจากกลัวการติดเชื้อเอชไอวี หรือกลัวการเปิดเผยความลับ ต่อครอบครัวหรือผู้ให้บริการสุขภาพ ทำให้ประเมินตัวเองว่า เป็นผู้มีความสุขที่ดีและไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ดังมีการศึกษาพบว่า เยาวชนชายรักชายส่วนใหญ่ยังประเมินความเสี่ยงของ ตัวเองในระดับต่ำและเข้ารับบริการตรวจเอชไอวีน้อยกว่า ประชากรกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากกลัวการติดเชื้อเอชไอวี กลัวการเปิดเผยความลับต่อผู้ให้บริการและคนในครอบครัว รวมทั้ง ไม่เชื่อว่าตัวเองมีความเสี่ยงเนื่องจากยังมีสุขภาพที่ดีและไม่เกิด ความเจ็บป่วย<sup>23</sup>

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนในการศึกษานี้เป็นผู้ที่เปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของตัวเอง แต่พบว่ามียังร้อยละ 10.2 - 22.8 ที่มีประสบการณ์ได้รับการตีตราและการกีดกันทางสังคม และร้อยละ 13.8 - 23.4 ที่รับรู้การถูกตีตราและ

กีดกันทางสังคม ดังนั้นอาจมีนักศึกษาชายรักชายอีกเป็นจำนวนมากที่ยังไม่เปิดเผยตัวเองและการศึกษานี้ไม่สามารถ เข้าถึงได้เนื่องจากสาเหตุดังกล่าว ทำให้ความชุกของ ประสบการณ์และการรับรู้การถูกตีตราและการกีดกันทาง สังคม รวมทั้งการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผย อัตลักษณ์ทางเพศที่พบในการศึกษานี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบของการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อวัยรุ่นพบว่า อิทธิพลของครอบครัว ศาสนา และสังคมที่ยังไม่ยอมรับการเป็นรักร่วมเพศเป็นสาเหตุของการไม่เปิดเผยตัวเอง ซึ่งมีความผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย<sup>24</sup>

การมีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นเกย์คิงมีความสัมพันธ์ ต่อการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ ทางเพศ สะท้อนให้เห็นว่าแม้ปัจจุบันสังคมจะยอมรับในความ หลากหลายทางเพศมากขึ้น แต่สถานการณ์การตีตราและการกีดกันทางสังคมยังคงเป็นปัญหาสำคัญสำหรับกลุ่ม รักร่วมเพศ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นเกย์คิง ซึ่งมักมีบุคลิกภาพโน้มเอียงมาทางเพศชายมากกว่าเกย์ควีน

ทำให้ไม่กล้าแสดงออกหรือเปิดเผยตัวได้มากนัก มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นเกย์คิงหรือไบเซ็กชวลมีแนวโน้มปกปิดรสนิยมทางเพศของตัวเอง ซึ่งอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตได้<sup>25</sup> การศึกษาในสหราชอาณาจักรและประเทศออสเตรเลียพบว่า การที่สังคมยังไม่ยอมรับ ประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ และการถูกคุกคามทางร่างกายและจิตใจเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มเกย์และไบเซ็กชวลมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยกว่าชายหญิงโดยทั่วไป ซึ่งทำให้มีการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศน้อยลง<sup>26</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของพรเทพ แพรขาว และศิริพร จิรวัฒน์ ที่พบว่า การที่กลุ่มชายรักชายรับรู้ว่ามี ความแตกต่างไปจากคนกลุ่มใหญ่ในสังคม เช่น มีความรู้สึกรักเพศเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่พึงพอใจตัวเอง เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ และประสบปัญหาสุขภาพจิต<sup>13</sup>

กลุ่มตัวอย่างรายงานการใช้สารเสพติดจำนวนไม่มากนักเมื่อเทียบกับการดื่มแอลกอฮอล์ อาจเนื่องจากการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายและไม่สามารถเปิดเผยได้อย่างโจ่งแจ้ง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบโอกาสการใช้สารเสพติดมากขึ้นในผู้ที่ขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ การใช้สารเสพติดในกลุ่มชายรักชายอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล เกิดความอยากลอง แรงผลักดันจากกลุ่มเพื่อน รวมทั้งการได้รับความบีบคั้นจากทางครอบครัวหรือชุมชน เช่น การไม่ยอมรับอัตลักษณ์ทางเพศ จึงหันไปใช้สารเสพติดเพื่อลดความวิตกกังวลและความบีบคั้นทางจิตใจ<sup>27</sup> การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การติตราทางเพศและการเลือกปฏิบัติ การล่วงละเมิดทางวาจา และการละเมิดสิทธิในการทำงาน ทำให้กลุ่มชายรักชายมีการใช้สารเสพติดและทำผิดกฎหมาย อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้มีการป้องกันเพิ่มขึ้น<sup>28</sup>

การมีประสบการณ์เคยถูกคนในครอบครัวพูดจาต่อว่าหรือดูดาเนื่องจากเป็นชายรักชายเพิ่มโอกาสการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ อาจเนื่องจากความคาดหวังในบทบาทของลูกผู้ชายทำให้ครอบครัวที่มีลูกเป็นกลุ่มชายรักชายเกิดความรู้สึกอับอายและ

ไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชน จึงสั่งสอนอบรมเพื่อห้ามไม่ให้ลูกเป็น คนรักเพศเดียวกันหรือห้ามมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ ซึ่งบางครั้ง อาจมีการใช้ถ้อยคำที่รุนแรง ทำให้เยาวชนที่เป็นชายรักชาย เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ มีความเครียด และขาดความพึงพอใจ ในชีวิต การศึกษาในเยาวชนกลุ่ม LGBT ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การไม่ได้รับการยอมรับในการเป็น คนรักเพศเดียวกันจากครอบครัวเป็นปัญหาสำคัญที่สุดในชีวิต ร้อยละ 26.0 รองลงมาเป็นการถูกเพื่อนในโรงเรียนกลั่นแกล้ง ร้อยละ 21.0 ทำให้เยาวชนกลุ่ม LGBT กลัวการถูกติตราและ กลัวการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งเป็นสาเหตุของการ เกิดความเครียด ขาดความพอใจในตัวเอง ภาวะซึมเศร้า และ ทำให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวมีข้อจำกัดของการรับบริการ สุขภาพทางเพศ<sup>29</sup>

การถูกเพื่อนพูดจาล้อเลียน ดูถูก หรือพูดจาไม่สุภาพ เนื่องจากเป็นชายรักชาย และความรู้สึกว่าคนทั่วไปมองว่าเป็น คนผิดปกติทางเพศ เพิ่มโอกาสการขาดความพึงพอใจในชีวิต ต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ อาจเนื่องจากการถูกล้อเลียน หรือเหยียดหยามต่อหน้าและการถูกสังคมมองว่าเป็นกลุ่มคน ที่ผิดปกติทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อตัวเอง รู้สึกว่าตัวเองมี ความไม่เท่าเทียมและแตกต่างจากชายหญิงทั่วไปหรือกลุ่มคน อื่น ๆ ในสังคม การติตราตัวเองเช่นนี้อาจนำมาซึ่งความรู้สึก ด้อยคุณค่าและการขาดความพึงพอใจในชีวิตได้ สอดคล้องกับ การศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men: MSM) ในประเทศกานาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์ได้รับการดูถูกทางคำพูดร้อยละ 29.0 - 48.9 มีประสบการณ์ความรุนแรงทางด้านร่างกายร้อยละ 2.8 - 12.8 และได้รับความรุนแรงทางเพศเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรก ร้อยละ 12.3 - 30.0 ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไป รับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี<sup>3</sup> การศึกษาเชิงคุณภาพใน กลุ่ม MSM ประเทศบอสเนียและเฮอร์เซโกวีนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับอคติ การถูกติตรา และ การกีดกันทางสังคมทั้งจากชุมชนและผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพ<sup>30</sup> การศึกษาในกลุ่มเยาวชนหญิงผิวดำอายุ 18 - 25 ปี

ที่เป็นเลสเบี้ยน ไบเซ็กชวล และควีเรีย (lesbian, bisexual, and queer: LBQ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ทางใจเนื่องจากสังคมให้สิทธิพิเศษแก่กลุ่มคนที่รักเพศตรงข้าม พร้อมกับการลดทอนคุณค่า การตีตราทางสังคม และการกดขี่อัตลักษณ์ทางเพศในกลุ่มรักเพศเดียวกัน ทั้งยังเคยถูกคุกคามทางเพศและได้รับความรุนแรงทางด้านร่างกาย และจิตใจอยู่บ่อยครั้ง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย<sup>31</sup>

การศึกษานี้สามารถเข้าถึงเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาชายรักชายที่เปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความลำเอียงเนื่องจากผู้ที่ไม่อยู่ในเครือข่ายไม่มีโอกาสเข้าร่วมการศึกษา จึงอาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรนักศึกษาชายรักชายทั้งหมดได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตลักษณ์ทางเพศอื่น เช่น เลสเบี้ยนและกลุ่มข้ามเพศ จึงทำให้ผลการศึกษาไม่ครอบคลุมนักศึกษาที่มีความหลากหลายทางเพศทุกกลุ่ม

## สรุป

อัตลักษณ์ทางเพศ ประสบการณ์ใช้สารเสพติด ประสบการณ์ถูกคนในครอบครัวตำหนิหรือด่าทอเนื่องจากเป็นชายรักชาย ประสบการณ์ถูกเพื่อนพุดจาล้อเลียน หยียดหยาม หรือพุดจาไม่สุภาพเนื่องจากเป็นชายรักชาย และการรู้สึกลัวคนทั่วไปมองว่าการเป็นชายรักชายเป็นคนผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับการขาดความพึงพอใจในชีวิตต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศ มหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายเพื่อลดการตีตราทางสังคมในกลุ่มชายรักชาย เช่น การให้ความรู้เรื่องอัตลักษณ์ทางเพศผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับสังคม การพัฒนาบริการให้คำปรึกษาสุขภาพทางเพศและสุขภาพจิต และการสร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษารูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพจิต ส่งเสริมการรับรู้แห่งตนที่ดี ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมการเข้ารับบริการสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมกับกลุ่มนักศึกษาชายรักชาย

## เอกสารอ้างอิง

1. วิภา ด้านดำรงกุล, วิชัย โพษะจินดา. เครือข่ายสังคมและเพศสัมพันธ์กลุ่มชายขอบชาย [Social networking and gay sex]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Gay and bisexual men health 2022 [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; [cited 2022 Oct 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/msmhealth/Charts-and-Graphs.htm>
3. Gyamerah AO, Taylor KD, Atuahene K, Anarfi JK, Fletcher M, Raymond HF, et al. Stigma, discrimination, violence, and HIV testing among men who have sex with men in four major cities in Ghana. *AIDS Care*. 2020;32(8):1036-44. doi:10.1080/09540121.2020.1757020.
4. Mallory C, Brown TN, Russell ST, Sears B. The impact of stigma and discrimination against LGBT people in Texas. Los Angeles: Williams Institute, UCLA School of Law; 2018.
5. Lim SH, Sim M, Yee A, Guadamuz TE. Social exclusion, stigma, and discrimination among men who have sex with men in Asia. Cham: Springer; 2021. p. 1-18.
6. Halim DE, Noor NN, Thamrin Y. Stigma and discrimination with the occurrence of HIV/AIDS in Makassar. *Enferm Clin*. 2020;30(Sup 4):278-81.
7. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*. 2009;123(1):346-52. doi:10.1542/peds.2007-3524.
8. Mudzusi M, Helen A. Impact of stigma and discrimination on sexual well-being of LGBTI students in a South African rural university. *South African Journal of Higher Education*. 2017;31(4): 208-18.

9. โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. เรื่องราวแห่งการตีตรา : การศึกษาการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลข้ามเพศ ในประเทศไทยขณะเข้ารับบริการด้านสุขภาพและบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง [The story of stigma: a study of stigma and discrimination against transgender people in Thailand when receiving health services and related contexts]. กรุงเทพฯ: โครงการ; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ส.ค. 2565]. Available from: [https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/th/UNDP\\_TH-Stories-of-Stigma\\_Thai.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/th/UNDP_TH-Stories-of-Stigma_Thai.pdf)
10. Dhedchawanagon K, Wiwatwongwana R. The study of transgender students in boarding school. Scholar: Human Sciences. 2020;12(2):216-28.
11. สมถวิล เอี่ยมโก, วิกรม บุญนุ่น. การตีตราและการกดทับ LGBTQ ในสังคมไทย [Stigmatization and pressing LGBTQ in Thai society]. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร. 2564;12:387-98.
12. Doan L, Trenton D. Sexual identity disclosure among lesbian, gay, and bisexual individuals. Sociol Sci. 2020;7:504-27. doi:10.15195/v7.a21.
13. พรเทพ แพรขาว, ศิริพร จิรวัดน์กุล. สุข ทุกข์ และภาวะสุขภาพจิตของชายรักเพศเดียวกันในชุมชนอีสาน [Happy, sadness and mental status of male homosexuals in Isan community]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2551;53(4):377-91.
14. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, Guilherme FDS, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. Br J Gen Pract. 2018;68(668):e187-96. doi:10.3399/bjgp18X694841.
15. Caceres C, Konda K, Pecheny M, Lyerla R, Chatterjee A. MSM populations in low and middle-income countries: assessing magnitude, sexual behaviour and HIV prevalence. Paper presented at: AIDS 2006—XVI International AIDS Conference; 2006 August 13-18; Ontario, Canada.
16. Pongthai S. Sexual experience and sexual orientation among Ramathibodi medical students, Thailand. J Med Assoc Thai. 1990;73(Suppl 1):81-6.
17. Ngamjarus C. n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. Siriraj Med J. 2016;68(3):160-70.
18. Coleman TA. Exploring health care access for gay, bisexual, and other men who have sex with men living in middlesex county, Ontario [dissertation] [Internet]. London: The University of Western Ontario; 2014 [cited 2022 Aug 23]. Available from: <https://ir.lib.uwo.ca/etd/2469>
19. Ebel RL, Frisbie DA. Essentials of educational measurement. New Delhi: Prentice Hall of India; 1972.
20. Zhang XF, Lyu CX, Zheng JT, Dong L, Jiang ZX, Fu JH. Status on sexual partners among men who have sex with men among college students in Qingdao, 2016. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2017;38(12):1638-41. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.12.011.
21. เอกเทพ ไมเกิ้ล. สุขภาพจิตและระยะเวลาความสัมพันธ์ของชายรักชาย ณ สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย [Mental health and relationship length of gay male couples in rainbow sky association of Thailand] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
22. Gumindaga GC, Maharaj P. Factors influencing HIV-risk perception among MSM students at a university in Durban, South Africa. Afr J AIDS Res. 2021;20:244-53. doi:10.2989/16085906.2021.1981413.
23. Pharr JR, Lough NL, Ezeanolue EE. Barriers to HIV testing among young men who have sex with men (MSM): experiences from Clark county, Nevada. Glob J Health Sci. 2015;8(7):9-17. doi:10.5539/gjhs.v8n7p9.
24. Silva JCPD, Cardoso RR, Cardoso ÂMR, Gonçalves RS. Sexual diversity: a perspective on the impact of stigma and discrimination on adolescence. Cien Saude Colet. 2021;26(7):2643-52. doi:10.1590/1413-81232021267.08332021.

25. Schrimshaw EW, Siegel K, Downing MJ, Parsons JT. Disclosure and concealment of sexual orientation and the mental health of non-gay-identified, behaviorally bisexual men. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(1):141-53. doi:10.1037/a0031272.
26. Bartram D. Sexual orientation and life satisfaction. *Journal of Sociology*. 2023;59(1):20-35. doi:10.1177/14407833211017672.
27. Centers for Disease Control and Prevention. Stigma and discrimination [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; [cited 2022 May 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/stress-coping/reduce-stigma/index.html>
28. Batchelder AW, Kleven M, Fitch C, McKetchnie SM, Mayer KH, O’Cleirigh C. Stigma, discrimination, and substance use among an urban sample men who have sex with men in Massachusetts. *AIDS Care*. 2020;32(3):370-8. doi:10.1080/09540121.2019.1683807.
29. Mallory C, Vasquez LA, Brown TN, Momen RE, Sears B. The impact of stigma and discrimination against LGBT people in West Virginia. California: The Williams Institute; 2021.
30. Stojisavljevic S, Djikanovic B, Matejic B. ‘The devil has entered you’: a qualitative study of men who have sex with men (MSM) and the stigma and discrimination they experience from healthcare professionals and the general community in Bosnia and Herzegovina. *PLoS One*. 2017;12(6):e0179101. doi:10.1371/journal.pone.0179101.
31. Richards D, Gateri H, Massaquoi N. The effects of intersectional stigma and discrimination on the mental well-being of black, LBQ, female youth 18-25 years old. In: Pashang S, Khanlou N, Clarke J, editor. *Today’s youth and mental health: Hope, power, and resilience*. New York: Springer International Publishing/Springer Nature; 2018. p. 119-33.

## ภาคผนวก

### แบบสอบถามการวิจัย

## นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิต  
และการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน

วันรับ : 8 มีนาคม 2566  
วันแก้ไข : 8 พฤษภาคม 2566  
วันตอบรับ : 9 พฤษภาคม 2566

ภิญญดา มัญยานนท์, วท.บ.,  
วิธัญญา วัฒนโธ, ค.ด.  
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะและปัจจัยทางสังคมกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน และศึกษาความสามารถของปัจจัยจิตลักษณะและปัจจัยทางสังคมในการทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน

**วิธีการ :** การศึกษาภาคตัดขวางในผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีอายุ 20 - 60 ปี 300 คน สุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบวัดความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน แบบวัดการมองโลกในแง่ดี แบบวัดความหวัง แบบวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากที่ทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

**ผล :** ปัจจัยจิตสังคมทั้งหมดมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานมีความสัมพันธ์กับความหวังมากที่สุด ( $r = .66$ ) รองลงมา ได้แก่ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ( $r = .57$ ) และการมองโลกในแง่ดี ( $r = .52$ ) ตัวแปรจิตสังคมสามารถร่วมกันทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานได้ร้อยละ 54.4 โดยความหวัง ( $\beta = .41, p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $\beta = .29, p < .01$ ) และการมองโลกในแง่ดี ( $\beta = .13, p < .05$ ) เป็นตัวแปรที่ทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป :** พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ผู้ใหญ่วัยทำงานควรได้รับการส่งเสริมความหวัง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมองโลกในแง่ดี เพื่อเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน

**คำสำคัญ :** ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน, ปัจจัยจิตสังคม, ผู้ใหญ่วัยทำงาน

**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** ภิญญดา มัญยานนท์; e-mail: bhinyada.m@gmail.com

## Original articles

## Psychosocial factors related to work-life balance in working adults

Received : 8 March 2023

Revised : 8 May 2023

Accepted : 9 May 2023

Bhinyada Monyanon, B.Sc.,

Vitanya Vanno, Ph.D.

Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University

**Abstract**

**Objective:** To elucidate the relationship among psychological capital, social factors, and work-life balance and assess the ability of psychological capital and social factors to predict the work-life balance of working-age adults.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted among 300 working adults aged between 20 and 60 years old selected by using convenience sampling. The work-life balance, self-efficacy perception, optimism, hope, mental resilience, family support, and social support from work were measured. Data were analyzed using the Pearson product-moment correlation and multiple regression analysis.

**Results:** All psychosocial factors were positively correlated with work-life balance at the statistical significance level of .01. Work-life balance had the highest correlation with hope ( $r = .66$ ), followed by mental resilience ( $r = .57$ ) and optimism ( $r = .52$ ). All psychosocial variables were conjointly accounted for 54.4 percent of the variance in work-life balance, with hope ( $\beta = .41, p < .01$ ), family support ( $\beta = .29, p < .01$ ), and optimism ( $\beta = .13, p < .05$ ) being significant predictors of work-life balance.

**Conclusion:** Psychosocial factors are related to work-life balance. Hope, optimism, and family support should be promoted to enhance work-life balance among working adults.

**Keywords:** psychosocial factors, working adults, work-life balance

**Corresponding author:** Bhinyada Monyanon; e-mail: bhinyada.m@gmail.com

**ความรู้เดิม :** ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการทำงาน พฤติกรรมการทำงาน คุณภาพในการทำงาน และคุณภาพชีวิต

**ความรู้ใหม่ :** ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** ควรส่งเสริมความหวัง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมองโลกในแง่ดี เพื่อเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน

## บทนำ

ตามหลักจิตวิทยาพัฒนาการ ผู้ใหญ่วัยทำงาน คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 20 - 60 ปี โดยแบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ ภารกิจพัฒนาการของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ประกอบไปด้วย การมีความรับผิดชอบต่อบ้านเมืองและสังคม การช่วยเหลือลูกและรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับคู่ครอง การปรับตัวกับพ่อแม่ที่อยู่ในวัยชรา และการยึดมั่นในการปฏิบัติหน้าที่การงาน<sup>1</sup> หากผู้ใหญ่วัยทำงานไม่สามารถบริหารจัดการบทบาทและหน้าที่ต่าง ๆ ตามภารกิจพัฒนาการได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดวิกฤตในช่วงวัย หรือที่เรียกว่า วิกฤตวัยกลางคน (midlife crisis) ซึ่งบุคคลที่อยู่ในวิกฤตนี้อาจมีความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร จนกระทั่งมีความคิดและอาจลงมือทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายในที่สุด<sup>2</sup> ดังนั้นในการประสบความสำเร็จในภารกิจพัฒนาการ ผู้ใหญ่วัยทำงานต้องมีความสมดุลในแต่ละบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยแบ่งเวลาในการทำงานและการใช้ชีวิตส่วนตัวเพื่อตอบสนองความต้องการ สร้างความสุข รวมไปถึงพัฒนาตนเอง ความสามารถของบุคคลในการจัดการบทบาทและความต้องการด้านต่าง ๆ ของชีวิตได้เหมาะสมพอดีกัน (fit) หรือมีดุลยภาพ (equilibrium) เรียกว่า ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (work-life balance)<sup>3</sup> แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) สมดุลด้านเวลา

หมายถึง การให้ความสำคัญในการแบ่งเวลาระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิตส่วนตัวตามความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม 2) สมดุลด้านการมีส่วนร่วม หมายถึง ระดับความเต็มใจในการมีส่วนร่วมต่อหน้าที่การทำงานและหน้าที่อื่น ๆ ในชีวิตที่ทำให้เกิดความสุขของบุคคล และ 3) สมดุลด้านความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจหรือระดับความรู้สึกทางบวกที่ได้รับจากการทำงานหรือจากหน้าที่อื่น ๆ ในชีวิต<sup>1-4</sup>

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน พบว่า ต้นทุนทางจิตวิทยา (psychological capital: PsyCap) ซึ่งมีปัจจัยจิตลักษณะเป็นองค์ประกอบย่อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การมองโลกในแง่ดี ความหวัง และความยืดหยุ่นทางจิตใจ<sup>5</sup> มีความสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>6,7</sup> และสามารถทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานในกลุ่มผู้ประกอบการได้ร้อยละ 30 - 35<sup>8,9</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทางสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากที่ทำงานและจากครอบครัว สามารถทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของคนงานในภาคอุตสาหกรรมและแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>10</sup> อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยเป็นการศึกษาเฉพาะบุคลากรในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ ปัจจัยทางสังคม และความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานในกลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีความหลากหลายทั้งด้านอายุและประสบการณ์การทำงานในบริบทของประเทศไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การมองโลกในแง่ดี ความหวัง และความยืดหยุ่นทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากที่ทำงาน กับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน และ 2) ศึกษาความสามารถของปัจจัยจิตลักษณะและปัจจัยทางสังคมในการทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน

## วิธีการ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2566 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-445/2565 วันที่ 20 ธันวาคม 2565

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ใหญ่วัยทำงานทั้งเพศชายและหญิง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ คือ 1) อายุ 20 - 60 ปี 2) เป็นผู้ประกอบอาชีพในหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน 3) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ และ 4) สามารถใช้งาน Google Form บนอินเทอร์เน็ตได้ กำหนดจำนวนตัวอย่างโดยกำหนดค่า effect size เท่ากับ .08 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ค่า power เท่ากับ .95 และตัวแปรทำนาย 6 ตัวแปรได้จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำ 286 คน<sup>11,12</sup> เลือกกลุ่มตัวอย่างวิธีการสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling) โดยเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยการกระจายข้อความผ่านโปรแกรม Line, Facebook, และ Instagram โดยมีการแนบลิงก์ Google Form และรูป QR code ก่อนเข้าสู่แบบสอบถาม มีข้อความอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อความชี้แจงผู้ตอบแบบสอบถามว่าข้อมูลทั้งหมดจะนำมาเพื่อใช้วิเคราะห์และแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถถอนจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่นำข้อมูลของผู้ที่ถอนจากการวิจัยมาวิเคราะห์ และมีตัวเลือกเพื่อแสดงความเข้าใจและยินยอมในการให้ข้อมูล

**เครื่องมือ** แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยประเมินความตรงของข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการและนำคะแนนมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาาคือค่า IOC ตั้งแต่ .5 ขึ้นไป<sup>13</sup> จากนั้นนำข้อคำถามที่ผ่านการคัดเลือกไปทดลองใช้กับผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์คุณภาพของข้อคำถามรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม

ข้อที่เหลือ (corrected item-total correlation) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป<sup>14</sup> จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบวัดทั้งหมดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า (summated rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริงที่สุด” จนถึง “จริงที่สุด” แบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วนได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ ประสบการณ์การทำงาน และรายได้

2) แบบวัดความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีสัดส่วนระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยการแบ่งเวลาให้เหมาะสมระหว่างเรื่องงานกับเรื่องส่วนตัวเพื่อโอกาสในการบริหารจัดการเวลาของตัวเอง และเวลางานที่เป็นความรับผิดชอบอย่างสมดุลกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจ และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ สมดุลด้านเวลา สมดุลด้านการมีส่วนร่วม และสมดุลด้านความพึงพอใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Greenhaus และคณะ<sup>3</sup> จำนวน 24 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .30 - .71 และมีค่าความเชื่อมั่น .88

3) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อมั่นของผู้ใหญ่วัยทำงานในความสามารถที่ตนเองมีอยู่ในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนของ Bandura<sup>15</sup> จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .45 - .74 และมีค่าความเชื่อมั่น .84

4) แบบวัดการมองโลกในแง่ดี หมายถึง ทักษะคติในทางบวกของผู้ใหญ่วัยทำงานในสถานการณ์หลากหลายจากการทำงาน โดยมีเหตุผลที่ใช้ในการอธิบายแต่ละสถานการณ์เพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขกับสถานการณ์ที่เลวร้ายได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการมองโลกในแง่ดีของ Seligman<sup>16</sup> จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .35 - .74 และมีค่าความเชื่อมั่น .85

5) แบบวัดความหวัง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่เป็นพลังให้ผู้ใหญ่วัยทำงานเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในการปฏิบัติงาน มีลักษณะเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและสถานการณ์ในชีวิต ทำให้ผู้ใหญ่วัยทำงานสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคได้ และเมื่อผู้ใหญ่วัยทำงานมีความหวังก็จะมีคามตั้งใจในการปฏิบัติงานไปสู่เป้าหมาย มีความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุเป้าหมาย และเกิดพฤติกรรมในการเผชิญอุปสรรคด้วยความอดทน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความหวังของ Miller<sup>17</sup> จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .46 - .80 และมีค่าความเชื่อมั่น .87

6) แบบวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ หมายถึง ความสามารถของผู้ใหญ่วัยทำงานที่นำมาป้องกันและปกป้องตนเองเพื่อเอาชนะและผ่านพ้นประสบการณ์ลบในชีวิตของตนเองไปได้ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I have (ฉันมี) I am (ฉันเป็น) และ I can (ฉันสามารถ) ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Grotberg<sup>18</sup> จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .38 - .65 และมีค่าความเชื่อมั่น .81

7) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ใหญ่วัยทำงานในการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม จากบุคคลในครอบครัว เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มากลุมคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของนิซารีย์ นิยมสินธุ์<sup>19</sup> จำนวน 12 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .48 - .85 และมีค่าความเชื่อมั่น .94

8) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากที่ทำงาน หมายถึง การรับรู้ของผู้ใหญ่วัยทำงานในการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม จากบุคคลในที่ทำงาน เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหา หรือ เหตุการณ์ที่มากลุมคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของนิซารีย์ นิยมสินธุ์<sup>19</sup> จำนวน 12 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .59 - .94 และมีค่าความเชื่อมั่น .95

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะและปัจจัยทางสังคมกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยจิตลักษณะและปัจจัยทางสังคมในการทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน

## ผล

ผู้ตอบกลับข้อมูลใน Google Form ทั้งหมด 303 คน กรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน 3 คน เหลือตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล 300 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.0 มีช่วงอายุอยู่ในเจนเนอเรชั่น Y (27 - 42 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือเจนเนอเรชั่น X (อายุ 42 - 60 ปี) ร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานน้อย (1 - 13 ปี) ร้อยละ 60.3 และมีรายได้พอใช้ ร้อยละ 53.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความหวัง และความยืดหยุ่นทางจิตใจ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากที่ทำงาน และความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรทุกคู่มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง .22 - .69 โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ได้แก่ ความหวังและความยืดหยุ่นทางจิตใจ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจิตสังคมกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานมากที่สุด ( $r = .66$ ) รองลงมา ได้แก่ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ( $r = .57$ ) และการมองโลกในแง่ดี ( $r = .52$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อ (variance inflation factor: VIF) เพื่อตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ

ตารางที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง (n = 300)

|                                       | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|------------|--------|
| <b>เพศ</b>                            |            |        |
| ชาย                                   | 102        | 34.0   |
| หญิง                                  | 198        | 66.0   |
| <b>ช่วงอายุ</b>                       |            |        |
| Gen X (เกิดก่อนปี พ.ศ. 2524)          | 102        | 34.0   |
| Gen Y (เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2524 - 2539) | 140        | 46.7   |
| Gen Z (เกิดหลังจากปี พ.ศ. 2539)       | 58         | 19.3   |
| <b>ประสบการณ์ทำงาน</b>                |            |        |
| 13 ปีขึ้นไป                           | 119        | 39.7   |
| 1 - 13 ปี                             | 181        | 60.3   |
| <b>รายได้</b>                         |            |        |
| ไม่พอใช้                              | 70         | 23.3   |
| พอใช้                                 | 161        | 53.7   |
| เหลือเก็บ                             | 69         | 23.0   |

(multicollinearity) ระหว่างตัวแปรต้น โดยเกณฑ์คือค่า VIF น้อยกว่า 5.3 แสดงว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ<sup>14</sup> พบว่า ตัวแปรต้นทุกตัวผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ โดยมีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.48 - 3.11 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบใส่ตัวแปรทำนายทั้งหมดพร้อมกัน (enter method) โดยใช้การรับรู้ความสามารถของตน การมองโลกในแง่ดี ความหวัง ความยืดหยุ่นทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากที่ทำงานเป็นตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนายทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 54 ( $R^2 = .54$ ) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความหวัง ( $\beta = .41, p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $\beta = .29, p < .01$ ) และการมองโลกในแง่ดี ( $\beta = .13, p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

## วิจารณ์

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงานพบว่า ความหวังเป็นปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ( $r = .67$ ) สอดคล้องกับผลวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ความหวังมีความสามารถพยากรณ์ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด เนื่องจากความหวังเป็นความมุ่งมั่นที่ปรารถนาจะประสบความสำเร็จโดยไม่มีความรู้สึกสิ้นหวังและยังเป็นสิ่งที่สะท้อนความพยายามของบุคคลที่จะบรรลุเป้าหมายและกำหนดแผนหรือแนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมาย<sup>7</sup> ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาใกล้เคียงที่ผ่านมาที่พบว่า ความหวังสามารถร่วมทำนายความพึงพอใจในงานทางบวก และสามารถร่วมทำนายความสุขในการทำงานได้<sup>20</sup>

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายรองลงมา ซึ่งสามารถพยากรณ์ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยิ่งผู้ใหญ่วัยทำงานได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับสูงก็ยิ่งส่งผลให้มีความสมดุล

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยจิตลักษณะและปัจจัยทางสังคมกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน

|    | 1) การรับรู้<br>ความสามารถ<br>ของตนเอง | 2) การมองโลก<br>ในแง่ดี | 3) ความหวัง | 4) ความยืดหยุ่น<br>ทางจิตใจ | 5) การสนับสนุน<br>ทางสังคม<br>จากครอบครัว | 6) การสนับสนุน<br>ทางสังคม<br>จากงาน | 7) ความสมดุล<br>ระหว่างชีวิตและ<br>การทำงานของ<br>ผู้ใหญ่วัยทำงาน |
|----|----------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. | -                                      |                         |             |                             |                                           |                                      |                                                                   |
| 2. | .50**                                  | -                       |             |                             |                                           |                                      |                                                                   |
| 3. | .69**                                  | .67**                   | -           |                             |                                           |                                      |                                                                   |
| 4. | .57**                                  | .56**                   | .69**       | -                           |                                           |                                      |                                                                   |
| 5. | .27**                                  | .22*                    | .36**       | .51**                       | -                                         |                                      |                                                                   |
| 6. | .35**                                  | .45**                   | .48**       | .60**                       | .47**                                     | -                                    |                                                                   |
| 7. | .51**                                  | .52**                   | .66**       | .57**                       | .50**                                     | .47**                                | -                                                                 |
| M  | 4.90                                   | 4.65                    | 4.80        | 4.93                        | 4.68                                      | 4.67                                 | 4.50                                                              |
| SD | .61                                    | .68                     | .74         | .52                         | .89                                       | .72                                  | .63                                                               |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ **ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวม

|                                | B    | SE  | $\beta$ | t      |
|--------------------------------|------|-----|---------|--------|
| การรับรู้ความสามารถของตน       | .07  | .06 | .07     | 1.21   |
| การมองโลกในแง่ดี               | .12  | .05 | .13     | 2.41*  |
| ความหวัง                       | .35  | .06 | .41     | 5.89** |
| ความยืดหยุ่นทางจิตใจ           | -.02 | .08 | -.02    | -.23   |
| การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว | .21  | .03 | .29     | 6.0**  |
| การสนับสนุนทางสังคมจากที่ทำงาน | .05  | .05 | .06     | 1.14   |
| $R = .74$ , $R^2 = .54$ **     |      |     |         |        |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ 

หมายเหตุ : R = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ,  $R^2$  = ค่าอำนาจในการพยากรณ์, B = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ, SE = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์,  $\beta$  = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน

ระหว่างชีวิตและการทำงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา  
ใกล้เคียงที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว  
เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายสมดุลชีวิตการทำงานและ  
การเรียนรู้ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในด้านรวมได้ร้อยละ  
32.6<sup>21</sup> และสามารถร่วมทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและ  
การทำงานของหญิงวัยกลางคนได้<sup>22</sup>

การมองโลกในแง่ดีเป็นอีกปัจจัยที่สามารถพยากรณ์  
ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ โดยการมองโลกในแง่ดี คือ การที่บุคคลมองเหตุการณ์  
ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทิศทางบวก มองว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นไม่ได้  
เลวร้ายและสามารถแก้ไขได้ ทำให้สามารถปรับตัวเพื่อให้ทัน  
ต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมและ  
สามารถฟันฝ่าอุปสรรคโดยไม่ย่อท้อ การมองโลกในแง่ดีจึงเป็น

ปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยบรรเทาสถานการณ์หรือ อารมณ์ความรู้สึกในทางลบที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับความพึงพอใจในงานและความสุขในการทำงาน พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในงานและความสุขในการทำงาน<sup>7</sup>

ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงานในประเทศไทย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงานราชการและรัฐวิสาหกิจ จึงอาจทำให้ข้อมูลไม่มีความหลากหลาย การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างสายอาชีพต่าง ๆ มากขึ้น

## สรุป

พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยความหวัง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมองโลกในแง่ดีเป็นตัวแปรที่ทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## เอกสารอ้างอิง

- Greenhaus JH, Collins, KM, Shaw JD. The relation between work-family balance and quality of life. *J Vocat Behav.* 2003;63(3):510-31. doi:10.1016/S0001-8791(02)00042-8.
- Hutton A. The case for work/life balance: Closing the gap between policy and practice. New York: Hudson Highland Group, Inc.; 2005.
- ศยามล เอกะกุลนันต์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างงานและชีวิตของเจ้าหน้าที่ดูแลลูกค้าทางโทรศัพท์หญิง กลุ่มธุรกิจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร [Factors affecting work-life balance of women call center agents in the information and communication technology business group]. *วารสารสุทธิปริทัศน์.* 2562;33(106):107-20.
- สุภา เข้มแข็งปรีชาพันธ์, ระวี สัจจโสภณ, ศุภรักษ์ อธิคมสุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย [Factors affecting work-life balance of office of the permanent secretary for interior's staff]. *วารสารสังคมศาสตร์วิจัย.* 2563;11(1):169-90.
- Luthans F, Youssef CM. Psychological capital: developing the human competitive edge. New York: Oxford University Press; 2007.
- Chandrani S, Himangini H. Psychological capital and work-life balance: a study on police officers. *International Journal of Management and Social Sciences Research.* 2015;4(7):93-6.
- Parray ZA, Shah TA, Islam SU. Psychological capital and employee job attitudes: the critical significance of work-life balance. *Evidence-based HRM.* 2022; ahead-of-print. doi:10.1108/EBHRM-07-2022-0160.
- Anushi KS, Priyanath HMS, Tennakoon WD. Nexus among psychological capital, worklife balance and job satisfaction of employees in apparel industry. *Sri Lanka Journal of Social Sciences and Humanities.* 2022;2(1):85-95. doi:10.4038/sljssh.v2i1.59.
- Christy F, David A, Choudhary N, Vivekanand N, Vibha V, Maheswari M. Impact of psychological capacities on the work life balance of entrepreneurs. *Psychology and Education.* 2021;58(3):3869-75. doi:10.2139/ssrn.3897245.
- Russo M, Shteigman A, Carmeli A. Workplace and family support and work-life balance: Implications for individual psychological availability and energy at work. *J Posit Psychol.* 2016;11(2):173-88. doi:10.1080/17439760.2015.1025424.
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/bf03193146.

12. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G\*Power [Influence size power analysis calculation of optimal sample size using the G\*Power program]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาฯ, 2553.
13. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G\*Power [Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G\*Power program]. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563.
14. อรพินทร์ ชูชม. วิชา วป 502 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์ [RB 502 construction and development of measuring instruments in behavioral science]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2545.
15. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2): 191-215. doi:10.1037//0033-295x.84.2.191.
16. Seligman MEP. Building human strength: psychology's forgotten mission. APA Monitor. 1998;29(2).
17. Miller JF. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1983.
18. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The Hague: Bernard van Leer Foundation; 1995.
19. ณิชารีย์ นิยมสินธุ์. แรงจูงใจความรู้พัฒนาการและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่ทำงาน [Motivation, developmental knowledge and social support related to elderly health care behaviors of working adults] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
20. สุมาลีณี มธุรพจน์พงศ์. ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความสามารถในการฟื้นคืนได้: ตัวแปรทำนายผลงาน ความพึงพอใจในงาน ความสุขในการทำงาน และความผูกพันกับองค์กร [Hope, optimism, and resilience as predictors of performance, job satisfaction, work happiness, and organizational commitment]. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ). 2552;5(3):306-18.
21. วชิรวิทย์ แสงโรจน์กิตติคุณ, อรพินทร์ ชูชม. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้อง กับสมดุลชีวิตการทำงานและการเรียนของนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร [Personal and social environmental factors related to school work-life balance of graduate students in Bangkok]. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 2564;27(2):63-77.
22. Marcinkus W, Whelan-Berry K, Gordon J. The relationship of social support to the work-family balance and work outcomes of midlife women. Women in Management Review. 2006;22(2): 86-111. doi:10.1108/09649420710732060.

#### ภาคผนวก

##### แบบสอบถามการวิจัย

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การแปลแบบข้ามวัฒนธรรมและการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่น ของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด

วันรับ : 20 มีนาคม 2566  
วันแก้ไข : 29 พฤษภาคม 2566  
วันตอบรับ : 30 พฤษภาคม 2566

วชิระ สุริยะวงศ์, พย.ม.<sup>1</sup>, ปณวัตร สันประโคน, พร.ด.<sup>2</sup>  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่<sup>1</sup>,  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อแปลและทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด

**วิธีการ :** แปลแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแปลภาษา 2 คน อย่างเป็นอิสระต่อกัน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาโดยการแปลย้อนกลับเป็นภาษาต้นฉบับ ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน จากนั้นศึกษาภาคตัดขวางเพื่อทดสอบคุณสมบัติของแบบวัดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด 100 คน ในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี ประเมิน 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจากข้อมูลครั้งที่ 1 และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากข้อมูลครั้งที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในนอกระหว่างการทดสอบ 2 ครั้งด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

**ผล :** แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย จำนวน 15 ข้อ จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความกดดันส่วนบุคคล (personal distress) 2) ความปั่นป่วนรบกวนของชีวิต (degree of life upset) และ 3) ความรู้สึกเชิงลบต่อผู้สูงอายุ (negative feelings toward care recipient) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.92 และมีความสอดคล้องกันระหว่างตัวแปรสังเกตกับแต่ละองค์ประกอบ ( $\chi^2/df = 1.70$ , RMSEA = 0.08, CFI = 0.93, TLI = 0.91) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.96 - 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.89 - 0.91

**สรุป :** แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย มีความตรงและความเชื่อมั่นในระดับที่ดี เหมาะสำหรับการใช้วัดความเครียดของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรู้คิด

**คำสำคัญ :** การวิเคราะห์องค์ประกอบ, ความเชื่อมั่น, ความตรง, แบบวัดความเครียด, ปัญหาการรู้คิด, ผู้ดูแล

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** ปณวัตร สันประโคน; e-mail: panawat.san@gmail.com

## Original articles

# Cross-cultural translation, validity, and reliability of the Thai version of the relative stress scale among relative caregivers of older adults with cognitive impairment

Received : 20 March 2023

Revised : 29 May 2023

Accepted : 30 May 2023

Wachira Suriyawong, M.N.S.<sup>1</sup>, Panawat Sanprakhon, Ph.D.<sup>2</sup>

Faculty of Nursing, Chiang Mai University<sup>1</sup>,

Faculty of Nursing, Saun Dusit University<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** To translate and assess the validity and reliability of the Thai version of the relative stress scale (Thai-RSS) among relative caregivers of older adults with cognitive problems.

**Methods:** The English version of the RSS was independently translated into the Thai version by two bilingual experts. The RSS in Thai was then back-translated into English by another bilingual translator to be compared with the original English version. The content validity of the prefinal Thai-RSS was evaluated by five experts. Two waves of cross-sectional studies were conducted two weeks apart to examine the psychometric properties of the final Thai-RSS among 100 relative caregivers of older adults with cognitive impairment in a community in Suphan Buri province. The exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis were performed using data from the first and second waves, respectively. Intraclass correlation and Cronbach's alpha coefficients were calculated to evaluate the external (test-retest) and internal reliability of the Thai-RSS, respectively.

**Results:** The 15-item Thai-RSS was categorized into three factors; 1) personal distress, 2) degree of life upset, and 3) negative feelings toward the care recipient. It demonstrated a content validity index of 0.92. The measurement model showed an acceptable model fit (RMSEA = 0.08,  $\chi^2/df$  = 1.70, CFI = 0.93, TLI = 0.91). Intraclass correlation and Cronbach's alpha coefficients for each factor were between 0.96 - 0.98 and 0.89 - 0.91, respectively.

**Conclusion:** The Thai-RSS demonstrates good validity and reliability. It could be used to assess stress in Thai caregivers of older adults with cognitive impairment.

**Keywords:** caregiver, cognitive impairment, factor analysis, reliability, stress scale, validity

**Corresponding author:** Panawat Sanprakhon; e-mail: panawat.san@gmail.com

**ความรู้เดิม :** แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลที่ใช้ในประเทศไทยมีหลากหลาย แต่ยังขาดแบบวัดความเครียดที่ครอบคลุมองค์ประกอบของความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด

**ความรู้ใหม่ :** แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแลฉบับภาษาไทย ครอบคลุมองค์ประกอบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด ได้แก่ ความรู้สึกกดดัน ความปั่นป่วนวุ่นวายของชีวิต และความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ มีความตรงและความเชื่อมั่นระดับดี สามารถใช้ประเมินความเครียดของผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิดในชุมชน

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** การคัดกรองความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิดในชุมชนเพื่อนำเข้าสู่บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช

## บทนำ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด (cognitive impairment) เช่น ภาวะสมองเสื่อม (dementia) จากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) สมองเสื่อมจากมวลเลวี่ (dementia with Lewy body) สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) รวมถึงการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) และการรู้คิดลดลงจากการรับรู้ตนเอง (subjective cognitive decline)<sup>1</sup> ต้องอยู่ในความดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างใกล้ชิด เนื่องจากข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมและอาการจิตประสาท เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว โมโหร้าย หลงผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า วิตกกังวล และปัญหาการนอนหลับ<sup>2</sup> ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวที่มีทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

การเกิดความเครียดจากการดูแลเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายและจิตใจและการสูญเสียการดำเนินชีวิตทางสังคมของผู้ดูแล<sup>3</sup> การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเครียดจากการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหา

การรู้คิดที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความเหน็ดเหนื่อยจากกิจกรรมการดูแลที่หนักทำให้เกิดความเสื่อมถอยทางสุขภาพร่างกาย<sup>4</sup> 2) ความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด หรือรำคาญใจต่อผู้สูงอายุ<sup>3</sup> เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่สร้างความอับอายต่อหน้าผู้อื่น เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า ปัสสาวะผิดที่ ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกผิดเมื่อต้องใช้เวลาจรรยาบรรณต่อว่าผู้สูงอายุ<sup>5</sup> และ 3) ความยุ่งยากของการดำเนินชีวิตและถูกตัดขาดจากสังคม<sup>3</sup> เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมการดูแลโดยที่ไม่รู้ว่าการดูแลนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อใด Pearlin และคณะ<sup>4</sup> กล่าวถึงกระบวนการเกิดความเครียด (stress process model) ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (dependency) ที่ต้องการความช่วยเหลือในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกือบทุกด้าน ผู้สูงอายุเหล่านี้มักแสดงปัญหาด้านพฤติกรรม (behavioral problems) ที่ผู้ดูแลต้องรับมือ ซึ่งกิจกรรมการดูแลที่หนัก (overload) ได้ส่งผลกระทบต่อความกดดัน (distress) และความรู้สึกถูกทอดทิ้งจากสังคม (social deterioration) ให้เผชิญกับสถานการณ์การดูแลตามลำพังนำไปสู่ปัญหาสุขภาพกายและจิตและการขาดความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล

ปัจจุบันมีแบบวัดความเครียดของผู้ดูแลที่หลากหลาย เช่น caregiver strain index<sup>6</sup>, caregiver burden inventory<sup>7</sup> และ caregiver's burden scale<sup>8</sup> ที่ใช้ประเมินผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ Zarit burden interview<sup>9</sup>, neuropsychiatric inventory<sup>10</sup>, dementia burden scale - caregiver<sup>11</sup> และ caregiver burden inventory<sup>12</sup> ที่ใช้ประเมินผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด และมีแบบวัดความเครียดบางส่วนที่ถูกแปลเป็นภาษาไทยแล้วและผ่านการทดสอบคุณภาพ เช่น Zarit burden interview ฉบับภาษาไทย<sup>13</sup> burden scale ที่ใช้ในผู้ดูแลของผู้มีปัญหาทางจิตเวชในคลินิก<sup>14</sup> caregiver burden inventory<sup>15</sup> และ neuropsychiatric inventory<sup>16</sup> ที่ใช้ประเมินภาวะกดดันในผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบของแบบวัดความเครียดเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นมิติด้านจิตใจ ในขณะที่

ความเครียดจากการดูแลเป็นกระบวนการความเครียดที่มีองค์ประกอบหลากหลาย แบบวัดเหล่านี้จึงยังไม่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญในด้านความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ

แบบวัด relative stress scale (RSS)<sup>17</sup> ที่ถูกพัฒนาโดย Greene และคณะ<sup>17</sup> จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบวัดที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและการรู้คิด แบบวัดนี้ถูกนำไปใช้ประเมินความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เป็นผลกระทบจากการดูแลอย่างครอบคลุม เช่น ความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดหรือรำคาญใจ การถูกกีดกันจากสังคม ปัญหาการนอนหลับ และสุขภาพที่แย่ลงของผู้ดูแล และได้ถูกแปลและใช้ในหลายประเทศทั่วโลก เช่น นอร์เวย์<sup>18</sup> เยอรมนี<sup>19</sup> สโลวัก<sup>20</sup> และไทย<sup>21</sup> อย่างไรก็ตาม แบบวัด RSS ฉบับภาษาไทยที่ผ่านมาถูกแปลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และยังต้องการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดเพื่อใช้ประเมินผู้ดูแลในชุมชนไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบวัด RSS ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ประเมินความเครียดและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิดในชุมชน

## วิธีการ

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) การแปลเครื่องมือด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (back-translation) และ 2) การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อประเมินความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดทางจิตวิทยา ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาต้นแบบจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (development of health care management prototype program of dependency older adults in community) ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต รหัสโครงการ SDU-RDI-HS 2022-05 วันที่ 10 มีนาคม 2565

## ระยะที่ 1 การแปลเครื่องมือ

ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้ถือลิขสิทธิ์แบบวัด RSS (Oxford university press publisher; license number 4762860031612) ได้แปลย้อนกลับเครื่องมือตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก<sup>22</sup> รายละเอียดดังนี้

1. การแปลแบบวัด RSS จากต้นฉบับ (original RSS) ที่เป็นภาษาอังกฤษไปเป็นภาษาไทย (forward translation) ยึดหลักความเท่าเทียมกันระหว่างภาษา เน้นความถูกต้องของความหมายให้เป็นไปตามภาษาไทยที่ใช้ในชีวิตประจำวันและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ดูแลในชุมชนประเทศไทย<sup>23</sup> โดยผู้เชี่ยวชาญสองคนแปลโดยเป็นอิสระต่อกัน (independent translation) ได้แก่ อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (OC) และอาจารย์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (WS) ซึ่งทั้งสองคนมีคุณสมบัติผู้แปล ได้แก่ 1) มีประสบการณ์แปลเครื่องมือ 2) ใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษระดับดีมาก และ 3) เคยอาศัยอยู่ในต่างประเทศที่มีใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนนี้ได้ RSS ที่แปลเป็นภาษาไทย 2 ฉบับเรียกว่า ฉบับ T1 และ T2

2. ผู้วิจัย (PS) สังเคราะห์เนื้อหาจากข้อคำถามฉบับ T1 และ T2 ให้เป็นฉบับเดียว (T12-RSS) จากนั้นประชุมแบบออนไลน์ผ่าน Microsoft team ร่วมกับผู้แปลทั้ง 2 คน (OC และ WS) เพื่อทบทวนและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ในแต่ละข้อคำถาม พิจารณาจากค่า item-objective congruence index (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป<sup>24</sup> โดยผู้ประเมินต้องเห็นตรงกันอย่างน้อย 2 ใน 3 คน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 - 1.00 ซึ่งแสดงถึงการบรรลุข้อตกลงถึงระดับความตรงเชิงเนื้อหาของฉบับ T12-RSS

3. นำแบบวัด T12-RSS ไปแปลย้อนกลับเป็นภาษาต้นฉบับ โดยอาจารย์ภาควิชาภาษาอังกฤษ คณะมนุษยศาสตร์ที่สามารถใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี เคยอาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเกิน 5 ปี และไม่เคยเห็นแบบประเมินนี้มาก่อน (blinded translator) ได้แบบประเมินเป็นภาษาอังกฤษฉบับ BT1-RSS

4. ผู้วิจัย (PS) และผู้แปลทั้ง 2 คน (OC และ WS) ร่วมกันตรวจสอบความสอดคล้องของความหมายของแบบวัด ฉบับ BT1-RSS และ original RSS พบว่า ความหมายของคำถามในแต่ละข้อเมื่อเปรียบเทียบกับทั้งสองฉบับไม่แตกต่างกัน จากนั้น ผู้วิจัยนำแบบวัดฉบับ T12-RSS ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและการรักษาผู้ป่วยจิตเวชและสมองเสื่อม 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและมีประสบการณ์วิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล 3 คน และ 3) พยาบาลชั้นสูงที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.92 จึงได้แบบวัด prefinal RSS ฉบับภาษาไทย

5. ผู้วิจัยนำเครื่องมือฉบับที่ผ่านการทดสอบและรายงานค่า CVI จากผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบความตรงเชิงปรากฏ (face validity) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด จำนวน 5 คน ในชุมชนหนึ่งในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งได้รับการแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลในกลุ่มนี้ไม่เกี่ยวข้องและไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระยะที่ 2 โดยผู้ดูแลอ่านทีละข้อคำถามพร้อม ๆ กัน จากนั้นผู้วิจัยซักถามความเข้าใจ พบว่า ข้อคำถามเข้าใจง่าย และมีความเข้าใจที่ตรงกัน

6. พัฒนาแบบวัด RSS ฉบับที่แปลขึ้นสุดท้าย (final version) โดยเรียกฉบับนี้ว่า “แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย (Thai version of relative stress scale: Thai-RSS)” ซึ่งผ่านการแก้ไขความคลุมเครือจากขั้นตอนที่ 5 และแก้ไขข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำจากขั้นตอนที่ 4

## ระยะที่ 2 การศึกษาภาคตัดขวาง

เพื่อศึกษาความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย ซึ่งดำเนินการต่อทันทีหลังระยะที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factorial structure) และ 2) ทดสอบความเชื่อมั่นภายใน (internal

reliability) และความเชื่อมั่นภายนอก (external reliability) ของแบบวัด

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าถึงได้ (accessible population) คือ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด ที่มีรายชื่อบันทึกไว้ในทะเบียนผู้ป่วยประจำปี พ.ศ. 2565 ของคลินิกผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาการรู้คิด เช่น โรคอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อมชนิดอื่นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจากการประเมินโดยพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังด้วยแบบทดสอบ Montreal cognitive assessment (MoCA) ได้น้อยกว่า 26 คะแนน<sup>25</sup> หรือมีการรู้คิดบกพร่องจากการสังเกตตนเองจากการประเมินโดยพยาบาลด้วยคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ Q1 : ความจำของคุณเปลี่ยนไปในช่วง 1 - 3 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ Q2 : การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ และ Q3 : คุณกังวลกับการเปลี่ยนแปลงนี้หรือไม่ ผู้สูงอายุที่ตอบไข้อย่างน้อยในข้อที่ 1 และข้อที่ 3 หรือในทุกข้อถือว่ามีความรู้คิดลดลงจากการรับรู้ตนเอง<sup>26</sup> และ 3) สามารถอ่าน สื่อสาร และเข้าใจภาษาไทย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ดูแลมีปัญหาการรู้คิดจากการประเมิน Thai mental state examination (TMSE) น้อยกว่า 24 คะแนน มีโรคจิตเภท (schizophrenia) หรือมีโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิง item-to-response ratio ของ Gorsuch<sup>27</sup> ในสัดส่วนของการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ 1 : 5 ซึ่งแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถาม 15 ข้อ จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 75 คน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gunawan และคณะ<sup>28</sup> ที่ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือทางการพยาบาลไม่ควรน้อยกว่า 50 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

2. แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย (Thai-RSS)<sup>17</sup> ถูกแปลเป็นภาษาไทยตามระเบียบวิธีจาก ระยะที่ 1 ของการศึกษานี้ มี 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความกดดันส่วนบุคคล (personal distress) 2) ระดับความปั่นป่วนวุ่นวายของชีวิต (degree of life upset) และ 3) ความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อผู้ดูแล (negative feelings toward care recipient) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ ระหว่าง 0 - 4 คะแนน โดยการรับรู้ที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน และไม่เคยเลย 0 คะแนน คะแนนรวม 0 - 60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความเครียดสูง

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ การรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วม การออกจากโครงการวิจัยที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยให้ทราบล่วงหน้า และได้รับคำยืนยันว่าจะไม่กระทบต่อการดูแลจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกแต่อย่างใด หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านเอกสารชี้แจงเข้าร่วมวิจัยและเปิดโอกาสให้ซักถามจนกระจ่างก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ การตอบแบบสอบถามใช้รหัสที่ผู้วิจัยกำหนดแทนการระบุตัวตน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังในการส่งรายชื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิดจากการประเมินระดับการรู้คิด โดยเป็นกระบวนการของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามปกติของคลินิกผู้สูงอายุและโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ประจำปี พ.ศ. 2565 รายชื่อประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจากแบบประเมิน MoCA<sup>25</sup> และผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจากการรับรู้ตนเองจากการคัดกรองด้วยคำถามเกี่ยวกับภาวะถดถอยด้านการรู้คิด<sup>26</sup>

2. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี 1 คน ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ พร้อมทั้งสาธิตย้อนกลับทุกกระบวนการที่ได้รับการอบรม

3. พยาบาลประจำคลินิกเชิญชวนผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ศึกษาและนัดหมายพบผู้วิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (รายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย)

4. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (day 0) ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีแสงสว่างมองเห็นได้ชัดเจน ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับหากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สบายใจในการตอบข้อคำถามและแยกแบบสอบถามนั้นออก หลังจากนั้นนัดหมายเพื่อตอบแบบวัดความเครียดครั้งที่ 2 ซึ่งห่างกัน 2 สัปดาห์ (day 14)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นภายนอกด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability)<sup>29</sup> ระหว่างข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 1 และ 2 แสดงเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) ร่วมกับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)<sup>30</sup> วิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)<sup>31</sup> ในข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 1 และวิเคราะห์ factorial structure ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA)<sup>32</sup> จากข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 1 และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA)<sup>33</sup> จากข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 2 โดยการวิเคราะห์ EFA ถูกกำหนดด้วยการหมุนแกน

ด้วยวิธี Oblimin with Kaiser normalization เนื่องจากในแต่ละข้อ (item: I) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน<sup>34</sup> กำหนดจำนวนขององค์ประกอบจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ที่มากกว่า 0.6 และค่า Eigenvalue ที่มากกว่า 1.0<sup>35</sup> สำหรับการวิเคราะห์ CFA ใช้ประมาณค่าพารามิเตอร์แบบ maximum likelihood with robust standard errors เพื่อประเมินความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล (model fit) เนื่องด้วยการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ โดยเกณฑ์ในการประเมิน model fit ประกอบด้วย 1) ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ (chi-square/degree of freedom) น้อยกว่า 3.0 2) ค่ารากของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (the root mean square error of approximation: RMSEA) น้อยกว่า 0.08 3) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (comparative fit index: CFI) มากกว่า 0.90 และ 4) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker และ Lewis (Tucker-Lewis index: TLI) มากกว่า 0.90<sup>36</sup>

## ผล

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามได้ครบ 2 ครั้ง จำนวน 100 คน อายุเฉลี่ย 50.82 ปี (SD = 16.55; range = 21 - 72) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.5 และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 57.5

### การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

ผลการทดสอบ Kaiser-Meyer-Olkin measure (KMO = 0.89) และ Bartlett's test พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่สามารถวิเคราะห์องค์ประกอบ ( $X^2$  (105) = 1344.90,  $p < .001$ ) ซึ่งการวิเคราะห์ EFA สกัดตัวแปรออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความกดดันจากภาระหน้าที่ 2) ความปั่นป่วนวุ่นวายของชีวิต และ 3) ความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยมีค่า factor loading ในแต่ละตัวแปรสังเกตมากกว่า 0.60 ( $p < .001$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 1 ซึ่งโมเดลที่ได้นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 76.9

การวิเคราะห์ CFA ที่ใช้ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลในครั้งที่ 2 พบว่า ไม่มีความสอดคล้องความกลมกลืนของโมเดลแรกที่กำหนดไว้ในระดับที่ยอมรับได้ ( $X^2/df = 2.02$ ; RMSEA = 0.104 (90% CI = .082 - .127), CFI = 0.88, TLI = 0.85) ผู้วิจัยจึงปรับโมเดล (model modification) โดยขจัดตัวแปรสังเกตข้อที่ 13 ในองค์ประกอบที่ 3 ซึ่งมีค่า factor loading เท่ากับ 0.51 ในขณะที่ตัวแปรสังเกตตัวอื่นในองค์ประกอบเดียวกันนี้มีค่า factor loading มากกว่า 0.60 (range = 0.76 - 0.93) จากนั้นจึงวิเคราะห์ CFA ครั้งที่ 2 พบว่า ตัวแบบวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนซึ่งกันและกันกว่าโมเดลแรก ( $X^2/df = 1.70$ , RMSEA = 0.08, 90% CI = .059 - .112, CFI = 0.93, TLI = 0.91) โดยที่ค่า factor loading ของตัวแปรสังเกต > 0.6 ทุกตัวแปรที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) รายละเอียดตามแผนภาพที่ 1

### การทดสอบความเชื่อมั่น

ค่า Cronbach' alpha coefficient ในแต่ละองค์ประกอบในข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 1 มีค่าระหว่าง 0.89 - 0.91 สำหรับความเชื่อมั่นภายนอกวัดด้วยสถิติ ICC โดยประเมินจากค่าความสัมพันธ์ระหว่างผลรวมของคะแนนระหว่างข้อมูลในครั้งที่ 1 และ 2 ขององค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบที่ 2 และองค์ประกอบที่ 3 พบว่า มีค่า 0.98 (95% CI = .969 - .986), 0.96 (95% CI = .939 - .973), และ 0.97 (95% CI = .957 - .981) ตามลำดับ

## วิจารณ์

แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแลต้นฉบับ (RSS) ถูกพัฒนาจากการสัมภาษณ์ญาติที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ปัญหาด้านพฤติกรรมและการรู้คิดในชุมชน มีข้อคำถาม 15 ข้อครอบคลุมองค์ประกอบหลักของความเครียดจากการดูแล ได้แก่ 1) ความกดดันจากภาระหน้าที่ 2) ความปั่นป่วนวุ่นวายของชีวิต และ 3) ความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ การศึกษานี้ยึดแนวทางการเปลี่ยนกลับเครื่องมือขององค์การอนามัยโลก<sup>22</sup> โดยเน้นการดำเนินการตามขั้นตอนและความถูกต้องของความหมายที่สอดคล้องกับบริบทผู้ดูแลไทยที่ผู้แปลดำเนินการแปลอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สรุปข้อถกเถียง

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและความเชื่อมั่นระหว่างตัวแปรสังเกตได้ (n = 100)

| ตัวแปรสังเกต<br>(indicator)                                               | น้ำหนักองค์ประกอบ<br>(factor loading) |           |           | Cronbach's<br>alpha<br>coefficient | intraclass<br>correlation<br>coefficient<br>(95% CI) |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------|------------------------------------------------------|
|                                                                           | 1<br>(PD)                             | 2<br>(LU) | 3<br>(NF) |                                    |                                                      |
| <b>องค์ประกอบที่ 1 ความกดดันจากภาระหน้าที่ (PD)</b>                       |                                       |           |           | 0.89                               | 0.98 (.969 - .986)                                   |
| I1 คุณเคยรู้สึกว่าคุณไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์การดูแลนี้ได้<br>อีกต่อไป | 0.71                                  | -         | -         |                                    |                                                      |
| I2 คุณเคยรู้สึกต้องการหยุดพัก                                             | 0.85                                  | -         | -         |                                    |                                                      |
| I3 คุณเคยรู้สึกเศร้าจากสถานการณ์การดูแล                                   | 0.66                                  | -         | -         |                                    |                                                      |
| I4 สุขภาพร่างกายของคุณแย่ลง                                               | 0.79                                  | -         | -         |                                    |                                                      |
| I5 คุณวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่คาดคิดที่จะเกิดกับคนที่คุณกำลังดูแล     | 0.68                                  | -         | -         |                                    |                                                      |
| I6 คุณเคยรู้สึกไหมว่าปัญหาในการดูแลจะไม่สิ้นสุดในเร็ววัน                  | 0.64                                  | -         | -         |                                    |                                                      |
| <b>องค์ประกอบที่ 2 ความปั่นป่วนวุ่นวายของชีวิต (LU)</b>                   |                                       |           |           | 0.91                               | 0.96 (.939 - .973)                                   |
| I7 เป็นเรื่องยากที่คุณจะปลีกตัวออกมาเพื่อหยุดพักผ่อน                      | -                                     | 0.86      | -         |                                    |                                                      |
| I8 ชีวิตทางสังคมของคุณได้รับผลกระทบเพียงใด                                | -                                     | 0.88      | -         |                                    |                                                      |
| I9 กิจกรรมประจำวันภายในบ้านยุ่งเหยิงเพียงใด                               | -                                     | 0.85      | -         |                                    |                                                      |
| I10 การนอนของคุณถูกรบกวนจากคนที่คุณกำลังดูแล                              | -                                     | 0.74      | -         |                                    |                                                      |
| I11 มาตรฐานในการดำรงชีวิตของคุณลดลง                                       | -                                     | 0.88      | -         |                                    |                                                      |
| <b>องค์ประกอบที่ 3 ความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ (NF)</b>            |                                       |           |           | 0.90                               | 0.97 (.957 - .981)                                   |
| I12 คุณเคยรู้สึกอายจากคนที่คุณกำลังดูแลอยู่                               | -                                     | -         | 0.93      |                                    |                                                      |
| I13 คุณถูกกีดกันไม่ให้เจอกับผู้คนที่มาเยี่ยมเยียนคุณบ้างไหม               | -                                     | -         | 0.91      |                                    |                                                      |
| I14 คุณเคยรู้สึกรำคาญ / โกรธคนที่คุณกำลังดูแล                             | -                                     | -         | 0.84      |                                    |                                                      |
| I15 คุณเคยรู้สึกหงุดหงิดกับคนที่คุณกำลังดูแล                              | -                                     | -         | 0.78      |                                    |                                                      |

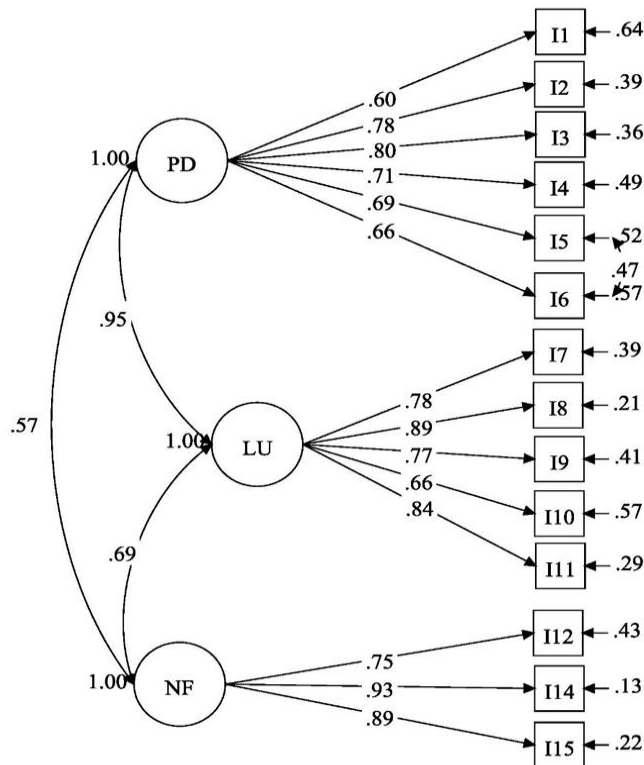
PD = personal distress (ความกดดันส่วนบุคคล), LU = degree of life upset (ความปั่นป่วนวุ่นวายของชีวิต),

NF = negative feelings toward care recipient (ความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ)

จากผู้แปลที่ให้ความเข้าใจต่างกัน ซึ่งมีจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อความที่ 9 (I9) ในขณะที่กระบวนการแปลย้อนกลับพบว่า สอดคล้องตามรูปแบบความหมายเดิมของต้นฉบับ โดย องค์ประกอบของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย สอดคล้องกับองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ ความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้าน การรู้คิดตามแนวคิดกระบวนการเกิดความเครียดของ Pearlin และคณะ<sup>4</sup> นอกจากนี้พบว่า แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี เข้าใจง่าย และ มีความเข้าใจตรงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tokovska

และคณะ<sup>20</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลสามารถตอบแบบสอบถาม RSS ได้อย่างรวดเร็ว

การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างพบว่า แบบวัด ความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย มีความสอดคล้อง กันระหว่างตัวแปรสังเกตกับแต่ละองค์ประกอบ โดย องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วยข้อความที่ 1 - 6 องค์ประกอบ ที่ 2 ประกอบด้วยข้อความที่ 7 - 11 และ องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วยข้อความที่ 12 - 15 ยกเว้นข้อความที่ 13 (คุณถูกกีดกันไม่ให้เจอกับผู้คนที่มาเยี่ยมเยียนคุณบ้างไหม) ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับบริบทผู้ดูแลในชุมชนไทยที่เป็นสังคมเปิด



แผนภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (n = 100)

ผู้ดูแลจึงได้รับการมาเยี่ยมเยียนจากเพื่อนหรือบุคคลอื่นในชุมชนอยู่เสมอ<sup>37</sup> ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการเกิดความเครียดของ Pearlin และคณะ<sup>4</sup> ที่ระบุว่าสภาวะพฤติกรรม อารมณ์ และการรู้คิดของผู้สูงอายุส่งผลต่อความรู้สึกเครียดของผู้ดูแล สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัด RSS ต้นฉบับ<sup>17</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ulstein และคณะ<sup>18</sup> การศึกษาของ Luppa และคณะ<sup>19</sup> และการศึกษาของ Tokovska และคณะ<sup>20</sup> ที่พบว่า แบบวัด RSS ครอบคลุมทั้งสามองค์ประกอบและตัวแปรสังเกตในแต่ละข้ออยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน อย่างไรก็ตามการนำแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแลฉบับนี้ไปใช้โดยคงไว้ซึ่งข้อคำถามที่ 13 อาจต้องคำนึงถึงข้อจำกัดทางบริบทดังกล่าวและควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ หรือทดสอบซ้ำโดยปรับข้อความให้สอดคล้องกับบริบทไทยมากขึ้น

แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทยมีความเชื่อมั่นภายในแสดงด้วยค่า Cronbach's alpha

coefficient ในแต่ละองค์ประกอบมากกว่า 0.70 ซึ่งอยู่ในระดับน่าเชื่อถือ<sup>32</sup> และมีความเชื่อมั่นภายนอกจากค่า ICC ระดับสูง<sup>38</sup> แสดงให้เห็นว่าแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแลฉบับภาษาไทย มีคุณสมบัติของการวัดมีความคงเส้นคงวาสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ulstein และคณะ<sup>18</sup> ที่พบว่าแบบวัด RSS มีความเชื่อมั่นในระดับดี

การศึกษานี้ได้แปลแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย โดยมุ่งเน้นความสอดคล้องกับบริบทผู้ดูแลในประเทศไทย กำหนดคุณสมบัติของผู้แปล และยึดกระบวนการของการแปลที่เป็นอิสระต่อกันตามหลักการแปลแบบข้ามวัฒนธรรม พร้อมทั้งดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาคุณสมบัติของแบบวัดโดยทดสอบความตรง ความเชื่อมั่นภายใน และความเชื่อมั่นภายนอกด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ พบว่าแบบวัดมีความคงเส้นคงวาโดยไม่ขึ้นกับประสบการณ์การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีผู้ช่วยวิจัยเพียงคนเดียวเป็นผู้ให้ข้อมูลในการตอบคำถามแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย จึงไม่สามารถ

ทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ได้ การศึกษานี้ทดสอบคุณสมบัติของแบบวัดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิดเท่านั้น ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มอื่น นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่ได้ทดสอบความตรงด้านสอดคล้องร่วมกับแบบวัดความเครียดชนิดอื่นและไม่ได้ศึกษาจุดตัด (cut-point) ระดับความเครียดจากแบบวัด การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาประเด็นเหล่านี้เพิ่มเติม

## สรุป

แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้สึกกดดัน ความปั่นป่วนวุ่นวายของชีวิต และความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ มีความตรงและความเชื่อมั่นระดับดี สามารถนำไปใช้ประเมินความเครียดของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิดในชุมชน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.นุจรี ไชยมงคล และ นพ.ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์ (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์) ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยและเขียนบทความ

## เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Deardorff WJ, Grossberg GT. Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. *Handb Clin Neurol*. 2019;165:5-32. doi:10.1016/B978-0-444-64012-3.00002-2.
- Llanque S, Savage L, Rosenberg N, Caserta M. Concept analysis: Alzheimer's caregiver stress. *Nurs Forum*. 2016;51(1):21-31. doi:10.1111/nuf.12090.
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 1990;30(5):583-94. doi:10.1093/geront/30.5.583.
- Wang H, Cui H, Wang M, Yang C. What you believe can affect how you feel: anger among caregivers of elderly people with dementia. *Front Psychiatry*. 2021;12:633730. doi:10.3389/fpsy.2021.633730.
- Robinson BC. Validation of a caregiver strain index. *J Gerontol*. 1983;38(3):344-8. doi:10.1093/geronj/38.3.344.
- Caserta MS, Lund DA, Wright SD. Exploring the caregiver burden inventory (CBI): further evidence for a multidimensional view of burden. *Int J Aging Hum Dev*. 1996;43(1):21-34. doi:10.2190/2DKF-292P-A53W-W0A8.
- Elmståhl S, Malmberg B, Annerstedt L. Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996;77(2):177-82. doi:10.1016/s0003-9993(96)90164-1.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55. doi:10.1093/geront/20.6.649.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14. doi:10.1212/wnl.44.12.2308.
- Peipert JD, Jennings LA, Hays RD, Wenger NS, Keeler E, Reuben DB. A composite measure of caregiver burden in dementia: the dementia burden scale-caregiver. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(9):1785-9. doi:10.1111/jgs.15502.
- Novak M, Guest C. Application of a multi-dimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*. 1989;29(6):798-803. doi:10.1093/geront/29.6.798.
- อรรณพ ศิลปกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น. คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช [Psychometric study of the Thai version of Zarit burden interview in psychiatric caregivers]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2558;23(1):12-24.

14. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Development of burden scale using rasch analysis. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(S1):110.
15. พาวุฒิ เมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย [Caregiver burden among Thai dementia patients' caregivers]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2556;58(1):101-10.
16. Senanarong V, Jamjumras P, Harmphadungkit K, Klubwongs M, Udomphanthurak S, Pongvarin N, et al. A counseling intervention for caregivers: effect on neuropsychiatric symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(8):781-8. doi:10.1002/gps.1123.
17. Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study. *Age Ageing*. 1982;11(2):121-6. doi:10.1093/ageing/11.2.121.
18. Ulstein I, Bruun Wyller T, Engedal K. The relative stress scale, a useful instrument to identify various aspects of carer burden in dementia? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(1):61-7. doi:10.1002/gps.1654.
19. Luppá M, Riedel-Heller SG. Carers' distress. *Int Psychogeriatr*. 2021;33(4):311-3. doi:10.1017/S1041610220001192.
20. Tokovska M, Šolcová J. The burden of next-of-kin carers of dementia sufferers in the home environment. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(12):2441. doi:10.3390/healthcare10122441.
21. Sanprakhon P, Chaimongkol N, Hengudomsub P. Relationships between caregiving stress and sleep quality among family caregivers of older adults with dementia in Thailand. *Belitung Nurs J*. 2022;8(3):229-34. doi:10.33546/bnj.2106.
22. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. Geneva; World Health Organization; 2016 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://terrance.who.int/mediacentre/data/WHODAS/Guidelines/WHODAS%202.0%20Translation%20guidelines.pdf>.
23. Jones PS, Lee JW, Phillips LR, Zhang XE, Jaceldo KB. An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nurs Res*. 2001;50(5):300-4. doi:10.1097/00006199-200109000-00008.
24. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch J Educ Res*. 1977;2:49-60.
25. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):695-9. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
26. Reynolds GO, Manning L, Kirn D, Klein H, Hampton O, Burke O Jr, et al. Subjective cognitive decline in a registry sample: relation to psychiatric history, loneliness, and personality. *J Prev Alzheimers Dis*. 2022;9(3):435-40. doi:10.14283/jpad.2022.31.
27. Gorsuch RL. Factor analysis. 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey: Erlbaum; 1983.
28. Gunawan J, Marzilli C, Aunguroch Y. Establishing appropriate sample size for developing and validating a questionnaire in nursing research. *Belitung Nurs J*. 2021;7(5):356-60. doi:10.33546/bnj.1927.
29. Raykov T, Marcoulides GA. Introduction to psychometric theory. New York: Routledge, Taylor & Francis Group; 2011.
30. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med*. 2016;15(2):155-63. doi:10.1016/j.jcm.2016.02.012.
31. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16(3):297-334. doi:10.1007/BF02310555.
32. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: Guilford Press; 2006.

33. DiStefano C, Hess B. Using confirmatory factor analysis for construct validation: an empirical review. *J Psychoeduc Assess.* 2005;23(3):225-41. doi:10.1177/073428290502300303.
34. Howard MC. A review of exploratory factor analysis decisions and overview of current practices: what we are doing and how can we improve? *Int J Hum-Comput Interact.* 2016;32(1):51-62. doi:10.1080/10447318.2015.1087664.
35. Kline RB. Beyond significance testing: Reforming data analysis methods in behavioural research. Washington DC: American Psychological Association; 2000.
36. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7<sup>th</sup> ed. Pearson Education International; 2010.
37. นันทพร ศรีนัม. รายงานเบื้องต้น : ประสบการณ์ปัญหา และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่บ้าน [Preliminary report: problems and coping experience of caregivers who provided care for dementia patients at home]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2558;23(1):61-71.
38. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull.* 1979;86(2):420-8. doi:10.1037//0033-2909.86.2.420.

## บทความปริทัศน์

# บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทย

วันรับ : 8 มีนาคม 2566  
วันแก้ไข : 9 มิถุนายน 2566  
วันตอบรับ : 15 มิถุนายน 2566

เสาวลักษณ์ พุฒแฮม, วท.บ.<sup>1</sup>, ปวีณา อุตตะมี, วท.บ.<sup>1</sup>,  
นาวิณี เครือหงษ์, วท.ม.<sup>2</sup>  
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ<sup>1</sup>,  
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน การสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยความสำเร็จและเป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตของประชาชนไทย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่และแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการทบทวนบทความทางวิชาการ รายงานการวิจัย และกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง สืบค้นจากฐานข้อมูล Thai Journals Online (ThaiJO) สามารถสรุปบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพจิตประชาชนได้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่าย (promoting public participation) 2) การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน (supporting resources) และ 3) การส่งเสริมสุขภาพกายร่วมกับสุขภาพจิต (promoting physical health and mental health) ผลการศึกษาสามารถสร้างความตระหนักและเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การลดปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมบริการสุขภาพจิตที่ครอบคลุมไร้รอยต่อสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

**คำสำคัญ :** การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต, การมีส่วนร่วม, การส่งเสริมสุขภาพจิต, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** เสาวลักษณ์ พุฒแฮม; e-mail: saowaluk.putsam@g.swu.ac.th

## Review article

## Roles of local government administration in mental health promotion and prevention in Thailand

Received : 8 march 2023

Revised : 9 June 2023

Accepted : 15 June 2023

Saowaluk Putsam, B.Sc.<sup>1</sup>, Paweena Uttamee, B.Sc.<sup>1</sup>,Navinee Kruahong, M.Sc.<sup>2</sup>Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University<sup>1</sup>,Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health<sup>2</sup>

### Abstract

The local government administration is one of the important organizations that involve and create success of promoting mental health among population. Building cooperation with local government organizations is the key success factor that should be promoted as an important mechanism of operations. This paper aims to present empirical evidence related to roles and responsibilities of local government organizations in promoting mental health among the population. Research reports, academic papers, and case studies from the Thai Journals Online (ThaiJO) database were reviewed, analyzed, and synthesized. In summary, there are three main roles of local government organizations in mental health promotion and prevention: 1) promoting public participation, 2) supporting resources, and 3) promoting physical health and mental health in the community. The findings could raise awareness in terms of collaboration for promoting mental health, reducing risk factors, and building seamless access to mental health services for people with mental health and psychiatric problems in the community.

**Keywords:** local government administration, mental health prevention, mental health promotion, participation

**Corresponding author:** Saowaluk Putsam; e-mail: saowaluk.putsam@g.swu.ac.th

**ความรู้เดิม :** การดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน

**ความรู้ใหม่ :** บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่าย (promoting public participation) 2) การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน (supporting resources) และ 3) การส่งเสริมสุขภาพกายร่วมกับสุขภาพจิต (promoting physical health and mental health)

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาวะของบุคคลที่อยู่ดีมีสุข ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดปกติของชีวิต สามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี พร้อมทั้งสามารถนำความสามารถเหล่านั้นไปส่งเสริมหรือช่วยเหลือชุมชนของตนเองได้<sup>1</sup> การดำเนินงานสุขภาพจิตจึงไม่ควรมุ่งเน้นแค่การรักษาโรคทางจิตเวชเท่านั้น แต่ควรให้ความสำคัญถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อให้ประชาชนสามารถอยู่ดีมีสุข การดำเนินงานสุขภาพจิตในปัจจุบันจึงได้มีการปรับเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลประชาชนในชุมชน ในขณะที่การดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (social determinants of mental health) ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงของโรคทางจิตเวช เช่น ช่วงวัย การเลี้ยงดูของครอบครัว การเข้าถึงปัจจัยสี่และบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อมในชุมชน ความยากจน และความเหลื่อมล้ำทางสังคม<sup>2</sup> การนำปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตมาวางเป็นกลยุทธ์และมาตรการเป็นหลักการสำคัญของการดำเนินงาน

สุขภาพจิตเพื่อลดภาระของโรคทางจิตเวชและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีแก่ประชาชน

การสร้างความร่วมมือกับองค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตเป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงานโดยเฉพาะในระดับชุมชนที่มีความขาดแคลนด้านงบประมาณและบุคลากรด้านสุขภาพจิต<sup>3</sup> องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนภารกิจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมที่หลากหลาย โดยเป็นผู้ประสานให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในชุมชน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในมาตรา 55 ดังนี้ “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด”<sup>4</sup> องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับนี้จึงมีสิทธิในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2562 กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิตและการอยู่ร่วมกันในสังคมตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และการฟื้นฟูความสามารถทางด้านจิตใจ<sup>5</sup> ทั้งนี้การบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องดำเนินงานภายใต้การกระจายอำนาจ เพื่อให้เป็นองค์กรหลักในการจัดการบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนและสามารถตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้อย่างอิสระ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเป็นแนวทางสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยให้ประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับท้องถิ่นของตนเอง สอดรับกับบริบทและวัฒนธรรมของท้องถิ่น และครอบคลุมในทุกมิติของชีวิต

ประชาชน โดยมีมติที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดสรรงบประมาณมากที่สุด ได้แก่ ด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี และด้านการบริการสาธารณะแก่ประชาชน<sup>4</sup>

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนไทย โดยมุ่งหวังให้เกิดความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน และเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การลดปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมบริการสุขภาพจิตของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

#### บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรมประเภทบทความทางวิชาการ รายงานการวิจัย และกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง ด้วยการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล Thai Journals Online (ThaiJO) สามารถสรุปบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพจิตประชาชนได้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเสริมสร้าง

public participation) 2) การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน (supporting resources) และ 3) การส่งเสริมสุขภาพกายร่วมกับสุขภาพจิต (promoting physical health and mental health) ดังแผนภาพที่ 1

#### 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่าย (promoting public participation)

การมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายถือเป็นปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยประชาชนทุกคนสามารถมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตได้ แม้แสดงบทบาทแตกต่างกันไป การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกลไกสำคัญที่ยึดการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลัก เริ่มตั้งแต่การรับรู้ปัญหา การวางแผน การจัดทำกิจกรรม/โครงการ การร่วมทำงานกับชุมชน การสร้างภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ การทำแผนเฝ้าระวัง ตลอดจนการติดตามและประเมินผล จึงถือเป็นโอกาสสำคัญในการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าไปในขั้นตอนการดำเนินงาน โดยหากประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มกระบวนการตัดสินใจในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของท้องถิ่นแล้ว จะทำให้กิจกรรมที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นมากที่สุด



แผนภาพที่ 1 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน

การศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการก่อตั้งงานสุขภาพจิตในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้การดำเนินโครงการสุขภาพจิตโรงเรียนประสบความสำเร็จ คือ การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรและภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนให้กับครูผ่านการปฏิบัติงานร่วมกับนักจิตวิทยาโรงเรียน การคัดกรอง การรักษา และการวางแผนดูแลนักเรียนร่วมกันเป็นรายกรณีโดยทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากสังกัดกรุงเทพมหานครเอง หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนอื่น ๆ<sup>5</sup> เช่นเดียวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบและกลไกการจัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ของเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการตำบลแบบมีส่วนร่วมที่เกิดจากการมีนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อเป็นผู้กระตุ้นแกนนำหลัก ร่วมกับความร่วมมือจากหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กลุ่มนวดแผนไทย ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มชุมชนผู้พิทักษ์อาสาป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ทำให้เทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อเห็นความสำคัญในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุและสนับสนุนให้มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นการดูแลตนเอง การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ การสร้างสวัสดิการช่วยเหลือในรูปแบบกองทุน และการบริการรับส่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับบริการและเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง โดยขับเคลื่อนผ่านระบบสำคัญ 3 รูปแบบ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนระบบองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นผ่านชมรมผู้สูงอายุ<sup>6</sup> การศึกษานี้เน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการนำทุนทางสังคมและศักยภาพการจัดการในพื้นที่มาเป็นกลไกหลักในการจัดการกับปัญหาระดับชุมชน

อีกหนึ่งตัวอย่างจากเทศบาลตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้มีความร่วมมือกับชุมชน

ในลักษณะไตรภาคีหรือในลักษณะสมัชชาสุขภาพ ที่ประกอบด้วย 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะส่วนราชการผู้รับผิดชอบ 2) องค์กรชุมชนที่ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และชมรมกีฬาและการออกกำลังกาย และ 3) นักวิจัย/นักวิชาการ ถือเป็นสมัชชาสุขภาพในมิติส่วนท้องถิ่นในระดับชุมชนที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยในความร่วมมือนี้มีการจัดตั้งองค์กรเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพชุมชนเป็นระยะเวลา 6 เดือน ภายหลังการพัฒนาพบว่า สมาชิกในชุมชนมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพแวดล้อม และกิจกรรมทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพโดยรวมของสมาชิกในชุมชน ในขณะเดียวกัน เทศบาลตำบลสันทรายหลวงมีการบริหารจัดการสุขภาพชุมชนที่เป็นระบบมากขึ้น โดยมีการจัดตั้งหน่วยงานและคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน รวมทั้งการจัดหาและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เช่น การสร้างสนามกีฬาและการจัดกิจกรรมทางสังคมแก่สมาชิกในชุมชน<sup>7</sup>

## 2) การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน (supporting resources)

การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ จากองค์กรและเครือข่ายภายนอก ทั้งด้านนโยบาย บุคลากร และงบประมาณ เพื่อดำเนินงานอย่างมีคุณภาพและมีความต่อเนื่อง การศึกษาแนวทางการประสานและสนับสนุนการขยายเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่า ความสำเร็จจากการดำเนินงานขยายเครือข่ายบริการสุขภาพจิตสู่ระบบสาธารณสุขของกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมาจำเป็นต้องอาศัยแนวทางการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านนโยบาย โดยเฉพาะการผลักดันให้เกิดโครงสร้างงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) การสนับสนุนการพัฒนาด้านบุคลากร โดยการจัดอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้กับบุคลากร

ทุกระดับ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยควรมีการสำรวจความต้องการของพื้นที่ว่าต้องการรับการส่งเสริมความรู้ในเรื่องใดบ้างก่อนดำเนินการ และ 3) การสนับสนุนทรัพยากร ได้แก่ การจัดหายาจิตเวชที่จำเป็นสำหรับเครือข่าย สื่อ เทคโนโลยี และองค์ความรู้ เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และข้อมูลระบบยา<sup>8</sup> ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานหลักที่สำคัญในการสนับสนุนองค์ประกอบเหล่านี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในหลากหลายรูปแบบ ที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การสนับสนุนด้านงบประมาณและด้านบุคลากร การศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลคำนาดีสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านแผนปฏิบัติการ 3 โครงการ 7 กิจกรรม เช่น โครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โครงการออกกกำลังกายคลายเครียด การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชแก่ประชาชนในชุมชน รวมทั้งกิจกรรมประชาสัมพันธ์สร้างกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค เช่น การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลคำนาดีเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต<sup>9</sup> การศึกษาบทบาทพยาบาลจิตเวชในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรและงบประมาณในการพัฒนาระบบการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน และยังมีระบบสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น

การจัดสวัสดิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช<sup>10</sup> อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมการจัดสรรความสุขให้กับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าการขาดแคลนบุคลากร องค์ความรู้ และศักยภาพในเชิงเทคโนโลยียังเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้และศักยภาพ รวมทั้งการสนับสนุนเทคโนโลยีที่ช่วยในการดูแลกลุ่มปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ<sup>11</sup>

### 3. การส่งเสริมสุขภาพกายร่วมกับสุขภาพจิต (promoting physical health and mental health)

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นกระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคล ครอบครัว องค์กร หรือชุมชน โดยเพิ่มปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยทางบวกและลดปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยทางลบที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตและมีสุขภาพจิตดีขึ้น ประชาชนทุกคนจึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เท่าเทียม ซึ่งการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีรูปแบบการส่งเสริมที่หลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะการส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้กับประชาชน ทั้งนี้บทบาทในด้านการให้ความรู้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องคำนึงถึงความถูกต้อง เหมาะสม และตรงประเด็นกับกลุ่มเป้าหมาย

ในกลุ่มวัยเรียน กรณีศึกษาการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ผู้ปกครอง ศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเห็นว่าการดำเนินงานด้านอนามัยในโรงเรียนควรประกอบด้วย จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ และการส่งเสริมสุขภาพให้กับนักเรียน เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลด้านพัฒนาการ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การตรวจสุขภาพ และการจัดให้มียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นไว้บริการ เพื่อให้เด็กนักเรียนมีพัฒนาการที่ดีขึ้น สามารถป้องกันและดูแลตัวเองได้<sup>12</sup>

ในกลุ่มวัยทำงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทในการส่งเสริมให้คนในวัยทำงานเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคต โดยการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมการออมเพื่อให้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตในช่วงวัยเกษียณ การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัย การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและอำนวยความสะดวกในการอยู่อาศัยและเดินทาง รวมถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนตระหนักถึงความสำคัญและคุณงามความดีของผู้สูงอายุ<sup>13</sup>

ในกลุ่มวัยสูงอายุ พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การทำงานของระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อบูรณาการการดูแลทางสังคมและการดูแลสุขภาพของประชาชนในอำเภอ ด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และจัดบริการการดูแลทางด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ ภายหลังจากการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) ได้เข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งประกอบด้วยการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง<sup>14</sup>

สำหรับการดูแลกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสำหรับผู้ป่วย

ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วย 1) การติดตามการรับยาอย่างต่อเนื่อง 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการทางจิตเวช การปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องยา แผนการรักษา และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ 3) การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด และ 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน<sup>15</sup>

### แนวทางการดูแลสุขภาพจิตประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การส่งเสริมสุขภาพจิตโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยมีรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายตามสภาพปัญหา มีการดำเนินงานแบบบูรณาการ มีความใกล้ชิดสม่ำเสมอ และสามารถนำไปใช้เป็นวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกมาปรับใช้ในการดำเนินงาน การศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุไทยพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เตรียมการเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การจ้างแรงงานผู้สูงอายุ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับรองในการดำเนินการจ้างแรงงานในวัยสูงอายุที่มีสุขภาพดีและประสงค์จะทำงานที่เหมาะสมกับความรู้และอายุ 2) การจัดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถนะทางร่างกายและฝึกทักษะ โดยจัดทำหลักสูตรระยะสั้นร่วมกับหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลร่างกายไม่ให้เสื่อมเร็วก่อนวัยอันควร และ 3) จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ชุมชน โดยจัดให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ และวัฒนธรรมในท้องถิ่นสู่ประชาชนรุ่นต่อไป<sup>13</sup> การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน โดยมีส่วนร่วมในขั้นตอนที่ 3 คือ การติดตามผู้ป่วยชนิด โดยมีการติดตามร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลละหานทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นที่การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง<sup>15</sup> ดังนั้นเห็นได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้มุ่งปฏิบัติงานในทางใดทางหนึ่ง แต่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับปัญหา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ

## ข้อเสนอการพัฒนางานสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการทบทวนบทบาทการดูแลสุขภาพจิตชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อเสนอการพัฒนางานสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีดังนี้

- 1) ส่งเสริมนโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้มีการกำหนดนโยบายงานสุขภาพจิตที่ชัดเจน เช่น นำประเด็นงานสุขภาพจิตบรรจุในแผนแม่บทของท้องถิ่น
- 2) พัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นมีแนวทางที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ทั้งนี้อาจไม่ได้เป็นแนวทางแบบเดียวกันทั้งประเทศ แต่ควรมีทิศทางที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทในแต่ละท้องถิ่น

## สรุป

การดำเนินงานในรูปแบบกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์หลักในการจัดการบริการสาธารณะที่ใกล้ชิดกับประชาชนและสามารถตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่น บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่าย (promoting public participation) 2) การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน (supporting resources) และ 3) การส่งเสริมสุขภาพกายร่วมกับสุขภาพจิต (promoting physical health and mental health) บทบาทเหล่านี้มีความสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและความต้องการของประชาชน โดยแนวทางการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีความหลากหลายตามสภาพปัญหา มีการดำเนินงานแบบบูรณาการสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึงและมีสุขภาพจิตที่ดี

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

## เอกสารอ้างอิง

1. ศุทธา เอื้ออภิสถิธีวงศ์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. การส่งเสริมสุขภาพจิต แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ [Promotion mental health : concepts - emerging evidence - practice Summary report]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2560.
2. บริทรศ ศิลปกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต [Social determinants of mental health]. เชียงใหม่: แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต; 2560.
3. Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. Lancet. 2011;378(9802):1592-603. doi:10.1016/S0140-6736(11)60891-X.
4. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ประชาชนได้อะไร [Decentralized to local what do people get] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักฯ; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ม.ค. 2565]. จาก: <https://youtu.be/zWOABY7fEUA>
5. จุฑามาศ อังอำพร, ชาญวิทย์ พรนภดล, สุพร อภินันท์เวช, อาภา ภักธิญญา. ปัจจัยความสำเร็จในการก่อตั้งงานสุขภาพจิตโรงเรียน ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร [Success factors for establishment of school mental health program in Bangkok metropolitan schools]. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2561;13(1):33-44.
6. หทัยชนก บัวเจริญ, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล, วริยา จันทร์ขำ, ณัฐธยาน์ อังคะประเสริฐกุล, ศิริพร ฉายาทับ. การพัฒนาระบบและกลไกการจัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [Development of strategies and system in providing health care services for elderly in community by sub district administrative organization]. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558;33(1):97-107.

7. อติสร คันธรส. การพัฒนาความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพชุมชนของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ [Development of the strengthening in community health management by local administrative organizations in Chiang Mai, Thailand]. วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์. 2565;5(4):39-54.
8. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต. แนวทางประสานและสนับสนุนการขยายเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช [Guidelines for coordinating and promoting the expansion of relationship and psychiatric service networks]. เชียงใหม่: โรงพยาบาลฯ; 2553.
9. ชลิตดา จันทรงาม, เทพอุทิศ ก้าวสิทธิ์, กฤษณ์ ขุนลิก. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ [The development of a health care network for psychiatric patient in Khamnadee sub-district, Meuang BuengKan district, BuengKan province]. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และ การศึกษา. 2560;18(2):55-68.
10. วรียา จันทรขำ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน: บทบาทพยาบาลจิตเวช [The development of psychiatric and mental health care system in the community: roles of psychiatric nurses]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2559;30(3):1-9.
11. ไทยมณี ไชยฤทธิ์. การจัดสรรความสุขให้กับผู้สูงอายุของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น [Allocation of happiness to the elderly of the local administration]. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2563;6(2): 255-66.
12. อมรศรี ฉายศรี, สุภาณี เสนาดิสัย, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. การมีส่วนร่วมของโรงเรียน ผู้ปกครอง ศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน: กรณีศึกษา [Participation of schools, parents, primary care units, and the local administrative authority in school health: a case study]. ราชกิจจานุเบกษา. 2554;17(3):506-19.
13. สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, วิรัตน์ ธรรมาภรณ์, ทวีศักดิ์ พงษ์สุขชี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ. บทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุไทย [Role of local government organization for elderly care]. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2559;9(1):121-7.
14. กิรติ กิจธีระวุฒินวษ์, นิทรา กิจธีระวุฒินวษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน [The developing direction for long-term care giver in community]. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4): 15-24.
15. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, ขนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน [Care of schizophrenia patients by the community]. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(2):68-76.

## การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

# ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันรับ : 27 เมษายน 2566

วันแก้ไข : 21 มิถุนายน 2566

วันตอบรับ : 23 มิถุนายน 2566

ชมพูนุท กาบคำบา, พย.ม.<sup>1</sup>, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ปร.ด.<sup>1</sup>,

เนตรชนก แก้วจินทา, ปร.ด.<sup>1</sup>, ณัฏฐพัชร สุนทโรทัย, พย.ม.<sup>2</sup>

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น<sup>1</sup>,

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อทบทวนผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท

**วิธีการ :** การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สืบค้นงานวิจัยตามแนวปฏิบัติของ Joanna Briggs Institute ใช้ศัพท์บังคับและคำสำคัญตามกรอบ PICO ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ PubMed, CINAHL, Cochrane Library, ProQuest, Google Scholar และ ThaiJO ร่วมกับการสืบค้นด้วยมือ คัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยผู้วิจัย 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ด้วยเครื่องมือ Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0) รายงานระดับคุณภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการมีอคติระดับต่ำ ไม่ชัดเจน และสูง สกัดข้อมูลโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างเป็นอิสระต่อกัน สังเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

**ผล :** จากงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด 1,047 เรื่อง มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า 6 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2566 เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 2 เรื่องและการวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง พบว่า งานวิจัย 5 เรื่องที่มีอคติระดับสูงหรือไม่ชัดเจนรายงานว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม MI มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังทดลองทันที ขณะที่งานวิจัย 1 เรื่องที่มีอคติในระดับต่ำไม่พบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**สรุป :** โปรแกรม MI ช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทในระยะสั้น อย่างไรก็ตาม อคติและความแตกต่างของระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยทำให้การนำผลการศึกษาไปใช้มีข้อจำกัดและไม่สามารถสรุปผลด้วยการวิเคราะห์ห่อถักได้

**คำสำคัญ :** การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, กลุ่มโรคจิตเภท

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** สมพร รุ่งเรืองกลกิจ; e-mail: somrun@kku.ac.th

## Systematic review

# The effects of motivational interviewing programs on medication adherence behaviors in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review

Received : 27 April 2023

Revised : 21 June 2023

Accepted : 23 June 2023

Chompoonoot Kabkumba, M.N.S.<sup>1</sup>, Somporn Rungreangkulkij, Ph.D.<sup>1</sup>,

Netchanok Kaewjanta, Ph.D.<sup>1</sup>, Nuttaphat Santarowit, M.N.S.<sup>2</sup>

Faculty of Nursing, Khon Kaen University<sup>1</sup>,

Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** To systematically review the effects of motivational interviewing interventions on medication adherence in patients with schizophrenia spectrum disorders.

**Methods:** A systematic review was conducted following the Joanna Briggs Institute guidelines. Medical subject heading (MeSH) and keywords following the PICO framework were applied to search for the literatures on PubMed, CINAHL, Cochrane Library, ProQuest, Google Scholar, and ThaiJO. Relevant studies were independently screened, selected and appraised by two researchers. Quality appraisal by using the Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0) was categorized into three-level: low, unclear, and high risk of biases. Data from the included studies were extracted and synthesized using descriptive analysis.

**Results:** Of 1,047 identified studies, six studies, published between 2013 and 2023, met the inclusion criteria. Of the included studies, two were randomized control trials (RCT), and four were quasi-experimental studies. Five studies with high or unclear biases reported significantly higher scores of medication adherence among the experimental group, compared to the control group, immediately after the MI programs. In contrast, one study with low-risk of bias did not find the difference of the medication adherence between the MI and control groups.

**Conclusion:** The MI programs could increase at least a short period of medication adherence among patient with schizophrenia spectrum disorder. However, a high risk of bias in the majority of studies and heterogeneity in methodology could limit the external validity and the meta-analysis of the results.

**Keywords:** medication adherence, motivational interviewing, schizophrenia

**Corresponding author:** Somporn Rungreangkulkij; e-mail: somrun@kku.ac.th

**ความรู้เดิม :** การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรม MI ช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แต่ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรม MI ที่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น ๆ จึงไม่สามารถสรุปผลโดยตรงของโปรแกรม MI ต่อการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

**ความรู้ใหม่ :** การสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า โปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น ช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท แต่ไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยการวิเคราะห์ห่อหุ้มได้ เนื่องจากอคติในงานวิจัยและความแตกต่างของการรายงานค่าสถิติ

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** การนำแนวคิด MI ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวช และแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยครั้งต่อไปเพื่อลดอคติในงานวิจัยและใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่มีมาตรฐาน

## บทนำ

กลุ่มโรคจิตเภท (schizophrenia spectrum disorders) เป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง ร้อยละ 0.32 ของประชากรทั่วโลกหรือประมาณ 24 ล้านคน เผชิญกับการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคนี้<sup>1</sup> โดยประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทได้รับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>2</sup> และร้อยละ 24 มีอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี<sup>3</sup> การใช้ยารักษาโรคจิตสามารถป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ได้มากกว่าร้อยละ 80<sup>4</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทเรื้อรังมีอัตราการหยุดยาสูงถึงร้อยละ 56<sup>5</sup> โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายพบสูงถึงร้อยละ 58.2<sup>6</sup> พฤติกรรมการหยุดยามีสาเหตุหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยบกพร่อง (poor insight) การมีทัศนคติด้านลบต่อการรักษาด้วยยา การมีประสบการณ์ด้านลบจากอาการข้างเคียงของยา และการรู้สึกลดท้อจาก

การรักษาด้วยยาทางจิตเวช<sup>7-10</sup> การกลับมาเป็นซ้ำของโรคบ่อยครั้งมีความสัมพันธ์ต่อการพยากรณ์โรคที่แย่ลง การทำหน้าที่ทางสังคม การช่วยเหลือตนเอง การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง<sup>11</sup> พบว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถอยู่ในชุมชนได้<sup>1,12</sup>

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันมีโปรแกรมด้านจิตสังคมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่หลากหลาย เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา<sup>13</sup> การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT)<sup>16</sup> อาชีวะบำบัด<sup>17</sup> และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI)<sup>16</sup> โปรแกรม MI เป็นรูปแบบการให้การปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การสื่อสารพูดคุยแบบมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจจากตัวผู้ป่วย ตระหนักถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วย (equal partner) ในการค้นหาความลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ช่วยแก้ไขความลังเลใจนั้น และช่วยการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<sup>16,17</sup> ดังนั้น MI จึงเหมาะกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความพร้อมของผู้ป่วยรายนั้น ๆ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรม MI สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ โดยโปรแกรม MI ช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต และการติดเชื้อ HIV<sup>18,19</sup> ช่วยปรับพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน<sup>20</sup> และช่วยปรับพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่<sup>21</sup> อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมีข้อจำกัดทางพยาธิสภาพของโรคแตกต่างจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ทั้งในแง่ความรุนแรง

ของความเจ็บป่วย ความบกพร่องด้านการรู้คิด การปฏิเสธ การเจ็บป่วย<sup>6,7</sup> และการรู้สึกลูกติดราจากการรักษาด้วยยาทางจิตเวช<sup>10</sup> ซึ่งอาจทำให้ผลของการใช้โปรแกรม MI แตกต่างกันได้

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมการกินยาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า โปรแกรม MI สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการกินยาได้<sup>22,23</sup> อย่างไรก็ตามรูปแบบของโปรแกรม MI ในแต่ละการศึกษานั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งการใช้ MI อย่างเดียวหรือการใช้ MI โดยบูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Loots และคณะ<sup>22</sup> ที่วิเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลอง 23 เรื่องพบว่า มีงานวิจัย 3 เรื่องที่ใช้โปรแกรม MI ในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท แต่มีรูปแบบโปรแกรมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การศึกษาของ Chien และคณะ<sup>10</sup> ผสมผสาน MI กับ CBT และสุขภาพจิตศึกษาเป็นโปรแกรมการทดลองโดยเรียกชื่อว่า adherence therapy ขณะที่การศึกษาของ Ertem และ Duman<sup>24</sup> และ Barkhof และคณะ<sup>25</sup> ใช้ MI อย่างเดียวโดยไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ของ Zomahoun และคณะ<sup>23</sup> ศึกษาผลของโปรแกรม MI ต่อการเพิ่มพฤติกรรมการกินยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากงานวิจัยปฐมภูมิ 19 เรื่องในจำนวนนี้มี 3 เรื่องเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท<sup>26-28</sup> พบว่าโปรแกรม MI ของทั้ง 3 เรื่องมีรูปแบบแตกต่างกัน โดยการศึกษาของ Wing และ Thomas<sup>28</sup> ใช้ MI ร่วมกับ CBT และสุขภาพจิตศึกษา เรียกชื่อว่า compliance therapy การศึกษาของ Kender และคณะ<sup>26</sup> ใช้ MI ร่วมกับการบำบัดระยะสั้น (brief intervention: BI) ในรูปแบบคอมพิวเตอร์ ขณะที่การศึกษาของ Martine และคณะ<sup>27</sup> ใช้แนวคิด MI เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามงานวิจัยของ Martine และคณะ<sup>27</sup> ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทที่มีโรคและปัญหาทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้าและการใช้สารเสพติด ซึ่งมีความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความบกพร่องด้านการรู้คิด และการปฏิเสธการเจ็บป่วยแตกต่างกัน<sup>7,8,29</sup> จึงอาจทำให้

ผลของโปรแกรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน นอกจากนี้การศึกษาของ Papus และคณะ<sup>18</sup> ที่วิเคราะห์งานวิจัยปฐมภูมิ 54 เรื่อง ในจำนวนนี้มี 5 เรื่องเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท<sup>10,25,26,30,31</sup> พบว่างานวิจัยมีการผสมผสาน MI กับโปรแกรมทางจิตสังคมที่หลากหลาย ทำให้ไม่สามารถสรุปยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น ต่อการเพิ่มพฤติกรรมการกินยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทได้เช่นกัน

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาศึกษาผลของโปรแกรม MI ที่บางส่วนบูรณาการกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมอื่น จึงไม่สามารถสรุปผลจากการให้โปรแกรม MI โดยเฉพาะต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ซึ่งจะนำไปสู่องค์ความรู้และการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการให้โปรแกรม MI อันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ตลอดจนการนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงผลของโปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท

## วิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม MI ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ใช้แนวปฏิบัติการทบทวนวรรณกรรมของ Joanna Briggs Institute (JBI)<sup>32</sup> ลงทะเบียนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ PROSPERO วันที่ 16 มกราคม 2566 ได้รับอนุมัติเลขที่ CRD42023392192 วันที่ 27 มกราคม 2566

กำหนดการสืบค้นตามกรอบ PICO โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท (P) ศึกษาโปรแกรม MI โดยไม่บูรณาการกับการบำบัดจิตสังคมอื่น (I) มีกลุ่ม

เปรียบเทียบ (C) และศึกษาผลด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (O) กระบวนการสืบค้น ทีมผู้วิจัยพัฒนาเป็น ศัพท์บังคับ (medical subject heading: MeSH) และ คำสำคัญ (key terms) ร่วมกับบรรณารักษ์ผู้เชี่ยวชาญในการ สืบค้นงานวิจัย (รายละเอียดในภาคผนวก) ด้วยข้อจำกัดในสิทธิ์ การเข้าถึงฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทำให้สามารถสืบค้นข้อมูล ได้เพียง 4 ฐาน ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Library และ ProQuest สำหรับ Google Scholar และ ThaiJO ใช้การสืบค้นด้วยมือเพื่อสืบค้นเพิ่มเติมจากรายการอ้างอิง (reference list) เกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัย ได้แก่ 1) ศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยด้วยระบบ DSM หรือ ICD 2) กลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 - 59 ปี 3) ใช้โปรแกรม MI ทั้งแบบรายบุคคลและ รายกลุ่ม 4) รายงานผลด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการ รักษาด้วยยา และ 5) เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial: RCT) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ใช้โปรแกรม MI ที่บูรณาการกับการบำบัดด้าน จิตสังคมอื่น ๆ 2) ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และ 3) ตีพิมพ์เป็น ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรืออังกฤษ ทั้งนี้ไม่จำกัดปีที่งานวิจัย ได้รับการตีพิมพ์เนื่องจากคาดว่าจะงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่นมีจำนวนน้อย

งานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นด้วยมือถูกนำเข้า Rayyan software เพื่อคัด งานวิจัยที่ซ้ำออกและคัดกรองงานวิจัยตามแนวปฏิบัติของ preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA)<sup>33</sup> พิจารณาคัดงานวิจัยเข้าและออก ตามเกณฑ์ที่กำหนดเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยงต่อการมี อคติของงานวิจัยใน 6 มิติหลักด้วยเครื่องมือ Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0)<sup>34,35</sup> รายงาน ความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (low risk of bias) ระดับไม่ชัดเจน (unclear) และระดับสูง (high-risk of bias) การสกัดข้อมูลแบ่งเป็น 1) ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ชื่อผู้พิมพ์ ปีที่เผยแพร่ ประเทศ/พื้นที่ศึกษา ระเบียบวิธีวิจัย

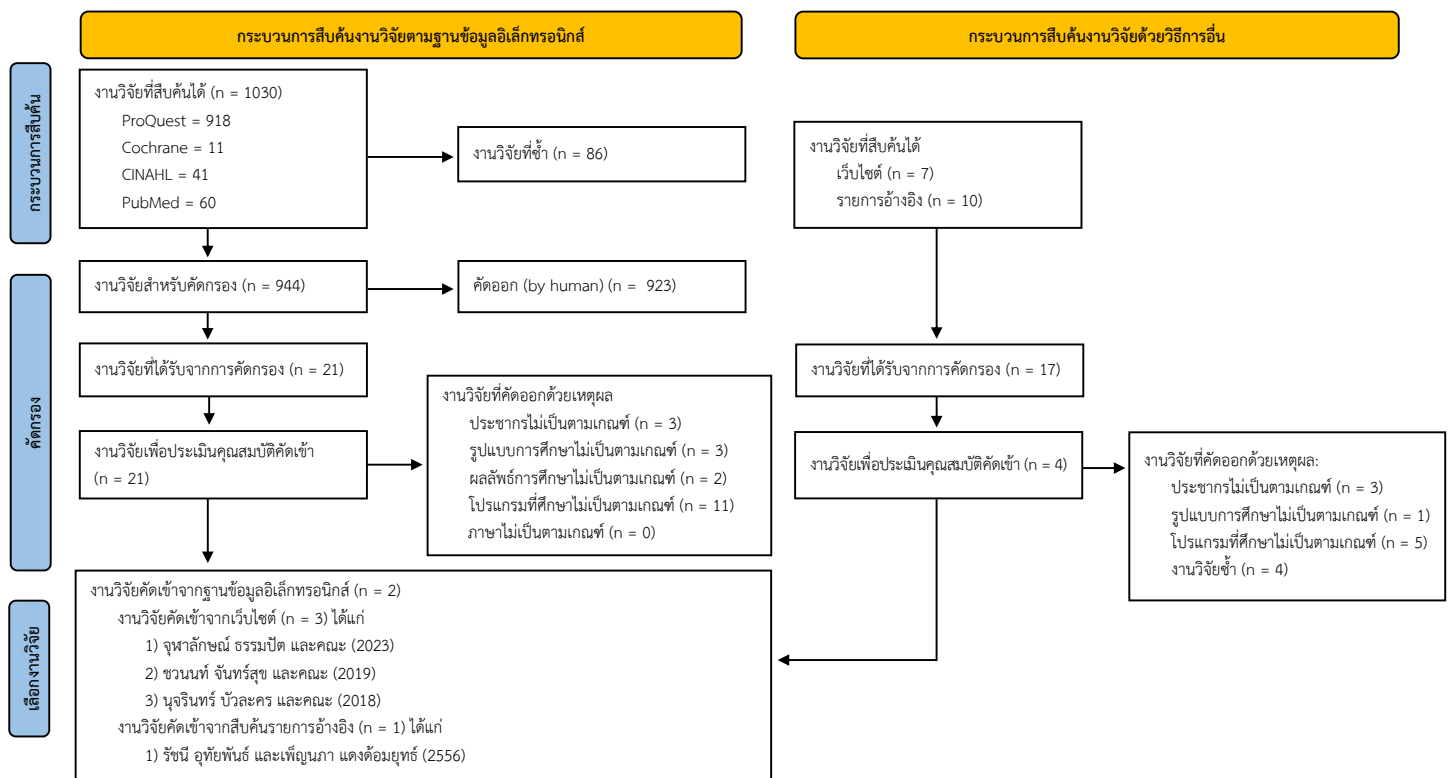
และกลุ่มตัวอย่าง 2) การใช้โปรแกรม MI และโปรแกรม เปรียบเทียบ ได้แก่ จำนวนครั้ง ความถี่ การติดตาม รูปแบบ โปรแกรม ผู้ดำเนินโปรแกรม adherence rate และ dropout rate 3) เครื่องมือวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา 4) ผลลัพธ์ของการศึกษา ได้แก่ ค่าคะแนนและค่าสถิติ ต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 5) ระดับคุณภาพงานวิจัย โดยทั้งขั้นตอนการเลือกงานวิจัยเข้า การประเมินคุณภาพงานวิจัย และการสกัดข้อมูล ดำเนินการ โดยผู้วิจัย 2 คนอย่างเป็นอิสระต่อกัน กรณีที่ผู้วิจัยทั้ง 2 คน มีความเห็นไม่ตรงกัน มีการประชุมร่วมกันโดยมีผู้วิจัยคนที่ 3 เป็นผู้ตัดสิน

สังเคราะห์ข้อมูลโดยการบรรยายและสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ กรณีที่ข้อมูลของงานวิจัย ที่คัดเข้ามีจำนวนเพียงพอต่อการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ใช้การ วิเคราะห์แบบห่อภิมาณด้วยโปรแกรม review manager โดย กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ประเมินความแตกต่างกัน ของงานวิจัย (heterogeneity test) จากค่า percentage of inconsistency index ( $I^2$ ) เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาเลือก ใช้โมเดลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณแบบสุ่ม (random effect model) หรือแบบคงที่ (fixed effect model)<sup>36</sup>

## ผล

จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการ สืบค้นด้วยมือเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2566 ได้งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 1,047 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ซ้ำกัน 90 เรื่อง การคัดกรองงานวิจัยจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อพบงานวิจัยที่ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า 923 เรื่องและงานวิจัยที่ต้องการ ข้อมูลเพิ่มเติมจากการอ่านงานวิจัยฉบับเต็ม 19 เรื่อง รวมเป็น งานวิจัยที่ได้รับการอ่านฉบับเต็ม 21 เรื่อง พบงานวิจัยที่ เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก 6 เรื่อง รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย งานวิจัยทั้ง 6 เรื่องตีพิมพ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2566 (ค.ศ. 2013 - 2023) เป็นการ วิจัยแบบ RCT จำนวน 2 เรื่อง ศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ 1 เรื่อง<sup>25</sup> ประเทศตุรกี 1 เรื่อง<sup>24</sup> และการวิจัยกึ่งทดลองแบบ



แผนภาพที่ 1 PRISMA flow diagram แสดงกระบวนการสืบค้น คัดกรองและเลือกงานวิจัย

2 กลุ่มที่ประเมินผลก่อน - หลังทดลอง 4 เรื่อง ทั้ง 4 เรื่อง ศึกษาในประเทศไทย<sup>37-40</sup> โดยเป็นงานวิจัยของนักศึกษาระดับปริญญาโท 3 เรื่อง<sup>37,38,40</sup>

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองมีตั้งแต่ 12 - 51 คนต่อการศึกษา ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีตั้งแต่ 12 - 59 คนต่อการศึกษา งานวิจัย 5 เรื่องศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท<sup>24,25,37,38,40</sup> มีเพียง 1 เรื่องที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา<sup>39</sup> มีงานวิจัย 2 เรื่องศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18 - 65 ปี<sup>24,25</sup> และมีงานวิจัย 4 เรื่องศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 20 - 59 ปี<sup>37-40</sup> บริบทที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก<sup>24,25,38-40</sup> และโรงพยาบาลจิตเวชร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน<sup>37</sup>

ลักษณะทั่วไปของโปรแกรม MI มีทั้งการจัดโปรแกรม MI แบบรายบุคคล<sup>24,25,37-40</sup> และแบบกลุ่ม<sup>40</sup> งานวิจัยทุกเรื่องมีผู้ดำเนินโปรแกรม MI เป็นพยาบาลจิตเวช โดยมี 1 เรื่องที่มี

สหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์และนักจิตวิทยา ร่วมดำเนินโปรแกรม<sup>25</sup> มีงานวิจัย 3 เรื่องที่รายงานข้อมูลการฝึกอบรมผู้ดำเนินโปรแกรม<sup>24,25,40</sup> และมี 2 เรื่องที่รายงานการตรวจสอบมาตรการดำเนินโปรแกรม MI ตามที่วางแผนไว้<sup>24,25</sup> จำนวนครั้งของกิจกรรมในโปรแกรม MI มีตั้งแต่ 2 - 11 ครั้ง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6.16 ครั้ง มีงานวิจัย 5 เรื่องที่รายงานระยะเวลาของกิจกรรมแต่ละครั้ง<sup>24,25,37,39,40</sup> โดยอยู่ระหว่าง 20 - 90 นาที ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 68 นาทีต่อครั้ง ความถี่ของกิจกรรมอยู่ระหว่าง 1 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ลักษณะโปรแกรมของกลุ่มควบคุม มีงานวิจัย 4 เรื่องที่ใช้การดูแลตามปกติ<sup>24,37-40</sup> โดยการดูแลตามปกติของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันตามบริบท เช่น บริบทผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม กลุ่มทักษะทางสังคม กลุ่มฝึกอาชีพ และได้รับสุขภาพจิตศึกษาที่เกี่ยวกับยา<sup>39</sup> บริบทผู้ป่วยนอก กลุ่มควบคุมได้รับสุขภาพจิตศึกษาเรื่องยาอาการข้างเคียงของยา และการจัดการอาการข้างเคียง

ของยา<sup>39,40</sup> รวมทั้งการพบแพทย์และการตรวจตามนัด<sup>24</sup> ส่วนงานวิจัยอีก 2 เรื่องให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มควบคุม<sup>25,37</sup> ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในงานวิจัยของ Barkhof และคณะ<sup>25</sup> มีการดำเนินกิจกรรมทั้งจำนวนครั้ง ความถี่ ระยะเวลา ใกล้เคียงกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI มีงานวิจัย 2 เรื่องที่รายงานการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง<sup>24,25</sup> โดยการศึกษาของ Barkhof และคณะ<sup>25</sup> มีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง รายงานการเข้าร่วมโปรแกรม MI ของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 6.4 ครั้ง (SD = 1.2) และกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 6.6 ครั้ง (SD = 0.9) ส่วนการศึกษาของ Ertem และ Duman<sup>24</sup> มีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง รายงานว่ามี 1 คนจาก 20 คนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมเพียง 4 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุมทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง งานวิจัย 5 เรื่องไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย<sup>24,37-40</sup> มีเพียง 1 เรื่องที่มีกลุ่มทดลองร้อยละ 18 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 14 ถอนตัวก่อนสิ้นสุดโครงการ<sup>25</sup>

เครื่องมือวัดประเมินผลพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนให้คะแนนตามระดับความถี่ที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมโดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเอง<sup>37-40</sup> หรือญาติและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมิน<sup>25</sup> 2) แบบสอบถามแบบปลายปิด (yes/no question) ให้คะแนนตามพฤติกรรมที่ผู้ป่วยทำหรือไม่ทำ<sup>24</sup>

การประเมินคุณภาพของงานวิจัยพบว่า มีงานวิจัย 1 เรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับต่ำ<sup>25</sup> มี 1 เรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับไม่ชัดเจน<sup>24</sup> และอีก 4 เรื่องมีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับสูง<sup>37-40</sup> รายละเอียดดังแสดงในแผนภาพที่ 2

สำหรับผลของโปรแกรม MI พบว่า มีงานวิจัย 4 เรื่องที่รายงานคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>37-40</sup> ในขณะที่มีงานวิจัย 5 เรื่องที่รายงานคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม MI

|                         | Random sequence generation (selection bias) | Allocation concealment (selection bias) | Blinding of participants and personnel (performance bias) | Blinding of outcome assessment (detection bias) | Incomplete outcome data (attrition bias) | Selective reporting (reporting bias) | Other bias |
|-------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| Barkhof et al. (2013)   | +                                           | +                                       | +                                                         | +                                               | +                                        | +                                    | +          |
| Bualakorn et al. (2018) | ?                                           | ?                                       | -                                                         | -                                               | ?                                        | -                                    | -          |
| Ertem & Duman (2019)    | +                                           | +                                       | +                                                         | +                                               | +                                        | +                                    | ?          |
| Jansook et al. (2019)   | +                                           | ?                                       | -                                                         | -                                               | ?                                        | -                                    | -          |
| Thammapat et al. (2023) | +                                           | ?                                       | -                                                         | +                                               | ?                                        | -                                    | -          |
| Uthalphan et al. (2013) | ?                                           | ?                                       | ?                                                         | -                                               | ?                                        | -                                    | -          |

แผนภาพที่ 2 สรุปการประเมินความเสี่ยงต่อการมีอคติในมิติต่าง ๆ ด้วยเครื่องมือ Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0)

สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>22,37-40</sup> มีงานวิจัย 1 เรื่องที่รายงานคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระยะติดตามที่ 3 เดือนและ 6 เดือนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI สูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง<sup>24</sup> และ มีงานวิจัย 1 เรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระเบียบวิธีวิจัยในระดับต่ำรายงานคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองและในระยะติดตาม<sup>25</sup> ดังแสดงในตารางที่ 2

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ทีมผู้วิจัยได้ทดลองสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้น (preliminary search) ใน

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่คัดเข้า

| ผู้พิมพ์ (ปีที่ตีพิมพ์)                        | ระเบียบวิธีวิจัย | ประเทศ/พื้นที่                                                              | กลุ่มตัวอย่าง                                                     | โปรแกรมกลุ่มทดลอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | โปรแกรมกลุ่มควบคุม                                                                                                                                                                                | เครื่องมือวัด/ระยะเวลาการวัด                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Barkhof และคณะ (2013) <sup>25</sup>            | RCT              | เนเธอร์แลนด์/ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก                                         | 96 คน วินิจฉัยโรคจิตเภทและโรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder) | รูปแบบ : รายบุคคล<br>ลักษณะโปรแกรม : มี 4 ระยะ คือ<br>1) เกริ่นนำ 2) เข้าสูโปรแกรม 3) ให้อาสา และทำความเข้าใจให้ชัดเจน และ 4) ตกลงและตัดสินใจ<br>จำนวนครั้ง : 8 ครั้ง (อาจเพิ่ม 2 - 3 ครั้ง)<br>ระยะเวลาต่อครั้ง : 20 - 40 นาที<br>ความถี่ : ไม่มีข้อมูล<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : นักจิตวิทยา จิตแพทย์ และพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน                                                                                                                                       | สุขภาพจิตศึกษา<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : นักจิตวิทยา จิตแพทย์ และพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน                                                                                                                 | เครื่องมือวัด :<br>1. medication adherence questionnaire (MAQ) - ผู้ป่วยรายงานเอง<br>2. life chart schedule (LCS) (ญาติ/บุคลากรรายงาน)<br>ระยะเวลาวัด :<br>T0 = ก่อนการทดลอง<br>T1 = หลังทดลองทันที<br>T2 = 6 เดือนหลังทดลอง |
| Ertem และ Duman (2017) <sup>24</sup>           | RCT              | ตุรกี/ผู้ป่วยนอก                                                            | 39 คน วินิจฉัยโรคจิตเภท                                           | รูปแบบ : รายบุคคล<br>ลักษณะโปรแกรม : เป็นการสัมภาษณ์แบบ 1 : 1 เนื้อหาแต่ละครั้งแตกต่างกัน เช่น<br>ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เข้าใจเรื่อง การเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยา<br>ตระหนักข้อดีข้อเสียของการกินยาและหยุดยา เป็นต้น<br>จำนวนครั้ง : 6 ครั้ง<br>ระยะเวลาต่อครั้ง : 40 - 60 นาที<br>ความถี่ : สัปดาห์ละครั้ง<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาลจิตเวช (กำลังศึกษาปริญญาเอก)                                                                                | การรักษาดมปกติในวันที่มาพบแพทย์และวันที่แพทย์นัด<br>กิจกรรม : บุคลากร ในโรงพยาบาล                                                                                                                 | เครื่องมือวัด :<br>measure of medication adherence (ผู้ป่วยรายงานเอง)<br>ระยะเวลาวัด :<br>T0 = ก่อนการทดลอง<br>T1 = หลังทดลองทันที<br>T2 = 3 เดือนหลังทดลอง<br>T3 = 6 เดือนหลังทดลอง                                         |
| จุฬาลักษณ์ ธรรมปัด และคณะ (2566) <sup>37</sup> | Quasi            | ประเทศไทย/ผู้ป่วยใน ต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วย และต่อเนื่องตามนัดแบบผู้ป่วยนอก | 24 คน วินิจฉัยโรคจิตเภท                                           | รูปแบบ : รายบุคคล<br>ลักษณะโปรแกรม : ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 - 3 ที่โรงพยาบาล กิจกรรม 1 - 5) เน้นสร้างกำหนดเป้าหมาย สร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างค่านิยมสัญญา สัปดาห์ที่ 5 ที่บ้านผู้ป่วย (กิจกรรม 6) เน้นสร้างความเชื่อมั่นให้ความร่วมมือในการรักษายาอย่างต่อเนื่อง และสัปดาห์ที่ 7 ที่แผนกผู้ป่วยนอก (กิจกรรม 7)<br>จำนวนครั้ง : 7 ครั้ง<br>ระยะเวลาต่อครั้ง : 45 - 90 นาที<br>ความถี่ : 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาล (กำลังศึกษาระดับปริญญาโท) | สัปดาห์ที่ 1 - 3 ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และข้อมูลการส่งต่อ<br>สัปดาห์ที่ 5 ได้รับการเยี่ยมบ้าน<br>สัปดาห์ที่ 7 ได้รับการดูแลตามปกติสำหรับผู้ป่วยนอก<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาลจิตเวช, พยาบาลชุมชน | เครื่องมือวัด :<br>แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการใช้ยา (ผู้ป่วยรายงานเอง)<br>ระยะเวลาวัด :<br>T0 = ก่อนการทดลอง<br>T1 = หลังทดลองในสัปดาห์ที่ 7                                                                           |

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่คัดเข้า (ต่อ)

| ผู้พิมพ์ (ปีที่ตีพิมพ์)                                       | ระเบียบวิธีวิจัย | ประเทศ/พื้นที่                | กลุ่มตัวอย่าง            | โปรแกรมกลุ่มทดลอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | โปรแกรมกลุ่มควบคุม                                                                                                                                    | เครื่องมือวัด/ระยะเวลาการวัด                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ซอนท์ จันทรสุข และคณะ (2562) <sup>38</sup>                    | Quasi            | ประเทศไทย/ ผู้ป่วยในโรคจิตเภท | 60 คน วิจัยย่อยโรคจิตเภท | รูปแบบ : รายบุคคล<br>ลักษณะโปรแกรม : ใช้แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ดำเนินการแล้วเสร็จใน 2 สัปดาห์ เน้นค้นหาเหตุผลและเป้าหมายการรักษา ให้เห็นความแตกต่างของการกินยาและขาดยา และสิ่งที่เคยทำเพื่อให้ได้รับยาครบ<br>จำนวนครั้ง : 2 ครั้ง<br>ระยะเวลาต่อครั้ง : 60 - 90 นาที<br>ความถี่ : 1 ครั้งต่อสัปดาห์<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาลจิตเวช                                         | การพยาบาลตามปกติ เช่น สุขภาพจิตศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการยา ทักษะทางสังคม กลุ่มกิจกรรมเบื้องต้น<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาลจิตเวช ในโรงพยาบาล         | เครื่องมือวัด :<br>1. แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยรายงานเอง)<br>ระยะเวลาวัด :<br>T0 = ก่อนการทดลอง<br>T1 = หลังทดลองทันที<br>T2 = หลังทดลองสัปดาห์ที่ 2<br>T3 = หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6<br>T4 = หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12          |
| นุจิรินทร์ บัวละคร และคณะ (2561) <sup>39</sup>                | Quasi            | ประเทศไทย/ ผู้ป่วยในโรคจิตเภท | 52 คน วิจัยย่อยโรคจิตเภท | รูปแบบ : รายบุคคลและร่วมกับสมาชิกครอบครัว<br>ลักษณะโปรแกรม : มี 3 ระยะ มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง กิจกรรมที่ 1 - 5 ดำเนินในสัปดาห์ที่ 1 - 2 เน้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้คำแนะนำสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง และกิจกรรมที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 4 ติดตามต่อเนื่อง<br>จำนวนครั้ง : 2 ครั้ง<br>ระยะเวลาต่อครั้ง : 45 - 60 นาที<br>ความถี่ : 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาล (กำลังศึกษา ระดับปริญญาโท) | การพยาบาลตามปกติ เช่น สุขภาพจิตศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการยา ทักษะทางสังคม กลุ่มกิจกรรมเบื้องต้น<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : สหสาขาวิชาชีพ                    | เครื่องมือวัด :<br>1. แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ผู้ป่วยรายงานเอง)<br>2. แบบสอบถามวัดแรง จูงใจในการรักษาด้วยยา<br>ระยะเวลาวัด :<br>T0 = ก่อนการทดลอง<br>T1 = หลังทดลองทันที<br>T2 = หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8                    |
| รัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญนภา แดงด้อมฤทธิ์ (2556) <sup>40</sup> | Quasi            | ประเทศไทย/ ผู้ป่วยนอก         | 40 คน วิจัยย่อยโรคจิตเภท | รูปแบบ : แบบกลุ่ม<br>ลักษณะโปรแกรม : มี 3 ระยะ เน้นแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยน ให้คำมั่นสัญญา และคงพฤติกรรมต่อเนื่องประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการแล้วเสร็จใน 4 สัปดาห์<br>จำนวนครั้ง : 5 ครั้ง<br>ระยะเวลาต่อครั้ง : 60 - 90 นาที<br>ความถี่ : 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาล (กำลังศึกษา ระดับปริญญาโท)                                                                              | การพยาบาลตามปกติ เช่น สุขภาพจิตศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการยา อากาการข้างเคียงของยา และการจัดการเบื้องต้น<br>ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาลจิตเวช ในโรงพยาบาล | เครื่องมือวัด :<br>1. แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา<br>2. แบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<br>3. แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท<br>ระยะเวลาวัด :<br>T0 = ก่อนการทดลอง<br>T1 = หลังทดลอง 1 สัปดาห์ |

หมายเหตุ RCT: Randomized control trial study; Quasi: Quasi-experimental study

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท

| ผู้พิมพ์ (ปีที่ตีพิมพ์)                                 | ก่อน - หลังการทดลองทันที<br>ภายในกลุ่มที่ได้รับ MI                                        |                            | หลังการทดลองทันทีระหว่าง<br>กลุ่มที่ได้รับ MI และกลุ่มควบคุม                                |                            | ระยะติดตามระหว่าง<br>กลุ่มที่ได้รับ MI และกลุ่มควบคุม |                          |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|
|                                                         | ก่อน                                                                                      | หลัง                       | กลุ่มทดลอง                                                                                  | กลุ่มควบคุม                | กลุ่มทดลอง                                            | กลุ่มควบคุม              |
| Barkhof และคณะ (2013) <sup>25</sup>                     |                                                                                           |                            | mean = 3.34<br>SD = 0.99                                                                    | mean = 3.13<br>SD = 1.12   | mean = 2.97<br>SD = 1.42                              | mean = 3.38<br>SD = 1.11 |
|                                                         |                                                                                           |                            | p = 0.34                                                                                    |                            | p = 0.21                                              |                          |
| Ertem และ Duman (2017) <sup>24</sup>                    |                                                                                           |                            | median = 0.69<br>Z = 13.223, p = .001*                                                      | median = 1.67              | at 3 mo.<br>median = 0.45<br>Z = -4.554, p = < .001*  | median = 1.63            |
|                                                         |                                                                                           |                            |                                                                                             |                            | at 6 mo.<br>median = 0.30<br>Z = -4.689, p = < .001*  | median = 1.53            |
| จุฬาลักษณ์ ธรรมปต และคณะ (2023) <sup>37</sup>           | mean = 32<br>SD = 3.77<br>df = -23.42, 95% CI = -26.71 to -20.13, t = -15.67, p = < .001* | mean = 55.42<br>SD = 5.87  | mean = 55.42<br>SD = 5.87<br>df = -21.33, 95% CI = -26.15 to -16.52, t = -9.19, p = < .001* | mean = 34.08<br>SD = 5.50  |                                                       |                          |
| ชวนนท์ จันทร์สุข และคณะ (2019) <sup>38</sup>            | mean = 36.19<br>SD = 7.41<br>t = 12.73, p = .001*                                         | mean = 44.39<br>SD = 6.37  | mean = 44.39<br>SD = 6.37<br>t = -14.12, p = .001*                                          | mean = 38.07<br>SD = 7.09  |                                                       |                          |
| นุจรินทร์ บัวละคร และคณะ (2018) <sup>39</sup>           | mean = 33.08<br>SD = 4.029<br>df = 25, t = 26.580, p = .00*                               | mean = 58.81<br>SD = 3.533 | mean = 58.81<br>SD = 3.533<br>df = 50, t = 13.711, p = .00*                                 | mean = 34.54<br>SD = 8.305 |                                                       |                          |
| รัชนี อุทัย และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2013) <sup>40</sup> | mean = 39.95<br>SD = 2.58<br>df = 19, t = -8.937, p = .001*                               | mean = 54.05<br>SD = 6.10  | mean = 54.05<br>SD = 6.10<br>df = 38, t = 7.323, p = .00*                                   | mean = 42<br>SD = 4.12     |                                                       |                          |

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ PubMed และ Cochrane และทำการวิเคราะห์ค่าสำคัญจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และดัชนีคำค้นพบงานวิจัยทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เนื่องจากการศึกษานี้ต้องการศึกษาโปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น จึงมีงานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวนน้อยสำหรับการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (pooled effect size) ด้วยการวิเคราะห์ห่อถักนั้น ผู้วิจัยวางแผนการวิเคราะห์โดยใช้งานวิจัยทั้งแบบ RCT และการวิจัย

กึ่งทดลองดังแสดงในเกณฑ์การคัดเข้า อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงความเสี่ยงต่อการมีอคติพบว่า มีงานวิจัยถึง 4 เรื่องจากทั้งหมด 6 เรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับสูง<sup>37-40</sup> แม้ว่าจะงานวิจัยทั้ง 4 เรื่องนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีวิธีการวัดผลเช่นเดียวกัน แต่การมีอคติในระดับสูงอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของการวิเคราะห์ห่อถัก ในขณะทำงานวิจัย RCT ที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับต่ำและไม่ชัดเจนทั้ง 2 เรื่องรายงานค่ากลางของคะแนนแตกต่างกัน<sup>24,25</sup> จึงไม่สามารถนำข้อมูลจากงานวิจัยทั้ง 2 นี้เข้าการวิเคราะห์ห่อถักได้

การสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม MI มีค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะสั้น (หลังการทดลอง) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะโปรแกรม MI เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การสัมภาษณ์หรือการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือนตามแรงจูงใจและความพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก<sup>16,17</sup> ทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยบอกเล่าความตั้งใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีอยู่ และให้ข้อมูลที่จำเพาะเจาะจงต่อความตั้งใจนั้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือและแก้ไขความตั้งใจได้อย่างตรงประเด็น จนเกิดความมั่นใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการให้ผู้ผู้ป่วยมีอิสระตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเลือกวิธีการที่จะช่วยให้ตนเองกินยาได้ตามแผนการรักษา อันเป็นการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา<sup>24,37,40</sup> พบว่างานวิจัยศึกษาในประเทศไทยทั้ง 4 เรื่องมีการดำเนินโปรแกรม MI ที่คล้ายคลึงกัน โดยเน้นที่ความร่วมมือจากตัวผู้ป่วย มีการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสำรวจประสบการณ์ในการรักษาด้วยยา การสร้างแรงจูงใจ การค้นหาอุปสรรคและความตั้งใจ การช่วยเหลือเพื่อรับมือกับอุปสรรคและแก้ไขความตั้งใจ และการสร้างความมั่นใจและการตัดสินใจ

สำหรับระยะเวลาในการประเมินผลของโปรแกรม MI พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยทั้ง 4 เรื่องมีระยะเวลาการวัดประเมินผลที่แตกต่างกัน ตั้งแต่หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที จนถึงหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ แม้ว่างานวิจัยทั้ง 4 เรื่องรายงานค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमानพบว่าโปรแกรม MI มีผลในการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างชัดเจนในระยะเวลาที่ 6 เดือน<sup>18,41,42</sup> และลดลงในช่วง 7 - 12 เดือน<sup>41</sup> จึงควรมีการดำเนินโปรแกรม MI ระยะกระตุ้น (booster session) หลังสิ้นสุดโปรแกรมเพื่อคงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตามผลของโปรแกรม MI ยังขึ้นอยู่กับ

หลายปัจจัย เช่น ความพร้อมในการแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งแสดงผ่านคำพูด (talk change) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย และการที่ผู้ให้การรักษา มีความเข้าใจเห็นใจต่อความตั้งใจของผู้ป่วย<sup>42,43</sup> นอกจากนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคจิตเภทที่มีพยาธิสภาพของโรคเกี่ยวกับความบกพร่องด้านการรู้คิดและการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ก็อาจเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา<sup>8,9</sup>

เป็นที่น่าสังเกตว่างานวิจัยของ Barkhof และคณะ<sup>25</sup> ที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับต่ำกล่าวรายงานค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองและในระยะติดตามที่ 6 เดือน Barkhof และคณะ<sup>25</sup> ได้อธิบายสาเหตุที่อาจทำให้โปรแกรม MI ไม่มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ 1) การใช้ผู้ดำเนินโปรแกรมภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้น อาจเป็นไปได้ว่าในระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างและญาติอาจได้รับการดูแลหรือการบำบัดด้วยวิธีการอื่นจากแพทย์ประจำที่ดูแล ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อผลของการศึกษาได้ และ 2) การให้คะแนนเต็ม (ceiling effect) จากการตอบแบบสอบถามจากญาติหรือผู้ดูแลและแบบสอบถามจากตัวผู้ป่วยเอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจทำให้ค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากการสังเคราะห์ข้อมูล พบข้อจำกัดของงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ดังนี้ งานวิจัยเกือบทั้งหมดประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้วยแบบสอบถามเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหลังการทดลอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ผู้ป่วยรายงานหรือให้คะแนนเองโดยฝ่ายเดียว ยกเว้นการศึกษาของ Barkhof และคณะ<sup>23</sup> ที่เพิ่มการรายงานจากบุคลากรหรือญาติผู้ดูแลประกอบกันในการพิจารณาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้แบบประเมินโดยให้เพียงผู้ป่วยตอบ

ฝ่ายเดียวนั้นอาจทำให้เกิดอคติในการตอบตามที่สังคมคาดหวัง การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาจึงควรมีการวัดผลแบบสามทางเพื่อเปรียบเทียบข้อมูล<sup>44</sup> เช่น ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้ป่วยรายงาน ข้อมูลการติดตามพฤติกรรม การกินยาทางอิเล็กทรอนิกส์ และการนับเม็ดยา เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการวัดประเมินมากขึ้น งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีรายงานการตรวจสอบมาตรการดำเนินโปรแกรม MI ว่าเป็นไปตามที่วางแผนไว้หรือไม่ (implementation fidelity) ซึ่งการรายงานในประเด็นนี้มีความสำคัญต่อการแปลผลและสรุปผลในการศึกษาที่มีการจัดการกระทำโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง<sup>45</sup> นอกจากนี้การประเมินคุณภาพของงานวิจัยพบว่า มากกว่าครึ่งของงานวิจัยมีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับสูง โดยเฉพาะในมิติของการปกปิดกลุ่มตัวอย่าง การปกปิดผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และการปกปิดผู้วัดผล อคติเหล่านี้อาจส่งผลต่อการสรุปผลจากการทดลองได้<sup>34,46</sup> ดังนั้นการนำข้อสรุปจากการศึกษานี้ไปใช้ควรคำนึงถึงประเด็นเหล่านี้

การศึกษานี้ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวปฏิบัติของ JBI และกำหนดการสืบค้นตามกรอบ PICO อย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดที่อาจส่งผลกระทบต่อข้อสรุปของการศึกษานี้ ได้แก่ การเข้าถึงฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้เพียง 4 ฐาน ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Library และ ProQuest ดังนั้นงานวิจัยที่ถูกคัดเข้าจึงเป็นงานวิจัยในบริบททางการแพทย์เป็นหลักเป็นส่วนใหญ่ แม้โปรแกรม MI ถูกนำไปใช้ศึกษาวิจัยและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชทั้งในวิชาชีพแพทย นักจิตวิทยา และอื่น ๆ ประกอบกับการสืบค้นงานวิจัยในประเทศไทยผ่านฐานข้อมูล ThaiJO ที่ไม่สามารถทำการสืบค้นขั้นสูงได้ ทำให้ผู้วิจัยใช้เพียงคำสำคัญทั้งภาษาไทยและอังกฤษ แต่ละคำในการสืบค้นแต่ละครั้ง จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการสืบค้นงานวิจัยภาษาไทยอย่างครอบคลุม และการไม่สามารถวิเคราะห์ห่อภิมาณได้ เนื่องจากอคติในงานวิจัยและการรายงานค่าสถิติที่แตกต่างกัน ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชได้

## สรุป

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า โปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น มีผลในระยะสั้นในการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ขาดความเข้มงวดในระเบียบวิธีวิจัย เช่น การปกปิดกลุ่มตัวอย่าง การปกปิดผู้ดำเนินโปรแกรม การปกปิดผู้วัดผล การตรวจสอบมาตรการดำเนินโปรแกรม MI เป็นไปตามที่วางแผนไว้ และการรายงานสถิติการเข้าร่วมและถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในอนาคตจึงควรคำนึงถึงประเด็นเหล่านี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอคติในการวิจัย นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลของโปรแกรม MI ในระยะยาว เช่น ที่ 6 เดือน หลังจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะที่พบการหยุดกินยาสูง

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Fact sheet: schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Jaeschke K, Hanna F, Ali S, Chowdhary N, Dua T, Charlson F. Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017. *Glob Ment Health (Camb)*. 2021;8:e27. doi:10.1017/gmh.2021.19.
3. Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Tardy M, Komossa K, et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;8(8):CD008016. doi:10.1002/14651858.CD008016.pub3.
4. World Health Organization. The world health report 2001: mental disorders affect one in four people [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people>

5. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2020;9(1):17. doi:10.1186/s13643-020-1274-3.
6. Vega D, Acosta FJ, Saavedra P. Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A six-month naturalistic follow-up study. *Compr Psychiatry.* 2021;108(152240). doi:10.1016/j.comppsy.2021.152240.
7. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2015;225(1-2):14-30. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.002.
8. Tham XC, Xie H, Chng CM, Seah XY, Lopez V, Klainin-Yobas P. Factors affecting medication adherence among adults with schizophrenia: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(6):797-809. doi:10.1016/j.apnu.2016.07.007.
9. Yaegashi H, Kirino S, Remington G, Misawa F, Takeuchi H. Adherence to oral antipsychotics measured by electronic adherence monitoring in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs.* 2020;34(6):579-98. doi:10.1007/s40263-020-00713-9.
10. Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2016;16(42):1-14. doi:10.1186/s12888-016-0744-6.
11. Xiao J, Mi W, Li L, Shi Y, Zhang H. High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: results from an observational survey in the People's Republic of China. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:1161-7. doi:10.2147/NDT.S72367.
12. กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต [The manual of serious mental illness with high risk to violence care system for institutes or hospitals covered by department of mental health]. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
13. Kızılırmak Tatu M, Demir S. Effect of Group Psycho-education on Treatment Adherence, Quality of Life and Well-Being of Patients Diagnosed with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs.* 2021;42(3):256-66. doi:10.1080/01612840.2020.1793244.
14. Burns AM, Erickson DH, Brenner CA. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatr Serv.* 2014;65(7):874-80. doi:10.1176/appi.ps.201300213.
15. Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, Shimooka Y, Sugimura N, Ishihara I, et al. A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. *PLoS One.* 2018;13(4):e0193869. doi:10.1371/journal.pone.0193869.
16. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol.* 2009;64(6):527-37. doi:10.1037/a0016830.
17. Miller WR, Rose GS. Motivational interviewing: helping people change. New York: The Guilford Press; 2012.
18. Papus M, Dima AL, Viprey M, Schott AM, Schneider MP, Novais T. Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2022;105(11):3186-203. doi:10.1016/j.pec.2022.06.013.
19. Teeter BS, Kavookjian J. Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: a systematic review. *Transl Behav Med.* 2014;4(4):372-81. doi:10.1007/s13142-014-0270-3.
20. Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obes Rev.* 2015;16(4):304-18. doi:10.1111/obr.12264.
21. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 20152;(3):CD006936. doi:10.1002/14651858.CD006936.pub3.
22. Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(19):10213. doi:10.3390/ijerph181910213.

23. Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire JP, Lauzier S, Lawani AM, Ferdynus C, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2017;46(2): 589-602. doi:10.1093/ije/dyw273.
24. Ertem MY, Duman ZÇ. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care*. 2019;55(1):75-86. doi:10.1111/ppc.12301.
25. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de Haan L. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2013;39(6):1242-51. doi:10.1093/schbul/sbt138.
26. Kender R. Computer-based brief motivational intervention for medication adherence in schizophrenia [dissertation]. Michigan: Wayne State University; 2010.
27. Martino S, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction*. 2006;101(10):1479-92. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01554.x.
28. Wing TH, Thomas KS. The effects of a compliance therapy programmer on Chinese male patients with schizophrenia. *Asian journal of nursing studies*. 2005;8(2):47-61.
29. Ozcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, Dinç H, Bilgin H. Reproductive health in women with serious mental illnesses. *J Clin Nurs*. 2014;23(9-10):1283-91. doi:10.1111/jocn.12332.
30. Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, Rodrigues C, Gray R. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(5):340-9. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00681.x.
31. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16(270):1-14. doi:10.1186/s13063-015-0785-z.
32. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. South Australia: JBI; 2020. doi:10.46658/JBIMES-20-04.
33. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
34. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343:d5928. doi:10.1136/bmj.d5928.
35. Minozzi S, Cinquini M, Gianola S, Gonzalez-Lorenzo M, Banzi R. The revised Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2) showed low interrater reliability and challenges in its application. *J Clin Epidemiol*. 2020;126:37-44. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.06.015.
36. สุรศักดิ์ เส้าแก้ว. การอ่านและการแปลผลงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมาน [Understanding and interpretation of meta-analysis study]. เชียงรายเวชสาร. 2559;8(1):1-17.
37. จุฬาลักษณ์ ธรรมปัต, พิชามณัฐ อินทะพน, ชนิดดา นนบเกสร. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี [The effect of motivational interviewing program on medication compliance behaviors of persons with schizophrenia in hospital, Prasimababhodi psychiatric hospital, Ubon Ratchathani]. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2566;5(1):33-45.
38. ขวณนท์ จันท์สุข, นฤมล จันท์สุข, อัมชา หรัยลอย. ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท [The effects of brief intervention on medication adherence behaviors of schizophrenic patients]. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(2):170-7.

39. นุจรินทร์ บัวละคร, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, สารรัตน์ วุฒิอาภา. ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภทและสุรา [The effects of a motivation enhancement therapy program with family involvement on the medication adherence of inpatients with Co-Occurring schizophrenia and alcohol use disorder]. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;9(พิเศษ):423-32.
40. รัชนี อุทัยพันธ์, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [The effect of group motivational interviewing on medication compliance of schizophrenic patients in community]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556;27(1):136-48.
41. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ Couns. 2013;93(2):157-68. doi:10.1016/j.pec.2013.07.012.
42. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. J Gen Intern Med. 2016;31(8):929-40. doi:10.1007/s11606-016-3685-3.
43. Frey AJ, Lee J, Small JW, Sibley M, Owens JS, Skidmore B, et al. Mechanisms of Motivational Interviewing: a Conceptual Framework to Guide Practice and Research. Prev Sci. 2021;22(6):689-700. doi:10.1007/s11121-020-01139-x.
44. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: options to consider. Int J Clin Pharm. 2014;36(1):55-69. doi:10.1007/s11096-013-9865-x.
45. Palmer JA, Parker VA, Barre LR, Mor V, Volandes AE, Belanger E, et al. Understanding implementation fidelity in a pragmatic randomized clinical trial in the nursing home setting: a mixed-methods examination. Trials. 2019;20(656):1-10. doi:10.1186/s13063-019-3725-5.
46. ญัฐ นาเอก. แนวทางการประเมินงานวิจัยชนิดการทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุมด้วยเครื่องมือแคสปี [The guide to critically appraise a randomized controlled trial (RCT) using a CASP tool]. เชียงรายเวชสาร. 2563;12(2):131-55.

## ภาคผนวก

### คำสำคัญในการสืบค้นฐานข้อมูล





## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด** ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหา ด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บไซต์ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

### ประเภทของบทความ

#### 1. บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (summary) และเอกสารอ้างอิง (references)

#### 2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง (references)

#### 3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

เป็นการศึกษาค้นคว้ารวบรวมผลงานวิจัยเพื่อตอบคำถามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพและคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยให้ใช้ PRISMA guideline มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

#### 4. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมการอภิปรายและข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

#### 5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (conclusion) เอกสารอ้างอิง (references)

#### 6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไป ทบทวนความรู้ การแสดงความคิดเห็น วิจารณ์ แนะนำเครื่องมือใหม่ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (conclusion) เอกสารอ้างอิง (references)

## การเตรียมต้นฉบับ

เอกสารประกอบการนำส่ง ได้แก่ 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ 2) หนังสือรับรองการส่งบทความ (ใบนำส่ง) 3) เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (เฉพาะประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ) จากนั้นสมัครสมาชิก และ submission ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht> โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

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

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้น **ชื่อเฉพาะ** 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 วิเคราะห์ สรุป **ไม่เกิน 300 คำ** ใช้ภาษารัดกุม ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3 - 5 คำ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) items ของ

U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

4. ต้นฉบับ 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 ระบุการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) **ผล** แสดงผลการศึกษาค้นคว้าที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น 4) **วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 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

## ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ยกเว้นกรณียกเลิก/ถอนบทความหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ (reviewer) พิจารณาแล้ว จะต้องชำระค่าดำเนินการบทความจำนวน 3,000 บาท

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

### ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

#### 1. วารสาร

1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1 - 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น 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 กรณีที่มีผู้พิมพ์รวมมากกว่า 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 อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายในเครื่องหมาย [ ]

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. 5<sup>th</sup> ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

### 2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

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

### 2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

## 2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

รีนา ต๊ะดี. ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ [Life of female adolescent as mothers]. เอกสารประกอบการประชุม: การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม พ.ศ. 2560; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.

## 3. รายงานทางวิชาการ

### 3.1 รายงานวิจัย

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

### 3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

ปราณี จงสมจิตร. ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาและความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง [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/](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/medlineplusdictionary.html>

### 4.2 โสมเพจ/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-เตรียมตัว%20รับมือ%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 ทาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา (จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง [Bringing quality medicine (China) to help patients with chronic kidney failure]. มติชน. 3 มี.ค. 2554; น. 10.

### 5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

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

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

## 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 68 ฉบับที่ 2

เมษายน – มิถุนายน 2566

### สารบัญ

#### บรรณาธิการแถลง

A

#### นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลกระทบของสถานการณ์การระบาดหนักโควิด 19 ต่ออาการและบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น  
ที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามารับดี 127  
พิมล การเจริญพงศ์, สุวรรณี พุทธิศรี
- รูปแบบและปัญหาการนอนหลับของเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 142  
เกษมา เทพรักษ์, จารุพงษ์ น้อยคำแย
- อิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนต่อความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันด้านการเรียน  
ของผู้ปกครองกับความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียนไทยชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร 153  
พิชาพร มงคลอดิษฐ์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร
- วิเคราะห์การรายงานข่าวการฆ่าตัวตายประเทศไทยโดยอ้างอิงแนวทางสำหรับวิชาชีพสื่อขององค์การอนามัยโลก 163  
ภูมิ ชมภูศรี, นีรัชยา สุธาคำ, S.M. Yasir Arafat
- ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลรามารับดี 173  
เบญจวรรณ ธรรมาร, ดาวชมพู นาคะวิโร
- ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด 181  
อัญชิตา ขำแก้ว
- ประสบการณ์และทัศนคติต่อการฝึกอบรมจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไปในประเทศไทย 194  
และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด: การศึกษานำร่อง  
ดุสิตภัทร เอี่ยมมีชัย, วรภัทร รัตอาภา, ณัฏฐา สายเสวย, นราทิพย์ สงวนพานิชย์, นที วีวรรณ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 207  
สวรรณา งานวิวัฒน์ถาวร, พันธุ์ศักดิ์ ศุภระฤกษ์, อติวุทธ กุมพามาต, ภาวิต หน่อไชย
- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดสุขภาพทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 218  
ภาสกร คุ่มศิริ, นันทชิตส์ณห์ สกุลพงศ์
- การดูแลสุขภาพจิตคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศ 227  
และผู้มีความหลากหลายทางเพศ เวอร์ชัน 8  
คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์
- พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 242  
คามิน สีหะมงคล, ณัฏฐณิชา พงษ์เดช, ธัญมน พัวรรณูเคราะห์, วชิรภัทร จรัญศิริไพศาล, ชีษณุพงศ์ ลงยันต์,  
ปณณ ริมพิชพันธ์, เขมจิรา เอียการนา, พรปวีณ์ พงษ์ปิติกุล, ศรินทิพย์ บุญจรัสภิญโญ

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ  
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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