



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2566

Volume 31 Number 4 October - December 2023

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



พัฒนาการของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

พิเชษฐ อุดมรัตน์



ผลของการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญาในรูปแบบออนไลน์
ต่อการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19

กลัญญุ คชวัฑ, อีรวรรณ อีระพงษ์



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์
โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

เนติลักษณ์ ศิลาอุดมกิจ, รัตติยากร ผุยมาตย์



Associations between sleep problems and geriatric conditions in older adults

Supakorn Chatbubpha, Suphawita Pliannuom, Nida Buawangpong, Nopakoon Nantsupawat,
Kanokporn Pinyopornpanish



แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh สำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคเมเร็งเม็ดเลือดขาว
สุรางคณา ศุภฤทธิ, สุภากร จันทประเสริฐ, นันทชัชสิทธิ์ สกุลพงศ์



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วงสถานการณ์การระบาดของ
ของโรคโควิด 19 ชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี

มนัสวี สิงห์โท, กมลนัฏ ม่วงยิ้ม, เดชา วรรณพาทูล, กมล อาจดี, ภัทรวดี รุจิพิชชาพร



การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี
ในรูปแบบบริการออนไลน์ กรณีศึกษาสถาบันราชานุกูลในช่วงการระบาดไวรัส COVID-19

นิรมัย คุ่มรักษา, จันทนี มุ่งเขตกลาง, รัชดาวรรณ แดงสุข

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 กิตติรัตน์ไพบุลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อธิ ดันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
นพ.สุทธา สุปัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นพ.สุจิระ ปรีชวิทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นพ.ศุภเสก วิโรจนภา สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

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

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒิหาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทรรัตน์ พงษ์พิยะ นางสาวชิดชนก โอภาสวัฒนา
นางสาวพาสนา คุณาธิวัฒน์ นางฐิติญา จันทพร
นางสาวสายไหม อสิพงษ์

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

การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต
88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี
จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0-2590-8254, 8561 โทรสาร 0-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th / jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของ
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

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

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และไม่ได้
แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

Journal of Mental Health of Thailand

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its 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

Contact:

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

Remark:

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

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)

Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)

M.L.Somchai Chakraband, M.D.

Yongyud Wongpiromsarn, M.D.

Tedsak Dejkong, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D. WPA Board for Zonal Representative 16
(Southern Asia)

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Medical Doctor, Advisory Level
(Retired government official)

Editor-in-Chief

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

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Southern Institute of Child and
Adolescent Mental Health
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamklang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs
Sujira Prechawit, M.D. Srinakharinwirot University
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.Phopthorn Wuttiarn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Jantarath Pongpeeya Ms.Chidchanok Opaswattana
Ms.Passana Gunadhivadhana Mrs.Thitiya Jantaprom
Ms.Saimai Asipong

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 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2566

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
บทความพิเศษ	พัฒนาการของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พิเชฐ อุดมรัตน์ 250
นิพนธ์ต้นฉบับ	ผลของการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญา ในรูปแบบออนไลน์ต่อการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19 กัลญณี คชวัต, อีรวรรณ อีระพงษ์ 262
	ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย เนติลักษณ์ ศิลาอุดมกิจ, รัตติยากร พุยมาศย์ 273
	Associations between sleep problems and geriatric conditions in older adults 286 Supakorn Chatbubpha, Suphawita Pliannuom, Nida Buawangpong, Nopakoon Nantsupawat, Kanokporn Pinyopornpanish
	แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh สำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก และวัยรุ่นโรคเมเร็งเม็ดเลือดขาว 298 สุรางคณา ศุภฤทธิ, ธฐาศกร จันประเสริฐ, นันทชัตสนันท์ สกุลพงษ์
	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี 309 มนัสวี สิงห์โท, กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม, เดชา วรรณพาทูล, กมล อางดี, ภัทรวดี รุจิพิชาพร
	โรค การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มบกพร่อง ทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ในรูปแบบบริการออนไลน์ 321 กรณีศึกษาสถาบันราชานุกูลในช่วงการระบาดไวรัส COVID-19 นิรมัย คุ่มรักษา, จันทน์ มุ่งเขตกลาง, รัชดาวรรณ แดงสุข
ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2566	334
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 31 Number 4 October - December 2023

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
SPECIAL ARTICLE	The development of geriatric psychiatry in Thailand Pichet Udomratn	250
ORIGINAL ARTICLES	Effects of online group counseling based on acceptance and commitment therapy on resilience quotient among people with long COVID-19 Kalunyu Kotchawat, Teerawan Teerapong	262
	Prevalence and associated factors of depression among AIDS patients visiting AIDS clinic at Erawan hospital, Loei province Netiluck Silaudomkit, Ruttiyakorn Phuymat	273
	Associations between sleep problems and geriatric conditions in older adults Supakorn Chatbubpha, Suphawita Pliannuom, Nida Buawangpong, Nopakoon Nantsupawat, Kanokporn Pinyopompanish	286
	The Thai version of the Walsh family resilience questionnaire for parents of children and adolescents with leukemia Surangkana Suparit, Thasuk Junprasert, Nanchatsan Sakunpong	298
	Factors associated with burnout syndrome among village health volunteers during COVID-19 pandemic in an urban area of Chonburi province Manusavee Singho, Kamonnat Muangyim, Decha Wunnaphool, Kamon Arjdee, Phattharawadee Ruchiphitchaphon	309
	The development of the prototype of an online early intervention program for children aged 0 to 5 years with intellectual and developmental disabilities: a pilot study at Rajanukul Institute during the COVID-19 pandemic Niramai Kumraksa, Chantane Mungkhetklang, Rachadawan Dangsuk	321
INDEX: JOURNAL OF MENTAL HEALTH OF THAILAND 2023 VOLUME 31 NUMBER 1 - 4		334
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 4 ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายของปี พ.ศ. 2566 ยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ที่หลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยมีบทความทั้งหมด 7 เรื่อง เป็นประเภทบทความพิเศษ 1 เรื่อง คือ พัฒนาการของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดย พิเชฐ อุดมรัตน์ และนิพนธ์ต้นฉบับ 6 เรื่อง ได้แก่ เรื่อง ผลของการปรึกษากลุ่มตามแนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญาในรูปแบบออนไลน์ต่อการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19 โดย กลัณณ คุวัต และธีรบรรณ ธีระพงษ์ เรื่อง ความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย โดย เนติลักษณ์ ศิลาอุดมกิจ และรัตติยากร พุยมาศย์ เรื่อง Associations between sleep problems and geriatric conditions in older adults โดย Chatbubpha S และคณะ เรื่อง แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh สำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคเมเจอร์เดเพรสชัน โดย สุรางคณา ศุภฤทธิ และคณะ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี โดย มณสิวิ สิงห์โท และคณะ และเรื่อง การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ในรูปแบบบริการออนไลน์ กรณีศึกษาสถาบันราชานุกูลในช่วงการระบาดไวรัส COVID-19 โดย นิรมัย คุ้มรักษา และคณะ

ในปี พ.ศ. 2567 ทางวารสารจะมีการปรับปรุงแบบเอกสารอ้างอิง โดยให้ผู้นิพนธ์เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดทั้งเอกสารที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้ยังคงรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) เช่นเดิม โดยจะเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป ขอให้ผู้นิพนธ์ศึกษารายละเอียดในเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ในฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2567 ต่อไป

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการที่ช่วยพิจารณาตรวจสอบบทความ และขอต้อนรับกองบรรณาธิการฝ่ายจัดการทำนใหม่ ได้แก่ น.ส.ชิดชนก โอภาสวัฒนา น.ส.พาสนา คุณาธิวัฒน์ และ น.ส.สายไหม อสิพงษ์ ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

บทความพิเศษ

พัฒนาการของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

วันรับ : 26 สิงหาคม 2566
วันแก้ไข : 18 พฤศจิกายน 2566
วันตอบรับ : 20 พฤศจิกายน 2566

พิเชฐ อุดมรัตน์, พ.บ.
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรวบรวมเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะการเกิดขึ้นของชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย รวมทั้งความเป็นมาของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดในอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

วิธีการ : รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุทั้งในรูปแบบของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ฐานข้อมูล PubMed และ ThaiJO และสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ รวมทั้งจากประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์เอง นับจากปี พ.ศ. 2524 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2566

ผล : จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีพัฒนาการมาตามลำดับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เช่น การเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มผู้สนใจด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุมาเป็นชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย การพัฒนาหลักสูตรอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการฝึกอบรมและรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2562 โดยเมื่อนับถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 มีจิตแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติอนุสาขานี้รวม 42 คน คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คนต่อประชากรสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 205,615 คน ปัจจุบันมีสถาบันฝึกอบรมในอนุสาขานี้ 5 แห่งที่มีศักยภาพรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดรวมทุกสถาบันปีละ 11 คนต่อชั้นปี

สรุป : จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทยได้มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การก่อตั้งชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย ตลอดจนการพัฒนาหลักสูตรและการฝึกอบรมต่อยอดในอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คาดว่าในอนาคตจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยกลุ่มนี้จะสดใสมากกว่าในปัจจุบัน

คำสำคัญ : การฝึกอบรม, จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, ประเทศไทย, อนุสาขา

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พิเชฐ อุดมรัตน์; e-mail: pudomratn74@gmail.com

Special article

The development of geriatric psychiatry in Thailand

Received : 26 August 2023

Revised : 18 November 2023

Accepted : 20 November 2023

Pichet Udomratn, M.D.

Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To review the development of geriatric psychiatry in Thailand, especially the foundation of the Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry (TSGN) and the fellowship training in subspecialty of geriatric psychiatry.

Methods: PubMed, ThaiJO, and website databases were searched for literatures published from 1981 to July 2023. The search terms included geriatric psychiatry, training, Thai society, and Thailand. All relevant materials and direct experience of the author were reviewed.

Results: Geriatric psychiatry in Thailand was perhaps originated in 2006 by the establishment of the Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry Interest Group (GenPIG), which was later upgraded to be the Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry (TSGN). Regarding the subspecialty training on geriatric psychiatry, the 2-year curriculum was first proposed in 2010 and was approved by the Thai Medical Council in 2018 after the public hearing. There are currently five training institutes with the capacity to accept a total of 11 fellowship trainees per year. Up to August 2023, 42 psychiatrists had received the Diploma Board of Subspecialty in Geriatric Psychiatry, with the ratio of geriatric psychiatrist and Thai population aged 65 years and over of 1 per 205,615.

Conclusion: Geriatric psychiatry in Thailand has been developed through the regular activities of TSGN and the establishment of a geriatric psychiatry fellowship training program. With the growing numbers of geriatric psychiatrists and TSGN members each year, a brighter future for geriatric psychiatry and the quality of life in psychogeriatric cases in Thailand are promising.

Keywords: fellowship training, geriatric psychiatry, subspecialty, Thailand

Corresponding author: Pichet Udomratn; e-mail: pudomratn74@gmail.com

ความรู้เดิม : เดิมที่ยังไม่มีชมรมใด ๆ ที่เกิดจากรวมตัวกันของกลุ่มจิตแพทย์ซึ่งมีความสนใจเฉพาะด้านในระดับอนุสาขามาก่อน รวมทั้งการฝึกอบรมจิตเวชศาสตร์ของไทยก็ยังไม่เคยมีการฝึกอบรมในระดับต่อยอดเป็นอนุสาขามาก่อนเช่นกัน

ความรู้ใหม่ : การรวมตัวกันของกลุ่มจิตแพทย์ที่สนใจด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจนต่อมากลายเป็นชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทยสามารถผลักดันให้มีการฝึกอบรมในอนุสาขาด้านนี้ได้จนสำเร็จ ปัจจุบันมีสถาบัน 5 แห่งที่เปิดฝึกอบรมและมีศักยภาพรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดรวมทุกสถาบันเป็น 11 คนต่อชั้นปี

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : รูปแบบดังกล่าวนี้อาจนำไปปรับใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้และการเปิดฝึกอบรมในอนุสาขาอื่น ๆ ของจิตเวชศาสตร์ต่อไปได้ ทำให้จิตแพทย์ที่สนใจในเรื่องนั้น ๆ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปฝึกอบรมในต่างประเทศ

ทำหน้าที่เก็บรวบรวมฐานข้อมูลของทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้สูงอายุและฉายภาพความต้องการในอนาคต (projected needs) ของทรัพยากรดังกล่าวในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยคิดภาพรวมทั้งประเทศและแยกเป็นรายมลรัฐอีกต่างหาก จากสถิติของ ADGAP ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีประชากรอเมริกันที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปมีจำนวน 20 ล้านคน จึงต้องการจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 คนต่อประชากรที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจำนวน 10,000 คน แต่ในปีดังกล่าวพบว่าสัดส่วนที่แท้จริงของทั้งประเทศคือ 0.9 ต่อ 10,000 ประชากรเท่านั้น และพบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีประกาศรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 136 ตำแหน่ง จากสถาบันฝึกอบรม 60 แห่ง แต่ปรากฏว่า มีแพทย์ประจำบ้านเข้ารับการอบรมเพียง 60 คน และนับถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 มีจิตแพทย์ในอเมริกาเพียง 1,773 คน ที่ได้รับวุฒิบัตรในสาขานี้¹ จึงเห็นได้ว่า แม้แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา การพัฒนาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไม่ได้ดำเนินการไปได้อย่างรวดเร็ว และจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุก็น่าจะมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุ

สำหรับในประเทศไทยยังไม่เคยมีบทความภาษาไทยที่กล่าวถึงพัฒนาการของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุมาก่อน โดยพบว่ามีเพียงบทความที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษซึ่งได้รวบรวมงานวิจัยด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทยในช่วง 3 ทศวรรษที่แล้ว³ และมีบทความสั้นเป็นภาษาอังกฤษอีกหนึ่งเรื่องที่สรุปถึงการฝึกอบรมต่อยอดในอนุสาขานี้เท่านั้น⁴ บทความพิเศษเรื่องนี้จึงต้องการนำเสนอถึงความเป็นมาและพัฒนาการของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยการทบทวนบทความที่เกี่ยวข้องและประสบการณ์ในมุมมองของผู้นิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งรวมทั้งการก่อตั้งชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย และการฝึกอบรมในอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของประเทศไทย

บทนำ

จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นอนุสาขาหนึ่งของจิตเวชศาสตร์ที่เพิ่งได้รับความสนใจในต่างประเทศเมื่อไม่นานมานี้^{1,2} และได้มีบทความเกี่ยวกับพัฒนาการในเรื่องดังกล่าวทั้งในสหรัฐอเมริกา¹ และในสหราชอาณาจักร² โดยจะขอ ยกตัวอย่างพัฒนาการในสหรัฐอเมริกามาให้ทราบพอสังเขป ดังนี้

เริ่มจากการมีสมาคมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งอเมริกา (American association for geriatric psychiatry: AAGP) เกิดขึ้นก่อนในปี พ.ศ. 2521 แต่กว่าจะเริ่มมีการจัดสอบวุฒิบัตรจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขึ้นเป็นครั้งแรกก็อีก 13 ปีถัดมา คือ ในปี พ.ศ. 2534 โดยหลักสูตรต่อยอดจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุใช้เวลาเพียง 1 ปี และมีสมาคมของประธานหลักสูตรโปรแกรมผู้สูงอายุ (association of directors of geriatric academic programs: ADGAP) ซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2533

วิธีการ

ได้สืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, ThaiJO และจากเว็บไซต์ต่าง ๆ โดยใช้คำสืบค้น ได้แก่ จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ชุมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย การฝึกอบรม geriatric psychiatry, training, Thai society และ Thailand และรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุทั้งในรูปแบบของบทความที่ตีพิมพ์ในสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ รวมทั้งจากประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์เอง นับจากปี พ.ศ. 2524 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2566

ผล

จากการรวบรวมและสังเคราะห์จากข้อมูลและเอกสารที่ได้ รวมทั้งจากประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์ สามารถแบ่งผลออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 จนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2566 2) การพัฒนาชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย และ 3) การพัฒนาและฝึกอบรมหลักสูตรอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

1) *ประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 จนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2566*

ในระหว่างปี พ.ศ. 2524 - 2527 ขณะที่ผู้นิพนธ์ยังเป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา (ชื่อในขณะนั้น) ยังไม่มีหัวข้อการฝึกอบรมเรื่องจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแต่อย่างใด เมื่อกลับมาปฏิบัติงานเป็นอาจารย์ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว ในปี พ.ศ. 2529 ผู้นิพนธ์ได้รับมอบหมายจากภาควิชาให้ร่วมเป็นวิทยากรใน grand round ของคณะแพทยศาสตร์ในเรื่องเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatrics) ร่วมกับ รศ.พญ.สมทรง ยิบอินซอย อายุรแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด และ รศ.นพ.นิรันดร์ เกียรติศิริโรจน์ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ โดยผู้นิพนธ์ได้นำเสนอประเด็นการเปลี่ยนแปลงของโลกที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยภายในระยะเวลาไม่กี่สิบปี และการฝึกอบรมในด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric psychiatry หรือ old age psychiatry) ในต่างประเทศ^{1,2} เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุไทยในอนาคต

ในปี พ.ศ. 2530 ผู้นิพนธ์ได้รับทุนสนับสนุนจาก British council เพื่อไปฝึกอบรมหลักสูตรภาคฤดูร้อนทางการแพทย์เรื่อง psychogeriatrics ณ มหาวิทยาลัย Nottingham สหราชอาณาจักร ต่อมาในปี พ.ศ. 2531 - 2532 ผู้นิพนธ์ได้รับทุนจากทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อไปฝึกอบรมทั้งทางด้านจิตเวชศาสตร์และแพทยศาสตรศึกษา ที่จัดโดยสหพันธ์แพทยศาสตรศึกษาโลก (world federation of medical education: WFME) กับ Prof. Henry Walton ซึ่งเป็นประธานของ WFME ในขณะนั้น ผู้นิพนธ์ได้ฝึกอบรมด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ณ มหาวิทยาลัย Nottingham ผู้นิพนธ์ได้มีโอกาสพบกับ Prof. Tom Arie ที่เป็นประธานหลักสูตรและเป็นหัวหน้าภาควิชา health care of the elderly ของมหาวิทยาลัย และได้เรียนรู้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุแบบบูรณาการที่เรียกว่า Nottingham model โดยมีการรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางจิตประสาทรุนแรงไว้รักษาในหอผู้ป่วยบูรณาการซึ่งมีทั้งแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จิตแพทย์ผู้สูงอายุ นักพัฒนาวิทยา (gerontologist) และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ³ ทั้งนี้ก่อนหน้านั้นมีจิตแพทย์ไทย 2 คน ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรนี้ได้แก่ พญ.ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และ พญ.รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ เมื่อจบการฝึกอบรมแล้วผู้นิพนธ์ได้สมัครเป็นสมาชิกของ British geriatrics society และได้เขียนสรุปการฝึกอบรมดังกล่าวซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2532⁶ นอกจากนี้ ผู้นิพนธ์ได้สมัครเป็นสมาชิกของสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย โดยผู้นิพนธ์ได้รับเชิญให้เขียนบทความในวารสารของสมาคมฯ รวมทั้งเป็นวิทยากรในการประชุมประจำปีของสมาคมฯ ในเรื่องการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับ⁷ และผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า⁸ สำหรับประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและหลักสูตรอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้กล่าวถึงต่อไปในหัวข้อที่ 2 และ 3

2) การพัฒนาชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย

ในปลายปี พ.ศ. 2549 ขณะที่ผู้นิพนธ์เป็นนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในสมัยแรกนั้น พบว่ามีจิตแพทย์ไทยหลายคนที่มีความสนใจในเรื่องจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและได้ไปฝึกอบรมสาขาที่ต่างประเทศ ผู้นิพนธ์เห็นว่าควรมีการรวมตัวของกลุ่มจิตแพทย์ที่สนใจในเรื่องนี้ จึงได้สนับสนุนให้มีการก่อตั้งและเข้าร่วมกลุ่มจิตแพทย์ผู้สนใจจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ (geriatric psychiatry and neuropsychiatry interest group: GenPIG) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ มีสมาชิกผู้ก่อตั้ง 18 คน โดยมี รศ.พญ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย เป็นประธานกลุ่ม รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี และ ผศ.นพ.สุเชริญ ตั้งวงศ์ไชย เป็นรองประธาน และ ผศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์ เป็นเลขานุการ (ตำแหน่งทางวิชาการในขณะนั้น) สมาชิกกลุ่มทุกคนเป็นจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญหรือสนใจงานทางด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและหรือประสาทจิตเวชศาสตร์ ถือเป็นการริเริ่มจากวิสัยทัศน์ของสมาคมจิตแพทย์ฯ ในการสนับสนุนให้จิตแพทย์ไทยมีการพัฒนาความชำนาญและแลกเปลี่ยนความรู้กันในด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ให้ทัดเทียมนานาชาติอารยประเทศ

หลังการก่อตั้ง GenPIG ได้มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดประชุมทางวิชาการครั้งแรกขึ้นในวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2550 ณ ห้องประชุมสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาต่อมามีการจัดประชุมวิชาการของกลุ่มทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดปีละ 3 - 4 ครั้ง ภายใต้ความสนับสนุนของสมาคมจิตแพทย์ฯ โดยภายหลังการประชุมครั้งที่ 3/2552 ได้มีการเปิดรับสมาชิกกลุ่มซึ่งมีผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่เป็นจิตแพทย์จากมหาวิทยาลัยและสถาบันฝึกอบรมจิตเวชศาสตร์ทั่วประเทศ โดยที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการของสมาคมจิตแพทย์ฯ เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 ได้มีมติรับรองสถานะของ GenPIG เป็นองค์กรภายใต้สมาคมจิตแพทย์ฯ อย่างเป็นทางการ ในชื่อชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย (Thai society for

geriatric psychiatry and neuropsychiatry: TSGN) และในการประชุมของชมรมครั้งที่ 1/2553 ได้มีมติให้ผู้นิพนธ์เป็นประธาน TSGN คนแรก โดยคณะกรรมการบริหารชุดแรกส่วนใหญ่ยังคงเป็นคณะกรรมการชุดเดิมของ GenPIG (ตารางที่ 1) TSGN ได้สร้างเครือข่ายวิชาการในระดับประเทศระหว่างจิตแพทย์ผู้สนใจในงานด้านเดียวกัน ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาความรู้เกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุผ่านการจัดกิจกรรมวิชาการที่มีผู้เข้าร่วม ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน ประสาทแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ รวมทั้งยังได้จัดทำหนังสือของชมรมออกมา 2 เล่ม ได้แก่ การใช้ยาทางจิตเวชในผู้สูงอายุ⁹ และคำแนะนำการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ¹⁰ นอกจากนี้ TSGN ได้เข้าร่วมเป็นองค์กรสมทบของ international psychogeriatrics association (IPA) ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพในระดับนานาชาติ และได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2552 ในงานประชุม IPA ครั้งที่ 15 ณ เมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา^{11,12} โดยสมาชิกของ TSGN จำนวนหนึ่งได้เข้าร่วมการประชุมวิชาการของ IPA อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งได้เขียนบทความแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของประเทศไทยซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร IPA Bulletin เมื่อปี พ.ศ. 2565⁴

สำหรับคณะกรรมการบริหาร TSGN นั้น ในช่วงแรก (พ.ศ. 2551 - 2558) มีคณะกรรมการเพียงแค่ชุดเดียว ดังปรากฏรายชื่อในตารางที่ 1 ต่อมาเมื่อ TSGN มีภารกิจหลากหลายมากขึ้น จึงได้มีการตั้งคณะกรรมการอำนวยการเพิ่มขึ้นอีก 1 ชุดในช่วงปี พ.ศ. 2559 - 2561 เพื่อจัดการประชุมนานาชาติ Asian congress of schizophrenia research ครั้งที่ 5 ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ณ กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นการประชุมที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคจิตเภทหรือมีอาการของโรคจิต ทั้งนี้ ผู้นิพนธ์ได้ดำรงตำแหน่งเป็นประธาน TSGN อย่างต่อเนื่องหลายวาระจนถึงปี พ.ศ. 2561 และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน (กรกฎาคม พ.ศ. 2566) มี รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี ดำรงตำแหน่งเป็นประธาน TSGN มี รศ.นพ.สุเชริญ ตั้งวงศ์ไชย เป็นรองประธาน และ ผศ.ดร.พญ.มุกดา พนาสธิตย์ เป็นเลขานุการ

ตารางที่ 1 คณะกรรมการบริหารชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทยชุดแรก วาระ พ.ศ. 2551 - 2553

	ตำแหน่ง
ศ.นพ.พิเชฐ อดมรัตน์	ประธาน
รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี	รองประธาน
ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย	รองประธาน
ผศ.พญ.ณัทธัย วงศ์ปาริณย์	เลขานุการ
รศ.พญ.สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย	กรรมการ
รศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล	กรรมการ
พญ.อัญชลี เตมียประดิษฐ์	กรรมการ
พญ.อำไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย	กรรมการ
พญ.สุรางค์ เลิศคณาธาร	กรรมการ
พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์	กรรมการ
นพ.ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์	กรรมการ
พญ.ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์	กรรมการ
พญ.ดาวชมพู พัฒนประภาพันธ์	กรรมการ
พญ.หทัยกานต์ พงษ์กาญจนะ	กรรมการ
พญ.พรพรรณ ลำเอียงพล	กรรมการ
พญ.พรจิรา ปรีวัชรากุล	กรรมการ
นพ.วรภัทร รัตอาภา	กรรมการ
พญ.มูทิตา พนาสถิตย์	กรรมการ
นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ	กรรมการ
พญ.กนิดา ทศนิยม	กรรมการ

3) การพัฒนาและฝึกอบรมหลักสูตรอนุสาขาศิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2553 TSGN ได้มีจดหมายถึงราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยเพื่อขอให้ราชวิทยาลัยฯ แต่งตั้งคณะกรรมการร่างหลักสูตรสำหรับการฝึกอบรมในอนุสาขาศิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทางราชวิทยาลัยฯ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการฯ ชุดแรกขึ้น โดยมีผู้เป็นประธานคณะกรรมการฯ และได้จัดทำประชาพิจารณ์ร่างหลักสูตรครั้งแรกในการประชุมวิชาการประจำปีของ TSGN เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2554 โดยมี Dr. Yong Lock Ong ตัวแทนจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์ (royal college of psychiatrists) สหราชอาณาจักรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการให้ข้อเสนอแนะร่างหลักสูตรที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้วได้ผ่านมติการรับรองเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการราชวิทยาลัยฯ เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2556 และต่อมาในการประชุมครั้งที่

7/2556 ของราชวิทยาลัยฯ ได้มีมติแต่งตั้งคณะทำงานชุดที่ 2 เพื่อทบทวนร่างหลักสูตรอีกครั้ง โดยมีประกาศราชวิทยาลัยฯ ที่ 4/2556 ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2556 แต่งตั้งคณะทำงานดังกล่าว ดังปรากฏรายชื่อในตารางที่ 2

เมื่อคณะทำงานได้ร่างหลักสูตรเสร็จแล้วจึงได้ส่งให้ราชวิทยาลัยฯ พิจารณาในการประชุมคณะผู้บริหารของราชวิทยาลัยฯ ครั้งที่ 10/2560 เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยที่ประชุมมีมติเห็นชอบทั้งใน concept paper และร่างหลักสูตรฝึกอบรมต่อยอดอนุสาขาศิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับปรุง และได้เสนอให้คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบ (อฟส.) กลางของแพทยสภาเพื่อพิจารณา ซึ่งในการประชุม อฟส. กลางเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เห็นควรให้มีการทำประชาพิจารณ์ร่างหลักสูตรนี้อีกครั้ง จึงได้มีการทำประชาพิจารณ์ในที่ประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยฯ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 จากนั้นราชวิทยาลัยฯ

ตารางที่ 2 คณะทำงานร่างหลักสูตรอนุสาขাজิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุชุดที่ 2 ตามประกาศของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ 4/2556

	ตำแหน่ง
พล.ท.นพ.วีระ เชื้องศิริกุล	ที่ปรึกษา
รศ.พญ.สาวตรี อัมมฉัตรชัย	ที่ปรึกษา
ศ.เกียรติคุณ นพ.จำลอง ดิษยวณิช	ประธาน
ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	รองประธาน
ศ.คลินิก พญ.อรพรรณ ทองแดง	อนุกรรมการ
นพ.ธีระ ถิลาตันทกิจ	อนุกรรมการ
พญ.อัญชลี เตมียะประดิษฐ์	อนุกรรมการ
รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี	อนุกรรมการ
รศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล	อนุกรรมการ
รศ.พญ.ศิริรัตน์ คุปต์วุฒิ	อนุกรรมการ
ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย	อนุกรรมการ
รศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์	อนุกรรมการ
พ.อ.นพ.พงศธร เนตราคม	เลขานุการ
พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์	ผู้ช่วยเลขานุการ

ตารางที่ 3 คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบ (ออฟส.) อนุสาขাজิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุชุดแรก วาระ พ.ศ. 2561 - 2563 ตามประกาศแพทยสภาที่ 36/2561

	ตำแหน่ง
ศ.เกียรติคุณ พญ.อรพรรณ ทองแดง	ที่ปรึกษา
พล.ท.วีระ เชื้องศิริกุล	ที่ปรึกษา
ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	ประธานคณะอนุกรรมการ
ศ.เกียรติคุณ นพ.จำลอง ดิษยวณิช	อนุกรรมการ
รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์	อนุกรรมการ
ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์	อนุกรรมการ
ศ.นพ.สุชาติ พหลภาคย์	อนุกรรมการ
รศ.นพ.จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง	อนุกรรมการ
พ.อ.เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ	อนุกรรมการ
นพ.วีรพล อุนห์ศรี	อนุกรรมการ
รศ.นพ.สุวิทย์ เจริญศักดิ์	อนุกรรมการ
รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร	อนุกรรมการ
พญ.ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์	อนุกรรมการ
รศ.พญ.ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล	อนุกรรมการ
รศ.พญ.สุนทรพร ลิขิตเสถียร	อนุกรรมการ
พญ.จิตติพร ศุภสิทธิ์ธารัง	อนุกรรมการ
รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี	อนุกรรมการและเลขานุการ
รศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ได้ส่งเรื่องกลับไปให้ อฝส. กลางเพื่อเสนอต่อแพทยสภาให้ความเห็นชอบในหลักสูตรอนุสาขাজิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2561 และในการประชุมของแพทยสภาครั้งที่ 5/2561 เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ได้มีประกาศแต่งตั้ง อฝส. อนุสาขাজิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุชุดแรก วาระ พ.ศ. 2561 - 2563 ดังปรากฏรายชื่อในตารางที่ 3

จากนั้นมหาวิทยาลัยฯ ได้จัดให้มีการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติรอบพิเศษในวันที่ 17 - 18 ธันวาคม พ.ศ. 2561 โดยมีผู้สอบผ่านได้รับหนังสืออนุมัติทั้งสิ้น 11 คน ได้แก่ รศ.พญ.สุดสบาย จุลกัทพพะ, รศ.นพ.เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, อ.พญ.กันต์กมล จัยสิน, ศ.นพ.ทินกร วงศ์ปการันย์, อ.นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล, รศ.นพ.พงศธร พหลภาคย์, อ.พญ.ภัทรี พหลภาคย์, ผศ.นพ.สัญชัย กุลลาคี, อ.พญ.พิชญวดี จิตตโรภาส, ผศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ และ อ.พญ.มุกิตา พนาสถิตย์

หลังจากผู้นิพนธ์ได้เป็นประธาน อฝส. จนครบ 2 วาระแล้ว ทางมหาวิทยาลัยฯ ได้เสนอให้แพทยสภาแต่งตั้ง อฝส.ชุดใหม่ วาระ พ.ศ. 2565 - 2566 ซึ่งตามมติของ

การประชุมแพทยสภาครั้งที่ 6/2565 ลงวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ได้แต่งตั้งผู้มีรายนาม ดังปรากฏในตารางที่ 4 เป็น อฝส. ชุดใหม่

แต่เดิมหลักสูตรฝึกอบรมสาขาหลัก คือ สาขา จิตเวชศาสตร์ (ซึ่งหมายถึงจิตเวชศาสตร์ทั่วไปหรือจิตเวชศาสตร์ผู้ใหญ่) ไม่ได้กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านต้องผ่านการฝึกอบรมด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแต่อย่างใด จนในปี พ.ศ. 2561 ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และ อฝส. สาขาจิตเวชศาสตร์เห็นชอบให้แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ต้องผ่านการฝึกอบรมด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในสถาบันที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภาแล้วว่าให้เปิดฝึกอบรมด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ และต่อมาได้กำหนดให้บังคับผ่านเพิ่มเป็น 4 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ปีการฝึกอบรม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา

สำหรับการรับรองสถาบันฝึกอบรม ราชวิทยาลัยฯ ได้มีจดหมายแจ้งไปยังสถาบันฝึกอบรมทั่วประเทศที่พร้อมเปิดการฝึกอบรมในอนุสาขাজิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้ยื่นเอกสารเพื่อขอรับการตรวจประเมิน โดยมีสถาบันฝึกอบรม 4 แห่ง

ตารางที่ 4 คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบ (อฝส.) อนุสาขাজิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุชุดปัจจุบัน วาระ พ.ศ. 2565 - 2566 ตามประกาศแพทยสภาที่ 45/2565

ตำแหน่ง	
พล.ท.วีระ เชื้อศิริกุล	ที่ปรึกษา
ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อดมรัตน์	ที่ปรึกษา
ศ.เกียรติคุณ นพ.จำลอง ดิษยวณิช	ประธานคณะอนุกรรมการ
ศ.เกียรติคุณ นพ.สุชาติ พหลภาคย์	อนุกรรมการ
ศ.พญ.ณทัย วงศ์ปการันย์	อนุกรรมการ
รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร	อนุกรรมการ
รศ.พญ.ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล	อนุกรรมการ
รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์	อนุกรรมการ
รศ.พญ.กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์	อนุกรรมการ
รศ.พญ.ภัทรี พหลภาคย์	อนุกรรมการ
พ.อ.เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ	อนุกรรมการ
พญ.ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์	อนุกรรมการ
พญ.จิตติพร ศุภสิทธิ์อารัง	อนุกรรมการ
รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี	อนุกรรมการและเลขานุการ
รศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงศ์ไชย	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ที่ได้ยื่นขอและผ่านการตรวจประเมินในปี พ.ศ. 2562 ส่วนอีก 1 แห่งยื่นขอและผ่านการตรวจประเมินในปี พ.ศ. 2563 ปัจจุบันสถาบันที่ผ่านการตรวจประเมินทั้ง 5 สถาบันมีศักยภาพในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดรวมทั้งหมด 11 คนต่อชั้นปี (ตารางที่ 5) โดยในการเปิดฝึกอบรมครั้งแรกในปี พ.ศ. 2562 มีสถาบันเพียง 2 แห่งที่มีจิตแพทย์สมัครเข้ารับการฝึกอบรม ได้แก่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และในปีต่อ ๆ มาได้มีจิตแพทย์เข้าสมัครรับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอดในอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ (รอบปกติ) หรือ วุฒิบัตรเป็นครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ปัจจุบันปี พ.ศ. 2566 มีผู้สอบผ่านทั้งสิ้น 7 คน เป็นผู้ได้รับหนังสืออนุมัติวุฒิบัตร (อว.) 2 คนและเป็นผู้ได้รับวุฒิบัตร (วว.) 5 คน และมีแพทย์ประจำบ้านที่กำลังต่อยอดในอนุสาขานี้ในชั้นปีที่ 1 และปีที่ 2 ปีละ 3 คนซึ่งจะเข้ารับการสอบในปี พ.ศ. 2567 และ 2568 ต่อไปตามลำดับ

วิจารณ์

จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทยได้มีพัฒนาการมาโดยตลอด จากการรวมตัวของกลุ่มจิตแพทย์ผู้สนใจ มาเป็นชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย (TSGN) ซึ่งคล้ายคลึงกับในสหรัฐอเมริกาที่เริ่มจากมีสมาคมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งอเมริกาเกิดขึ้นก่อน¹ TSGN ได้

ผลักดันให้มีการฝึกอบรมในอนุสาขาดังกล่าวโดยได้รับความสนับสนุนจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้จิตแพทย์ไทยที่สนใจฝึกอบรมในด้านนี้ไม่จำเป็นต้องเดินทางไปฝึกอบรมในต่างประเทศ ไม่ต้องปรับตัวในการทำงานในต่างประเทศซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากการฝึกอบรมในประเทศ รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการไปฝึกอบรมในต่างประเทศ

หลักสูตรอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของไทยนี้ใช้เวลาในการฝึกอบรม 2 ปีตามเกณฑ์ของแพทยสภา ซึ่งแตกต่างจากหลักสูตรในประเทศสหรัฐอเมริกาที่เริ่มต้นจากการฝึกอบรมจิตเวชศาสตร์และประสาทวิทยาเป็นเวลา 4 ปี แล้วจึงต่อ subboard จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพียงแค่ 1 ปี¹ หลักสูตรฯ ของประเทศไทยมีจุดเด่นหลายประการ โดยแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุต้องผ่านการฝึกอบรมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 8 สัปดาห์ ผ่านการฝึกอบรมประสาทวิทยาในผู้สูงอายุ 8 สัปดาห์ รวมทั้งต้องทำงานวิจัยและต้องเสนอผลงานวิจัยดังกล่าวก่อนจบการฝึกอบรม หลักสูตรนี้ผ่านการร่างหลายครั้งและมีการแปลฉบับร่างเป็นภาษาอังกฤษเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นตัวแทนของราชวิทยาลัยจิตแพทย์สหราชอาณาจักรวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตร

อย่างไรก็ตาม แม้สถาบันฝึกอบรมมีศักยภาพโดยรวมในการรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดได้ถึง 11 คนต่อปี แต่ปัจจุบันมีจิตแพทย์มาสมัครไม่เกิน 3 คนต่อปี และมี

ตารางที่ 5 รายชื่อสถาบันที่ผ่านการรับรองให้เป็นสถาบันฝึกอบรมในอนุสาขจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

สถาบัน	วันที่ตรวจประเมิน	ปีที่เริ่มเปิดสถาบันฝึกอบรม	ศักยภาพ (ต่อชั้นปี)
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	20 มีนาคม 2562	ปี 2562	2
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	25 มีนาคม 2562	ปี 2562	2
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	26 มีนาคม 2562	ปี 2562	2
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น	27 มีนาคม 2562	ปี 2562	2
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	5 กุมภาพันธ์ 2563	ปี 2563	3

บางสถาบันที่ยังไม่เคยมีแพทย์ประจำบ้านต่อยอดไปสมัครรับการฝึกอบรมเลย และแม้ในระยะเวลาหลังจะพบว่าเริ่มมีจิตแพทย์จากโรงพยาบาลจังหวัดในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาสมัครเรียนเกือบทุกปี แต่ยังไม่พบจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตมาสมัครฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด จึงเห็นได้ว่าจำนวนจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุในฝ่ายผู้ผลิต (supply side) และฝ่ายผู้ให้บริการ (demand side) ยังไม่สอดคล้องกัน แม้ปัจจุบันในประเทศไทยมีความตระหนักถึงความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุจนมีการสร้างสถานพยาบาลที่เน้นให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะหลายแห่งก็ตาม

จากข้อมูลของแพทยสภา ณ วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2565 พบว่า มีจิตแพทย์ที่ได้ อว. และ วว. อนุสาขาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 38 คนและ 4 คนตามลำดับ รวม 42 คน¹³ และยังมีผู้ใดเสียชีวิต ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้อว. และ วว. สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นที่มี 57 คนและ 241 คนตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 298 คน แต่เสียชีวิตแล้ว 13 คน คงเหลือ 285 คน¹³ เมื่อคำนวณอัตราส่วนของจิตแพทย์หนึ่งคนต่อประชากรที่รับผิดชอบในแต่ละวัยโดยอาศัยข้อมูลประชากรจากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (board of investment of Thailand: BOI) ในปี พ.ศ. 2565¹⁴ พบว่า จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นหนึ่งคนรับผิดชอบประชากรในวัย 0 - 14 ปี เป็นจำนวน 37,215 คน ขณะที่จิตแพทย์ด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหนึ่งคนต้องรับผิดชอบประชากรในวัย 65 ปีขึ้นไปถึง 205,615 คน อาจเป็นไปได้ว่าจิตแพทย์ทั่วไปที่หลักสูตรมีการบังคับผ่านการฝึกอบรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแล้วได้ให้บริการผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคทางจิตเวชบางส่วน เช่นเดียวกับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่จิตแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ดูแลในช่วงแรกที่ยังขาดแคลนจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ผู้นิพนธ์จึงเห็นว่าอนาคตของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุก็อาจพัฒนาไปในทิศทางเดียวกับจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น และขอเสนอว่าหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุควรวางแผนร่วมกันในการกำหนดจำนวนจิตแพทย์ด้านจิตเวชศาสตร์

ผู้สูงอายุและสัดส่วนที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่เคยกำหนดไว้ว่าควรมีจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 5 คนในการดูแลประชากรที่อายุมากกว่า 75 ปีจำนวน 10,000 คน¹ นอกจากนี้ควรสร้างแรงจูงใจให้กับจิตแพทย์ที่มาฝึกอบรมต่อยอดในด้านนี้ด้วย

ในด้านการเปิดหลักสูตรใหม่นี้ จะเห็นว่าหลักสูตรจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของไทยนั้น คณะทำงานร่างหลักสูตรได้เลือกเปิดเป็นหลักสูตรอนุสาขาท่อยอด 2 ปี โดยผู้สมัครต้องได้ อว. หรือ วว. จิตเวชศาสตร์มาก่อน ซึ่งเป็นรูปแบบที่คล้ายคลึงกับของสหรัฐอเมริกา¹ เพียงแต่ของประเทศไทยใช้เวลาเรียนนานกว่า อย่างไรก็ตามการเลือกที่จะเปิดเป็นแบบสาขาหลักหรือเป็นอนุสาขาต่างก็มีข้อดีและข้อจำกัด ดังนั้นผู้นิพนธ์จึงเสนอว่าในอนาคตหากจะมีการเปิดหลักสูตรจิตเวชศาสตร์สาขาใหม่ ควรพิจารณาถึงข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละแบบอย่างรอบด้าน รวมทั้งพิจารณาถึงบริบทของการให้บริการในขณะนั้น ๆ ด้วย

สำหรับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในรูปแบบที่เริ่มจากการรวมตัวกันของกลุ่มจิตแพทย์ผู้สนใจในเรื่องนี้และการจัดกิจกรรมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างสม่ำเสมอจนพัฒนาขึ้นมาเป็นชมรมในที่สุด¹⁵ ผู้นิพนธ์เห็นว่ารูปแบบ (model) ดังกล่าวนี้อาจนำไปปรับใช้กับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์อนุสาขาอื่น ๆ ได้ เช่น นิติจิตเวชศาสตร์ (forensic psychiatry) หรือแม้กระทั่งองค์ความรู้ใหม่ ๆ ทางด้านจิตเวชศาสตร์ที่ปัจจุบันได้มีเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ จิตเวชศาสตร์ภัยพิบัติ (disaster psychiatry)¹⁶, จิตเวชศาสตร์แนวนบวก (positive psychiatry)^{17,18}, จิตเวชศาสตร์ดิจิทัล (digital psychiatry)¹⁹ และภูมิจิตเวชศาสตร์ (geopsychiatry)¹⁵

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.พญ.พูนศรี รังษิณี และ รศ.นพ.สุเชริญ ตั้งวงษ์ไชย ที่ได้ให้ข้อมูลประกอบการเขียนบทความพิเศษนี้

เอกสารอ้างอิง

- Grossberg GT. Geriatric psychiatry-an emerging specialty. *Mo Med*. 2010;107(6):401-5.
- Hilton C, Arie T. The Development of Old Age Psychiatry in the UK. In: Abou-Saleh MT, Katona C, Kumar A, editor. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, 3rd ed [Internet]. London: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2023 Aug 7]. Available from: <https://doi.org/10.1002/9780470669600.ch2>
- Wongpakaran N. Geriatric psychiatry in Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2008;53(suppl 1):395-405.
- Wongpakaran N, Wongpakaran T, Supasitthumrong T. Geriatric psychiatry fellowship program: lesson learned from Thailand. *IPA Bulletin*. 2022;39(4):22-4.
- Arie T. Health care of the elderly: the Nottingham model. In: Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG, editors. *Principles and practice of geriatric psychiatry*, 2nd ed [Internet]. London: John Wiley & Sons, Ltd; 2002 [cited 2023 Aug 7]. Available from: [https://doi.org/10.1002/0470846410.ch123\(ii\)](https://doi.org/10.1002/0470846410.ch123(ii))
- พิเชฐ อุดมรัตน์. การฝึกอบรมหลักสูตรจิตเวชผู้สูงอายุที่นอตติงแฮม [Psychogeriatrics course at Nottingham University]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2532;34(1):67-74.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. การรักษาผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับ. ใน: สุทธิพันธ์ จิตตะนุกูล, บรรณาธิการ. *มุ่งสู่การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ* [Treatment for older persons with Insomnia. In: Aiming for quality care for the elderly]. กรุงเทพฯ: ปีบี พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2543. น. 146-54.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, จารุรินทร์ ปิตานพพงศ์. การรักษาผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า [Treatment for older persons with depression]. *วารสารพญาวทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย*. 2545;3(2):64-73.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, ณหทัย วงศ์ปการันย์, บรรณาธิการ. การใช้ยาทางจิตเวชในผู้สูงอายุ [Psychotropic drug use in elderly patients]. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2555.
- สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล, พิเชฐ อุดมรัตน์, บรรณาธิการ. คำแนะนำการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [Treatment recommendation for major depressive disorder in older persons]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
- ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย. ประวัติของชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย [History of the Thai Society for Geriatric psychiatry and Neuropsychiatry] [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: ชมรม; [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิ.ย. 2566]. จาก: <https://www.tsgn.in.th/v1/index.php/history-th>
- Thai Society for Geriatric psychiatry and Neuropsychiatry. History of Thai Society for Geriatric psychiatry and Neuropsychiatry (TSGN) [Internet]. Pathum Thani: TSGN; [cited 2023 Aug 7]. Available form: <https://www.tsgn.in.th/v1/index.php/en/historyen>
- แพทยสภา. ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2564 [Data of doctor who received diploma Thai Board from Thai Medical Council 1964-2021] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: แพทยสภา; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ส.ค. 2566]. จาก: <https://www.tmc.or.th/pdf/tmc-stat-29-12-22-04pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ). ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร ปี 2565 [Demographic of population statistics in Thailand 2022] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2566 [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ส.ค. 2566]. จาก: <https://www.boigo.th>
- สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. ศาสตราจารย์นายแพทย์พิเชฐ อุดมรัตน์: ผู้ก่อตั้งจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. ใน: ดำรงค์ แวอาลี, ภัทรพร ช่างสาน, ชนกานต์ ชัชวาลา, บรรณาธิการ. 60 ปี ชีวิตและงานของอาจารย์พิเชฐ อุดมรัตน์ [Prof.Pichet Udomratn: the founder of geriatric psychiatry in Thailand]. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์, 2560. น. 120-1.
- Stoddard FJ, Pandya A, Katz CL. Disaster psychiatry: readiness, evaluation and treatment. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2011.

17. Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, Boardman S. Positive psychiatry: its time has come. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(6):675-83. doi:10.4088/JCP.14nr09599.
18. Udomratn P, Nakawiro D. Positive psychiatry and cognitive interventions for the elderly. *Taiwanese J Psychiatry*. 2016;30(1):23-34.
19. Torous J, Bucci S, Bell IH, Kessing LV, Faurholt-Jepsen M, Whelan P, et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry*. 2021;20(3):318-35. doi:10.1002/wps.20883.
20. Castaldelli-Maia JM, Bhugra D. What is geopsychiatry? *Int Rev Psychiatry*. 2022;34(1):1-2. doi:10.1080/09540261.2022.2031915.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญา ในรูปแบบออนไลน์ต่อการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19

วันรับ : 26 กรกฎาคม 2566

วันแก้ไข : 7 พฤศจิกายน 2566

วันตอบรับ : 9 พฤศจิกายน 2566

กัลญูณ คุชวัต, วท.ม., ธีรพรรณ ธีระพงษ์, ศศ.ด.

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มออนไลน์ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญา (acceptance and commitment therapy: ACT) ต่อการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19 และศึกษามุมมองและการใช้ชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการ : การศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษากลุ่มออนไลน์ตามแนวคิด ACT กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนรู้แนวคิด ACT โดยไม่มีกิจกรรมกลุ่ม วัดการฟื้นฟูพลังใจก่อนและหลังทดลองด้วยแบบประเมิน Connor-Davidson resilience scale สำนวณมุมมองและการใช้ชีวิตของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, independent t-test, dependent t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผล : ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการฟื้นฟูพลังใจไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูพลังใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 3.90, $p = .024$) มีค่าขนาดอิทธิพลระดับมาก (Cohen's $d = 1.10$) กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูพลังใจหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ (mean difference = 1.20, $p = .005$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (mean difference = 3.50, $p = .035$) การจัดการอารมณ์ (mean difference = 1.20, $p < .001$) การมองโลกในแง่ดี (mean difference = 2.67, $p = .015$) และความสนใจภายใต้ความเครียด (mean difference = 0.60, $p = .005$) โดยกลุ่มทดลองเกิดมุมมองและการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องตามองค์ประกอบการฟื้นฟูพลังใจและแนวคิด ACT

สรุป : การปรึกษากลุ่มตามแนวคิด ACT ในรูปแบบออนไลน์สามารถเพิ่มการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19 ได้

คำสำคัญ : การบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญา, การปรึกษา, การฟื้นฟูพลังใจ, ภาวะระยะยาวของโควิด 19

ติดต่อผู้นิพนธ์ : กัลญูณ คุชวัต; e-mail: kalunyu.kotc@gmail.com

Original Article

Effects of online group counseling based on acceptance and commitment therapy on resilience quotient among people with long COVID-19

Received : 26 July 2023

Revised : 7 November 2023

Accepted : 9 November 2023

Kalunyu Kotchawat, M.S., Teerawan Teerapong, Ph.D.

Psychology Department, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To study the effects of online group counseling based on acceptance and commitment therapy (ACT) on the resilience among people with long COVID-19 and their perspectives on life and resilience after participating in the program.

Methods: A quasi-experimental research was conducted among 20 participants with long COVID-19. The experimental group ($n = 10$) received eight sessions of online group counseling based on ACT. The control group received an online course on the concept of ACT without group sessions. Resilience before and after the program in both groups was evaluated using the Connor-Davidson Resilience Scale 10. The experimental group was interviewed on their perspectives and changes after participating in the program. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, dependent t-test, and content analysis.

Results: Before the experiment, the resilience scores between groups were not different. After the experiment, the resilience score of the experimental group was significantly higher than that of the control group (mean difference = 3.90, $p = .024$), with a large effect size (Cohen's $d = 1.10$). In the experimental group, all domains of resilience score after the experiment were significantly higher than before the experiment; flexibility (mean difference = 1.20, $p = .005$), self-efficacy (mean difference = 3.50, $p = .035$), emotional regulation (mean difference = 1.20, $p < .001$), optimism (mean difference = 2.67, $p = .015$), and cognitive focus (mean difference = 0.60, $p = .005$). The experimental group reported that they developed perspectives and changes consistent with the concept of resilience and ACT.

Conclusion: Online group counseling based on ACT can improve the resilience among those who have experienced long COVID-19 symptoms.

Keywords: acceptance and commitment therapy, counseling, Long COVID, resilience

Corresponding author: Kalunyu Kotchawat; e-mail: kalunyu.kotc@gmail.com

ความรู้เดิม : ทรัพยากรทางจิตวิทยา เช่น การฟื้นฟูพลังใจ ช่วยลดผลกระทบต่องานจิตใจของผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19 (long COVID-19)

ความรู้ใหม่ : การปรึกษากลุ่มรูปแบบออนไลน์ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญา (acceptance and commitment therapy: ACT) สามารถเพิ่มการฟื้นฟูพลังใจของผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19 เมื่อเปรียบเทียบกับการเรียนรู้แนวคิด ACT โดยปราศจากกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับมาก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการบริการด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมระหว่างการระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19 หรือสถานการณ์ใกล้เคียง

บทนำ

การระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19 เป็นวิกฤตการณ์ครั้งใหญ่ของโลก มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า 771 ล้านคน และเสียชีวิตรวมกว่า 7 ล้านคน¹ ในขณะเดียวกันเชื้อไวรัสยังคงพัฒนาสายพันธุ์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัวกับการใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการศึกษาและการทำงานเป็นรูปแบบออนไลน์เพื่อเป็นการป้องกันและลดการติดต่อทางสังคม นอกจากนี้หลังจากได้รับการรักษาแล้วยังสามารถพบภาวะระยะยาวของโควิด 19 (long COVID-19) ตามมา โดยมักแสดงออกเป็นอาการทางร่างกาย เช่น ไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ และประจำเดือนมาไม่ปกติ ซึ่งสามารถพบอาการหลังติดเชื้อ 12 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น² นอกจากนี้ยังพบอาการด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว^{3,4}

การฟื้นฟูพลังใจ (resilience) เป็นทรัพยากรทางจิตวิทยาที่ช่วยในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ที่เลวร้ายและยากลำบากจนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข⁵⁻⁷ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ (flexibility) การรับรู้

ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) การจัดการอารมณ์ (regulate emotion) การมองโลกในแง่ดี (optimism) และความสนใจภายใต้ความเครียด (cognitive focus)⁸ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้ระดับเครียดเพิ่มสูงขึ้นซึ่งส่งผลให้ระดับการฟื้นฟูพลังใจลดลง⁹ การบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญา (acceptance and commitment therapy: ACT) เป็นหนึ่งในแนวทางที่สามารถลดความเครียดและวิตกกังวลในช่วงสถานการณ์โควิด 19¹⁰ โดยใช้วิธีการยอมรับสถานการณ์ปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมได้ผ่านการมีสติ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีชีวิตที่มั่นคงและมีความหมายผ่านการให้คำมั่นสัญญา¹¹ โดยในกลุ่มผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19 นั้นยังคงมีอาการต่าง ๆ ที่ไม่พึงประสงค์และไม่สามารถควบคุมได้ ACT จึงเป็นหนึ่งในแนวทางที่จะช่วยให้บุคคลนั้นจัดการตนเองในสถานการณ์เหล่านี้¹²

การศึกษาลักษณะทางจิตวิทยาในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นั้นได้มีการเสนอให้มีการปรับปรุงการบำบัดทางจิตให้มีในรูปแบบออนไลน์¹³ และยังพบว่าการค้นหาคำว่า “การปรึกษาออนไลน์” เพิ่มขึ้นมากกว่าช่วงก่อนการระบาดใหญ่ถึงร้อยละ 124¹⁴ สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาช่องทางบริการสุขภาพจิตในรูปแบบออนไลน์ตามยุคสมัยที่เทคโนโลยีมีการพัฒนามากขึ้น โดยช่วงโควิด 19 มีการให้ความสำคัญด้านสุขภาพน้อยมากขึ้นหนึ่งในมาตรการที่สำคัญคือการเว้นระยะห่างทางสังคม ส่งผลทำให้การปรึกษากลุ่มในรูปแบบเผชิญหน้าเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก การปรึกษาในรูปแบบออนไลน์ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าร่วมในสถานที่ของตนเอง ในขณะที่ยังสามารถบรรลุเป้าหมายการปรึกษา อย่างไรก็ตามในการบำบัดรูปแบบออนไลน์นั้นผู้บำบัดจะไม่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้รับการบำบัดแต่ผ่านสื่อกลาง เช่น แอปพลิเคชัน ซึ่งอาจทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างสองฝ่ายลดลง จึงต้องมีการศึกษาถึงรูปแบบวิธีการรักษาสัมพันธ์ภาพที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกปลอดภัยรวมถึงการศึกษาลักษณะการปรับวิธีการดำเนินกิจกรรมให้เป็นรูปแบบออนไลน์เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับการบำบัดในรูปแบบเดิม นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุน

ทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการฟื้นฟูพลังใจในช่วงสถานการณ์โควิด 19¹⁵ การปรึกษากลุ่มรูปแบบออนไลน์จึงน่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถให้บริการแก่ผู้ที่อยู่ในสถานที่ห่างไกลและลดเวลาเดินทาง¹⁶ และยังช่วยให้ผู้รับบริการเกิดสัมพันธภาพ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น รวมทั้งเข้าใจปัญหาและเห็นวิธีการแก้ปัญหาจากหลากหลายมุมมอง¹⁷

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของการปรึกษาตามแนวคิดการบำบัดแบบ ACT ในรูปแบบกลุ่มออนไลน์ต่อการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19 เพื่อเป็นแนวทางใหม่ในการให้บริการทางสุขภาพจิตและช่วยให้ผู้ที่มีภาวะระยะยาวโควิด 19 ได้เรียนรู้และพัฒนาการฟื้นฟูพลังใจซึ่งเป็นทรัพยากรทางจิตวิทยาที่สำคัญในการจัดการตนเองในช่วงสถานการณ์เช่นนี้ได้

วิธีการ

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ชนิดสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) และการสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมในคนมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 หนังสือรับรองเลขที่ COA 090/65

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจงจากการเชิญชวนทั่วประเทศผ่านสื่อออนไลน์ตามคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด 19 ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อนการทดลอง โดยนับตั้งแต่มีนาคม พ.ศ. 2565 เนื่องจากเป็นช่วงที่สามารถพบภาวะระยะยาวของโควิด 19¹⁸ อายุ 20 - 39 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีการติดเชื้อมากที่สุด¹⁹ เข้าใจ และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย มีอุปกรณ์สื่อสารทางอินเทอร์เน็ต ไม่เคยได้รับวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และยังคงมีอาการทางกายของภาวะระยะยาวของโควิด 19 ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง เช่น การหายใจที่ลำบากและถี่ขึ้น อาการภาวะสมองล้า ประจำเดือนมาไม่ปกติ และอื่น ๆ อีก

17 อาการ² โดยประเมินอาการทางกายของผู้เข้าร่วมวิจัยผ่านแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนการศึกษาผลการบำบัด ACT รูปแบบกลุ่มออนไลน์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยของจำนวนสมาชิกกลุ่ม 7 คน²⁰ รวมถึงมีการแนะนำให้มีสมาชิกกลุ่ม 8 - 12 คนเพื่อให้มีการใส่ใจสมาชิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยจัดกลุ่มตามเพศเพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันน้อยที่สุด เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมได้มากกว่า 2 ครั้ง หรือต้องการยุติบทบาทในการวิจัย โดยไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ศึกษาเอกสารชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยฉบับออนไลน์ก่อนการสมัครเข้าร่วมวิจัย และเมื่อผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้รับเอกสารชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย หนังสือแสดงความสมัครใจ เครื่องมือวัดผล และเอกสารประกอบกิจกรรมที่ถูกจัดส่งผ่านทางไปรษณีย์ จากนั้นมีการนัดหมายออนไลน์แบบตัวต่อตัวเพื่ออธิบายรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย การบันทึกเสียงและวิดีโอ และมาตรการในการรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย และเมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงเซ็นเอกสารแสดงความสมัครใจและส่งสำเนาอิเล็กทรอนิกส์มายังผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญาในรูปแบบออนไลน์ ได้รับการออกแบบและพัฒนาโดยผู้วิจัย โดยอิงกิจกรรมจากทฤษฎีของ Harris¹¹ และ Hayes²² ซึ่งยึดหลักของ ACT 6 ประการ ได้แก่ การอยู่กับปัจจุบัน การไม่หลอมรวมความคิด การยอมรับความคิด การรับรู้ตัวตนเป็นบริบท การมีค่านิยม และการปฏิบัติตามความมุ่งมั่น โดยปรับปรุงกิจกรรมให้เข้ากับวัฒนธรรมไทย เช่น กิจกรรมอิทธิพลของภาษาที่กล่าวถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเห็นภาพไอศกรีมปรับปรุงเป็นภาพอาหารไทยครบรส รวมถึงการได้รับการปรับปรุงให้เป็นรูปแบบกลุ่มออนไลน์ผ่านการแบ่งปันประสบการณ์จากการทำกิจกรรมโดยใช้บรรยากาศของกลุ่มเป็นตัวช่วยให้ผู้เข้าร่วมได้เห็นมุมมองที่หลากหลายจากสมาชิกคนอื่น ๆ

กิจกรรมแบ่งเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ดำเนินผ่านโปรแกรม Zoom มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ รวมถึงอิทธิพลของภาษาที่ทำให้เกิดความรู้สึก ครั้งที่ 2 - 3 เรียนรู้เกี่ยวกับการพยายามควบคุมความคิด ความรู้สึก และการหลีกเลี่ยงจากประสบการณ์ที่ไม่ต้องการ รวมถึงการยอมรับอย่างไม่ตัดสิน ครั้งที่ 4 การแยกความคิดที่เกิดขึ้นให้เห็นถึงการหลอมรวมความคิดกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 5 - 6 การรับรู้ถึงตนเป็นเจ้าของความคิด เกิดขึ้นจากตัวเราเอง มีสติ และอยู่กับปัจจุบัน ครั้งที่ 7 - 8 การตั้งค่านิยมและเป้าหมาย เพื่อสร้างชีวิตที่มีคุณค่า และวิธีรับมือกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ โปรแกรมได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ การปรึกษากลุ่มรูปแบบ ACT จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการสถาบันวันทีฉันทน์ นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการโรงพยาบาล ธารณราษฎร์เชียงใหม่ และนักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าโปรแกรมมีค่าความเที่ยงตรง 0.67 - 1.0 โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบกิจกรรมให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น เปลี่ยนการเขียนชื่ออารมณ์เป็นมาตราส่วนแสดงระดับอารมณ์ การเพิ่มเติมกิจกรรมวาดรูป การทดสอบเบื้องต้นกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างด้านช่วงอายุและประสบการณ์ การติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 18 คน พบว่า โปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้เข้าร่วมบรรลุวัตถุประสงค์ตามแนวคิดได้ โดยสามารถศึกษารายละเอียดโปรแกรมได้ ดังภาคผนวก

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มจำแนกกลุ่ม (random assignment) ผ่านวิธีการสุ่มเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยสุ่มจัดเรียงเลขลำดับและเพศก่อนแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญา รูปแบบออนไลน์ ในช่วงวันเสาร์และอาทิตย์ จำนวน 8 ครั้ง โดยผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มคือผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมการบำบัด ACT complete life coaching certificate advance to expert และได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2565 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนรู้เชิงจิตวิทยาผ่านแนวคิด ACT

ประกอบด้วยประวัติความเป็นมา หลักสำคัญ 6 ประการ องค์ประกอบ แนวคิด และประโยชน์ เพื่อนำหลักทฤษฎีไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน โดยปราศจากกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 30 นาที ผ่านการนำเสนอรูปแบบออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล

1) แบบประเมิน Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC 10) ฉบับภาษาไทย²³ ใช้วัดระดับการฟื้นฟูพลังใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ (flexibility) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) การจัดการอารมณ์ (regulate emotion) การมองโลกในแง่ดี (optimism) และความสนใจภายใต้ความเครียด (cognitive focus under stress) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่จริงทั้งหมด, 1 ไม่จริงอย่างมาก, 2 ไม่จริงบางครั้ง, 3 จริงบ่อยครั้ง และ 4 จริงเกือบตลอดเวลา การวิเคราะห์โครงสร้างเชิงสำรวจสองช่วงเวลาได้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.50 - 0.74 การวิเคราะห์โครงสร้างเชิงยืนยันพบว่าแต่ละองค์ประกอบทั้งสองช่วงเวลามีความสอดคล้องกัน โดยมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งสองช่วงเวลาเท่ากับ .86²³ การแปลผล คะแนนต่ำ หมายถึง การฟื้นฟูพลังใจอยู่ในระดับต่ำและมีแนวโน้มรับมือกับปัญหาไม่ได้ แบ่งระดับการฟื้นฟูพลังใจจากการแจกแจงคะแนนตามควอร์ไทล์ ได้แก่ 0 - 29 คะแนน, 30 - 32 คะแนน, 33 - 36 คะแนน และ 37 - 40 คะแนน โดยมาตราส่วนนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยทางคลินิกแต่ใช้เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงระหว่างการทำบำบัด²⁴ การประเมินทำโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีในกลุ่มทดลองและหลังการเรียนรู้ในกลุ่มควบคุม

2) แนวข้อคำถามสำหรับสัมภาษณ์รายบุคคล จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดสำหรับสัมภาษณ์กลุ่มทดลอง หลังจากที่ได้รับการปรึกษากลุ่ม เพื่อสำรวจผลของการฟื้นฟูพลังใจและการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ข้อคำถามประกอบด้วย “ท่านเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างไรบ้าง

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม” “ท่านจัดการตนเองอย่างไร ในช่วงที่ท่านเกิดความคิดที่ส่งผลต่อชีวิตของตัวเองหรือในช่วง ที่ไม่สามารถหาทางออกของปัญหานั้นได้ วิธีการนั้นได้ผลหรือไม่” “เป้าหมายของท่านมีความชัดเจนขึ้นหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร” “ท่านยังคง ดำเนินการตามเป้าหมายอยู่หรือไม่ อย่างไร” “ท่านคิดว่า ต้องการปรับปรุงตัวกิจกรรมตรงไหนบ้าง” และ “หลังจากที่ เข้าร่วมท่านคิดว่าสามารถนำไปประยุกต์กับชีวิตตนเองอย่างไร ต่อไปได้บ้าง และท่านจะแนะนำวิธีการต่อไปหรือไม่ อย่างไร” สัมภาษณ์โดยนักศึกษาบัณฑิตศึกษาซึ่งมีใช้ตัวผู้วิจัย ที่ได้ผ่านการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและมีประสบการณ์ ปฏิบัติงานเก็บข้อมูลเชิงลึกผ่านงานวิจัยของคณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1 คน เพื่อป้องกันผลที่อาจทำให้เกิดความเกรงใจต่อตัวผู้วิจัยและ อาจส่งผลต่อผลการศึกษา โดยหลังจากสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัย ได้นัดหมายช่วงเวลาในกลุ่มทดลองสะดวกเพื่อสัมภาษณ์ แบบตัวต่อตัวในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom ใช้ ระยะเวลาเฉลี่ยคนละ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2) เปรียบเทียบ ความแตกต่างคะแนนการฟื้นฟูพลังใจของกลุ่มทดลองและ ควบคุมก่อนและหลังทดลองด้วย independent t-test และ 3) การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นฟูพลังใจ ของกลุ่มทดลองในช่วงก่อนและหลังได้รับการทดลองด้วย dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยตรวจสอบการแจกแจงปกติของคะแนนก่อนและหลัง การทดลองของทั้งสองกลุ่มด้วย Shapiro-Wilk test และ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อศึกษามุมมองการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ตามองค์ประกอบของการฟื้นฟูพลังใจ

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน (ชาย 3 คน หญิง 7 คน) และกลุ่มควบคุม 10 คน

(ชาย 3 คน หญิง 7 คน) กลุ่มทดลองมีอายุ 20 - 29 ปีร้อยละ 60 สถานภาพโสดร้อยละ 80 เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 70 มีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา-รับราชการ-พนักงานบริษัท-ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 20 มีรายได้ ต่อเดือน 15,001 - 25,000 บาทและ 35,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 30 มีอาการภาวะระยะยาวของโควิด 19 เหนื่อยล้า อ่อนเพลียร้อยละ 63.6 กลุ่มควบคุมมีอายุ 20 - 29 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพโสดร้อยละ 90 เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 90 มีอาชีพเป็นนักเรียน/ นักศึกษาร้อยละ 40 มีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 60 และมีอาการภาวะระยะยาวโควิด 19 หายใจ ลำบาก/ถี่มากขึ้นร้อยละ 66.7

การตรวจสอบด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า คะแนน การฟื้นฟูพลังใจก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม มีค่า p-value มากกว่า .05 (กลุ่มทดลองก่อนทดลอง = .45 หลังทดลอง = .56 และกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง = .82 หลังทดลอง = .09) แสดงให้เห็นถึงข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ การเปรียบเทียบการฟื้นฟูพลังใจก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = -3.40, $p = .167$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในควอร์ไทล์ต่ำสุด การเปรียบเทียบหลัง การทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูพลังใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 3.90, $p = .024$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมา อยู่ในควอร์ไทล์ที่ 2 ดังตารางที่ 1 การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ในช่วงหลังการทดลองพบว่า โปรแกรม สามารถส่งเสริมการฟื้นฟูพลังใจในกลุ่มทดลองได้โดยมีขนาด อิทธิพลระดับมาก (Cohen's $d = 1.10$)

การเปรียบเทียบการฟื้นฟูพลังใจตามองค์ประกอบ ระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า การฟื้นฟู พลังใจทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ (mean difference = 1.20, $p = .005$) การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง (mean difference = 3.50, $p = .035$) การจัดการ อารมณ์ (mean difference = 1.20, $p < .001$) การมองโลก ในแง่ดี (mean difference = 2.67, $p = .015$) และ

ความสนใจภายใต้ความเครียด (mean difference = 0.60, $p = .005$) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

หลังสิ้นสุดโปรแกรมมีกลุ่มทดลองที่ยินยอมเข้าร่วมการสัมภาษณ์ 8 คน พบข้อสรุปตามประเด็นสัมภาษณ์ ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองเข้าใจและรู้เท่าทันอารมณ์และความคิดที่เกิดขึ้น มองเห็นความสุขจากสิ่งรอบตัว สามารถมองเห็นปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และมีการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและยาวตามกิจกรรมที่ได้เข้าร่วม โดยมีสมาชิก 1 คนได้เล่าเกี่ยวกับชีวิตที่ยากลำบากแต่จากการเข้าร่วมได้รับพลังใจจากกลุ่มจนเกิดพลังในการเปลี่ยนแปลง

2) การจัดการปัญหา กลุ่มทดลองยังคงมีปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ แต่ใช้วิธีการตั้งสติอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด แล้วจึงจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยจัดการ

ปัญหาไปทีละอย่างและมองหาผลลัพธ์ที่จะเกิดอย่างค่อยเป็นค่อยไป

3) เป้าหมายของชีวิต กลุ่มทดลองไม่มีการเปลี่ยนแปลงของเป้าหมาย แต่ได้ปรับวิธีการวางแผนให้มีความชัดเจนมากขึ้น มีการวางแผนเป้าหมายระยะสั้น ซึ่งทำให้เข้าใจคำว่าเป้าหมายชีวิตมากขึ้น และยังพบว่าสิ่งที่กระทำอยู่ทั้งในอดีตและปัจจุบันเชื่อมโยงไปยังค่านิยมที่ตนได้วางแผน

4) การปฏิบัติตามเป้าหมาย กลุ่มทดลองยังคงดำเนินตามเป้าหมาย มีการสังเกตว่าการเข้าร่วมกลุ่มช่วยให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น และยังช่วยให้มีสติในการก้าวไปในแต่ละก้าว ไม่ใจร้อนและให้ค่าของอารมณ์อย่างที่เคยเป็น โดยมีสมาชิก 1 คนที่ได้เห็นว่าสิ่งที่ทำอยู่แม้ไม่เกี่ยวข้องกับค่านิยมแต่ท้ายสุดสิ่งที่ทำอยู่เชื่อมโยงไปยังเป้าหมายที่วางไว้

5) สิ่งที่ยากเพิ่มเติมในโปรแกรม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่กล่าวว่าไม่มีส่วนที่ยากเพิ่มเติม มีความเห็นว่า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการฟื้นฟูพลังใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนและหลังการทดลอง

ช่วงการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนการทดลอง	24.1	6.5	27.5	4.1	18	-1.40	.167
หลังการทดลอง	31.9	3.4	28.0	3.7	18	2.46	.024

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการฟื้นฟูพลังใจตามองค์ประกอบของกลุ่มทดลอง

องค์ประกอบฟื้นฟูพลังใจ	ช่วงการทดลอง	ค่าเฉลี่ย	SD	df	t	p-value
การปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ (flexibility)	ก่อนทดลอง	5.40	1.58	9	-3.67	.005
	หลังทดลอง	6.60	.97			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy)	ก่อนทดลอง	8.00	2.83	3	-3.66	.035
	หลังทดลอง	11.50	1.00			
การควบคุมอารมณ์ (regulate emotion)	ก่อนทดลอง	2.00	.94	9	-6.00	< .001
	หลังทดลอง	3.20	.79			
การมองโลกในแง่ดี (optimism)	ก่อนทดลอง	5.00	1.00	2	-8.00	.015
	หลังทดลอง	7.67	.58			
ความสนใจภายใต้ความเครียด (cognitive focus under stress)	ก่อนทดลอง	2.50	.85	9	-3.67	.005
	หลังทดลอง	3.10	.74			

กิจกรรมมีประโยชน์ และแสดงความชื่นชมทักษะของผู้ในกลุ่มที่ช่วยส่งเสริมให้เห็นมุมมองที่แตกต่างจากเดิม แต่บางครั้งก็สมาชิกหายไปกลับพบว่าเหมือนมีบางสิ่งขาดหายไปด้วย เพราะรู้สึกถึงคำว่าบ้านจากการที่ได้มาเจอกัน

6) *การประยุกต์ใช้ในชีวิต* กลุ่มทดลองยังคงมีการสะท้อนความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน มีการวางแผนและจัดลำดับก่อนหลังตามความสำคัญของปัญหา เมื่อเกิดความคิดด้านลบหรือปัญหาชีวิตที่รุมเร้าก็สามารถจัดการกับความคิดความรู้สึกนั้นด้วยพลังที่มาจากกรียาคำนิยม นอกจากนี้กลุ่มทดลองบางคนสามารถแนะนำแนวทางการจัดการและการอยู่กับปัญหานั้นด้วยความสบายใจให้แก่ผู้อื่นได้

วิจารณ์

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญาในรูปแบบออนไลน์พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นฟูพลังใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งผลต่อการพัฒนาคะแนนการฟื้นฟูพลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการบำบัดแบบ ACT ในรูปแบบกลุ่มเผชิญหน้าในผู้ที่มีอาการหลังโควิด 19 เฉียบพลัน (post-acute COVID-19 syndrome) พบว่ากลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูพลังใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้มีประวัติการหายจากโควิด 19 ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ACT มีการฟื้นฟูพลังใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶

การสัมภาษณ์การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองในการศึกษานี้แสดงถึงความสอดคล้องระหว่างหลักทฤษฎีของ ACT และองค์ประกอบการฟื้นฟูพลังใจ โดยสามารถอธิบายตามลำดับการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) *การจัดการอารมณ์* การยอมรับและเข้าใจในอารมณ์ที่หลากหลายของตนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการฟื้นฟูพลังใจ เพื่อให้สามารถจัดการความทุกข์และด้วยความเป็นจริง ตรงกับแนวคิดทฤษฎีของ ACT ที่กล่าวถึงวิธีการแยกแยะความคิดความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้เข้าใจถึงธรรมชาติและเกิดการยอมรับความรู้สึกที่ไม่ต้องการ ซึ่งช่วยให้

มองเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหาในมุมมองที่เป็นจริงและหลากหลายในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ในกลุ่มทดลองที่สามารถเข้าใจถึงความคิดรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ไวขึ้น จนเกิดการยอมรับ ปล่องวางจัดระเบียบตนเอง และเห็นเส้นทางการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามา

2) *การปรับตัวเข้ากับสถานการณ์* พบว่ากลุ่มทดลองมีการปรับตัวกับอาการที่เป็นอยู่ โดยเริ่มจากการวางแผนจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จนสามารถแก้ไขปัญหาแทนที่จะรอให้อาการเหล่านั้นดีขึ้น แสดงให้เห็นถึงวิธีการอยู่กับปัจจุบันและเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง จนเกิดการวางแผนชีวิตใหม่อีกครั้ง

3) *ความสนใจภายใต้ความเครียด* คือ ความสามารถใส่ใจและแก้ไขปัญหาภายใต้ความคิดความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งต้องใช้พลังในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นอย่างมาก แม้บางครั้งไม่สำเร็จอย่างที่คาดหวัง โดยต้องมีการวางแผนคำนึงและปฏิบัติตามความมุ่งมั่นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเห็นเส้นทางของชีวิตที่ชัดเจนมากขึ้น เข้าใจถึงเหตุผลของการกระทำนั้น และให้คำมั่นสัญญากับเป้าหมายเพื่อให้เกิดชีวิตที่มีความหมาย พบว่ากลุ่มทดลองได้วางแผนระยะสั้นและยาวที่ทำได้จริงตามคำมั่นที่ได้เลือกไว้

4) *การรับรู้ความสามารถของตนเอง* ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการฟื้นฟูพลังใจที่ช่วยให้เกิดการรับมือและตัดสินใจจากความเชื่อในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการสัมภาษณ์พบว่า ในช่วงกิจกรรมการวางแผนชีวิตกลุ่มทดลองได้ตอบคำถามถึงวิธีการที่ตนได้วางแผนว่าสามารถทำได้จริง และได้ผลตามคำมั่นที่ตนได้ตั้งไว้ ซึ่งช่วยให้เข้าใจในศักยภาพและรับรู้ความสามารถที่ตนมี

5) *การมองโลกในแง่ดี* กลุ่มทดลองพบว่า การปฏิบัติตามแผนระยะสั้นและยาวทำให้ตนมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจนขึ้น เกิดความรู้สึกดี และมีพลังหลังจากทำตามเป้าหมายสำเร็จ จนเกิดความกล้าที่ก้าวไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเชื่อมโยงไปหาคำมั่นที่ได้เลือกไว้

นอกจากนี้ การสัมภาษณ์ยังพบว่ากลุ่มทดลองรู้สึกถึงความเป็นบ้านจากการเข้าร่วมกลุ่ม ได้สัมผัสถึงพื้นที่

ปลอดภัยในการร่วมแชร์ประสบการณ์ และยินดีเข้าร่วมอีกครั้ง หากมีโอกาส แสดงให้เห็นว่าแม้เป็นการปรึกษากลุ่มในรูปแบบออนไลน์ ผู้รับการบำบัดก็ยังได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูพลังใจที่ทำให้กลุ่มผู้มีความยาวของโควิด 19 ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว พลังของการปรึกษาแบบกลุ่มยังช่วยให้สมาชิกเห็นมุมมองที่หลากหลายและผลักดันให้กลุ่มดำเนินไปถึงจุดหมายที่ตั้งไว้^{27,28}

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สามารถแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันผลของการปรึกษาตามแนวคิดการบำบัดแบบ ACT ที่มีการปรับรูปแบบเป็นกลุ่มออนไลน์ และยังแสดงถึงมุมมองและประสบการณ์จากการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาและติดตามความคงทนของการฟื้นฟูพลังใจในระยะยาว ผลของโปรแกรมยังขึ้นอยู่กับทักษะของผู้นำกลุ่ม เช่น การรับฟังอย่างไม่ตัดสิน การรับรู้ถึงความรู้สึก และการกระตุ้นความสนใจของสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งประสบการณ์การให้การปรึกษาและความเข้าใจหลักการทฤษฎีของ ACT การใช้เทคโนโลยีการปรึกษากลุ่มในรูปแบบออนไลน์มีข้อจำกัดจากสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียรและความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกลุ่มเนื่องจากสมาชิกบางคนต้องทำธุระหรืออยู่ระหว่างการเดินทางขณะเข้าร่วมกลุ่ม อย่างไรก็ตามผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มสามารถดูคลิปย้อนหลังพร้อมกับทำแบบฝึกหัดและการบ้านมานำเสนอในกลุ่มครั้งถัดไป นอกจากนี้การที่ผู้ประเมินผลและผู้นำกลุ่มเป็นคนเดียวกันทำให้ทราบประเภทของกลุ่มตัวอย่างและอาจเกิดอคติจากการวัดผลได้ ทั้งนี้การศึกษานี้ได้มีการกำหนดวิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจนและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบประเมิน CD-RISC 10 ด้วยตนเองทางเอกสาร โดยผู้วิจัยทราบผลการประเมินก็ต่อเมื่อสิ้นสุดการทดลองและกลุ่มตัวอย่างส่งเอกสารกลับคืนยังผู้วิจัยแล้วเท่านั้น

จากข้อจำกัดดังกล่าว ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะและประสบการณ์ของผู้นำกลุ่มกับผลของโปรแกรม การศึกษารูปแบบ ระยะเวลา และความถี่ของกิจกรรมที่เหมาะสมกับการปรึกษากลุ่มแบบออนไลน์และ

ช่วยคงความสนใจของสมาชิกกลุ่ม การศึกษาเพื่อติดตามความคงทนของการฟื้นฟูพลังใจในระยะยาว และการติดตามวิธีการดำเนินชีวิตตามพันธสัญญาและการวางแผนชีวิตตามค่านิยมเพื่อให้ทราบถึงแนวทางการใช้ชีวิตของผู้รับการบำบัด

สรุป

การฟื้นฟูพลังใจเป็นทักษะที่สำคัญในการรับมือกับเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงและอุปสรรคปัญหาที่ไม่คาดคิด เช่น สถานการณ์โควิด 19 และการเกิดภาวะระยะยาวของโควิด 19 การปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญาในรูปแบบออนไลน์ช่วยพัฒนาการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีอาการที่ไม่พึงประสงค์จากภาวะระยะยาวโควิด 19 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้เรียนรู้เชิงจิตวิทยาผ่านแนวคิด ACT ซึ่งปราศจากกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยช่วยให้เข้าใจถึงความคิด ความรู้สึก สามารถจัดการตนเอง และหาวิธีจัดการกับปัญหาแทนที่จะหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ นอกจากนี้กระบวนการปรึกษากลุ่มยังช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่มและเปิดมุมมองที่หลากหลายให้แก่สมาชิกที่เผชิญกับประสบการณ์เดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สพรั่ง เจตมโนรมย์ ผู้อำนวยการสถาบันวันทีฉันทน์ น.ส.เพชร เมธานันต์กุล นักจิตวิทยาคลินิก ปฏิบัติการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และ น.ส.วนิษา น้อยผล นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ช่วยให้คำแนะนำในการออกแบบงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Nov 3]. Available from: <https://covid19.who.int>
2. Jennifer RC, Alex V, Michael S. Evaluating and caring for patients with Post-COVID conditions. Paper presented at: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 Jun 16-17; Virtual Meeting.

3. Liu Q, Zhao G, Ji B, Liu Y, Zhang J, Mou Q, et al. Analysis of the Influence of the psychology changes of fear induced by the COVID-19 epidemic on the body. *World J Acupunct Moxibustion*. 2020. doi:10.1016/j.wjam.2020.06.007.
4. Zhu Y, Zhang L, Zhou X, Li C, Yang D. The impact of social distancing during COVID-19: a conditional process model of negative emotions, alienation, affective disorders, and post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord*. 2021;281:131-7. doi:10.1016/j.jad.2020.12.004.
5. Killgore WDS, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Res*. 2020;291:113216. doi:10.1016/j.psychres.2020.113216.
6. Kavčič T, Avsec A, Zager Kocjan G. Psychological functioning of slovene adults during the COVID-19 pandemic: does resilience matter? *Psychiatr Q*. 2021;92(1):207-16. doi:10.1007/s11126-020-09789-4.
7. Hatami M, Golkar M, Farshadi S. Comparing the effect of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on hope, resilience, and happiness of veterans with psychopathy. *Laplace em Revista (International)*. 2021;7(3A):707-18. doi:10.24115/S2446-6220202173A1761p.707-718.
8. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:8. doi:10.1186/1477-7525-9-8.
9. Ferreira RJ, Buttell F, Cannon C. COVID-19: immediate predictors of individual resilience. *Sustainability*. 2020;12(16):6495. doi:10.3390/su12166495.
10. เมธี วงศ์วิระพันธุ์, ปิยะพันธุ์ นันทา, อานนท์ สีดาทัง, กัญจน์ จันทศรีสุต, อภิชาติ ไตรแสง. โควิด-19: การประยุกต์ใช้แนวความคิดการยอมรับและพันธะสัญญาในการเพิ่มสุขภาวะในความปกติใหม่ [COVID-19: application of acceptance and commitment therapy (ACT) to increase well-being in the new normal life]. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*. 2564;52(1):75-87.
11. Harris R. ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland CA: New Harbinger Publications; 2019.
12. Cheney C. Acceptance and commitment therapy helps coronavirus 'long haulers' [Internet]. Health Leaders Media; 2021 [cited 2022 Nov 13]. Available from: <https://www.healthleadersmedia.com/clinical-care/acceptance-and-commitment-therapy-helps-coronavirus-long-haulers>
13. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6):2032. doi:10.3390/ijerph17062032.
14. Open Access Government. The future of therapy: online counselling searches increase by 124% [Internet]. Crewe: Open Access Government; 2020 [cited: 2022 Oct 19]. Available from: <https://www.openaccessgovernment.org/the-future-of-therapy-online-counselling-searches-increase-by-124/95498/>.
15. Panzeri A, Bertamini M, Butter S, Levita L, Gibson-Miller J, Vidotto G, et al. Factors impacting resilience as a result of exposure to COVID-19: the ecological resilience model. *PLoS One*. 2021;16(8):e0256041. doi:10.1371/journal.pone.0256041.
16. Amulya, DSL. An experiment with online group counseling during COVID 19. In: Manickam, LSS, editor. COVID-19 pandemic: challenges and responses of psychologists from India. Kerala: Centre for Applied Psychological Studies; 2020.
17. Urbiner. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) คืออะไร? ต่างกับการให้คำปรึกษาแบบบุคคลอย่างไร? [What is group counselling? How is it different from in-person counseling?] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Urbiner; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 พ.ย. 2564]. จาก: <https://www.urbiner.com/post/what-is-group-counseling>

18. Office for National Statistics (ONS). Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK [Internet]. South Wales: Office for National Statistics (ONS); 2023 [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocial-care/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid-19infectionintheuk/2february2023>
19. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย [Thai mental health assessment data] [อินเทอร์เน็ต]; นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 พ.ย. 2564]. จาก: <https://checkin.dmh.go.th/dashboard/index.php>
20. Kelson J, Rollin A, Ridout B, Campbell A. Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. *J Med Internet Res*. 2019;21(1):e12530. doi:10.2196/12530.
21. Moens M, Jansen J, De Smedt A, Roulaud M, Billot M, Laton J, et al. Acceptance and commitment therapy to increase resilience in chronic pain patients: a clinical guideline. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(4):499. doi:10.3390/medicina58040499.
22. Hayes SC. *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2005.
23. Vongsirimas N, Thanoi W, Yobas PK. Evaluating psychometric properties of the connor-davidson resilience scale (10-item CD-RISC) among university students in Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2017;35(3):25-35.
24. Leslie Riopel M. The Connor Davidson + brief resilience scales [Internet]. *Positivepsychology.com*; 2019 [cited 2022 Nov 3]. Available from: <https://positivepsychology.com/connor-davidson-brief-resilience-scale/>.
25. Nikrah N, Bahari F, Shiri A. Effectiveness of the acceptance and commitment therapy on resilience and quality of life in patients with post-acute COVID-19 syndrome. *Appl Nurs Res*. 2023;73:151723. doi:10.1016/j.apnr.2023.151723.
26. Nodez MM, Amirfakhraei A, Samavi A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (act) on life quality and resilience of recovered covid-19 patients. *J Appl Psychol*. 2022;13(4):125-38. doi:10.22059/JAPR.2023.328932.643948.
27. Panzeri A, Bertamini M, Butter S, Levita L, Gibson-Miller J, Vidotto G, et al. Factors impacting resilience as a result of exposure to COVID-19: the ecological resilience model. *PLoS One*. 2021;16(8):e0256041. doi:10.1371/journal.pone.0256041.
28. Bahramiabdolmalaki S, Homayouni A, Aliyali M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience, psychological well-being, and life expectancy in asthmatic patients. *The Journal of Tolooebehdasht*. 2021;20(1):55-68. doi:10.18502/tbj.v20i1.6185.

ภาคผนวก

[รายละเอียดโปรแกรมการรักษากลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญาในรูปแบบออนไลน์](#)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

วันรับ : 24 สิงหาคม 2566

เนติลักษณ์ ศีลาอุดมกิจ, พ.บ., รัตติยากร พุยมารัตย์, พย.บ.

วันแก้ไข : 20 พฤศจิกายน 2566

โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

วันตอบรับ : 22 พฤศจิกายน 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์

วิธีการ : การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านเชื้อไวรัสในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย ในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 สัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ Khon Kaen university - depression inventory (KKU-DI) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และค้นหาตัวแบบของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์ multivariate logistic regression

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ (AOR = 3.45, 95% CI = 1.49 - 8.00) เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (AOR = 4.82, 95% CI = 1.89 - 12.28) สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบต่อกระเทือนแก่จิตใจ (AOR = 3.92, 95% CI = 1.24 - 12.41) การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (AOR = 4.33, 95% CI = 1.12 - 16.72) และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (AOR = 4.27, 95% CI = 1.68 - 10.86)

สรุป : ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมและการเจ็บป่วยที่รุนแรงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการส่งเสริมดูแลทางจิตสังคมอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, เอดส์

ติดต่อผู้นิพนธ์ : เนติลักษณ์ ศีลาอุดมกิจ; e-mail: silaodomkit.netiluck2023@gmail.com

Original Article

Prevalence and associated factors of depression among AIDS patients visiting AIDS clinic at Erawan hospital, Loei province

Received : 24 August 2023

Revised : 20 November 2023

Accepted : 22 November 2023

Netiluck Silaudomkit, M.D., Ruttiyakorn Phuymat, B.N.S.

Erawan Hospital, Loei Province

Abstract

Objective: To study the prevalence and associated factors of depression in AIDS patients visiting the AIDS clinic.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted among AIDS patients receiving antiretroviral therapy at AIDS clinics in Erawan hospital, Loei province during February and July 2023. Questionnaires included personal information, clinical data, and depression screening using the Khon Kean University - Depression Inventory (KKU-DI). Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression analysis.

Results: Of a total of 120 participants, 29.2% met criteria for depression. The factors significantly increasing risk of depression included inadequate income (AOR = 3.45, 95% CI = 1.49 - 8.00), experience of severe traumatic event in the past year (AOR = 4.82, 95% CI = 1.89 - 12.28), poor family relationships affecting the mental health (AOR = 3.92, 95% CI = 1.24 - 12.41), having opportunistic infections (AOR = 4.33, 95% CI = 1.12 - 16.72), and having illness requiring hospitalization in the past year (AOR = 4.27, 95% CI = 1.68 - 10.86).

Conclusion: Several socioeconomic issues and severe HIV-related illnesses affect depression in AIDS patients. They should therefore be targeted for prevention and treatment of depression according to their specific needs.

Keywords: AIDS, depression, prevalence

Corresponding author: Netiluck Silaudomkit; e-mail: silaudomkit.netiluck2023@gmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง

ความรู้ใหม่ : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย พบร้อยละ 29.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจ การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วยเอดส์

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 39 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ 630,000 คน นอกจากนี้มีผู้ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี 29.8 ล้านคน โดยเฉพาะประเทศในแถบทวีปแอฟริกาและทวีปเอเชียที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 6.5 ล้านคน¹ ความชุกของเอชไอวีในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 - 49 ปี) ร้อยละ 0.7 ในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศร้อยละ 2.5 ในกลุ่มชายรักร่วมเพศและชายอื่น ๆ ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 7.7 ในกลุ่มผู้ที่ฉีดยาร้อยละ 5.0 ในหมู่คนข้ามเพศร้อยละ 10.3 และในหมู่คนในเรือนจำร้อยละ 1.4² สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย ณ สิ้นปี พ.ศ. 2564 มีการประมาณการว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 6,485 คน โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 9,322 คนและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 520,345 คน ซึ่งร้อยละ 97 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน และร้อยละ 3 ติดเชื้อจากการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่ไม่สะอาดร่วมกัน³ แสดงให้เห็นว่าการ

ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจจากการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์และค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษาพยาบาล

โรคเอดส์เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตและพบร่วมกับภาวะซึมเศร้าได้สูง การศึกษาในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 9.6 ของผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้า⁴ ในประเทศเกาหลีใต้พบร้อยละ 21.0⁵ ในประเทศสวีเดนพบร้อยละ 28.7⁶ และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบถึงร้อยละ 46.0 - 48.0^{7,8} การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงรายพบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติส่วนตัว ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี รายได้ไม่เพียงพอ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า และอายุไม่เกิน 40 ปีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า⁴ การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้และสวีเดนพบว่าการศึกษาในประวัติด้านประวัติส่วนตัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง อายุ น้อยกว่า 55 ปี ความบกพร่องในการทำกิจวัตรด้วยตนเอง การขาดผู้ดูแล การว่างงาน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการมีโรคทางกายร่วม และปัจจัยเสี่ยงด้านคลินิก ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การมีค่า CD4 ต่ำสุดน้อยกว่า 200 cells/ μ L และความล้มเหลวในการกดเชื้อไวรัสเอดส์ (viral load ≥ 50 copies/mL)^{5,6} นอกจากภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้ว ยังส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งทำให้อาการของโรคแย่ลง^{9,10} ในด้านสังคมภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อปัญหาจากการกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม และการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ติดเชื้อ¹¹

โรงพยาบาลเอราวัณมีการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์แบบครบวงจร มีผู้ป่วยโรคเอดส์มารับบริการในปัจจุบัน (นับถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566) ทั้งหมด 145 คน พบว่าผู้ป่วยบางคนมีอาการของภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากการคัดกรองภาวะซึมเศร่ายังไม่เป็นระบบจึงส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย

อีกทั้งผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้มารักษาหรือมารักษาไม่ต่อเนื่อง บางคนอาจมีปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า การศึกษา ความชุกและปัจจัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์จึงมีความสำคัญ ต่อการรักษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเพิ่มความร่วมมือในการกินยา ต้านไวรัสและทำให้ผลการรักษาโรคเอดส์ดีขึ้น การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณความชุกและสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ในคลินิกเอดส์ เพื่อประกอบการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในการป้องกัน ค้นหา และรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม

วิธีการ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ดำเนินการตั้งแต่ 25 กุมภาพันธ์ ถึง 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยในระยะเอดส์ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาล เอรารัน จังหวัดเลย ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา 145 คน เลือกทุกคน ที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ อายุ 20 ปี ขึ้นไปและได้รับยา ต้านไวรัสเอชไอวีติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน และเกณฑ์ในการ คัดออก ได้แก่ ย้ายออกจากพื้นที่อำเภอเอรารันหรือเสียชีวิต การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 00002/2566 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูล ส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาแสดง ในตารางที่ 1
- 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Khon Kean university - depression inventory (KKU-DI) ฉบับปรับปรุง

ตารางที่ 1 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

	หน่วยของผลลัพธ์	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
ตัวแปรต้น		
ข้อมูลส่วนบุคคล		
เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า (วินิจฉัยจากแพทย์) ประวัติการสูญเสียบุคคลในครอบครัวสายตรง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา การมีบุตรที่ยังต้องดูแลในปัจจุบัน การมีญาติหรือผู้ป่วยในครอบครัวที่ยังต้องดูแล ในปัจจุบัน การมีผู้ดูแล (caregiver) การแบ่งแยกกีดกันจากชุมชน การปกปิดผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวี แก่บุคคลในครอบครัว เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพ ที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบต่อกระทบกระเทือนแก่จิตใจ การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม	nominal scale	การสัมภาษณ์
ระดับการศึกษาสูงสุด	ordinal scale	การสัมภาษณ์
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	interval scale	การสัมภาษณ์
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน อายุ ระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (นาที)	ratio scale	การสัมภาษณ์
ข้อมูลทางคลินิก		
โรคประจำตัวอื่น ๆ การมีโรคติดต่อฉวยโอกาส การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา สุทธยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสจนต้องใช้ยาบรรเทาอาการ (ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อ เอชไอวี)	nominal scale	medical records
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ (adherence) ของการกินยาด้านไวรัส	interval scale	medical records
น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า CD4 ตั้งต้น ค่า CD4 ต่ำสุดตั้งแต่ได้รับการรักษา ค่า viral load ภายใน ระยะเวลา 1 ปี	ratio scale	medical records
ตัวแปรตาม		
ภาวะซึมเศร้า	ordinal scale	การสัมภาษณ์

พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ¹² ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมภาวะซิมเซร่า ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีความไวร้อยละ 92 ความจำเพาะร้อยละ 63 จุดตัดแยกระดับความรุนแรงภาวะซิมเซร่า ดังนี้ ระดับเล็กน้อย 5 - 12 คะแนนในเพศชายและ 6 - 12 คะแนนในเพศหญิง ระดับปานกลาง 13 - 14 คะแนน และระดับรุนแรง 15 คะแนนขึ้นไปทั้งสองเพศ การศึกษานี้กำหนดจุดตัดของภาวะซิมเซร่าในเพศชายตั้งแต่ 5 คะแนนและหญิงตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และภาวะซิมเซร่า วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเซร่าด้วย univariate binary logistic regression analysis นำเสนอความสัมพันธ์ด้วย crude odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) จากนั้นนำตัวแปรที่ให้ค่า p-value ต่ำกว่า .20 เข้าวิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่า ด้วย stepwise multivariate binary logistic regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นำเสนอความสัมพันธ์ด้วย adjusted odds ratio (AOR) และ 95% CI หลังจากนั้นทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองด้วยสถิติ Hosmer and Lemeshow โดยค่า p-value ที่มากกว่า .05 หมายถึง การปฏิเสธสมมติฐานรอง หรือแบบจำลองมีความเหมาะสมในการทำนาย

ผล

จากผู้ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 140 คน มีผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 120 คน เป็นเพศหญิงและชายจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่อายุ 40 - 59 ปี สถานภาพแต่งงาน/คู่สนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม หรือธุรกิจส่วนตัว

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 20,000 บาท แหล่งรายได้มาจากการหารายได้เอง และมีรายได้เพียงพอค่าใช้จ่าย มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 - 4 คนมากที่สุด ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตรหลาน ครอบครัวไม่มีประวัติภาวะซิมเซร่า (วินิจฉัยจากแพทย์) ไม่มีประวัติการสูญเสียบุคคลในครอบครัว สายตรงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และไม่มีบุตรหรือญาติที่ท้องดูแล ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแล มีระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล 11 - 20 นาทีมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันจากชุมชน ไม่มีการปกปิดผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลในครอบครัว ไม่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว และได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ดังตารางที่ 2

ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 56 - 75 กก. ส่วนสูง 141 - 160 ซม. ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) อยู่ระหว่าง 14 - 25 กก./ม² โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ฟันไม่ครบ 20 ซี่ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1 - 120 เดือน ไม่มีการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ใช้สูตรยาต้านไวรัส TLD (DTG + 3TC + TDF) ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสจนต้องเข้ายารักษาอาการ (ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการกินยาด้านไวรัสอยู่ที่ร้อยละ 80 - 100 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่มีค่า CD4 ตั้งต้น 0 - 300 cells/mcL ค่า CD4 ต่ำสุดตั้งแต่ได้รับการรักษา 0 - 200 cells/mcL และค่า viral load ภายในระยะเวลา 1 ปี 0 - 19 copies/ml ดังตารางที่ 3

พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซิมเซร่า 35 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 29.2 แบ่งเป็นระดับเล็กน้อย 23 คนหรือร้อยละ 19.17 ระดับปานกลาง 3 คนหรือร้อยละ 2.5 และระดับรุนแรง 9 คนหรือร้อยละ 7.5 การวิเคราะห์ multivariate logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอกับชีวิตประจำวัน เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		OR (95% CI)	p-value
		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	60 (50.0)	43 (71.7)	17 (28.3)	1.00	
หญิง	60 (50.0)	42 (70.0)	18 (30.0)	1.08 (0.49 - 2.38)	.841
อายุ					
20 - 39 ปี	18 (15.00)	9 (50.00)	9 (50.00)	1.00	
40 - 59 ปี	90 (75.00)	70 (77.78)	20 (22.22)	0.29 (0.10 - 0.82)	.019
60 - 79 ปี	11 (9.17)	5 (45.45)	6 (54.55)	1.20 (0.27 - 5.40)	.812
80 - 99 ปี	1 (0.83)	1 (100.00)	0 (0.00)	0.00 (0.00)	1.000
สถานภาพสมรส					
โสด	36 (30.0)	23 (63.9)	13 (36.1)	1.00	
แต่งงาน/คู่	59 (49.2)	46 (78.0)	13 (22.0)	0.50 (0.20 - 1.25)	.139
หม้าย	13 (10.8)	6 (46.2)	7 (53.8)	2.10 (0.57 - 7.50)	.269
แยกกันอยู่	11 (9.2)	9 (81.8)	2 (18.2)	0.40 (0.07 - 2.10)	.275
ไม่ทราบ	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00)	1.000
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ไม่ได้เรียน	4 (3.3)	2 (50.0)	2 (50.0)	1.00	
ประถมศึกษา	81 (67.5)	60 (74.1)	21 (25.9)	0.35 (0.05 - 2.64)	.309
มัธยมศึกษา	27 (22.5)	19 (70.3)	8 (29.6)	0.42 (0.05 - 3.53)	.425
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	7 (5.8)	3 (42.9)	4 (57.1)	1.33 (0.11 - 15.70)	.819
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00)	1.000
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (12.5)	10 (66.7)	5 (33.3)	1.00	
รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม ธุรกิจส่วนตัว	98 (81.67)	71 (72.45)	27 (27.55)	0.76 (0.24 - 2.43)	.644
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (3.3)	2 (50.0)	2 (50.0)	2.00 (0.21 - 18.69)	.543
นักเรียน/นักศึกษา พระภิกษุ/นักบวช	2 (1.67)	1 (50.00)	1 (50.00)	2.00 (0.10 - 39.08)	.648
ไม่ทราบ	1 (0.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00)	1.000
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	34 (28.33)	22 (64.71)	12 (35.29)	1.00	
5,000 - 20,000 บาท	72 (60.00)	50 (69.44)	22 (30.56)	0.81 (0.34 - 1.91)	.626
20,001 - 40,000 บาท	12 (10.00)	11 (91.67)	1 (8.33)	0.17 (0.20 - 1.45)	.105
40,001 - 100,000 บาท	2 (1.67)	2 (100.00)	0 (0.00)	0.00 (0.00)	.999
แหล่งรายได้					
หารายได้เอง	97 (80.8)	69 (71.1)	28 (28.9)	1.00	
บุตรหลาน/คู่สมรส	18 (15.0)	13 (72.2)	5 (27.8)	0.95 (0.31 - 2.91)	.925
รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล/องค์กรท้องถิ่น	4 (3.3)	2 (50.0)	2 (50.0)	2.46 (0.33 - 18.37)	.379
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	65 (54.2)	53 (81.5)	12 (18.5)	1.00	
ไม่เพียงพอ	50 (41.7)	28 (56.0)	22 (44.0)	3.47 (1.50 - 8.03)	.004
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน					
1 - 2 คน	21 (17.5)	18 (85.7)	3 (14.3)	1.00	
3 - 4 คน	47 (39.2)	27 (57.5)	20 (42.5)	4.44 (1.15 - 17.18)	.031
5 - 6 คน	36 (30.0)	30 (83.3)	6 (16.7)	1.20 (0.27 - 5.40)	.812
มากกว่า 6 คน ขึ้นไป	16 (13.3)	10 (62.5)	6 (37.5)	3.00 (0.59 - 15.26)	.186

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		OR (95% CI)	p-value
		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)		
ลักษณะการอยู่อาศัย					
อยู่คนเดียว	13 (10.8)	8 (61.5)	5 (38.5)	1.00	.712
อยู่กับคู่สมรส/บุตรหลาน	77 (64.2)	56 (72.7)	21 (27.3)	0.60 (0.18 - 2.04)	.414
อยู่กับญาติ	30 (25.0)	21 (70.0)	9 (30.0)	0.69 (0.18 - 2.68)	.587
ประวัติในครอบครัว มีภาวะซึมเศร้า (วินิจฉัยจากแพทย์)					
ไม่มี	114 (95.0)	83 (72.8)	31 (27.2)	1.00	
มี	6 (5.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	5.36 (0.93 - 30.72)	.060
ประวัติการสูญเสียบุคคลในครอบครัวสายตรงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่มี	102 (85.0)	72 (70.6)	30 (29.4)	1.00	
มี	17 (14.2)	13 (76.5)	4 (23.5)	0.74 (0.22 - 2.45)	.620
การมีบุตรที่ยังต้องดูแลในปัจจุบัน					
ไม่มี	71 (59.2)	48 (67.6)	23 (32.4)	1.00	
มี	49 (40.8)	37 (75.5)	12 (24.5)	0.68 (0.30 - 1.54)	.350
การมีญาติหรือผู้ป่วยในครอบครัวที่ยังต้องดูแลในปัจจุบัน					
ไม่มี	75 (62.5)	49 (65.3)	26 (34.7)	1.00	
มี	44 (36.7)	35 (79.5)	9 (20.5)	0.49 (0.20 - 1.16)	.104
การมีผู้ดูแล (caregiver)					
ไม่มี	48 (40.0)	34 (70.8)	14 (29.2)	1.00	
มี	72 (60.0)	51 (70.8)	21 (29.2)	1.00 (0.45 - 2.23)	1.000
ระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล					
0 - 10 นาที	25 (20.8)	16 (64.0)	9 (36.0)	1.00	
11 - 20 นาที	41 (34.2)	28 (68.3)	13 (31.7)	0.83 (0.29 - 2.36)	.720
21 - 30 นาที	31 (25.8)	23 (74.2)	8 (25.8)	0.62 (0.20 - 1.95)	.411
31 - 60 นาที	13 (10.8)	12 (92.3)	1 (7.7)	0.15 (0.02 - 1.33)	.089
มากกว่า 60 นาที	10 (8.3)	6 (60.0)	4 (40.0)	1.19 (0.26 - 5.34)	.825
การแบ่งแยกกีดกันจากชุมชน					
ไม่มี	114 (95.0)	81 (71.1)	33 (28.9)	1.00	
มี	6 (5.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	1.23 (0.21 - 7.03)	.818
การปกปิดผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลในครอบครัว					
ไม่มี	78 (65.0)	55 (70.5)	23 (29.5)	1.00	
มี	42 (35.0)	30 (71.4)	12 (28.6)	0.96 (0.42 - 2.19)	.916
เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่มี	88 (73.3)	70 (79.5)	18 (20.5)	1.00	
มี	28 (23.3)	13 (46.4)	15 (53.6)	4.49 (1.81 - 11.10)	.001
สัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบต่อกระเือนแก่จิตใจ					
ไม่มี	106 (88.3)	79 (74.5)	27 (25.5)	1.00	
มี	14 (11.7)	6 (42.9)	8 (57.1)	3.90 (1.24 - 12.26)	.020
การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม					
ไม่มี	46 (38.3)	34 (73.9)	12 (26.1)	1.00	
มี	74 (61.7)	51 (68.9)	23 (31.1)	1.28 (0.56 - 2.90)	.559

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		OR (95% CI)	p-value
		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)		
น้ำหนัก (กก.)					
36 - 55	46 (39.32)	26 (56.52)	20 (43.48)	1.00	
56 - 75	63 (53.85)	53 (84.13)	10 (15.87)	0.24 (0.10 - 0.58)	.001
76 - 105	8 (6.84)	4 (50.00)	4 (50.00)	1.29 (0.29 - 5.75)	.742
ส่วนสูง (ซม.)					
141 - 160	63 (52.50)	45 (71.43)	18 (28.57)	1.00	
161 - 190	57 (47.50)	40 (70.18)	17 (29.82)	1.10 (0.48 - 2.34)	.880
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (กก./ม.²)					
14 - 25	96 (80.00)	67 (69.79)	29 (30.21)	1.00	
26 - 40	24 (20.00)	18 (75.00)	6 (25.00)	0.77 (0.28 - 2.14)	.616
โรคประจำตัว					
ความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	98 (81.7)	69 (70.4)	29 (29.6)	1.00	
มี	22 (18.3)	16 (72.7)	6 (27.3)	0.89 (0.32 - 2.51)	.829
เบาหวาน					
ไม่มี	108 (90.0)	79 (73.2)	29 (26.9)	1.00	
มี	12 (10.0)	6 (50.0)	6 (50.0)	2.72 (0.81 - 9.13)	.104
มะเร็ง					
ไม่มี	118 (98.3)	84 (71.2)	34 (28.8)	1.00	
มี	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	2.47 (0.15 - 40.64)	.527
โรคไต					
ไม่มี	117 (97.5)	84 (71.8)	33 (28.2)	1.00	
มี	3 (2.5)	1 (33.3)	2 (66.7)	5.09 (0.45 - 58.06)	.190
ไขมันในเลือดสูง					
ไม่มี	102 (85.0)	70 (68.6)	32 (31.4)	1.00	
มี	18 (15.0)	15 (83.3)	3 (16.7)	0.44 (0.12 - 1.62)	.216
โรคไทรอยด์					
ไม่มี	118 (98.3)	84 (71.2)	34 (28.8)	1.00	
มี	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	2.47 (0.15 - 40.64)	.527
โรคหลอดเลือดสมอง					
ไม่มี	117 (97.5)	83 (70.9)	34 (29.1)	1.00	
มี	3 (2.5)	2 (66.7)	1 (33.3)	1.22 (0.11 - 13.91)	.872
โรคโลหิตจาง					
ไม่มี	111 (92.5)	79 (71.2)	32 (28.8)	1.00	
มี	9 (7.5)	6 (66.7)	3 (33.3)	1.23 (0.29 - 5.24)	.775
ฟันไม่ครบ 20 ซี่					
ไม่มี	49 (40.8)	32 (65.3)	17 (34.7)	1.00	
มี	71 (59.2)	53 (74.7)	18 (25.3)	0.64 (0.29 - 1.42)	.270
การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส					
ไม่มี	108 (90.0)	79 (73.2)	29 (26.8)	1.00	
มี	10 (8.33)	4 (40.0)	6 (60.0)	4.09 (1.08 - 15.53)	.039

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึ่มเศร้า (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		OR (95% CI)	p-value
		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)		
การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (แบ่งตามประเภท)					
วัณโรคปอด	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	2.72 (0.17 - 44.90)	.484
วัณโรคนอกปอด	1 (0.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00)	1.000
PCP	5 (4.2)	1 (20.0)	4 (80.0)	10.90 (1.17 - 101.56)	.036
Cryptococcosis	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	2.72 (0.17 - 44.99)	.484
ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	108 (90.0)	79 (73.2)	29 (26.3)	1.00	
ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน (เดือน)					
1 - 120	52 (43.33)	34 (40.00)	18 (51.43)	1.00	
121 - 240	46 (38.33)	33 (71.74)	13 (28.26)	0.74 (0.32 - 1.76)	.500
241 - 360	22 (18.33)	18 (81.82)	4 (18.18)	0.42 (0.12 - 1.43)	.165
การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่มี	87 (72.5)	67 (77.0)	20 (23.0)	1.00	
มี	25 (20.8)	11 (44.0)	14 (56.0)	4.26 (1.68 - 10.85)	.002
สูตรยาต้านไวรัส					
TLD (DTG + 3TC + TDF)	102 (87.18)	75 (73.53)	27 (26.47)	1.00	
Teevir	9 (7.69)	5 (55.56)	4 (44.44)	2.37 (0.59 - 9.51)	.224
กลุ่มอื่น ๆ	6 (5.13)	5 (83.33)	1 (16.67)	1.48 (0.34 - 6.36)	.598
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสจนต้องใช้ยาบรรเทาอาการ (ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี)					
ไม่มี	111 (92.5)	80 (72.1)	31 (27.9)	1.00	
มี	8 (6.7)	5 (62.5)	3 (37.5)	1.55 (0.35 - 6.87)	.565
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการกินยาต้านไวรัส					
ร้อยละ 80 - 100	116 (96.7)	83 (71.5)	33 (28.5)	1.00	
น้อยกว่าร้อยละ 80	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	1.26 (0.63 - 2.54)	.519
ค่า CD4 ต่ำต้น (cells/mcL)					
0 - 300	69 (61.61)	53 (76.81)	16 (23.19)	1.00	
301 - 600	33 (29.46)	22 (66.67)	11 (33.33)	1.66 (0.66 - 4.13)	.280
601 - 900	10 (8.93)	8 (80.00)	2 (20.00)	0.95 (0.18-5.02)	.948
ค่า CD4 ต่ำสุด ตั้งแต่ได้รับการรักษา (cells/mcL)					
0 - 200	61 (54.95)	48 (78.9)	13 (21.31)	1.00	
201 - 400	39 (35.14)	25 (64.10)	14 (35.90)	2.10 (0.84-5.10)	.112
401 - 800	11 (9.91)	9 (81.82)	2 (18.18)	0.82 (0.16 - 4.27)	.814
ค่า viral load ภายในระยะเวลา 1 ปี (copies/ml)					
0 - 19	92 (76.7)	68 (73.9)	24 (26.1)	1.00	
20 - 100	15 (12.5)	11 (73.3)	4 (26.7)	1.03 (0.30 - 3.54)	.962
มากกว่า 100	13 (10.8)	6 (46.1)	7 (53.9)	3.31 (1.01 - 10.82)	.048

BMI = body mass index

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลผลกระทบต่อกระตือรือร้นแก่จิตใจ การมีโรคติดต่อฉวยโอกาส และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ดังตารางที่ 4

การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองด้วยสถิติ Hosmer and Lemeshow พบว่า แบบจำลองมีค่า chi-square เท่ากับ 2.793 df เท่ากับ 4 และ p-value เท่ากับ .593 ซึ่งมากกว่า .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานรอง กล่าวคือแบบจำลองนี้มีความเหมาะสมในการทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบร่วมได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเอดส์ หากไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและผลการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการรับยาต้านเชื้อเอชไอวี เพื่อเฝ้าระวังภาวะและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงซึมเศร้าภายใต้ข้อมูลความชุกของพื้นที่และประชากรเป้าหมาย พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ร้อยละ 29.2 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในประเทศบราซิลที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 42.3¹³ แต่สูงกว่าการศึกษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงรายที่พบความชุกร้อยละ 9.6⁴ และสูงกว่าการศึกษาในประเทศไนจีเรียที่พบความชุกร้อยละ 11.2¹⁴ อาจเป็นเพราะลักษณะเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาในจังหวัดเชียงรายเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ

แบบภาคตัดขวางในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบสอบถามสองขั้นตอน ได้แก่ 2Q และ 9Q โดยกำหนดจุดตัดภาวะซึมเศร้าที่ 7 คะแนนขึ้นไป ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะเอดส์เท่านั้นซึ่งมักมีอาการของโรครุนแรงกว่า และกำหนดภาวะซึมเศร้าจากเครื่องมือ KGU-DI ที่ระดับเล็กน้อยเป็นต้นไป จึงมีโอกาสพบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลผลกระทบต่อกระตือรือร้นแก่จิตใจ การมีโรคติดต่อฉวยโอกาส และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คล้ายคลึงกับการศึกษาในจังหวัดเชียงราย^{4,15} การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.45 เท่าของกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีรายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายจากการเป็นหนี้สินนอกระบบ การเป็นหนี้พันออนไลน์ การเป็นหนี้เพื่อการศึกษาบุตร และการเป็นหนี้สินเชื่อธนาคาร และจำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลมีจำนวนมาก (ครอบครัวขยาย)¹⁶ ผู้ที่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.82 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคเอดส์ที่วัดและโรงพยาบาล 2 แห่งในประเทศไทยที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์ด้วย multivariate logistic regression

ปัจจัย	AOR (95% CI)	p-value
รายได้ไม่เพียงพอกับชีวิตประจำวัน	3.45 (1.49 - 8.00)	.004
เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	4.82 (1.89 - 12.28)	.001
สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวส่งผลผลกระทบต่อกระตือรือร้นแก่จิตใจ	3.92 (1.24 - 12.41)	.020
การมีโรคติดต่อฉวยโอกาส	4.33 (1.12 - 16.72)	.034
การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	4.27 (1.68 - 10.86)	.002

ในผู้ป่วยเอดส์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีพื้นฐานบุคลิกภาพหวั่นไหวง่าย (neuroticism)¹⁷⁻¹⁹ อาจเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มักมีความตึงเครียดสะสมเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีแนวโน้มมองตัวเองในแง่ลบ เช่น ความรู้สึกแปลกแยกแตกต่าง การประสบเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดซ้ำเติมจึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยจนเกิดปัญหาการปรับตัวและภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบต่อเทือนแก่จิตใจมีโอกาสดังกล่าวเป็น 3.92 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไนจีเรียและที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่พบว่าการมีสมาชิกในครอบครัวทะเลาะกันบ่อยครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยเอชไอวีรู้สึกเศร้าและคิดเรื่องไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่สำคัญ และมีความรู้สึกเศร้าและสิ้นหวัง^{14,18} สอดคล้องกับการศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีนที่พบว่าการเข้ากันได้ดีและความใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องของการเกิดภาวะซึมเศร้า²⁰

สำหรับปัจจัยทางคลินิก การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มียโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีโอกาสดเกิดภาวะซีมเศร้าเป็น 4.33 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศปากีสถาน²¹ อาจเป็นเพราะผู้ที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสถูกแยกจากสังคม และได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ผลข้างเคียงจากยาและความเครียดจากการรักษา จึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะซีมเศร้า และผู้ที่มีการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีโอกาสดเกิดภาวะซีมเศร้าเป็น 4.27 เท่าของผู้ที่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแทนซาเนีย เคนยา เวียดนาม และอินโดนีเซีย ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ต้องนอนในโรงพยาบาลมีโอกาสดเกิดภาวะซีมเศร้าสูงขึ้น²²⁻²⁵ เนื่องจากผู้ที่มีผลกระทบทางร่างกายรุนแรงและเรื้อรังอาจเกิดความกังวลและความรู้สึกทุกขใจเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซีมเศร้าได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ รูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถอธิบายในเชิงเหตุผล

ได้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยดังกล่าวนั้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยในระยะเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน ผลการศึกษาจึงอาจไม่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเอชไอวีระยะอื่น รวมถึงผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ร่วมมือหรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยา นอกจากนี้การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์มีการสอบถามรายละเอียดที่อาจเป็นประเด็นอ่อนไหว เช่น ความสัมพันธ์กับคู่ดูแลและการปกปิดผลเลือดเอชไอวี ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง

สรุป

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มา
รับบริการในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย
ร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่อยู่ระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์อย่างมี
นัยสำคัญ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ เหตุการณ์กระทบ
กระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพ
ที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบต่อกระเทือน
แก่จิตใจ การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการเจ็บป่วยจนต้อง
นอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation AIDS. Global HIV & AIDS statistics. Geneva: Fact sheet; 2023.
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2566 - 2569 [The plan to end the AIDS problem in Thailand, fiscal year 2023 - 2026]. นนทบุรี: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด; 2566.
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์เอชไอวีประเทศไทย ปี 2564 [The HIV/AIDS situation in Thailand in the year 2021] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ก.ค. 2565] จาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/BRTTR/Factsheet_HIV_2564_TH_V2.pdf

4. มาลัย ใจสุตา, ฐาปนกรณ์ เรือนใจ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย [Prevalence of depressive mood and related factors among HIV/AIDS patients at Somdej Phrayanasangworn hospital, Chiangrai]. ลำปางเวชสาร. 2560;38(2):39-48.
5. Song JY, Lee JS, Seo YB, Kim IS, Noh JY, Baek JH, et al. Depression among HIV-infected Patients in Korea: assessment of clinical significance and risk factors. *Infect Chemother*. 2013;45(2):211-6. doi:10.3947/ic.2013.45.2.211.
6. Anagnostopoulos A, Ledergerber B, Jaccard R, Shaw SA, Stoeckle M, Bernasconi E, et al. Frequency of and Risk Factors for Depression among Participants in the Swiss HIV Cohort Study (SHCS). *PLoS One*. 2015;10(10):e0140943. doi:10.1371/journal.pone.0140943.
7. Dew MA, Becker JT, Sanchez J, Caldararo R, Lopez OL, Wess L, et al. Prevalence and predictors of depression, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychol Med*. 1997;27(2):395-409. doi:10.1017/s0033291796004552.
8. Bing EG, Bumam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):721-8. doi:10.1001/archpsyc.58.8.721.
9. de Pinho CSN, Santana RD, Campos EM, Pires Neto RDJ. Prevalence and factors associated with depression in people living with HIV/AIDS in a Brazilian metropolitan region. *AIDS Care*. 2022;34(12):1580-5. doi:10.1080/09540121.2022.2100866.
10. Mohamud AK, Ahmed OA, Mohamud AA, Dirie NI. Prevalence of and factors associated with depression among adult patients living with HIV/AIDS undergoing ART unit in Banadir hospital, Mogadishu Somalia. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):232. doi:10.1186/s12888-023-04723-x.
11. Abdisa E, Tolesa T, Abadiga M. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among people living with HIV attending public hospitals of Nekemte town, Western Ethiopia, 2021. *Behav Neurol*. 2021;2021:8854791. doi:10.1155/2021/8854791.
12. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พุนศรี รังสีขจี, นิรมล พจน์สุนทร, สุรพล วีระศิริ, สุชาติ พหลภาคย์, ธวัชชัย ฤกษ์ณะประกกรกิจ. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [Development of Khon Kaen university depression inventory (KKU-DI) as a depressive measurement for northeastern Thai population]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2549;51(4):330-48.
13. Reis RK, Melo ES, Castrighini CD, Galvao MT, Malaguti SE, Gir E. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in individuals living with HIV/AIDS. *Salud Ment*. 2017;40(2):27-31. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2017.008.
14. Oko RE, Awosan KJ, Oche MO, Yunusa MA. Prevalence and pattern of depression among HIV positive on treatment at the ART clinic of UDUTH, Sokoto, Nigeria. *Int Arch Med*. 2019;1(1):8-15. doi:10.33515/iamms/2019.002/2.
15. รัฐกานต์ ปาระมี. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลแม่สาย [The prevalence and risk factors of depression among AIDS patients in Mae Sai hospital]. *เชียงรายเวชสาร*. 2563;12(1):31-43.
16. Mumang AA, Liaury K, Syamsuddin S, Maria IL, Tanra AJ, Ishida T, et al. Socio-economic-demographic determinants of depression in Indonesia: a hospital-based study. *PLoS One*. 2020;15(12):e0244108. doi:10.1371/journal.pone.0244108.

17. เตือนใจ ห่วงสายทอง. ความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี [Prevalence of depression, anxiety and factors correlated among patients with AIDS at Phrabat Nampu temple Lopburi province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
18. ทฤษฎีวัญญ์ พิธิภักดิ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี [Prevalence of depression and factors correlated among children and adolescent patients with HIV infection]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2557;22(3): 186-94.
19. สาทิตร์ วิษณุโยธิน, นพพร อธิวิศกุล. แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า [The clinical practice guideline for depressive disorder]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2553;16(1):5-22.
20. Liu H, Zhao M, Ren J, Qi X, Sun H, Qu L, et al. Identifying factors associated with depression among men living with HIV/AIDS and undergoing antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Heilongjiang, China. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):190. doi:10.1186/s12955-018-1020-x.
21. Junaid K, Ali H, Khan AA, Khan TA, Khan AM, Khan A, et al. Prevalence and associated factors of depression among patients with HIV/AIDS in Lahore, Pakistan: cross-sectional study. Psychol Res Behav Manag. 2021;14:77-84. doi:10.2147/PRBM.S268099.
22. Madundo K, Knettel BA, Knippler E, Mbwapbo J. Prevalence, severity, and associated factors of depression in newly diagnosed people living with HIV in Kilimanjaro, Tanzania: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2023;23(1):83. doi:10.1186/s12888-022-04496-9.
23. Nyongesa MK, Mwangi P, Wanjala SW, Mutua AM, Newton CRJC, Abubakar A. Prevalence and correlates of depressive symptoms among adults living with HIV in rural Kilifi, Kenya. BMC Psychiatry. 2019;19(1):333. doi:10.1186/s12888-019-2339-5.
24. Thai TT, Jones MK, Harris LM, Heard RC, Hills NK, Lindan CP. Symptoms of depression in people living with HIV in Ho Chi Minh city, Vietnam: prevalence and associated factors. AIDS Behav. 2018;22(Suppl 1):76-84. doi:10.1007/s10461-017-1946-8.
25. Yuniastuti E, Lestari Agustin R, Sari V, Jhariah Hidayah A, Wulunggono W, Pramukti H, et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among people living with HIV on antiretroviral therapy in Jakarta, Indonesia. Trop Med Int Health. 2021;26(8):908-15. doi:10.1111/tmi.13597.

Original article

Associations between sleep problems and geriatric conditions in older adults

Received : 29 August 2023

Revised : 27 November 2023

Accepted : 28 November 2023

Supakorn Chatbubpha, M.D., Suphawita Pliannuom, M.D.,

Nida Buawangpong, M.D., Nopakoon Nantsupawat, M.D.,

Kanokporn Pinyopornpanish, M.D.

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To investigate the prevalence of sleep problems and the relationships between sleep problems and geriatric conditions in older adults in Thailand.

Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted using electronic medical records of older adults aged 60 years and older who visited the Family Medicine Outpatient Department of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Thailand, between October 2020 and September 2021. Collected data included age, gender, comorbidities, and the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) on sleep problems, depression, dementia, knee osteoarthritis, hearing problems, visual problems, oral problems, falling, and polypharmacy. Logistic regression analysis was used to explore associations between sleep problems and geriatric conditions.

Results: Of the 217 eligible participants, mostly female, 27.6% reported sleep problems. The mean age of participants with and without sleep problems were 68.87 ± 6.65 and 67.66 ± 5.67 years old, respectively. Those with sleep problems had significantly more proportion of depression and the number of geriatric conditions than those without sleep problems. After adjusting for age, gender, and comorbidities, a significant association was found between sleep problems and depression (AOR = 12.76, 95% CI = 2.07 - 78.59). There was no significant association between sleep problems and other geriatric conditions.

Conclusion: Depression is a significant factor associated with sleep problems in older adults. Healthcare providers should evaluate and provide treatment for depression in older adults with sleep problems to improve overall health outcomes.

Keywords: depression, geriatric conditions, older adults, sleep problems

Corresponding author: Suphawita Pliannuom; e-mail: suphawita.pliannuom@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนหลับและภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

วันรับ : 29 สิงหาคม 2566

วันแก้ไข : 27 พฤศจิกายน 2566

วันตอบรับ : 28 พฤศจิกายน 2566

ศุภกร ฉัตรบุผา, พ.บ., สุภาวิตา เปลี่ยนน่วม, พ.บ., นิดา บัววังโป่ง, พ.บ.,

นพคุณ นันทศุภวัฒน์, พ.บ., กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, พ.บ.,

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาการนอนหลับและความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนหลับและภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวางย้อนหลังที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ใช้ระยะเวลาเป็นอเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ณ ห้องตรวจเวชศาสตร์ครอบครัวระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงกันยายน พ.ศ. 2564 ข้อมูล ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม และผลการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า สมอเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการมองเห็น ปัญหาช่องปาก การหกล้ม และการใช้ยาาร่วมกันหลายขนาน ใช้การวิเคราะห์ logistic regression หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนหลับและภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 217 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีปัญหาการนอนหลับร้อยละ 27.6 อายุเฉลี่ยกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาการนอนหลับคือ 68.87 ± 6.65 ปีและ 67.66 ± 5.67 ปี ตามลำดับ กลุ่มที่มีปัญหาการนอนหลับมีส่วนภาวะซึมเศร้าและจำนวนภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ logistic regression โดยควบคุมอายุ เพศ และโรคร่วม พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัญหาการนอนหลับและภาวะซึมเศร้า (AOR = 12.76, 95% CI = 2.07 – 78.59) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างปัญหาการนอนหลับกับภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุอื่น ๆ

สรุป : ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรประเมินและให้การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับเพื่อช่วยให้สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุดีขึ้น

คำสำคัญ : ปัญหาการนอนหลับ, ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุภาวิตา เปลี่ยนน่วม; e-mail: suphawita.pliannuom@gmail.com

Previous knowledge: Sleep problems are common among older adults, but there is unclear information regarding the association between sleep problems and geriatric conditions in this population. Understanding this association could lead to more comprehensive care.

New knowledge: Sleep problems affect 27.6% of older adults and are associated with depression, one of geriatric conditions. However, this study did not find a relationship between sleep problems and other geriatric conditions, although those with sleep problems had significantly more number of geriatric conditions than those without sleep problems.

Applications: Healthcare providers should evaluate and provide treatment for depression in older adults with sleep problems to enhance their sleep quality and improve their quality of life.

Introduction

The global population is undergoing a significant and rapid increase in older adults. By 2050, the number of people aged 60 and older would be expected to double worldwide, exceeding two billion.¹ Thailand is experiencing a similar trend, with a significant rise in older adults. In 2019, approximately 1.02 billion people globally were 60 years and older, accounting for 13% of the total population, aligning with Thailand's data of around 11.6 million older adults, representing 18% of the country's population.² Thailand is officially entering an aging society, posing unprecedented healthcare challenges due to the higher burden of chronic

conditions and disabilities experienced by older adults.³

Geriatric conditions significantly impact health outcomes in older adults, affecting their well-being. Conditions such as falls, frailty, cognitive impairment, and urinary incontinence can lead to functional decline, reduced quality of life, increased hospitalization, and mortality risk.⁴ These conditions often require complex and comprehensive interventions to address their multifactorial nature. By early identifying geriatric conditions through comprehensive assessments and providing tailored interventions, healthcare professionals can promote better health outcomes, improve quality of life, and reduce caregiver burden for older adults.⁵

Among geriatric conditions, sleep problems are common in the older population and can significantly impact their health.⁶ Sleep disorders, including insomnia, sleep-disordered breathing, and restless legs syndrome, are prevalent among older adults.⁷ Poor sleep quality in older adults has been linked to adverse health outcomes, such as cognitive decline, falls and accidents, exacerbation of chronic conditions, and impaired immune function.^{8,9} On the other hand, other geriatric conditions, including falls, frailty, and urinary incontinence, have been independently associated with poorer sleep quality and increased use of sleep medications among older adults.¹⁰

In addition to these challenges, oral health problems, like bruxism and periodontal diseases, can lead to sleep disruptions due to pain and overall body inflammation.¹¹ Also, auditory problems like tinnitus or significant hearing loss can make sleep

difficult. Tinnitus can disturb the silence of the night, while significant hearing loss may disrupt circadian rhythms by eliminating environmental sound cues.¹² Chronic medical conditions, including dyslipidemia and hypertension, have strongly been correlated with sleep disturbances.¹³ Dyslipidemia has been linked to decreased sleep durations and compromised sleep quality, possibly due to hormone-induced alterations in lipid metabolism.¹⁴ Hypertension and obstructive sleep apnea (OSA) share a bidirectional relationship where both conditions are worsened by each other. The intermittent hypoxia and recurrent airway obstructions typical of OSA contribute to the worsening and increased severity of hypertension.¹⁵ This relationship is primarily due to heightened sympathetic nervous activity, resulting in higher diastolic blood pressure, and altered nocturnal blood pressure patterns.¹⁵ Persistent sleep disturbances can enhance sympathetic nervous system activity and induce hormonal changes, both of which can further disrupt sleep quality.¹⁶

Apart from physical health, sleep disorders are commonly linked with mental health conditions like depression, bipolar disorder, post-traumatic stress disorder, and anxiety disorders. Nearly 90% of people with depression experience insomnia. Previously thought to be a symptom of depression, recent studies show that insomnia can precede and increase the risk of developing depression.¹⁷

It is believed that identifying the conditions that are associated with sleep problems would lead to more comprehensive care for older adults.¹⁸ This study aims to examine the prevalence of sleep problems and associations between sleep problems

and geriatric conditions among older adults. The findings are expected to provide insights into the relationships between sleep problems and geriatric conditions and contribute to improving sleep quality and promoting better health outcomes for older adults.

Methods

A retrospective cross-sectional study was conducted at the Family Medicine Outpatient Department (OPD), Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The study population consisted of government or state enterprise officers aged 60 years and older who received healthcare services at the Family Medicine OPD between October 2020 and September 2021. The electronic medical records of all relevant patients were reviewed, excluding those with incomplete health assessment data. Demographic and clinical characteristics were extracted, including age, gender, blood pressure, laboratory results (fasting blood sugar, low-density lipoprotein, and high-density lipoprotein), smoking history, and components of the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) for geriatric conditions. This study was approved by the Research Ethics Committee, Faculty of Medicine, Chiang Mai University (FAM-2565-08755)

The Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) at the Family Medicine OPD

The CGA is a multidimensional, multidisciplinary diagnostic process used to determine an older adult's medical, psychosocial, and functional capabilities, whose results were used to develop a coordinated and integrated plan for their treatment and follow-up.¹⁹ The CGA toolkit is extensively used both

within Thailand and internationally. The Department of Family Medicine, Chiang Mai University, developed this version based on the Thai version crafted by the Institute of Geriatric Medicine within the Department of Medical Services, Ministry of Public Health.²⁰ The assessments include:

1) Sleep problems: Sleep problems were assessed by asking two questions about sleep behaviors; 1) Do you have any problems sleeping? and 2) Do you feel drowsy or fatigued during the day? Having sleep problems was defined as at least a positive response to any of the questions. Those who reported sleep problems were further inquired about the nature of these issues.

2) Depression: The 2Q screening tool was used to screen for depression.²¹ It consisted of two questions about feelings over the past two weeks; 1) Have you felt down, depressed, or hopeless? and 2) Have you felt a little interest or pleasure in doing things? A possible risk of depression was defined as at least a positive response to any of the questions.

3) Cognitive assessment: The Thai Mental State Examination (TMSE) was utilized to measure six domains of cognitive abilities, including orientation, registration, attention, calculation, language, and recall.²² The TMSE has different scoring for each item, with a total score of 30 points. A score of less than 24 was considered suspected dementia.

4) Knee osteoarthritis: Two screening questions were used to identify knee osteoarthritis; 1) Do you have knee osteoarthritis? and 2) Do you have knee pain? Those who affirmatively responded to the second question were further asked about symptoms related to knee osteoarthritis, including

crepitation, tenderness, morning stiffness lasting less than 30 minutes, enlargement, and warmth. The presence of two or more of these symptoms indicated a high probability of osteoarthritis of the knee.²³

5) Hearing assessment: Hearing problems were assessed by asking “Do you have any hearing problems?” and performing a finger rub test. A positive answer or test result indicated hearing problems.

6) Visual assessment: Visual problems were assessed by measuring visual acuity with the Snellen chart and asking “Do you have clear vision only in the center but blurred peripheral vision or do you often bump into doors or objects?” A positive answer or test result indicated visual problems.

7) Oral health assessment: Oral health assessment consisted of an oral examination and screening questions for oral health risks, such as oral health care and poor oral health or hygiene. Abnormalities from the examination or positive answers indicated oral problems.

8) Falling assessment: Falling was assessed by asking about previous falls. Any prior fall indicated falling.

9) Polypharmacy: Medication use was assessed by asking “How many different medications do you regularly take?” and medication reconciliation. Five or more current medications indicated polypharmacy.²⁴

Statistical analysis

All data were analyzed using statistical software. Descriptive statistics were used to analyze the data, i.e. frequency, proportion, percentage,

mean, and standard deviation (SD). The chi-square test and t-test were used to explore subgroup differences. The logistic regression analysis was used to determine the associations between sleep problems and geriatric conditions, with an adjustment for age, gender, and comorbidities simultaneously. Each association was estimated using adjusted odds ratio (AOR) with a 95% confidence interval (95% CI). A statistical significance was set at $p < .05$.

Results

Participants' characteristics

Of a total of 217 participants included in this study, 60 (27.6%) had sleep problems. Demographics

and clinical characteristics among those with and without sleep problems are described in Table 1. The mean age of the former and latter groups were 68.87 ± 6.65 years and 67.66 ± 5.66 years, respectively. Most participants in both groups were female (71.6% and 65.6%, respectively). There was no statistically significant difference between the groups in the proportions of comorbidities (hypertension, diabetes, and dyslipidemia), blood pressure, laboratory results, and cardiovascular risk.

Types of sleep problems

The most common types of sleep problems among 60 participants with sleep problems were waking up after falling asleep (35.0%), difficulty

Table 1 Participants' characteristics (n = 217)

	Having sleep problems (n = 60)	No sleep problems (n = 157)	p-value
Age (mean $\pm$ SD)	68.87 $\pm$ 6.65	67.66 $\pm$ 5.66	.181 ^a
Gender, n (%)			
Male	17 (28.3)	54 (34.4)	.395 ^b
Female	43 (71.7)	103 (65.6)	.395 ^b
Comorbidities, n (%)			
Hypertension	52 (86.6)	124 (78.9)	.196 ^b
Diabetes	17 (28.3)	35 (22.3)	.351 ^b
Dyslipidemia	48 (80.0)	135 (85.9)	.278 ^b
Blood Pressure, (mean $\pm$ SD)			
Systolic blood pressure (mmHg)	136.20 $\pm$ 12.32	134.89 $\pm$ 13.33	.510 ^a
Diastolic blood pressure (mmHg)	78.01 $\pm$ 7.12	77.97 $\pm$ 8.60	.969 ^a
Tools (mean $\pm$ SD)			
TMSE	27.34 $\pm$ 3.08	27.79 $\pm$ 2.44	.273 ^a
Laboratory results (mean $\pm$ SD)			
Fasting blood sugar (mg/dl)	102.63 $\pm$ 14.23	104.62 $\pm$ 17.55	.447 ^a
Low-density lipoprotein (mg/dl)	97.84 $\pm$ 34.63	104.25 $\pm$ 26.28	.160 ^a
High-density lipoprotein (mg/dl)	59.34 $\pm$ 17.23	59.66 $\pm$ 15.97	.901 ^a
Personal history, n (%)			
Current smoking	2 (0.8)	4 (2.5)	.752 ^b

Abbreviations: SD, standard deviation; TMSE, Thai Mental State Examination.

Note: Statistical analyses were performed using the t-test (a) for continuous variables and the chi-square test (b) for categorical variables.

sleeping (31.7%), and waking up to urinate (28.3%). A smaller group of patients (5.0%) reported experiencing noisy sleep disturbances (Table 2).

Prevalence of geriatric conditions

The three most common geriatric conditions were oral health problems (51.6%), knee osteoarthritis (28.1%), and polypharmacy (27.2%), respectively. There were statistically significant differences in the proportion of depression and the number of geriatric conditions between those with and without sleep

problems. However, no significant difference in other conditions was found between groups (Table 3).

Association between sleep problems and geriatric conditions

There was a significant association between sleep problems and depression (AOR = 12.76, 95% CI = 2.07 - 78.59), even after adjusting for age, gender, and comorbidities. However, no significant association between other geriatric conditions and sleep problems was found (Table 4).

Table 2 Types of sleep problems (n = 60)

	n (%)
Waking up in the middle of the night after falling asleep	21 (35.0)
Difficulty sleeping	19 (31.7)
Waking up to urinate in the middle of the night	17 (28.3)
Noisy disturbances while sleeping	3 (5.0)

Table 3 Prevalence of geriatric conditions

	Total (N = 217) n (%)	Having sleep problems (n = 60) n (%)	No sleep problems (n = 157) n (%)	p-value
Depression	7 (3.3)	5 (8.3)	2 (1.3)	.009
Dementia	13 (6.1)	5 (8.3)	8 (5.1)	.375
Knee osteoarthritis	61 (28.1)	17 (28.3)	44 (28.0)	.964
Hearing problem	49 (22.6)	17 (28.3)	32 (20.4)	.219
Eye problems	56 (25.8)	15 (25.0)	41 (26.1)	.867
Oral problems	112 (51.6)	35 (58.3)	77 (49.0)	.221
Falling	58 (26.7)	18 (30.0)	40 (25.5)	.501
Malnutrition	5 (2.3)	0 (0.0)	5 (3.2)	.162
Polypharmacy	59 (27.2)	19 (31.7)	40 (25.5)	.359
Number of Geriatric conditions				.007
1 - 2 conditions	117 (55.9)	25 (41.7)	92 (58.6)	
3 - 4 conditions	60 (27.6)	30 (50.0)	30 (19.1)	
> 5 conditions	7 (3.3)	4 (6.7)	3 (1.9)	

Note: Statistical analyses were performed using the chi-square test for categorical variables.

Table 4 Associations between sleep problems and geriatric conditions

	Adjusted odds ratio	95% confidence Interval	p-value
Age	1.04	0.98 - 1.11	.191
Female	1.37	0.64 - 2.89	.412
Hypertension	1.73	0.65 - 4.59	.273
Type 2 diabetes	1.41	0.65 - 3.04	.383
Dyslipidemia	0.59	0.24 - 1.43	.244
Depression	12.76	2.07 - 78.59	.006
Dementia	1.09	0.29 - 4.05	.898
Osteoarthritis knee	0.83	0.38 - 1.79	.639
Hearing problems	1.54	0.74 - 3.19	.245
Visual problems	0.71	0.30 - 1.65	.422
Oral health problems	1.83	0.85 - 3.88	.117
Falling	1.15	0.54 - 2.45	.710
Polypharmacy	1.16	0.56 - 2.39	.693

Discussion

This study shows that almost one-third of elderly participants experience sleep disturbances, underscoring its significance within this age group, in line with previous studies.^{25,26} Notably, these sleep-related problems often appear alongside other geriatric conditions, especially in those diagnosed with depression and dementia.^{11,27} Similar to the previous findings,²⁸ the patient's characteristics, including age and gender, were not associated with sleep problems. The presence of common comorbidities such as hypertension, type 2 diabetes, and dyslipidemia also did not demonstrate a significant association with sleep problems, confirming previous evidence.²⁹ These findings imply that factors beyond age, gender, and comorbidities may influence sleep problems in older adults.³⁰

Regarding geriatric conditions, hearing problems did not demonstrate a significant associations with sleep problems, as with the previous inconclusive

evidence.³¹ However, the findings that dementia, falling, and osteoarthritis did not show significant associations with sleep problems contrast with previous studies.³²⁻³⁵ The economic status of participants in this study might allow for better healthcare access and preventive measures, leading to early intervention and risk reduction in older adults.^{36,37} Additionally, the sample size might not have been sufficient to detect any association among these conditions.³⁸ However, individuals with a higher number of geriatric conditions are more likely to experience sleep problems due to several complex factors. Multiple geriatric conditions can lead to chronic illnesses, chronic pain, and functional decline, which directly impact sleep.³⁹

A statistically significant association between depression and sleep problems found in this study highlights the critical link between mental health and sleep problems in the older population.⁴⁰ Individuals with depression may experience sleep pattern

disruptions, contributing to the development or exacerbation of sleep problems.⁴¹ Previous studies reported that individuals with depression have a higher prevalence of insomnia compared to those without depression.^{42,43} In the elderly, sleep disruptions, such as hypersomnia (prolonged sleep durations) and insomnia (challenges in initiating or maintaining sleep), frequently emerge as hallmark symptoms of depression. The linkage between these sleep challenges and depression often forms a cyclical relationship where sleep issues amplify the severity of depressive signs, which in turn can exacerbate sleep difficulties. Some pathological mechanisms have been attempted to explain how depression is associated with sleep problems, one of which is the release of cytokines. Cytokines are elevated and can cause inflammation in depression, which in turn can interfere with sleep.⁴⁴ Additionally, depression can result in elevated levels of stress hormones such as cortisol, which can also affect sleep.⁴⁵ Cortisol is known to suppress rapid eye movement (REM) sleep, the stage of sleep when vivid dreams occur, and can also interfere with the sleep-wake cycle.⁴⁶ In addition, the altered activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis has been shown to play a role in the development of depression and sleep problems.⁴⁷ These pathophysiological mechanisms can contribute to the high prevalence of sleep problems in individuals with depression.

To better address sleep problems in older adults, it is essential to identify and treat depression, as it is often a major contributing factor. Healthcare providers should conduct regular screening for signs

and symptoms of depression in older patients and consider referral to mental health professionals for treatment when indicated.⁴⁸ Moreover, healthcare providers may also incorporate evidence-based therapies, such as cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBT-I), to help improve sleep quality in older patients with depression.⁴¹ By applying these strategies, healthcare providers can help improve mental health and overall health outcomes in the older population.⁴¹

Several limitations should be considered when interpreting these results. This study has limited generalizability due to its tertiary hospital setting and focus on older adults who were able to visit the hospital, suggesting a relatively healthier population. This limits the extrapolation of the findings to other older populations or healthcare settings. Additionally, the study's limited sample size poses a challenge when analyzing the association between sleep problems and depression, resulting in its wide confidence interval. Further, the reliance on data collection from relatively brief, self-reporting screening questionnaires and medical records could introduce recall bias and incomplete or inaccurate documentation. However, the reviewed variables relied on the questionnaires used during the routine care process, which is always completed. Finally, the study did not include certain potential confounding factors, such as dosage and route of medication and lifestyle-related factors, which could influence sleep problems in older adults. Further studies that include these influential variables are needed to fully understand the underlying mechanisms that contribute to sleep problems and to develop

effective interventions to improve health outcomes in this population.

Conclusion

This study found that depression may be a significant factor associated with sleep problems in older adults. It reinforces previous evidence that depression should be proactively screened to improve health outcomes in older adults with sleep problems.

Reference

- World Health Organization. World report on aging and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University, and Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai Elderly 2019. Nakhon Pathom: Printery Co., Ltd.; 2020.
- Chiaranai C, Chularee S, Srithongluang S. Older people living with chronic illness. *Geriatr Nurs*. 2018;39(5):513-20. doi:10.1016/j.gerinurse.2018.02.004.
- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):780-91. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x.
- Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. *Med Clin North Am*. 2015;99(2):263-79. doi:10.1016/j.mcna.2014.11.003.
- Tufan A, Ilhan B, Bahat G, Karan MA. An under-diagnosed geriatric syndrome: sleep disorders among older adults. *Afr Health Sci*. 2017;17(2):436-44. doi:10.4314/ahs.v17i2.18.
- Roepke SK, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Indian J Med Res*. 2010;131:302-10.
- Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep*. 2017;9:151-61. doi:10.2147/NSS.S134864.
- Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Rev*. 2011;21(1):41-53. doi:10.1007/s11065-010-9154-6.
- McCarthy CE. Sleep disturbance, sleep disorders and comorbidities in the care of the older person. *Med Sci (Basel)*. 2021;9(2):31. doi:10.3390/medsci9020031.
- Rose KM, Lorenz R. Sleep disturbances in dementia. *J Gerontol Nurs*. 2010;36(5):9-14. doi:10.3928/00989134-20100330-05.
- Test T, Canfi A, Eyal A, Shoam-Vardi I, Sheiner EK. The influence of hearing impairment on sleep quality among workers exposed to harmful noise. *Sleep*. 2011;34(1):25-30. doi:10.1093/sleep/34.1.25. doi:10.1093/sleep/34.1.25.
- Parish JM. Sleep-related problems in common medical conditions. *Chest*. 2009;135(2):563-72. doi:10.1378/chest.08-0934.
- Tsiptsios D, Leontidou E, Fountoulakis PN, Ouranidis A, Matziridis A, Manolis A, et al. Association between sleep insufficiency and dyslipidemia: a cross-sectional study among Greek adults in the primary care setting. *Sleep Sci*. 2022;15 (Spec 1):49-58. doi:10.5935/1984-0063.20200124.
- Brown J, Yazdi F, Jodari-Karimi M, Owen JG, Reisin E. Obstructive sleep apnea and hypertension: updates to a critical relationship. *Curr Hypertens Rep*. 2022;24(6):173-84. doi:10.1007/s11906-022-01181-w.
- Kim TW, Jeong JH, Hong SC. The impact of sleep and circadian disturbance on hormones and metabolism. *Int J Endocrinol*. 2015;2015:591729. doi:10.1155/2015/591729.
- Fang H, Tu S, Sheng J, Shao A. Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *J Cell Mol Med*. 2019;23(4):2324-2332. doi:10.1111/jcmm.14170.

18. Idalino SCC, Canever JB, Cândido LM, Wagner KJP, de Souza Moreira B, Danielewicz AL, et al. Association between sleep problems and multimorbidity patterns in older adults. *BMC Public Health*. 2023;23(1):978. doi:10.1186/s12889-023-15965-5.
19. Tran HT, Leonard SD. Geriatric assessment for primary care providers. *Prim Care*. 2017;44(3):399-411. doi:10.1016/j.pop.2017.05.001.
20. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Screening and assessing the health of older adults. Bangkok: Department of Medical Services; 2021:7-38.
21. Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res*. 2005;58(2):163-71. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.09.006.
22. Train the Brain Forum Committee. Thai mental state examination (TMSE). *Siriraj Hosp Gaz*. 1993;45(6):359-74.
23. Heidari B. Knee osteoarthritis diagnosis, treatment and associated factors of progression: part II. *Caspian J Intern Med*. 2011;2(3):249-55.
24. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):674-94. doi:10.1111/jgs.15767.
25. Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Orzechowska M, Cwalina U, Kowalczyk K. Sleep disorders among educationally active elderly people in Bialystok, Poland: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):225. doi:10.1186/s12877-019-1248-2.
26. Tatineny P, Shafi F, Gohar A, Bhat A. Sleep in the elderly. *Mo Med*. 2020;117(5):490-95.
27. Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10(3):329-36. doi:10.31887/DCNS.2008.10.3/dnutt.
28. KyuEun L, NamSun K, SongHee H. Gender difference in factors affecting quality of sleep among community dwelling elders. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*. 2015;7(1):179-84. doi:10.14257/IJBSBT.2015.7.1.18.
29. Basnet S, Merikanto I, Lahti T, Männistö S, Laatikainen T, Vartiainen E, et al. Associations of common chronic non-communicable diseases and medical conditions with sleep-related problems in a population-based health examination study. *Sleep Sci*. 2016;9(3):249-54. doi:10.1016/j.slsci.2016.11.003.
30. Tufan A, İlhan B, Bahat G, Karan MA. An under-diagnosed geriatric syndrome: sleep disorders among older adults. *Afr Health Sci*. 2017;17(2):436-44. doi:10.4314/ahs.v17i2.18.
31. Jiang K, Spira AP, Reed NS, Lin FR, Deal JA. Sleep characteristics and hearing loss in older adults: the national health and nutrition examination survey 2005-2006. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2022;77(3):632-9. doi:10.1093/gerona/glab214.
32. Jacob L, Smith L, Konrad M, Kostev K. Association between sleep disorders and osteoarthritis: a case-control study of 351,932 adults in the UK. *J Sleep Res*. 2021;30(6):e13367. doi:10.1111/jsr.13367.
33. Wennberg AMV, Wu MN, Rosenberg PB, Spira AP. Sleep disturbance, cognitive decline, and dementia: a review. *Semin Neurol*. 2017;37(4):395-406. doi:10.1055/s-0037-1604351.
34. Brassington GS, King AC, Bliwise DL. Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64-99 years. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(10):1234-40. doi:10.1111/j.1532-5415.2000.tb02596.x.
35. Kumar S, Wong PS, Hasan SS, Kairuz T. The relationship between sleep quality, inappropriate medication use and frailty among older adults in aged care homes in Malaysia. *PLoS One*. 2019;14(10):e0224122. doi:10.1371/journal.pone.0224122.

36. McMaughan DJ, Oloruntoba O, Smith ML. Socioeconomic status and access to healthcare: interrelated drivers for healthy aging. *Front Public Health*. 2020;8:231. doi:10.3389/fpubh.2020.00231.
37. Shahar S, Vanoh D, Mat Ludin AF, Singh DKA, Hamid TA. Factors associated with poor socioeconomic status among Malaysian older adults: an analysis according to urban and rural settings. *BMC Public Health*. 2019;19(Suppl 4): 549. doi:10.1186/s12889-019-6866-2.
38. Serdar CC, Cihan M, Yücel D, Serdar MA. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. *Biochem Med (Zagreb)*. 2021;31(1):010502. doi:10.11613/BM.2021.010502.
39. Rosso AL, Eaton CB, Wallace R, Gold R, Stefanick ML, Ockene JK, et al. Geriatric syndromes and incident disability in older women: results from the women's health initiative observational study. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(3):371-9. doi:10.1111/jgs.12147.
40. Fang H, Tu S, Sheng J, Shao A. Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *J Cell Mol Med*. 2019;23(4):2324-32. doi:10.1111/jcmm.14170.
41. Murphy MJ, Peterson MJ. Sleep disturbances in depression. *Sleep Med Clin*. 2015;10(1):17-23. doi:10.1016/j.jsmc.2014.11.009.
42. Ohayon MM. Specific characteristics of the pain/depression association in the general population. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(Suppl 12):5-9.
43. Sun X, Zheng B, Lv J, Guo Y, Bian Z, Yang L, et al. Sleep behavior and depression: Findings from the China Kadoorie Biobank of 0.5 million Chinese adults. *J Affect Disord*. 2018;229:120-4. doi:10.1016/j.jad.2017.12.058.
44. Schiepers OJ, Wichers MC, Maes M. Cytokines and major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(2):201-17. doi:10.1016/j.pnpbp.2004.11.003.
45. Bertollo AG, Grolli RE, Plissari ME, Gasparin VA, Quevedo J, Réus GZ, et al. Stress and serum cortisol levels in major depressive disorder: a cross-sectional study. *AIMS Neurosci*. 2020;7(4): 459-69. doi:10.3934/Neuroscience.2020028.
46. Hirotsu C, Tufik S, Andersen ML. Interactions between sleep, stress, and metabolism: from physiological to pathological conditions. *Sleep Sci*. 2015;8(3):143-52. doi:10.1016/j.slsci.2015.09.002.
47. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):220-9. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.
48. Vieira ER, Brown E, Raue P. Depression in older adults: screening and referral. *J Geriatr Phys Ther*. 2014;37(1):24-30. doi:10.1519/JPT.0b013e31828df26f.

นิพนธ์ต้นฉบับ

แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh สำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

วันรับ : 31 สิงหาคม 2566
วันแก้ไข : 29 พฤศจิกายน 2566
วันตอบรับ : 30 พฤศจิกายน 2566

สุรางคณา ศุภฤทธิ, วท.ม.¹, ธาตุกร จันทประเสริฐ, ปร.ด.²,
นันท์ชิตส์สันท์ สกฤตพงศ์, ปร.ด.²
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อแปลและปรับแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวตามทฤษฎีของ Walsh (Walsh family resilience questionnaire: WFRQ) สำหรับผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

วิธีการ : แปลแบบสอบถาม WFRQ เป็นภาษาไทยและปรับคำถามให้สอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นในผู้ปกครองที่ดูแลเด็กและวัยรุ่น 0 - 18 ปีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมและสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผล : แบบสอบถาม WFRQ ที่แปลและปรับเป็นภาษาไทยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ระบบความเชื่อในครอบครัว รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว และกระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว มีข้อคำถาม 32 ข้อ การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นพบว่า มี 10 ข้อที่มีดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.5 และมี 3 ข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 จึงตัดข้อคำถามดังกล่าวออก คงเหลือข้อคำถาม 19 ข้อ การทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 30 คนพบว่า แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ฉบับ 19 ข้อ มีอำนาจจำแนก 0.23 - 0.75 และความเชื่อมั่น 0.84

สรุป : แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ สามารถใช้ประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวด้วยตนเอง เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการจัดการบริการทางจิตสังคมให้กับครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

คำสำคัญ : การฟื้นคืนสภาพครอบครัว, เด็กและวัยรุ่น, แบบสอบถาม, ผู้ปกครอง, โรคมะเร็ง

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุรางคณา ศุภฤทธิ; e-mail: surangkana.kongphet@gmail.com

Original Article

The Thai version of the Walsh family resilience questionnaire for parents of children and adolescents with leukemia

Received : 31 August 2023

Revised : 29 November 2023

Accepted : 30 November 2023

Surangkana Suparit, M.Sc.¹, Thasuk Junprasert, Ph.D.²,

Nanchatsan Sakunpong, Ph.D.²

Department of Pediatric, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University¹

Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University²

Abstract

Objective: To adapt and validate the Walsh family resilience questionnaire (WFRQ) for Thai parents of children and adolescents with leukemia.

Methods: The WFRQ was translated into Thai and adapted to be contextually relevant to a family dealing with leukemia. The index of item-objective congruence (IOC) of each item was evaluated by three experts. The reliability of the questionnaire was tested among parents taking care of children and adolescents aged 0 - 18 years with leukemia by calculating the item-total correlation coefficients and Cronbach's alpha.

Results: The translated and adapted WFRQ consisted of 32 items with three domains (belief systems, organization patterns, and communication and problem-solving). Ten items with the IOC values less than 0.50 and three items with the item-total correlation coefficients less than 0.20 were removed due to redundancy and low discriminant power. The reliability testing among 30 participants revealed that the 19-item family resilience questionnaire for parents of children and adolescents with leukemia had the item-total correlation coefficients between 0.23 - 0.75 and Cronbach's alpha of 0.84.

Conclusion: The family resilience questionnaire developed in this study has acceptable validity and reliability. It could serve as a self-assessment tool and a guideline for services to promote psychosocial well-being among families of children and adolescents with leukemia.

Keywords: cancer, family resilience, parents, pediatric patients, questionnaire

Corresponding author: Surangkana Suparit; e-mail: surangkana.kongphet@gmail.com

ความรู้เดิม : แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (WFRQ) ที่มีข้อคำถาม 32 ข้อ ใช้สำหรับครอบครัวที่กำลังเผชิญสถานการณ์วิกฤตทั่วไปแต่ไม่เฉพาะเจาะจงสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัว อีกทั้งข้อคำถามยังเป็นประโยชน์ที่ไม่สมบูรณ์ส่งผลให้ผู้ทำแบบสอบถามเกิดความสับสนหรือไม่เข้าใจคำถามได้

ความรู้ใหม่ : แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (WFRQ) ที่ได้รับการแปลและปรับเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 19 ข้อ มีอำนาจจำแนก 0.23 - 0.75 และค่าความเชื่อมั่น 0.84 อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่มีเด็กและวัยรุ่นเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่สามารถประเมินด้วยตนเองได้ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลด้านจิตสังคมของครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคมะเร็งของเด็กและวัยรุ่นอายุ 0 - 4 ปี, 5 - 9 ปี และ 10 - 14 ปีเป็น 21.3, 10.3 และ 12.3 ต่อประชากร 100,000 คนในเพศชาย และ 14.0, 9.5 และ 12.8 ต่อประชากร 100,000 คนในเพศหญิงตามลำดับ¹ สำหรับสถิติจากการจัดทำทะเบียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งอายุระหว่างแรกเกิดถึง 18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 576 คน, 647 คน และ 750 คน ตามลำดับ² โดยกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซต์ (acute lymphoblastic leukaemia: ALL) มีจำนวนการเข้ารับการรักษาสูงสุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ ได้แก่ 127 ครั้ง, 152 ครั้ง และ 196 ครั้ง ตามลำดับ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อภาระงานเติบโตและพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น และยังส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทาง และการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นมักมีสาเหตุการเกิดโรคและระยะเวลาการรักษาที่ไม่แน่นอน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวจากการพักผ่อนไม่เพียงพอและไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะที่กดดันดังกล่าวนี้อาจส่งผลให้ผู้ปกครองตกอยู่ในความวิตกกังวล หงุดหงิด และควบคุมอารมณ์ไม่ได้³ ผู้ปกครองที่มีความรู้สึกผิดที่บุตรเจ็บป่วยเรื้อรังอาจเลี้ยงดูบุตรแบบปกป้องมากเกินไปเพื่อให้ตนเองรู้สึกมั่นคงครอบครัวที่ไม่สามารถปรับตัวหรือฟื้นคืนสภาพในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานอาจเกิดความโศกเศร้าตามมา⁴ ในทางกลับกัน ครอบครัวที่สามารถรักษาความสมดุลและฟื้นคืนสภาพทำให้สมาชิกผ่านวิกฤตร่วมกัน ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ แม้จะยังคงเหลือความเจ็บป่วยอยู่⁵ และยังทำให้สมาชิกเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน รวมทั้งยอมรับความเป็นจริงของชีวิตได้ดีขึ้น⁶ การฟื้นคืนสภาพครอบครัวจึงมีความสำคัญการรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นในครอบครัว

การฟื้นคืนสภาพครอบครัว (family resilience) เป็นความสามารถของครอบครัวในการต้านทานและปรับตัวกับความทุกข์ยากหรือความท้าทายในชีวิตที่ตึงเครียด ทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและมีไหวพริบมากขึ้น⁷ แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh อธิบายว่าการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic)^{8,9} จำเป็นต้องทำความเข้าใจตัวแปรสำคัญที่เอื้อต่อการฟื้นคืนสภาพของแต่ละบุคคลอันส่งผลให้ระบบการทำงานของครอบครัวดีขึ้นและส่งเสริมการปรับตัวในเชิงบวกในบริบทของความทุกข์ยาก^{10,11} แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh มุ่งเน้นไปที่การฟื้นคืนสภาพของครอบครัวในฐานะหน่วยการทำงานแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อในครอบครัว หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการสร้างความหมายของความทุกข์ยาก

2) รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการรักษาความยืดหยุ่น รักษาความสัมพันธ์ และดึงทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคม และ 3) กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการรับมือกับความทุกข์ยากด้วยความชัดเจน สนับสนุนและแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อความทุกข์ยากและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้วยกัน^{5,7-9,11-13} โดยการฟื้นคืนสภาพครอบครัวนั้นต้องอาศัยการโต้ตอบซึ่งกันและกันของปัจจัยทั้งสามอย่างแยกจากกันไม่ได้^{14,15} ตัวอย่างเช่น เมื่อครอบครัวมีบุตรหลานเจ็บป่วยจะต้องเข้าใจและยอมรับสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นผ่านการปรับความคิดความเชื่อของครอบครัวร่วมกับปรับรูปแบบของบทบาทหน้าที่ในการรับมือต่อการเจ็บป่วยของบุตรหลานซึ่งจะต้องคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดให้มากที่สุด โดยระหว่างเผชิญสถานการณ์ร่วมกันครอบครัวจะต้องสื่อสารชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ ทั้งการเจ็บป่วยของบุตรหลานและการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกเพื่อหาทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัวตนเอง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวพบว่า มีการประเมินโดยใช้มาตราส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ดัชนีความเข้มแข็งของครอบครัว (the family hardiness index: FHI) ดัชนีเวลาและกิจวัตรของครอบครัว (the family time and routine index: FTRI) มาตราส่วนประเพณีครอบครัว (the family traditions scale: FTS) ดัชนีการเผชิญปัญหาครอบครัว (the family coping index: FAMCI) และดัชนีการเชื่อมโยงการเผชิญปัญหาครอบครัว (the family coping coherence index: FCCI)¹⁶ แบบสอบถามเหล่านี้วัดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในแง่มุมต่าง ๆ แต่ไม่ครอบคลุมประเด็นโครงสร้างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวทั้งหมด ในขณะที่แบบสอบถามตามแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh พบเพียงแบบสอบถาม Walsh family resilience questionnaire (WFRQ)^{9,18-21} ที่ครอบคลุมลักษณะส่วนใหญ่ของการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและนำเสนอโครงสร้างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่สมบูรณ์กว่าแบบประเมินอื่น ๆ โดยถามถึงการจัดการของครอบครัวกับวิกฤตและความท้าทายที่กำลัง

ดำเนินอยู่ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีการใช้แบบสอบถาม WFRQ สำหรับครอบครัวที่กำลังเผชิญสถานการณ์วิกฤตทั่วไปเท่านั้น โดยไม่ได้เฉพาะเจาะจงสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กและวัยรุ่น เช่น ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศอิตาลี¹⁸ ครอบครัวทหารในประเทศอิหร่าน¹⁹ ครอบครัวนักศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาทั่วไป²⁰ และครอบครัวผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย²¹ อีกทั้งข้อคำถามยังเป็นประโยชน์ที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามอาจเกิดความสับสนหรือไม่เข้าใจคำถามได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและปรับแบบสอบถาม WFRQ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการประเมินและการออกแบบบริการเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

วิธีการ

การศึกษาเพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัด ในผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด ALL ที่คลินิกโรคเลือดและมะเร็งโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและซับซ้อนและรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดและมะเร็งในเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะ เลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยอายุแรกเกิด ถึง 18 ปี และ 3) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โดยการติดประกาศรับสมัครผู้ร่วมวิจัย ณ สถานที่วิจัยจนได้ผู้ร่วมวิจัยครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน จาก 15 ครอบครัว ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ พื้นที่หน่วยสาขาวิชาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (หมายเลข SWUEC-G-002/2564E) และจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (หมายเลข IRB 171/64) รวมถึงทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการที่ลงนามของผู้ร่วมวิจัย พร้อมอธิบายการวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยทุกคนทราบ และผู้ร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้แม้โครงการยังไม่สิ้นสุด โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาของบุตรหลานหรือด้านอื่น ๆ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการรักษาความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลรายบุคคล ผู้ร่วมวิจัยที่มีคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 50 ได้รับการแจ้งข้อมูลกลับและการแนะนำเพื่อเข้ารับคำปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพ

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งพัฒนาจากแบบสอบถาม WFRQ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ศึกษาแนวคิดและแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ได้แก่ แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh⁹ และแบบสอบถาม WFRQ^{9,18-21}

2) กำหนดนิยามปฏิบัติการขององค์ประกอบการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งได้จากการศึกษาแนวคิด เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปนิยามของแต่ละองค์ประกอบให้ครอบคลุมแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh

3) ขออนุญาตผู้พัฒนาเครื่องมือ (Froma Walsh) ในการนำแบบสอบถาม WFRQ มาแปลและปรับให้สอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย ซึ่งได้รับอนุญาตเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2566

4) นำแบบสอบถาม WFRQ ที่มีข้อคำถาม 32 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทย แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ระบบความเชื่อในครอบครัว 13 ข้อ รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว 9 ข้อ และกระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหา

ของครอบครัว 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่จริงที่สุด, 2 ไม่จริง, 3 ไม่แน่ใจ, 4 จริง และ 5 จริงที่สุด

5) ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย เนื่องจากแบบสอบถามต้นฉบับข้อคำถามเป็นรูปแบบวลีหรือประโยคที่ไม่สมบูรณ์ โดยปรับข้อคำถามให้มีทั้งข้อความบวกและลบและครอบคลุมนิยามปฏิบัติการขององค์ประกอบการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ดังตารางที่ 1

6) ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก อาจารย์ด้านสถิติและการสร้างเครื่องมือ และอาจารย์ด้านสังคมวิทยา เพื่อวิพากษ์ข้อคำถามและพิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ คัดเลือกข้อคำถามโดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5^{22,23}

7) นำแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (item-total correlation coefficient) เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าเป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป¹²⁴⁻²⁷ และเป็นข้อคำถามที่สมบูรณ์ครอบคลุมตามโครงสร้างนิยามปฏิบัติการ

8) นำแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ตัดข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 ออกมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)²⁴

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (WFRQ) ที่มีข้อคำถาม 32 ข้อ ที่แปลเป็นภาษาไทยและปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย

ข้อคำถามจากต้นฉบับ		ข้อคำถามที่แปลเป็นภาษาไทย	ข้อคำถามที่ปรับตามบริบท
ระบบความเชื่อในครอบครัว			
1. Family faces distress as a team	ครอบครัวเผชิญกับความทุกข์ร่วมกันเป็นทีม	ครอบครัวเผชิญกับความทุกข์ร่วมกันเป็นทีม	ครอบครัวของฉันร่วมทุกข์ร่วมสุขในดูแลบุตรหลานไปด้วยกัน
2. Distress is common and understandable	ความทุกข์เป็นเรื่องปกติและเข้าใจได้	ความทุกข์เป็นเรื่องปกติและเข้าใจได้	ครอบครัวของฉันเข้าใจว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกเป็นเรื่องปกติที่ครอบครัวต้องเผชิญ
3. Shared effort in managing challenge	แบ่งปันความพยายามในการจัดการกับความท้าทาย	แบ่งปันความพยายามในการจัดการกับความท้าทาย	ครอบครัวของฉันเข้าใจว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติที่เกิดความเครียดได้
4. Try and make sense of stress	พยายามทำความเข้าใจกับความเครียด	พยายามทำความเข้าใจกับความเครียด	ครอบครัวของฉันมีความหวังว่าจะสามารถก้าวผ่านปัญหาไปได้
5. Maintain hopefulness	รักษาความหวังไว้	รักษาความหวังไว้	ครอบครัวของฉันเป็นกำลังใจให้กับและกันในการดูแลบุตรหลาน
6. Encouraging toward each other	เป็นกำลังใจให้กันและกัน	เป็นกำลังใจให้กันและกัน	ครอบครัวของฉันเชื่อมั่นว่าเราจะสามารถดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่
7. Maintain persistence	รักษาความเพียร	รักษาความเพียร	หากฉันดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่แล้วแต่อาการของบุตรหลานทรุดลง ครอบครัวของฉันไม่สามารถยอมรับความจริงได้
8. Have an accepting attitude	มีทัศนคติที่ยอมรับ	มีทัศนคติที่ยอมรับ	ครอบครัวของฉันไม่เคยพุดคุยในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเจ็บป่วยของบุตรหลานด้วยกันเลย
9. Share important values	แบ่งปันคุณค่าที่สำคัญ	แบ่งปันคุณค่าที่สำคัญ	ครอบครัวของฉันมีวิถีชีวิตที่เรียบง่ายในการดูแลบุตรหลานให้ดีขึ้น
10. Use spirituality	ใช้จิตวิญญาณ	ใช้จิตวิญญาณ	ครอบครัวของฉันไม่ได้คิดว่าความเจ็บป่วยจะเป็นแรงบันดาลใจให้เราคิดสิ่งใหม่ ๆ ได้
11. Challenge inspires creativity	ความท้าทายเป็นแรงบันดาลใจให้เกิดความคิดสร้างสรรค์	ความท้าทายเป็นแรงบันดาลใจให้เกิดความคิดสร้างสรรค์	ครอบครัวของฉันไม่เคยสงสัยว่าทุกคนจะต้องปรับตัวในดูแลบุตรหลานอย่างไร
12. Display compassion	แสดงความเห็นอกเห็นใจ	แสดงความเห็นอกเห็นใจ	ครอบครัวของฉันไม่เคยสงสัยว่าทุกคนจะต้องปรับตัวในดูแลบุตรหลานอย่างไร
13. Learn from challenges	เรียนรู้จากความท้าทาย	เรียนรู้จากความท้าทาย	ครอบครัวของฉันไม่เคยสงสัยว่าทุกคนจะต้องปรับตัวในดูแลบุตรหลานอย่างไร
รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว			
14. Flexible when adapting to stress	มีความยืดหยุ่นเมื่อปรับตัวเข้ากับภาวะเครียด	มีความยืดหยุ่นเมื่อปรับตัวเข้ากับภาวะเครียด	ครอบครัวของฉันพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนหน้าที่ของตนเองในการดูแลบุตรหลาน
15. Stable and reliable home environment	สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่มั่นคงและเชื่อถือได้	สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่มั่นคงและเชื่อถือได้	สภาพแวดล้อมในบ้านเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้ครอบครัวสับสน
16. Parental leadership present	ปัจจุบันเป็นผู้นำครอบครัว	ปัจจุบันเป็นผู้นำครอบครัว	ครอบครัวของฉันขาดผู้นำที่สามารถเล็งเห็นและปกป้องสมาชิกได้
17. Reliance on family members	การพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว	การพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว	ครอบครัวของฉันไม่มีใครสนใจในการดูแลบุตรหลานที่กำลังป่วยเลย
18. Respect for individual needs	การเคารพในความต้องการของแต่ละบุคคล	การเคารพในความต้องการของแต่ละบุคคล	ครอบครัวของฉันไม่เข้าใจความต้องการที่แตกต่างกันของสมาชิก
19. Role models are present	มีแบบจำลองบทบาทอยู่	มีแบบจำลองบทบาทอยู่	ครอบครัวของฉันได้รับการยกย่องจากเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และชุมชน
20. Reliance on peers and the community	การพึ่งพาเพื่อนและชุมชน	การพึ่งพาเพื่อนและชุมชน	ครอบครัวฉันไม่มีปัญหาทางการเงิน
21. Financial stability is present	มีเสถียรภาพทางการเงินอยู่แล้ว	มีเสถียรภาพทางการเงินอยู่แล้ว	ครอบครัวของฉันต้องเผชิญกับปัญหาทางการเงิน
22. Community resources are present	มีทรัพยากรชุมชนอยู่	มีทรัพยากรชุมชนอยู่	ครอบครัวของฉันเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลบุตรหลาน จากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลภายในชุมชนได้
กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว			
23. Family members clarify information	สมาชิกในครอบครัวชี้แจงข้อมูล	สมาชิกในครอบครัวชี้แจงข้อมูล	หากมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรหลาน ครอบครัวของฉันจะชี้แจงข้อมูลให้ทุกคนรับทราบอย่างละเอียด
24. Family is clear and consistent in actions	ครอบครัวมีความชัดเจนและสม่ำเสมอในการกระทำ	ครอบครัวมีความชัดเจนและสม่ำเสมอในการกระทำ	ครอบครัวของฉันมีการกระทำที่ไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับคำพูด
25. Family members can express opinions	สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงความคิดเห็นได้	สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงความคิดเห็นได้	สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อบุตรหลานได้
26. Family can share difficult feelings	ครอบครัวสามารถแบ่งปันความรู้สึกเชิงบวก	ครอบครัวสามารถแบ่งปันความรู้สึกเชิงบวก	สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถแสดงความรู้สึกดีใจหรือความรู้สึกเชิงลบได้
27. Share positive feelings	แบ่งปันความรู้สึกเชิงบวก	แบ่งปันความรู้สึกเชิงบวก	สมาชิกในครอบครัวไม่คอยเข้าใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวแสดงความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ
28. Family members display understanding	ครอบครัวร่วมกันแสดงความเข้าใจ	ครอบครัวร่วมกันแสดงความเข้าใจ	สมาชิกในครอบครัวของฉันตัดสินใจในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน
29. Family collaborates in decision making	ครอบครัวร่วมมือกันในการตัดสินใจ	ครอบครัวร่วมมือกันในการตัดสินใจ	ครอบครัวของฉันมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน
30. Goal setting is used	มีการใช้การตั้งเป้าหมาย	มีการใช้การตั้งเป้าหมาย	ครอบครัวของฉันจะใช้เวลาในการเป็นประสบการณ์ในการดูแลบุตรหลานครั้งต่อไป
31. Family learns from mistakes	ครอบครัวเรียนรู้จากความผิดพลาด	ครอบครัวเรียนรู้จากความผิดพลาด	ครอบครัวของฉันไม่สนใจในการป้องกันปัญหาจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน
32. Family plans for the future	แผนครอบครัวสำหรับอนาคต	แผนครอบครัวสำหรับอนาคต	

ผล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนพบว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0 - 1 โดยมี 10 ข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ได้แก่ ด้านระบบความเชื่อในครอบครัว 5 ข้อ ด้านรูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว 1 ข้อ และด้านกระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว 4 ข้อ เนื่องจากมีความหมายซ้ำซ้อนกับข้ออื่น สำหรับข้อที่ไม่ได้ถูกตัดออกมีการปรับคำถามให้ชัดเจนและเข้าใจมากขึ้นจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 1 ครั้ง เช่น การระบุสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานในข้อคำถามและการเปลี่ยนคำปฏิเสธที่ทำให้สับสนเป็นคำอื่นที่กระชับขึ้น คงเหลือข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ 22 ข้อจากต้นฉบับ 32 ข้อ

การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม พบว่าแบบสอบถาม ฉบับ 22 ข้อ มีอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.04 - 0.75 โดยมี 3 ข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 แบ่งเป็นด้านระบบความเชื่อในครอบครัว 2 ข้อ ได้แก่ “หากฉันดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่แล้วแต่อาการของบุตรหลานทรุดลง ครอบครัวของฉันไม่สามารถยอมรับความจริงได้” มีอำนาจจำแนก 0.04 และ “ครอบครัวของฉันเข้าใจว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกเป็นเรื่องปกติที่ต้องเผชิญ” มีอำนาจจำแนก 0.12 และด้านรูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว 1 ข้อ คือ “ครอบครัวฉันไม่มีปัญหาทางการเงิน” มีอำนาจจำแนก 0.19 ซึ่งทั้ง 3 ข้อเป็นคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไปในทิศทางเดียวกัน จึงตัดข้อดังกล่าวออก โดยระหว่างการทดสอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองเนื่องจากปัญหาสายตา ผู้วิจัยจึงเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างประเมินไปที่ละข้อซึ่งไม่มีข้อใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ จึงไม่มีการปรับแก้ข้อคำถามเพิ่มเติม คงเหลือข้อคำถามที่สมบูรณ์ครอบคลุมตามโครงสร้างนิยามปฏิบัติการ 19 ข้อ มีอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.23 - 0.75 การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ฉบับ 19 ข้อ พบว่า แบบสอบถามมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84 ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษาแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวครั้งนี้ศึกษาในมิติของกระบวนการและคุณลักษณะเชิงบวกของครอบครัวที่เผชิญในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน และกำหนดนิยามปฏิบัติการขององค์ประกอบการฟื้นคืนสภาพครอบครัว พร้อมทั้งขออนุญาตผู้พัฒนา WFRQ ในการนำมาแปลและปรับให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษา โดยข้อคำถามต้นฉบับมี 32 ข้อ พบว่าแต่ละข้อเป็นรูปแบบวลีหรือรูปประโยคที่ไม่สมบูรณ์ มีคำศัพท์ทางวิชาการ และไม่มีข้อคำถามเชิงลบหรือปฏิเสธ เช่น ข้อ 10 “ใช้จิตวิญญาณ (use spirituality)” ข้อ 13 “เรียนรู้จากความท้าทาย (learn from challenges)” ข้อ 17 “การพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว (reliance on family members)” และข้อ 22 “มีทรัพยากรชุมชนอยู่ (community resources are present)” อาจทำให้เกิดความสับสนขณะทำแบบสอบถามและส่งผลต่อการประเมินที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้แก้ไขคำที่เข้าใจยากและปรับปรุงประโยคให้มีประธานโดยระบุเจาะจงไปที่ครอบครัวของผู้ตอบ และเพิ่มส่วนขยายเพื่อแสดงถึงการกระทำหรือระบุบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานเข้าไปในข้อคำถาม เช่น ข้อ 10 แก้ไขเป็น “ครอบครัวของฉันมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการดูแลบุตรหลานให้ดีขึ้น” ข้อ 13 แก้ไขเป็น “ครอบครัวของฉันไม่คิดว่าการเจ็บป่วยของบุตรหลานจะทำให้เราได้เรียนรู้อะไร” ข้อ 17 แก้ไขเป็น “ครอบครัวของฉันไม่มีใครสนใจในการดูแลบุตรหลานที่กำลังป่วยเลย” และข้อ 22 แก้ไขเป็น “ครอบครัวของฉันเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลบุตรหลานจากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลภายในชุมชนได้” เมื่อปรับข้อคำถามให้ชัดเจนโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางวิชาการ และมีการสร้างข้อคำถามปฏิเสธให้สมดุลกับข้อคำถามเชิงบวก ซึ่งไม่มีประโยคปฏิเสธซ้อนปฏิเสธ ทำให้ผู้ตอบอ่านคำถามอย่างละเอียด สามารถเข้าใจคำถามแต่ละข้อ และตอบได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสร้างข้อคำถามของเครื่องมือวิจัยที่ดี เช่น ข้อคำถามต้องครอบคลุมเนื้อหา ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

ตารางที่ 2 ค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ฉบับ 19 ข้อ

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความเชื่อมั่นรวม
รวมทั้งฉบับ		0.84
ระบบความเชื่อในครอบครัว		
ข้อ 1. ครอบครัวของฉันพูดคุยถึงวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลบุตรหลานที่ป่วยร่วมกัน	0.43	
ข้อ 2. ครอบครัวของฉันไม่เคยพูดคุยในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเจ็บป่วยของบุตรหลาน	0.56	
ข้อ 3. ครอบครัวของฉันเป็นกำลังใจให้กันและกันในการดูแลบุตรหลาน	0.75	
ข้อ 4. ครอบครัวของฉันมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการดูแลบุตรหลานให้ดีขึ้น	0.75	
ข้อ 5. ครอบครัวของฉันมีความหวังว่าจะเราสามารถก้าวผ่านปัญหาไปได้	0.57	
ข้อ 6. ครอบครัวของฉันเชื่อมั่นว่าเราจะพยายามดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่	0.34	
รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว		
ข้อ 7. ครอบครัวของฉันพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนหน้าที่ของตนเองในการดูแลบุตรหลาน	0.69	
ข้อ 8. ครอบครัวของฉันขาดผู้นำที่สามารถเลี้ยงดูและปกป้องสมาชิกได้	0.32	
ข้อ 9. ครอบครัวของฉันไม่เข้าใจความต้องการที่แตกต่างกันของสมาชิก	0.46	
ข้อ 10. ครอบครัวของฉันมีการกำหนดกฎระเบียบและหน้าที่ภายในครอบครัว	0.44	
ข้อ 11. ครอบครัวของฉันได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และชุมชน	0.23	
ข้อ 12. ครอบครัวของฉันไม่มีใครสนใจในการดูแลบุตรหลานที่กำลังป่วยเลย	0.52	
ข้อ 13. ครอบครัวของฉันเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลบุตรหลาน จากหน่วยงานหรือโรงพยาบาล	0.31	
ภายในชุมชนได้		
กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว		
ข้อ 14. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรหลาน ครอบครัวของฉันจะชี้แจงข้อมูลให้ทุกคนรับทราบอย่างละเอียด	0.24	
ข้อ 15. ครอบครัวของฉันจะใช้ความผิดพลาดที่ผ่านมาเป็นประสบการณ์ในการดูแลบุตรหลานครั้งต่อไป	0.43	
ข้อ 16. สมาชิกในครอบครัวของฉันตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน	0.60	
ข้อ 17. ครอบครัวของฉันไม่เคยเข้าใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดเห็นความรู้สึกต่าง ๆ	0.44	
ข้อ 18. ครอบครัวของฉันมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน	0.45	
ข้อ 19. ครอบครัวของฉันมีแผนสำรองในการป้องกันปัญหาจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน	0.50	

ถามให้ตรงกับเรื่องที่ต้องการให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการถามหลายประเด็นในข้อเดียวกัน ไม่มีประโยชน์ปฏิเสธข้อปฏิเสธและควรผสมผสานทั้งข้อคำถามเชิงบวกและลบหรือข้อความตรงกันข้ามไว้²⁸⁻³²

การตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อวิพากษ์ข้อคำถามและพิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ พบว่ามี 10 ข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 เนื่องจากข้อคำถามที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วมีความหมายใกล้เคียงกับข้ออื่นและไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการประเมิน³³ และมีการปรับข้อคำถามที่เหลืออยู่ 22 ข้อให้ชัดเจนและเข้าใจมากขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 30 คน พบว่า มีข้อคำถาม 3 ข้อที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมต่ำกว่า 0.20 ได้แก่ “หากฉันดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่แล้วแต่อาการของบุตรหลานทรุดลง ครอบครัวของฉันไม่สามารถยอมรับความจริงได้” “ครอบครัวของฉันเข้าใจว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกเป็นเรื่องปกติที่ต้องเผชิญ” และ “ครอบครัวฉันไม่มีปัญหาทางการเงิน” ทั้ง 3 ข้อเป็นคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไปในทิศทางเดียวกัน แสดงให้เห็นถึงบริบทสถานการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถามในภาพรวมที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถยอมรับอาการทรุดลงของบุตรหลานได้ มองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลาน

ไม่ควรเกิดขึ้นกับครอบครัวของตน และการเจ็บป่วยของบุตรหลานครั้งนี้ทุกครอบครัวมองว่าส่งผลกระทบต่อการเงิน อีกทั้งยังเป็นคำถามที่กำกวมระหว่างความรู้สึกและข้อเท็จจริง เช่น ทั้งกลุ่มที่มีคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสูงและต่ำตอบคำถามข้อนี้ว่ามีปัญหาทางการเงินในระดับที่ใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ปกครองได้อย่างแม่นยำ³⁴ อาจเนื่องจากบริบทของไทยที่ล้อมตนหากตอบว่าตนเองไม่มีปัญหาทางการเงินอาจเป็นการโอ้อวด อย่างไรก็ตามการพัฒนาแบบสอบถามนี้ในอนาคตอาจปรับข้อคำถามนี้เป็นการสอบถามข้อเท็จจริง เช่น ครอบครัวของฉันไม่มีการยืมหรือกู้เงินจากบุคคลอื่นในการดูแลบุตรหลานที่ป่วย

แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พัฒนาขึ้น โดยมีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 19 ข้อนี้ มีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84 ซึ่งต่ำกว่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม WFRQ ในการศึกษาของ Rocchi และคณะ¹⁸ ที่มีค่า 0.94 การศึกษาของ Duncan และคณะ²⁰ ที่มีค่า 0.94 และการศึกษาของวันเพ็ญ มานะเจริญ²¹ ที่มีค่า 0.93 แต่สูงกว่าการศึกษาของ Karaminia และคณะ¹⁹ ที่มีค่า 0.70 อย่างไรก็ตาม แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่อยู่เกณฑ์ที่ยอมรับได้³⁵

การศึกษานี้พบว่าแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสอดคล้องกับบริบทที่เป็นจริง³⁶ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อย่างไรก็ตามแบบสอบถามในการศึกษานี้ถูกพัฒนาเพื่อใช้ในบริบทของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การนำไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ อาจจำเป็นต้องปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากลักษณะอาการ ลักษณะการดูแลพยาบาลโรค รวมไปถึงมุมมองต่อโรคและการรักษาอาจมีความแตกต่างกันไป โดยในอนาคตควรมีการศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ รวมทั้งครอบครัวที่เผชิญสถานการณ์อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบข้อคำถามและ

ค่าความเชื่อมั่นระหว่างแบบสอบถาม นอกจากนี้ควรศึกษาความสอดคล้องขององค์ประกอบการฟื้นคืนสภาพครอบครัวระหว่างแบบสอบถามนี้กับแบบสอบถามใกล้เคียง¹⁶ และการวิเคราะห์หาค่าปกติและคะแนนจุดตัด (cut-off score) ของคนไทย เพื่อให้สามารถเป็นเครื่องมือในการคัดกรองและประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

สรุป

แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พัฒนาในการศึกษานี้มีข้อคำถาม 19 ข้อ มีอำนาจจำแนก 0.23 - 0.75 และค่าความเชื่อมั่น 0.84 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยมีการปรับข้อคำถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถประเมินคะแนนด้วยตนเอง แบบสอบถามนี้สามารถประเมินการตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบันของครอบครัว การเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วย และแนวทางการปรับตัวกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปเป็นแนวทางการพัฒนาการจัดการทางจิตสังคมให้กับครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565 สัญญาทุนเลขที่ 2565/D06

เอกสารอ้างอิง

1. Cancer Registry Unit, National Cancer Institute Thailand. Cancer in Thailand vol. IX, 2013-2015. Bangkok: New Thammasa Press; 2018.
2. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. สถิติข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็ง อายุระหว่างแรกเกิด ถึง 15 ปี [Statistics on individuals receiving cancer treatment between birth and 15 years old] [ซีดีรอม]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล; 2562.
3. บุขกร พันธเมธาฤทธิ์, อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์, พิสมัย วัฒนสิทธิ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง: ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ต่างกันหรือไม่ [Quality of life of children with cancer: do caregivers perceive differently?]. สงขลา นครินทร์เวชสาร. 2556;31(3):123-35.

4. Gordon J. An evidence-based approach for supporting parents experiencing chronic sorrow. *Pediatr Nurs*. 2009;35(2):115-9.
5. Walsh F. Family resilience: strengths forged through adversity. 4th ed. New York: Guilford Press; 2012.
6. Sukcharoen P, Sakunpong N, Sripa K. Effectiveness of transformative learning on spirituality in palliative care among nursing students: a mixed methods study. *The Journal of Behavioral Science*. 2020;15(3):19-33.
7. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process*. 2003;42(1):1-18. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x.
8. Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge. *Fam Process*. 1996;35(3):261-81. doi:10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x.
9. Walsh F. Strengthening family resilience. 3rd ed. New York: Guilford publications; 2015.
10. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71(3):543-62. doi:10.1111/1467-8624.00164.
11. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. *Eur J Dev Psychol*. 2016;13(3): 313-24. doi:10.1080/17405629.2016.1154035.
12. Walsh F. Facilitating family resilience: relational resources for positive youth development in conditions of adversity. In: Ungar M, editor. *The social ecology of resilience*. New York: Springer; 2012. p. 173-85.
13. Walsh F. Applying a family resilience framework in training, practice, and research: mastering the art of the possible. *Fam Process*. 2016;55(4):616-32. doi:10.1111/famp.12260.
14. Tedeschi RG, Calhoun LG. Target article: “posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence”. *Psychological Inquiry*. 2004;15(1):1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01.
15. Tedeschi RG, Kilmer RP. Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Prof Psychol Res Pr*. 2005;36(3):230-7. doi:10.1037/0735-7028.36.3.230.
16. McCubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. Family assessment: resiliency, coping and adaptation: inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin Publishers; 1996.
17. Walsh F. The “new normal”: diversity and complexity in 21st century family. In: Walsh F, editor. *Normal family processes*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2012. p. 4-27.
18. Rocchi S, Ghidelli C, Burro R, Vitacca M, Scalvini S, Della Vedova AM, et al. The Walsh family resilience questionnaire: the Italian version. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:2987-99. doi:10.2147/NDT.S147315.
19. Karaminia R, Haji MD, Salimi SH, Ahmadi Tahour MA. Translation and validation of the “Walsh family resilience questionnaire” for Iranian families. *Int J Behav Sci*. 2018;12(2):48-52.
20. Duncan JM, Garrison ME, Killian TS. Measuring family resilience: evaluating the Walsh family resilience questionnaire. *The Family Journal*. 2021;29(1):80-5. doi:10.1177/1066480720956641.
21. วันเพ็ญ มานะเจริญ, เพ็ญนภา กลุณภาดล, วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์. การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการปรึกษาคณะกรรมการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา [A study and development of family resilience of patients with cerebrovascular disease through assimilative integrate family counseling]. *วารสารกองการพยาบาล*. 2560;44(1):62-81.
22. อรุณ ศรีสะอาด. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวัดผลโดยผู้เชี่ยวชาญ [Verification of the accuracy of measurement instruments by experts]. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 2538;1(1): 45-9.
23. สุนทรียา สุวรรณโคตร, อรุณ ศรีสะอาด. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาครูในศตวรรษที่ 21 [The construct validity varification of learning skills indicators of student teachers in 21st century model]. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 2560;23(2):211-20.

24. สุวิมล ติรภานันท์. การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ [Creating measurement instruments for social science research: practical guidelines]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
25. กรุณา จันทุม. การสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประเภทสเกล [Health-related quality of life measurement scale: guide to development]. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560;24(3):11-21.
26. Ebel RL. Estimation of the reliability of ratings. *Psychometrika*. 1951;16(4):407-24. doi:10.1007/BF02288803.
27. Ebel RL, Frisbie DA. Essentials of educational measurement. 5th ed. New Jersey: Englewood Cliffs; 1972.
28. Wong N., Rindfleisch A, Burroughs JE. Do reverse-worded items confound measures in cross-cultural consumer research? The case of the material values scale. *J Consum Res*. 2003;30(1):72-91. doi:10.1086/374697.
29. สุวิมล ติรภานันท์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ [Research methods in the social sciences: a guide to practice]. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
30. วรณี แกมเกตุ. วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ [Research methodology in behavioral sciences]. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
31. ประสาท เนืองเฉลิม. วิจัยการเรียนการสอน [Teaching and learning research]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัททวีพริน (1991) จำกัด; 2556.
32. ไพศาล วรคำ. การวิจัยทางการศึกษา [Educational research]. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ตักศิลาการพิมพ์; 2559.
33. พิเชษฐ ตัณฑวนิช, พนา จินดาศรี. ความหมายที่แท้จริงของค่า IOC [The real meaning of IOC]. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2561;24(2):3-12.
34. จิตติรัตน์ แสงเลิศจุฑ. คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย [The quality of the instruments used in the research]. วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. 2560;7(1):1-15.
35. Nunnally JC. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill Book Company; 1978.
36. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี

วันรับ : 5 สิงหาคม 2566

วันแก้ไข : 5 ธันวาคม 2566

วันตอบรับ : 7 ธันวาคม 2566

มนัสวี สิงห์โท¹, กมลนัท ม่วงยิ้ม, ปร.ด.², เศชา วรรณพาทูล, ปร.ด.²,

กมล อาจดี, ปร.ด.², ภัทรวดี รุจิพิชชาพร¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี¹,

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบุคคล แรงจูงใจอาสา และคุณภาพชีวิตในการทำงาน

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใน อสม. ชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคล แรงจูงใจอาสา คุณภาพชีวิตในการทำงาน และภาวะหมดไฟจากการปฏิบัติงานของ Maslach นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผล : ตัวอย่างทั้งหมด 168 คน มีภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ภาวะหมดไฟด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ของการทำงาน และครึ่งหนึ่งพึงพอใจในคุณภาพชีวิตการทำงาน ความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงาน การลดความเป็นบุคคลมีความสัมพันธ์กับการมีอาชีพหลักในปัจจุบัน ขณะที่การลดความสำเร็จส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับรายได้ต่อเดือนของครอบครัวและมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงจูงใจอาสาและคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงาน

สรุป : ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อสม. ชุมชนเมืองมีความรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จในการทำงาน แม้รับรู้ถึงประโยชน์ของการทำงานอาสาสมัคร ควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน โดยเฉพาะด้านทักษะและทรัพยากรในการปฏิบัติงาน สัมพันธภาพกับเครือข่ายและชุมชน และความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว เพื่อป้องกันและลดภาวะหมดไฟจากการปฏิบัติงานอาสาสมัคร

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงาน, โควิด 19, ภาวะหมดไฟ, แรงจูงใจอาสา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : กมลนัท ม่วงยิ้ม; e-mail: Kamonlnut@scphc.ac.th

Original Article

Factors associated with burnout syndrome among village health volunteers during COVID-19 pandemic in an urban area of Chonburi province

Received : 5 August 2023

Revised : 5 December 2023

Accepted : 7 December 2023

Manusavee Singho¹, Kamonlnat Muangyim, Ph.D.²,Decha Wunnaphool, Ph.D.², Kamon Arjdee, Ph.D.²,Phattharawadee Ruchiphitchaphon¹Sirindhorn College of Public Health, Chonburi Province¹,Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Prabromarajchanok Institute²

Abstract

Objective: To estimate the level and identify associated factors, including volunteer motivation and work life quality, of burnout among village health volunteers (VHVs).

Methods: A cross-sectional study was employed among VHVs, selected by systematic random sampling, at a sub-district health promotion hospital in Chonburi province in December 2022. Questionnaires included sociodemographics, volunteer motivation scale, work life quality scale, and adapted Maslach burnout inventory. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: A total of 168 respondents were found to have low levels of emotional exhaustion and depersonalization while having a high level of reduced personal accomplishment. Most of them perceived the benefits of working as a volunteer, while only half were satisfied with their work life quality. Emotional exhaustion was negatively correlated with work life quality. Depersonalization was associated with the presence of current primary occupation. Reduced personal accomplishment was associated with monthly family income and negatively correlated with volunteer motivation and work life quality.

Conclusion: During the COVID-19 pandemic, VHVs in an urban community experience a lack of fulfillment in voluntary tasks despite awareness of the value of their work. There should be promotion of quality of life at work, especially in terms of essential skills and resources, relationships with networks and communities, and work-life balance, to prevent and reduce burnout from volunteer work.

Keywords: burnout, COVID-19, village health volunteer, volunteer motivation, work life quality

Corresponding author: Kamonlnat Muangyim; e-mail: Kamonlnut@scphc.ac.th

ความรู้เดิม : ภาวะหมดไฟในการทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน ความไม่ปลอดภัยในงาน ภาระงานที่มากเกินไป ความขัดแย้งในการทำงาน และการได้รับผลตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับงาน

ความรู้ใหม่ : ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อสม. ในชุมชนเมืองรู้สึกท้อแท้และไม่ประสบความสำเร็จแม้รับรู้ถึงประโยชน์ของงานที่ทำ ภาวะหมดไฟของ อสม. มีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัว การมีอาชีพหลัก การรับรู้ประโยชน์จากการทำงานอาสาสมัครทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการพัฒนาศักยภาพ ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาตนเองเพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การส่งเสริมความสมดุลระหว่างการปฏิบัติงานกับชีวิตส่วนตัว การส่งเสริมการสนับสนุนจากสังคม เช่น การจัดกิจกรรมร่วมกับชุมชน เพื่อเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดี และการสร้างขวัญกำลังใจที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานของ อสม.

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตทั้งในด้านครอบครัว การพักผ่อน และการทำงาน โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานบริการสาธารณสุขที่ต้องปรับรูปแบบการทำงานและการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การเผชิญสถานการณ์ความเครียดขณะปฏิบัติงานอาจส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงานที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพหรือการเข้ารับบริการสุขภาพตามประกาศขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการ ได้แก่

ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดความเป็นบุคคล (depersonalization) และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (reduced personal accomplishment)¹ เป็นความรู้สึกภายในของบุคคลที่อาจมีการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น ความรู้สึกอ่อนเพลียและการมีทัศนคติในทางลบต่อตนเอง ผู้อื่น งาน และองค์กร ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการทำงานด้านสาธารณสุข คือ แรงจูงใจอาสา (volunteer motivation) เป็นแรงจูงหรือประโยชน์ภายในที่ผลักดันให้บุคคลตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครและทำงานอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง² อย่างไรก็ตามการที่อาสาสมัครจะรู้สึกมีพลัง มีคุณค่า มีความรู้สึกดีกับงานที่ปฏิบัติ และอยากปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้อื่นนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตการทำงาน (quality of work life) เช่น ความสมดุลของชีวิตและการทำงาน สถานที่และบรรยากาศในการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและองค์กร และค่าตอบแทนที่เหมาะสม³ การรับรู้และความเข้าใจความต้องการของบุคลากรในหน่วยงานจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรตลอดจนประสิทธิภาพของหน่วยงาน

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพภาคประชาชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพในการส่งเสริมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และเป็นด่านหน้าในการรับมือกับสถานการณ์สุขภาพ⁴ ปี พ.ศ. 2563 มีการผลักดันนโยบายพัฒนาระบบสวัสดิการ อสม. ด้วยการขับเคลื่อนจัดตั้งสมาคมอปนกิจสงเคราะห์และช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้กับ อสม. เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงและเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม.⁵ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ที่ทำงานบริการด้านสาธารณสุขเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหมดไฟ⁶ การวิเคราะห์ฐานข้อมูล mental health check in (MHCI) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประมาณ 1 ใน 8 คนมีภาวะหมดไฟ โดยเฉพาะ

ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2565 พบภาวะหมดไฟถึงร้อยละ 18.4⁷ เนื่องจากระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นั้น อสม. ยังคงต้องปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน ทั้งยังต้องเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีและแนวทางใหม่ในการลงพื้นที่ตรวจคัดกรองและต้องปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงาน (new normal) โดยเฉพาะการเว้นระยะห่างในการเข้าสังคมเพื่อชะลอการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งส่งผลให้เข้าถึงประชากรเป้าหมายยากขึ้น

ในปลายปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอนรายแรก จากนั้นมียอดผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอไมครอนสูงขึ้นและเริ่มเข้ามาแทนที่สายพันธุ์เดลตาเนื่องจากสายพันธุ์โอไมครอนมีการติดเชื้อเร็วและแพร่กระจายได้มากกว่า ส่งผลให้ไ้ยยอดผู้ป่วยพุ่งขึ้นหลักหมื่นต่อวัน ข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรีพบว่า ผู้ติดเชื้อสะสมมีจำนวนสูงขึ้นจาก 27 คนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 145,888 คนในปี พ.ศ. 2564⁸ ซึ่งในสถานการณ์โรคอุบัติใหม่นี้สะท้อนถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นของ อสม. ในการสำรวจและคัดกรองชุมชนท่ามกลางความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรค การศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับภาวะหมดไฟ แรงจูงใจ คุณภาพชีวิตในการทำงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี

วิธีการ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยสุ่มเจาะจงตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง ซึ่งมีทั้งหมด 355 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่ทราบขนาดประชากรแน่นอน⁹ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

กำหนดประชากรทั้งหมด (N) เท่ากับ 355; Z = 1.96; d = 0.05; p = 0.43; q = 0.57 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 168 คน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ มีสถานภาพปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2565 มีประสบการณ์การเป็น อสม. 5 ปีขึ้นไป (นับถึงวันเก็บข้อมูล) และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทย สุ่มตัวอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทั้งหมด และหาอัตราส่วน (k) ระหว่างจำนวนประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จากสูตร¹⁰

$$k = \frac{N}{n}$$

ดังนั้นประชากรทุก 2 คน จะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน โดยกำหนดสมาชิกคนแรกของการสุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากสมาชิก 2 คนแรก จากนั้นสุ่มเลือกแบบคนเว้นคนจนครบ และจัดทำบัญชีรายชื่อสำรองไว้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อจริงไม่มาในวันที่ยกพื้นที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีอาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวนปีที่เป็น อสม. จำนวนครัวเรือนที่ดูแล หน้าที่อื่นในชุมชน และภาวะสุขภาพ

2) แบบสอบถามภาวะหมดไฟจากการปฏิบัติงานของ อสม. ของมนัสพงษ์ มาลา¹¹ ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานฉบับภาษาอังกฤษของ Maslach (Maslach burnout inventory: MBI)¹² มี 22 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ การลดความเป็นบุคคล 5 ข้อ และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ มีเกณฑ์การกำหนดคะแนนเพื่อแบ่งระดับภาวะหมดไฟในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับต่ำ 0 - 16 คะแนน ระดับปานกลาง 17 - 26

คะแนน และระดับสูง 27 - 54 คะแนน ด้านการลดความเป็นบุคคล ระดับต่ำ 0 - 6 คะแนน ระดับปานกลาง 7 - 12 คะแนน และระดับสูง 13 - 30 คะแนน และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับต่ำ 39 - 48 คะแนน ระดับปานกลาง 32 - 38 คะแนน และระดับสูง 0 - 31 คะแนน

3) แบบสอบถามแรงจูงใจอาสา ของศศิมา ยอดทหาร และวัลลภรัตน์ พบศิริ¹³ มี 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ประโยชน์ด้านร่างกาย 3 ข้อ ประโยชน์ด้านจิตใจ 3 ข้อ และประโยชน์ด้านสังคม 3 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จัดกลุ่มระดับแรงจูงใจอาสาแต่ละด้านตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดี หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม ระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนเต็ม และระดับต่ำ หมายถึง ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงาน ของศศิมา ยอดทหาร และวัลลภรัตน์ พบศิริ¹³ มี 15 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน 3 ข้อ การพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน 3 ข้อ การปฏิบัติงานกับชีวิตส่วนตัว 3 ข้อ ความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และผลประโยชน์ตอบแทน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จัดกลุ่มระดับคุณภาพชีวิตการปฏิบัติงานแต่ละด้านตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดี หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม ระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนเต็ม และระดับต่ำ หมายถึง ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา (face validity) โดย อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่ อสม. รพ.สต. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ โดยอ่านข้อคำถามเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับบริบทความเข้าใจข้อคำถาม และความรู้สึกซับซ้อนใจจากข้อคำถาม ผู้วิจัยจึงทำการปรับเปลี่ยนคำให้ตรงกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง โดยปรับเปลี่ยนคำถามในแบบสอบถามภาวะหมดไฟข้อที่ 9

จากคำว่า “ฉัน” เป็น “ท่าน” และในแบบสอบถามคุณภาพชีวิตข้อที่ 6 เพิ่มคำว่า “การใช้ชีวิตประจำวัน” เมื่อปรับปรุงเรียบร้อยแล้วจึงนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นในพื้นที่ใกล้เคียงอำเภอเมือง กับ อสม. รพ.สต. อีกแห่งหนึ่งจำนวน 30 คน ด้วยวิธีคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานของ อสม. เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามแรงจูงใจอาสาในการปฏิบัติงานของ อสม. เท่ากับ 0.90 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของ อสม. เท่ากับ 0.70

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นให้ผู้ที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนการทำแบบสอบถาม และให้ส่งคืนเมื่อตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ใช้เวลาเก็บข้อมูลต่อคน 15 - 20 นาที

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) มัธยฐาน (median) และพิสัย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติแบบนอนพารามेटริก (nonparametric statistics) ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) แบ่งระดับความสัมพันธ์เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในระดับสูง 0.81 - 1.00 ระดับปานกลาง 0.51 - 0.80 ระดับต่ำ 0.21 - 0.50 และระดับต่ำมาก 0.00 - 0.20¹⁵ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เอกสารหมายเลข 2022/S28 รับรองวันที่ 8 ธันวาคม 2565

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 168 คน ร้อยละ 82.7 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 63 ปี (SD = 9.30) ร้อยละ 49.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 88.1 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา

ร้อยละ 64.3 มีอาชีพประจำ ร้อยละ 42.9 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 69.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69.0 มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และร้อยละ 63.1 รับผิดชอบครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 6 - 10 คน ดังตารางที่ 1

ร้อยละ 98.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 1.2 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 1.78 (SD = 3.31) ร้อยละ 95.2 มีภาวะหมดไฟด้านการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาร้อยละ 3.6 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 1.45 (SD = 2.69) ร้อยละ 51.2 มีภาวะหมดไฟด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง รองลงมาร้อยละ 25.6 อยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 21.26 (SD = 14.51) และมีฐานเท่ากับ 18 (พิสัย 0 - 48) ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะหมดไฟจากการปฏิบัติงานด้วย chi-square test พบว่า การมีอาชีพหลักในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟด้านการลดความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟด้านการลดความเป็นสำเร็จบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

การสำรวจแรงจูงใจอาสา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.4 รับรู้ประโยชน์ด้านร่างกายอยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 19.0 อยู่ในระดับปานกลาง อสม. ร้อยละ 75.6 รับรู้ประโยชน์ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 22.6 อยู่ในระดับปานกลาง และ อสม. ร้อยละ 69.6 รับรู้ประโยชน์ด้านสังคมอยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 30.4 อยู่ในระดับปานกลาง ในภาพรวม อสม. ร้อยละ 76.2 มีแรงจูงใจอาสาโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 38.43 (SD = 5.01)

การสำรวจคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า อสม. ร้อยละ 48.8 รับรู้สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการทำงานในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 45.8 ในระดับดี และร้อยละ 5.4 อยู่ในระดับต่ำ อสม. ร้อยละ 62.5 ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 35.1 อยู่ใน

ระดับปานกลาง และร้อยละ 2.4 อยู่ในระดับต่ำ อสม. ร้อยละ 70.8 เห็นว่าสมคณการปฏิบัติงานกับชีวิตส่วนตัวอยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 25.0 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 4.2 อยู่ในระดับต่ำ อสม. ร้อยละ 63.7 มีความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 35.1 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.6 อยู่ในระดับต่ำ และ อสม. ร้อยละ 58.3 ได้รับผลประโยชน์ตอบแทนอยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 36.9 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 4.8 อยู่ในระดับต่ำ ในภาพรวม อสม. ร้อยละ 50.6 มีคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 60.35 (SD = 7.639)

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ความสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานกับแรงจูงใจอาสาและคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานพบว่า ภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานโดยรวม ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และด้านการปฏิบัติงานกับชีวิตส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะหมดไฟด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงจูงใจอาสาโดยรวม ด้านประโยชน์ด้านร่างกาย ด้านประโยชน์ด้านจิตใจ และด้านประโยชน์ด้านสังคม และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานโดยรวม ด้านการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ด้านการปฏิบัติงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การประเมินภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานของ อสม. ในชุมชนเมืองระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะหมดไฟด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่แม้มีความสมัครใจปฏิบัติหน้าที่ อยากรช่วยเหลือผู้อื่นและชุมชน และได้รับประโยชน์จากการเป็นอาสาสมัคร แต่อาจมีความรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จในการทำงานหรือยัง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล (n = 168)

	จำนวน (ร้อยละ)	ความอ่อนล้าทางอารมณ์			การลดความเป็นบุคคล			การลดความสำเร็จส่วนบุคคล		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
เพศ										
ชาย	29 (17.3)	28 (96.6)	1 (3.4)	0 (0.0)	38 (96.6)	1 (3.4)	0 (0.0)	8 (27.6)	8 (27.6)	13 (44.8)
หญิง	139 (82.7)	138 (99.3)	1 (0.7)	0 (0.0)	132 (95.0)	5 (3.6)	2 (1.4)	35 (25.2)	31 (22.3)	73 (52.5)
อายุ (ค่าเฉลี่ย 63 ปี, SD = 9.30)										
33 - 50 ปี	18 (10.7)	18 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (16.7)	6 (33.3)	9 (50.0)
51 - 67 ปี	98 (58.3)	97 (99.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	92 (93.9)	4 (4.1)	2 (2.0)	27 (27.6)	21 (21.4)	50 (51.0)
68 - 84 ปี	52 (31.0)	51 (98.1)	1 (1.9)	0 (0.0)	50 (96.2)	2 (3.8)	0 (0.0)	13 (25.0)	12 (23.1)	27 (51.9)
สถานภาพสมรส										
โสด	37 (22.0)	36 (97.3)	1 (2.7)	0 (0.0)	35 (94.6)	2 (5.4)	0 (0.0)	9 (24.3)	6 (16.2)	22 (59.5)
สมรส/อยู่ด้วยกัน	83 (49.4)	82 (98.8)	1 (1.2)	0 (0.0)	79 (95.2)	3 (3.6)	1 (1.2)	22 (26.5)	20 (24.1)	41 (49.4)
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	48 (28.6)	48 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	46 (95.8)	1 (2.1)	1 (2.1)	12 (25.0)	13 (27.1)	23 (47.9)
ระดับการศึกษา										
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้น	148 (88.1)	147 (99.3)	1 (0.7)	0 (0.0)	141 (95.3)	6 (4.1)	1 (0.7)	36 (24.3)	37 (25.0)	75 (50.7)
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	20 (11.9)	19 (95.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	19 (95.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	7 (35.0)	2 (10.0)	11 (55.0)
อาชีพหลักในปัจจุบัน										
มีอาชีพประจำ	108 (64.3)	106 (98.1)	2 (1.9)	0 (0.0)	106 (98.1)	1 (0.9)	1 (0.9)	23 (21.3)	24 (22.2)	61 (56.5)
ไม่มีอาชีพประจำ	60 (35.7)	60 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	54 (90.0)	5 (8.3)	1 (1.7)	20 (33.3)	15 (25.0)	25 (41.7)
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)										
(ค่าเฉลี่ย 7,172 บาท, SD = 6,050.68)										
น้อยกว่า 5,000	72 (42.9)	71 (98.6)	1 (1.4)	0 (0.0)	65 (90.3)	5 (6.9)	2 (2.8)	22 (30.6)	11 (15.3)	39 (54.2)
5,000 - 10,000	62 (36.9)	61 (98.4)	1 (1.6)	0 (0.0)	61 (98.4)	1 (1.6)	0 (0.0)	9 (14.5)	19 (30.6)	34 (54.8)
10,000 บาทขึ้นไป	34 (20.2)	34 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (35.3)	9 (26.5)	13 (38.2)
สภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว										
พอใช้จ่าย	107 (63.7)	106 (99.1)	1 (0.9)	0 (0.0)	101 (94.4)	4 (3.7)	2 (1.9)	24 (22.4)	27 (25.2)	56 (52.3)
ไม่พอใช้	61 (36.3)	60 (98.4)	1 (1.6)	0 (0.0)	59 (96.7)	2 (3.3)	0 (0.0)	19 (31.1)	12 (19.7)	30 (49.2)
จำนวนปีในการเป็น อสม. (ค่าเฉลี่ย 17 ปี, SD = 6.81)										
5 - 25 ปี	154 (91.7)	152 (98.7)	2 (1.3)	0 (0.0)	147 (95.5)	5 (3.2)	2 (1.3)	40 (26.0)	37 (24.0)	77 (50.0)
21 - 45 ปี	14 (8.3)	14 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (92.9)	1 (7.1)	0 (0.0)	3 (21.4)	2 (14.3)	9 (64.3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล (n = 168) (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)	ความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน (ร้อยละ)			การลดความเป็นบุคคล จำนวน (ร้อยละ)			การลดความเล้ารักส่วนบุคคล จำนวน (ร้อยละ)		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
จำนวนครัวเรือนที่ดูแล (ค่าเฉลี่ย 8 ครัวเรือน, SD = 3.58)										
1 - 5 ครัวเรือน	47 (28.0)	46 (97.9)	1 (2.1)	0 (0.0)	43 (91.5)	3 (6.4)	1 (2.1)	13 (27.7)	10 (21.3)	24 (51.1)
6 - 10 ครัวเรือน	106 (63.1)	105 (99.1)	1 (0.9)	0 (0.0)	104 (98.1)	2 (1.9)	0 (0.0)	22 (20.8)	26 (24.5)	58 (54.7)
11 ครัวเรือนขึ้นไป	15 (8.9)	15 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (85.8)	1 (7.1)	1 (7.1)	8 (57.1)	3 (14.3)	4 (28.6)
การปฏิบัติหน้าที่อื่นในชุมชนกรรมการชุมชน										
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน	59 (35.1)	59 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	57 (96.6)	1 (1.7)	1 (1.7)	14 (23.7)	9 (15.3)	36 (61.0)
ดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน	109 (64.9)	107 (98.2)	2 (1.8)	0 (0.0)	103 (94.5)	5 (4.6)	1 (0.9)	29 (26.6)	30 (27.5)	50 (45.9)
การมีโรคประจำตัว										
ไม่มีโรคประจำตัว	51 (69.6)	51 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	48 (94.1)	2 (3.9)	1 (2.0)	8 (15.7)	12 (23.5)	31 (60.8)
มีโรคประจำตัว	117 (30.4)	115 (98.3)	2 (1.7)	0 (0.0)	112 (95.7)	4 (3.4)	1 (0.9)	35 (29.9)	27 (23.1)	55 (47.0)
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²) (ค่าเฉลี่ย 26 กก./ม. ² , SD = 4.71)										
< 18.50 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)	2 (1.2)	2 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100)
18.50 ถึง 22.99 (น้ำหนักปกติ)	50 (29.8)	49 (98.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	47 (94.0)	2 (4.0)	1 (2.0)	14 (28.0)	8 (16.0)	28 (56.0)
23.00 ถึง 24.99 (น้ำหนักเกิน)	116 (69.0)	115 (99.1)	1 (0.9)	0 (0.0)	112 (96.6)	3 (2.6)	1 (0.9)	29 (25.0)	31 (26.7)	56 (48.3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (n = 168)

	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		$\bar{X}$ (SD)	median
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	166	98.8	2	1.2	0	0.0	1.78 (3.31)	0
การลดความเป็นบุคคล	160	95.2	6	3.6	2	1.2	1.45 (2.69)	0
การลดความสำเร็จส่วนบุคคล	43	25.6	39	23.2	86	51.2	21.26 (14.51)	18

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน

ปัจจัย	ความอ่อนล้าทางอารมณ์			การลดความเป็นบุคคล			การลดความสำเร็จส่วนบุคคล		
	χ^2	Cramer's V	p-value	χ^2	Cramer's V	p-value	χ^2	Cramer's V	p-value
การมีอาชีพหลักในปัจจุบัน	1.124	.082	.538	6.373	.195	.043	3.965	.154	.138
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	0.528	.056	.900	7.172	.146	.109	9.899	.172	.042

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจอาสาและคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานกับภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน

	ความอ่อนล้าทางอารมณ์		การลดความเป็นบุคคล		การลดความสำเร็จส่วนบุคคล	
	r_s	p-value	r_s	p-value	r_s	p-value
แรงจูงใจอาสาโดยรวม	-0.016	.837	-0.003	.970	-0.250	< .001
ประโยชน์ด้านร่างกาย	-0.036	.641	-0.048	.538	-0.237	.002
ประโยชน์ด้านจิตใจ	-0.022	.778	-0.061	.434	-0.264	.001
ประโยชน์ด้านสังคม	-0.041	.599	-0.011	.889	-0.157	.042
คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานโดยรวม	-0.163	.035	-0.015	.844	-0.238	.002
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	-0.232	.002	-0.150	.052	-0.137	.077
การพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน	-0.145	.061	-0.034	.665	-0.220	.004
การปฏิบัติงานกับชีวิตส่วนตัว	-0.193	.012	-0.031	.686	-0.311	< .001
ความสัมพันธ์ทางสังคม	-0.037	.632	-0.055	.479	-0.274	< .001
ผลประโยชน์ตอบแทน	-0.084	.279	-0.074	.341	-0.073	.347

ทำงานด้านอาสาสมัครได้ไม่ดี โดยเฉพาะการปฏิบัติงานระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานของ อสม. เขตสุขภาพที่ 4 ที่พบว่ากลุ่มส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานภาพรวม ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง¹¹

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานทั้ง 3 ด้านพบว่า การมีอาชีพหลักในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟด้านการลดความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะการที่ต้องทำทั้งงานประจำและงานอาสาสมัครทำให้มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจนอาจไม่สามารถบริหารเวลาได้ รวมทั้ง

ขาดโอกาสพักผ่อนและฟื้นฟูสภาพเพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุล จึงส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและการเมื่อยล้าต่องานและต่อผู้อื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cooper และคณะ¹⁶ ที่พบว่า ปริมาณงานและลักษณะงานที่ทำประจำมีความสัมพันธ์กับ ภาวะหมดไฟด้านการลดความเป็นบุคคล นอกจากนี้รายได้ ต่อเดือนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักเทคนิคการแพทย์ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน¹⁷ โดยผู้ที่ มีรายได้ต่อเดือนน้อยจนไม่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายมีแนวโน้ม ภาวะหมดไฟสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนมาก สำหรับงานวิจัยนี้ อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงนำรายได้ของครอบครัว มาพิจารณาด้วย เมื่อครอบครัวของ อสม. มีรายได้มากพอ ต่อการดำรงชีวิต อสม. จึงสามารถใช้เวลาในการทำงาน อาสาสมัครได้อย่างอิสระและมั่นใจโดยไม่ต้องพะวงเรื่องรายได้ ส่งผลให้มีโอกาสทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและรับรู้ถึง ความสำเร็จมากกว่า อสม. ที่ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนน้อย

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่มี แรงจูงใจอาสาอยู่ในระดับดี การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานกับแรงจูงใจอาสาพบว่า แรงจูงใจ อาสาโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟ ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Potter¹⁸ ที่ให้ความหมายการลด ความสำเร็จส่วนบุคคลว่าเป็นการที่บุคคลมีแรงจูงใจในการ ทำงานลดลงและมีความรู้สึกว่สิ่งที่ทำยุ่งยากซับซ้อนไปหมด โดยมีสัญญาณเตือน เช่น ความรู้สึกคับข้องใจ อารมณ์พลุ่งพล่าน การถอนตัวออกจากสังคม และผลการปฏิบัติงานต่ำ และ สอดคล้องกับการศึกษาในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง ที่พบว่า อสม. มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง และ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการ ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{13,19,20} อาจเนื่องมาจากการเกิดความสุขทางจิตใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น อีกทั้งการทำงาน เพื่อพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนทำให้ อสม. ได้มีเครือข่าย

ในการทำงาน ได้สร้างสัมพันธ์ภาพ และเป็นที่ยอมรับของคนใน ชุมชน จึงเป็นแรงกระตุ้นในการปฏิบัติงานของ อสม.

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟในการ ปฏิบัติงานกับคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานพบว่า คุณภาพชีวิต ในการปฏิบัติงานโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Huse และ Cummings²¹ ที่กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานที่ดี ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ เพิ่มขวัญและกำลังใจ ในการทำงาน ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร และ ช่วยปรับปรุงศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ คุณภาพชีวิตในที่ทำงานที่ดีมีผลต่อความเป็นอยู่ ความรู้สึก และแรงผลักดันในการทำงานให้กับบุคคล เมื่อพิจารณา คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานเป็นรายด้านพบว่า ความสัมพันธ์ ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการลดความสำเร็จ ส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ของจินตนา บุญยั้ง²² ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีในองค์กรทำให้ ได้รับการสนับสนุนทั้งจากผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้อง ทำให้ การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ Cooper และคณะ¹⁶ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลในการทำงานที่ไม่ดี การขาดสนับสนุนทางสังคม และการอยู่ในสภาพที่อึดอัดมีผลต่อความเครียดและภาวะ หมดไฟในการปฏิบัติงาน ขณะที่การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับ เพื่อนร่วมงานในสถานที่ทำงานทำให้บุคคลรู้สึกดีกับตนเอง และอยากมาทำงาน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบว่า คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานด้านผลประโยชน์ตอบแทนมี ความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Maslach²³ ที่เสนอว่าหนึ่งในสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน ที่เกิดจากความเครียดในการทำงาน คือ ผลงานกับรางวัลที่ ได้รับไม่สมดุลกัน (insufficient reward) และการไม่ได้ถูก ตอบสนองในด้านรางวัลเมื่อทำงานอย่างเต็มความสามารถ ทำให้รู้สึกถูกลดค่าของตัวเองลง และไม่สอดคล้องกับการศึกษา ในชุมชนชนบท จังหวัดปัตตานี ที่พบว่า สวัสดิการ ค่าตอบแทน และการให้รางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติมีความสัมพันธ์กับผลการ

ปฏิบัติงานของ อสม.²⁴ ทั้งนี้งานวิจัยนี้พบว่ารายได้ครอบครัวมีผลต่อภาวะหมดไฟมากกว่ารายได้จากการเป็น อสม. โดยตรง จึงอาจสะท้อนว่า อสม. ในงานวิจัยนี้เข้ามาทำงานด้วยจิตอาสา และรับรู้ค่าตอบแทนในรูปตัวเงินอยู่แล้ว ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานด้านผลประโยชน์ตอบแทนกับภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานจึงอาจขึ้นอยู่กับบริบทในแต่ละพื้นที่

จากผลการศึกษาดังกล่าว มีข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานสำหรับ อสม. ในเขตเมือง ดังนี้ 1) การทบทวนบทบาทและรูปแบบการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อลดความเหนื่อยหน่ายและส่งเสริมความสมดุลกับชีวิตส่วนตัวและบทบาทด้านอื่น ๆ ในชีวิต 2) การเสริมสร้างอำนาจในตนเองของ อสม. โดยการพัฒนาด้านตนเอง รวมทั้งการส่งเสริมให้อสม. ได้ตัดสินใจและออกแบบวิธีการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3) การเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่าง อสม. เครือข่าย และชุมชน ผ่านกิจกรรมในชุมชน 4) การจัดหาทรัพยากรและเสริมสร้างและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน โดยเฉพาะทักษะการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (informal interview) เช่น การฟังผู้อื่นอย่างลึกซึ้งและการตั้งคำถามอย่างมีเป้าหมาย^{25,26} และ 5) การเสริมสร้างให้อสม. เห็นคุณค่าในตนเองที่เป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะชุมชน เช่น การจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ และเผยแพร่ผลงาน รวมถึงการเปิดโอกาสให้อสม. มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนาสุขภาวะชุมชน ตั้งแต่ร่วมรับฟังปัญหา ออกแบบแนวทางจัดการปัญหา ปฏิบัติการ ประเมินผล ตลอดจนวางแนวทางพัฒนางาน

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีซึ่งอาจไม่สามารถอนุมานผลการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทยได้ และเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางซึ่งไม่สามารถระบุความเป็นเหตุและผลระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้ จึงควรมีศึกษาในเชิงลึกถึงที่มาและกลไกการเกิดภาวะหมดไฟ โดยเฉพาะด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล อันจะนำไปสู่การศึกษาแนวทางส่งเสริมทาง

จิตสังคมเพื่อป้องกันและลดภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุป

อสม. ที่ปฏิบัติงานระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดชลบุรี มีภาวะหมดไฟด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลสูง ปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของ อสม. ได้แก่ การมีอาชีพหลักพร้อมกับการทำงานอาสาสมัครและรายได้ของครอบครัว และพบว่าแรงจูงใจอาสาสมัครมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ส่วนคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล จึงควรมีการส่งเสริมแรงจูงใจอาสาสมัครในการทำงานเพื่อส่วนรวมเพื่อให้อสม. เห็นคุณค่าในตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานโดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่าง อสม. กับเครือข่ายและชุมชน การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้อสม. ได้รับการพัฒนาด้านตนเองและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการทำงาน และจัดการปฏิบัติงานที่มีความสมดุลกับชีวิตส่วนตัว เพื่อลดภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน อันจะส่งผลให้อสม. ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพและประชาชนมีสุขภาวะยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และ รพ.สต. บ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ช่วยประสานงานพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: international Classification of Diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2023 July 30]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.

2. Shye S. The motivation to volunteer: a systemic quality of life theory. *Soc Indic Res.* 2010;98(2): 183-200. doi:10.1007/s11205-009-9545-3.
3. Walton RE. Improving the quality of work life. *Harvard Business Review.* 1974;14(16):4-12.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน [Village health volunteer] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรม; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ก.ค. 2565]. จาก: <http://prgroup.hss.moph.go.th/article/1000-อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน-อสม>
5. Hfocus เจาะลึกกระบวนการสุขภาพ. สธ. พัฒนาระบบสวัสดิการ อสม. หลักประกันความมั่นคง-ขวัญกำลังใจให้พี่น้อง อสม. [Ministry of Public Health develops welfare policy for village health volunteers to guarantee security and morale for village health volunteers] [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักข่าว Hfocus; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ก.ค. 2565]. จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/02/18527>
6. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน [Burn-out syndrome]. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ลิซซิง; 2562.
7. กรมสุขภาพจิต. ตรวจเช็คสุขภาพใจ [Mental Health Check-In] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ก.ค. 2565]. จาก: <https://checkin.dmh.go.th/>.
8. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศ [Situation of COVID-19 patients in the country] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ต.ค. 2565]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
9. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ [The social science research methodology]. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2551.
10. สมชาย วรภิเษมสกุล. สถิติประยุกต์เพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ [The research methodology in behavioral science and social science]. อุดรธานี: บริษัทอักษรศิลป์การพิมพ์; 2554.
11. มนัสพงษ์ มาลา. ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 4 [Job burnout in the performance of village health volunteers in health region 4]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2564;30(5):944-54.
12. Maslach C, Jackson SE. Maslach burnout inventory manual. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
13. ศศิมา ยอดทหาร, วิไลรัตน์ พบศิริ. คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร [Quality of work life in operational performance of Bangkok health volunteers]. *งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.* 2563:2223-33.
14. Bloom BS. New views of the learner: implications for instruction and curriculum. *Educational Leadership.* 1978;35(7):563-76.
15. Best JW, Kahn JV. Research in education. New Jersey: Printice Hall. Inc; 1997.
16. Cooper CL, Dewe PJ, O'Driscoll MP. Organizational stress: a review and critique of theory, research, and applications. *Gend Work Organ.* 2003;10(1): 130-1. doi:10.1111/1468-0432.00006_4.
17. วราภรณ์ เลิศวิสัย. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเทคนิคการแพทย์ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร [Job burnout and related factors among medical technologist, Bangkok] [สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
18. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, et al. Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs.* 2010;14(5):E56-62. doi:10.1188/10.CJON.E56-E62.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ในรูปแบบบริการออนไลน์ กรณีศึกษาสถาบันราชานุกูลในช่วงการระบาดไวรัส COVID-19

วันรับ : 31 สิงหาคม 2566

วันแก้ไข : 7 ธันวาคม 2566

วันตอบรับ : 8 ธันวาคม 2566

นิรมัย คุ่มรักษา, กศ.ม., จันทน์ มุ่งเขตกลาง, พร.ด.,

รัชดาวรรณ แดงสุข, วท.ม.

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี (TEDA4I) รูปแบบออนไลน์ และศึกษาผลของโปรแกรมต่อทักษะการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองและพัฒนาการของเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงบรรยายเกี่ยวกับสถานการณ์ ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา ใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาเชิงระบบ ระยะที่ 2 การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาต้นแบบโปรแกรม TEDA4I online ที่ให้บริการที่บ้าน และ TEDA4I onsite ที่ให้บริการ ณ สถานบริการเป็นหลัก ตรวจสอบคุณภาพจากความตรงเชิงเนื้อหา และระยะที่ 3 การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังเพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมทั้ง 2 รูปแบบในผู้ปกครองและเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผล : การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่า ผู้รับบริการต้องการรับบริการต่อเนื่องและสามารถรับบริการในรูปแบบออนไลน์ได้ การตรวจสอบคุณภาพพบว่า โปรแกรม TEDA4I ที่พัฒนาขึ้นทั้ง 2 รูปแบบมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาระดับใช้ได้ การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 39 คน (ผู้ปกครอง 19 คน เด็ก 20 คน) ที่เข้าร่วม TEDA4I online และ 41 คน (ผู้ปกครอง 20 คน เด็ก 21 คน) ที่เข้าร่วม TEDA4I onsite พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ปกครองและพัฒนาการของเด็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

สรุป : โปรแกรม TEDA4I ทั้ง 2 รูปแบบสามารถเพิ่มทักษะการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองและพัฒนาการของเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ

คำสำคัญ : การส่งเสริมพัฒนาการ, ความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ, โปรแกรมออนไลน์, ทักษะผู้ปกครอง

ติดต่อผู้นิพนธ์ : นิรมัย คุ่มรักษา; e-mail: nkumraksa@gmail.com

Original article

The development of the prototype of an online early intervention program for children aged 0 to 5 years with intellectual and developmental disabilities: a pilot study at Rajanukul Institute during the COVID-19 pandemic

Received : 31 August 2023

Revised : 7 December 2023

Accepted : 8 December 2023

Niramai Kumraksa, M.Ed., Chantanee Mungkhetklang, Ph.D.,

Rachadawan Dangsuk, M.Sc.

Rajanukul Institute, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To develop the prototype of the Thai Early Developmental Assessment for Intervention (TEDA4I) online version and assess its effects on the developmental level of children with intellectual and developmental disabilities and parenting skills on child development assessment and enhancement.

Methods: A research and development study was divided into 3 phases; 1) a descriptive study on the situation and need using content analysis and systematic synthesis, 2) a participatory research to develop and validate the online and onsite adapted versions of the TEDA4I, and 3) a quasi-experimental research with two groups pretest and posttest design to assess and compare the effects of both versions of the program on parenting skills and developmental level among children aged 0 - 5 years with intellectual and developmental disabilities and their parents, using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results: Interviews with stakeholders revealed the need for child development services to be continuous and flexible regardless of social and personal circumstances, specifically the service that can be delivered online. Assessment by the experts showed that the developed online and onsite versions of the TEDA4I both showed an acceptable level of content validity. Thirty-nine (19 parents and 20 children) and 41 participants (20 parents and 21 children) attended the TEDA4I online and onsite, respectively. After the programs, the mean scores of parenting skills and developmental levels in both groups were significantly improved compared to those before the programs. There was no statistically significant difference in the post-program mean scores between those who attended the TEDA4I online and onsite.

Conclusion: Both adapted versions of the TEDA4I could improve the assessment and early stimulation skills of caregivers as well as the developmental level of their children with intellectual and developmental disabilities.

Keywords: early intervention, intellectual and developmental disabilities, online intervention, parenting skills

Corresponding author: Niramai Kumraksa; e-mail: nkumraksa@gmail.com

ความรู้เดิม: โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปี (TEDA4I) ที่ดำเนินการในสถานบริการทั่วประเทศ มีข้อจำกัดของการให้บริการจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และความไม่สะดวกของผู้ปกครอง

ความรู้ใหม่: โปรแกรม TEDA4I online ที่เน้นการให้บริการทางออนไลน์ และโปรแกรม TEDA4I onsite ที่ให้บริการ ณ สถานบริการเป็นการปรับปรุงจากโปรแกรม TEDA4I รูปแบบเดิมที่นักวิชาชีพเป็นผู้ส่งเสริมพัฒนาการเป็นหลัก มาเป็นการเน้นให้ผู้ปกครองเป็นผู้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยตนเองและมีการสื่อสารออนไลน์ระหว่างวันรับบริการ พบว่าโปรแกรมทั้ง 2 รูปแบบสามารถเพิ่มทักษะการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองและพัฒนาการของเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปีได้เช่นเดียวกัน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: เป็นทางเลือกของบริการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี โดยเฉพาะกรณีที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย เวลา และการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของเด็กกลุ่มนี้

บทนำ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิต ได้จัดให้มีบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ด้วยโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai early developmental assessment for intervention: TEDA4I) ที่มีระยะเวลาของโปรแกรม 3 เดือน การศึกษาผลของการใช้โปรแกรม TEDA4I ในจังหวัดกาญจนบุรีในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ร้อยละ 51.7 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีพัฒนาการดีขึ้น¹ ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ได้มีการนำโปรแกรม TEDA4I ไปทดลองใช้ในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม TEDA4I ในระดับประเทศ โดยได้ปรับปรุงให้ใช้เวลาฝึกเพียง 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ในระยะเวลา 3 เดือนเท่าเดิม

ซึ่งเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ที่สามารถให้บริการได้จริงในระยเวลาดังกล่าว พบว่าเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้าร่วมโปรแกรม TEDA4I ครบตามกำหนดมีพัฒนาการสมวัยหรือมีแนวโน้มของพัฒนาการที่ดีขึ้น²

อย่างไรก็ตาม ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) แม้พบว่าเด็กทั่วโลกติดเชื้อน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ แต่เด็กกลับได้รับผลกระทบทางอ้อมจากการแพร่ระบาดอย่างมาก โดยเฉพาะการเข้าถึงและความต่อเนื่องของบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย จากสถิติการดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่าการส่งเสริมพัฒนาการมีแนวโน้มลดลง ในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 มีเด็กที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการร้อยละ 66.5, 69.9 และ 68.6 ตามลำดับ³ ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 ซึ่งดูแลพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเพียงร้อยละ 52.3, 36.1 และ 56.1 ตามลำดับ⁴ โดยเฉพาะสถาบันราชานุกูลมีเด็กที่มารับการส่งเสริมพัฒนาการที่แผนกผู้ป่วยนอก 4,948, 2,673 และ 1,990 ราย ตามลำดับ⁵ การติดตามประเมินพบว่าเด็กไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากผู้ปกครองมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ เวลา ความรู้ความเข้าใจ และการเดินทาง นอกจากนี้การปิดหรือจำกัดการให้บริการระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่งยังส่งผลให้อัตราการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กลดลง

การให้บริการด้านสุขภาพจิตระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั่วโลกมีแนวโน้มใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มความสะดวกและลดต้นทุนในการเข้าถึงเช่นเดียวกับบริการสุขภาพอื่น ๆ ในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่า หลังการแพร่ระบาดมีอัตราการรับบริการออนไลน์เพื่อให้ความช่วยเหลือกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ที่บกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการเพิ่มขึ้น โดยยังเป็นบริการควบคู่ไปกับบริการปกติ⁶ อย่างไรก็ตามการสำรวจในหลายประเทศในทวีปยุโรปพบว่า แม้มีการปรับรูปแบบบริการให้เป็นแบบออนไลน์หรือใช้เทคโนโลยีสำหรับกลุ่มผู้บกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ แต่มีส่วนน้อยเท่านั้นที่สามารถใช้เทคโนโลยี

ได้ด้วยตัวเอง^{7,8} ส่วนการให้บริการในกลุ่มผู้บกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการอายุแรกเกิดถึง 5 ปีที่ยังไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระด้วยตัวเองได้แล้วยังเน้นที่การส่งเสริมพัฒนาการเป็นหลัก ผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพัฒนาการผ่านเทคโนโลยีในรูปแบบออนไลน์ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความเข้าใจและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของผู้ปกครองเพื่อเรียนรู้วิธีการและฝึกกระตุ้นพัฒนาการของเด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจสถานการณ์และความต้องการบริการส่งเสริมพัฒนาการในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 2) พัฒนาด้านแบบโปรแกรม TEDA4I รูปแบบใหม่ที่ใช้เทคโนโลยีมากขึ้น และ 3) ทดสอบผลของโปรแกรม TEDA4I รูปแบบใหม่ต่อพัฒนาการของเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี และทักษะการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองเพื่อเป็นทางเลือกในการจัดบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มนี้ในรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถให้บริการแบบเผชิญหน้าและลดข้อจำกัดของการให้บริการด้วยโปรแกรม TEDA4I รูปแบบเดิม รวมทั้งเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนจัดหาและเตรียมความพร้อมของทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและอุปกรณ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความต่อเนื่องของการให้บริการเด็กกลุ่มนี้ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของเด็กและครอบครัวต่อไป

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนาโดยใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม/เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ที่มี 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา 2) การวางแผนออกแบบ 3) การจัดสร้างต้นแบบ 4) การทดสอบประสิทธิภาพ 5) การปรับปรุงเบื้องต้น 6) การทดสอบประสิทธิภาพ/ทดลองใช้ในพืชนที่นำร่อง 7) การปรับปรุงขั้นสุดท้าย 8) การพัฒนาวิธีถ่ายทอดเพื่อขยายผล และ 9) การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง การวิจัยนี้ครอบคลุมขั้นตอนที่ 1 - 7 ของกรอบแนวคิดดังกล่าว โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์

ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา 2) การพัฒนาด้านแบบโปรแกรม และ 3) การประเมินผลการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล รหัสโครงการ RI.IRB003/2564_Ful ลงวันที่ 27 เมษายน 2565 การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา เพื่อสำรวจความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรม TEDA4I ที่แตกต่างจากรูปแบบเดิม เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ณ สถาบันราชานุกูล ประชากร ได้แก่ ผู้อำนวยการ ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลที่รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเขตสุขภาพที่ 13 ในสถาบันราชานุกูล และผู้ปกครองเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการอายุแรกเกิดถึง 5 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) รวม 16 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในกลุ่มตัวอย่าง 7 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูลและพยาบาลวิชาชีพเขตสุขภาพที่ 13 กลุ่มละ 1 คน และผู้ปกครองเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ 5 คน โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมทางวาจาในการจัดบันทึกก่อนดำเนินการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว คนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 - 20 นาที และ 2) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในกลุ่มตัวอย่าง 9 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 5 คน พยาบาลที่รับผิดชอบงานเครือข่ายส่งเสริมพัฒนาการในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 จำนวน 1 คน และทีมสหวิชาชีพ 3 คน โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมทางวาจาในการจัดบันทึกก่อนการดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การพัฒนาด้านแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี (TEDA4I) รูปแบบใหม่ ได้แก่ TEDA4I online ที่ดำเนินการที่บ้านผู้รับบริการเป็นหลัก และ TEDA4I onsite ที่ดำเนินการ ณ สถานบริการเป็นหลัก และตรวจสอบ

คุณภาพของโปรแกรม เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) ณ สถาบันราชานุกูล ประชากรเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 1 ยกเว้นผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงรวม 12 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การวางแผนออกแบบ และยกร่างต้นแบบ TEDA4I รูปแบบใหม่ทั้ง 2 รูปแบบ โดยศึกษาข้อมูลสถานการณ์การใช้งานโปรแกรม TEDA4I เดิมที่ใช้ในปัจจุบันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อกำหนดองค์ประกอบโครงสร้าง และรายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรม TEDA4I รูปแบบใหม่ รวมทั้งยกร่างเครื่องมือวัดผลลัพธ์ของ TEDA4I รูปแบบใหม่ ได้แก่ แบบประเมินทักษะผู้ปกครอง และ 2) ทดสอบคุณภาพของโปรแกรม TEDA4I online และ onsite และแบบประเมินทักษะผู้ปกครองที่ยกสร้างขึ้น หลังจากปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำโปรแกรมทั้ง 2 รูปแบบและแบบประเมินทักษะผู้ปกครองไปทดลองใช้กับครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ครอบครัว หลังสรุปผลการทดลองใช้แล้ว นำมาปรับปรุงอีกครั้ง

ระยะที่ 3 การประเมินและเปรียบเทียบผลของโปรแกรม TEDA4I online และ onsite เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (two-group pretest-posttest design) ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ณ สถาบันราชานุกูลและ/หรือบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้ปกครองและเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 131 ครอบครัว โดยเป็นผู้ปกครอง 131 คน และเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ 133 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม⁹ ได้จำนวน 40 คน แบ่งเป็นช่วงอายุเด็ก 0 - 2 ปี, 2 - 3 ปี, 3 - 4 ปี และ 4 - 5 ปี ช่วงอายุละ 10 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นเด็กที่ได้รับ

การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้บกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการหรือกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม จับคู่ตามช่วงอายุเด็กและการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และแบ่งเข้ากลุ่ม TEDA4I onsite และ online ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย การดำเนินวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรม TEDA4I online และ onsite ตัวแปรตาม ได้แก่ ทักษะการประเมินพัฒนาการของผู้ปกครอง ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง และพัฒนาการของเด็ก 2) การควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของทีมเก็บข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 6 คน โดยการชี้แจงซักซ้อม และทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มผู้ปกครองและเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 7 คน และ 3) การดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลและเจ้าหน้าที่สถาบันราชานุกูลและโรงพยาบาล/สถาบันที่ให้บริการด้านพัฒนาการ เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์รับสมัครกลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจเข้าร่วมอย่างสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการวิจัยเกี่ยวกับการแบ่งกลุ่มเป็น TEDA4I รูปแบบ online และ onsite และวิธีการดำเนินการแต่ละรูปแบบ พร้อมทั้งลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งที่ 1

เครื่องมือ

1) แบบประเมินทักษะผู้ปกครอง พัฒนาขึ้นสำหรับการวิจัยครั้งนี้โดยผู้วิจัย ประกอบด้วย (1) แบบประเมินทักษะการประเมินพัฒนาการ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่/อุปกรณ์/เด็ก วิธีการประเมินพัฒนาการ/การบันทึกผลการประเมินพัฒนาการ/การตัดสินใจให้ผ่าน และการหยุดประเมิน และ (2) แบบประเมินทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่/อุปกรณ์/เด็ก วิธีการส่งเสริมพัฒนาการ และการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็ก แบบประเมินทั้ง 2 ชุดให้คะแนนตามเกณฑ์จากการสังเกตและ/หรือการตอบคำถามได้ถูกต้อง 5 ระดับ

ตั้งแต่ 0 (ปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกครั้ง) ถึง 4 (ปฏิบัติได้ทุกครั้ง) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence consistency: IOC)¹⁰ โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 คน กุมารแพทย์พฤติกรรมและพัฒนาการ 2 คน และผู้อำนวยการสถาบันเสริมศึกษาและทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ 1 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)¹¹ ได้เท่ากับ 0.94

2) แบบประเมินพัฒนาการ จากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and promotion manual: DSPM) ใช้ประเมินพัฒนาการทั้ง 5 ด้านของเด็กในช่วงอายุของตนเอง ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อเล็ก ความเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเองและสังคม หากทำได้ตามเกณฑ์ผ่านของพัฒนาการแต่ละด้านให้ 1 คะแนน หากทำไม่ได้ตามเกณฑ์ผ่านให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 5 แบบประเมินมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 96.0 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 64.7¹²

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์เชิงระบบ (systematic synthesis) แบ่งตามประเด็นหลัก ได้แก่ บริบทการให้บริการ ปัญหาและอุปสรรค ความต้องการของผู้ปกครอง และความเป็นไปได้ของการบริการรูปแบบออนไลน์ และบรรยายสรุปเพื่อเปรียบเทียบช่องว่างระหว่าง การให้บริการในปัจจุบันและความต้องการในอนาคต ระยะที่ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การส่งเสริมพัฒนาการของโปรแกรม TEDA4I online และ TEDA4I onsite ด้วยการหาค่า IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 2 คน กุมารแพทย์พฤติกรรมและพัฒนาการจำนวน 2 คน และผู้อำนวยการสถาบันเสริมศึกษาและทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนทักษะผู้ปกครองและพัฒนาการเด็กด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทักษะผู้ปกครองและพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทักษะผู้ปกครองและพัฒนาการของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่ม TEDA4I online และ TEDA4I onsite ด้วยสถิติทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และประเมินคุณภาพของทิมเก็บข้อมูล 6 คน (inter-rater reliability) ในการดำเนินโปรแกรมและการประเมินผลของโปรแกรมด้วยการคำนวณค่าฟลีสแคปปา (Fleiss Kappa)^{13,14}

ผล

การวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา

สรุปสิ่งที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการ ดังนี้ 1) บริการส่งเสริมพัฒนาการที่ต่อเนื่องไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตาม 2) การเลือกวันเวลานัดหมายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน โดยมีความถี่อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 3) การรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการและในวันหยุดนักขัตฤกษ์ได้ และ 4) บริการในรูปแบบออนไลน์ที่มีคุณภาพไม่แตกต่างจากรูปแบบบริการ ณ สถานบริการ

สรุปสถานการณ์ ความต้องการ และความจำเป็นในการปรับปรุง TEDA4I รูปแบบใหม่ ดังนี้ 1) โปรแกรมควรเน้นการฝึกผู้ปกครองเพื่อผลการฝึกที่ยั่งยืน เนื่องจาก TEDA4I รูปแบบเดิมไม่ได้เน้นส่วนนี้ทำให้เป็นการยากที่ผู้ปกครองจะสามารถฝึกเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และ

2) โปรแกรมใช้เทคโนโลยีออนไลน์ ดังนั้นสถานบริการต้องสนับสนุนอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมออนไลน์

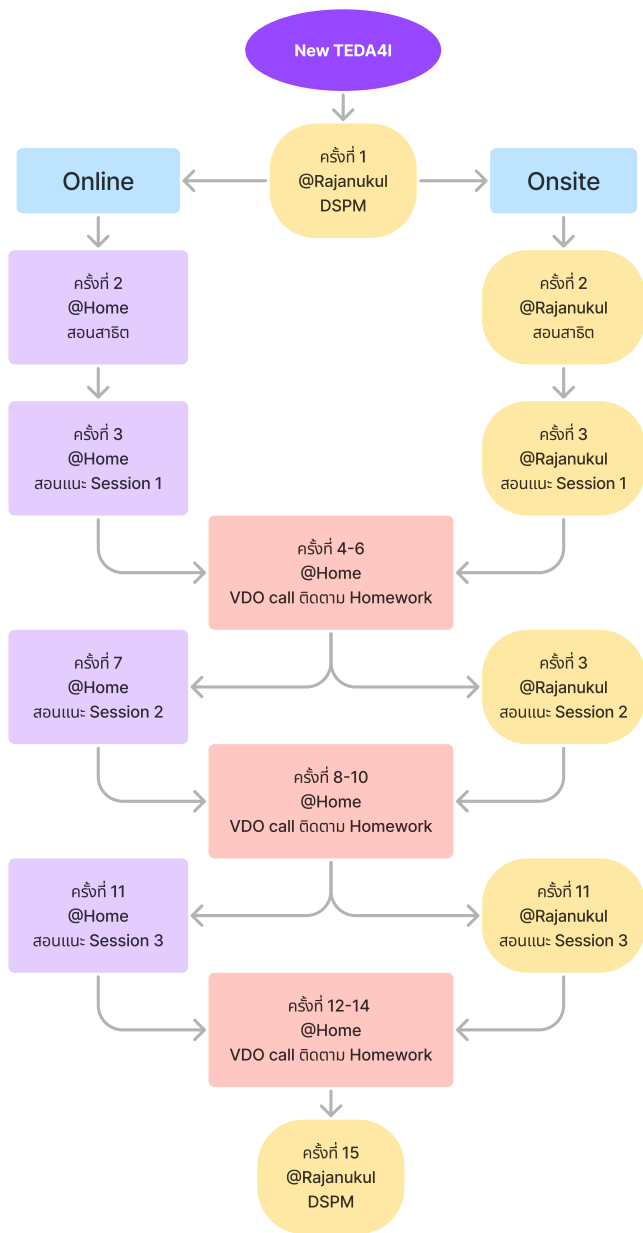
การพัฒนาต้นแบบโปรแกรม TEDA4I online และ onsite

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากในระยะที่ 1 ไปยกร่างโปรแกรม TEDA4I รูปแบบใหม่ แบ่งเป็น TEDA4I online และ onsite สำหรับส่งเสริมพัฒนาการเป็นรายบุคคล โดยลักษณะความแตกต่างของโปรแกรม TEDA4I รูปแบบเดิมและโปรแกรม TEDA4I ที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีดังนี้ TEDA4I รูปแบบเดิมเป็นการส่งเสริมพัฒนาการโดยทีมสหวิชาชีพ ใช้ระยะเวลา 14 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 กับ

ครั้งที่ 5 เป็นการประเมินพัฒนาการก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีการสอนประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ การประเมินทักษะของผู้ปกครอง และการกำกับติดตามการบ้าน รวมทั้งไม่มีสื่ออุปกรณ์สำหรับผู้ปกครอง ส่วน TEDA4I รูปแบบใหม่เป็นการให้ผู้ปกครองเป็นผู้ส่งเสริมพัฒนาการด้วยตนเองผ่านการสอนสาธิตและสอนแนะ โดยทั้ง TEDA4I online และ TEDA4I onsite มีระยะเวลาส่งเสริมพัฒนาการเท่ากับ TEDA4I รูปแบบเดิม คือ 14 สัปดาห์ แต่มีจำนวนครั้งมากกว่าคือ 15 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 และ 15 เป็นการประเมินพัฒนาการ ครั้งที่ 2 เป็นการสอนสาธิตวิธีการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งห่างจากครั้งที่ 1 ภายใน 2 สัปดาห์ ครั้งที่เหลือดำเนินการห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ โดยในครั้งที่ 3, 7 และ 11

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรม TEDA4I online และ TEDA4I onsite

ความแตกต่าง	TEDA4I เดิม	TEDA4I ใหม่	
		TEDA4I online	TEDA4I onsite
1. ผู้ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	นักวิชาชีพ	ผู้ปกครอง	ผู้ปกครอง
2. การสอนสาธิตผู้ปกครอง	✗	✓	✓
3. การสอนแนะผู้ปกครอง	✗	✓	✓
4. การประเมินทักษะของผู้ปกครอง	✗	✓	✓
5. การติดตามหลังการส่งเสริมพัฒนาการแต่ละครั้ง	✗	✓	✓
6. การบ้าน และ feedback	✗	✓	✓
7. จำนวนครั้งทั้งหมดที่ติดต่อกับนักวิชาชีพระหว่าง การส่งเสริมพัฒนาการ	3	ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ผ่าน Line application โดยให้ส่งข้อความไว้และจะติดต่อกลับเมื่อได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ผ่าน Line application โดยให้ส่งข้อความไว้และจะติดต่อกลับเมื่อได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
8. จำนวนครั้งที่ผู้ปกครองและเด็กกลุ่มบกพร่องฯ มาสถานบริการ	3	2	6
9. สื่อและอุปกรณ์สำหรับผู้ปกครอง	✗ ✗ ✗ ✗ ✗	ให้ยืมกระเป๋าอุปกรณ์เอกสารการบ้าน (ใบเชื่อมโยงพัฒนาการ) VDO clip ส่งเสริมพัฒนาการ smart phone (ของผู้ปกครองเอง) ให้ยืม tablet พร้อม sim โทรศัพท์มือถือที่เติมเงินให้	ให้ยืมกระเป๋าอุปกรณ์เอกสารการบ้าน (ใบเชื่อมโยงพัฒนาการ) VDO clip ส่งเสริมพัฒนาการ smart phone (ของผู้ปกครองเอง) ✗
10. สื่อและอุปกรณ์สำหรับนักวิชาชีพ/coach	✗ ✗ ✗ ✗ ✗ ✗ ✗	Line application โปรแกรม Zoom แบบประเมินทักษะผู้ปกครอง แบบบันทึกรายบุคคล คู่มือ TEDA4I online ฉบับ coach คู่มือการใช้โปรแกรม Zoom Line application tablet พร้อม sim โทรศัพท์มือถือที่เติมเงินให้	Line application ✗ แบบประเมินทักษะผู้ปกครอง แบบบันทึกรายบุคคล คู่มือ TEDA4I onsite ฉบับ coach ✗ Line application tablet พร้อม sim โทรศัพท์มือถือที่เติมเงินให้



แผนภาพที่ 1 โครงสร้างของโปรแกรม TEDA4I online และ TEDA4I onsite

ผู้ปกครองเป็นคนดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการด้วยตนเอง ผ่านการสอนแนะ ส่วนในครั้งที่ 4 - 6 ครั้งที่ 8 - 10 และ ครั้งที่ 12 - 14 เป็นการติดตามการส่งเสริมพัฒนาการ/การบ้าน ผ่านคลิปวิดีโอ ดังตารางที่ 1 และแผนภาพที่ 1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่าโปรแกรม TEDA4I online และ onsite มีค่า IOC ระหว่าง 0.8 - 1 อยู่ในระดับใช้ได้

ผลของโปรแกรม TEDA4I online และ onsite ต่อทักษะผู้ปกครองและพัฒนาการเด็ก

การนำโปรแกรม TEDA4I online และ onsite ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง 39 คนและเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ 41 คน เนื่องจากมีผู้ปกครอง 1 คนมีลูกแฝด 1 คู่และอีก 1 คนมีลูก 2 คนที่เป็นเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ แบ่งเป็นกลุ่มผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรม TEDA4I online 19 คน เป็นเพศชาย 1 คน และกลุ่ม TEDA4I onsite 20 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.4 รองลงมาคือ 41 - 50 ปี และ 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.5 และ 17.07 ตามลำดับ การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมาคือ ปริญญาตรี อนุปริญญา และปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 36.6, 14.6 และ 7.3 ตามลำดับ รายได้รวมระหว่าง 10,000 - 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือ 30,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 46.3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการที่เข้าร่วมโปรแกรม TEDA4I online 20 คนเป็นเพศชาย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 แบ่งเป็นเด็กที่อายุ 0 - 2 ปี, 2 - 3 ปี, 3 - 4 ปี และ 4 - 5 ปี ช่วงอายุละ 5 คน และกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม TEDA4I onsite 21 คน เป็นเพศชาย 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.2 แบ่งเป็นเด็กที่อายุ 0 - 2 ปี, 2 - 3 ปี, และ 3 - 4 ปีช่วงอายุละ 5 คน และ 4 - 5 ปี 6 คน (แฝด 1 คู่)

การประเมินความเที่ยงระหว่างทีมผู้เก็บข้อมูล 6 คน พบว่า การประเมินพัฒนาการเด็กมีค่าฟลิสแคปปา 0.84 การประเมินทักษะการประเมินพัฒนาการของผู้ปกครองมีค่าฟลิสแคปปา 0.79 การประเมินทักษะการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองมีค่าฟลิสแคปปา 0.84 และการส่งเสริมพัฒนาการด้วยโปรแกรมมีค่าฟลิสแคปปา 0.83 อยู่ในระดับดีมากทั้งหมด¹⁴

การเปรียบเทียบทักษะการประเมินพัฒนาการและการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วย paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมิน

พัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในกลุ่มที่ เข้าร่วม TEDA4I online และ TEDA4I onsite และทั้งใน ภาพรวมและแต่ละช่วงอายุของเด็ก ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กกลุ่มบกพร่อง ทางสติปัญญาและพัฒนาการก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วย paired t-test พบว่า โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น 3 กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ย พัฒนาการสูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุ

0 - 2 ปี ที่เข้าร่วมโปรแกรม TEDA4I online และกลุ่มอายุ 3 - 4 ปีของทั้ง 2 โปรแกรม ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบทักษะการประเมินพัฒนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง รวมทั้งพัฒนาการ ของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรม TEDA4I online และ onsite ด้วย independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะ การประเมินพัฒนาการและการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง และพัฒนาการเด็กของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและตามช่วงอายุ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินพัฒนาการและทักษะการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม จำแนกตามช่วงอายุเด็ก

	TEDA4I online (n = 20)		p-value*	TEDA4I onsite (n = 21)		p-value*
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
การประเมินพัฒนาการ						
ภาพรวม	1.47 (± .63)	3.02 (± .27)	< .001	1.05 (± .45)	3.06 (± .69)	< .001
0 - 2 ปี	1.72 (± .54)	3.30 (± .16)	.002	1.28 (± .56)	3.04 (± .95)	.002
2 - 3 ปี	1.56 (± .82)	3.02 (± .34)	.005	1.62 (± .43)	3.20 (± .74)	.010
3 - 4 ปี	1.56 (± .67)	2.82 (± .08)	.017	1.54 (± .40)	2.76 (± .65)	.007
4 - 5 ปี	1.04 (± .42)	2.94 (± .18)	< .001	1.53 (± .44)	3.22 (± .52)	.002
การส่งเสริมพัฒนาการ						
ภาพรวม	1.59 (± .63)	3.08 (± .29)	< .001	1.48 (± .40)	3.16 (± .53)	< .001
0 - 2 ปี	1.76 (± .43)	3.34 (± .25)	.001	1.28 (± .50)	3.16 (± .70)	< .001
2 - 3 ปี	1.78 (± .85)	3.06 (± .33)	.024	1.50 (± .32)	3.12 (± .74)	.012
3 - 4 ปี	1.64 (± .50)	2.82 (± .18)	.015	1.56 (± .34)	3.20 (± .37)	.002
4 - 5 ปี	1.18 (± .67)	3.10 (± .12)	.003	1.57 (± .46)	3.15 (± .40)	< .001

* paired t-test

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการของเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนก ตามช่วงอายุเด็ก

	TEDA4I online (n = 20)		p-value*	TEDA4I onsite (n = 21)		p-value*
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
ภาพรวม	0.17 (± .22)	0.50 (± .36)	< .001	0.19 (± .22)	0.43 (± .35)	< .001
0 - 2 ปี	0.32 (± .27)	0.64 (± .30)	.078	0.16 (± .17)	0.36 (± .26)	.034
2 - 3 ปี	0.24 (± .26)	0.64 (± .43)	.034	0.36 (± .36)	0.64 (± .43)	.025
3 - 4 ปี	0.04 (± .09)	0.32 (± .41)	.135	0.08 (± .11)	0.24 (± .22)	.099
4 - 5 ปี	0.08 (± .11)	0.40 (± .28)	.016	0.17 (± .15)	0.47 (± .39)	.045

* paired t-test

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการของเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามช่วงอายุเด็ก

ปัจจัย	TEDA4I online (n = 20)	TEDA4I onsite (n = 21)	p-value*
ทักษะการประเมินพัฒนาการของผู้ปกครอง			
ภาพรวม	3.02 (± .27)	3.06 (± .69)	.798
0 - 2 ปี	3.30 (± .16)	3.04 (± .95)	.563
2 - 3 ปี	3.02 (± .34)	3.20 (± .74)	.637
3 - 4 ปี	2.82 (± .08)	2.76 (± .65)	.848
4 - 5 ปี	2.94 (± .18)	3.22 (± .52)	.263
ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง			
ภาพรวม	3.08 (± .29)	3.16 (± .53)	.561
0 - 2 ปี	3.34 (± .25)	3.16 (± .70)	.602
2 - 3 ปี	3.06 (± .33)	3.12 (± .74)	.875
3 - 4 ปี	2.82 (± .18)	3.20 (± .37)	.084
4 - 5 ปี	3.10 (± .12)	3.15 (± .40)	.783
พัฒนาการของเด็ก			
ภาพรวม	0.50 (± .36)	0.43 (± .35)	.525
0 - 2 ปี	0.64 (± .30)	0.36 (± .26)	.152
2 - 3 ปี	0.64 (± .43)	0.64 (± .43)	1.000
3 - 4 ปี	0.32 (± .41)	0.24 (± .22)	.713
4 - 5 ปี	0.40 (± .28)	0.47 (± .39)	.759

* independent t-test

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมพัฒนาการด้วยโปรแกรม TEDA4I โดยปรับรูปแบบบริการจากเดิมที่ให้ผู้ปกครองพาเด็กมารับบริการ ณ สถานบริการเท่านั้น และนักวิชาชีพเป็นผู้ฝึกเด็กเป็นหลัก โดยที่ผู้ปกครองสังเกตการณ์และได้รับคำแนะนำวิธีการฝึกเองที่บ้านหลังเสร็จสิ้นกระบวนการฝึกแต่ละครั้ง^{1,2} การวิจัยครั้งนี้ได้ปรับรูปแบบการให้บริการโปรแกรม TEDA4I เป็นการให้บริการผ่านเทคโนโลยี โดยมีทางเลือกให้รับบริการที่บ้านหรือสถานบริการก็ได้ จุดเน้นการบริการคือให้ผู้ปกครองเป็นคนฝึกเด็กด้วยตนเองผ่านการสอนสาธิต การสอนแนะ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เกี่ยวกับวิธีการฝึกของผู้ปกครองเป็นระยะ นอกจากนี้ระหว่างโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลาผ่านช่องทางออนไลน์

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่าต้องการความยืดหยุ่นในการ

เข้าใช้บริการทั้งในด้านของเวลาและสถานที่ และยินดีที่จะรับบริการออนไลน์หากคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในการบริการที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีนั้น การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์รวมทั้งองค์ความรู้ในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีก็มีความสำคัญอย่างมากต่อการยอมรับทางเลือกที่จะรับบริการรูปแบบใหม่ ซึ่งทีมวิจัยได้นำข้อมูลเหล่านี้ไปวิเคราะห์เพื่อออกแบบการให้บริการโปรแกรม TEDA4I ที่ต้องให้บริการผ่านเทคโนโลยีในระยะที่ 2

การพัฒนาโปรแกรม TEDA4I รูปแบบใหม่ในระยะที่ 2 ได้พัฒนาออกมาเป็น 2 รูปแบบคือโปรแกรม TEDA4I online ให้บริการที่บ้านเป็นหลัก และโปรแกรม TEDA4I onsite ให้บริการ ณ สถานบริการเป็นหลัก โดยให้การส่งเสริมพัฒนาการเป็นรายบุคคล และยังคงระยะเวลาของโปรแกรมคือ 3 เดือนเท่ากับ TEDA4I เดิม โดยโปรแกรม TEDA4I online ออกแบบให้มารับบริการ ณ สถานบริการเพียง 2 ครั้ง จาก 15 ครั้ง คือ ครั้งแรกและครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นเพียง

การมาประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPM ก่อนเริ่มต้นและหลังการส่งเสริมพัฒนาการ ส่วนครั้งอื่น ๆ รับบริการออนไลน์ที่บ้านทั้งหมด ส่วนโปรแกรม TEDA4I onsite ต้องมารับบริการ ณ สถานบริการจำนวนครั้งมากกว่า คือ 6 ครั้งจาก 15 ครั้ง ส่วนครั้งอื่น ๆ รับบริการออนไลน์ที่บ้าน ซึ่งทั้ง 2 รูปแบบอ้างอิงจากผลการศึกษาความเป็นไปได้ของการฝึกผู้ปกครองออนไลน์¹⁵ และงานวิจัยของ Degli Espinosa และคณะ¹⁶ ที่พัฒนารูปแบบการให้การช่วยเหลือผู้ปกครองของเด็กออทิสติกในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยดำเนินการทั้งแบบ telehealth และ non-telehealth care พบว่าสามารถให้บริการได้สมบูรณ์และครอบคลุมมากขึ้น เช่นเดียวกับโปรแกรม TEDA4I online และ TEDA4I onsite ที่ทำควบคู่กันไปทั้งรูปแบบที่ให้ผู้รับบริการมาที่สถานบริการ และให้บริการออนไลน์ โดยหลังจากยกร่างโปรแกรม TEDA4I ใหม่ทั้ง 2 รูปแบบแล้ว ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงครั้งที่ 1 แล้วนำไปทดลองใช้เบื้องต้น และปรับปรุงครั้งที่ 2 ก่อนนำไปเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทั้ง 2 รูปแบบด้วยการประเมินทั้งผู้ปกครองและเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการที่เข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยระยะที่ 3 พบว่า ทั้งโปรแกรม TEDA4I online และ onsite สามารถพัฒนาทักษะผู้ปกครองในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปีได้ และยังเพิ่มความเชื่อมั่นและมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานด้วยตัวเอง ซึ่งน่าจะส่งผลให้เด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปีมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการส่งเสริมพัฒนาการของ Illinois interagency council on early intervention (IICEI) ที่เน้นว่าเด็กอายุช่วงแรกเกิดถึง 5 ปีควรมีพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กขณะที่เด็กใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านกับครอบครัว ผ่านกระบวนการสอนแนะของพยาบาลทุกครั้งที่ได้พบกันในโปรแกรม¹⁷ การวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรม TEDA4I online และ onsite ที่มี

ความแตกต่างกันในด้านของวิธีการสอนแนะ ซึ่งโปรแกรม TEDA4I online เน้นการสอนแนะผ่านโปรแกรม Zoom ขณะที่โปรแกรม TEDA4I onsite เน้นการสอนแนะแบบเผชิญหน้า (fact-to-face) เพิ่มทักษะประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองและพัฒนาการของเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าวิธีการสอนแนะผ่านเทคโนโลยีทำให้เด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องได้เช่นเดียวกับการสอนแนะแบบตัวต่อตัว^{18,19}

อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการและกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม อีกทั้งเป็นการศึกษาในสถานบริการระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมของอุปกรณ์ เทคโนโลยี และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการตลอดระยะของการให้บริการ ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถใช้อ้างอิงในระดับประเทศได้ การนำโปรแกรม TEDA4I online หรือ onsite ไปใช้หรือขยายผลอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการนั้น ๆ โดยเฉพาะโปรแกรม TEDA4I online ที่ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัวและพื้นที่

สรุป

โปรแกรม TEDA4I online และ TEDA4I onsite สามารถทำให้ผู้ปกครองมีทักษะการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของบุตรหลานดีขึ้น และช่วยให้เด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปีมีพัฒนาการดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เอกสารอ้างอิง

1. นิรมัย คุ่มรักษา, รัชดาวรรณ แดงสุข, ธัญหทัย จันทะโยธา. ผลของโปรแกรม TEDA4I ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการในจังหวัดกาญจนบุรี [Effect of TEDA4I on child development of children with delay development in Kanchanaburi province]. วารสารราชานุกูล. 2561;33(1):19-29.
2. สมัย ศิริทองถาวร. การพัฒนาเครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ [Development of assessment tools to assist young children with developmental problems]. เชียงใหม่: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์; 2562.
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น [Percentage of children aged 9, 18, 30, 42, 60 Months in which developmental delays were screened and received developmental stimulation with TEDA4I or other standard tools] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย. 2565]. จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id%20=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=023dc36f90b6b070358fbc6727c768
4. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กปฐมวัย สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร. รายงานร้อยละของเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี [Reports the percentage of children ages birth to 5 years]. กรุงเทพฯ: กลุ่มงาน; 2565.
5. สถาบันราชานุกูล. รายงานข้อมูลพื้นฐานสถาบันราชานุกูล [Basic information report of Rajanukul institute]. กรุงเทพฯ: สถาบัน; 2565.
6. Zaagsma M, Volkers KM, Swart EAK, Schippers AP, Van Hove G. The use of online support by people with intellectual disabilities living independently during COVID-19. J Intellect Disabil Res. 2020; 64(10):750-6. doi:10.1111/jir.12770.
7. Navas P, Amor AM, Crespo M, Wolowiec Z, Verdugo MÁ. Supports for people with intellectual and developmental disabilities during the COVID-19 pandemic from their own perspective. Res Dev Disabil. 2021;108:103813. doi:10.1016/j.ridd.2020.103813.
8. Broka A, Mihailova H. Family counselling and flexibility of social services during Covid-19 emergency: case study of Latvian municipalities. SHS Web Conf. 2020;85:01010. doi:10.1051/shsconf/20208501010.
9. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Pacific Grove CA: Duxbury Press; 2000.
10. Turner RC, Carlson L. Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. Int J Test. 2003;3(2):163-71. doi:10.1207/S15327574IJT0302_5.
11. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951; 16(3):297-334. doi:10.1007/BF02310555.
12. สมัย ศิริทองถาวร. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรอง และประเมินความ ผิดปกติของพัฒนาการสำหรับเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) [The development of developmental screening and assessment instruments for children aged birth to 5 years] [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์; 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย. 2565]. จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/459>
13. บุษยารัตน์ จันทรประเสริฐ, ญัตถุภรณ์ หลาวทอง, สังวรณ จิตกระโทก. ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินของความสอดคล้องในแนวเดียวกันระหว่างข้อสอบกับตัวชี้วัดวิทยาศาสตร์ [Inter-rater reliability of alignment between science items and indices]. วารสารครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2563;48(3):144-63.
14. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. 3rd ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2003.
15. Bearss K, Burrell TL, Challa SA, Postorino V, Gillespie SE, Crooks C, et al. Feasibility of parent training via telehealth for children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: a demonstration pilot. J Autism Dev Disord. 2018;48(4):1020-30. doi:10.1007/s10803-017-3363-2.

16. Degli Espinosa F, Metko A, Raimondi M, Impenna M, Scognamiglio E. A model of support for families of children with autism living in the COVID-19 lockdown: lessons from Italy. *Behav Anal Pract.* 2020;13(3):550-8. doi:10.1007/s40617-020-00438-7.
17. The Illinois interagency council on early intervention (IICEI). Principles of early intervention [Internet]. Illinois: IICEI; 2021 [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://providerconnections.org/principles-of-early-intervention/>.
18. Sforzo GA, Kaye MP, Todorova I, Harenberg S, Costello K, Cobus-Kou I, et al. Compendium of the health and wellness coaching literature. *Am J Lifestyle Med.* 2017;12(6):436-47. doi:10.1177/1559827617708562.
19. Young HM, Miyamoto S, Dharmar M, Tang-Feldman Y. Nurse coaching and mobile health compared with usual care to improve diabetes self-efficacy for persons with type 2 diabetes: randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(3):e16665. doi:10.2196/16665.

ดัชนีชื่อเรื่อง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2566

	ชื่อเรื่อง	ฉบับที่	หน้า
ก	การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคโควิด 19 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวช	1	79
	การแปลแบบข้ามวัฒนธรรมและการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด	2	130
	การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ในรูปแบบบริการออนไลน์ กรณีศึกษาสถาบันราชานุกูลในช่วงการระบาดไวรัส COVID-19	4	321
	การวิจัยประเมินผลยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2565	1	64
ค	ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของพยาบาลที่ทำงานในหน่วยคัดกรองโรคโควิด 19 จังหวัดอุบลราชธานี	3	190
	ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565	3	227
	ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้	1	12
	ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย	4	273
	ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 : การศึกษาแบบผสมผสาน	3	202
	ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดของมารดาขณะตั้งครรภ์ กับการเกิดโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้นในเด็ก	1	37
	ความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย	1	52
	ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนหลับและภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	4	286
บ	บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทย	2	142
	แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh สำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	4	298
ป	ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า : การศึกษาเชิงคุณภาพ	1	22
	ปัจจัยจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่วัยทำงาน	2	121

ดัชนีชื่อเรื่อง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2566

	ชื่อเรื่อง	ฉบับที่	หน้า
ป	ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการเมทริกซ์โปรแกรม	3	176
	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี	4	309
	ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดชุมพร	3	166
ผ	ผลของการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญาในรูปแบบ ออนไลน์ต่อการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19	4	262
	ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	2	151
	ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการและ ความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า	3	215
พ	พฤติกรรมการใช้ชีวิต การติตราและการกีดกันทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต ต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของนักศึกษาชายรักชายในภาคเหนือ	2	106
	พัฒนาการของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย	4	250
ร	ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 : การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2564	1	1
	ระบาดวิทยาของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยา สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556	2	92
	โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน	3	240
ส	สุขภาพจิตของกลุ่มแอลจีบีทีคิวพลัส	2	A1

Title index

Journal of Mental Health of Thailand 2023 Volume 31 Number 1 - 4

	Title	No.	Page
A	Adverse drug reaction associated with COVID-19 management in patients receiving psychotropic medications	1	79
	Associations between sleep problems and geriatric conditions in older adults	4	286
C	Correlation between the resilience inventory 3-item version and screening of mental health problems by age group	1	52
	Cross-cultural translation, validity, and reliability of the Thai version of the relative stress scale among relative caregivers of older adults with cognitive impairment	2	130
E	Effects of online group counseling based on acceptance and commitment therapy on resilience quotient among people with long COVID-19	4	262
	Epidemiology of impulse control disorders in Thailand: Thai national mental health survey 2013	2	92
	Evaluation research on the national suicide prevention strategy 2017 - 2022	1	64
	Experiences and perspectives of Family caregivers in supporting and caring for adolescents with depressive disorder: a qualitative study	1	22
F	Factors associated with burnout syndrome among village health volunteers during COVID-19 pandemic in an urban area of Chonburi province	4	309
I	Intelligence quotient of Thai students in the first year of primary school: a national survey 2021	1	1
L	Lifestyle, social stigma and discrimination, and life satisfaction in terms of sexuality disclosure among homosexual male university students in northern Thailand	2	106
M	Mental Health of LGBTQ	2	A1
P	Predictors of success in methamphetamine cessation during the Matrix program service	3	176
	Prevalence and associated factors of depression among AIDS patients visiting AIDS clinic at Erawan hospital, Loei province	4	273
	Prevalence and associated factors of mental health problems among COVID-19 patients in 4 southern border provinces of Thailand	1	12
	Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder in university students infected with COVID-19: a mixed method study	3	202
	Psychosocial factors related to work-life balance in working adults	2	121

Title index

Journal of Mental Health of Thailand 2023 Volume 31 Number 1 - 4

	Title	No.	Page
R	Risk factors of repeat suicidal behavior among psychiatric patients in Chumphon province, Thailand	3	166
	Roles of local government administration in mental health promotion and prevention in Thailand	2	142
S	Stress, anxiety and depression among registered nurses at the COVID-19 screening units (ARI clinic) in Ubon Ratchathani province	3	190
T	The development of geriatric psychiatry in Thailand	4	250
	The development of the prototype of an online early intervention program for children aged 0 to 5 years with intellectual and developmental disabilities: a pilot study at Rajanukul Institute during the COVID-19 pandemic	4	321
	The effect of the Thai Preschool Parenting Program (Thai Triple-P) on development and emotional intelligence among children at risk of developmental delay	3	215
	The effects of motivational interviewing programs on medication adherence behaviors in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review	2	151
	The link between alcohol, tobacco, and substance use during pregnancy and children's autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder	1	37
	The prevalence and trends of mental health problems during the COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 – 2022	3	227
	The Thai version of the Walsh family resilience questionnaire for parents of children and adolescents with leukemia	4	298
W	Work-related post-traumatic stress disorder	3	240

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2566

(Journal of Mental Health of Thailand 2023 Volume 31 Number 1 - 4)

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ก	กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์	4	286	A	Amara Thanasuparutana	3	215
	กมล อาจดี	4	309		Anongporn Thakham	1	37
	กมลนัฏ ม่วงอัม	4	309		Athichaya Sukthammarat	1	22
	กมลลักษณ์ มากคล้าย	2	92		Awirut Oon-arom	3	202
	กมลลักษณ์ มากคล้าย	3	227	B	Bhinyada Monyanon	2	121
	กัญญ์ณ คุชิต	4	262	C	Chabaprai Chabaprai	3	202
ข	ขวัญเรือน อัครศักดิ์	1	52		Chaleeporn Somchai	1	37
จ	จันทน์ มุ่งเขตกลาง	4	321		Chantane Mungkhetklang	4	321
	จันทร์อาภา สุขทรัพย์	1	1		Charubongse Brohmwitak	3	240
	จารุพงษ์ พรหมวิทักษ์	3	240		Chidchanok Ruengorn	3	202
	จุฑาธิป ศิลบุตร	3	166		Chompoonoot Kabkumba	2	151
	ชบาไพร โพธิ์สุยะ	3	202		Chukiat Viwatwongkasem	3	166
ช	ชมพูนุท กาบคำบา	2	151		Chutinart Sakarinkhul	1	37
	ชลีพร สมใจ	1	37	D	Decha Wunnaphool	4	309
	ชิดชนก เรือนก้อน	3	202		Dokrak Pitakham	1	37
	ชุตินาถ ศักรินทร์กุล	1	37		Duangdao Sriruegrat	3	227
	ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม	3	166		Dutsadee Juengsiragulwit	3	215
	ฐาศุภร์ จันประเสริฐ	4	298	E	Eakasit Chaipin	2	106
ณ	ณัฐธิดา หนองพันธ์	1	12	J	Janarpar Sookatup	1	1
	ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์	2	151		Jutatip Sillabutra	3	166
	ณัฐธยาน์ ไหมสกุล	1	79	K	Kalunyu Kotchawat	4	262
	ณัฐสุดา เต็มพันธ์	1	22		Kamon Arjee	4	309
	ณิชาวรรณ จงรักชันทกิจ	1	1		Kamonnat Muangyim	4	309
ด	ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์	3	227		Kamonluck Makkhlai	2	92
	ดอกกรัก พิทาคำ	1	37		Kamonluck Makkhlai	3	227
	ดุขฎิ จีงศิริกุลวิทย์	3	215	K	Kanokporn Pinyopornpanish	4	286
	เดชา วรรณพาสกุล	4	309		Kwanruen Assadonsak	1	52
ท	เทอดศักดิ์ เดชคง	1	52	L	Laksika Srirojanakul	3	202

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2566

(Journal of Mental Health of Thailand 2023 Volume 31 Number 1 - 4)

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Name	No.	Page
ท	เทอดศักดิ์ เดชคง	1	64	M	Malee Katekaew	1	12
ธ	จิตรรัตน์ ทิพย์โชติ	1	52		Manusavee Singho	4	309
	ธีรวรรณ ธีระพงษ์	4	262		Mathurada Suwannapho	1	1
น	นพคุณ นันทศุภวัฒน์	4	286		Metta Lertkiatratthata	1	12
	นพพร ตันติรังสี	2	92		Monruedee Wongjitrat	3	176
	นันท์ชัตสนันท์ สกุลพงษ์	4	298	N	Nanchatsan Sakunpong	4	298
	นาวิณี เครือหงษ์	2	142		Naruttha Norphun	1	12
	นิตา บัววังโป่ง	4	286		Natchanok Keawjanta	2	151
	นิรมัย คุ่มรักษา	4	321		Nattasuda Taephant	1	22
	เนตรชนก แก้วจันทา	2	151		Natthaya Maisakun	1	79
	เนติลักษณ์ ศิลาอุดมกิจ	4	273		Navinee Kruahong	2	142
ป	ปณวัตร สันประโคน	2	130		Netiluck Silaudomkit	4	273
	ประเสริฐ จุฑา	1	1		Nida Buawangpong	4	286
	ปวีณา อุตตะมี	2	142		Niramai Kumraksa	4	321
พ	พงศัลดา ชื่นชูจิตร	1	79		Nitchawan Jongrakthanakij	1	1
	พริษฐ์ โพธิ์งาม	3	240		Nopakoon Nantsupawat	4	286
	พาสณา คุณาธิวัฒน์	1	52		Nopporn Tantirangsi	2	92
	พิจิตรพงศ์ สุนทรพิพิธ	3	166		Nuttaphat Suntarowit	2	151
	พิเชฐ อุดมรัตน์	2	A1	P	Panawat Sanprakhon	2	130
	พิเชฐ อุดมรัตน์	4	250		Parit Phongam	3	240
	เพชรลดา บริหาร	1	64		Passana Gunadhivadhana	1	52
	เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์	1	64		Pattarapon Jammin	3	240
ภ	ภัทรภณ แจ่มมิน	3	240		Paweena Uttamee	2	142
	ภัทรวดี รุจิพิชชาพร	4	309		Penkarn Kanjanarat	1	64
	ภิญญดา มัญยานนท์	2	121		Phattharawadee Ruchiphitchaphon	4	309
ม	มธุรดา สุวรรณโพธิ์	1	1		Phetlada Borriham	1	64
	มนฤดี วงศ์จิตรรัตน์	3	176		Pichet Udomratn	2	A1
	มนัสวี สิงห์โท	4	309		Pichet Udomratn	4	250

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2566

(Journal of Mental Health of Thailand 2023 Volume 31 Number 1 - 4)

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ม	มาลี เกิดแก้ว	1	12	P	Pichitpong Soontornpipit	3	166
	เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ	1	12		Ponglada Chuenchojit	1	79
ร	รัชดาวรรณ แดงสุข	1	1		Prasert Chutha	1	1
	รัชดาวรรณ แดงสุข	4	321	R	Rachadawan Dangasuk	4	321
	รัตติยากร พุยมัตย์	4	273		Ratchadawan Deangasuk	1	1
	รัชฎากร ชัยวัง	3	202		Ratsadakron Chaiwang	3	202
	เรวดี จายานะ	3	227		Rewadee Jayana	3	227
	ลักขิกา ศรีโรจนกุล	3	202		Ruttiyakorn Phuymat	4	273
ว	วชิระ สุริยะวงศ์	2	130	S	Sakesun Thongtip	2	106
	วรรณ ศรีศิริธัญกุล	3	240		Samai Sirithongthaworn	1	64
	วรรณ จุฑา	2	92		Sankamon Gornnum	1	64
	วรรณ จุฑา	3	227		Saowaluk Putsam	2	142
	วิธัญญา วันโน	2	121		Sarunyapich Aksorn	1	52
	วิภาพร หม่อมวงศ์	1	37		Sirinapa Songsrakaew	3	166
	วิวัฒน์ สารพัฒน์	3	190		Siriphong Boonchan	1	79
	ศรณยพิชญ์ อักษร	1	52		Somporn Rungreangkulkij	2	151
ศ	ศิริพงศ์ บุญจันทร์	1	79		Soontaree Srikosai	1	37
	ศุภกร ฉัตรบุพผา	4	286		Supakorn Chatbubpha	4	286
	ศุภเสก วิโรจนภา	1	64		Supasaek Virojanapa	1	64
	สมพร รุ่งเรืองกลกิจ	2	151		Suphawita Pliannuom	4	286
ส	สมัย ศิริทองถาวร	1	64		Surangkana Suparit	4	298
	สรกมล กรนุ้ม	1	64		Suwimon Inchuea	1	64
	สิรินภา สรสระแก้ว	3	166	T	Teerawan Teerapong	4	262
	สุนทร ศรีโกสย	1	37		Terdsak Dechkong	1	64
	สุภาวิตา เปลี่ยนน่วม	4	286		Terdsak Detkong	1	52
	สุรางคณา ศุภฤทธิ	4	298		Thasuk Junprasert	4	298
	สุวิมล อินทร์เชื้อ	1	64		Thidarat Tipchot	1	52
	เสกสรรค์ ทองดี	2	106	V	Vitanya Vanno	2	121

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2566

(Journal of Mental Health of Thailand 2023 Volume 31 Number 1 - 4)

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

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2566

(Journal of Mental Health of Thailand 2023 Volume 31 Number 1 - 4)

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ส	เสาวลักษณ์ พุ่มแซม	2	142	W	Wachira Suriyawong	2	130
อ	อชิษฐา สุขธรรมรัตน์	1	22		Warong Sithisarunkul	3	240
	อนงค์พร ต๊ะคำ	1	37		Wipaporn Momwong	1	37
	อมรา ธนศุภรัตน์	3	215		Wiwat Sarapat	3	190
	อวิรุทธ์ อวิรุทธ์	3	202		Worawan Chutha	2	92
	เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น	2	106		Worawan Chutha	3	227



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) วิจัย (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) วิจัย (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมการอภิปรายและข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) วิจัย (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 วิจัย 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 ที่อยู่ภูมิจากการศึกษาสูงสุด 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** แสดงผลการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น 4) **วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) **สรุป** ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) 7) **การตอบคำถามสั้น ๆ** 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

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

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสาร

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

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

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

1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทยตามที่ปรากฏ โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. บทเรียนด้านสุขภาพจิตในภัยพิบัติ: กรณีการช่วยเหลือทีมหมูป่าพลัดหลงในถ้ำหลวง [Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang cave rescue]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26(2):152-59.

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกันกับข้อ 1.1.1

Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. Siriraj Med J. 2015;67(1):8-13.

1.2 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. 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

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

2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

รีนา 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, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ความชุกของโรคจิตเวชของคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

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

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

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

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

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

4.2 โสมเพจ/เว็บไซต์

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

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (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. 26th 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 4

ตุลาคม – ธันวาคม 2566

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

บทความพิเศษ

จิตแพทย์ไทยไปปฏิบัติงาน ณ สาธารณรัฐมัลดีฟส์

139

เกษม ตันติผลาชีวะ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) ในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

146

ชนมล พูลสวน, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่นเปรียบเทียบกับครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยวในจังหวัดเพชรบูรณ์

159

จิตติรัตน์ สันติ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, นิดา ลิ้มสุวรรณ, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พัชรินทร์ เสรี

การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเตดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

178

ชัยณรงค์ ศรีละคร, วรณิสสา โกมลไพศาล, อัจฉราวรรณ ไตผาคาม

ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

191

จิราวรรณ ธงสะอาด, สุพัทธ แสนแจ่มใส

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

200

กัณตพัฒน์ ราชไชยา, มุทิตา พนาสภิตย์

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเอื้อสังคมและพฤติกรรมต่อต้านสังคมในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของประเทศไทย (SOCIALDEVIANCE1820)

214

บุรชัย อัคราทวีบุญ, จารุวรรณ สกุลคู

ประสิทธิภาพของครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ในผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

223

ยุภาตรา ปัตถามัง, อรพรรณ สุนทวง, ชุติรี โพธิ์สูง

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด บริบทนอกเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี

232

ทรงพล ไลดทนงค์

บทความปริทัศน์

โรคร่วมระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

242

ไซม่อนด์ ชินวาร์ักษ์, Diego Garcia-Borreguero

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

248

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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