



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2567
Volume 32 Number 2 April - June 2024
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht



The influence of self-leadership on students' academic burnout: the mediating role of study-life conflict

Bhudis Smithikrai, Chuchai Smithikrai



ผลการทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดวิภาษวิธี พระศรี Dialectical Behavior Therapy - Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

ประภาส อุครานันท์, ลิปณัฐ คีลาเกษ, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, สุพัตรา สุขาวท, สุปรานี พิมพ์ตรา, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ



สุขภาวะทางจิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง และความชื่นชอบศิลปะป็นไอศดอลเกาหลี ของแฟนคลับไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

วริญญา เพรศพรัง, บุรณี กาญจนถวัลย์



ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มสมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

กรกานต์ พึ่งน้ำ, จิรากร กันทับทิม, พิษยนันท์ วัฒนวิฑูร



ลักษณะสุขภาวะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวช : การศึกษาเชิงคุณภาพ

ศุภเสก วิโรจนภา, กมลเนตร วรรณเสวก, นพวรรณ ดันศิริมาศ, ภัทรวรรณ สุขยิทธิ, นัฏฐนัย ศรชัย, ณัฐกานต์ ใจบุญ, รัตน์ดา นราภักดิ์, รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ



การประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญา

จารุนันท์ ชัยทอง, ธนยศ สุมาลย์โรจน์, ทิฆัมพร หอลิรี, ณัฏพล อ่วมประดิษฐ์



ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานต่อความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด

ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

เทอดศักดิ์ เดชคง, ศรัณยพิชญ์ อักษร, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ชิตชนก โอภาสวัฒนา, ขวัญเรือน อัครศักดิ์

Journal of
Mental Health of Thailand

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ รองประธานสมาคมโลกเพื่อการฟื้นฟู
ทางจิตสังคม
พญ.พันธุ์นา กิตติรัตน์ไพบุลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อชิ ดันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวตรี อัยฉางค์กรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชากรกุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดรณี ภูขาว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.हरषा เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก สำนักงานคณะกรรมการ
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
พญ.ดุชนิ จิงศิริกุลวิทย์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
พญ.เบญจพร ปัญญาียง 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
นางสาวพาสณา คุณาธิวัฒน์ นางฐิติญา จันทพรหม
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. Vice President of World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)

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. Srithanya Hospital

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaissal, M.D. Khon Kaen University
Prof.Sirijit Suttajit Chiang Mai University
Assoc.Prof.Pornjira Pariwatcharakul, M.D Mahidol 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.Phothorn 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 32 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2567

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
The influence of self-leadership on students' academic burnout: the mediating role of study-life conflict Bhudis Smithikrai, Chuchai Smithikrai	88
ผลการทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดวิภาษวิธี พระศรี Dialectical Behavior Therapy - Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ประภาส อุครานันท์, สิปปัญญา ศิลาเกษ, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, สุพัตรา สุขาวท, สุปราณี พิมพ์ตรา, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ	99
สุขภาวะทางจิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง และความขึ้นชอบศิลปินไอดอลเกาหลี ของแฟนคลับไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วริญญา เพรศพรัง, บุรณี กาญจนถวัลย์	112
ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มสมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กรกานต์ พึ่งน้ำ, จิรากร กันทับทิม, พิษยนันท์ วัฒนวิฑูกร	123
ลักษณะสุขภาวะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวช : การศึกษาเชิงคุณภาพ ศุภเสก วิโรจนาภา, กมลเนตร วรรณเสวก, นพวรรณ ตันศิริมาศ, ภัทรวรรณ สุขยิธัญ, ฉัตรดนัย ศรชัย, ณัฐกานต์ ใจบุญ, รัตน์ดา นราภักดิ์, รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ	138
การประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญา จารุนันท์ ชัยทอง, ธนยศ สุมาลย์โรจน์, ทิฆัมพร หอสิริ, ณัฏพล อ่วมประดิษฐ์	153
ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานต่อความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต เทอดศักดิ์ เดชคง, ศรัณย์พิชญ์ อักษร, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ชิตชนก โอภาสวัฒนา, ขวัญเรือน อัครศักดิ์	166

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

I

สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 32 Number 2 April – June 2024

CONTENTS PREFACE	Page
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
The influence of self-leadership on students' academic burnout: the mediating role of study-life conflict Bhudis Smithikrai, Chuchai Smithikrai	88
Preliminary efficacy of the Prasri Dialectical Behavior Therapy - Informed Program for suicide reattempt prevention in patients with depressive disorder and attempted suicide Prapat Ukanan, Sipanut Silaket, Nuttorn Pityaratstian, Kamonthip Saganurum, Supattra sukhawaha, Supranee Phimtra, Supaporn Thongbenjamas	99
Psychological well-being, self-esteem, and K-pop idols fanaticism among Thai early adulthood fan club Warinya Phroedphring, Buranee Kanchanatawan	112
Predictive factors of readiness in caring for persons with dementia among members of the Alzheimer's disease and related disorders association Kornkan Pheungnam, Jirakorn Kuntubtim, Pichayanan Wattanawitukul	123
Wellness characteristics in rehabilitation for people with mental disorders: a qualitative study Supasaek Virojanapa, Kamonnet Wannasewok, Noppawan Tunsirimas, Pattarawat Sukyirun, Chatdanai Sornchai, Nattagan Jaiboon, Ratda Narapuk, Rattiyaporn Benjehma	138
Evaluation of executive functions in juvenile delinquents Jarunan Chaithong, Thanayot Sumalrot, Tikumporn Hosiri, Natchaphon Auampradit	153
Effects of a strength-based counseling program on resilience, stress, burnout, depression, and suicide risk in people at risk for mental health problems Terdsak Detkong, Sarunyapich Aksorn, Passana Gunadhidhavana, Chidchanok Opaswattana, Kwanruen Assadonsak	166
INSTRUCTION TO AUTHORS	I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติในปี พ.ศ. 2567 นี้เป็นครั้งที่ 23 ภายใต้หัวข้อ “คลื่นลูกใหม่ (S-Curve) สร้างสุขภาพจิตไทยในอนาคต (The New S-Curve of Mental Health)” มีกำหนดระหว่างวันที่ 30 กรกฎาคม ถึง 1 สิงหาคม 2567 ณ ไอคอนสยาม และ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร ขอเชิญชวนนักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องดูรายละเอียดได้ที่ <https://www.somdet.go.th/23AIMHC/>

สำหรับวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2567 นี้มีบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมด 7 เรื่อง แบ่งเป็นการศึกษาประเด็นสุขภาพจิตเด็ก เยาวชน และผู้ใหญ่ตอนต้น เรื่อง *The influence of self-leadership on students' academic burnout: the mediating role of study-life conflict* เรื่อง การประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญา และเรื่อง สุขภาวะทางจิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง และความชื่นชอบศิลปะป็นไอศดอลเกาหลีของแฟนคลับไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ประเด็นส่งเสริม ป้องกัน พันฟูสุขภาพจิต เรื่อง ผลการทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดวิภาษวิธี พระศรี Dialectical Behavior Therapy - Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เรื่อง ลักษณะสุขภาวะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวช : การศึกษาเชิงคุณภาพ และเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานต่อความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต และประเด็นผู้สูงอายุ เรื่อง ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มสมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยพิจารณาตรวจสอบบทความ ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

Original article

The influence of self-leadership on students' academic burnout: the mediating role of study-life conflict

Received : 8 January 2024

Revised : 17 April 2024

Accepted : 2 May 2024

Bhudis Smithikrai¹, Chuchai Smithikrai, Ph.D.²

The 3rd Years, Faculty of Medicine, Chiang Mai University¹,

Faculty of Humanities, Chiang Mai University²

Abstract

Objective: To investigate the association among self-leadership, study-life conflict, and academic burnout among university students.

Methods: An online cross-sectional study was conducted among undergraduates across Thailand, selected through convenience sampling. The research instruments comprised the Maslach Burnout Inventory for students, the Abbreviated Self-Leadership Questionnaire, the Study-Life Conflict Scale, and personal information sheet. The mediation effect was tested using a statistical software (PROCESS, Model 4).

Results: A total of 601 participants, 62.9% female, with a mean age of 20.17 years, completed the questionnaires. Self-leadership was negatively correlated with academic burnout, a significance evident in both the direct effects ($\beta = -.25, p < .01$) and the indirect effect ($\beta = -.05, p < .01$). Study-life conflict was observed to mediate the relationship between self-leadership and academic burnout.

Conclusion: Self-leadership could mitigate academic burnout among Thai university students both directly and indirectly by reducing study-life conflict.

Keywords: academic burnout, self-leadership, study-life conflict, university students

Corresponding author: Chuchai Smithikrai; e-mail: chuchai.s@cmu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

อิทธิพลของภาวะผู้นำตนเองที่มีต่อภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษา : บทบาทการเป็นตัวแปรสื่อของความขัดแย้งระหว่างการเรียนรู้กับชีวิต

วันรับ : 8 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 17 เมษายน 2567

วันตอบรับ : 2 พฤษภาคม 2567

ภูติส สมธิไกร¹, ชูชัย สมธิไกร, พร.ด.²

นักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹,

คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำตนเอง ความขัดแย้งระหว่างการเรียนรู้กับชีวิต และภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษามหาวิทยาลัย

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวางแบบออนไลน์ ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศไทยจากการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก เครื่องมือประกอบด้วย แบบวัดภาวะหมดไฟสำหรับนักศึกษา แบบวัดภาวะผู้นำตนเองแบบย่อ แบบวัดความขัดแย้งระหว่างการเรียนรู้กับชีวิต และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลการใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายข้อมูลพื้นฐาน ทดสอบการสื่ออิทธิพลของตัวแปรโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ (PROCESS, Model 4)

ผล : กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 601 คน เป็นหญิงร้อยละ 62.9 อายุเฉลี่ย 20.17 ปี ภาวะผู้นำตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการเรียน โดยมีอิทธิพลทั้งทางตรง ($\beta = -.25, p < .01$) และทางอ้อมผ่านความขัดแย้งระหว่างชีวิตกับการเรียน ($\beta = -.05, p < .01$) และพบว่าความขัดแย้งระหว่างชีวิตกับการเรียนมีบทบาทเป็นตัวแปรสื่อในความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำตนเองกับภาวะหมดไฟในการเรียน

สรุป : ภาวะผู้นำตนเองสามารถบรรเทาภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษามหาวิทยาลัยได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านการลดความขัดแย้งระหว่างการเรียนรู้กับชีวิต

คำสำคัญ : ความขัดแย้งระหว่างการเรียนรู้กับชีวิต, ภาวะผู้นำตนเอง, ภาวะหมดไฟในการเรียน, นักศึกษามหาวิทยาลัย

ติดต่อผู้พิมพ์ : ชูชัย สมธิไกร; e-mail: chuchai.s@cmu.ac.th

Previous Knowledge: Self-leadership is associated with reduced stress levels and burnout symptoms among students. However, the mechanisms through which self-leadership affects academic burnout are not fully understood.

New Knowledge: Study-life conflict mediated the association between self-leadership and academic burnout among university students.

Applications: Academic institutions should address academic burnout among university students by providing self-leadership training and a balanced schedule for the course works and free-time.

Introduction

In contemporary higher education, students often grapple with numerous academic and non-academic commitments, leading to heightened stress levels.¹ Prolonged exposure to the stressors associated with academic pursuits could elevate academic burnout to a critical concern, impacting students' mental well-being, academic performance, and overall quality of life.² Academic burnout is characterized by emotional exhaustion, cynicism, and a diminished sense of personal achievement.³ Previous research has shown that academic burnout is influenced by both internal factors, such as individual personalities, resilience, cognitive style, emotional intelligence, and goal orientation, and external factors, including academic pressure, learning environment, interpersonal relationships, and family environment.⁴⁻⁸

A comprehensive meta-analysis of 55 studies, encompassing 27,940 individuals from 24 low- to middle-income countries, reveals that 27.8% of

university students experienced academic burnout.⁹ In the context of Thailand, the COVID-19 pandemic necessitated a shift to remote learning, significantly impacting the mental well-being of students. A survey conducted in 2021 by the Department of Mental Health reported that 29.2% of Thai students suffered from high stress levels, and 16.6% faced academic burnout.¹⁰ Furthermore, a more recent study in 2023 involving 9,050 undergraduate students from 15 universities nationwide uncovers alarming statistics. Nearly 40% of Thai students reported that they were often or always under stress, with about 30% stating they were often or always unhappy or depressed. Additionally, the study highlighted that 4% of respondents had contemplated suicide, and 1.3% had engaged in self-harm on multiple occasions.¹¹ Addressing academic burnout is hence pivotal not only for individual student well-being but also for broader societal implications.

Self-leadership involves the process by which individuals guide and motivate themselves to enhance their performance and achieve their goals.¹² It is intricately linked to concepts such as self-regulation, self-motivation, and self-efficacy, collectively contributing to an individual's capacity to excel in both personal and professional domains.¹³ Essentially, self-leadership embodies a proactive and empowered approach to personal growth, decision-making, and the pursuit of excellence, with far-reaching effects in various aspects of an individual's life and within organizational settings.

According to the job demands-resources (JD-R) theory, burnout stems from an imbalance between job demands, such as task complexity and

workload, and personal resources, including skills and social support.¹⁴ Self-leadership, considered a personal resource within the JD-R theory, helps buffer against job demands, lowering stress and burnout. Studies demonstrate that self-leadership moderates the impact of excessive workload on emotional exhaustion.^{15,16} In educational contexts, self-leadership alleviates the adverse effects of academic stress and workload on emotional exhaustion among students.¹⁷ Additionally, self-leadership training could effectively reduce burnout symptoms.^{18,19}

However, the mechanisms through which self-leadership lessens academic burnout are not fully understood. One possibility is that self-leadership helps students to reduce study-life conflict. Study-life conflict is a form of inter-role conflict characterized by the incompatibility of pressures arising from roles in the study and social life domains.²⁰ Previous research has linked conflicts arising from study and life demands to increased anxiety and heightened social dysfunction among university students.²¹ Self-leadership could play a crucial role in helping students reduce study-life conflict by empowering them to take control of their academic and personal lives. This empowerment enables students to set clear goals, manage their time effectively, and make proactive decisions. Research has indicated a positive correlation between self-leadership and stress management competencies.²² Therefore, this proactive characteristic may significantly reduce study-life conflict and, ultimately, alleviate academic burnout.

All in all, a better understanding of the mechanisms through which self-leadership affects academic burnout may inform the development

of targeted interventions and support strategies aimed at reducing academic burnout among students. The primary aim of this research is to investigate the extent to which self-leadership affects academic burnout among students, with a specific focus on the mediating effect of study-life conflict. In accordance with the literature reviewed above, we hypothesized that: 1) self-leadership would be negatively correlated with academic burnout (H1); 2) self-leadership would be negatively correlated with study-life conflict (H2); 3) study-life conflict would be positively correlated with academic burnout (H3); and 4) study-life conflict would serve as a mediator in the relationship between self-leadership and academic burnout (H4).

Methods

A correlational study was employed from September to October 2023 to investigate relationships among specified variables within the research's conceptual framework. Ethical approval was obtained on June 2, 2023 from the Chiang Mai University Research Ethics Committee (certificate of approval number: 068/66).

Population and sample

Inclusion criteria for participant selection required being a Thai citizen enrolled in any university undergraduate program in Thailand, 18 years or older, and capable of reading and writing in Thai. Given the research objective of testing relationships between variables, convenience sampling was employed without adversely affecting findings.²³ The statistical test used for determining the sample size was linear multiple regression (2-tailed), taking into account the inclusion of two predictor variables. The analysis indicated that a minimum sample size

of 395 would be necessary to detect a small effect size (0.2) with a power (1- β error probability) of 0.8 and statistical significance at the .05 level.²⁴

Data were collected online through Google Forms involving several steps. Initially, permission was requested from instructors of courses across various universities and administrators of the university web pages (e.g., Look Chang Mor Chor). Subsequently, project details were provided, a questionnaire link was shared, and participants were given the option to decide whether to participate. Participants could withdraw at any point without using their data in the analysis. Participants' responses were validated by examining response patterns. Valid responses excluded "straight-lining" instances where the same option was selected consecutively for numerous questions, despite varying content. Only participants with complete and valid responses were selected for analysis.

Measures

1. *Academic burnout.* The Maslach Burnout Inventory General Survey for Students - Thai version was used to assess academic burnout, with its validity and reliability having been previously assessed.²⁵ Respondents were asked to rate each item on a 5-point scale ranging from 1 (never) to 5 (always). The scale's overall reliability coefficients, based on the study's sample, were calculated to be 0.86.

2. *Self-leadership.* The Abbreviated Self-Leadership Questionnaire (ASLQ) was used to assess self-leadership, with its validity and reliability having been previously assessed.²⁶ We received authorization from the authors to translate this measure. Language proficiency experts conducted both translation and

back-translation procedures to ensure language equivalence. The scale comprises 9 items, rated on a 5-point scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). Internal consistency reliability of the scale, based on the study's sample, was 0.80.

3. *Study-life conflict.* The Study-Life Conflict Scale was used to measure participants' levels of study-life conflict, with its validity and reliability having been previously assessed.²⁰ We obtained permission from the author to translate the measure. Language proficiency experts conducted both translation and back-translation procedures, ensuring language equivalence through the use of a back-translation process. Respondents were instructed to rate each item on a 5-point scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). Internal consistency reliability of the scale, calculated based on the study's sample, was found to be 0.79.

4. *Personal information.* The personal information sheet asked participants to reveal their gender, age, and academic year.

Measurement model validation

The evaluation of measurement models in this study employed the partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)²⁷ The PLS-SEM, renowned for realistically reflecting and explaining psychosocial phenomena in the educational sector, provides a unique advantage by allowing the assessment of partial weights of validity and reliability for each construct dimension, surpassing the limitations of Cronbach's alpha. Its prediction-centered approach exhibits robustness in predicting intra- and extra- sample relationships between subdimensions within the same model and across different models.²⁸

The primary goal of this procedure was to assess the reliability and validity of the measurement models. Convergent validity was established by scrutinizing the outer loadings (λ) of indicators and the average variance extracted (AVE), a standard practice in measurement model assessment.²⁸ The criteria for outer loadings mandated that each reflective measure should significantly load on its corresponding construct, with loadings exceeding the conventional threshold of 0.7. However, indicators with loadings between 0.4 and 0.7 were considered for removal from the scale if their exclusion resulted in an increase in composite reliability (CR) above the recommended threshold.²⁸ Consequently, two items from the self-leadership measure (ASLQ) were excluded due to low loading estimates.

The analysis uncovers that AVE values for academic burnout, self-leadership, and study-life conflict factors fell below the recommended threshold of at least 0.5. Nonetheless, it was argued that if AVE falls below 0.5 but CR exceeds 0.6, the convergent validity of the construct remains acceptable.²⁹ The CR estimates for academic burnout, self-leadership, and study-life conflict factors were 0.89, 0.84, and 0.90, respectively. Additionally, these constructs demonstrated good internal consistency, supported by alpha coefficient (α) values of 0.86, 0.80, and 0.79 for academic burnout, academic stress, resilience, and self-leadership factors, respectively. These results collectively indicated sufficient convergent validity in the measurement model.

To assess discriminant validity, two approaches were employed. The Heterotrait-Monotrait (HTMT) ratio of correlation indicates that all HTMT values

were below the recommended threshold of 0.85, confirming adequate discriminant validity.²⁸ The second approach compared the square root of AVE with the correlation of latent constructs.²⁹ This examination demonstrates that the square root of AVE for each construct exceeded correlations with other latent constructs, confirming discriminant validity. The comprehensive evaluation of the measurement model substantiates the validity and reliability of all construct measures. Given these findings, the subsequent phase of the research shifted focus towards a thorough examination of the hypothesized relationships among the constructs.

To test the research hypotheses, the bootstrap method was employed using a statistical software (PROCESS, Model 4).³⁰ Bootstrapping is a necessary for testing hypotheses in mediation analysis, particularly when the distribution of the data is unknown or deviates from normality. The bootstrapping process typically involves: 1) drawing a large number of bootstrap samples from the original data set by sampling with replacement; 2) estimating the model for each bootstrap sample and calculating the parameter estimates; and 3) computing the bootstrap standard errors (SE) and confidence intervals (CI) based on the bootstrap parameter estimates.²⁸

Results

A total of 601 participants, 37.1% male and 62.9% female, with a mean age of 20.17 years, completed the questionnaires. Of the participants, 26.2% were enrolled as first-year students, 20.2% were classified as second-year students, 34.5% represented third-year students, while the remaining 19.1% comprised fourth and fifth-year students.

Regarding their field of study, 56.6% pursued degrees in the humanities and social sciences, 23.3% enrolled in science and technology programs, and 20.1% pursued degrees in health sciences. Most of the participants studied at universities in the northern region (60.4%), followed by universities in Bangkok (25.6%). The remaining portion studied in the central, eastern, and northeastern regions (totaling 14.0%). The participants had a mean grade point average (GPA) of 3.19.

Table 1 shows descriptive statistics, reliabilities, and intercorrelations among the study variables. The results indicate that self-leadership was negatively correlated with academic burnout ($r = -.31, p < .01$), and study-life conflict ($r = -.17, p < .01$). In addition, study-life conflict was positively correlated with academic burnout ($r = .43, p < .01$).

The results of mediation analysis are presented in Table 2. A significant negative relationship between self-leadership and academic burnout (c path: $\beta = -.30, p < .01$) was revealed, confirming H1. This relationship remained significant when controlling for study-life conflict, gender, age, academic year, field of study, and GPA, resulting in a similar estimate (c' path: $\beta = -.25, p < .01$). A significant negative relationship was observed

between self-leadership and study-life conflict (a path: $\beta = -.14, p < .01$), confirming H2. Additionally, study-life conflict exhibited a significant positive association with academic burnout (b path: $\beta = .40, p < .01$), confirming H3.

In light of these findings, a mediation test for study-life conflict was conducted. The lower part of Table 2 displays the results of the bootstrap. The bootstrapped 95% CI around the standardized indirect effect did not include 0 ($\beta = -.05, p < .01$), confirming H4.

Discussion

The present study formulated and tested a model that examined relationships among self-leadership, academic burnout, and study-life conflict. Our findings contribute in several ways to understanding the relationship between self-leadership and academic burnout. First, self-leadership was both directly and indirectly negatively correlated with academic burnout. Second, study-life conflict mediated the relationship between the self-leadership and academic burnout. These findings align with prior research that has demonstrated self-leadership's capacity to mitigate students' academic burnout and study-life conflict.^{18,19,22}

Table 1 Means, standard deviations (SD), and correlations between study variables

Variables	M	SD	1	2	3
1. academic burnout	2.64	0.69	(0.86)		
2. self-leadership	3.90	0.58	-.31**	(0.80)	
3. study-life conflict	2.73	1.01	.43**	-.17**	(0.79)

Note: ** $p < .01$, $n = 601$; reliabilities of scales were in parentheses along diagonals. To interpret the average scores, the following criteria were applied: 1.00 to 2.33 indicates a low level, 2.34 to 3.66 signifies a medium level, and 3.67 to 5.00 reflects a high level.

Table 2 Results of mediation analysis

	b	β	SE	LLCI	ULCI
direct and total effects					
▪ study-life conflict regressed on self-leadership (a path)	-.25**	-.14**	.07	-.38	-.11
▪ academic burnout regressed on study-life conflict (b path)	.27**	.40**	.02	.22	.32
▪ academic burnout regressed on self-leadership (c path)	-.29**	-.30**	.05	-.45	-.27
▪ academic burnout regressed on self-leadership, controlling for study-life conflict, gender, age, year of study, field of study, GPA (c' path)	-.29**	-.25**	.04	-.37	-.21
bootstrapped result	bootstrapped indirect effect		boot SE	boot LLCI	boot ULCI
study-life conflict	-.05		.02	-.09	-.02

Note: b = unstandardized regression coefficients, β = standardized regression coefficients. Listwise N = 601., LLCI = lower level confidence interval, ULCI = upper level confidence interval. Bootstrap sample size = 5,000, **p < .01.

Self-leadership serves as a protective factor against academic burnout for several compelling reasons. Individuals who embrace self-leadership utilize three sets of strategies to improve their performance. The first set, known as self-regulation strategies, focuses on behaviors, aiming to replace ineffective ones with actions that lead to positive outcomes. This involves self-observation, goal-setting, self-reward, self-correction, and self-prompting. The second set, natural reward strategies, enables individuals to find intrinsic satisfaction in their tasks, fostering feelings of competence, self-control, and purpose. This is achieved by enhancing the enjoyment of the work and experiencing personal fulfillment through self-reward. The third set, constructive thought pattern strategies, is designed to alter thinking processes, promoting positive thinking and outlook. This includes identifying and eliminating erroneous

beliefs, practicing positive self-talk, and creating positive mental imagery.¹² As a result, burnout symptoms are reduced,^{18,19} as well as stress level.³¹

The contribution of self-leadership to the reduction of study-life conflicts is multifaceted. First, by promoting effective time management, self-leadership empowers individuals to take control of their schedules, allowing for the allocation of ample time to both academic and personal activities, thereby minimizing conflicts and feeling of overwhelm. Second, self-leadership fosters adaptability and proactive problem-solving skills, enabling students to navigate challenges and unexpected events with resilience, thus reducing the impacts on their study-life balance. Third, through self-regulation strategies, self-leadership aids in identifying and managing stressors early on, preventing their escalation into conflicts and burnout.^{12,13}

The finding of study-life conflict being a mediator between self-leadership and academic burnout also suggests that mitigating study-life conflict contributes to the reduction of academic burnout. Study-life conflict arises when the demands and responsibilities of academic life clash with other aspects of an individual's life, such as personal relationships and leisure activities. This conflict can lead to high levels of stress and an overwhelming sense of burden, which are key contributors to academic burnout.²⁰ The finding underscores the importance of implementing strategies to help students effectively balance their academic responsibilities with other life demands, thereby reducing the risk of academic burnout.

Our findings convey several implications for mental health management in universities. First, universities should actively endorse self-leadership programs, integrating them into the curriculum to equip students with skills in goal-setting, time management, and stress reduction. Second, providing faculty training on recognizing burnout signs, conducting regular check-ins, and acknowledging student achievements could foster a positive and supportive academic environment. Third, universities should provide mentoring and coaching programs that help improve the well-being of educators and students.³² Finally, universities should offer study support systems to assist students in mitigating study-life conflict, such as time management workshops, flexible learning options, financial aid, and scholarships.

This study has some limitations that require consideration. First, data were collected from a large sample size, surpassing the minimum requirement,

which bolsters statistical power and result reliability. However, the likelihood of nonclinical significance may also increase. Moreover, a large sample size does not ensure the elimination of sampling bias. Second, this study employed a correlational design which could identify associations but not causality. Therefore, future studies should consider utilizing an experimental approach to examine causal relationships more effectively.

Conclusions

Self-leadership could be a mitigating factor of life-study conflict and academic burnout among Thai university students. The findings contribute insights into the field of mental health and implications for educational policies and practices, emphasizing the importance of promoting student well-being. However, further research is necessary to enhance the understanding of the causal relationship.

Author's participation

Bhudis Smithikrai: Research problem identification, literature review, data collection, writing introduction, writing methodology, formatting and referencing, proofreading and editing; Chuchai Smithikrai: Research design, data analysis, writing results, writing discussion, submission and revision

References

1. Barker ET, Howard AL, Villemare-Krajden R, Galambos NL. The rise and fall of depressive symptoms and academic stress in two samples of university students. *J Youth Adolesc.* 2018;47(6):1252-66. doi:10.1007/s10964-018-0822-9.
2. Liu Z, Xie Y, Sun Z, Liu D, Yin H, Shi L. Factors associated with academic burnout and its prevalence among university students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):317. doi:10.1186/s12909-023-04316-y.

3. Jagodics B, Szabó É. Student burnout in higher education: a demand-resource model approach. *Trends in Psychology*. 2022;31(4):757-76. doi:10.1007/s43076-021-00137-4.
4. Chae H, Cloninger CR, Lee SJ. Effects of personality on the developmental trajectories of academic burnout among Korean medical students. *PeerJ*. 2020;8:e10362. doi:10.7717/peerj.10362.
5. Yaghoobi A, Mokhtaran M, Mohammadzadeh S. Cognitive styles and psychological resilience as predictors of academic burnout. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*. 2019;1(1)1-7. doi:10.29252/IEEPJ.1.1.1.
6. Usán Supervia P, Salavera Bordás C. Burnout, goal orientation and academic performance in adolescent students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6507. doi:10.3390/ijerph17186507.
7. Lin F, Yang K. The external and internal factors of academic burnout. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*. 2021;615:1815-21. doi:10.2991/assehr.k.211220.307.
8. Luo Y, Zhang H, Chen G. The impact of family environment on academic burnout of middle school students: The moderating role of self-control. *Child Youth Serv Rev*. 2020;119(Suppl 1):105482. doi:10.1016/j.childyouth.2020.105482.
9. Kaggwa MM, Kajjimu J, Sserunkuma J, Najjuka SM, Atim LM, Olum R, et al. Prevalence of burnout among university students in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(8):e0256402. doi:10.1371/journal.pone.0256402.
10. Department of Mental Health. Mental health survey revealed a significant prevalence of burnout symptoms among children engaging in online learning [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2021 [cited 2024 Jan 8]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31151>
11. Chulalongkorn University Social Research Institute. The study of mental behavior of university students [Internet]. Bangkok: Chulalongkorn University Social Research Institute; 2023 [cited 2024 Jan 8]. Available from: http://www.cusri.chula.ac.th/wp-content/uploads/2023/05/Final_Executive_A5_compressed.pdf
12. Neck CP, Manz CC, Houghton JD. *Self-leadership: The Definitive Guide to Personal Excellence*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2020.
13. Neuhaus M, Houghton J. Self-leadership. In Goethals GR, Allison ST, Sorenson GJ, editors. *The SAGE encyclopedia of leadership studies*. California: SAGE Publications, Inc.; 2023 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://doi.org/10.4135/9781071840801>
14. Bakker AB, Demerouti E. Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol*. 2017;22(3):273-85. doi:10.1037/ocp0000056.
15. Harari MB, Williams EA, Castro SL, Brant KK. Self-leadership: a meta-analysis of over two decades of research. *J Occup Organ Psychol*. 2021;94(4):890–923. doi:10.1111/joop.12365.
16. Junça Silva A, Almeida A, Rebelo C. The effect of telework on emotional exhaustion and task performance via work overload: the moderating role of self-leadership. *Int J Manpow*. 2024;45(2):398-421. doi:10.1108/ijm-08-2022-0352.
17. Maykrantz SA, Houghton JD. Self-leadership and stress among college students: examining the moderating role of coping skills†. *J Am Coll Health*. 2018;68(1):89-96. doi:10.1080/07448481.2018.1515759.
18. Lapien LG, Zulkifli A, Razak A, Sidin I. A quasi-experimental study: can self-leadership training and emotional intelligence mentoring lower burnout rates in hospital nurses? *Open Access Maced J Med Sci*. 2022;10(E):905-12. doi:10.3889/oamjms.2022.8756.
19. Sjöblom K, Juutinen S, Mäkikangas A. The importance of self-leadership strategies and psychological safety for well-being in the context of enforced remote work. *Challenges*. 2022;13(1):14. doi:10.3390/challe13010014.
20. Grobelna A. A study–life conflict and its impact on tourism and hospitality students’ burnout and their employment aspirations. *Sustainability*. 2022;14(11):6608. doi:10.3390/su14116608.
21. Badri SKZ. Study-life integration and young adult students mental health. *J Public Ment Health*. 2020;20(1):24-32. doi:10.1108/jpmh-06-2019-0069.

22. Houghton JD, Wu J, Godwin JL, Neck CP, Manz CC. Effective stress management: a model of emotional intelligence, self-leadership, and student stress coping. *Qual Rep.* 2011;36(2):220-38. doi:10.1177/1052562911430205.
23. Sternthal B, Richard P, Calder BJ, Tubott AM, Richard P. Experimental design: generalization and theoretical explanation. In Bagozzi RP, editor. *Principles of marketing research*. Cambridge, MA: Blackwell Business; 1994.
24. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/bf03193146.
25. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB. MBI - general survey for students - MBI-GS (S) [Internet]. Menlo Park: Mind Garden, Inc.; 2016 [cited 2024 Jan 8]. Available from: <https://www.mindgarden.com/313-mbi-general-survey-for-students>
26. Houghton JD, Dawley D, DiLiello, TC. The abbreviated self-leadership questionnaire (ASLQ): a more concise measure of self-leadership. *International Journal of Leadership Studies.* 2012;7(2):216-32.
27. Ringle CM, Wende S, Becker J. SmartPLS 4 [Internet]. Monheim am Rhein: SmartPLS; 2022 [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://www.smartpls.com>
28. Hair JF, Hult GT, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Publications, Inc.; 2017.
29. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Mark Res.* 1981;18(1):39. doi:10.2307/3151312.
30. Hayes AF, Little TD, Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach. New York: The Guilford Press; 2022.
31. Maykrantz SA, Houghton JD. Self-leadership and stress among college students: Examining the moderating role of coping skillst. *J Am Coll Health.* 2020;68(1): 89-96. doi:10.1080/07448481.2018.1515759.
32. Kutsyuruba B, Godden L. The role of mentoring and coaching as a means of supporting the well-being of educators and students. *International Journal of Mentoring and Coaching in Education.* 2019;8(4):229-34. doi:10.1108/ijmce-12-2019-081.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดวิภาษวิธี พระศรี Dialectical Behavior Therapy - Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

วันรับ : 9 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 27 เมษายน 2567

วันตอบรับ : 3 พฤษภาคม 2567

ประภาส อุครานันท์, พ.บ.¹, สิปปัญญ์ ศิลาเกษ, พ.บ.¹, ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร, พ.บ.²,กมลทิพย์ สงวนรัมย์, วท.ม.¹, สุพัตรา สุขาวท, พร.ด.¹,สุปราณี พิมพ์ตรา, พร.ด.¹, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, วท.ม.¹โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต¹,คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการบำบัดวิภาษวิธี พระศรี Dialectical Behavior Therapy - Informed (DBT-Informed) ต่ออาการซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยซึมเศร้าอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายภายใน 6 เดือนและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพระศรี DBT-Informed รายบุคคล 9 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วัดอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุง (9Q-revision) วัดความคิดฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (scale for suicidal ideation-Thai version 2014) ที่ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลัก intention-to-treat ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Friedman test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภายในกลุ่ม และสถิติ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไป อาการซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

สรุป : โปรแกรมพระศรี DBT-Informed ช่วยลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตาย, การทำร้ายตนเอง, การบำบัดวิภาษวิธี, โรคซึมเศร้า

ติดต่อผู้พิมพ์ : สุพัตรา สุขาวท; e-mail: s_sukawa@yahoo.com

Original article

Preliminary efficacy of the Prasri Dialectical Behavior Therapy - Informed Program for suicide reattempt prevention in patients with depressive disorder and attempted suicide

Received : 9 January 2024

Revised : 27 April 2024

Accepted : 3 May 2024

Prapat Ukranan, M.D.¹, Sipanut Silaket, M.D.¹, Nuttorn Pityaratstian, M.D.²,

Kamonthip Saguanrum, M.Sc.¹, Supattra Sukhawaha, Ph.D.¹,

Supranee Phimtra, Ph.D.¹, Supaporn Thongbenjamas, M.Sc.¹

Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital¹,

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University²

Abstract

Objective: To determine the effects of the Prasri Dialectical Behavior Therapy - Informed (Prasri DBT-Informed) program on depressive symptoms and suicidal ideation in patients with depressive disorder and attempted suicide.

Methods: A quasi-experimental study was employed among outpatients aged 18 years or older with depressive disorder and a history of suicidal attempts within the last six months. The experimental group received nine individual sessions, once a week, of the Prasri DBT-Informed. The control group received standard care. Depression and suicidal ideation severity were evaluated using the Nine-Item Questionnaire - Revision (9Q-Revision) and the Scale for Suicidal Ideation - Thai version 2014, respectively, before the program, after the program, and one month after the program. Data were analyzed on an intention-to-treat basis using descriptive statistics, the Friedman test, and the Mann-Whitney U test.

Results: A total of 24 participants were assigned into experimental (n = 12) and control (n = 12) groups. Both groups were not significantly different in the baseline characteristics, depression, and suicidal ideation. In the experimental group, the depression and suicidal ideation scores after the program and one month after the program were both significantly lower than those before the program. Compared to the control group, the experimental group showed significantly lower scores of both depression and suicidal ideation across follow-up points.

Conclusion: The Prasri DBT-Informed program is effective in reducing depressive symptoms and suicidal ideation among individuals with depressive disorder and previous suicide attempts.

Keywords: depression, suicide, self-Injury, dialectical behavior therapy

Corresponding author: Supattra Sukhawaha; e-mail: s_sukawa@yahoo.com

ความรู้เดิม : การบำบัดแบบเบบวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy: DBT) เป็นการบำบัดที่มีหลักฐานทางวิชาการในต่างประเทศว่าได้ผลในการลดการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองซ้ำในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง โดยใช้ระยะเวลาบำบัดอย่างน้อย 26 สัปดาห์

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการบำบัดพระศรี DBT-Informed ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดรายบุคคล 9 ครั้ง ท่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 60 - 90 นาที สามารถลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ ทั้งที่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อลดอาการซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซ้ำในบริบทประเทศไทย

บทนำ

โรคซึมเศร้ามีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 2 - 21¹ ผลกระทบที่สำคัญของโรคซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 15 เรื่องพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดอยากตาย (suicidal ideation) ร้อยละ 53.1 และพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ร้อยละ 31.0 โดยตลอดชั่วชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 3.45 เท่า และมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายในหนึ่งปีสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 7.34 เท่า² ในประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 6.12 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2556 มาเป็น 8.95 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562³ ปัจจัยที่ทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย การไม่ได้รับการรักษาทางด้านจิตเวช และการใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่มีโอกาสสำเร็จสูง ส่วนปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตาย

ได้แก่ เพศหญิง วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ และการมีปัญหาหรือโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้ว และโรคความผิดปกติของการใช้สุราและสารเสพติด³ การศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาพบว่า ร้อยละ 16.8 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าชาย และการมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายประมาณ 48 เท่า⁴

การป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องใช้วิธีการบำบัดที่ช่วยลดทั้งภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ Linehan⁵ ได้พัฒนาการบำบัดวิภาษวิธี (dialectical behavior therapy: DBT) ซึ่งเป็นจิตบำบัดที่แตกแขนงออกมาจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) เพื่อบำบัดหญิงที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (borderline personality disorder: BPD) ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ได้ตั้งใจจะทำให้ตายจริง (parasuicide) และมีการทำร้ายตัวเอง (self-harm) DBT ประกอบด้วยแนวคิดการเจริญสติ (mindfulness) การอดทนต่อความทุกข์ทรมานใจ (distress tolerance) การยอมรับ (acceptance) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ (interpersonal effectiveness) และการควบคุมอารมณ์ (emotional regulation) ซึ่งใช้ทำจิตบำบัดได้ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และทางโทรศัพท์โดยเน้นการรับมือกับปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้นตามลำดับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าวต่าง ๆ นอกจากนี้ DBT ยังเน้นการยอมรับในประเด็นที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

การทดลองแบบสุ่มในหญิงวัยผู้ใหญ่ 99 คน ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งและมีพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและ/หรือทำร้ายตนเองเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป ได้รับการบำบัดแบบ DBT เป็นเวลา 1 ปีและติดตามต่อเนื่อง 1 ปีพบว่า DBT สามารถลดการทำร้ายตนเองซ้ำ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ในการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม

ที่ใช้ DBT ในการบำบัดผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง โดยไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตาย (nonsuicidal self-injury: NSSI) และพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า DBT ช่วยลด พฤติกรรมความรุนแรงต่อตัวเองและความถี่ของการเข้ารับ บริการฉุกเฉินทางจิตเวชได้⁷ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มในกลุ่มวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้า และมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่า การบำบัดที่มีขนาดอิทธิพล (effect size) สูงสุดคือ DBT⁸ สอดคล้องกับการทดลองแบบสุ่มในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในการ ฆ่าตัวตายสูง 173 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ DBT 72 คน และกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดจิตแบบประคับประคองรายบุคคล และรายกลุ่ม 51 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับ DBT มีการพยายาม ฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง และการทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บ โดยไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ⁹ หลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การบำบัดแบบ DBT มีประสิทธิภาพในการช่วยลดความเสี่ยง ในการพยายามฆ่าตัวตายได้

อย่างไรก็ตาม การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี ประวัติพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยโดยทั่วไปใช้จิตบำบัด แบบประคับประคองและ/หรือ CBT โดยพยาบาลจิตเวชหรือนักจิตวิทยาคลินิก ระยะเวลาการบำบัดขึ้นกับการนัดมาพบแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่นัดเดือนละ 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยยังมีการทำร้าย ตัวเองซ้ำและอาการซึมเศร้าไม่ลดลง¹⁰ เนื่องจากผู้ป่วยบางคน มารับการบำบัดไม่ต่อเนื่องและการบำบัดทางสังคมจิตใจ ไม่เข้มข้นเพียงพอ และปัจจุบันยังไม่พบการนำ DBT มาใช้กับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ อาจเนื่องจาก DBT เติมรูปแบบ (comprehensive DBT) ใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 26 สัปดาห์ และผู้บำบัดต้องรับปรึกษาผู้ป่วยทางโทรศัพท์กับเมื่อเกิดภาวะ วิกฤตหลังการบำบัดต่อเนื่อง จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำ DBT เติมรูปแบบมาใช้ในประเทศไทย

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการบำบัดแบบ DBT ของประเทศไทย ได้มีการวิจัยและ พัฒนา (research and development) โปรแกรมบำบัดที่ ประยุกต์เทคนิคบางส่วน of DBT มาใช้ โดยสอดคล้องกับ

บริบทของประเทศไทยและมีความเป็นไปได้ในการบำบัด ทางจิตสังคมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ไม่รุนแรงหรือซับซ้อนจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 เป็นการพัฒนาด้านร่าง โปรแกรมพระศรี dialectical behavior therapy - informed (DBT-Informed) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วย ซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการ บำบัดตามโปรแกรม DBT ของประเทศไทย วิเคราะห์ content validity index (CVI) ได้ค่า 1.00¹¹ และมีการปรับปรุงตาม ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจนได้ต้นแบบโปรแกรมที่สมบูรณ์ ที่มีความตรงและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการบำบัดแบบ DBT ระยะที่ 2 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพเบื้องต้นของโปรแกรมพระศรี DBT-informed ต่ออาการซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

วิธีการ

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ชนิดสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม และติดตาม 1 เดือน ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต หนังสือรับรองเลขที่ DMH.IRB.CO.A 023/2565 เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 โดยจิตแพทย์ 3) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q-revision) 7 คะแนนขึ้นไป 4) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ภายใน 6 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย 5) มีคะแนนความคิด ฆ่าตัวตายจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย

(SSI-Thai version 2014) 1 คะแนนขึ้นไป และ 6) สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เป็นโรคจิตเภท ติดสารเสพติด หรือปัญญาอ่อน 2) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง วัดจากประเมิน SSI-Thai version 2014 มีเกณฑ์ความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง 20 คะแนนขึ้นไป 3) มีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 3 ครั้งในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาด้วยวิธีการรุนแรง เช่น ผูกคอใช้อาวุธแทง ยิง โดยตั้งใจให้ตาย และยังมีแผนการรวมถึงความตั้งใจที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง หรือ 4) มีอาการตามเกณฑ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เกณฑ์การถอนจากการวิจัย ได้แก่ 1) ขาดการมาเข้าร่วมการบำบัดต่อเนื่องเกินกว่า 2 ครั้ง หรือ 2) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (serious adverse events) เช่น มีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการที่รุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ยจากงานวิจัยที่ใช้ DBT วัดผลการฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตาย¹² ได้ขนาดตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน แบ่งกลุ่มโดยวิธีจับฉลาก

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงเชิญชวนเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม ซึ่งไม่ใช่บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกและไม่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยมาก่อนหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการอาสาสมัครเป็นอย่างดี โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างนำเอกสารกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อการตัดสินใจด้วยตัวเอง เมื่อตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วอาสาสมัครลงนามในเอกสารยินยอมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย การบำบัดดำเนินในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการรักษาความลับและได้รับการปฏิบัติตามแนวทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์และได้โปรแกรมพระศรี DBT-Informed เป็นการบำบัดรายบุคคลที่ประยุกต์จากแนวความคิดการฝึกใช้สติ ทักษะการควบคุมอารมณ์

ทักษะประสิทธิภาพทางสังคม และการอดทนต่อความทุกข์ใจ ประกอบด้วยการบำบัด 9 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาที ห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

คณะผู้บำบัดประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 3 ปี และนักจิตวิทยาคลินิกและนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 3 ปี ผ่านการอบรมและฝึกประสบการณ์ในการบำบัดตามโปรแกรมพระศรี DBT-informed โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้าน DBT และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วย DBT 2 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's Kappa coefficient) 0.80 ซึ่งหมายถึงมีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในทางปฏิบัติในระดับดีมาก

กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดรักษาตามแนวทางระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งรวมถึงการรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์และจิตบำบัดโดยนักจิตวิทยาคลินิกและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการบำบัดที่ศูนย์บำบัดทางสังคมจิตใจ (ศูนย์ร่มโพธิ์ใจ) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 8 - 9 ครั้ง

เครื่องมือในการประเมินประสิทธิผล

ผู้ประเมินเป็นพยาบาลจิตเวชที่ไม่ใช่ผู้บำบัดและไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษากลาง ฉบับปรับปรุง (9Q-revision) เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 9 คำถาม พัฒนาและทดสอบคุณสมบัติโดยธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ¹³ ความตรงตามเกณฑ์มาตรฐานเทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression มีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดี (Pearson's product-moment correlation = 0.719, 95% CI = 0.690 - 0.746) ค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป (ค่า ROC area = 0.897, 95% CI = 0.850 - 0.943) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าดังนี้

ตารางที่ 1 โปรแกรมพระศรี DBT-Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

ครั้งที่	เนื้อหา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
1	พบผู้บำบัด รับฟังทำความเข้าใจปัญหา อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจโปรแกรม การบำบัดแบบ DBT-informed และฝึกการใช้สติ (mindfulness)	1. มอบสมุดบันทึกโปรแกรมพระศรี DBT-Informed 2. ทำความเข้าใจโปรแกรมพระศรี DBT-Informed 3. เขียนความคาดหวัง เป้าหมายการบำบัด 4. ฝึกการใช้สติ จิตส่วนเหตุผล จิตส่วนอารมณ์ จิตส่วนปัญญา ทักษะ what's skill, how skill 5. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจและ ค้นหาปัญหาของผู้รับการบำบัด 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจในรูปแบบการบำบัดแบบ DBT-Informed และมีเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน 3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
2	ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ (emotion regulation) ครั้งที่ 1 เรียนรู้ห่วงโซ่อารมณ์	1. เรียนรู้องค์ประกอบและวิเคราะห์ห่วงโซ่อารมณ์จากแผนภาพห่วงโซ่อารมณ์ 2. วิเคราะห์ห่วงโซ่อารมณ์ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนตามแผนภาพ 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
3	ฝึกการควบคุมอารมณ์ (emotion regulation) ครั้งที่ 2 เรียนรู้ทักษะการควบคุมอารมณ์	1. ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ โดยลดความเจ็บปวดทางอารมณ์ ลดช่วงเวลาและความถี่ของการเกิดอารมณ์ที่ไม่ต้องการ และลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดอารมณ์ที่ไม่ต้องการ 2. วิเคราะห์ตามสถานการณ์ในชีวิตจริงของผู้รับการบำบัดตามใบกิจกรรมที่กำหนดให้ 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
4	ฝึกทักษะประสิทธิภาพทางสังคม (interpersonal effectiveness) ครั้งที่ 1 ทักษะการร้องขอ ทักษะการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น	1. ดูลิบทักษะการร้องขอ โดยใช้ทักษะ DEARMAN และทักษะการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นโดยใช้ทักษะ GIVE 2. ฝึกทักษะการร้องขอตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงของผู้รับการบำบัด 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
5	ฝึกทักษะประสิทธิภาพทางสังคม (interpersonal effectiveness) ครั้งที่ 2 ทักษะการคงไว้ซึ่งการเห็นคุณค่าและเคารพนับถือตนเอง	1. ฝึกทักษะการคงไว้ซึ่งการเห็นคุณค่าและนับถือตนเอง โดยใช้ทักษะ FAST 2. สรุปรการใช้ทักษะ 3 ทักษะโดยประยุกต์เข้ากับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้รับการบำบัด 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
6	ฝึกการอดทนต่อความทุกข์ใจ (distress tolerance) ครั้งที่ 1 ระยะ crisis	1. ฝึกเรียนรู้ทักษะการเผชิญกับภาวะวิกฤตทางจิตใจด้วยวิธีการตามเทคนิค STOP การหยุด การสังเกต การใช้สติ เทคนิค TIPPS การใช้ความเย็น ปลดปล่อย ฝึกหายใจ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 2. ฝึกการใช้ทักษะตามสถานการณ์จริงของผู้รับการบำบัด 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะการอดทนต่อความทุกข์ใจในระยะวิกฤต 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ

ตารางที่ 1 โปรแกรมพระศรี DBT-Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
7	ฝึกการอดทนต่อความทุกข์ใจ ครั้งที่ 2 ระยะ long term	1. ฝึกทักษะการอดทนต่อความทุกข์ใจในระยะยาว ทักษะการยอมรับความจริง 2. ฝึกการใช้ทักษะตามสถานการณ์จริงของผู้รับการบำบัด 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะการอดทนต่อความทุกข์ใจในระยะยาว 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
8	ฝึกทักษะการนำไปใช้ในภาพรวมทุกทักษะการเรียนรู้ประยุกต์จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง	1. ประมวลภาพรวมการเรียนรู้ทักษะตามโปรแกรมและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน 2. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อทบทวนทักษะการเรียนรู้ในทุกกระบวนการของการบำบัดและการนำไปใช้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตของผู้รับการบำบัด
9	สรุป ทบทวน วางแผนการดูแลตัวเองต่อเนื่อง และการนำทักษะไปใช้ในอนาคต ประเมินผลการบำบัด	1. การสรุป ประเมินผลการบำบัด สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด สิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเองของผู้รับการบำบัด 2. การวางแผนการนำทักษะต่าง ๆ ไปใช้ในอนาคต 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อสรุปผลการบำบัดและช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้วางแผนดูแลตัวเองต่อเนื่อง

ระดับเล็กน้อย 7 - 12 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 86.2 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ระดับปานกลาง 13 - 17 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 93.2 และระดับรุนแรง 18 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 80.0 ความจำเพาะร้อยละ 95.2¹³

2. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (Thai version of the scale for suicidal ideation: SSI-Thai version 2014) เป็นเครื่องมือประเมินความคิดฆ่าตัวตาย แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติโดยปริยศ กิตติธวัชศักดิ์ และเกสร มัยจิน¹⁴ ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่มีเลย 1 เล็กน้อย และ 2 ปานกลาง ถึงมาก คะแนนรวม 0 - 38 คะแนน โดย 0 - 6 คะแนน มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ 7 - 12 คะแนน มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และ 13 คะแนนขึ้นไป มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง แบบประเมินมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.89 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.81 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อมากกว่า 2 ทุกข้อ

3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรับการรักษาต่อเนื่อง โดยการรักษาต่อเนื่อง หมายถึง การรับประทานยาสม่ำเสมอและการมาตามนัด ตั้งแต่รับการวินิจฉัยและรับการรักษาโรคซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลัก intention-to-treat analysis แบบ last observation carried forward (ITT-LOCF) ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square test ในตัวแปรกลุ่ม และ Mann-Whitney U test ในตัวแปรต่อเนื่อง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9Q-revision และคะแนนความคิดฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน SSI-Thai version 2014 ระหว่างก่อนทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนด้วยสถิติ Friedman test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบที่ก่อนทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน ขณะดำเนินการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 3 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ได้แก่ มีการพยายามฆ่าตัวตาย และต้องเข้ารับการรักษาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2 คน และขาดการมาเข้าร่วมการบำบัดต่อเนื่องตามนัดเกิน 2 ครั้ง 1 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 3 คนขาดการมาเข้าร่วมการบำบัดต่อเนื่องตามนัดเกิน 2 ครั้ง จึงพิจารณาให้ออกจากโครงการวิจัยเช่นกัน เหลือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมจนสิ้นสุดการทดลองกลุ่มละ 9 คน รวม 18 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายภายในกลุ่ม พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่า Friedman test เท่ากับ 13.77 ($p = .001$) กลุ่มควบคุมมีค่า Friedman test เท่ากับ 8.62 ($p = .013$) แต่เมื่อพิจารณาคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า Friedman test เท่ากับ 11.53 ($p = .003$) ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนความคิดฆ่าตัวตายทั้ง 3 ระยะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า Friedman test เท่ากับ 3.00 ($p = .223$)

การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อน

การทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและการติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .033$ และ $p = .045$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$ และ $p = .010$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการบำบัดพระศรี DBT-Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ช่วยลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาตามระบบบริการปกติ สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อถักในในกลุ่มผู้มีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่งที่พบว่า DBT สามารถลดพฤติกรรม การฆ่าตัวตายและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($g = -0.62$, 95% CI = $-0.98, -0.26$)⁸ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ห่อถักในในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและมีการทำร้ายตัวเอง แต่ไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตาย (NSSI) ที่พบว่า DBT ช่วยลดการทำร้ายตนเองด้วยขนาดอิทธิพลระดับสูง ($g = 0.81$, 95% CI = $0.59 - 1.03$) และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ด้วยขนาดอิทธิพลระดับต่ำ ($g = 0.36$, 95% CI = $0.30 - 0.42$)¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาแบบกึ่งทดลองในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและการทำร้ายตัวเองที่ได้รับการรักษาในสถานบริการของรัฐ ประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการบำบัดแบบ DBT รายบุคคล โดยพบกับผู้บำบัด 1 - 2 สัปดาห์ต่อครั้งต่อเนื่อง 33 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม 20 คนได้รับการบำบัดรักษาแบบปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง (Cohen's $d = 0.50 - 1.32$, $p < .001$)¹⁶ เมื่อเปรียบเทียบกับ DBT ในการศึกษาที่ผ่านมา

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	26.91 (6.67)		24.91 (8.34)			.201 ^a
เพศ					4.56	.682
ชาย	2	16.6	2	16.6		
หญิง	7	58.4	7	58.4		
LGBT	3	25.0	3	25.0		
ระดับการศึกษา					7.00	.723
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	25.0	4	33.3		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	25.0	2	25.0		
ประกาศนียบัตร/ปวส./อนุปริญญา	1	8.4	1	8.4		
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	5	41.6	4	33.3		
อาชีพ					14.34	.850
เกษตรกร	2	16.6	1	8.4		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	16.6	2	16.6		
ค้าขาย	1	8.4	2	16.6		
พนักงานบริษัท	0	0.0	1	8.4		
นักเรียน/นักศึกษา	4	33.3	3	25.0		
ว่างงาน	3	25.0	3	25.0		
รายได้ต่อเดือน					22.75	.678
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8	66.7	8	66.7		
5,001 - 15,000 บาท	2	16.6	3	25.0		
15,000 - 30,000 บาท	2	16.6	1	8.4		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					4.75	.311
1 ปี	5	41.7	6	50.0		
2 ปี	4	33.3	2	16.6		
3 ปี	2	16.6	1	8.4		
5 ปี	1	8.4	3	25.0		
การรักษาต่อเนื่องก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย					1.67	.683
ต่อเนื่อง	5	41.6	6	50.0		
ไม่ต่อเนื่อง	7	58.4	6	50.0		

^a Mann-Whitney U test

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์ withdrawal criteria กลุ่มทดลอง 3 คน (ร้อยละ 25.0) กลุ่มควบคุม 3 คน (ร้อยละ 25.0)

โปรแกรมพระศรี DBT-Informed ที่พัฒนาขึ้นนี้มีระยะเวลาการบำบัดที่สั้นกว่า จึงเหมาะสมในการช่วยลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย โดยไม่จำเป็นต้องทำการบำบัดเต็มรูปแบบตามแนวคิดของ DBT ที่ต้องใช้เวลาและบุคลากรที่เชี่ยวชาญ

ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการนำ DBT เต็มรูปแบบมาใช้กับบริบทของระบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทย

กลไกที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองลดลง คือ การฝึกทักษะต่าง ๆ ตามแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบของการบำบัดแบบ DBT อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลอง (n = 12) และภายในกลุ่มควบคุม (n = 12) ด้วย Friedman test

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน		Friedman test	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
อาการซึมเศร้า (9Q-revision)								
กลุ่มทดลอง	36.25	20.46	16.30	16.12	15.50	18.89	13.77	.001
กลุ่มควบคุม	31.75	17.40	13.13	15.73	26.50	17.57	8.62	.013
ความคิดฆ่าตัวตาย (SSI-Thai version 2014)								
กลุ่มทดลอง	23.33	16.30	8.00	8.51	6.22	5.24	11.53	.003
กลุ่มควบคุม	22.33	13.13	17.44	11.95	16.22	9.17	3.00	.223

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 12) และกลุ่มควบคุม (n = 12) รายคู่ ด้วย Mann-Whitney U test

	mean rank	sum of ranks	Mann-Whitney U test	asympt. sig. (2-tailed)
อาการซึมเศร้า				
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	12.92	155.00	67.00	.799
กลุ่มควบคุม	12.08	145.00		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	9.46	113.50	35.50	.033
กลุ่มควบคุม	15.54	186.5		
ติดตามผล 1 เดือน				
กลุ่มทดลอง	9.58	115.00	37.00	.045
กลุ่มควบคุม	15.42	185.00		
ความคิดฆ่าตัวตาย				
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	12.29	147.50	69.50	.887
กลุ่มควบคุม	12.71	152.50		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	9.04	108.50	30.40	.014
กลุ่มควบคุม	15.96	191.50		
ติดตามผล 1 เดือน				
กลุ่มทดลอง	8.88	106.50	28.50	.010
กลุ่มควบคุม	16.13	193.50		

ได้แก่ การใช้สติในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การฝึกควบคุมอารมณ์ การฝึกอดทนต่อความทุกข์ใจ รวมทั้งเพิ่มทักษะในการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้รับการบำบัดนำไปใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและ

เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตัวเอง ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่งมีความยากลำบากมากในการควบคุมพฤติกรรมอันเนื่องมาจากความหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม

ทำร้ายตนเอง¹⁷ ซึ่งทักษะที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการควบคุมการทำร้ายตัวเอง คือ การควบคุมกำกับอารมณ์ การบำบัดแบบ DBT มีผลให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ปัญหา ยอมรับปัญหา และตอบสนองต่อปัญหาด้วยสติเพิ่มขึ้น โดยไม่กระทำด้วยความหุนหันพลันแล่นจนทำร้ายตัวเองเหมือนก่อนการฝึก จึงทำให้การทำร้ายตัวเองลดลง¹⁸ โดยมีการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่งที่ได้รับการบำบัดด้วย DBT มีการลดลงของอารมณ์ด้านลบที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ได้แก่ ความกลัว ความอับอาย ความรู้สึกผิด และความเสียใจ¹⁹ จึงมีผลให้ทั้งอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าลดลงด้วย

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 3 คน (ร้อยละ 25.0) ที่เข้าเกณฑ์การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยมี 2 คนทำร้ายตนเองระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยคนที่ 1 ออกจากโครงการหลังรับการบำบัดครั้งที่ 3 คนที่ 2 หลังรับการบำบัดครั้งที่ 4 และคนที่ 3 ไม่มารับการบำบัดตามนัดนานกว่า 2 สัปดาห์ในช่วงการบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คนนี้มีประวัติมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ รวมถึงมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ขาดเรียนขาดงานบ่อย และอยู่คนเดียวที่หอพัก ไม่ได้อยู่กับครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุม 3 คน (ร้อยละ 25.0) เข้าเกณฑ์การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจากการไม่มารับการบำบัดตามนัด ซึ่งความต่อเนื่องของการบำบัดอาจเกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อการรักษา (response) และการหายทุเลา (remission) ของโรคซึมเศร้าและการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง²⁰ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดตามนัดอย่างสม่ำเสมอมีอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลงอย่างชัดเจนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กล่าวคือ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ออกจากการวิจัยเมื่อคิดคะแนนจากครั้งสุดท้ายที่มารับการบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนน 9Q เท่ากับ 38 และ 39.3 คะแนน ตามลำดับ และค่าเฉลี่ย SSI เท่ากับ 16 และ 24.3 คะแนน ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดจนครบมีค่าเฉลี่ย

9Q เท่ากับ 11.8 และ 21.9 คะแนน ตามลำดับ และค่าเฉลี่ย SSI เท่ากับ 8 และ 17.4 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบ ITT-LOCF เนื่องจากเป็นวิธีการที่นำค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทุกคนมาวิเคราะห์ทั้งผู้ที่ได้รับการบำบัดจนครบและออกไปจากการศึกษาในระหว่างการวิจัย ซึ่งวิธีการนี้ถือเป็นการวิเคราะห์ในสถานการณ์ที่แย่ที่สุด (worst-case scenario) เพื่อแสดงให้เห็นว่าแม้นำค่าคะแนนครั้งสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากวิจัยมารวมวิเคราะห์ด้วยก็ยังให้ผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับ การวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม จึงสามารถกล่าวได้ว่าโปรแกรมพระศรี DBT-Informed สามารถลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติการฆ่าตัวตายได้เมื่อเปรียบเทียบกับการให้บริการตามปกติ แม้มีผู้ที่ได้รับการบำบัดไม่ครบ

การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของการทดสอบทางสถิติ อย่างไรก็ตามการทดสอบผลเบื้องต้นพบว่าโปรแกรมพระศรี DBT-Informed สามารถลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาการติดตามหลังการบำบัดเพียง 1 เดือน จึงไม่สามารถยืนยันความยั่งยืน (sustainability) ของประสิทธิผลโปรแกรมในระยะยาว การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการติดตามผลการบำบัดในระยะ 6 เดือนขึ้นไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จึงไม่สามารถสรุปผลของโปรแกรมในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในประชากรที่หลากหลายมากขึ้น โดยผู้ที่นำโปรแกรม DBT-Informed ไปใช้ต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้พัฒนาโปรแกรม ทั้งนี้ในกรณีผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายอาจพิจารณาใช้การบำบัดทางจิตสังคมอื่นที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการลดอาการซึมเศร้า

เนื่องจากโปรแกรมนี้ได้รับการพัฒนาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

สรุป

โปรแกรมการบำบัดพระศรี DBT-Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดรายบุคคลจำนวน 9 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 60 - 90 นาที สามารถลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมตามปกติ เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ต้องได้รับการอบรมจากผู้พัฒนาโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) ขอขอบคุณ พันตรีหญิง ผศ.วนิดา รตนสุขมาวงศ์ รพ.พระมงกุฎเกล้า ในการให้คำแนะนำด้านเนื้อหาของโปรแกรมที่ถูกต้องสอดคล้องกับทฤษฎีการบำบัด DBT และขอขอบคุณนักวิจัยภาคสนามที่เป็นผู้บำบัดรายบุคคล ได้แก่ นายทักษิณ วงศ์สุวรรณ นางหทัยรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง นางพนิดา กองสุข นางจิราภรณ์ สีดำ นางอุ้งฟ้าดี วงศ์อนันต์ น.ส.สุธิดา ดีเพชร น.ส.พลัปลึง หาสุข และน.ส.ปิยวรรณ พลศรี

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน

ประภาส อุครานันท์ : ทบทวนแนวคิด ออกแบบการวิจัย และตรวจสอบแก้ไขบทความ ; สิปปัญญา ศิลาเกษ : ร่วมออกแบบโปรแกรม เก็บข้อมูล และเขียนบทความวิจัย ; ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร : ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ออกแบบโปรแกรมและวิธีการศึกษา ; กมลทิพย์ สงวนรัมย์ : ออกแบบโปรแกรม วิธีการเก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ ; สุพัตรา สุขาวห : เขียนโครงการร่างการวิจัย ออกแบบโปรแกรมและวิธีการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และ

เขียนบทความ ; สุปราณี พิมพ์ตรา : ออกแบบโปรแกรม เก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ; สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ : เก็บข้อมูลและประสานงานระหว่างทีมนักวิจัยภาคสนาม

เอกสารอ้างอิง

1. Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(6):657-72. doi:10.1590/1516-4446-2020-0650.
2. Cai H, Xie XM, Zhang Q, Cui X, Lin JX, Sim K, et al. Prevalence of suicidality in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Front Psychiatry*. 2021;12:690130. doi:10.3389/fpsy.2021.690130.
3. Arunpongpaissal S, Assanagkomchai S, Chongsuvivatwong V, Jampathong N. Time-series analysis of trends in the incidence rates of successful and attempted suicides in Thailand in 2013-2019 and their predictors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):579. doi:10.1186/s12888-022-04125-5.
4. Sukhawaha S, Kenbubpha K, Saganurum K, Pianthong K, Thongbenjamas S, Hasook P. Prevalence of depression and its association with suicide risk in junior high school students of Ubon Ratchathani province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2020;65(1):15-24.
5. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Publications; 2018.
6. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):475-82. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039.
7. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behav Ther*. 2019;50(1):60-72. doi:10.1016/j.beth.2018.03.009.

8. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(2):97-107.e2. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.009.
9. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(8):777-85. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1109.
10. Division of planning Prasimahabodi psychiatric hospital. Prasimahabodi psychiatric hospital annual report. Ubonratchathani: Prasimahabodi psychiatric hospital; 2023.
11. Ukranan P, Silaket S, Pityaratstian N, Saguanrum K, Sukhawaha S, Phimtra S, Thongbenjamas S. Development and testing efficacy of Prasri – Dialectical Behavior Therapy – Informed for re-attempts suicide prevention in patients with major depressive disorder and history of suicide attempts: Research report Prasimahabodi psychiatric hospital. Ubonratchathani: Siritham offset; 2023.
12. Mehlum L, Tørmoe AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(10):1082-91. doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003.
13. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;64(4):321-34.
14. Kittiteerasack P, Muijeen K. Psychometric properties of the Thai version of the scale for suicidal ideation (SSI-Thai version 2014). *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2015;29(1):93-102.
15. Cook NE, Gorraiz M. Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. *Child Adolesc Ment Health*. 2016;21(2):81-9. doi:10.1111/camh.12112.
16. El-Sayad SM, Alghtani IM. Effect of dialectical behavioral therapy on suicidal attempts and non-suicidal self-injury among depressed patients. *Port Said Scientific Journal of Nursing*. 2022;9(3):214-43.
17. Dixon-Gordon KL, Weiss NH, Tull MT, DiLillo D, Messman-Moore T, Gratz KL. Characterizing emotional dysfunction in borderline personality, major depression, and their co-occurrence. *Compr Psychiatry*. 2015;62:187-203. doi:10.1016/j.comppsy.2015.07.014.
18. Kells M, Joyce M, Flynn D, Spillane A, Hayes A. Dialectical behaviour therapy skills reconsidered: applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2020;7:3. doi:10.1186/s40479-020-0119-y.
19. Fitzpatrick S, Bailey K, Rizvi SL. Changes in emotions over the course of dialectical behavior therapy and the moderating role of depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder. *Behav Ther*. 2020;51(6):946-57. doi:10.1016/j.beth.2019.12.009.
20. Jeffrey J, Klomhaus A, Aralis H, Barrera W, Rosenberg S, Grossman M, et al. Factors associated with response and remission from depression at 6-months of treatment in a retrospective cohort treated within an integrated care program. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):703. doi:10.1186/s12913-021-06729-1.

นิพนธ์ต้นฉบับ

สุขภาวะทางจิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง และความชื่นชอบศิลปินไอดอลเกาหลี ของแฟนคลับไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

วันรับ : 29 มกราคม 2567
วันแก้ไข : 15 พฤษภาคม 2567
วันตอบรับ : 20 พฤษภาคม 2567

วริญญา เพรศพรัง, วท.ม., บุรณี กาญจนถวัลย์, พ.บ.
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางจิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง และความชื่นชอบศิลปินไอดอลเกาหลี รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของแฟนคลับไอดอลเกาหลีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวางในผู้ติดตามเฟซบุ๊กแฟนเพจของไอดอลเกาหลี อายุ 20 - 40 ปี สุ่มแบบกลุ่ม ใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมความชื่นชอบศิลปินไอดอล แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัดสุขภาวะทางจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ independent t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation และ stepwise multiple linear regression

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 241 คน อายุเฉลี่ย 28.6 ปี ($SD = 5.60$) เป็นหญิงร้อยละ 80.5 พบความแตกต่างของสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปรอายุ รายได้ อาชีพ การมีอากรเจ็บป่วยทางร่างกาย เหตุผลชื่นชอบไอดอลเกาหลี และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับไอดอลเกาหลี สุขภาวะทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้คุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .77, p < .001$) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางจิตกับความชื่นชอบไอดอลเกาหลี ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิต ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง ($\beta = .72, 95\% CI = .63, .81$) และเหตุผลชื่นชอบไอดอลเพื่อหนีปัญหา ($\beta = -.11, 95\% CI = -.20, -.02$) โดยรวมอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะทางจิตได้ร้อยละ 57

สรุป : การรับรู้คุณค่าในตนเองและเหตุผลชื่นชอบไอดอลเพื่อหนีปัญหาสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตของแฟนคลับไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ควรมีการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง ทักษะทางสังคม และการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสมในประชากรกลุ่มนี้

คำสำคัญ : การรับรู้คุณค่าในตนเอง, ความชื่นชอบศิลปินไอดอล, แฟนคลับ, วัยผู้ใหญ่ตอนต้น, สุขภาวะทางจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : วริญญา เพรศพรัง; e-mail: warinya.kookie@gmail.com

Original article

Psychological well-being, self-esteem, and K-pop idols fanaticism among Thai early adulthood fan club

Received : 29 January 2024

Revised : 15 May 2024

Accepted : 20 May 2024

Warinya Phroedphring, M.S., Buranee Kanchanatawan, M.D.

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Abstract

Objective: To study the associations among psychological well-being, self-esteem, idols fanaticism, and related factors among Thai young adult fans of K-pop idols.

Methods: An online cross-sectional study was conducted among followers of K-pop idols Facebook fan pages, aged 20 - 40 years, selected through cluster sampling. The questionnaire included general and fandom-related information, the Behavior toward Idols Fanaticism Scale, the Self-Esteem Inventory and the General Well-Being Schedule. Data were analyzed using independent t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation, and stepwise multiple linear regression.

Results: A total of 241 participants with an average age of 28.6 years (SD = 5.60), 80.5% female, completed the questionnaire. The psychological well-being scores were significantly different among those with different ages, incomes, occupations, physical illnesses, reasons for becoming a fan, and fandom-related activities attendance. Self-esteem was significantly and positively correlated with psychological well-being ($r = .77, p < .001$), while correlation between psychological well-being and fanaticism level was not observed. The stepwise multiple linear regression shows that self-esteem ($\beta = .72, 95\% \text{ CI} = .63, .81$) and becoming a fan to avoid problems ($\beta = -.11, 95\% \text{ CI} = -.20, -.02$) predicted psychological well-being, accounting for 57% of its variance.

Conclusion: Self-esteem and becoming a fan to avoid problems could predict psychological well-being among Thai young adult fans of K-pop idols. This study emphasized that self-esteem, social skills, and adaptive coping strategies should be promoted to enhance psychological well-being of this population.

Keywords: early adulthood, fan club, idols fanaticism, psychological well-being, self-esteem

Corresponding author: Warinya Phroedphring; e-mail: warinya.kookie@gmail.com

ความรู้เดิม : การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ชื่นชอบศิลปินไอดอลเกาหลีพบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต

ความรู้ใหม่ : การรับรู้คุณค่าในตนเองและเหตุผลการชื่นชอบศิลปินไอดอลเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ เป็นปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้ใหญ่ตอนต้นที่ชื่นชอบศิลปินไอดอลเกาหลี

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง ทักษะทางสังคม และการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสมเพื่อสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้นของแฟนคลับไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

บทนำ

อุตสาหกรรมบันเทิงเป็นหนึ่งในแรงขับเคลื่อนสำคัญของการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศเกาหลีใต้ จนกลายเป็นปรากฏการณ์ในทวีปเอเชียที่เรียกว่า Korean wave (กระแสวัฒนธรรมเกาหลี) หรือ Hallyu¹ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีกระแสความนิยมเพลงจากประเทศเกาหลีใต้ (Korean popular music: K-Pop) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีกลุ่มผู้ชื่นชอบ (แฟนคลับ) ศิลปิน K-pop (ไอดอลเกาหลี) ราว 89 ล้านคนใน 113 ประเทศทั่วโลก² รวมทั้งประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2563 - 2564 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนการกล่าวถึงในสื่อสังคมออนไลน์ Twitter (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น X) เกี่ยวกับ K-Pop มากที่สุดเป็นอันดับ 3 และมีแฟนคลับไอดอลเกาหลีมากเป็นอันดับ 7 ของโลก³ นอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็นหนึ่งในจุดหมายของการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับไอดอลเกาหลี เช่น คอนเสิร์ต การพบปะแฟนคลับ (แฟนมีตติ้ง) และงานประกาศรางวัลอย่างต่อเนื่อง

แฟนคลับ หรือที่ปัจจุบันนิยมเรียกว่า FC (ย่อมาจากคำว่า fan club) ได้ถูกนิยามไว้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าเป็นมุมมองจากคนนอก (ผู้ที่ไม่ได้ชื่นชอบ) หรือคนใน (ผู้ที่ชื่นชอบ) สังคมภายนอกมีแนวโน้มมองแฟนคลับในแง่ลบว่าเป็นผู้ที่ถูกรอปรงและทำให้ไขว่ขวายได้ง่าย⁴ หากแฟนคลับมีความชื่นชอบคลั่งไคล้แบบรุนแรงหรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น

การสะกดรอยตามศิลปินหรือรุกรานความเป็นส่วนตัว ก็สามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้⁵ ในทางกลับกันมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงข้อดีของการเป็นแฟนคลับต่อสุขภาพจิตโดยพบว่าการเป็นแฟนคลับมีความสัมพันธ์กับระดับความสุข การรับรู้คุณค่าในตนเอง การเชื่อมโยงทางสังคม ความพึงพอใจในงานอดิเรก และการเปิดรับการเข้าสังคมเพื่อมีเพื่อนกลุ่มใหม่⁶⁻⁸

แฟนคลับไอดอลเกาหลีไม่ได้มีเพียงกลุ่มวัยรุ่นเท่านั้น⁹ ผู้ที่เป็นแฟนคลับในช่วงวัยรุ่นอาจมีความชื่นชอบไอดอลเกาหลีที่ต่อเนื่องมาจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่บุคคลมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่มีวุฒิภาวะ และพร้อมสำหรับการมีสถานภาพในสังคมร่วมกับผู้อื่น¹⁰ อย่างไรก็ตามวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่มากขึ้นตามบรรทัดฐานทางสังคม ช่วงเวลาของการปรับตัวนี้ทำให้เริ่มพบปัญหาชีวิตที่ต่างจากเดิม¹¹ แม้ Havighurst^{12,13} กล่าวว่าหนึ่งในภารกิจเชิงพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคือการใช้เวลาว่างและมีกิจกรรมสันทนาการที่เหมาะสมกับวัยและความสนใจเพื่อทำตัวเองให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีความสุข แต่การชื่นชอบไอดอลเกาหลียังถูกมองว่าเป็นปัญหา ผู้ที่เป็นแฟนคลับถูกมองว่าเป็นตัวปัญหาของสังคมและถูกโจมตีจากผู้ที่ไม่ใช่แฟนคลับด้วยถ้อยคำแห่งการเกลียดชัง แสดงถึงทัศนคติเชิงลบที่มีต่อแฟนคลับ¹⁴ ซึ่งอาจส่งผลต่อการยอมรับตนเองและสุขภาวะทางจิตของแฟนคลับ

สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่สะท้อนสภาวะภายในจิตใจ ทั้งความรู้สึกทางบวกและทางลบ ผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตทางบวกมากกว่าทางลบจะมีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกเป็นสุข สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของตน และเห็นคุณค่าและสามารถยอมรับตนเองได้¹⁵⁻¹⁷ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต¹⁸ ซึ่งการเป็นแฟนคลับนั้นก็ถือเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างหนึ่งที่มีสัมพันธ์ระหว่างแฟนคลับกับศิลปินและในกลุ่มแฟนคลับเองผ่านความชอบในเรื่องเดียวกัน^{19,20} อย่างไรก็ตาม การศึกษาสุขภาวะทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มแฟนคลับไอดอลเกาหลีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในประเทศไทย

ยังมีจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสุขภาวะทางจิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความชื่นชอบศิลปิน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ใหญ่ตอนต้นที่ชื่นชอบไอดอลเกาหลี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA no. 0651/2023 (IRB no. 0197/66) วันที่ 14 พฤษภาคม 2566 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งการตอบแบบสอบถามออนไลน์นี้ถือเป็นการแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย (consent by action) โดยยกเว้นการลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ใหญ่ตอนต้นทั้งเพศชายและหญิง เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 20 - 40 ปี และ 2) เป็นผู้ติดตามเพชบุ๊กแฟนเพจของไอดอลเกาหลีแบบกลุ่ม (วง) ที่ได้จากการสุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากไม่ทราบจำนวนที่แน่นอนของประชากร จึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด design effect เท่ากับ 2 ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ค่าความคาดเคลื่อน 0.1 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96 โดยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 211 คน

เลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster sampling) โดยจำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มย่อยตามการติดตามไอดอลเกาหลีแต่ละวงโดยแบ่งตามรุ่น (generation) ตามประเทศเกาหลีใต้ ดังนี้ รุ่น 1 เริ่มออกผลงานครั้งแรกช่วงปี ค.ศ. 1996 - 2002 รุ่น 2 เริ่มออกผลงานครั้งแรกช่วงปี ค.ศ. 2003 - 2011 รุ่น 3 เริ่มออกผลงานครั้งแรกช่วงปี ค.ศ. 2012 - 2017 รุ่น 4 เริ่มออกผลงานครั้งแรกช่วงปี ค.ศ. 2018 - 2022 และรุ่น 5 เริ่มออกผลงานครั้งแรกช่วงปี ค.ศ. 2023 ถึงปัจจุบัน²¹ การศึกษานี้สำรวจเฉพาะแฟนคลับ

ของไอดอลเกาหลีรุ่น 2 - 4 โดยเลือกจากไอดอลเกาหลี 21 วง ที่มีชื่อเสียงในประเทศไทยและยังมีผลงานเพลงจนถึงปัจจุบัน แบ่งเป็นไอดอลเกาหลีรุ่น 2 - 4 รุ่นละ 7 วง จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อเลือกไอดอลเกาหลีรุ่น 2 - 4 รุ่นละ 3 วง แล้วจึงประชาสัมพันธ์และแนบลิงก์แบบสอบถาม Google form ในหน้าเฟซบุ๊กแฟนเพจของวงไอดอลเกาหลีที่สุ่มได้โดยได้รับการอนุญาตจากผู้ดูแลเพจกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการชื่นชอบไอดอลเกาหลี ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย กิจกรรมยามว่าง ไอดอลเกาหลีที่ชื่นชอบมากที่สุด (ไม่จำเป็นต้องเป็นวงเดียวกับที่สุ่มได้) ช่องทางการติดตามไอดอลเกาหลี จำนวนปีที่แฟนคลับ ความถี่และระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามผลงาน เหตุผลที่ชื่นชอบ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับไอดอลเกาหลี

2. แบบวัดพฤติกรรมความชื่นชอบศิลปินเกาหลี พัฒนาโดยวรณัฐ ดันตวิฑิตพงศ์²² เพื่อใช้วัดระดับความชื่นชอบไอดอลเกาหลี มีข้อคำถาม 18 ข้อ วัดระดับความชื่นชอบด้านพฤติกรรมการแสดงออกและด้านอารมณ์ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ 1 คะแนนหมายถึงไม่เคยเลย 2 คะแนนหมายถึงนาน ๆ ครั้ง 3 คะแนนหมายถึงบางครั้ง/พอสมควร 4 คะแนนหมายถึงบ่อย และ 5 คะแนนหมายถึงเป็นประจำ แปลผลโดยนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยและวัดระดับของค่าเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00 - 1.49 คะแนนหมายถึงมีความชื่นชอบระดับน้อยที่สุด 1.50 - 2.49 คะแนนหมายถึงมีความชื่นชอบระดับน้อย 2.50 - 3.49 คะแนนหมายถึงมีความชื่นชอบระดับปานกลาง 3.50 - 4.49 คะแนนหมายถึงมีความชื่นชอบระดับมาก และ 4.50 - 5.00 คะแนนหมายถึงมีความชื่นชอบระดับมากที่สุด แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.85

3. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem inventory) ของ Coopersmith²³ แปลและปรับภาษาโดย

สุราษฎร์ธานี คณศรี²⁴ เพื่อให้สอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและลบ 25 ข้อ เป็นการเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ คะแนนรวม 0 - 25 คะแนน แปลผลโดยอิงจากแบบวัดฉบับแปล โดยนำคะแนนรวมมาเทียบกับช่วงของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standart deviation: SD) ที่แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนมากกว่า mean + 0.5 SD หมายถึงการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง คะแนนระหว่าง mean $\pm$ 0.5 SD หมายถึงการเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า mean - 0.5 SD หมายถึงการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.87

4. แบบวัดสุขภาวะทางจิต (general well-being schedule: GWB) ของ Dupuy¹⁵ ใช้ประเมินสุขภาวะทางจิตทั้งทางบวกและลบของบุคคลทั่วไป ต้นฉบับมีข้อคำถาม 68 ข้อ แปลและปรับจำนวนข้อคำถามเป็น 18 ข้อโดยสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ²⁵ จากนั้นพัฒนาแบบวัดจากฉบับแปลโดยภณิดา ขนวิทาสีทธิกุล¹⁸ โดยนำข้อคำถามตรวจสอบความตรงตามสภาพและตัดข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ออกเหลือข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ แบ่งตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สุขภาวะทางบวก การควบคุมตนเอง ความมีชีวิตชีวา และภาวะสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วยคำถามทางบวกและลบ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานค่าแบบ Likert และมาตรฐานค่าเชิงเส้นตรง แปลผลโดยนำคะแนนดิบส่วนแรกมารวมกับคะแนนดิบส่วนที่สอง โดยคะแนนรวม 0 - 110 คะแนน แบ่งระดับสุขภาวะทางจิตออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 73 - 110 คะแนนหมายถึงสุขภาวะทางจิตระดับสูง 61 - 72 คะแนนหมายถึงสุขภาวะทางจิตระดับปานกลาง และ 0 - 60 คะแนนหมายถึงสุขภาวะทางจิตระดับต่ำ แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางจิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง

และความชื่นชอบศิลปินไอดอล ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) หรือการทดสอบค่าที (independent t-test) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของสุขภาวะทางจิตระหว่างกลุ่ม โดยตรวจสอบการแจกแจง (distribution) ของตัวแปรต่อเนื่องด้วย histogram และใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple linear regression) เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิต โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 241 คน อายุเฉลี่ย 28.6 ปี (SD = 5.60) เป็นหญิงร้อยละ 80.5 ประกอบอาชีพเป็นพนักงานเอกชนร้อยละ 41.5 มีรายได้เฉลี่ย 24,224.6 บาทต่อเดือน (SD = 20,540.4) ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายร้อยละ 88.8 ขึ้นชอบไอดอลเกาหลีรุ่น 3 มากที่สุดร้อยละ 34 ระยะเวลาที่เป็นแฟนคลับเฉลี่ย 7.0 ปี (SD = 5.54) เหตุผลที่ชื่นชอบไอดอลเกาหลีเพราะชื่นชอบผลงานและความสามารถ ร้อยละ 100 ขึ้นชอบรูปร่างหน้าตาของศิลปินร้อยละ 97.5 เพื่อจะได้พบเพื่อนกลุ่มใหม่ร้อยละ 55.2 และเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ ร้อยละ 48.5 และมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับไอดอลเกาหลีโดยการซื้อสินค้า/ผลงาน/ของที่ระลึกร้อยละ 85.5 และชมคอนเสิร์ตหรือแฟนมีตติ้งร้อยละ 80.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

การทดสอบความแตกต่างของสุขภาวะทางจิตจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน (F = 3.78, p = .011) ประกอบอาชีพแตกต่างกัน (F = 3.02, p = .024) และมีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน (F = 3.87, p = .010) มีคะแนนสุขภาวะทางจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายมีคะแนนสุขภาวะทางจิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -2.63, p = .009) กลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุผลชื่นชอบไอดอลเกาหลีเพราะรูปร่างหน้าตาของศิลปินมีคะแนนสุขภาวะทางจิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีเหตุผลนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.16, p = .032) กลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุผลชื่นชอบไอดอลเกาหลีเพื่อ

หณปัญหณมีคณนณสุขภณวณทางจตตณคณวณคณลณมณทณไมมีหณผลนณ
อยณงณมีนณยณสณคณญณทางสณถต (t = 5.92, p < .001) และคณลณมณทณอยณง
ทณมีสณรณวณมณนณกณจณรณมณทณเกยยวณคณงกับไอศดลเกหฬดวย
การคณมคณนเลอรืทหณรณอแพนณมีทตงมีคณนณสุขภณวณทางจตสณงคณวณ
คณลณมณทณไมคณรณวณมณกณจณรณมณนณอยณงณมีนณยณสณคณญณทางสณถต (t = 2.70,
p = .008) ดณงสณดณงนณตณรณทณ 1

การทดสอบคณวณสมณพนณรณหณวณสุขภณวณทางจต
การรณบรณญณคณณคณณนณเอง และคณวณชณนชอบศณลพณนไอศดลเกหฬ
พณบวณ สุขภณวณทางจตกับการรณบรณญณคณณคณณนณเองมณคณวณสมณพนณ
ทณงบวคณนณรณดบสณงอยณงณมีนณยณสณคณญณทางสณถต (r = .77,
p < .001) ขณะทณไมพณบคณวณสมณพนณรณอยณงณมีนณยณสณคณญณทางสณถต
รณหณวณคณวณชณนชอบศณลพณนไอศดลเกหฬกับสุขภณวณทางจต
และรณหณวณการรณบรณญณคณณคณณนณเองกับคณวณชณนชอบศณลพณน
ไอศดลเกหฬ ดณงสณดณงนณตณรณทณ 2

และเมณนณทณวณปรณอสรณทณมีนณยณสณคณญณทางสณถต ไดคณ
อายุ รณยณได อาศณพ อาการเจบปวยทณงรณงกาย หณผลชณนชอบ
ไอศดลเกหฬเพรณรณบรณงนณทณตา หณผลชณนชอบไอศดล
เกหฬเพรณอหณลคณนณปัญหณทณง ฅ การมีสณรณวณมณนณกณจณรณมณทณ

เกยยวณคณงกับไอศดลเกหฬดวยการคณมคณนเลอรืทหณรณอแพนณมีทตง
และการรณบรณญณคณณคณณนณเองของคณลณมณทณอยณง และทณวณปรณตาม
คณคณนณสุขภณวณทางจตมณวณคณระทณการถดถอยพหุคณณ
เจณงเลณนณบณนณนณชณนตอน พณบวณ การรณบรณญณคณณคณณนณเอง (β = .72,
95% CI = .63, .81) และหณผลชณนชอบไอศดลเกหฬเพรณ
หณปัญหณ (β = -.11, 95% CI = -.20, -.02) นณนปณจณญณทณนณย
สุขภณวณทางจตของแพนคณลณบไทยวยพณนทณนณไดรณยลณ 57
ดวยสุขภณวณทางจตจะเพมณชณน 1.96 คณนณเมณการรณบรณ
คณณคณณนณเองเพมณชณน 1 คณนณ และจะลตลง 3.59 คณนณ
เมณมีหณผลชณนชอบไอศดลเกหฬเพรณอหณลคณนณปัญหณทณง ฅ
ดณงสณดณงนณตณรณทณ 3

วณจณรณณ

การศณกษณนณพณบวณ การรณบรณญณคณณคณณนณเองนณนปณจณญณรณวณ
ทณนณยสุขภณวณทางจตของแพนคณลณบไทยวยพณนทณนณไดรณยลณ
สอดคณลณงกับนณวคณดของ Ryff และ Keyes¹⁷ ทณกลณวณการรณบรณ
คณณคณณนณเองนณนทณวณบณงชณนถณงการมีสุขภณวณทางจตทณน
และ
การศณกษณณกลณคณยณทณนณทณนณทณพณบวณ รณดบการรณบรณญณคณณคณณนณ
นณนเองมณอณทณพณลทณอรณดบของสุขภณวณทางจตของบคคณ^{26,27}

ตณรณทณ 1 ชณนณลทณวณไปและสุขภณวณทางจตจณนณกตามปณจณญณทณง ฅ (n = 241)

	จำนวน	ร้อยละ	สภาวะทางจิต		F/t	p
			mean	SD		
ข้อมูลส่วนบุคคล						
เพศ					.78	.436
ชาย	47	19.5	69.28	17.01		
หญิง	194	80.5	67.18	16.42		
อายุ					3.78	.011
20 - 25 ปี	78	32.4	65.81	14.97		
26 - 30 ปี	81	33.6	67.07	16.89		
31 - 35 ปี	48	19.9	65.31	18.50		
36 - 40 ปี	34	14.1	76.12	13.84		
อาชีพ					3.02	.024
พนักงานเอกชน	100	41.5	68.63	16.46		
บุคลากรทางการแพทย์	14	5.8	75.71	11.68		
กำลังศึกษาหรือกำลังศึกษาต่อ	31	12.9	63.74	15.99		
ว่างงาน (กำลังหางาน)	23	9.5	59.30	13.87		
อื่น ๆ	73	30.4	68.85	17.39		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและสภาวะทางจิตจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ (n = 241) (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ	สภาวะทางจิต		F/t	p
			mean	SD		
ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)						
รายได้ต่อเดือน					3.87	.010
< 10,000 บาท	37	15.4	62.73	17.01		
10,001 - 30,000 บาท	140	58.1	68.22	16.38		
30,001 - 50,000 บาท	31	12.9	75.32	13.14		
50,001 บาทขึ้นไป	10	4.1	74.00	15.66		
ไม่ระบุ	23	9.5				
มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย					-2.63	.009
ใช่	27	11.2	59.81	17.45		
ไม่ใช่	241	88.8	68.57	16.71		
การชื่นชอบศิลปิน						
ไอดอลเกาหลีที่ชื่นชอบมากที่สุด (แบ่งตามรุ่น)					.18	.834
รุ่น 2	79	32.8	68.05	15.91		
รุ่น 3	82	34.0	68.04	16.48		
รุ่น 4	80	33.2	66.68	17.29		
ระยะเวลาที่เป็นแฟนคลับของไอดอลเกาหลี					.31	.736
< 1 ปี	37	15.4	67.89	16.16		
1 - 10 ปี	138	57.3	66.91	17.21		
11 ปีขึ้นไป	66	27.4	68.83	15.36		
เหตุผลที่ชื่นชอบไอดอลเกาหลี						
ชื่นชอบผลงานและความสามารถของศิลปิน						
ใช่	241	100				
ไม่ใช่	0	0				
ชื่นชอบรูปร่างหน้าตาของศิลปิน					2.16	.032
ใช่	235	97.5	67.23	16.43		
ไม่ใช่	6	2.5	81.83	14.58		
เพื่อจะได้พบเพื่อนกลุ่มใหม่ (กลุ่มแฟนคลับ)					-1.07	.285
ใช่	133	55.2	68.62	16.63		
ไม่ใช่	108	44.8	66.32	16.36		
เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ					5.92	< .001
ใช่	117	48.5	61.52	15.69		
ไม่ใช่	124	51.5	73.31	15.24		
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับไอดอลเกาหลี						
ชมคอนเสิร์ต/แฟนมีตติ้ง					-2.70	.008
ใช่	195	80.9	68.96	15.75		
ไม่ใช่	46	19.1	61.76	18.52		
ซื้อสินค้า ผลงาน ของที่ระลึกของศิลปิน					.28	.779
ใช่	206	85.5	67.47	16.40		
ไม่ใช่	35	14.5	68.31	17.43		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางจิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง และความชื่นชอบไอศดลเกาหล (n = 241)

	สุขภาวะทางจิต	การรับรู้คุณค่าในตนเอง	ความชื่นชอบไอศดล
สุขภาวะทางจิต	1		
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	.77***	1	
ความชื่นชอบไอศดล	-.01	-.04	1

***p < .001

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนเพื่อทำนายสุขภาวะทางจิต (n = 241)

ลำดับตัวแปร	B	95% CI of B	β	95% CI of β	t	p
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	1.96	1.71, 2.21	.72	.63, .81	15.36	< .001
เหตุผลชื่นชอบไอศดลเพื่อหนีปัญหา	-3.59	-6.61, -.58	-.11	-.20, -.02	-2.35	.020
ค่าคงที่	38.90				15.67	< .001

หมายเหตุ : adjusted R² = .57

ทั้งนี้บุคคลที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับสูงจะมีระดับของสุขภาวะทางจิตสูง เนื่องจากทั้ง 2 ลักษณะต้องอาศัยการประเมินตนเองตามการรับรู้ของบุคคลนั้น โดยการรับรู้คุณค่าในตนเองเป็นจุดเริ่มต้นของการรับรู้ที่มีผลต่อความคิด ความปรารถนาค่านิยม และอารมณ์ของแต่ละบุคคล²⁸

ผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปป็นด้วยการชมคอนเสิร์ตหรือแฟนมีตตั้จะมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมนี้ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมถือเป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต¹⁸ ทั้งนี้ในการชมคอนเสิร์ตของไอศดลเกาหลแฟนคลับมักมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันตั้งแต่การรวมกลุ่มเพื่อเตรียมตัวซื้อบัตร การเตรียมอุปกรณ์และกิจกรรมที่แสดงการสนับสนุนศิลปป็นระหว่างชมคอนเสิร์ต การนัดแต่งกาย และการพบปะพูดคุยระหว่างแฟนคลับเพื่อแลกเปลี่ยนข่าวสาร ของสะสม ความสนใจ หรือประสบการณ์ที่ผ่านมากับศิลปป็นที่ตนชื่นชอบ^{29,30} กิจกรรมเหล่านี้แสดงถึงการเชื่อมโยงทางสังคมที่ทำให้บุคคลสัมผัสได้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (sense of belonging)³¹ ซึ่งช่วยสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเองได้³² การเข้าร่วมกิจกรรมยังเป็นการสะท้อนถึงการเปิดรับภายนอก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีทิศทางตรงข้ามกับผู้ที่มีความวิตกกังวลในการเข้าสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิต³³

การศึกษานี้ไม่พบว่าสุขภาวะทางจิตมีความสัมพันธ์กับระดับความชื่นชอบไอศดลเกาหล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความชื่นชอบไอศดลเป็นเพียงกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้แฟนคลับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา เป็นการชื่นชอบเพื่อความบันเทิงและมีความสุขในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง^{7,34} ซึ่งถือเป็นรางวัลตอบแทนที่ช่วยคลายเครียดและความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมแรง (reinforcement theory) ที่กล่าวว่า บุคคลอื่นเป็นตัวแทนของรางวัลให้กับเรา ซึ่งรางวัลนั้นไม่ได้หมายถึงการได้เงินหรือสิ่งของ แต่หมายถึงการให้ความสบายใจ ความพอใจ และความภูมิใจแก่บุคคล³⁵ การเป็นแฟนคลับยังอาจถือได้ว่าเป็นภารกิจพัฒนาการหนึ่งของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นตามแนวคิดของ Havighurst^{12,13} ที่กล่าวถึงภาระหน้าที่สำคัญของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นว่า นอกจากการหาคู่ครอง การเริ่มต้นชีวิตครอบครัว การเริ่มต้นอาชีพที่มั่นคง และการรับผิดชอบภารกิจครอบครัวแล้ว ผู้ใหญ่ตอนต้นควรสามารถเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่มที่มีความสนใจและมีกิจกรรมสนทนากาที่เหมะสมกับวัยเพื่อทำตัวเองให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีความสุข ทั้งนี้การศึกษาในต่างประเทศพบว่า สุขภาวะทางจิตไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความคลั่งไคล้ไอศดลเกาหล^{36,37} เช่นเดียวกับการศึกษานี้ขณะที่มีการทบทวนวรรณกรรมที่สรุปว่าสุขภาวะทางจิตมีความสัมพันธ์กับความชื่นชอบคลั่งไคล้ไอศดลเกาหล³⁸ ดังนั้น

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางจิตกับความชื่นชอบหรือคลั่งไคล้ศิลปินอาวามีหลากหลายมิติและอาวามีปัจจัยอื่นที่เป็นตัวกลางระหว่างความสัมพันธ์นี้ จึงควรมีการศึกษาประเด็นนี้ต่อไป

ผู้ที่มีเหตุผลการชื่นชอบศิลปินไอดอลเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ มีสุขภาวะทางจิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช่เหตุผลนี้ และเหตุผลดังกล่าวยังเป็นปัจจัยร่วมทำนายสุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ บุคคลที่มีสุขภาวะทางจิตสูงมีแนวโน้มที่จะรับมือกับปัญหาและสามารถจัดการกับความรู้สึกทั้งทางบวกและลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁶ ซึ่งต่างจากบุคคลที่มีสุขภาวะทางจิตต่ำที่มีแนวโน้มแก้ปัญหาด้วยการมุ่งความสนใจไปที่อารมณ์และหลีกเลี่ยงเพื่อไม่ให้ตนเผชิญปัญหา ตามแนวคิดของ Dupuy¹⁵ ที่กล่าวว่า หนึ่งในองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตคือ การควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถในการควบคุมทั้งอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนอย่างมั่นคง พร้อมรับมือและเผชิญกับปัญหา ขณะที่การหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาแสดงถึงสภาวะของจิตใจที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในกลุ่มแฟนคลับวัยรุ่นไทยที่พบว่า การเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขเชิงอัตวิสัย³⁴ นอกจากนี้ การหลีกเลี่ยงปัญหาแสดงถึงวิธีการรับมือกับปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้และก่อให้เกิดความเครียดซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิต¹⁶

จุดแข็งของการวิจัยนี้ คือ ยังมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่มากนัก และเป็นการศึกษาที่อยู่ในกระแสปัจจุบันเนื่องจากความนิยมศิลปินไอดอลเกาหลีถือเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมไทย^{1-3,39,40} อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากการสำรวจในผู้ที่ติดตามเฟซบุ๊กแฟนเพจที่สุ่มได้เท่านั้น ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของแฟนคลับได้ทั้งหมด เช่น ผู้ที่ติดตามไอดอลเกาหลีผ่านสื่อสังคมอื่น การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาวิธีการเข้าถึงและการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมความหลากหลายของประชากรกลุ่มนี้มากขึ้น และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตและปัจจัยทำนายกับกลุ่มควบคุม เช่น กลุ่มที่ไม่ได้เป็นแฟนคลับไอดอลเกาหลี นอกจากนี้การใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับ

เชิงคุณภาพอาจช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ในประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างลึกซึ้งขึ้น

สรุป

สุขภาวะทางจิตของแฟนคลับไอดอลเกาหลีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการชื่นชอบไอดอลด้วยเหตุผลเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับไอดอลมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว แฟนคลับไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ชื่นชอบไอดอลเกาหลีจึงควรได้รับการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง ทักษะทางสังคม และการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

วริญญา เพรศิพริ้ง : ออกแบบและจัดทำโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปอภิปรายผลการวิจัย แก้ไขและดำเนินการเผยแพร่บทความวิจัย ; บุรณี กาญจนถวัลย์ : ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และให้คำปรึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Candy. Big hit entertainment and BTS, the super-successful group: as K-Pop soars around the world [Internet]. Bangkok: CandyClover; 2020 [cited 2023 Jan 19]. Available from: <https://candyclover.com/bts-bighit-harvardhbs-full/>.
2. Elfvig-Hwang J. K-pop fans are creative, dedicated and social - we should take them seriously [Internet]. Carlton: The Conversation; 2019 [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://theconversation.com/k-pop-fans-are-creative-dedicated-and-social-we-should-take-them-seriously-119300>
3. Techsauce Team. K-pop breaks the record for the highest number of tweets ranking number 1 on Twitter. Thailand ranks number 3 as the country with the highest number of K-pop tweets in the world [Internet]. Bangkok: Techsauce Media Co., Ltd.; 2021 [cited 2023 Oct 25]. Available from: <https://techsauce.co/pr-news/k-pop-trend-on-twitter>

4. Rattanakhemakorn J. Thai popular singers and fan clubs communication network [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1998.
5. Maltby J, Houran J, McCutcheon LE. A clinical interpretation of attitudes and behaviors associated with celebrity worship. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(1): 25-9. doi:10.1097/00005053-200301000-00005.
6. Laffan DA. Positive psychosocial outcome and fanship in K-pop fans: a social identity theory perspective. *Psychol Rep.* 2020;124(5):2272-85. doi:10.1177/0033 294120961524.
7. Samranjit S. The Behavior of listening and watching music videos of BTS Artists affects self-esteem and self-expression values of Korean fans in Thailand [master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2020.
8. Liu CY. The Research on the Influence of KPOP (Korean Popular Music) Culture on Fans. *Communications in Humanities Research.* 2023;4:63-68. doi:10.54254/2753-7064/4/20220177.
9. Vivissana. Luck is ready but money isn't: Why are K-concert tickets so expensive? [Internet]. Bangkok: The Matter; 2023 [cited 2023 Dec 19]. Available from: <https://thematter.co/entertainment/are-concert-tickets-too-expensive/197411>
10. Kongkraphan U. Adult and elderly psychology. Bangkok: Ramkhamhaeng University Press; 2020.
11. Sucharomana U. Developmental psychology. Bangkok: Ramkhamhaeng University Press; 2019.
12. Havighurst RJ. Developmental tasks and education. New York: David McKay; 1952.
13. Kasemsuk K, Boonbunjob U. Health promotion of early adulthood development: nurses' important role. *Royal Thai Air Force Medical Gazette.* 2018;64(3):101-7.
14. Singpolanantachai N. Hate speech against K-pop fans and its derivation from Thai values [master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2018.
15. Dupuy HJ. The general well-being schedule. In: McDowell I, Newell C, editor. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaire.* North Carolina: Oxford University Press; 1977. p. 206-13.
16. Utesnun N. Relation between stress and psychological well-being in middle adults with self-compassion and social support as moderators [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.
17. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(4): 719-27. doi:10.1037//0022-3514.69.4.719.
18. Chonwitayasitthikul P. Hardiness and psychological well-being of youth Dhammic practitioners: a case study of the Young Buddhist Association of Thailand Participants [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005.
19. Satsanguan N. Principles of cultural anthropology. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2000.
20. Wachanaksorn B. Why 'Ting'? : looking at 'teardrops' from a psychological perspective [Internet]. Bangkok: common; 2018 [cited 2023 Dec 17]. Available from: <https://becommon.co/culture/kpop-fan-vol2/>.
21. Hawit J. Who sets the 'idol expiration date' when K-POP's generation is changing so quickly that senior groups are being swallowed up? [Internet]. Bangkok: The Momentum; 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://themomentum.co/entertainmet-kpop-expire/>.
22. Tantiwitidpong W. Korean singers maniac among Thai teenagers [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
23. Coopersmith S. Self-Esteem Inventories. CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
24. Kongsri S. A relationship between sexual communication and self-esteem on sexual satisfaction in early adult married women [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
25. Hanucharunkul S, Intarasombat P, Putwatana P. Daily hassles, sense of coherence, general well-being among nursing faculty members of university. *Journal of Nursing.* 1989;38(33):169-190.
26. Thongkittikul B, Waizhayhirunchoti T, Anuphanpisit R. Relationships among self-esteem, family functioning and psychological well-being of the elderly [bachelor's degree]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
27. Metheekul P. Successful aging experience of Thai older adults with high psychological well-being: a consensual qualitative research [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
28. Suppayaprapha P. Psychology applied to life and work. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2005.

29. Nakha B. Korean fanclub; material identity and community [master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2017.
30. Jeban.com. Newbie learning to go to K-Concerts; How to prepare? (detailed version) [Internet]. Bangkok: Jeban.com; 2019 [cited 2024 Mar 07]. Available from: <https://www.jeban.com/topic/267632>
31. Barnes S. Studies show that being part of an intense fan community affects your health in an unexpected way [Internet]. Los Angeles: HelloGiggles; 2017 [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://hellogiggles.com/being-part-of-intense-fan-community-good-for-health/>.
32. Paladsing K, Karwkojprasert P, Kaewket A. Relationships among celebrity fanaticism, self-esteem, and behavioral imitation in fanclub adolescents [bachelor's degree]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
33. Siripanit K. The mediating role of psychological flexibility in the relationship between social anxiety and psychological well-being in undergraduates [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016.
34. Tantimeth S. Relationship among celebrity worship, self-esteem, coping and subjective well-being of youth fans [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016.
35. Paolohit N. Introduction to social psychology. Bangkok: Ramkhamhaeng University Press; 2016.
36. Oktavinita PA, Ambarwati KD. Psychological well-being on celebrity worship levels in early adult Korean pop (K-pop) fans. *Jurnal Ilmiah Psyche*. 2022;16(2):93-110. doi:10.33557/jpsyche.v16i2.2094.
37. Parawangsah IP, Hasanah M, Sholichah IF. The relationship between psychological well-being with celebrity worship in K-Pop fans using twitter. *Journal Universitas Muhammadiyah Gresik Engineering, Social Science, and Health International Conference*. 2023;2(1):127-37. doi:10.30587/umgeshic.v1i2.5114.
38. Fitri AJ, Maulidayanti FY, Akhmad SN. Psychological wellbeing early adult Korean pop fangirls. *The International Journal of Counseling and Education*. 2021;6(2):88-92. doi:10.23916/0020210634720.
39. KomChadLuek Online. "Golden disc awards 37" why happens in Thailand? or this is the reason? [Internet]. Bangkok: KomChadLuek; 2023 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.komchadluek.net/entertainment/thai-ent%20ertainment/540353>
40. Park HS, Simon A, Kazimoto P. University students' perceptions of Korean wave and its impact on their views of Korea and Korean culture. *Human Behavior, Development and Society*. 2021;22(1):7-18.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มสมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

วันรับ : 29 มกราคม 2567
วันแก้ไข : 18 พฤษภาคม 2567
วันตอบรับ : 27 พฤษภาคม 2567

กรกานต์ พึ่งน้ำ, พย.ม.¹, จิรากร กันทับทิม, พย.ม.²,
พิชญนันท์ วัฒนวิฑูร, วท.ม.³
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี¹,
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย²,
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

วิธีการ : การสำรวจภาคตัดขวางออนไลน์ในสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างน้อย 6 เดือน ใช้แบบสอบถามข้อมูลผู้ดูแลและผู้มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความพร้อมในการเตรียมตัวของผู้ดูแล แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสุข ความเหนื่อยหน่าย และความเหนื่อยล้าในการดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck depression inventory-II ใช้สถิติ chi-square และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ และระบุปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 104 คน ร้อยละ 88.5 มีความพร้อมในการดูแลไม่เพียงพอ ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับช่วงอายุของผู้ดูแล เพศของผู้มีภาวะสมองเสื่อม การสืบค้นข้อมูลการดูแลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ ความสุขของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่าปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสุขของผู้ดูแล ($\beta = 0.509, p < .001$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = -0.181, p = .022$) โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวกและลบ ตามลำดับ

สรุป : ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีความพร้อมในการดูแล ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ควรมีการสร้างเสริมความสุขและสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ : ความพร้อมในการดูแล, ผู้ดูแลในครอบครัว, ผู้มีภาวะสมองเสื่อม, สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : จิรากร กันทับทิม; e-mail: jirakorn.k@stin.ac.th

Original article

Predictive factors of readiness in caring for persons with dementia among members of the Alzheimer's disease and related disorders association

Received : 29 January 2024

Revised : 18 May 2024

Accepted : 27 May 2024

Kornkan Phuengnam, M.N.S.¹, Jirakorn Kuntubtim, M.N.S.²,Pichayanan Wattanawitukul, M.Sc.³Institute of Nursing, Suranaree University of Technology¹,Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing²,Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University³

Abstract

Objective: To investigate associated factors of readiness in caring for persons with dementia among family caregivers.

Methods: An online cross-sectional survey was conducted among purposively selected family caregivers, aged 18 years or older, who had been caring for persons with dementia for at least six months. The research instruments included a demographic questionnaire, the Care Readiness Scale, the Barthel Index for Activities of Daily Living, the Compassion Satisfaction and Fatigue test, and the Beck Depression Inventory-II. Demographic data were presented by using descriptive statistics. Associations were analyzed by using the chi-square test and Spearman's rank correlation. Predictive factors of care readiness were identified by using multiple linear regression.

Results: Of 104 participants completing the survey, 88.5 percent had inadequate care readiness scores. Care readiness was significantly associated with the age of the caregiver, the gender of the person with dementia, and obtaining information about caregiving from online resources. The multiple linear regression demonstrated that the care readiness score was positively predicted by the level of compassion satisfaction in caring ($\beta = 0.509$, $p < .001$) and negatively predicted by the level of functional independence of the person with dementia ($\beta = -0.181$, $p = .022$).

Conclusion: Most caregivers of persons with dementia have inadequate care readiness. Compassion satisfaction of the caregiver and functional independence of the person with dementia could influence care readiness. To prepare for an age-friendly society, it is advisable to foster compassion satisfaction and competence in caring among caregivers and performance level in the daily living of the persons with dementia according to the severity of the condition.

Keywords: care readiness, family caregivers, mental health, persons with dementia

Corresponding author: Jirakorn Kuntubtim; e-mail: jirakorn.k@stin.ac.th

ความรู้เดิม : สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวผู้มีภาวะสมองเสื่อมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากความไม่พร้อมในการดูแล ทั้งนี้การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 88.5 ไม่มีความพร้อมในการดูแล ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ดูแล ความสุขใจของผู้ดูแล การสืบค้นข้อมูลในการดูแลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ เพศของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความสุขใจในการดูแลและศักยภาพการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia หรือ major neurocognitive disorder) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อการรู้คิด การทำกิจกรรมต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งทำให้เกิดภาวะพึ่งพา¹ ทั่วโลกมีผู้มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 50 ล้านคน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนมากขึ้นถึง 152 ล้านคน² สำหรับประเทศไทยมีการประมาณว่าปี พ.ศ. 2563 มีผู้มีภาวะสมองเสื่อม 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรไทย³

ความพร้อมในการดูแล (care readiness) ของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม⁴ มีการศึกษาพบว่าความพร้อมในการดูแลและความเครียดจากบทบาทการดูแลร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26.0⁵ รวมถึงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 35.4⁶ นอกจากนี้ความบกพร่อง

ต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นความยากลำบากในการดูแลซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความเหนื่อยหน่าย⁷⁻⁹ ปัจจัยทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเหล่านี้ยังส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเกิดการถดถอยด้านการรู้คิดเร็วขึ้น¹⁰ อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมก็อาจเป็นประสบการณ์ทางบวกให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกพึงพอใจจากความท้าทายที่เกิดขึ้น¹¹

การศึกษาในประเทศไทยของอโนชา ทศนาธนชัย และคณะ¹² ในญาติผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลในระดับปานกลาง โดยทัศนคติในการดูแลปัญหาสุขภาพ อายุของญาติผู้ดูแล มุมมองเชิงบวกจากการดูแล และการได้รับการอบรมสามารถร่วมกันอธิบายความพร้อมในการดูแลได้ร้อยละ 40.2 การศึกษาของสมณฑา มั่งมี และคณะ¹³ พบว่าความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในต่างประเทศ การศึกษาของ Ris และคณะ¹⁴ ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านโดยพยาบาลร่วมด้วยพบว่า ความสัมพันธ์แบบต่างเกื้อกูล (mutuality) ระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล

ตามทฤษฎีการดูแลครอบครัว (family care model) ของ Archbold และ Stewart¹⁵ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวข้องกับประสบการณ์จากการดูแลทั้งทางบวกและทางลบ ได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกไม่สุขสบาย คิดว่าตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย คิดทำร้ายตนเองและไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป¹⁶ 2) ความเหนื่อยล้า (compassion fatigue) หมายถึง ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นจากการดูแลทั้งทางอารมณ์ ร่างกาย และจิตวิญญาณ¹⁷ 3) ความเหนื่อยหน่าย (burnout) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังจากการดูแล¹⁷ 4) ความสุขใจ (compassion satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกยินดี พึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการดูแล¹⁷ และ 5) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ใช้เครื่องช่วยพยุงหรือผู้ช่วยเหลือ¹⁸

ทั้งนี้พบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่ครอบคลุมปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลครอบครัวค่อนข้างจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นสมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวต่อไป

วิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional research design) เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 ผ่านโปรแกรมประชาสัมพันธ์พร้อมลิงก์แบบประเมินในเฟซบุ๊ก สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งเป็นช่องทางหลักในการสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส COA MURA2022/630 วันที่ 26 ตุลาคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลโครงการและให้กลุ่มตัวอย่างตอบรับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลทุกคน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ปกครอง คู่สมรส ญาติพี่น้อง หรือบุตรของผู้มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน อายุ 18 ปีขึ้นไป และให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน คัดเลือกตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากจำนวนสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด 1,300 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก 250 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่ทราบขนาดประชากรแน่นอน¹⁹ ดังนี้

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

กำหนดตัวแปร N = 250
Z = 1.96
d = 0.05
p = 0.588
q = 0.412¹³

พร้อมกำหนดอัตราการไม่ตอบ (non-response rate) ร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 167 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 37 ข้อ เช่น อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย รายได้ จำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมในการดูแล ประเภทของภาวะสมองเสื่อม โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล แหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล และ การใช้เครื่องคิดเลขแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด

2. แบบประเมินความพร้อมในการเตรียมตัวของผู้ดูแล (care readiness scale) พัฒนาจากแนวคิดของ Archbold และ Stewart¹⁵ โดยวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ²⁰ จำนวน 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จาก 0 - 4 คะแนน คะแนนรวม 0 - 32 คะแนน แปลผลดังนี้ น้อยกว่า 26 คะแนนหมายถึงมีความพร้อมในการดูแลไม่เพียงพอ และ 26 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความพร้อมในการดูแลเพียงพอ

3. แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index for ADL) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา²¹ มีความตรงตามเนื้อหา 0.92 และค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91²² ประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม มี 10 ข้อ คำตอบในแต่ละข้อมีคะแนนแตกต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 0 - 2 หรือ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 12 คะแนนขึ้นไปหมายถึงไม่มีภาวะพึ่งพา 9 - 11 คะแนนหมายถึงมีภาวะพึ่งพาปานกลาง 5 - 8 คะแนน

หมายถึงมีภาวะพึ่งพารุนแรง และ 0 - 4 คะแนนหมายถึงมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

4. แบบประเมินความสุขใจ ความเหนื่อยหน่าย และความเหนื่อยล้าในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (compassion satisfaction and fatigue test: CSF) พัฒนาโดย Stamm²³ จำนวน 66 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จาก 0 - 5 คะแนน ประกอบด้วย ด้านความสุขใจ 26 ข้อ ด้านความเหนื่อยหน่าย 17 ข้อ และด้านความเหนื่อยล้า 23 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย โดยผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา แปลผลตามรายด้าน ดังนี้ ด้านความสุขใจแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 118 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความสุขใจในการดูแลสูงมาก 100 - 117 คะแนนหมายถึงมีความสุขใจสูง 82 - 99 คะแนนหมายถึงมีความสุขใจดี 64 - 81 คะแนนหมายถึงมีความสุขใจปานกลาง และต่ำกว่า 63 คะแนนหมายถึงมีความสุขใจต่ำ ด้านความเหนื่อยหน่ายแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่า 36 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการดูแลระดับต่ำ 37 - 50 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับปานกลาง 51 - 75 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับสูง และ 76 - 85 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับสูงมาก และด้านความเหนื่อยล้าแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่า 26 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการเหนื่อยล้าในการดูแลระดับต่ำมาก 27 - 30 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับต่ำ 31 - 35 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับปานกลาง 36 - 40 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับสูง และ 41 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความเสี่ยงระดับสูงมาก

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory-II: BDI-II) แปลเป็นภาษาไทยโดยนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ²⁴ มีคำถาม 21 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 - 3 คะแนน คะแนนรวม 0 - 63 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 - 13 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 14 - 19 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 20 - 28 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 29 - 63 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ภายหลังขั้นตอนการยื่นขออนุญาตใช้และปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย จึงมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความพร้อมในการเตรียมตัวของผู้ดูแล และแบบประเมินความสุขใจ ความเหนื่อยหน่าย และความเหนื่อยล้าในการดูแลของผู้ดูแลจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1 และ 0.87 ตามลำดับ ภายหลังปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำแล้ว ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 เท่ากัน ทั้งนี้แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II เป็นแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและมีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาทดสอบความตรงและความเที่ยงอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร ใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรกลุ่มกับระดับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ Fisher's exact test กรณีพบว่ามากกว่าร้อยละ 20.0 ของจำนวนเซลล์มีค่า expected value น้อยกว่า 5

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นระยะที่ 1 ของการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาตัวแปรที่แก้ไขได้และมีอิทธิพลสูงสุดต่อความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการดูแลให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความสุขใจ ความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม จึงได้นำตัวแปรเหล่านี้

มาวิเคราะห์สมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และคัดเลือกเข้าสู่การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน โดยนำตัวแปรลักษณะข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลมาควบคุม และเพื่อป้องกันการเกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป (multicollinearity) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระโดยการคำนวณค่า variance inflation factor (VIF) โดยตัวแปรอิสระที่มีค่า VIF น้อยกว่า 10 สามารถนำเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยได้

ผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ 104 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 62.3 อายุเฉลี่ย 45.26 ปี (SD = 9.85) เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.2 อาศัยอยู่ในภาคกลางมากที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ มีสถานะโสดร้อยละ 58.7 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 50.0 มีรายได้มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 55.8 มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีพร้อยละ 51.0 มีหนี้สินร้อยละ 18.3 มีโรคประจำตัวร้อยละ 42.3 โรคที่พบมากที่สุดสามลำดับแรก ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.4, 11.7 และ 6.3 ตามลำดับ ด้านการดูแลพบว่า ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 4.21 ปี ระยะเวลาการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 13 ชั่วโมงต่อวัน 5.75 วันต่อสัปดาห์ ให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 1 คนร้อยละ 93.3 ให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปร้อยละ 6.7 ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ มากกว่า 3 คนร้อยละ 22.1 ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.4 และ 95.2 ตามลำดับ สำหรับแหล่งข้อมูลในการดูแลที่ผู้ดูแลนำมาใช้มากที่สุดคือแหล่งข้อมูลออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 88.5 รองลงมาคือคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล จากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.0 โดย Facebook, YouTube และเว็บไซต์เป็นแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่ผู้ดูแลสืบค้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.7, 49.0 และ 44.2 ตามลำดับ

ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ย 76.75 ปี (SD = 10.28) เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.0 มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ดูแลร้อยละ 77.9 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ

สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ร้อยละ 67.3 และมีโรคร่วมอื่น ร้อยละ 80.8

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล เพศของผู้มี ภาวะสมองเสื่อม และการสืบค้นข้อมูลในการดูแลจากแหล่งข้อมูล ออนไลน์ ดังตารางที่ 1

ผู้ดูแลร้อยละ 88.5 มีคะแนนความพร้อมในการดูแล อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เพียงพอ โดยด้านที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับมือกับความตึงเครียดระหว่างการดูแล เฉลี่ย 2.00 คะแนน (SD = 0.99) การช่วยเหลือดูแลทางอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม เฉลี่ย 2.16 คะแนน (SD = 0.98) และการรับมือ กับสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อาจเกิดขึ้นได้ เฉลี่ย 2.19 คะแนน (SD = 0.94) ดังตารางที่ 2

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่า มีคะแนน ความสุขใจอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 46.2 มีความเหนื่อยหน่ายอยู่ใน ระดับเสี่ยงสูงร้อยละ 6.7 มีคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับ มากที่สุดร้อยละ 26.9 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 72.1 สำหรับระดับความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ไม่มีภาวะพึ่งพาร้อยละ 66.3 ขณะที่ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ร้อยละ 20.2

เนื่องจากภายหลังการทดสอบ normality distribution ด้วยการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่าค่าคะแนนความพร้อมในการดูแล ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวัน ความเหนื่อยหน่าย และภาวะซึมเศร้า มีค่า p น้อยกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลดังกล่าวมีการแจกแจง แบบไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติแบบ non-parametric คือ การทดสอบสมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความสุขใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ไม่มีตัวแปรอิสระสัมพันธ์กันในระดับมาก ($r > .80$) ดังตารางที่ 3

การทดสอบสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่า tolerance เข้าใกล้ 1 และมีค่า VIF ไม่เกิน 10 ดังตารางที่ 4 ดังนั้นตัวแปรอิสระจึงไม่มี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 104)

	รวม		ความพร้อมในการดูแล				p
			ไม่เพียงพอ (n = 92)		เพียงพอ (n = 12)		
	n	%	n	%	n	%	
ข้อมูลด้านผู้ดูแล							
อายุ (mean ± SD = 45.26 ± 9.85 ปี)							.044 ^b
19 - 35 ปี	23	22.1	23	100.0	0.0	0.0	
36 - 59 ปี	72	69.2	60	83.3	12	16.7	
60 ปีขึ้นไป	9	8.7	9	100.0	0	0.0	
เพศ							.613 ^b
ชาย	6	5.8	6	100.0	0	0.0	
หญิง	97	93.2	85	87.6	12	12.4	
ไม่ระบุ	1	1.0	1	100.0	0	0.0	
สถานภาพสมรส							.202 ^b
โสด	61	58.7	57	93.4	4	6.6	
สมรส	40	38.5	32	80.0	8	20.0	
หย่า	2	1.9	2	100.0	0	0.0	
แยกกันอยู่	1	1.0	1	100.0	0	0.0	
ระดับการศึกษา							.833 ^b
ประถมศึกษา	5	4.8	4	80.0	1	20.0	
มัธยมศึกษา	44	42.3	39	88.6	5	11.4	
ปริญญาตรี	52	50.0	46	88.5	6	11.5	
ปริญญาเอก	3	2.9	3	100.0	0	0.0	
ความเพียงพอของรายได้							.180 ^b
เพียงพอ	53	51.0	47	88.7	6	11.3	
เพียงพอและเหลือเก็บ	21	20.2	17	81.0	4	19.0	
ไม่เพียงพอ	11	10.6	9	81.8	2	18.2	
มีหนี้สิน	19	18.3	19	100.0	0	0.0	
โรคประจำตัว							.893 ^a
มี	44	42.3	39	88.6	5	11.4	
ไม่มี	60	57.7	53	88.3	7	11.7	
ดื่มสุรา							.958 ^a
ดื่ม	10	9.6	9	90.0	1	10.0	
ไม่ดื่ม	94	90.4	83	88.3	11	11.7	
สูบบุหรี่							.481 ^a
สูบ	5	4.8	4	80.0	1	20.0	
ไม่สูบ	99	95.2	88	88.9	11	11.1	
จำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้การดูแล							.322 ^a
1 คน	97	93.3	85	87.6	12	12.4	
2 คนขึ้นไป	7	6.7	7	100.0	0	0	
ระยะเวลารวมในการดูแลทั้งหมดที่ผ่านมา (mean ± SD = 4.21 ± 2.79 ปี)							.847 ^b
6 เดือน - 5 ปี	78	75.0	69	88.5	9	11.5	
6 - 10 ปี	21	20.2	18	85.7	3	14.3	
10 ปีขึ้นไป	5	4.8	5	100.0	0	0.0	
ระยะเวลาปฏิบัติการดูแล							.323 ^a
1 - 8 ชั่วโมง/วัน	34	32.7	32	94.1	2	5.9	
9 - 16 ชั่วโมง/วัน	37	35.6	30	81.1	7	18.9	
17 - 24 ชั่วโมง/วัน	33	31.7	30	90.9	3	9.1	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 104) (ต่อ)

	รวม		ความพร้อมในการดูแล				p
			ไม่เพียงพอ (n = 92)		เพียงพอ (n = 12)		
	n	%	n	%	n	%	
จำนวนสมาชิกในครอบครัวอื่นที่ต้องให้การดูแล							.555 ^a
0 คน	35	33.7	30	85.7	5	14.3	
1 คน	19	18.3	18	94.7	1	5.3	
2 คน	18	17.3	17	94.4	1	5.6	
3 คน	9	8.6	7	77.8	2	22.2	
มากกว่า 3 คน	23	22.1	20	87.0	3	13.0	
แหล่งข้อมูลในการดูแล							.478 ^a
คำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล							
ใช่	78	75.0	68	87.2	10	12.8	
ไม่ใช่ (ศึกษาด้วยตนเอง)	26	25.0	24	92.3	2	7.7	
แหล่งข้อมูลออนไลน์							.012a
ใช่	92	88.5	84	91.3	8	8.7	
ไม่ใช่	12	14.4	8	66.7	4	33.3	
ข้อมูลด้านผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม							
อายุ (mean ± SD = 76 ± 10.28 ปี)							.194 ^b
60 - 74 ปี	34	32.7	33	97.1	1	2.9	
75 - 90 ปี	65	62.5	54	83.1	11	16.9	
91 - 100 ปี	5	4.8	5	100.0	0	0.0	
เพศ							.004 ^b
ชาย	25	24.0	20	80.0	5	20.0	
หญิง	79	76.0	72	91.1	7	8.9	
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล							.550 ^a
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	8	7.7	8	100.0	0	0	
บิดา/มารดา	81	77.9	72	88.9	9	11.1	
สามี/ภรรยา	5	4.8	4	80.0	1	20.0	
ลุง/ป้า/น้า/อา	10	9.6	8	80.0	2	20.0	
ประเภทของโรคสมองเสื่อม							.497 ^a
อัลไซเมอร์	70	67.3	63	90.0	7	10.0	
ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ	16	15.4	14	87.5	2	12.5	
โรคหลอดเลือดสมอง	10	9.6	8	80.0	2	20.0	
ความผิดปกติของสมองส่วนหน้าและข้าง	4	3.8	4	100.0	0	0.0	
พาร์กินสัน	2	1.9	1	50.0	1	50.0	
เลวีบอดี	2	1.9	2	100.0	0	0.0	
ระยะเวลาที่เป็นสมองเสื่อมนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (mean ± SD = 4.87 ± 4.68 ปี, n = 98)							.637 ^b
1 - 5 ปี	65	62.5	57	87.7	8	12.3	
6 - 10 ปี	30	28.8	28	93.3	2	6.7	
10 ปีขึ้นไป	3	2.9	3	100.0	0	0.0	
โรคร่วม (n = 103)							.408 ^a
ไม่มี	20	19.2	18	90.0	2	10.0	
1 โรค	28	26.9	23	82.1	5	17.9	
2 โรค	20	19.2	18	90.0	2	10.0	
3 โรค	18	17.3	16	89.9	2	11.1	
มากกว่า 3 โรค	17	16.3	16	94.1	1	5.9	

^a: Pearson chi-square, ^b: Fisher-freeman-halton exact test

ตารางที่ 2 ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน

ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
การช่วยเหลือดูแลทางร่างกาย	2.27	1.08	ปานกลาง
การช่วยเหลือดูแลทางอารมณ์ จิตใจและพฤติกรรม	2.16	0.98	ปานกลาง
การค้นหาความต้องการและให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะสมองเสื่อม	2.52	0.88	ปานกลาง
การรับมือกับความตึงเครียดระหว่างการดูแล	2.00	0.99	ปานกลาง
ความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นไปด้วยดีทั้งสำหรับตัวท่านและครอบครัว	2.34	0.88	ปานกลาง
การรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อาจเกิดขึ้นได้	2.19	0.94	ปานกลาง
การขอความช่วยเหลือหรือขอข้อมูลจากหน่วยงานที่ให้การดูแล	2.57	0.96	ปานกลาง
ความพร้อมที่จะดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวม	2.31	0.88	ปานกลาง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างความพร้อมในการดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสุขใจ ความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า

	ความพร้อมในการดูแล	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ความสุขใจ	ความเหนื่อยหน่าย	ความเหนื่อยล้า	ภาวะซึมเศร้า
ความพร้อมในการดูแล	1					
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	-.328**	1				
ความสุขใจ	.609**	-.194*	1			
ความเหนื่อยหน่าย	-.475**	.127	-.627**	1		
ความเหนื่อยล้า	-.306**	.062	-.348**	.790**	1	
ภาวะซึมเศร้า	-.398**	.148	-.569**	.708**	.708**	1

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

ตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยการวิเคราะห์ tolerance และ variance inflation factor

ตัวแปร	tolerance	VIF
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	.942	1.061
ความสุขใจ	.538	1.860
ความเหนื่อยหน่าย	.251	3.985
ความเหนื่อยล้า	.285	3.511
ภาวะซึมเศร้า	.408	1.061

VIF = variance inflation factor

ความสัมพันธ์กัน (no multicollinearity) และสามารถนำทุกตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณได้

เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรเข้าสมการการวิเคราะห์โดยควบคุมด้วยเพศและอายุของผู้ดูแล พบว่าตัวแปรที่มีอำนาจทำนายความพร้อมในการดูแลได้มากที่สุดคือความสุขใจของผู้ดูแล ($\beta = 0.509$, $p < .001$) รองลงมาคือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

($\beta = -0.181$, $p = .022$) ส่วนตัวแปรความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความพร้อมในการดูแลได้ร้อยละ 44.4 ($R^2 = 0.444$) ส่วนอีกร้อยละ 55.6 อธิบายได้ด้วยตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่ไม่อยู่ในสมการ

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n = 104)

	B*	95% CI of B	β^*	T	p-value
ค่าคงที่	14.011	8.824, 19.199		5.360	< .001
ความสุขใจ	0.121	0.072, 0.169	0.509	4.952	< .001
ความเหนื่อยหน่าย	-0.040	-0.161, 0.080	-0.099	-0.661	.510
ความเหนื่อยล้า	-0.019	-0.106, 0.069	-0.059	-0.420	.675
ภาวะซึมเศร้า	0.001	-0.116, 0.167	0.001	0.007	.995
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	-0.165	-0.306, -0.025	-0.181	-2.332	.022

$R^2 = 0.444$, Adjusted $R^2 = 0.415$, * ควบคุมด้วยตัวแปรเพศและอายุของผู้ดูแล

วิจารณ์

การศึกษานี้สำรวจความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ทั้งนี้สมาคมฯ เป็นองค์กรที่มีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแก่สมาชิกเป็นประจำ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลจากหน่วยงานเฉพาะทางมีความรู้สึกรับภาระโดยรวมในระดับน้อย²⁵ ต่างจากผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลจากหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่มีความเครียดในระดับสูงถึงร้อยละ 48.8²² โดยความเครียดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการดูแล¹³ จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในหน่วยงานระดับปฐมภูมิเพิ่มเติม

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์โดยกำหนดอัตราการไม่ตอบกลับร้อยละ 10.0 แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถามสมบูรณ์มีเพียงร้อยละ 62.3 ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพของผลงานวิจัย²⁶ ทั้งนี้การศึกษาของ Daikeler และคณะ²⁷ พบว่าการทำแบบสอบถามออนไลน์ได้รับการตอบกลับน้อยกว่ารูปแบบอื่นถึงร้อยละ 12.0 ส่วนการวิเคราะห์ห่อถักของ Wu และคณะ²⁸ พบว่าแบบสอบถามออนไลน์มีอัตราการตอบกลับเฉลี่ยร้อยละ 44.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายรวมทั้งสามารถเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่มีความเฉพาะได้ง่ายขึ้น²⁹ ทั้งนี้การเพิ่มอัตราการตอบกลับสามารถทำได้โดยการแจ้งทางอีเมล เช่น การเชิญชวน การแจ้งเตือนล่วงหน้า การแจ้งเตือนเป็นระยะ การพัฒนาแบบสอบถามให้เข้าถึงง่ายและใช้เวลาการตอบไม่เกิน 10 นาที รวมทั้งการเพิ่มสิ่งจูงใจ เช่น การแจกรางวัลในการเข้าร่วม³⁰

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.5 มีความพร้อมในการดูแลที่ไม่เพียงพอโดยผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมในการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่พบว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง³¹ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย อุปสรรคในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ความต้องการของผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแล และเครือข่ายสนับสนุนล้วนส่งผลต่อความพร้อมในการดูแล³² อีกทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทยที่พบว่าผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชต้องการให้มีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการรักษาโรคในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย การเพิ่มพูนทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติและอาการทางจิตที่พบบ่อย รวมทั้งการสนับสนุนแนวทางการจัดการความเครียดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช³³

อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและผู้ดูแลวัยสูงอายุมีความพร้อมในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังออกจากโรงพยาบาลของ Septianingrum และคณะ³⁴ ที่พบว่าผู้ดูแลกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความพร้อมในการดูแลในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลในช่วงวัยนี้มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบหลายด้านรวมทั้งบทบาทการเป็นผู้ดูแลจนเกิดความรู้สึกเป็นภาระ

ในการดูแล³⁵ ผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงควรได้รับการช่วยเหลือทางจิตสังคมร่วมด้วยเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระซึ่งจะส่งผลให้มีระดับความพร้อมในการดูแลที่ดีขึ้น^{36,37} นอกจากนี้การศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวของ Petruzzo และคณะ³⁸ พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากมีความพร้อมในการดูแลน้อยเนื่องจากปัญหาความเสื่อมถอยของสุขภาพ จึงควรมีการดูแลผู้ดูแลวัยสูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพในชุมชน³⁹

เพศของผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Podcasz และ Epperson⁴⁰ ที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มเป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ในขณะที่เพศชายมีแนวโน้มเป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคทางหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มักมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้บ่อยกว่าซึ่งส่งผลกระทบต่อารดูแล⁴¹ นอกจากนี้ Beam และคณะ⁴² พบว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพศหญิงมีอายุที่ยืนยาวมากกว่าเพศชายซึ่งส่งผลต่อการดูแลที่ซับซ้อน อีกทั้ง Sourial และคณะ⁴³ พบว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพศหญิงมีการรู้คิดที่ถดถอยและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย รวมทั้งเพศหญิงเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือด้านความรู้ การเงิน และสังคมน้อยกว่าเพศชาย จึงอาจส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพศหญิงมีความต้องการการดูแลที่มากกว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพศชาย

ผู้ดูแลเพศหญิงร้อยละ 12.4 มีความพร้อมเพียงพอในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ขณะที่ผู้ดูแลเพศชายทั้งหมดมีความพร้อมในการดูแลไม่เพียงพอ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ris และคณะ¹⁴ ที่พบว่าเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล โดยเพศหญิงมีความพร้อมในการดูแลมากกว่าเพศชาย และมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมักให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลานานและมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับความเครียดทางร่างกายและจิตใจระดับสูงมากกว่าเพศชาย^{44,45} ผู้ดูแลเพศชายมักให้การดูแลโดยใช้อารมณ์น้อยกว่าเพศหญิงซึ่งอาจช่วยลดความเครียดได้⁴⁶ อีกทั้งผู้ดูแลเพศชายมักไม่ค่อยแสวงหาการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลอย่างเป็นทางการ⁴⁷ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้มีผู้ดูแลเพศชายเพียงร้อยละ 5.8

ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ดูแลต่อความพร้อมในการดูแลได้ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรกำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเพศเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผลการทดสอบทางสถิติ

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 88.5 สืบค้นข้อมูลการดูแลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang และคณะ⁴⁸ ที่พบว่าร้อยละ 57.0 ของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมใช้แหล่งข้อมูลออนไลน์เพื่อสืบค้นและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลระหว่างกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ใช้แหล่งข้อมูลออนไลน์มีความพร้อมในการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แหล่งข้อมูลออนไลน์ (ร้อยละ 8.7 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pleasant และคณะ⁴⁹ ที่พบว่าการอบรมสมรรถนะในการดูแลแก่ผู้ดูแลของผู้มีภาวะสมองเสื่อมแบบออนไลน์ช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลให้แก่ผู้ดูแลได้ ทั้งนี้การศึกษานี้สอบถามข้อมูลของผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่เลือกใช้เท่านั้น แต่ไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของแหล่งข้อมูลที่สืบค้น จึงควรมีการศึกษาในประเด็นนี้ต่อไป รวมทั้งควรมีการพัฒนาสื่อออนไลน์ให้เป็นคลังความรู้ทางการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อส่งเสริมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ความสุขของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pulsford และคณะ⁵⁰ ที่ระบุว่าความสุขเป็นหนึ่งในคุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิดการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยความเข้าใจผู้มีภาวะสมองเสื่อมนำไปสู่การแสดงออกที่เหมาะสมของผู้ดูแลและสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमानงานวิจัย 717 เรื่องของ Liao และคณะ⁵¹ ที่พบว่าระดับความสุขและความเหนื่อยล้าส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ระบุว่าบุคคลมีกลวิธีการเผชิญการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวที่แตกต่างกัน โดยการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วัฒนธรรม ความเชื่อ และ

ทัศนคติทางบวก ตลอดจนการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการ (developing confidence and coping) ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม⁵² โดยการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของ Lee⁵³ พบว่าความสุขหรือประสบการณ์ทางบวกระหว่างการดูแลหมายถึงการที่ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่าการดูแลเป็นเรื่องที่ทำโดยไม่ใช่วิธีและเป็นโอกาสที่ดีที่จะสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น ดังนั้นแม้มีความเหนื่อยล้าหรือความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นระหว่างการดูแล แต่หากผู้ดูแลเข้าใจการเจ็บป่วยและให้ความหมายแก่การดูแลในเชิงบวกแล้วย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเตรียมพร้อมและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ผู้ดูแลจะมีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มพึ่งพาปานกลางและรุนแรงตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ มักมีการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้น้อย การดูแลจึงเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่⁵⁴ ขณะที่ปัญหาการพลัดหลงรวมทั้งปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์มักพบลดลง⁵⁵ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าการให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะสมองเสื่อมทำกิจวัตรประจำวันมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ดูแลโดยตรง เช่น ภาระการดูแลที่หนักเกินรับมือ การรู้สึกเหมือนถูกกักขัง และภาวะซึมเศร้า⁵⁴ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลที่หลากหลายและสอดคล้องกับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม⁵²

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 72.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ใกล้เคียงกับการศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 66.7 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย⁵⁷ อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่

พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระและการละทิ้งผู้มีภาวะสมองเสื่อม⁵⁶ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยจึงไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษารังนี้จะมีจุดแข็งคือการสำรวจตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลทั้งด้านผู้ดูแลและด้านผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยสามารถนำผลการศึกษามาวางแผนเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลให้แก่ผู้ดูแลโดยการพัฒนาหลักสูตรการดูแลที่สอดคล้องกับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และระยะของการดำเนินโรคของผู้มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่มักเกิดขึ้นบ่อยระหว่างการดูแล โดยเพิ่มทางเลือกของรูปแบบการอบรมให้กับผู้ดูแลทั้งแบบตัวต่อตัวและแบบออนไลน์ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ช่องทางออนไลน์ในการสืบค้นเพื่อหาข้อมูลการดูแล 2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้ดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการสร้างความสุขใจ การเผชิญความเครียดในระหว่างการดูแล และการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลสำหรับผู้ดูแลวัยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางเช่นเดียวกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เช่น การใช้สื่อและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้สู่การปฏิบัติจริงที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงประชากรทุกกลุ่ม

สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้ 1) ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยที่มีการศึกษาระยะยาว และการแบ่งกลุ่มตามปัจจัยที่ต้องการศึกษาเพื่อแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causal relationships) ที่ชัดเจน 2) ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย นอกเหนือจากการใช้แบบประเมินรายงานตนเองเพื่อเพิ่มความถูกต้องของวินิจฉัย และ 3) ควรมีการเก็บข้อมูลประเภทและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติม

สรุป

สมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความสุขใจของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม จึงควรเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจและการเสริมสร้างทักษะการดูแลตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปัจจุบันและอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ให้คำแนะนำในการศึกษานี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ได้แก่ อาจารย์วีรธรณ พงศ์พิพัฒน์ ตำแหน่งอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อาจารย์ไพบรียา ชำนาญคำ ตำแหน่งนักจิตวิทยา และอาจารย์นุสบา เสริมรัตนวิศิษฐ์ ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

กรกานต์ พึ่งน้ำ : ออกแบบและจัดทำโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปอภิปรายผลการวิจัย เขียนและแก้ไขต้นฉบับบทความวิจัย ; จิรากร กันทับทิม : ออกแบบและจัดทำโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปอภิปรายผลการวิจัย แก้ไขและดำเนินการเผยแพร่บทความวิจัย ; พิษยนันท์ วัฒนวิทูกร : ออกแบบและจัดทำโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Bieber A, Nguyen N, Meyer G, Stephan A. Influences on the access to and use of formal community care by people with dementia and their informal caregivers: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):88. doi:10.1186/s12913-018-3825-z.
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2019: attitudes to dementia. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2019>
3. Department of Older Persons. Older statistics. [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2020 [cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
4. Marx KA, Marx KA, Parker LJ, Huang J, Scerpella D, Rose K, et al. Family caregiver readiness: racial differences and reliability of the caregiver readiness scale. Innov Aging. 2019;3(Suppl 1):S182. doi:10.1093/geroni/igz038.649.
5. Sutthilak C, Wirojatana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors predicting health status on caregivers of elderly people with dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(1):191-200.
6. Hiransaroj B, Wirojatana V, Vongsirimas N, Senanarong V. Factors influencing depressive symptoms in caregivers of older adults with dementia. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020;35(2):85-98.
7. Ying J, Yap P, Gandhi M, Liew TM. Validity and utility of the center for epidemiological studies depression scale for detecting depression in family caregivers of persons with dementia. Dement Geriatr Cogn Disord. 2019;47(4-6):323-34. doi:10.1159/000500940.
8. Day JR, Anderson RA. Compassion fatigue: an application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. Nurs Res Pract. 2011;2011:408024. doi:10.1155/2011/408024.
9. Hiyoshi-Taniguchi K, Becker CB, Kinoshita A. What behavioral and psychological symptoms of dementia affect caregiver burnout? Clin Gerontol. 2018;41(3):249-54. doi:10.1080/07317115.2017.1398797.
10. Norton MC, Clark C, Fauth EB, Piercy KW, Pfister R, Green RC, et al. Caregiver personality predicts rate of cognitive decline in a community sample of persons with Alzheimer's disease. The cache county dementia progression study. Int Psychogeriatr. 2013;25(10):1629-37. doi:10.1017/S1041610213001105.
11. Yu DSF, Cheng ST, Wang J. Unravelling positive aspects of caregiving in dementia: an integrative review of research literature. Int J Nurs Stud. 2018;79:1-26. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.10.008.
12. Tassanatanachai A, Poonnotok P, Lawang W, Suksawat S, Sunsern R. Predictors of care readiness for persons with psychiatric illness in family caregivers, chonburi province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2020;28(2):106-21.

13. Mangmee S, Monkong S, Sutti N. Relationships between mutuality, preparedness, and predictability to care, and caregiver role strain from caregiving activities for older people with dementia. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2021;36(3):151-64.
14. Ris I, Volken T, Schnepf W, Mahrer-Imhof R. Exploring factors associated with family caregivers' preparedness to care for an older family member together with home care nurses: an analysis in a Swiss urban area. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221103961. doi:10.1177/21501319221103961.
15. Archbold PJ, Stewart BJ. Family caregiving inventory [unpublished manuscript]. Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.
16. Lueboonthavatchai O. Health counseling. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010.
17. Stamm BH. The concise ProQOL manual. 2nd ed. Pocatello: ProQOL.org; 2010.
18. Pekalee A, Vatanasomboon P. The limited activities of daily living (ADLs) among Thai older adults: evidence from the 2017 national survey of older persons in Thailand. *Thai Journal of Health Education*. 2021;44(1):49-59.
19. Kijpredarborisuthi B. Social sciences research methodology. Bangkok: Chamchuree products co.,ltd.; 2008.
20. Wirojratana V, Amnatsatsue K, Sasa S, Malathum P, Narongsak J. Improvement of healthcare services for dependent elders. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2014;29(3):104-15.
21. Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. Bangkok: Department of Medical Services; 2007.
22. Nakayama G, Masumoto S, Haruta J, Maeno T. Association between family caregivers' primary care experience when they report as patients and their stress related to caregiving: a pilot cross-sectional study. *J Gen Fam Med*. 2023;24(4):231-9. doi:10.1002/jgf2.631.
23. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue*. Hove: Brunner-Routledge; 2002.
24. Thavichachart N, Tangwongchai S, Worakul P, Kanchanatawan B, Suppakitiporn S, Pattalung AS, et al. Posttraumatic mental health establishment of the Tsunami survivors in Thailand. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:11. doi:10.1186/1745-0179-5-11.
25. Siritipakorn P, Muangpaisan W. Associated factors of caregiver burden among family caregivers of dementia patients in a geriatric clinic, Siriraj hospital. *Journal of Nursing Science & Health*. 2015;38(2):54-64.
26. Hox JJ, De Leeuw ED. A comparison of nonresponse in mail, telephone, and face-to-face surveys-Appling multilevel modeling to meta-analysis. *Quality & Quantity*. 1994;28:329-34. doi:10.1007/BF01097014.
27. Daikeler J, Bošnjak M, Manfreda KL. Web versus other survey modes: an updated and extended meta-analysis comparing response rates. *J Surv Stat Methodol*. 2020;8(3):513-39. doi:10.1093/jssam/smz008.
28. Wu MJ, Zhao K, Fils-Aime F. Response rates of online surveys in published research: a meta-analysis. *Comput Hum Behav Rep*. 2022;7:100206.
29. Wright KB. Researching Internet-Based Populations: Advantages and Disadvantages of Online Survey Research, Online Questionnaire Authoring Software Packages, and Web Survey Services. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 2005;10(3): 1034. doi: 10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.
30. Sammut R, Griscti O, Norman I. Strategies to improve response rates to web surveys: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;123(1):104058. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104058.
31. Piriyaarachai N, Sasat S. Factors predicting caregiver's readiness for dependent older persons in transition period on hospital to home. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(Supplement Issue):231-40.
32. Yangyoo P, Jankhum S, Muangpaisan W, Siritipakorn P, Pisalsarakij D, Pengsorn N, et al. Problems in care of people with dementia and caregivers' needs. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*. 2017;16(2-3):57-69.
33. Intaput P, Lawang W, Tassanatanachai A, Suksawat S, Sunsern R. The needs of Thai family caregivers and their readiness to provide care for people with psychosis: a qualitative approach. *Journal of Health Research*. 2023;37(5):326-32.
34. Septianingrum Y, Yusuf A, Widyawati IY, Sari RY, Wardani EM, Musfirah NR, et al. Factors associated with family caregiver readiness to care for post-stroke patients after hospital discharge. *Discov Soc Sci Health*. 2024;4(4). doi:10.1007/s44155-024-00064-6.
35. Koumoutzis A, Cichy KE, Dellmann-Jenkins M, Blankemeyer M. Age differences and similarities in associated stressors and outcomes among young, midlife, and older adult family caregivers. *Int J Aging Hum Dev*. 2021;92(4):431-49. doi:10.1177/0091415020905265.
36. Wiegelmann H, Speller S, Verhaert L, Schirra-Weirich L, Wolf-Ostermann. Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia – a systematic literature review. *BMC Geriatrics*. 2021;21:94. doi:10.1186/s12877-021-02020-4.

37. Qui L, Tachaudomdach C, Srirat C. Correlation Between Burden and Preparedness for Caregiving Among Caregivers of Patients Undergoing Hemodialysis in the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, the People's Republic of China. *Journal of Nursing and Health Science Research*. 2022;14(2):284-294.
38. Petruzzo A, Paturzo M, Buck HG, Barbaranelli C, D'Agostino F, Ausili D, Alvaro R, Vellone E. Psychometric evaluation of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of adults with heart failure. *Research in Nursing & Health*. 2017;40(5):470-478. doi:10.1002/nur.21811.
39. Petry SE, Lara L, Boucher NA. Older Caregivers: Who They Are and How to Support Them. *Journal of Aging & Social Policy*. 2022;1-14. doi:10.1080/08959420.2022.2051683.
40. Podcasy JL, Epperson CN. Considering sex and gender in Alzheimer disease and other dementias. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(4):437-46. doi:10.31887/DCNS.2016.18.4/cepperson.
41. Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, McKeith I, Brayne C. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *BJ Psych*. 2009;194:212-219. doi:10.1192/bjp.bp.108.049619.
42. Beam CR, Kaneshiro C, Jang JY, Reynolds CA, Pedersen NL, Gatz M. Differences between women and men in incidence rates of dementia and Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2018;64(4):1077-83. doi:10.3233/JAD-180141.
43. Sourial N, Arsenault-Lapierre G, Margo-Dermer E, Henein M, Vedel I. Sex differences in the management of persons with dementia following a subnational primary care policy intervention. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):175. doi:10.1186/s12939-020-01285-2.
44. Pillemer S, Davis J, Tremont G. Gender effects on components of burden and depression among dementia caregivers. *Aging Ment Health*. 2018;22(9):1156-61. doi:10.1080/13607863.2017.1337718.
45. Gilmore-Bykovskiy A, Johnson R, Walljasper L, Block L, Werner N. Underreporting of gender and race/ethnicity differences in NIH-funded dementia caregiver support interventions. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2018;33(3):145-52. doi:10.1177/1533317517749465.
46. Baker KL, Robertson N, Connelly D. Men caring for wives or partners with dementia: masculinity, strain and gain. *Aging Ment Health*. 2010;14(3):319-27. doi:10.1080/13607860903228788.
47. Baker KL, Robertson N. Coping with caring for someone with dementia: reviewing the literature about men. *Aging Ment Health*. 2008;12(4):413-22. doi:10.1080/13607860802224250.
48. Tang AY, Kwak J, Xiao L, Xie B, Lahiri S, Flynn OA, Murugadass A. Online Health Information Wants of Caregivers for Persons With Dementia in Social Media. *Sage Open*. 2023;13(4):1-12. doi:10.1177/21582440231205367.
49. Pleasant M, Molinari V, Dobbs D, Meng H, Hyer K. Effectiveness of online dementia caregivers training programs: a systematic review. *Geriatric Nursing*. 2020;41(6):921-935. doi:10.1016/j.gerinurse.2020.07.004.
50. Pulsford D, Duxbury J, Carter B. Personal qualities necessary to care for people with dementia. *Nurs Stand*. 2016;30(37):38-44. doi:10.7748/ns.30.37.38.s40.
51. Liao X, Wang J, Zhang F, Luo Z, Zeng Y, Wang G. The levels and related factors of compassion fatigue and compassion satisfaction among family caregivers: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Geriatr Nurs*. 2022;45:1-8. doi:10.1016/j.gerinurse.2022.02.016.
52. Phoodaangau B. Transition theory: its application to family nursing care. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2013;28(4):107-20.
53. Lee JH. Exploring family caregivers' subjective experience of positive aspects in home-based elder caregiving: from Korean family caregivers' experience. *Int J Soc Sci Stud*. 2020;8(4):176. doi:10.11114/ijss.v8i4.4876.
54. Jia J, Xu J, Liu J, Wang Y, Wang Y, Cao Y, et al. Comprehensive management of daily living activities, behavioral and psychological symptoms, and cognitive function in patients with Alzheimer's disease: a Chinese consensus on the comprehensive management of Alzheimer's disease. *Neurosci Bull*. 2021;37(7):1025-38. doi:10.1007/s12264-021-00701-z.
55. Altomari N, Bruno F, Laganà V, Smirne N, Colao R, Curcio S, et al. A comparison of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and BPSD sub-syndromes in early-onset and late-onset Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2022;85(2):691-9. doi:10.3233/JAD-215061.
56. Boonchuwong O, Sanaha C, Pinyopasakul W, Nilanont Y. Factors influencing readiness of caregivers of patients with stroke before hospital discharge. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2017;35(3):46-57.
57. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia. a systematic literature review. *Maturitas*. 2010;66(2):191-200. doi:10.1016/j.maturitas.2010.02.009.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ลักษณะสภาวะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวช : การศึกษาเชิงคุณภาพ

วันรับ : 11 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 26 พฤษภาคม 2567

วันตอบรับ : 30 พฤษภาคม 2567

ศุภเสก วิโรจนาภา, พ.บ.¹, กมลเนตร วรรณเสวก, พ.บ.², นพวรรณ ตันศิริมาศ, พ.บ.³,

ภัทรวรรณ สุขยิธัญ, ปร.ด.¹, ฉัตรดนัย ศรีชัย, M.S.Ed.¹, ณัฐกานต์ ใจบุญ, พย.ม.¹,

รัตน์ดา นราภักดิ์, พย.บ.¹, รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ, พย.ม.⁴

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต¹,

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล²,

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์³,

เทศบาลเมืองเบตง จังหวัดยะลา⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะและมิติของสภาวะในบริบทการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวชในประเทศไทย

วิธีการ : การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 จากการสนทนากลุ่มด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในคนไทยอายุ 18 - 59 ปี จาก 4 ภูมิภาค แต่ละภาคแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว หรือโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ปีที่ดำรงชีวิตอย่างอิสระ 2) กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้สูงกว่ารายได้ขั้นต่ำ และ 3) กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้ขั้นต่ำ รวม 12 กลุ่ม กลุ่มละ 6 - 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 115 คน อายุเฉลี่ย 41.1 ปี เป็นหญิงร้อยละ 67.0 ทั้งกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีโรคจิตเวชมีความเห็นสอดคล้องกันว่า สภาวะที่ดี หมายถึง สถานะของการมีความสุข มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ มีอิสระในการตัดสินใจ และเป็นส่วนหนึ่งในสังคม การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า สภาวะประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ สภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการที่ดี

สรุป : การฟื้นฟูสภาวะผู้ที่มีโรคจิตเวชจำเป็นต้องคำนึงถึงการดำเนินชีวิตในทั้ง 8 มิติของสภาวะ บนพื้นฐานของการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพ, การฟื้นคืนสู่สภาวะ, โรคทางจิตเวช, สภาวะ

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศุภเสก วิโรจนาภา; e-mail: supasaek.vir@gmail.com

Original article

Wellness characteristics in rehabilitation for people with mental disorders: a qualitative study

Received : 11 January 2024

Revised : 26 May 2024

Accepted : 30 May 2024

Supasaek Virojanapa, M.D.¹, Kamonnet Wannasewok, M.D.²,Noppawan Tunsirimas, M.D.³, Pattarawat Sukyirun, Ph.D.¹,Chatdanai Sornchai, M.S.Ed.¹, Nattagan Jaiboon, M.N.S.¹,Ratda Narapuk, B.N.S.¹, Rattiyaporn Benjehma, M.N.S.⁴Srithanya Hospital, Department of Mental Health¹,Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University²,Siriraj Piyamaharajkarun Hospital³,Betong Town Municipality, Yala Province⁴

Abstract

Objective: To explore the concept and dimensions of wellness in the context of rehabilitation for people with mental disorders in Thailand.

Methods: Semi-structured focus group interviews were conducted from March to April 2023 among Thai adults aged 18 - 59 years from four regions of Thailand. The participants from each region were divided into three groups: 1) people who had been diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or major depressive disorder for at least two years and were living independently; 2) people without mental illness with income lower than the minimum wage; and 3) people without mental illness with income higher than the minimum wage. Data were analyzed using content analysis.

Results: A total of 115 participants with an average age of 41.1 years, mostly female (67.0%), were interviewed. Each interview group consisted of 6 - 10 participants. Most groups, with and without mental health conditions, consistently conceptualized wellness as a happy and satisfying living status where people are free to make decisions and part of the community. The content analysis suggested that wellness comprised eight dimensions; physical, mental, social, environmental, spiritual, financial, occupational, and welfare-state accessible.

Conclusion: The findings suggest that service providers should take into account the living status of people with mental disorders in all eight dimensions of wellness and collaborate with them to design and implement effective rehabilitation programs.

Keywords: mental illness, recovery model, rehabilitation, wellness

Corresponding author: Supasaek Virojanapa; e-mail: supasaek.vir@gmail.com

ความรู้เดิม : สุขภาวะ (wellness) มีผลต่อความเป็นอยู่ของบุคคลและเป็นเป้าหมายสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีโรคทางจิตเวช การประเมินสุขภาวะในแต่ละประเทศมีความหลากหลายเนื่องจากการให้นิยามและการประเมินในมิติที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและองค์ประกอบของสุขภาวะในบริบทสังคมไทยยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : นิยามคำว่าสุขภาวะในบริบทการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวชในประเทศไทย คือ สถานะของการมีความสุขและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ โดยมีอิสระในการตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงาน และการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การทำความเข้าใจสุขภาวะในบริบทประเทศไทย เพื่อช่วยในการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่มีโรคทางจิตเวช และอาจนำไปพัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมินที่มีความครอบคลุม ชัดเจน และตรงตามความเข้าใจของคนไทย

บทนำ

ความผิดปกติทางสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย โดยลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังอาจต้องใช้เวลารักษาต่อเนื่องและสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมในระยะยาว¹ คิดเป็นต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่สูงและยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทางกายอื่น ๆ² การศึกษาภาระโรค (global burden of disease) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าโรคทางจิตเวชมีส่วนการสร้างการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years: DALYs) ถึงร้อยละ 4.9 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด โดยเฉพาะการสูญเสียปีจากการใช้ชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (years of healthy life lost due to disability: YLDs) โดยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว ทำให้เกิด YLDs รวม

ร้อยละ 5.3 และโรคจิตเภททำให้เกิด YLDs รวมร้อยละ 2.1 ของ YLDs จากทุกโรค³ การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางของผู้ป่วยจิตเวช โดยพบว่าเพียงประมาณร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยสามารถหายดีจากการรักษาด้วยยา ประมาณร้อยละ 60 - 70 อาการดีขึ้น บางส่วนแต่ยังคงมีอาการบางอย่างอยู่ตลอดชีวิต และอีกร้อยละ 20 - 30 ที่อาการไม่ดีขึ้นแม้ว่าได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว นอกจากนี้มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากที่สามารถทำงานได้ตามปกติ⁴ จึงจำเป็นต้องมีบริการที่ช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูทักษะต่าง ๆ ของผู้ที่มีโรคทางจิตเวช ทั้งด้านสังคม การทำงาน และการทำหน้าที่ทางสังคมต่าง ๆ

แนวคิดของการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery-oriented model) ของผู้ป่วยจิตเวชให้ความสำคัญกับความสามารถในการกำหนดชีวิตตนเองได้มากกว่าการกลับไปมีความสามารถได้เท่ากับก่อนมีโรค⁵ กล่าวคือการฟื้นฟูไม่ได้เน้นที่การแก้ไขอาการเฉพาะด้านแต่เน้นที่การกลับมาเข้มแข็งและการควบคุมจัดการปัญหาต่าง ๆ รวมถึงการใช้ชีวิตโดยรวม⁶ ตามมุมมองนี้การคืนสู่สุขภาวะของบุคคลหมายถึงความพอใจในชีวิต การมีความหวัง และความสามารถที่จะใช้ชีวิตภายใต้ข้อจำกัดจากความเจ็บป่วยของตนเอง

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาวะ (wellness) ว่าเป็นสถานะที่สมบูรณ์ของสุขภาพในระดับบุคคลหรือกลุ่มสังคม โดยเน้นที่การดั่งศักยภาพสูงสุดของบุคคลในด้านกายภาพ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ และการเติมเต็มความคาดหวังในบทบาทของบุคคลต่อครอบครัว ชุมชน ศาสนา ที่ทำงาน และในบริบทอื่น ๆ พ้องกับคำนิยามของสุขภาพในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ระบุว่า “สุขภาพ คือ สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ” ไม่ใช่เพียงไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีโรคเท่านั้น หากยังรวมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคนอีกด้วย ดังนั้น ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือความบกพร่องทางกายหรือทางจิตก็ยังสามารถบรรลุสุขภาวะในขอบเขตของแต่ละบุคคลได้

สุขภาวะมีความหมายที่ครอบคลุมมากกว่า 1 มิติและเป็นองค์รวม โดยมีการเพิ่มและปรับตามแนวคิดพื้นฐานใน

แต่ละยุคสมัย บางครั้งอาจมีถึง 9 - 12 มิติ สำหรับแนวคิด สุขภาวะ 8 มิติ (wellness in 8 dimensions) ที่นิยามโดย substance abuse and mental health services administration (SAMHSA) โดย Swarbrick และ Yudof⁷ เป็นแนวคิดที่มีมุมมองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีโรคทางจิตเวช สอดคล้อง กับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ 1) สุขภาพกาย 2) สุขภาพจิต 3) อารมณ์ 4) จิตวิญญาณ 5) สังคม 6) สิ่งแวดล้อม 7) การงาน/อาชีพ และ 8) สติปัญญา อย่างไรก็ตามเนื่องจากแนวคิดที่ว่า การคืนสู่สุขภาวะเป็น “กระบวนการ” ดังนั้นการมีนิยามของโครงสร้างที่ชัดเจน จะทำให้สามารถประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการฟื้นฟูได้ ซึ่งปัจจุบันแบบประเมินสุขภาวะที่ใช้ในนานาประเทศก็ต่างกันไป ตามนิยามที่ศึกษา ทำให้เมื่อนำมาใช้ในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งการประเมินและติดตามความก้าวหน้าจึงมีความแตกต่าง หลากหลาย

สำหรับประเทศไทยมีการนำการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง จิตเวชหลากหลายรูปแบบมาใช้โดยมีการประเมินสุขภาวะใน บริบทใกล้เคียงด้วยแบบประเมิน เช่น เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (world health organization quality of life brief - Thai: WHOQOL-BREF-THAI)⁸ ที่วัดความพึงพอใจในการใช้ชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม และแบบประเมิน life engagement test (LET)⁹ ที่ใช้วัดคุณค่าและเป้าหมายชีวิต อย่างไรก็ตาม การประเมินสุขภาวะที่มีอยู่ยังคงมีนิยามและองค์ประกอบที่ หลากหลายและเน้นไปที่ผลลัพธ์ในมิติใดมิติหนึ่ง ทำให้อาจ ไม่สามารถรายงานภาพรวมการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เห็นถึง สุขภาวะอย่างครอบคลุม และยังมีแบบประเมินไม่มากนักที่ ใช้ข้อมูลจากทั้งกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีโรคทางจิตเวชเป็น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะสุขภาวะ ของคนไทย ทั้งในผู้ที่มีโรคทางจิตเวชและผู้ที่ไม่ได้มีโรคทางจิตเวช โดยอิงแนวคิด 8 มิติสุขภาวะของ SAMHSA เพื่อนำไปสู่

การพัฒนาแบบประเมินสุขภาวะเพื่อการวางแผนฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวชให้เกิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

วิธีการ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 047/2565 วันที่ 27 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) เป็นคนไทยจากทั้ง 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เลือกตัวอย่างแบบโควตา (quota sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1. กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวชที่ดำรงชีวิตอิสระได้ เลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภท (F20.xx) หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (F31.xx) หรือโรคซึมเศร้า (F32.xx - F33.xx) มาแล้วอย่างน้อย 2 ปี มีงานทำหรือ เรียนอยู่ และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยภาคกลางได้ ภูมิภาคละ 10 คน รวม 40 คน

2. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้ต่ำ เลือกจากผู้ที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี ไม่มี ประวัติโรคทางจิตเวช สื่อสารด้วยภาษากลางได้ และมีรายได้ ต่อเดือนต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำในพื้นที่ โดยคำนวณจากรายได้ รายวันของพื้นที่ ณ ปีที่เก็บข้อมูลด้วย 30 ภูมิภาคละ 10 คน รวม 40 คน

3. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้สูง เลือกจากผู้ที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี ไม่มี ประวัติโรคทางจิตเวช สื่อสารด้วยภาษากลางได้ และมีรายได้ ต่อเดือนสูงกว่าค่าจ้างขั้นต่ำในพื้นที่ ภูมิภาคละ 10 คน รวม 40 คน

เกณฑ์การถอนจากการวิจัย (withdrawal criteria) คือ มีความขัดข้องไม่สามารถเข้าร่วมห้องสนทนาได้หรือ ไม่สามารถเข้าร่วมสนทนาได้ติดต่อกันเกิน 5 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัวทางกาย ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน
2. แบบบันทึกภาคสนามจากการสนทนากลุ่มซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามหลักแบบปลายเปิดเกี่ยวกับนิยามและองค์ประกอบของสุขภาพของ SAMHSA⁷ ลักษณะของสุขภาพที่ดีและไม่ดี และความจำเป็นของมิติต่าง ๆ ของสุขภาพแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คนที่มีประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่มีโรคจิตเวชมากกว่า 10 ปีและเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน และนักจิตวิทยา 2 คน มีการปรับปรุง 1 ครั้ง ทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงและคอมพิวเตอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 โดยลงพื้นที่ในกลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวชที่ดำรงชีวิตอิสระได้และกลุ่มประชาชนทั่วไปที่รายได้ต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นตัวแทนแต่ละภาค ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละหน่วยงานเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งแจ้งกระบวนการวิจัยโดยให้เวลาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยภายใน 1 สัปดาห์ ก่อนวันนัดเก็บข้อมูล และนัดหมายวันและเวลาสนทนากลุ่มที่ห้องประชุมของสถานที่เก็บข้อมูลซึ่งมิดชิดและเป็นส่วนตัว ส่วนกลุ่มประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าค่าจ้างขั้นต่ำใช้การสนทนากลุ่มแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Google Meet โดยผู้วิจัยประกาศรับสมัครอาสาสมัครวิจัยด้วยโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตซึ่งแจ้งรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยและ

การนัดหมาย จากนั้นนักวิจัยส่งเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผ่านระบบไปรษณีย์ก่อนวันเก็บข้อมูลและชี้แจงขั้นตอนและการยินยอมอีกครั้งก่อนการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มละ 10 คน ผู้นำกลุ่ม 1 คน ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1 คน และผู้จัดบันทึกนอกกลุ่ม 1 คน ซึ่งทีมเก็บข้อมูลทุกคนผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพและการประชุมเพื่อทำความเข้าใจแบบเก็บข้อมูลและการอ้อมตัวของข้อมูล การสนทนใช้เวลา 90 - 120 นาที บันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มถูกเก็บไว้ในรูปแบบดิจิทัลโดยการเข้ารหัส

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อสังเคราะห์นิยามและมิติของสุขภาพตามขั้นตอนของ Strauss และ Corbin¹⁰ ดังนี้ ผู้วิจัยถอดเทปคำให้สัมภาษณ์แยกย่อยตรวจสอบ นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการถอดเทปมาอ่านโดยรวมเพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จากนั้นอ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียดแล้วนำเข้าสู่กระบวนการให้รหัสแบบเปิดกว้างให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อย แล้วจึงบูรณาการหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อยดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการคัดเลือกรหัส เลือกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันเข้าหมวดหมู่หลักอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบความสัมพันธ์และสร้างหมวดหมู่ที่ต้องการพัฒนาให้สมบูรณ์มากขึ้น จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงและแตกต่างกันเพื่อบรรยายความสัมพันธ์และแก่นแท้ของสุขภาพ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) โดยอิงแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งผลทั้ง 3 กลุ่ม ตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผล

ผู้เข้าเกณฑ์ในการให้ข้อมูลทั้งหมด 120 คน มีกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีรายได้สูงไม่แสดงตัวตามวันนัดหมาย 5 คน ไม่มีผู้ที่ตรงตามเกณฑ์การถอนจากการวิจัย คงเหลือผู้ให้ข้อมูล 115 คน อายุเฉลี่ย 41.1 ปี (น้อยที่สุด 19 ปี มากที่สุด 58 ปี) เป็นหญิงร้อยละ 67.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 53.0

รองลงมาสถานภาพคู่ร้อยละ 33.0 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 33.0 จบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 22.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 19.1 และผู้ให้ข้อมูลและส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 78.3 ตามตารางที่ 1

ความหมายของสุขภาพ

จากการสอบถามความเห็นต่อความหมายของสุขภาพ โดยการนำเสนอนิยามตามแนวคิดต่าง ๆ และถามผู้ให้ข้อมูลว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างไรบ้างเมื่อคำนึงถึงบริบทประเทศไทย พบว่า มี 5 รหัสที่เห็นด้วยสอดคล้องกันตั้งแต่

2 กลุ่มประชากรขึ้นไป ได้แก่ สุขภาพ ดำรงชีวิตได้ปกติ สังคมสัมพันธ์ภาพ และอิสระ ตามตารางที่ 2

การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้นิยามคำว่าสุขภาพ คือ สถานะของการมีความสุขและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ โดยมีอิสระในการตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

“ขอแยกอย่างนี้นะคะ สุขะ กับ ภาวะ ก็คือจะเข้าใจแค่นี้ค่ะว่า มันเป็นภาวะที่เกี่ยวกับความสุข อันนี้แปลตรงตัวตามคำค่ะ” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคใต้)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 115) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่มีโรคจิตเวช (n = 40) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่มีรายได้ต่ำ (n = 40) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่มีรายได้สูง (n = 35) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ				
ชาย	36 (31.3)	19 (47.5)	11 (27.5)	6 (17.1)
หญิง	77 (67.0)	21 (52.5)	28 (70.0)	28 (80.0)
ไม่ระบุ	2 (1.7)	-	1 (2.5)	1 (2.9)
อายุ				
อายุเฉลี่ย (ปี)	41.1	44.9	40.4	37.5
สถานภาพ				
โสด	61 (53.0)	27 (67.5)	15 (37.5)	19 (54.3)
คู่	38 (33.0)	10 (25.0)	16 (40.0)	12 (34.3)
หม้าย	8 (7.0)	2 (5.0)	4 (10.0)	2 (5.7)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6 (5.2)	1 (2.5)	5 (12.5)	-
โรคประจำตัวทางกาย				
ไม่มี	66 (57.4)	20 (50.0)	23 (57.5)	23 (65.7)
มี	39 (33.9)	18 (45.0)	13 (32.5)	9 (25.7)
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	22 (19.1)	13 (32.5)	9 (22.5)	-
มัธยมต้น หรือเทียบเท่า	12 (10.4)	3 (7.5)	9 (22.5)	-
มัธยมปลาย หรือเทียบเท่า	26 (22.6)	9 (22.5)	15 (37.5)	2 (5.7)
อนุปริญญา ปวส	16 (13.9)	3 (7.5)	5 (12.5)	8 (22.9)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	38 (33.0)	12 (30.0)	1 (2.5)	25 (71.4)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
< 15,000	90 (78.3)	39 (97.5)	40 (100.0)	11 (31.4)
15,001 - 30,000	16 (13.9)	1 (2.5)	-	15 (42.9)
30,001 - 45,000	5 (4.3)	-	-	5 (14.3)
> 45,000	4 (3.5)	-	-	4 (11.4)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเห็นเกี่ยวกับนิยามสุขภาวะ

เนื้อหา	กลุ่มผู้ให้ข้อมูล		
	ผู้ที่มีโรคจิตเวช	ผู้มีรายได้ต่ำ	ผู้มีรายได้สูง
ความสุข รู้สึกสุข บรรยากาศแห่งความสุข มีความสุขในระดับที่เหมาะสม	✓		✓
ปกติ ใช้ชีวิตได้ตามปกติ ปกติสุข กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ	✓		✓
สังคมที่มีความปลอดภัย มีพื้นที่ปลอดภัย	✓		✓
การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น	✓	✓	
ใช้ชีวิตได้อิสระ ไม่มีใครมาบังคับหรือกดดัน		✓	✓

หมายเหตุ : ✓ หมายถึง มีรหัสนั้นปรากฏในกลุ่ม

“มันน่าจะคล้าย ๆ กับความสุขทางร่างกายและจิตใจ และภาวะความเป็นอยู่ เรียกได้ว่าเรามีอิสระก็ได้” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

“สุขภาวะที่ดี คือ กินอิ่ม นอนหลับ ได้ออกกำลังกาย ร่างกายดี หุ่นดี แต่ถ้าไม่ดีเนี่ยหมายความว่าเราไม่สามารถควบคุมอะไรได้ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมในเรื่องการกินได้ การใช้ชีวิตได้ ควบคุมความคิดไม่ได้” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคเหนือ)

ซึ่งสุขภาวะด้านต่าง ๆ ต้องมีความสมดุลซึ่งกันและกันและมีผลสัมพันธ์เชื่อมโยงถึงกัน

“ภาวะที่สมดุลของร่างกายจิตใจสังคมครบ ไม่มี การเจ็บป่วย ไม่มีภาวะที่ไม่มีความสุข รวมถึงความสมดุล ด้านการดำเนินชีวิตครบ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคเหนือ)

“สุขภาวะที่ไม่ดี หมายถึง ความไม่สมดุลทางกาย-ใจ, ถ้าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี เราไม่สบายอะคะ มีโรคทางกาย รวมไปถึงด้านของสังคมด้วยคะ อย่างเช่น เราไม่ค่อยมีเงิน หรือตกงาน หรือมีปัญหาการเงิน ครอบครัวอะไรอย่างนี้คะ แล้วก็สุขภาพตัวเองด้วย แล้วก็อยู่ในสังคมที่ไม่เหมาะสม ในที่ ที่ไม่ควรจะอยู่ คือ อยู่กับ toxic people อย่างนี้คะ ประมาณว่า มีเพื่อนร่วมงานที่คอยจับผิด คอยใส่ร้าย นินทา” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

“ถ้าร่างกายเราแย่ จิตใจเราก็อแย่” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคกลาง)

“ถ้าความคิดของเรานั้นสวนทางกับสังคม อุดมการณ์ ของเรานั้นเบี่ยงเบน ก็ทำให้ตัวเองอยู่ในภาวะที่ปรับตัวอยู่กับ สังคมได้ยาก” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคเหนือ)

มิติของสุขภาวะ

จากการสอบถามความเห็นต่อนิยามและมิติต่าง ๆ ของสุขภาวะว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างไรบ้าง เมื่อเทียบกับบริบทประเทศไทย แต่ละมิตินั้นมีความจำเป็น ไม่จำเป็น หรืออาจมีมิติใดที่ยังไม่ได้ถูกกล่าวถึงจากนิยามของ นานาชาติ พบว่า สุขภาวะในการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วย 8 มิติ แต่ละมิตีมีลักษณะที่สกัดได้ตามตารางที่ 3 ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูล จัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีมากที่สุด เนื่องจาก ร่างกายและใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิต จากการวิเคราะห์ เนื้อหาสามารถสรุปได้ว่ามิตินี้มีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การดูแลร่างกาย และ 2) การใช้ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ

“การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ” (กลุ่มผู้ที่มี โรคจิตเวช, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ อาจจะมีผดผื่นทางร่างกายได้ แต่ว่าไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตครับ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคเหนือ)

“การที่ร่างกายไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ประจำวันนะคะ น้ำหนักเยอะหน่อยแต่เราสามารถดำเนินชีวิต ประจำวันเราได้ตามปกติคิดว่าไม่ถึงกับว่าเป็นสุขภาพกายที่ไม่ดีนะคะ” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคกลาง)

2. สุขภาวะทางจิตใจ เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูล จัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีมากที่สุด เนื่องจาก จิตใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิต การวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าสุขภาวะทางจิตใจสามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย

ได้แก่ 1) อารมณ์ 2) ความคิด และ 3) การเผชิญและจัดการความเครียดหรือปัญหาอย่างสร้างสรรค์

“ในการตั้งตัวเองให้กลับมาสู่ภาวะปกติจากการตั้งนะมันเหนื่อยมากกว่าจะผ่านไปแต่ละวัน เพราะฉะนั้นสุขภาพจิตที่ดีของเราก็คือ สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน เรารู้ตัวมีสติพอที่เราจะรู้ว่าเราทำอะไรอยู่” (กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช, ภาคกลาง)

“สุขภาพจิตเนี่ย มันอารมณ์ไม่ดีก็ได้เนอะคะ แต่เราจัดการกับมันได้ มันจะเป็นอารมณ์ตามสถานการณ์นะคะ เราเจอเรื่องร้าย ๆ มันก็ต้องรู้สึกแยะเป็นธรรมดา” (กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช, ภาคใต้)

“สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ ถ้าสมมุติว่ามีเรื่องเครียดเข้ามาต้องมีวิธีการกำจัดหรือหาวิธีระงับความเครียดนั้นได้ด้วย ไม่ใช่ว่ามีอะไรเข้ามาแล้วปล่อยให้มันผลกระทบจิตใจ ก็ต้องสามารถจัดการได้ ไม่ให้มันมากระทบร่างกายของเรา” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

3. สุขภาวะทางสังคม เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีลำดับรองลงมา เนื่องจากบางคนก็มีความสุขจากการอยู่คนเดียวมากกว่าการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่าการประเมินสุขภาวะทางสังคมสามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การอยู่ร่วมกัน 2) การแสดงพฤติกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสภาพปัญหาในสังคม และ 3) การแสดงบทบาทหน้าที่

“เรื่องการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขครับ เสมอภาค มีสันติภาพ มีความยุติธรรมทางสังคมอย่างนี้ครับ ไม่กีดกันชนชั้นวรรณะ สังคมมันก็รวม ๆ อยู่กับทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน เพื่อน” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

“สังคมที่ดีต้องเข้าใจเราด้วย” (กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“มีความเท่าเทียมกันด้วย เวลาเมื่อไรมาช่วยก็ต้องแบ่งกัน” (กลุ่มรายได้ต่ำ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

4. สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีลำดับรองลงมา จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า การให้ความหมายด้านสุขภาวะทางสิ่งแวดล้อมสามารถจัดหมวดหมู่ของรหัสได้ 1 รหัส คือ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี สะอาด และปลอดภัยปลอดสารเสพติดหรือผู้เสพสารเสพติด

“สิ่งแวดล้อมอาจจะหมายถึงสภาพทั่วไปและสถานที่” (กลุ่มรายได้ต่ำ, ภาคกลาง)

“สภาพชุมชน อย่างบ้านของเราก็ควรจะสะอาด ปลอดภัยอะไรอย่างนี้คะ หรืออย่างผู้พิการเนอะ อย่างผู้ป่วยจิตเวช อะไรที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยกับเขานะคะ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคกลาง)

“คือหมาเห่าเราก็ต้องไปขอเขาว่าเราทำงานมาเหนื่อย ๆ อย่างเนี่ย สิ่งแวดล้อมมันไม่ดี” (กลุ่มรายได้ต่ำ, ภาคเหนือ)

5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีลำดับรองลงมา เนื่องจากบางคนก็ไม่มี ความเชื่อต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และคำสอนต่าง ๆ จากการวิเคราะห์เนื้อหาสามารถสรุปองค์ประกอบย่อยที่ใช้ในการพิจารณาสุขภาวะด้านจิตวิญญาณที่ดี ได้แก่ 1) การนำหลักการมาใช้เพื่อสร้างสติ มีการรับหลักการหรือแนวคิดที่ดีมาประยุกต์ใช้กับชีวิตเพื่อให้ชีวิตของตนเองมีทิศทางที่ดี ไม่เบียดเบียนผู้อื่น และเป็นที่ยอมรับต่อสังคม และ 2) การให้ความหมายกับชีวิต แม้จะเป็นเพียงความเชื่อส่วนตัวแต่สามารถสร้างการขับเคลื่อนไปสู่สิ่งที่ดี ซึ่งการทำความดีดังกล่าวย่อมนำความหมายที่ดีกลับคืนสู่ชีวิต

“การได้มาแบบโชคกลางก็ช่วยให้มีความสุข ก็มีสุขภาวะที่ดีได้ พอได้มาแล้วมันก็สุข ใจเราดีใจเวลาเราถูกห่วยที่ก็รู้สึกมีความสุข (หัวเราะ)” (กลุ่มรายได้ต่ำ, ภาคกลาง)

“ศาสนา จิตวิญญาณมันก็มีส่วนทำจิตใจให้เป็นสุข” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคเหนือ)

“จิตวิญญาณคือมีความเชื่อ มีหลักการใช้ชีวิตที่ส่งผลกับคนรอบข้าง ผลกระทบในเชิงบวกนะครับ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

6. สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีที่สุด เนื่องจากในปัจจุบันหากไม่มีเงินก็ยากจะดำเนินชีวิตได้ จากการวิเคราะห์เนื้อหาสามารถสรุปองค์ประกอบย่อยในการพิจารณาสุขภาวะด้านการเงินและเศรษฐกิจ ได้แก่ 1) การมีสถานะการเงินที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากรายรับที่สูงกว่ารายจ่าย 2) มีความสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย สามารถซื้อปัจจัยสี่ที่มีคุณภาพได้ และสามารถซื้อสิ่งที่มากกว่า

ความจำเป็นได้บ้าง 3) ความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย และหนี้สิน เช่น สามารถจ่ายหนี้ได้ตามกำหนด ไม่ถูกทวงถาม 4) การมีเงินออมเผื่ออนาคตและภาวะฉุกเฉิน และ 5) การมีความรอบรู้ด้านการเงินและการวางแผนด้านการเงิน

“อย่างน้อยก็ควรมีรายจ่ายน้อยกว่ารายได้ อย่างน้อยเราก็ต้องใช้จ่ายไปเพื่อให้ได้ปัจจัยสี่ที่สมบูรณ์ ต้องมีเงินเลี้ยงเรายามแก่โดยที่เราไม่ได้ทำงาน อย่างน้อยต้องใช้อย่างฉลาด อย่าให้เงินหมดก่อนเราตายนะ” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคใต้)

“ก็ต้องมีเงินเก็บเนอะ อยากเก็บ อยากมีบ้าน อยากมีเงินเก็บสำหรับฉุกเฉินอย่างเนี่ยเวลาเราป่วย ไปหาหมอ ก็ต้องมีค่าเหมารถเหมาเรือเนอะ” (กลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“การวางแผนด้านการเงินที่ดีคือ วางแผนตั้งแต่ปัจจุบันและมองไปถึงอนาคตข้างหน้าด้วย วางแผนไปจนถึงหลังเกษียณเลย ไม่ให้คนข้างหลังเขาลำบากถ้าเกิดอะไรขึ้นกับเรา” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

7. สุขภาวะทางการงานและการเรียน เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีมากที่สุด เนื่องจากการงานและการเรียนเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปสู่การมีเงิน อย่างไรก็ตาม การมีกิจกรรมแม้ไม่ก่อรายได้ก็ยังคงสำคัญต่อคุณค่าในการดำเนินชีวิต จากการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า สุขภาวะทางการงานและการเรียนได้สามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นในที่ทำงานหรือสถานศึกษา โดยความสัมพันธ์ที่ดีจะนำไปสู่บรรยากาศที่ดีมีความสุข 2) ความสามารถในการทำงานหรือการเรียน 3) ลักษณะของการงานหรือการเรียน เช่น มีความยาก ทำหายความสามารถ หรือเป็นงานที่ตึงเวลา และ 4) รายได้หรือผลตอบแทน โดยหากมีผลตอบแทนที่สูงกว่าความคาดหวังย่อมเป็นสิ่งที่สร้างให้เกิดความสุข

“การเป็น อสม. ได้ดูแลผู้ป่วย คนอายุเยอะกว่าเราเราก็ได้ดูแลเขา วัดความดันเขา รู้สึกว่าอารมณ์ดีขึ้น มีคุณค่าที่ได้ดูแลคนอื่น” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“งานอดิเรกกับงานประจำเนอะ มันแยกแยะว่ามันเป็นงานที่ได้เงิน เป็นงานที่เราหวังเงิน หรือเป็นงานที่เราทำแล้วมีความสุขและสิ่งที่ได้รับกลับมาก็ไม่เท่ากัน งานอดิเรกเราไม่ทำก็ได้

แต่ถ้าทำแล้วเราก็มีความสุขขึ้นมา” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคใต้)

“ถ้าจะให้ไม่มีงานแล้วมีเงินอย่างเดียวมันก็โอเคดี แต่ว่าการทำบางที่เราทำเพราะมีเป้าหมาย งานมันไม่ได้แค่ได้เงินแต่ได้อะไรอื่นมาด้วย เช่น เพื่อนร่วมงาน ได้ความรู้ทักษะ ได้การเข้าถึงสังคม ผมมองว่าการทำไม่ได้แค่ตัวเงินแต่ได้อะไรอื่นมาด้วย เราทำงานจุดมุ่งหมายก็คือเรื่องเงินเป็นหลัก เงินเดือน รายได้ แต่ที่นี้งานก็ให้อะไรอื่นด้วย สังคม เพื่อนร่วมงาน บางทีก็มีประโยชน์กับสังคม ผู้คนรอบข้างและครอบครัวด้วยครับ” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

8. สุขภาวะทางการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ เป็นมิติสุขภาวะที่ผู้ให้ข้อมูลจัดอยู่ในกลุ่มที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะที่ดีลำดับรองลงมา เนื่องจากหากมีฐานะทางการเงินที่ดีก็จำเป็นต้องพึ่งรัฐสวัสดิการ จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า สุขภาวะทางการเข้าถึงรัฐสวัสดิการสามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การเข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคมที่มีความเท่าเทียมและเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติเฉพาะกลุ่ม และ 2) ประโยชน์จากการจัดสวัสดิการที่เกิดกับทุกคนในสังคมโดยไม่มีธุรกิจแอบแฝง

“คุณค่าของความเป็นคน ของมนุษย์เนี่ยจะถูกเสริมได้ด้วยสวัสดิการนะคะ อย่างน้อย ๆ คุณควรให้สิทธิกับผู้ที่พิการก่อน สังคมนะเขารังเกียจอยู่แล้ว แต่พอการเข้าไม่ถึงการรักษาอีก ยิ่งทำให้เกิดช่องว่างมากขึ้น” (กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, ภาคกลาง)

“เข้าใจว่ารัฐไม่ได้มีบริการทุกอย่าง จะมีเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วย แต่พอเอกชนเข้ามาเนี่ยจะมีปัญหาเรื่องการผูกขาด ราคา ความไม่เสมอภาคจะมาก่อเกี่ยวข้องในความเห็นส่วนตัวเนอะ ถ้าจะให้เอกชนเข้ามาช่วยต้องมีการควบคุม” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคใต้)

“ควรคำนึงถึงเรื่องการเข้าถึงสิทธิ์ด้วย เพราะเข้าถึงได้ก็มีสุขภาวะที่ดีได้ ต้องประเมินไปถึง life to access ค่ะ สิทธิ์ที่จะเข้าถึง เราไม่สามารถมีได้ด้วยตัวเอง รัฐสร้างให้ได้ หรือว่าองค์กรอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องสร้างให้ได้ อาจจะประเมินตรงนั้นด้วยค่ะ เพราะว่าการสร้างสิทธิ์ขั้นพื้นฐาน ก็เป็นพื้นฐานที่จะทำให้มีสุขภาวะด้านอื่น ๆ ต่อไป” (กลุ่มรายได้สูง, ภาคกลาง)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์มิติสุขภาพ

มิติสุขภาพ		องค์ประกอบย่อย	
มิติสุขภาพ		สอดคล้องกัน 3 กลุ่ม	สอดคล้องกัน 2 กลุ่ม
กาย		- การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ - การอยู่สภาพแวดล้อมที่ไม่มีมลพิษ - การไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ อากาศไม่กำเริบ ร่างกายแข็งแรง และอวัยวะทำงานได้ตามปกติ	- การรับประทานอาหารที่เพียงพอสุขภาพอนามัยและมีประโยชน์ (1, 3) - มีร่างกายที่กระฉับกระเฉง กระปรี้กระเปร่า (1, 3)
จิตใจ		- มีความสุขทางใจ ไม่ทุกข์หรือจมปลักกับความคิดที่ไม่ดี (1, 2) - ไม่มีความเครียด ความกังวล (2, 3) - มีความคิดที่ดี จิตใจดี ล้ำนักดี มีสติที่ดี (2, 3) - มีเป้าหมายในชีวิต ยังคงเชื่อมั่นในตนเอง (1, 3) - มีแนวคิด วิสัยทัศน์ ที่แยกแยะถูกผิดได้ (1, 3) - อารมณ์ดี แจ่มใส ไม่แปรปรวน (1, 3) - การเผชิญและจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (1, 3)	- การมีสุขภาพดีผู้อื่น ไม่คิดเบียดเบียนใคร มองโลกในแง่ดี เห็นผู้อื่นแล้วมีความสุข (3) - มีสุนทรียภาพทางอารมณ์ หากความสุขจากสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ พอใจกับอารมณ์หรือความคิดของตนเอง (3) - ไม่คิดริษยา ให้ร้าย คิดร้ายต่อผู้อื่น (2) - เป็นจิตที่รู้สึกสงบ (1)
สังคม		- มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนรอบข้าง รวมถึงการทำดีกับผู้อื่น ไม่เบียดเบียนต่อกัน เป็นต้น	- สังคมปลอดภัย ไม่มีอาชญากรรม (3) - บุคคลในสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อกัน (1) - เป็นสังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน มีการสร้างความหวังและความรู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นสมาชิก (1)
สิ่งแวดล้อม		- อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี สะอาด ปลอดภัยเสถียรหรือผู้เสถียร	
จิตวิญญาณ		- ศาสนาหรือคำสอน หลักธรรมต่าง ๆ - ความเชื่อต่าง ๆ และทัศนคติ	- การหยั่งรู้ในตัวตน รู้รู้ตนเอง (1) - สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คอยช่วยเหลือคุ้มครอง (3) - สิ่งใด ๆ ก็ตามที่ใช้สำหรับการระลึกถึงแล้วช่วยขับเคลื่อนให้ชีวิตไปในทางที่ดี เช่น ศิลปิน นักพูดสร้างแรงบันดาลใจ เพลง เป็นต้น (3) - อุดมการณ์เกี่ยวกับการมีชีวิต (3) - เป้าหมายของชีวิต (2)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์มิติสุขภาวะ (ต่อ)

มิติสุขภาวะ	องค์ประกอบย่อย		
	สอดคล้องกัน 3 กลุ่ม	สอดคล้องกัน 2 กลุ่ม	พบใน 1 กลุ่ม
การเงินและเศรษฐกิจ	- มีความสมดุลระหว่างรายรับ รายจ่าย และหนี้สิน มีความพอเพียง	- มีเงินออมสำหรับอนาคต (1, 3) - มีเงินสำรองและแหล่งสำรองเงินฉุกเฉินในการมีรายได้อื่นหรือ ค่าใช้จ่ายแฝงในเรื่องครอบครัว (1, 3) - มีความสามารถในการใช้จ่าย ในสิ่งที่ต้องการทั้งจำเป็นและ สิ่งของฟุ่มเฟือย (1, 3)	- มีรายได้ที่นำไปสู่ความภาคภูมิใจและสร้างคุณค่าให้กับ ตนเอง (1) - สิ่งที่ยึดมั่นที่สุดในชีวิต (2) - สภาพการเงินที่คล่องตัว สิ้นเปลือง (3) - มีเงินเพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (3)
การทำงานและการเรียน	- กิจกรรมที่ทำเพื่อให้ได้รายได้ เลี้ยงชีพ ทั้งในปัจจุบันและ อนาคต - กิจกรรมเดิมเดิมชีวิต เป็นสิ่งที่ทำแล้วรู้สึกเกิดคุณค่า เห็น คุณค่า ภูมิใจในตัวเอง เป็นการตั้งตัวเอง		- สิ่งที่ทำให้คนมาอยู่ร่วมกันหลายคน เป็นกลุ่ม เพื่อมี เป้าหมายบางอย่าง (2) - กิจกรรมที่ทำเพื่อให้เกิดความราบรื่นในการดำเนินชีวิต (2)
การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ		- การเข้าถึงสิทธิทางสังคม ทุกคนได้รับโอกาสทางสังคม มีระบบการให้บริการอย่างเท่าเทียม (1, 3)	- เกิดประโยชน์กับสังคม (3)

หมายเหตุ : 1 = กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช, 2 = ผู้มีรายได้ต่ำ, 3 = ผู้มีรายได้สูง

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ลักษณะของสุขภาวะในการศึกษานี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายว่าเป็น “ภาวะที่มีความสุขมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ สภาพการเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ” ซึ่ง 8 มิตินี้ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 ภาคเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญและจำเป็นสำหรับการมีสุขภาวะที่ดี โดยกลุ่มของมิติสุขภาวะที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีค่าสำคัญมากที่สุด ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตใจ การเงินและเศรษฐกิจ และการงานและการเรียน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับมิติสุขภาวะ 8 มิติหลักในการศึกษานี้กับนิยามจากการศึกษาอื่น^{7,8,11-15} จะเห็นความใกล้เคียงและความแตกต่าง ดังแสดงในตารางที่ 4 นอกจากนี้ยังพบมิติใหม่ที่ไม่เคยปรากฏในแนวคิดอื่น คือ ด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการที่ปรากฏชัดว่าสำคัญต่อสุขภาวะโดยรวมของกลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำและผู้ที่มีโรคจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schmidt และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การเข้าถึงรัฐสวัสดิการส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะ และการศึกษาของ Coombs และคณะ¹⁷ ที่พบว่า รัฐสวัสดิการมีส่วนช่วยลดช่องว่างของการเข้ารับการรักษาสุขภาพจิตที่เกิดจากปัญหาทางเศรษฐกิจได้

สำหรับมิติที่ไม่ปรากฏในผลสรุปของงานวิจัยครั้งนี้ แต่ปรากฏในแนวคิดอื่น ได้แก่ 1) มิติด้านสติปัญญา^{7,14} ซึ่งอาจถือเป็นส่วนหนึ่งของมิติด้านจิตวิญญาณในการศึกษานี้ 2) มิติด้านปัจจัยสนับสนุน¹² และพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นหรือก้าวร้าว¹³ ซึ่งอาจถือเป็นส่วนหนึ่งของมิติสังคมในการศึกษานี้ 3) มิติด้าน essential self¹⁵ ซึ่งหมายถึงจิตวิญญาณ การดูแลตนเอง ตัวตนทางเพศ และวัฒนธรรม มีความสอดคล้องกับนิยามมิติด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณในการศึกษานี้ และ 4) creative self¹⁵ ซึ่งหมายถึงการคิด อารมณ์ การควบคุมตนเอง การมีอารมณ์ขัน และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ทำงานมีความสอดคล้องกับนิยามมิติด้านจิตใจ สังคม และด้านการงานและการเรียนในการศึกษานี้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า มิติต่าง ๆ ของการศึกษานี้ที่ไม่ปรากฏเป็นมิติหลักในการศึกษารัชนีอาจถือเป็นองค์ประกอบย่อยในมิติหลักของสุขภาวะด้านต่าง ๆ ที่พบในการศึกษานี้

ทั้งนี้เกณฑ์สำคัญของการประเมินระดับของสุขภาวะที่ดี ปานกลาง และไม่ดี ประกอบด้วย เกณฑ์เรื่องการจัดการได้หรือไม่ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ SAMHSA เช่น สามารถควบคุมโรคได้ สามารถควบคุมและจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ และการบริหารจัดการรายได้และหนี้สินได้⁷ ซึ่งการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้มียาได้สูงและรายได้ต่ำส่วนใหญ่ให้ความเห็นสอดคล้องกันเรื่องสุขภาวะที่ดีในมิติต่าง ๆ และทั้งกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวชมีความเห็นตรงกันว่าสุขภาวะที่ดี คือ การใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติ แม้จะมีโรคแต่สามารถควบคุมได้ และเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ในสังคม

ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าทุกมิติของสุขภาวะมีความสัมพันธ์เชิงบวกซึ่งกันและกัน การควบคุมหรือจัดการได้อย่างเหมาะสมช่วยลดผลกระทบเชิงลบไปสู่มิติอื่น ๆ ขณะเดียวกันการสร้างสุขภาวะที่ดีในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งย่อมส่งผลบวกไปสู่องค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของหงส์ บันเทิงสุข และคณะ¹⁸ ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาในกลุ่มพนักงานวัยก่อนเกษียณอายุของภาวิน ชินะโชติ และคณะ¹⁹ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้มีจุดแข็ง คือ การเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลใน 4 ภาคของประเทศไทยและเก็บข้อมูลใน 3 กลุ่มประชากรเพื่อเป็นแนวทางการสร้างสุขภาวะที่ดีโดยเท่าเทียมกัน การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งอาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งหมดได้

สรุป

นิยามของสุขภาวะในบริบทการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวชในประเทศไทย คือ สถานะของการมีความสุขและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ โดยมีอิสระในการตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบองค์ประกอบ 8 มิติ ของสุขภาวะในบริบทของประเทศไทย กับนิยามอื่นที่มีความหมายใกล้เคียงกัน

ชื่อนิยาม/แบบประเมิน	สุขภาวะในบริบทสังคมไทย	Wellness ⁷	Quality of Life ⁸	สุขภาวะ ¹¹	เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ¹²	ความสามารถในทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ¹³	มาตรวัดการรับรู้สุขภาพ (PWS) ¹⁴	The Five Factors Wellness Inventory ¹⁵
ผู้จัดทำ	ศุภเสก วิโรจนภา และคณะ	Swarbrick และ Yudof	WHO	สสส.	อภิชัย มงคล และคณะ	Morosini, et al.	Adam, et al.	Myers, et al.
ปี ค.ศ.	2022	2015	2012	2002	2001	2000	1997	1996
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไปและผู้ที่มีโรคจิตเวช	ผู้ที่มีโรคจิตเวช	ทุกกลุ่มเป้าหมาย		ประชาชนในชุมชน		พนักงาน และนักเรียน	เด็กและเยาวชน
มิติสุขภาวะที่สอดคล้อง	กาย	สุขภาพกาย	ร่างกาย	ร่างกาย	-	การดูแลอนามัยส่วนตัว	ร่างกาย	physical self
	จิตใจ	อารมณ์	จิตใจ	จิตใจ	สภาพ สมรรถภาพ และคุณภาพจิตใจ	-	อารมณ์ และจิตวิทยา	-
	สังคม	สังคม	สังคม	สังคม	-	ความสัมพันธ์กับคนอื่น และคนในสังคม	สังคม	social self
	สิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อม	-	-	-	-	-
	จิตวิญญาณ	จิตวิญญาณ	-	จิตวิญญาณ หรือ ปัญญา	-	-	จิตวิญญาณ	coping self
มิติสุขภาวะที่แตกต่างกัน	การเงินและเศรษฐกิจ	การเงิน	-	-	-	-	-	-
	การทำงานและการเรียน	อาชีพ	-	-	-	กิจกรรมทางสังคมที่เป็นประโยชน์	-	-
	การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ	สติปัญญา	-	-	ปัจจัยสนับสนุน	พฤติกรรมรบกวนผู้อื่นหรือก้าวร้าว	ปัญญาและการรู้คิด	essential self, creative self

รัฐสวัสดิการ โดยสุขภาพด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการเป็นมิติที่ยังไม่เคยปรากฏในการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของสุขภาพก่อนหน้านี้ การพัฒนาแบบประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจึงควรมีการคำนึงถึงสุขภาพทั้ง 8 มิติ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ขอขอบคุณ พญ.มธุรา สุวรรณโพธิ์ รศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และ พญ.สมรัก ชูวานิชวงศ์ ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัย ขอขอบคุณสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และผู้ประสานงานในพื้นที่ทั้ง 4 ภาคที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน

ศุภเสก วิโรจนานา : ที่มาและความสำคัญ วิเคราะห์และอภิปรายผล ; กมลเนตร วรรณเสวก : ระเบียบวิธีวิจัย จริยธรรมการวิจัย ; นพวรรณ ตันศิริมาศ : ทบทวนวรรณกรรม ; ภัทรวรรณ์ สุขยิธัญ : ออกแบบเก็บข้อมูล วิเคราะห์และอภิปรายผล ; ฉัตรดนัย ศรีชัย : ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล วิเคราะห์และอภิปรายผล ; ณัฐกานต์ ใจบุญ : ทบทวนวรรณกรรมเก็บข้อมูล ; รัตนดา นราภักดิ์ : เก็บข้อมูล ; รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ : เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Kittipeerachon M, Masiriwet P, Surarunsamrit B, Mekwilai V. Handbook of care for patients with schizophrenia for hospitals in the health area (physician edition). Nonthaburi: Department of Mental Health; 2016.
- Chapel JM, Ritchey MD, Zhang D, Wang G. Prevalence and medical costs of chronic diseases among adult medicaid beneficiaries. Am J Prev Med. 2017;53(6S2): S143-54. doi:10.1016/j.amepre.2017.07.019.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. Lancet Psychiatry. 2022;9(2): 137-50. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
- Flyckt L. Regional care guidelines: schizophrenia and other psychosis. Stockholm: Stockholm County Council; 2008.
- Jacob KS. Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. Indian J Psychol Med. 2015;37(2):117-9. doi:10.4103/0253-7176.155605.
- Ramon S, Healy B, Renouf N. Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. Int J Soc Psychiatry. 2007;53(2): 108-22. doi:10.1177/0020764006075018.
- Swarbrick P, Yudof J. Wellness in eight dimensions [Internet]. New Jersey: Collaborative Support Programs of New Jersey; 2017 [cited 2023 Dec 29]. Available from: <https://cspnj.org/wp-content/uploads/2021/09/Wellness-8-Dimensions.pdf>
- World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
- Scheier MF, Wrosch C, Baum A, Cohen S, Martire LM, Matthews KA, et al. The life engagement test: assessing purpose in life. J Behav Med. 2006;29(3): 291-8. doi:10.1007/s10865-005-9044-1.
- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Los Angeles: Sage Publications; 1998.
- Thai Health Promotion Foundation. Annual report 2003, Thai health promotion foundation [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2011 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=197201>

12. Mongkol A, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chalookul W, Punyoyai L, Suvanashiep S. The study to develop Thai mental health indicator. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2001;46(3): 209-25.
13. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(4):323-9.
14. Adams T, Bezner J, Steinhardt M. The conceptualization and measurement of perceived wellness: integrating balance across and within dimensions. *Am J Health Promot*. 1997;11(3):208-18. doi:10.4278/0890-1171-11.3.208.
15. Myers JE, Sweeney TJ, Witmer TM. The wheel of wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning. *J Couns Dev*. 2000;78(3): 251-66. doi:10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x.
16. Schmidt E, Pacek AC, Radcliff B. The welfare state and human well-being around the world: a cross-national analysis. *Appl Res Qual Life*. 2024;19:365-80. doi:10.1007/s11482-023-10247-z.
16. Coombs NC, Meriwether WE, Caringi J, Newcomer SR. Barriers to healthcare access among U.S. adults with mental health challenges: A population-based study. *SSM Popul Health*. 2021;15:100847. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100847.
18. Banthoengsuk H, Ngamsri M, Jaisawang D, Somsuvun C, Yaowaboot A. The relationships between self-care behaviors, self-esteem, and psychological well-being among older adults with chronic illness. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*. 2021;27(2):56-68.
19. Chinachoti P, Siri Wong T, Chinachoti P. Factors affecting work happiness of before retirement employee in industry, Nonthaburi province. *Dusit Thani College Journal*. 2018;12(2):319-34.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญา

วันรับ : 31 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 4 มิถุนายน 2567

วันตอบรับ : 7 มิถุนายน 2567

จารุนันท์ ชัยทอง, วท.ม., ธนยศ สุมาลย์โรจน์, ประ.ด.,

ทิฆัมพร หอสิริ, พ.บ., ณัฏฐพล อ่วมประดิษฐ์, ประ.ด.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญา

วิธีการ : การสำรวจภาคตัดขวางในเด็กและเยาวชนอายุ 14 - 23 ปี ที่กระทำผิดทางอาญาในฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย และความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนในภาคใต้ ประเมินเชาวน์ปัญญา (IQ) โดยใช้แบบทดสอบ standard progressive matrices parallel version ประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการยืดหยุ่นทางความคิด การยั้งคิด และการวางแผนโดยใช้แบบทดสอบ Wisconsin card sorting test - 64 card version, Stroop color and word test และ tower of London - Drexel University ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 122 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 17.9 ปี ($SD = 1.7$) มีคะแนนเฉลี่ยด้านการยืดหยุ่นทางความคิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (perseverative responses และ perseverative errors เท่ากับ 92.68 และ 91.39 ตามลำดับ) ส่วนด้านการยั้งคิด (Stroop interference score เท่ากับ -1.02) และการวางแผนอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (total move score และ total correct score เท่ากับ 81.98 และ 86.26 ตามลำดับ) การวิเคราะห์ ANCOVA โดยควบคุมตัวแปร IQ ไม่พบความแตกต่างของทักษะการคิดเชิงบริหารทั้ง 3 ด้านระหว่างกลุ่มที่กระทำผิดทางอาญาในฐานความผิดทั้ง 3 กลุ่มและระหว่างกลุ่มที่กระทำผิดครั้งแรกและกระทำผิดซ้ำ

สรุป : เด็กและเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญาโดยเฉลี่ยมีความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการยั้งคิดและการวางแผน ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการฝึกอบรมแบบควบคุมตัว

คำสำคัญ : การยั้งคิด, การยืดหยุ่นทางความคิด, การวางแผน, เด็กและเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญา, ทักษะการคิดเชิงบริหาร

ติดต่อผู้นิพนธ์ : จารุนันท์ ชัยทอง; e-mail: Jarunan_tarn@hotmail.com

Original article

Evaluation of executive functions in juvenile delinquents

Received : 31 January 2024

Revised : 4 June 2024

Accepted : 7 June 2024

Jarunan Chaithong, M.Sc., Thanayot Sumalrot, Ph.D.,

Tikumporn Hosiri, M.D., Natchaphon Auampradit, Ph.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Abstract

Objective: To examine the executive functions among juvenile delinquents.

Methods: A cross-sectional study was conducted among adolescents and young adults aged 14 to 23 who had committed criminal offenses and were either ordered or sentenced by a court to be held at the Juvenile Vocational Training Centre. Intelligence quotient (IQ) was assessed using the Standard Progressive Matrices parallel version. Cognitive flexibility, inhibitory control, and planning were evaluated using the Wisconsin Card Sorting Test - 64 Card Version, the Stroop Color and Word Test, and the Tower of London - Drexel University, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The sample comprised 122 males with a mean age of 17.9 years (SD = 1.7). The sample demonstrated a normal range of cognitive flexibility (the mean perseverative responses and perseverative errors of 92.68 and 91.39, respectively) while performing poorly on inhibitory control (the mean Stroop interference score of -1.02) and planning tests (the mean total move score and total correct score of 81.98 and 86.26, respectively). ANCOVA with an adjustment for IQ revealed no significant differences in the three components of executive functions among those who committed different types of crimes and between first-time and repeat offenders.

Conclusion: The juvenile delinquents are on average deficient in inhibitory control and planning skills. Effective behavioral rehabilitation programs to enhance executive functions are crucial for these institutionalized individuals.

Keywords: cognitive flexibility, executive function, inhibition, juvenile delinquent, planning

Corresponding author: Jarunan Chaithong; e-mail: Jarunan_tam@hotmail.com

ความรู้เดิม : การกระทำผิดของเด็กและเยาวชนเกิดจากปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ครอบครัว เพื่อน และสภาพแวดล้อม

ความรู้ใหม่ : เด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายทางอาญาในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนมีความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการยั้งคิดและการวางแผน ขณะที่ด้านการยืดหยุ่นทางความคิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดเชิงบริหารกับประเภฐานุชนิยมและการกระทำผิดซ้ำ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เด็กและเยาวชนที่เข้ารับการฝึกอบรมแบบควบคุมตัวในศูนย์ฝึกฯ ควรได้รับการฝึกทักษะการคิดเชิงบริหาร โดยเฉพาะด้านการยั้งคิดและการวางแผน เพื่อให้เกิดการปรับตัวในสังคมอย่างเหมาะสมและลดการกระทำผิดซ้ำ

บทนำ

ทักษะการคิดเชิงบริหาร (executive functions: EF) เป็นการทำงานระดับสูงของสมองในการควบคุมความคิด อารมณ์ และการกระทำเพื่อให้บุคคลสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้สำเร็จตามเป้าหมาย^{1,2} ทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กและวัยรุ่นมี 9 ด้าน ได้แก่ ความจำใช้งาน (working memory) การยั้งคิด (inhibitory control) การปรับเปลี่ยนหรือยืดหยุ่นทางความคิด (shifting/cognitive flexibility) การควบคุมอารมณ์ (emotional control) การวางแผนและการจัดการ (planning/organization) การริเริ่มลงมือทำ (initiation) การติดตามและสะท้อนผลจากการกระทำของตนเอง (self-monitoring) การจัดการสิ่งของต่าง ๆ (organization of material) และการทำงานได้สำเร็จ (task completion)³ ทักษะการคิดเชิงบริหารมีความสำคัญในการดำเนินชีวิตและสนับสนุนให้บุคคลประสบความสำเร็จทั้งด้านการเรียน การทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม² การศึกษาในเด็กและวัยรุ่นในต่างประเทศพบว่า ความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การควบคุมตนเองได้น้อย และการแสดงอารมณ์โดยขาด

การยับยั้ง⁴⁻⁶ อีกทั้งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านสังคมและเป็นปัจจัยเสี่ยงของการกระทำผิดกฎหมาย⁷⁻⁹ โดยความบกพร่องของทักษะด้านการยืดหยุ่นทางความคิด การยั้งคิด และการวางแผนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านสังคมหรือการกระทำผิดกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{8,10} เนื่องจากการยืดหยุ่นทางความคิดช่วยให้เด็กสามารถคิดนอกกรอบและหาทางแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการหลากหลาย การยั้งคิดช่วยให้เด็กสามารถกำกับควบคุมตนเองได้ไม่หุนหันพลันแล่น และการวางแผนช่วยให้เด็กสามารถจัดลำดับความสำคัญของงานหรือสิ่งที่ต้องทำได้อย่างเหมาะสมจนสำเร็จ¹¹

ทักษะการคิดเชิงบริหารเริ่มพัฒนาในช่วงปลายขวบปีแรกและพัฒนาอย่างมากในช่วงปฐมวัย (2 - 6 ปี) หลังจากนั้นพัฒนาต่อเนื่องอย่างช้า ๆ จนพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex)¹ การศึกษาในประชากรทั่วไปพบว่า ทักษะการคิดเชิงบริหารมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวนปัญญา¹² โดย การทดสอบทางประสาทจิตวิทยาแสดงให้เห็นว่า ผลการทดสอบมีความสัมพันธ์กับความฉลาดที่มีแต่กำเนิด (fluid intelligence) ในระดับสูง¹³ นอกจากนี้พบว่า พื้นอารมณ์ (temperament) ของเด็กมีผลต่อการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร¹⁴ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจนของทักษะการคิดเชิงบริหารระหว่างเพศชายและหญิง¹⁵ การศึกษาของ Willoughby และคณะ¹⁶ พบว่า พฤติกรรมหุนหันพลันแล่นพบมากที่สุดในช่วงอายุประมาณ 12 ปีและค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นจนเท่ากับวัยผู้ใหญ่เมื่ออายุ 22 - 24 ปี นอกจากนี้ การศึกษาของ Galica และคณะ¹⁷ พบว่าบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้สื่อสังคมมาก ดังนั้นเด็กและวัยรุ่นยุคปัจจุบันจึงมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์สูงขึ้น การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารที่เหมาะสมส่งผลให้บุคคลสามารถกำกับควบคุมตนเองได้ดีและช่วยลดโอกาสเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นที่แม้สมองส่วนอารมณ์มีการพัฒนาสมบูรณ์แล้ว แต่สมองส่วนหน้าซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการใช้เหตุผลและทักษะต่าง ๆ ของการคิดเชิงบริหารยังมีการพัฒนาไม่สมบูรณ์¹

รายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2564 ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทยพบว่า มีเด็กและเยาวชนถูกจับและดำเนินคดีโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจำนวน 14,593 คดี เป็นเพศชายร้อยละ 91.2 เพศหญิงร้อยละ 8.8 เมื่อจำแนกตามฐานความผิด พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 - 2564 ฐานความผิดที่เด็กและเยาวชนกระทำความผิดสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ฐานความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน และฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ตามลำดับ¹⁸ เมื่อเด็กและเยาวชนกระทำความผิดและถูกจับดำเนินคดี หากศาลพิจารณาว่าเด็กหรือเยาวชนควรได้รับการแก้ไข บำบัด ฟื้นฟู ศาลจะมีคำสั่งหรือพิพากษาให้เข้ารับการฝึกอบรมแบบควบคุมตัวในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เช่น การเรียนวิชาสามัญควบคู่วิชาชีพ การพัฒนาบุคลิกภาพ และการฝึกระเบียบวินัย เพื่อให้เด็กและเยาวชนผู้กระทำความผิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นและไม่กระทำความผิดซ้ำ^{19,20} อย่างไรก็ตาม พบว่าเด็กและเยาวชนที่ได้รับการปล่อยตัวจากศูนย์ฝึกและอบรมฯ มีการกระทำความผิดซ้ำในระยะเวลา 3 ปีร้อยละ 42¹⁸ นอกจากนี้เด็กและเยาวชนผู้กระทำความผิดเมื่ออยู่ร่วมกันที่ศูนย์ฝึกและอบรมฯ มักมีพฤติกรรมรวมกลุ่มตามถิ่นที่อยู่เดิมและมีการถ่ายทอดวัฒนธรรมจากรุ่นสู่รุ่น ทำให้เกิดปัญหาขัดแย้งจนเกิดเหตุทะเลาะวิวาทหรือก่ออาชญากรรม²¹ โดยรายงานเหตุการณ์ส่วนใหญ่เกิดที่ศูนย์ฝึกและอบรมฯ ในภาคใต้²² สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมและติดตามทักษะการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเองอย่างต่อเนื่องในเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้เมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตในสังคม

ในทางอาชญาวิทยามีการศึกษาเกี่ยวกับการกระทำความผิดของเด็กและเยาวชน โดยนำแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ มาอธิบายสาเหตุการกระทำความผิดในเด็กและเยาวชน เช่น ปัจจัยด้านชีวเคมี ทฤษฎีทางจิตวิทยา และแนวคิดตามหลักสังคมวิทยา²³ การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการกระทำความผิดของเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มักเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อม²⁴⁻²⁷ ขณะที่การศึกษาด้านประสาทจิตวิทยาหรือการทำงานของสมองยังมีจำกัด ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการคิดเชิงบริหารและความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การกระทำความผิดของเด็กและเยาวชนอาจช่วยให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงการกระทำความผิดได้ครอบคลุมทั้งด้านสมองและจิตใจ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการพัฒนามาตรการแก้ไข บำบัด ฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดี และลดการเกิดอาชญากรรมและการกระทำความผิดซ้ำในเด็กและวัยรุ่น²⁸

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดทางอาญาในศูนย์ฝึกและอบรมฯ ในเขตพื้นที่ภาคใต้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการบำบัด ฟื้นฟูสำหรับเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดในพื้นที่

วิธีการ

การสำรวจภาคตัดขวาง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล เลขที่ COA no. Si 281/2022 เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2565 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดทางอาญาในศูนย์ฝึกและอบรมฯ ในเขตพื้นที่ภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ กระทำความผิดทางอาญาในฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย และ/หรือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน อายุระหว่าง 12 ปี ถึง 23 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันที่เก็บข้อมูล และได้รับพิพากษาให้เข้ารับการฝึกอบรมแบบควบคุมตัวในศูนย์ฝึกและอบรมฯ เขต 8 จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขต 9 จังหวัดยะลา และเขต 10 จังหวัดพังงา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางสมองหรือได้รับอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนต่อสมอง มีความบกพร่องทางร่างกายจนไม่สามารถทำแบบทดสอบได้ เช่น ตาบอดสีและหูหนวกอย่างมาก หรือมีอาการทางจิตเวชหรือใช้สารเสพติดที่ต้องรักษาตัวจนไม่สามารถทำแบบทดสอบได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป (ANOVA: fixed effects, omnibus, one-way) โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Schiffer และ Vonlaufen²⁹ ที่ศึกษาความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารในผู้กระทำ

ความผิดข้อหาล่วงละเมิดทางเพศเด็ก กำหนดให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก 0.30 และความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 111 คน และเพื่อข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 123 คน แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามฐานความผิด 3 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 40 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยโดยขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมฯ ในเขตพื้นที่ภาคใต้ทั้ง 3 แห่งเพื่อเข้าเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเชิญชวนและอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัยให้เด็กและเยาวชนด้วยตัวเองเพื่อความเป็นอิสระในการตัดสินใจ อาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยมีผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมฯ ลงนามให้ความยินยอมในฐานะผู้แทน โดยขอธรรมของอาสาสมัครร่วมกัน จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การทดสอบเชาว์ปัญญาเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 30 - 40 นาที และ 2) การสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบทดสอบทักษะการคิดเชิงบริหาร 3 ด้าน ได้แก่ การยืดหยุ่นทางความคิด การยั้งคิด และการวางแผน โดยใช้แบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยาเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 45 - 60 นาที

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ประวัติการเสพยาเสพติด และประวัติการกระทำผิด

2. Standard progressive matrices (SPM) parallel version ฉบับภาษาไทย³⁰ เป็นแบบทดสอบเชาว์ปัญญาในกลุ่ม progressive matrices ใช้วัดความสามารถด้านการสังเกตและการคิดอย่างเป็นระบบที่ไม่มีภาษาเข้ามาเกี่ยวข้อง³¹ ลักษณะของการทดสอบเป็นการหาความสัมพันธ์ของรูปทรงเรขาคณิตซึ่งในแต่ละข้อมีชิ้นส่วนที่ขาดหายไป ผู้รับการทดสอบต้องเลือกชิ้นส่วน 1 ชิ้นจากตัวเลือกด้านล่างมาเติมส่วนที่ขาดหายไปให้สมบูรณ์ การแปลผล ให้คะแนนข้อที่ถูกได้ 1 คะแนน แล้วรวมคะแนนทั้งหมด จากนั้นนำผลรวมคะแนนดิบ (raw score) ไปเปิดตารางเทียบเกณฑ์ปกติตามช่วงอายุเพื่อ

เทียบเป็นคะแนนเชาว์ปัญญา (intelligence quotient: IQ) โดยระดับปกติหรือเกณฑ์เฉลี่ยของ IQ อยู่ในช่วง 90 - 109³²

3. Wisconsin card sorting test - 64 card version (WCST-64)³³ เป็นแบบทดสอบที่ใช้ประเมินความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การแก้ไขปัญหา และทักษะการคิดเชิงบริหาร สามารถใช้ทดสอบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี 6 เดือน ถึง 89 ปี วิธีการทดสอบเป็นการให้ผู้รับการทดสอบจับคู่แผ่นภาพคำตอบที่คิดว่าเข้าคู่กันได้กับแผ่นภาพต้นแบบ โดยผู้ทดสอบไม่บอกว่าจะต้องจับคู่แบบใดและบอกว่าถูกหรือผิดหลังจากที่เลือกจับคู่แล้ว การศึกษานี้วิเคราะห์เฉพาะทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการยืดหยุ่นทางความคิดจากคะแนน perseverative responses ซึ่งเป็นคะแนนจากจำนวนข้อทั้งหมดที่จับคู่โดยใช้เกณฑ์เดิมซ้ำ ๆ และคะแนน perseverative errors ซึ่งเป็นคะแนนจากจำนวนข้อที่ทำผิดและเป็นการจับคู่โดยใช้เกณฑ์เดิมซ้ำ ๆ คะแนนสูงแสดงถึงการมีความสามารถด้านการยืดหยุ่นทางความคิดที่ดี ส่วนคะแนนต่ำแสดงถึงการมีลักษณะความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น ไม่สามารถปรับเปลี่ยนชุดความคิดได้ โดยเกณฑ์ปกติอยู่ระหว่าง 85 - 107 คะแนน³⁴

4. Stroop color and word test (SCWT)³⁵ เป็นแบบทดสอบที่ใช้ประเมินความสามารถด้านการยั้งคิด ซึ่งความสามารถในการควบคุมหรือยับยั้งตนเองในการที่จะไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองกับสิ่งกระตุ้น การทดสอบแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การอ่านคำ (W) การบอกชื่อสี (C) และการบอกชื่อสีที่ใช้พิมพ์คำ (CW) การศึกษานี้วิเคราะห์คะแนน Stroop interference score (IG) ซึ่งได้จากการนำผลคะแนนในการทดสอบทั้ง 3 ส่วนมาคำนวณโดยใช้สูตร $IG = CW - [(W \times C) / (W + C)]$ ซึ่งในการแปลผลไม่ได้มีการระบุค่าเกณฑ์ปกติ โดยคะแนนที่เป็นบวกแสดงถึงการมีความสามารถในด้านการควบคุมยับยั้งที่ดี ส่วนคะแนนติดลบแสดงถึงการมีความยากลำบากในการยับยั้งเมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้น

5. Tower of London - Drexel University (TOL)^{DX} 2nd edition³⁶ เป็นแบบทดสอบที่ใช้ประเมินความสามารถในการวางแผนและจัดการปัญหา วิธีการทดสอบเป็นการให้ผู้รับการทดสอบชั้ยับถูกปิดบนกระดานหอคอยของผู้รับการทดสอบให้เหมือนกับลูกปิดบนกระดานของผู้ทดสอบ โดยชั้ย

ถูกปิดให้น้อยที่สุดเท่าที่ทำได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด การศึกษานี้วิเคราะห์คะแนน total move score ซึ่งเป็นจำนวนครั้งที่ผู้รับการทดสอบใช้ในการขยับลูกปิดให้ถูกต้องตามแบบ และ total correct score ซึ่งเป็นผลรวมของจำนวนข้อทดสอบย่อยทั้งหมดที่ผู้รับการทดสอบทำได้ถูกต้องตามแบบภายในเวลาที่กำหนด คะแนนสูงแสดงถึงการมีความสามารถในการวางแผนและจัดการปัญหาที่ดี ส่วนคะแนนต่ำแสดงถึงการมีปัญหาหรือความบกพร่องเกี่ยวกับความสามารถในการวางแผนและจัดการปัญหา โดยเกณฑ์ปกติอยู่ระหว่าง 90 - 109 คะแนน³⁷

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คะแนนจากแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยาด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบจำแนกตามฐานความผิดและการกระทำผิดซ้ำโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance: ANCOVA) โดยควบคุมตัวแปรร่วม คือ IQ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 122 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 17.9 ปี (SD = 1.7) อายุเฉลี่ยขณะกระทำความผิดครั้งนี้ 16.2 ปี (SD = 1.0) ได้รับการศึกษาประถมศึกษาจนถูกจับกุมร้อยละ 59.8 มีประวัติใช้สารเสพติดร้อยละ 86.9 โดยใช้อย่างมากที่สุด ถูกจับดำเนินคดีเป็นครั้งแรกร้อยละ 57.4 ครั้งที่ 2 ขึ้นไปร้อยละ 42.6 ฐานความผิดหลักครั้งนี้เป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษร้อยละ 36.1 ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายร้อยละ 37.7 และความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินร้อยละ 26.2 การทดสอบความสามารถทางเชาวนปัญญาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมี IQ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (average) ร้อยละ 40.1 ต่ำกว่าปกติ (low average) ร้อยละ 32.8 ดังตารางที่ 1

การประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารพบว่า ด้านการยืดหยุ่นทางความคิดมี perseverative responses เฉลี่ย 92.68 คะแนน (SD = 12.47) และ perseverative errors

เฉลี่ย 91.39 คะแนน (SD = 12.79) ด้านการยั้งคิดมี Stroop interference score เฉลี่ย -1.02 คะแนน (SD = 9.01) และด้านการวางแผนมี total move score เฉลี่ย 81.98 คะแนน (SD = 16.44) และ total correct score เฉลี่ย 86.26 คะแนน (SD = 11.31) ดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารในกลุ่มตัวอย่างที่กระทำผิดทางอาญาในฐานความผิด 3 กลุ่ม ได้แก่ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย และความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน โดยใช้ ANCOVA กำหนดให้คะแนน IQ เป็นตัวแปรร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่กระทำผิดในฐานความผิดที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่กระทำผิดครั้งแรกและกลุ่มที่กระทำผิดซ้ำ โดยใช้ ANCOVA กำหนดให้คะแนน IQ เป็นตัวแปรร่วม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารระหว่างกลุ่มที่กระทำผิดครั้งแรกกับกลุ่มที่กระทำผิดซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญาในศูนย์ฝึกและอบรมฯ เขตภาคใต้มีทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการยืดหยุ่นทางความคิดโดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า เด็กและเยาวชนที่กระทำผิดและที่ไม่มีประวัติการกระทำผิดทางอาญามีความสามารถด้านการยืดหยุ่นทางความคิดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁸ และการศึกษาในประเทศไทยเขตภาคใต้ตอนล่างที่พบว่าเยาวชนที่กระทำผิดครั้งแรกและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำมีผลคะแนนด้าน perseverative response และ perseverative errors ไม่แตกต่างกัน³⁹ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้โดยเฉลี่ยมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์หรือความต้องการด้านต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อม รวมถึงสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าในเงื่อนไขที่แตกต่างกันได้ การสังเกต

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 122)

	จำนวน	ร้อยละ
อายุปัจจุบัน		
14 - 15 ปี	11	9.0
16 - 18 ปี	74	60.7
19 - 23 ปี	37	30.3
mean (SD) = 17.9 (1.7)		
อายุขณะกระทำความผิดครั้งนี้		
13 ปี	3	2.5
14 ปี	4	3.3
15 ปี	21	17.2
16 ปี	32	26.2
17 ปี	62	50.8
mean (SD) = 16.2 (1.0)		
ระดับการศึกษาสูงสุด (ก่อนถูกจับกุม)		
ไม่จบประถมศึกษา	23	18.9
ประถมศึกษา	73	59.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	18.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	3.3
อาชีพ		
นักเรียน	11	9.0
ประกอบอาชีพ	75	61.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	29.5
สถานภาพของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	47	38.5
เลิกร้าง/หย่าร้าง	51	41.8
แยกกันอยู่	5	4.1
บิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิต	19	15.6
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
รักใคร่กันดี	89	73.0
ทะเลาะกันบางครั้ง	31	25.4
ทะเลาะกันเป็นประจำ	2	1.6
ประวัติการใช้สารเสพติด		
เคยใช้	106	86.9
ไม่เคยใช้	16	13.1
อายุขณะใช้สารเสพติดครั้งแรก (n = 106)		
10 - 11 ปี	10	9.4
12 - 14 ปี	68	64.2
15 - 17 ปี	28	26.4
ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) (n = 106)		
ยาบ้า	96	90.6
กระท่อม	72	67.9
ยาไอซ์	71	67.0
กัญชา	66	62.3
กาว	1	0.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 122) (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ถูกจับดำเนินคดี		
ครั้งที่ 1	70	57.4
2 ครั้งขึ้นไป	52	42.6
จำนวนฐานความผิด		
1	115	94.3
2	7	5.7
ฐานความผิดหลัก		
ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ	44	36.1
ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	46	37.7
ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	32	26.2
ความสามารถทางเชาวนปัญญา (IQ)		
extremely Low (< 70)	15	12.3
borderline (70 - 79)	14	11.5
low average (80 - 89)	40	32.8
average (90 - 109)	49	40.1
high average (110 ขึ้นไป)	4	3.3
mean (SD) = 87.47 (12.36)		

ตารางที่ 2 ทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการยืดหยุ่นทางความคิด การยั้งคิด และการวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง (n = 122)

	mean	SD	min	max
การยืดหยุ่นทางความคิด				
Perseverative responses (WCST-64)	92.68	12.47	67	123
Perseverative errors (WCST-64)	91.39	12.79	65	123
การยั้งคิด				
Stroop interference score (SCWT)	-1.02	9.01	-19.6	46.2
การวางแผน				
Total move score (TOL ^{DX})	81.98	16.44	60	122
Total correct score (TOL ^{DX})	86.26	11.31	72	122

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะการคิดเชิงบริหารกับฐานความผิด โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)^a

	mean	SD	F	p
Perseverative responses (WCST-64)			0.95	.389
ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ	93.70	1.85		
ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	93.49	1.81		
ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	90.12	2.16		
Perseverative errors (WCST-64)			0.62	.540
ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ	92.31	1.90		
ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	91.99	1.86		
ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	89.28	2.23		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะการคิดเชิงบริหารกับฐานความผิด โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)^a (ต่อ)

	mean	SD	F	p
Stroop interference score (SCWT)			0.55	.580
ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ	-1.98	1.36		
ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	-0.01	1.33		
ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	-1.15	1.59		
Total move score (TOL^{DX})			0.35	.706
ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ	83.59	2.47		
ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	81.37	2.42		
ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	80.65	2.89		
Total correct score (TOL^{DX})			0.03	.969
ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ	85.97	1.73		
ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	86.29	1.69		
ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	86.63	2.02		

^a กำหนดให้ IQ เป็นตัวแปรร่วม, WCST-64 = Wisconsin card sorting test - 64 card version, SCWT = Stroop color and word test, TOL^{DX} = Tower of London - Drexel University

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะการคิดเชิงบริหารระหว่างเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดครั้งแรกกับเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)^a

	mean	SD	F	p
Perseverative responses (WCST-64)			0.01	.907
กระทำผิดครั้งแรก	92.57	1.47		
กระทำผิดซ้ำ	92.83	1.70		
Perseverative errors (WCST-64)			0.09	.763
กระทำผิดครั้งแรก	91.10	1.51		
กระทำผิดซ้ำ	91.79	1.75		
Stroop interference score (SCWT)			0.04	.851
กระทำผิดครั้งแรก	-1.15	1.07		
กระทำผิดซ้ำ	-0.84	1.25		
Total move score (TOL^{DX})			0.06	.809
กระทำผิดครั้งแรก	81.68	1.95		
กระทำผิดซ้ำ	82.40	2.27		
Total correct score (TOL^{DX})			0.06	.806
กระทำผิดครั้งแรก	86.48	1.36		
กระทำผิดซ้ำ	85.97	1.58		

^a กำหนดให้ IQ เป็นตัวแปรร่วม, WCST-64 = Wisconsin card sorting test - 64 card version, SCWT = Stroop color and word test, TOL^{DX} = Tower of London - Drexel University

พฤติกรรมขณะทดสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จับคู่ภาพ โดยเปลี่ยนเกณฑ์ในการจับคู่ไปมาจนเจอเกณฑ์ที่ถูกต้อง แสดงถึงการเรียนรู้ผ่านการลองผิดลองถูกและมีความอยากรู้ อยากลองในการทำสิ่งแปลกใหม่ที่ไม่เคยทำมาก่อน³

การประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการยังคิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยมีผลคะแนนติดลบ แสดงถึงการมีความบกพร่องด้านการยังคิด สอดคล้องกับการศึกษา ในต่างประเทศที่พบว่า กลุ่มผู้กระทำผิดกฎหมายที่มีบุคลิกภาพ

ผิดปกติแบบต่อต้านสังคมมีความสามารถด้านการควบคุมยับยั้งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้กระทำความผิด^{38,40} ทำให้มีการควบคุมตัวเองเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ไม่ดี มีลักษณะหุนหันพลันแล่นหรือแสดงพฤติกรรมโต้ตอบในทันที โดยไม่สามารถหยุดพฤติกรรมของตนเองในเวลาที่เหมาะสม และมีความเสี่ยงที่จะทำพฤติกรรมรุนแรงหรือกระทำความผิดกฎหมายเพิ่มมากขึ้น⁴¹

การประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการวางแผนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ แสดงถึงความสามารถในการวางแผนไม่ดี ไม่สามารถมองภาพรวมของงานหรือจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำได้ มีความยากลำบากในการวางแผนเพื่อให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ผิดกฎหมายตามมา⁴² การสังเกตพฤติกรรมขณะทดสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักทำแบบทดสอบทันทีเมื่อเห็นข้อทดสอบ โดยไม่มีช่วงเวลาคิดวางแผนก่อนลงมือทำ ส่งผลให้ไม่สามารถยับยั้งพฤติกรรมได้ถูกต้องตามแบบภายในจำนวนครั้งที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า วัยรุ่นชายที่กระทำความผิดทางอาญามีคะแนนด้านการวางแผนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ⁴³ และกลุ่มที่กระทำความผิดในคดีเกี่ยวกับความรุนแรงมีผลคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴⁴

การศึกษานี้ไม่พบว่าทักษะการคิดเชิงบริหารทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กับฐานความผิดและการกระทำความผิดซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ⁸ ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดในการเข้าถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับประวัติการกระทำความผิดของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รายงานข้อมูลด้วยตัวเอง จึงอาจขาดความถูกต้องแม่นยำ^{8,46} และอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ถึงร้อยละ 86.9 มีประวัติการใช้สารเสพติดใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้²⁷ ซึ่งพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารและการกระทำความผิดซ้ำของเด็กและเยาวชน^{4,5,46} นอกจากนี้การกระทำความผิดซ้ำในเด็กและเยาวชนยังมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัย เช่น การศึกษา สุขภาพจิต สังคม และสภาพแวดล้อม⁴⁶ จึงควรมีการศึกษาอย่างละเอียดต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารใช้แบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยาเพียงอย่างเดียว แต่ขาดการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือประสบการณ์จริงเมื่อเผชิญปัญหา ดังนั้นผลทดสอบด้านต่าง ๆ อาจไม่สะท้อนถึงความสามารถในการปรับตัวหรือแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินองค์ประกอบอื่น ๆ ของทักษะการคิดเชิงบริหารเช่น การควบคุมอารมณ์ การติดตามและสะท้อนผลจากการกระทำของตนเอง รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการทำงานของการคิดเชิงบริหาร เช่น ครอบครัว เพื่อน โรคทางจิตเวช และการกระทำความผิดกฎหมายในครอบครัว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดทางอาญาในศูนย์ฝึกและอบรมฯ เฉพาะในภาคใต้เท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรกลุ่มนี้ทั้งประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ที่พบว่าเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดทางอาญามีความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการยังคิดและการวางแผน สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อฝึกทักษะการคิดเชิงบริหารผ่านการทำกิจกรรม เช่น บอร์ดเกมเพื่อฝึกการพาตนเองออกมาจากสถานการณ์ที่เอื้อต่อการกระทำความผิด โดยให้ผู้เล่นได้มีโอกาสฝึกฝนความคิด วิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัว และใช้ทักษะที่จำเป็น เช่น การเข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้อื่น (empathy) และการคิดอย่างเป็นระบบ (systems thinking) ในการเชื่อมโยงเรื่องราวต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจว่าทุกการกระทำจะส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสังคม เกิดการคิดทบทวน รวมถึงมีการยังคิดก่อนตัดสินใจทำ⁴⁷ หรือกิจกรรมเกี่ยวกับเกมกลยุทธ์หรือปริศนาลอจิก เช่น เกมหมากรุก ซึ่งช่วยเสริมสร้างและพัฒนาการคิดและการวางแผนอย่างเป็นลำดับขั้นตอน⁴⁸

สรุป

เด็กและเยาวชนผู้กระทำความผิดทางอาญาในเขตภาคใต้โดยเฉลี่ยมีความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารด้านการยังคิดและการวางแผน ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูเพื่อฝึกทักษะการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กและเยาวชน

ผู้กระทำผิดทางอาญา และควรมีการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารตั้งแต่ในวัยเด็กเล็กก่อนเกิดการกระทำผิดเพื่อป้องกันปัญหาการกระทำผิดทางอาญา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

จารุนันท์ ชัยทอง : วางแผนวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล และเขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ธนยศ สุมาลย์โรจน์ : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล วิจัย และเขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ทิฆัมพร หอสิริ : ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล วิจัย และปรับปรุงนิพนธ์ต้นฉบับ ; ณัฏฐพร อ่วมประดิษฐ์ : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และปรับปรุงนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

- Chutabhakdikul N, Thanasetkorn P, Lertawasdatrakul O, Ruksee N. Tool development and evaluation criteria for assessment of executive function in early childhood. Nakhon Pathom: Institute of Molecular Biosciences, Mahidol University; 2017.
- Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:135-68. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750.
- Chutabhakdikul N. Book review: Executive function and self-regulation in adolescents. *Journal of Psychology Kasem Bundit University*. 2019;9(1):118-29.
- Miura H, Fuchigami Y. Impaired executive function in 14-to 16-year-old boys with conduct disorder is related to recidivism: a prospective longitudinal study. *Crim Behav Ment Health*. 2017;27(2):136-45. doi:10.1002/cbm.1993.
- Lansing AE, Virk A, Notestine R, Plante WY, Fennema-Notestine C. Cumulative trauma, adversity and grief symptoms associated with fronto-temporal regions in life-course persistent delinquent boys. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2016;254:92-102. doi:10.1016/j.pscychresns.2016.06.007.
- Diamond A, Lee K. Interventions shown to aid executive function development in children 4 to 12 years old. *Science*. 2011;333(6045):959-64. doi:10.1126/science.1204529.
- Morgan AB, Lilienfeld SO. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(1):113-36. doi:10.1016/s0272-7358(98)00096-8.
- Seruca T, Silva CF. Recidivist criminal behaviour and executive functions: a comparative study. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2015;26(5):699-717. doi:10.1080/14789949.2015.1054856.
- Gil-Fenoy MJ, García-García J, Carmona-Samper E, Ortega-Campos E. Antisocial behavior and executive functions in young offenders. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*. 2018;23(1):70-6. doi:10.1016/J.PSICOE.2017.10.001.
- Adjorlolo S, Egbenya DL. Executive functioning profiles of adult and juvenile male sexual offenders: a systematic review. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2016;27(3):349-75. doi:10.1080/14789949.2016.1141431.
- Chaleerak W. Enhancing executive function in children with attention deficit hyperactive disorder (ADHD) using visuo virtual reality [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2019.
- Friedman NP, Miyake A, Corley RP, Young SE, DeFries JC, Hewitt JK. Not all executive functions are related to intelligence. *Psychol Sci*. 2006;17(2):172-9. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01681.x.
- Kopp B, Maldonado N, Scheffels JF, Hendel M, Lange F. A meta-analysis of relationships between measures of Wisconsin card sorting and intelligence. *Brain Sci*. 2019;9(12):349. doi: 10.3390/brainsci9120349.
- Chonchaiya W. Electronic screen media and executive function. In: Chonchaiya W, editor. *Effects of electronic screen media on children and adolescents*. Bangkok: Beyond Enterprise; 2018. p. 31-66.
- Grissom NM, Reyes TM. Let's call the whole thing off: evaluating gender and sex differences in executive function. *Neuropsychopharmacology*. 2019;44(1):86-96. doi:10.1038/s41386-018-0179-5.

16. Willoughby T, Good M, Adachi PJ, Hamza C, Tavernier R. Examining the link between adolescent brain development and risk taking from a social-developmental perspective (reprinted). *Brain Cogn.* 2013;83(3):315-23. doi:10.1016/j.bandc.2013.09.008.
17. Galica VL, Vannucci A, Flannery KM, Ohannessian CM. Social media use and conduct problems in emerging adults. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2017;20(7):448-52. doi:10.1089/cyber.2017.0068.
18. Department of Juvenile Observation and Protection. Annual case statistics report 2017-2021 [Internet]. Bangkok: Department of Juvenile Observation and Protection; 2022 [cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://www.djop.go.th/navigations/รายงานสถิติคดีประจำปี>
19. Lakkanapichonchat T, Janenoppakanjana S, Mongyai A. Monitoring and evaluating juveniles after release from the Juvenile vocational training centre of the department of juvenile observation and protection. Bangkok: Thammasat University; 2006.
20. Varuka J. Legal measure of juvenile vocational training center under state supervision [master's thesis]. Bangkok: Sripatum University; 2019.
21. Praiboon Y. Group process and riot collective behavior: a case study of the regional juvenile vocational training centre district 8, Suratthani province [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
22. Piromyaporn V. Observation to safety. *Journal of Department of Juvenile Observation and Protection.* 2013;11(2):23-7.
23. Choobamroong A, Lerdtomornsakul U. Crime and criminology. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2012.
24. Wanichsuwan C. Factors affecting the juvenile delinquency in the observation and protection center of Songkhla province [master's thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2011.
25. Suksriwong S. Factors affecting to juveniles and youths' drug abuse: a case study of juveniles and youths in Bangkok metropolitan and peripheral areas [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2010.
26. Muenthep N. Factors affecting juvenile delinquency: a case study of children in the juvenile observation and protection center of Rayong [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2005.
27. Panyawong W. Factors influencing recidivism of juvenile delinquents [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2010.
28. Meijers J, Harte JM, Jonker FA, Meynen G. Prison brain? executive dysfunction in prisoners. *Front Psychol.* 2015;6:43. doi:10.3389/fpsyg.2015.00043.
29. Schiffer B, Vonlaufen C. Executive dysfunctions in pedophilic and nonpedophilic child molesters. *J Sex Med.* 2011;8(7):1975-84. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02140.x.
30. Phattharayuttawat S, Sukhatunga K, Chantira J, Chaayasit W, Bunnagulrote K, Imaroonrak S. The normative score of the Standard Progressive Matrices for the Thai population. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand.* 2000;45(1):45-57.
31. Brouwers SA, Van de Vijver FJ, Van Hemert DA. Variation in Raven's progressive matrices scores across time and place. *Learn Individ Differ.* 2009;19(3):330-8. doi:10.1016/j.lindif.2008.10.006.
32. Sattler JM, Hoge RD. Assessment of children: behavioral, social, and clinical foundations. Florida: Publisher Inc; 2006.
33. Love JM, Greve KW, Sherwin E, Mathias C. Comparability of the standard WCST and WCST-64 in traumatic brain injury. *Appl Neuropsychol.* 2003;10(4):246-51.
34. Kongs SK, Thompson LL, Iverson GL, Heaton RK. Wisconsin card sorting test - 64 card version. Florida: Psychological Assessment Resources; 2000.
35. Golden CJ, Freshwater SM. The stroop color and word test: a manual for clinical and experimental uses. Illinois: Stoelting co.; 2002.
36. Culbertson WC, Zillmer EA. Tower of London Drexel University: 2nd edition (TOLDX). Canada: Multi-Health Systems; 2010.
37. Koomphai A. Executive problem solving and planning by tower of London-Drexel university (TOLDX™) 2nd edition of psychiatric inpatients at Suansaranrom psychiatric hospital, Surat Thani. *Thai Journal of Clinical Psychology.* 2016;47(1):15-25.
38. Borrani J, Frías M, Ortiz X, García A, Valdez P. Analysis of cognitive inhibition and flexibility in juvenile delinquents. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2015;26(1):60-77. doi:10.1080/14789949.2014.971852.

39. Tangjarunat N. A comparative study of executive function management by juvenile non-recidivistic first offenders and recidivistic repeat offenders using the Wisconsin card sorting test [master's thesis]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2015.
40. Roszyk A, Izdebska A, Peichert K. Planning and inhibitory abilities in criminals with antisocial personality disorder. *Acta Neuropsychologica*. 2013; 11(2): 193-205. doi:10.5604/17307503.1073475.
41. Blair T, Frith U. Neurocognitive explanations of the antisocial personality disorders. *Crim Behav Ment Health*. 2000;10(S1):S66-81. doi:10.1002/cbm.2000.10.s1.s66.
42. Meijers J, Harte JM, Meynen G, Cuijpers P. Differences in executive functioning between violent and non-violent offenders. *Psychol Med*. 2017;47(10): 1784-93. doi:10.1017/S0033291717000241.
43. Bagshaw R, Gray NS, Snowden RJ. Executive function in psychopathy: the tower of London, Brixton spatial anticipation and the Hayling sentence completion tests. *Psychiatry Res*. 2014;220(1-2):483-9. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.031.
44. Zou Z, Meng H, Ma Z, Deng W, Du L, Wang H, et al. Executive functioning deficits and childhood trauma in juvenile violent offenders in China. *Psychiatry Res*. 2013;207(3):218-24. doi:10.1016/j.psychres.2012.09.013.
45. Poythress NG, Edens JF, Skeem JL, Lilienfeld SO, Douglas KS, Frick PJ, et al. Identifying subtypes among offenders with antisocial personality disorder: a cluster-analytic study. *J Abnorm Psychol*. 2010;119(2): 389-400. doi:10.1037/a0018611.
46. Pegu C. Identifying risk factors associated with juvenile offenders' recidivism in India: a theoretical understanding. *Humanities, Arts and Social Sciences Studies*. 2021;21(2): 346-54.
47. Thailand Institute of Justice. Guide to play coach: "go out inside game". Bangkok: Department of Juvenile Observation and Protection; 2021 [cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://jitij.org/2022/09/24/outside-in-การสอนทักษะชีวิตด้วย/>.
48. Pengsiri, P. The system thinking process development of youth through educational innovation with the Thai chess computer game. *Romphruek Journal of the Humanities and Social Sciences*. 2014;32(2):125-50.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานต่อความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

วันรับ : 24 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 4 มิถุนายน 2567

วันตอบรับ : 8 มิถุนายน 2567

เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.¹, ศรัณยพิชญ์ อักษร, พย.ม.¹, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ศศ.ม.¹,

ชิตชนก โอภาสวัฒนา, ศศ.ม.¹, ขวัญเรือน อัครศักดิ์, ศศ.ม.²

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹,

มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพลังใจและปัญหาสุขภาพจิตระหว่างผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับบริการปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength-based counseling: SBC) และการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid: PFA)

วิธีการ : ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการดำเนินงานในระบบบริการปกติ ในเขตสุขภาพที่ 9 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบคะแนนพลังใจและปัญหาสุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBC และ PFA โดยใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาระหว่างกลุ่ม SBC และ PFA โดยใช้สถิติ independent t-test

ผล : กลุ่มที่ได้รับ SBC 141 คน อายุเฉลี่ย 41.1 ปี (SD = 16.3) กลุ่มที่ได้รับ PFA 47 คน อายุเฉลี่ย 22.1 ปี (SD = 5.8) หลังได้รับคำปรึกษากลุ่ม SBC มีคะแนนพลังใจสูงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาและมีคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่ม SBC มีผลต่างของคะแนนพลังใจ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่ม PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลต่างคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟและความเครียดไม่แตกต่างกัน

สรุป : การให้ SBC มีแนวโน้มได้ผลดีกับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต โดยส่งผลให้พลังใจเพิ่มขึ้นและระดับปัญหาสุขภาพจิตลดลง โดยมีแนวโน้มเพิ่มพลังใจ ลดภาวะซึมเศร้า และลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าการให้ PFA

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน, ความเข้มแข็งทางใจ, ปัญหาสุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศรัณยพิชญ์ อักษร; e-mail: sarunyapich@gmail.com

Original article

Effects of a strength-based counseling program on resilience, stress, burnout, depression, and suicide risk in people at risk for mental health problems

Received : 24 January 2024

Revised : 4 June 2024

Accepted : 8 June 2024

Terdsak Detkong, M.D.¹, Sarunyapich Aksorn, M.N.S.¹,

Passana Gunadhipadhana, M.A.¹, Chidchanok Opaswattana, M.A.¹,

Kwanruen Assadonsak, M.A.²

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health¹,

University of the Thai Chamber of Commerce²

Abstract

Objective: To compare resilience and mental health problems between individuals at risk for mental health problems who received strength-based counseling (SBC) and psychological first aid (PFA).

Methods: Secondary data from counseling records of individuals at risk for mental health problems within the regular service system in the Health Region 9 from May to September 2016 were used. Demographics, resilience quotient, stress, burnout, depression, suicide risk, and type of counseling were extracted. Resilience and mental health problem scores were compared before and after receiving counseling, using the paired t-test, and between those who received SBC and PFA, using the independent t-test. Pre-post changes in scores between both groups were compared using the independent t-test.

Results: The individuals who received SBC (n = 141) had a mean age of 41.1 years (SD = 16.3) while those who received PFA (n = 47) had a mean age of 22.1 years (SD = 5.8). The SBC group exhibited significantly higher level of resilience and significantly lower burnout, stress, depression, and suicide risk scores after counseling compared to before counseling. Moreover, the SBC group showed significantly larger changes in resilience, depression, and suicide risk scores compared to the PFA group. However, there was no significant difference in the change in burnout and stress scores between both groups.

Conclusion: SBC tends to yield positive effects on levels of resilience and mental health for individuals at risk for mental health problems. Compared to such a conventional approach as PFA, SBC has a tendency for better outcomes in terms of improvement in resilience, depression, and suicide risk.

Keywords: mental health problems, resilience, strength-based counseling

Corresponding author: Sarunyapich Aksorn; e-mail: sarunyapich@gmail.com

ความรู้เดิม : ผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ได้รับการบริการสุขภาพจิตพื้นฐานตามองค์ความรู้ของผู้ให้คำปรึกษา เช่น การให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ และการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน

ความรู้ใหม่: การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานมีแนวโน้มได้ผลดีกับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตในการเพิ่มพลังใจหรือความเข้มแข็งทางใจ การลดภาวะซึมเศร้า และการลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย เมื่อเทียบกับการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ ขณะที่ผลในการลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟและความเครียดมีแนวโน้มไม่แตกต่างกัน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาระบบดูแลผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตด้วยการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานซึ่งใช้เวลากระชับและมีโครงสร้างที่ชัดเจน

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านวิถีชีวิต การประกอบอาชีพ และการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ การสำรวจดัชนีสันติภาพโลก (global peace index) ในปี พ.ศ. 2565 รายงานว่าความสงบสุขทั่วโลกลดลงติดต่อกันเป็นปีที่ 9 โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความสงบสุขลำดับที่ 103¹ จากสถิติใบมรณบัตรของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในรอบ 5 ปี² นอกจากนี้การสำรวจสุขภาพคนไทยในปี พ.ศ. 2564 พบสัดส่วนผู้มีภาวะเครียดสูงเสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไปร้อยละ 14.5, 16.8 และ 9.5 ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนสูงมากในกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่วนผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการตกงานและสูญเสียรายได้มีความเสี่ยงความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไป 2 - 3 เท่า³ ผู้มีความเสี่ยงดังกล่าวเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องการการดูแลและเยียวยาทางจิตใจ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาแบบ

ปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid: PFA) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาเบื้องต้นที่เน้นหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) สอดส่องมองหา 2) ใส่ใจรับฟัง ไม่ตัดสินคุณค่า แสดงความเห็นใจ และใช้คำถามปลายเปิดเพื่อค้นหาปัญหา และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยงให้ได้รับการช่วยเหลือ⁴ โดยในช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 รูปแบบการช่วยเหลือนี้ได้ถูกขยายผลในบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งหลักการดังกล่าวยังไม่มีโครงสร้างการสนทนาและการกำหนดเวลาที่ชัดเจน

ในปี พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิตได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต โดยจัดทำมาตรฐาน คู่มือ และประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพจิตในพื้นที่ให้มีทักษะในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยหนึ่งในโปรแกรมที่ดำเนินการจัดอบรม คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength based counseling: SBC)⁵ ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาโดยใช้จิตวิทยาเชิงบวกที่มีโครงสร้างชัดเจน ภายหลังการประชุมโครงการพัฒนาระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 อธิบดีกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้สำนักวิชาการสุขภาพจิตขยายผลใช้โปรแกรมห้คำปรึกษาในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตจากการคัดกรองเบื้องต้น เช่น การคัดกรองผ่านโปรแกรม Mental Health Check-In นอกจากนี้ได้มีการจัดอบรมโปรแกรมให้บุคลากรทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตสุขภาพที่ 2, 4, 6 และ 9 โดยอบรมให้เขตสุขภาพที่ 4 เป็นรุ่นแรกในวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2567 และอบรมให้เขตสุขภาพอื่น ๆ เป็นลำดับถัดไป ผู้ผ่านการอบรมได้นำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการให้คำปรึกษาผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผู้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่านระบบ Mental Health Check-In โดยผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับ SBC แบบต่อหน้าและ/หรือทางโทรศัพท์

อย่างไรก็ตาม ผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ยังได้รับการบริการสุขภาพจิตพื้นฐานตามองค์ความรู้ของผู้ให้คำปรึกษา เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแต่ละรูปแบบที่มีหลักการและโครงสร้าง

การให้คำปรึกษาที่ต่างกัน อันจะนำไปสู่การเลือกวิธีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้รับบริการและสามารถบริหารเวลาในการให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้มีความเสี่ยงที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพลังใจและปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายระหว่างผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับ SBC ที่มีโครงสร้างชัดเจนและ PFA ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษารูปแบบเดิม โดยมีสมมติฐานว่ากลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจเพิ่มขึ้นและมีคะแนนระดับความเครียด คะแนนระดับเหนื่อยล้าหมดไฟ คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า และคะแนนความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลงจากก่อนได้รับคำปรึกษา และมีผลต่างของคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA

วิธีการ

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.COA 024/2566 วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นการดำเนินงานในระบบบริการปกติในเขตสุขภาพที่ 9 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ในผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตด้านความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า หรือ ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย อย่างใดอย่างหนึ่ง และยินยอมรับการให้คำปรึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยอิงการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของเทอดศักดิ์ เดชคง⁶ กำหนดขนาดอิทธิพล 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ PFA และ SBC ขั้นต่ำกลุ่มละ 33 คน เลือกตัวอย่างทุกคนที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเข้า โดยตัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ออกก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ นามสกุล ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ แจกแจงข้อมูล (parsing) เฉพาะชุดข้อมูลส่วนที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ เช่น อายุและครั้งที่ประเมิน แก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด (correcting) โดยแก้ไขข้อความหรือตัวเลขให้ถูกต้องตรงกับประเภทข้อมูล

ทำข้อมูลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน (standardizing) ได้แก่ การแก้ไขข้อความที่มีความหมายเดียวกันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน การกำหนดชื่อตัวแปรเพื่อเตรียมชุดข้อมูลในการประมวลผล และการจัดกลุ่มข้อมูลใหม่ ลบชุดข้อความซ้ำซ้อนทั้ง (duplicate elimination) โดยตัดบันทึกการประเมินซ้ำโดยไม่ตั้งใจ เช่น ชื่อผู้ประเมินเดียวกัน วันที่ประเมินเดียวกัน เวลาประเมินใกล้เคียงกัน และผลการประเมินเหมือนกัน นำข้อมูลใส่รหัสโดยไม่ระบุชื่อและวิเคราะห์ข้อมูลโดยคัดข้อมูลเฉพาะแบบบันทึกการให้คำปรึกษาแบบต่อหน้าที่มีข้อมูลครบถ้วน แบ่งเป็นผู้ได้รับ SBC 141 คนจาก 488 คนและผู้ได้รับ PFA 47 คนจาก 50 คน ซึ่งเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

การให้บริการปรึกษากลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

การให้บริการสุขภาพจิตในระบบบริการปกติมีการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตทั้งการคัดกรองโดยบุคลากรสุขภาพหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการคัดกรองด้วยตนเองผ่านระบบ Mental Health Check-In หากพบความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้รับบริการจะได้รับคำปรึกษาเบื้องต้นจากบุคลากรสุขภาพ ทั้งนี้รูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นไปตามองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญของผู้ให้คำปรึกษาแต่ละคน โดยช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2563 ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาแบบ PFA ส่วน SBC เป็นโปรแกรมใหม่ที่มีการอบรมในช่วงปี พ.ศ. 2566 โดยการให้คำปรึกษาแบบ PFA ทำโดยบุคลากรที่เป็นสหวิชาชีพและเน้นหลักการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

โปรแกรม SBC พัฒนาขึ้นโดยเทอดศักดิ์ เดชคง⁵ ในปี พ.ศ. 2566 ตามแนวคิดของ Grotberg⁷ ซึ่งมองว่าความเข้มแข็งทางใจไม่ใช่สิ่งตายตัว แต่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ เพื่อที่จะใช้ฝ่าฟันปัญหาและสามารถนำพาชีวิตให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยองค์ประกอบภายใน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (I am) และด้านความสามารถ (I can) และองค์ประกอบภายนอก คือ สัมพันธภาพที่เกื้อหนุน (I have) กลุ่มเป้าหมายในการอบรมคือสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ

ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เช่น ครูที่ปรึกษา เป็นหลักสูตรฝึกอบรมกระบวนการและการฝึกทักษะการให้ SBC ใช้เวลา 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย 4 แผนการเรียนรู้ มีหลักสำคัญ ได้แก่ การสร้างความร่วมมือ การค้นหาความเข้มแข็ง การสร้างความหวัง และการมุ่งเน้นหาทางเลือกและทางออกโดยใช้ศักยภาพหรือความเข้มแข็งของตนเองเป็นฐาน การให้คำปรึกษาเป็นแบบรายบุคคลและมีทิศทาง (directive counseling) ใช้เวลา 15 - 20 นาทีต่อครั้ง จำนวน 2 - 4 ครั้งตามสภาพปัญหา หลังให้บริการแต่ละครั้งมีการประเมินภาวะสุขภาพจิต โดยมีการนัดหมายครั้งถัดไปภายใน 1 - 2 สัปดาห์หากยังมีความเสี่ยงระดับต่ำถึงปานกลางและยังไม่มีแนวทางจัดการปัญหาที่ชัดเจน ยุติบริการหากไม่พบความเสี่ยง/เสี่ยงต่ำและมีวิธีจัดการปัญหาหรือส่งต่อจิตแพทย์เมื่อพบความเสี่ยงสูง โปรแกรม SBC ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตร ผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 คน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) มากกว่า 0.8

การติดตามผล

หลังให้คำปรึกษาแต่ละครั้งมีการประเมินความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมิน 5 ชุด ดังนี้

1. แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ (resilience inventory 3 items) มีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อ 0.776 - 0.777⁸ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 10 รวม 30 คะแนน จำแนกตามอายุ ได้ว่ากลุ่มเยาวชนที่พลังใจต่ำกว่า 21 คะแนน กลุ่มวัยทำงานที่พลังใจต่ำกว่า 18 คะแนน และกลุ่มวัยสูงอายุที่พลังใจต่ำกว่า 15 คะแนน เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง⁹

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีความไวร้อยละ 75.7 ความจำเพาะร้อยละ 93.4 คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1 - 7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย > 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนเต็ม 27 คะแนน แปลผลดังนี้

ต่ำกว่า 7 คะแนนหมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 19 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง¹⁰

3. แบบคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ มีความไวร้อยละ 87.1 ความจำเพาะร้อยละ 89.4 คำตอบประเมินแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี 0 คะแนน และมี 1 - 10 คะแนน คะแนนเต็ม 52 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 คะแนนหมายถึงไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย 1 - 8 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย 9 - 16 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง และมากกว่า 17 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง¹⁰

4. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา (Srithanya stress scale: ST-5) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่เครียดหรือเครียดเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน) เครียดมาก (8 - 9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน) การศึกษานี้กำหนดให้ผู้ตอบเครียดมากถึงมากที่สุด (8 - 15 คะแนน) เป็นผู้ที่มีความเครียด แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.79 และมีความตรงตามเกณฑ์เทียบกับแบบวัด hospital anxiety depression ทั้งด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.58 และ 0.59 ตามลำดับ¹¹

5. แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ¹² ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของของ Maslach¹³ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การเมินเฉยต่องาน (cynicism) และความสามารถในการทำงาน (professional efficacy) แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่มีเลย (1 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) เป็นบ่อย (3 คะแนน) และเป็นประจำ (4 คะแนน)

คะแนนรวม 3 - 12 คะแนน แปลผลดังนี้ 3 - 6 คะแนนหมายถึง
เสี่ยงระดับน้อย 7 - 8 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับปานกลาง และ
9 - 12 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป
ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:
SD) เปรียบเทียบคะแนนพลังใจ ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ และความเสี่ยงฆ่าตัวตายก่อนและหลัง
ได้รับคำปรึกษาโดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนน
ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBC และ PFA โดยใช้สถิติ independent
t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนก่อนหลังได้รับ
คำปรึกษาระหว่างกลุ่ม SBC และ PFA โดยใช้สถิติ independent
t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

กลุ่มที่ได้รับ SBC 141 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน
(20 - 59 ปี) ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือกลุ่มเยาวชน (น้อยกว่า
20 ปี) ร้อยละ 15.6 และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ
12.1 อายุเฉลี่ย 41.1 ปี (SD = 16.3) ส่วนกลุ่มที่ได้รับ PFA
47 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชน (น้อยกว่า 20 ปี) ร้อยละ
57.4 และอยู่ในวัยทำงาน (20 - 59 ปี) ร้อยละ 42.6 อายุเฉลี่ย
22.1 ปี (SD = 5.8)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะ
สุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับ SBC และกลุ่มที่ได้รับ PFA
พบว่า ก่อนได้รับคำปรึกษากลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจ
และความเสี่ยงฆ่าตัวตายไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับ PFA
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ
ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับ SBC ต่ำกว่า
กลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับคำปรึกษา
พบว่า กลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนภาวะ
เหนื่อยล้าหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยง
ฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างก่อน
และหลังได้รับคำปรึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนน
พลังใจหลังได้รับคำปรึกษาสูงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ
ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายหลังได้รับ
คำปรึกษาน้อยกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ส่วนในกลุ่มที่ได้รับ PFA มีคะแนนพลังใจ ความเครียด และ
ภาวะซึมเศร้าหลังได้รับคำปรึกษาน้อยกว่าก่อนได้รับคำปรึกษา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่คะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ
และความเสี่ยงฆ่าตัวตายระหว่างก่อนและหลังได้รับคำปรึกษา
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) และ
กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ (PFA) จำแนกตามปัญหาสุขภาพจิต

	ก่อนได้รับคำปรึกษา		P	หลังได้รับคำปรึกษา		P
	SBC	PFA		SBC	PFA	
	mean (SD)	mean (SD)		mean (SD)	mean (SD)	
พลังใจ (RQ)	20.82 (3.82)	20.85 (2.54)	.954	22.87 (3.62)	19.83 (3.80)	< .001
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)	5.96 (2.63)	7.40 (2.98)	.002	4.98 (1.96)	6.94 (2.19)	< .001
ความเครียด (ST5)	6.02 (3.58)	9.47 (3.04)	< .001	3.94 (2.42)	7.74 (2.78)	< .001
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	9.11 (6.38)	12.04 (4.32)	< .001	5.38 (4.09)	11.06 (3.58)	< .001
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)	4.01 (7.91)	4.06 (5.79)	.964	1.76 (4.39)	3.49 (3.98)	.018

SBC = strengths-based counseling, PFA = psychological first aid

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับ SBC มีผลต่างของคะแนนพลังใจ ภาวะซึมเศร้า และความเครียดฆ่าตัวตายต่างจากกลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจเพิ่มขึ้นและมีคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเครียดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA ส่วนผลต่างคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟและความเครียดของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับ SBC มีคะแนนพลังใจสูงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดของ Peterson และ Seligman¹⁴ ที่กล่าวว่ามุมมองโลกในด้านบวกนำมาซึ่งความหวังและพลังใจ และถึงแม้เผชิญกับปัญหาและความทุกข์ยากก็ยัง

มีโอกาสที่จะเอาชนะและผ่านพ้นไปได้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการคิดและการมองโลกที่นำไปสู่พลังใจและความสามารถในการปรับตัว โดยการศึกษาในวัยเด็กสามารถบ่งชี้ความสามารถต่าง ๆ เหล่านี้ได้¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุของสมพงษ์ นาคพรม และคณะ¹⁶ ที่ทดสอบโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจโดยใช้หลัก I am (คิดดี มีกำลังใจ) I have (การรับรู้ สื่อสารทางบวกและการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน) I can (ฉันทำได้ การรับรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง) พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีคะแนนพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของเทอดศักดิ์ เดชคง⁶ ที่นำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจมาสนับสนุนการใช้ทักษะการดูแลตนเองใน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษา จำแนกตามปัญหาสุขภาพจิต

	SBC (n = 141)		P	PFA (n = 47)		P
	ก่อน mean (SD)	หลัง mean (SD)		ก่อน mean (SD)	หลัง mean (SD)	
พลังใจ (RQ)	20.82 (3.82)	22.87 (3.62)	< .001	20.85 (2.54)	19.83 (3.80)	.040
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)	5.96 (2.63)	4.98 (1.96)	< .001	7.40 (2.98)	6.94 (2.19)	.070
ความเครียด (ST5)	6.02 (3.58)	3.94 (2.42)	< .001	9.47 (3.04)	7.74 (2.78)	< .001
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	9.11 (6.38)	5.38 (4.09)	< .001	12.04 (4.32)	11.06 (3.58)	.012
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)	4.01 (7.91)	1.76 (4.39)	< .001	4.06 (5.79)	3.49 (3.98)	.191

SBC = strengths-based counseling, PFA = psychological first aid

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) และกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ (PFA) จำแนกตามปัญหาสุขภาพจิต

	SBC (n = 141)	PFA (n = 47)	P
	mean (SD)	mean (SD)	
พลังใจ (RQ)	2.05 (3.37)	-1.02 (3.32)	< .001
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout)	-.98 (2.23)	-.47 (1.73)	.154
ความเครียด (ST-5)	-2.09 (3.31)	-1.72 (2.39)	.420
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	-3.73 (5.22)	-.98 (2.57)	< .001
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)	-2.25 (6.44)	-.57 (2.96)	< .001

SBC = strengths-based counseling, PFA = psychological first aid

ด้านต่าง ๆ ซึ่งมีโครงสร้างเดียวกับโปรแกรม SBC พบว่าโปรแกรมช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยจนสามารถควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Suranata และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาผลการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางใจ/ความเข้มแข็งทางใจของนักเรียน โดยเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral counseling) กับการให้ SBC และกลุ่มที่ไม่ได้รับการ พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับ SBC มีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่ม SBC มีคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีคะแนนปัญหาเหล่านี้ต่ำกว่ากลุ่ม PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะหลังได้รับคำปรึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากก่อนได้รับคำปรึกษากลุ่ม SBC มีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่ม PFA อยู่ก่อนแล้ว อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลังใจและปัญหาสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มที่ได้รับ SBC มีผลต่างของคะแนนพลังใจ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ PFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงจุดแข็งของการให้ SBC ต่อผลลัพธ์ดังกล่าวได้ดีกว่าบริการสุขภาพจิตรูปแบบเดิมคือ PFA สอดคล้องกับรายงานความคิดเห็นของผู้ให้ SBC ที่พบว่าหลังยุติบริการผู้ให้คำปรึกษาให้ความเห็นว่าพึงพอใจรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบ SBC เนื่องจากไม่เหนื่อยมาก ใช้เวลากระชับ เป็นการยืนยันในสิ่งที่ผู้รับบริการปรึกษาทำได้ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะทำได้เห็นผลรวดเร็ว ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนและความคงทนของพฤติกรรม และผู้รับคำปรึกษาสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองและมีความสุขมากขึ้น¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Darbani และ Parsakia¹⁹ ที่พบว่าสตรีหย่าร้างที่ได้รับ SBC มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sharei และคณะ²⁰ ที่พบว่าการให้ SBC ช่วยเพิ่มความมั่นใจ การเห็นคุณค่าในตนเองและ

ลดความคิดในการฆ่าตัวตายของสตรีที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัว

สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาความเครียดนั้นพบว่าการให้คำปรึกษาทั้ง PFA และ SBC มีคะแนนความเครียดลดลงไม่แตกต่างกัน อาจกล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาทั้ง 2 รูปแบบมีความเหมาะสมกับกลุ่มที่มีปัญหาความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Shoukr และคณะ²¹ ที่พบว่าการให้ PFA สามารถลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสกุล เญียบแหลม และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์²² ที่กล่าวถึงวิธีการเพื่อให้เข้าสู่ระยะฟื้นตัวโดยเร็วคือการจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาถึงข้อดีข้อเสีย การค้นหาเป้าหมายที่แท้จริงของชีวิต การวางแผนชีวิตตามเป้าหมายที่เลือก และวิธีการอยู่กับปัจจุบันอย่างมีความสุข ซึ่งโครงสร้างการให้คำปรึกษาของ PFA มีกระบวนการสำคัญคือใส่ใจรับฟังพร้อมการให้คำแนะนำให้พิจารณาข้อดีข้อเสีย ส่วน SBC มีกระบวนการสำคัญคือการค้นหาจุดแข็งรับฟัง และชี้แนะให้ใช้ศักยภาพที่มีจัดการรับมือกับปัญหา จึงส่งผลให้การให้คำปรึกษาทั้ง 2 รูปแบบให้ผลดีในการลดความเครียด

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากการให้บริการปกติตามสภาพปัญหาและความเชี่ยวชาญของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) เนื่องจากไม่มีกระบวนการสุ่มเข้ากลุ่ม ทำให้มีข้อมูลพื้นฐานแตกต่างกันและไม่อาจสามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลังใจและปัญหาสุขภาพจิตเป็นผลมาจากการให้คำปรึกษาโดยตรง จึงควรมีการศึกษาไปข้างหน้าหรือการวิจัยเชิงทดลองเพื่อยืนยันผลต่อไป

สรุป

การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) มีแนวโน้มใช้ได้ดีกับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต โดยส่งผลให้พลังใจเพิ่มขึ้น และระดับความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง โดยมีแนวโน้มเพิ่มพลังใจ ลดภาวะซึมเศร้า และลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้ดีกว่าการให้คำปรึกษาแบบปฐมพยาบาลทางใจ (PFA)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (fundamental fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ขอขอบคุณ รศ.ดร.ดุสิต สุจิราวัฒน์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการออกแบบการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

เทอดศักดิ์ เดชคง : ออกแบบการวิจัยและออกแบบการนำเสนอข้อมูล ; ศรัณยพิชญ์ อักษร : วิเคราะห์ข้อมูลและเรียบเรียงเนื้อหาเขียนบทความ ; พาสณา คุณาธิวัฒน์ : จัดการข้อมูลจากแบบประเมินพุทธิภูมิ และทบทวนคุณภาพแบบประเมิน ; ชิดชนก โอภาสวัฒนา : ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ; ขวัญเรือน อัครศักดิ์ : วิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Economics & Peace. Global peace index 2022: measuring peace in a complex world [Internet]. Sydney: Institute for Economics & Peace; 2022 [cited 2023 June 23]. Available from: <https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2022/06/GPI-2022-web.pdf>
2. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2022 [Internet]. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>
3. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Thai health 2022: the Thai family & COVID-19. Bangkok: Amarin Corporations Public Co.,Ltd.; 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/thaihealth.php?y=2022&l=thai>
4. Panyayong B. Handbook of psychological first aid for people with mental health problems. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2019.
5. Detkong T. Strength-based counseling approach for risk mental health groups. 1st. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023.
6. Detkong T. Effects of a motivational interviewing program on blood glucose levels control for patient with type 2 diabetes mellitus patients. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2020;14(3):134-45.
7. Grotberg HE. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit (early childhood development: practice and reflection no. 8). The Hgne: Bernard van Leer Foundation; 1995.
8. Detkong T, Gunadhiyadhana P, Tipchot T, Wuttiham P. Reliability and validity of resilience inventory 3-item version. Journal of Mental Health of Thailand. 2022;30(4):297-306.
9. Detkong T, Aksorn S, Gunadhiyadhana P, Assadonsak K, Tipchot T. Correlation between the resilience inventory 3-item version and screening of mental health problems by age group. Journal of Mental Health of Thailand. 2023;31:52-63.
10. Tepklang C. The development of elderly depression surveillance and caring system in out patient department of Ubonratana hospital, KhonKaen province. Mahasarakham Hospital Journal. 2019;16(1): 70-7.
11. Silapakit O. Srithanya stress scale. Journal of Mental Health of Thailand. 2008;16:177-85.
12. Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health. Preliminary report on developing a burnout assessment tool to present to the mental health check-in steering committee. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023.
13. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual (3rd ed). Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.

14. Peterson C, Seligman MEP. Character strengths and virtues: a handbook and classification. Oxford: American Psychological Association; 2004.
15. Seligman M. Learn optimism. New York: Simon & Schuster; 1998.
16. Nakprom S, Noosorn N, Maneerat S. The effect of psychological resilience enhancement program on reducing burnout in the elderly care for elderly caregivers in Sawang Arom district, Uthai Thani province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*. 2022;33(1):224-38.
17. Suranata KS, Atmoko A, Hidayah N. Enhancing students' resilience: comparing the effect of cognitive-behavior and strengths-based counseling. *License*. 2017;134:102-8. doi:10.2991/icerad-17.2017.20.
18. Bureau Of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health. Report on opinions of strength-based counselors. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023.
19. Darbani SA, Parsakia K. The effectiveness of strength-based counseling on the reduction of divorced women's depression. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*. 2022;4(1):28-32. doi:10.52547/jarac.4.2.64.
20. Sharei A, Ebrahimi M, Ochtapeh PA, Mahdavi H, Miyanroudi FJ. the effectiveness of strength-based therapy in improving self-esteem and reducing suicidal thoughts of women affected by domestic violence in Ardebil. *Journal of Preventive Counseling*. 2023;4(1):31-44. doi:10.22098/jpc.2023.12715.1166.
21. Shoukr EMM, Mohamed AAE, El-Ashry AM, Mohsen HA. Effect of psychological first aid program on stress level and psychological well-being among caregivers of older adults with alzheimer's disease. *BMC Nurs*. 2022;21(1):275. doi:10.1186/s12912-022-01049-z.
22. Cheaplamp S, Dangdomyouth P. Burnout syndrome. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*. 2020;66(2): 44-52.



คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

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

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

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

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

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

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

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

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

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

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

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

6. ปกิณกะ (Miscellany)

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

การเตรียมต้นฉบับ

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

1. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (มีแบบฟอร์มบนเว็บไซต์วารสาร) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ที่อยู่ภูมิลำเนา การศึกษาสูงสุด หน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมที่อยู่และ e-mail ของผู้พิมพ์ทุกคน และระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author) ทั้งนี้การพิจารณาการส่งบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วย คำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง เช่น $p < .001$, $p = .103$

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

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่เว้นบรรทัด ไม่จัดหน้าชิดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้าน 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่อง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4 (หากจำเป็นอนุโลมใหม่ไม่เกิน 15 หน้า) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) บทนำ คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) วิธีการ คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระบุการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) ผล แสดงผลการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น 4) วิจัยควรเขียนอธิบายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) สรุป ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) 7) การมีส่วนร่วมของผู้พิมพ์ โดยระบุชื่อผู้พิมพ์ร่วมและระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 8) การตอบคำถามสั้น ๆ 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วย ชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพ ไม่เกิน 5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG/PNG

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสาร

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

1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อวารสารตาม 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 ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ

Wongpiromsarn Y. Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue. Journal of Mental Health of Thailand. 2018;26(2):152-9.

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 อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []

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

1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)

Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma treatment. Am J Orthopsychiatry. 2006;76(4):482-8. doi:10.1037/00029432.76.4.482.

1.6.2 บทความไม่มี DOI

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

2. หนังสือ

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ

Detkong T. Motivational counseling. Bangkok: Moh-Chac-Ban Publishing House; 2012.

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 หนังสือที่ผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

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

Tadee R. Life of female adolescent as mothers. In: Thaweesit S, Vajanasara K, editor. 13th National Academic Conference on Population and Society 2017: Sexual and Reproductive “Autonomy” and “Justice” The Unfinished Challenges; 2017 Jun 30; Bangkok, Thailand. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2017. p. 159-72.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamalik P, Arunpongpaissal S. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2010.

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

Jongsomjit P. Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2008.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาใช้คำว่า Available from: ใส่ URL และหลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย “.” ยกเว้น URL นั้นจบด้วย เครื่องหมาย “/”

Wibulpolprasert S. Thailand health profile 2005 - 2007 [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2007 [cited 2020 Mar 21]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/health_50/.

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

4.2 โหมดเพจเว็บไซต์

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

Thai Health Promotion Foundation. Prepare for cyberbullying [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2021 [cited 2022 Mar 21]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/เตรียมทัพ-รับมือ-cyberbullying-2/>.

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).

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ

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

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 69 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2567

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการเรียนรู้ชนิดของทักษะทางสังคมจากบอร์ดเกมต่อความสามารถในการแสดงทักษะ ที่ได้เรียนรู้ไปโดยไม่หยุดยั้งในนักเรียนออทิสซึมสเปกตรัมที่ศูนย์วิจัยออทิสติก มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปิยะวรรณ ศรีสุภักษ์, นิษฐเนตร กาสีชา, กรวรรณ โหม่งพุด, สุชาติ พหลภาคย์	96
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในช่วงการระบาดของโรคโควิด -19 ของเด็กและวัยรุ่นออทิสซึมสเปกตรัม วริษา จุลเสน, ทิพย์พร หอสิริ, นภัทร สิทธาโนมัย	108
ความสัมพันธ์ระหว่างการกักกันอารมณ์ของเด็ก สุขภาวะทางจิตของเด็ก และสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตร ของผู้ปกครอง ในเด็กประถมวัยในกรุงเทพมหานคร พิมพ์ประพันธ์ อุไรกุล, ปรัชวัน จันทร์ศิริ, จิรดา ประสาทพรศิริโชค	121
ความสัมพันธ์ระหว่างการติดการใช้โทรศัพท์มือถือและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สุภาภัก วิสัยหล้า, ศิริวรรณ ปิยะวัฒน์เมธา, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล	137
ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กัญชนม สีหะปัญญา, ชูชาติ วงศ์อนุชิต	146
การทำงานของครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคทางกาย ที่ไม่เรื้อรัง ณิชา จันทร์ประเสริฐ, นิดา ลิ้มสุวรรณ	160
ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินความยืดหยุ่นเข้มแข็งภายในครอบครัว ฉบับภาษาไทย ธนาพร แสงพงศานนท์, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค	169
ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี หทัยรัตน์ คุณนิยพันธุ์, เอ็มมัสรี มินทราศักดิ์	182
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของครูในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ศิพณณา สุวรรณเกิด, พชรินทร์ เสรี, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์	192
การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติในคนไข้ภาวะประสาทบกพร่องเล็กน้อย นวรรณ ราชาดัน, กานต์ จำรูญโรจน์, ดาวชมพู นาคะวิโร	202
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ณัฐยา ขาดิเชื้อ, วินิตรา นวลละออง, มุกิตา พนาสทิพย์	215
ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในระบบ 6 เดือน ของผู้บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ในคลินิกเมทาโดน ณ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ วิญญู จินะณรงค์, ปวรุฒม์ พวงศรี	228
สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย	239

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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