



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2569
Volume 34 Number 1 January - March 2026
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- บทเรียนจากการปฏิบัติงานของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา : กรณีศึกษาในเขตสุขภาพที่ 10
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคมต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- ความผูกพันทางใจ ความนิยมความสมบูรณ์แบบ และความผูกพันต่องานของอาจารย์พยาบาล สถาบันการศึกษาเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร
- ปัจจัยเอื้ออำนวยและจัดวางต่อบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมในหน่วยบริการปฐมภูมิ : หลักฐานจากโครงการขยายผลมาตรฐานบริการระดับประเทศ
- ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กในเยาวชนไทยที่รับทุนจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา
- Association between benzodiazepine use and substance use among older adults in a primary care setting in Nan province, Thailand
- การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย : รายงานเบื้องต้น

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุตมรัตน์ ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อริบ ต้นอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ต้นดิษฐ์สี กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นพ.สุทธา สุปัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง โรงพยาบาลศรีธัญญา
นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นพ.ศุภเสก วิโรจนภา โรงพยาบาลศรีธัญญา

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อัสณางค์กรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.พญ.พรจิรา ปรีวีชรากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภู่อ่าว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.हररษา เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
ดร.วีร์ เมฆวิสัย สำนักวิชาการสุขภาพจิต
พญ.เบญจพร ปัญญา ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมลิก ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการ
สาธารณสุข)

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพร วุฒิมหาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทรรัตน์ พงษ์พิยะ นางสาวพาสณา คุณาธิวัฒน์
นางสาวศรัณย์พิชญ์ อักษร นางจตุติญา จันทพรม
นางสาวณัฐสุดา จุลสินธนาภรณ์

ISSN 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต มีนโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์ คือ เป็นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ

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, 8567 โทรสาร 0-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th / jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมิได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ISSN 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)

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, 8567 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.
Burin Suraaronsamrit, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D. Retired government official
Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Retired government official

Editor-in-Chief

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

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Bureau of Mental Health Service Administration
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamkliang, M.D. Srithanya Hospital
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 Arunpongpaisal, 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
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Yuwapasart Waithayopatum Child and Adolescent Psychiatric Hospital
Dr.Week Mekwilai Bureau of Mental Health Academic Affairs
Benjaporn Panyayong, M.D. Retired government official
Pitakpol Boonyamalik, M.D.,Ph.D. Retired government official
Suda Wongsawat, Ph.D. Retired government official

International Editors

Dr.Alan Frederick Geater Prince of Songkla University

Managing Editors

Mr.Phophorn Wuttiham

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Jantarath Pongpeeya Ms.Passana Gunadhivadhana
Ms.Sarunyapich Aksorn Mrs.Thitiya Jantaprom
Ms.Natsuda Julsintanaporn

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2569

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคมต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นพวรรณ บัวทอง, สุนทรี ศรีโกสโย, พิมพิไล ใจตรง, ชฎาพร คำฟู, ภัชฉนิตรา เกตุกาญจน์กุล, กิตติยา กิติกุล, อุไรวรรณ วงศ์โปธิ, ธมลวรรณ มหาศักดิ์พันธ์	1
ความผาสุกทางใจ ความนิยมความสมบูรณ์แบบ และความผูกพันต่องานของอาจารย์พยาบาล สถาบันการศึกษาเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พัทธสิดา สิรินภัทรสิทธิ์, อาภากร เป็รียนิม	14
ปัจจัยเอื้ออำนวยและขัดขวางต่อบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมในหน่วยบริการปฐมภูมิ : หลักฐานจากโครงการขยายผลมาตรฐานบริการระดับประเทศ วรินทิพย์ สว่างศรี, วีร์ เมฆวิไลย์, ดุษฎี จิ๊งศิริกุลวิทย์, ธนกฤษ ลิขิตธรากุล, ประภัสสร เตียเย็น, พรรณภัทร ไช้กุล	26
ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กในเยาวชนไทยที่รับทุนจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ศุภรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์	41
Association between benzodiazepine use and substance use among older adults in a primary care setting in Nan province, Thailand Peerawit Ngamsittiroek, Nida Buawangpong, Wichuda Jiraporncharoen, Kanokporn Pinyopornpanish, Somthanon Pongsananurak, Thanachat Yotruangsri	51
การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย : รายงานเบื้องต้น โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, สุดาภรณ์ คำดวงดาว, จันทร์ชนก โยธินชัชวาล, วรรณนิสา สุขทอง, วาณี อุดมศรี	64
บทเรียนจากการปฏิบัติงานของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา : กรณีศึกษาในเขตสุขภาพที่ 10 โกศล วราอัศวปติ, ธีรภา ธานี, วิริยอร จุมพระบุตร, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, สุภัตรา สุขาวท, ณัฐยา ชมพูบุตร, สุภัตรา ก้อนคำดี, พชนิ พิมพูบุตร	79
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 34 Number 1 January - March 2026

	Page
CONTENTS PREFACE	A
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
The effects of a self-management program targeting daily routines and emotional-social functioning on self-esteem, self-efficacy, and quality of life in child and adolescent psychiatric patients	1
Noppawan Buathong, Soontaree Srikosai, Pimpilai Jaithong, Chadaporn Kamfu, Phachanitra Ketkankul, Kitiya Kitikusoan, Uraivan Wongpothi, Tamolwan Mahasakpan	
Association between benzodiazepine use and substance use among older adults in a primary care setting in Nan province, Thailand	14
Phussita Sirinaphussit, Arpakorn Prewnim	
Facilitators and barriers to optimum mental health services in primary care units: evidence from a national scale-up project	26
Warintip Sawangsri, Wee Mekwilai, Dutsadee Juengsiragulwit, Tanakrit Likritalakul, Prapussorn Tiayen, Phanphat Hokul	
Adverse childhood experiences among Thai youth receiving scholarships from the Equitable Education Fund	41
Suthra Auapisithwong	
Association between benzodiazepine use and substance use among older adults in a primary care setting in Nan province, Thailand	51
Peerawit Ngamsittiroek, Nida Buawangpong, Wichuda Jiraporncharoen, Kanokporn Pinyopornpanish, Somthanon Pongsananurak, Thanachat Yotruangsri	
Development and validation of the Thai adolescent Life Skills Assessment: a preliminary report	64
Chosita Pavasuthipaisit, Rattanasak Santitadaku, Wimonwan Punyawong, Janchanok Yothinchatchawal, Sudaporn Khamduangdao, Wannisa Suktong	
SPECIAL ARTICLE	
Lessons learned from the operations of Mental Health Crisis Assessment and Treatment Teams (MCATT) in response to the Thai-Cambodian border conflict: a case study of Health Region 10	79
Koson Wara-asawapati, Teerapa Thanee, Wireon Joomprabutra, Kanokkarn Wiroteurairuang, Supattra Sukhawaha, Nutthiya Chompoobutr, Supattra Konkhamdee, Pushanee Pimpaboot	
INSTRUCTION TO AUTHORS	I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

ในรอบปีที่ผ่านมา สังคมไทยและทั่วโลกต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ทั้งภัยธรรมชาติและ ความขัดแย้งระหว่างประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจของประชาชนทุกกลุ่มวัย สำหรับสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา ที่กลับมาปะทุขึ้นอีกครั้ง วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2569 ได้ตีพิมพ์บทความพิเศษเพื่อรายงานการถอดบทเรียนจากการปฏิบัติงานของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งชี้ให้เห็นหัวใจสำคัญของการเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤตที่ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่เข้มแข็งแต่ยืดหยุ่น การใช้วัตรกรรมที่เหมาะสม และการบูรณาการเครือข่าย เพื่อเป็นรากฐานสำคัญต่อการกำหนดทิศทางเชิงรุก การเตรียมความพร้อม และพัฒนาศักยภาพของระบบสาธารณสุขในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ วารสารฉบับนี้ยังมีนิพนธ์ต้นฉบับ 6 เรื่อง มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในเยาวชนกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจ การพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่น การใช้เบนโซไดอะซีพีนและสารอื่น ๆ ในผู้ป่วยสูงอายุ ความผาสุกทางใจของอาจารย์พยาบาล ตลอดจนการขยายผลบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและเผยแพร่ผลงานวิชาการตลอดที่ผ่านมา และขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เพื่อร่วมสนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้และพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนไทยต่อไป

อชิบ ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม ต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

วันรับ : 15 สิงหาคม 2568

วันแก้ไข : 11 พฤศจิกายน 2568

วันตอบรับ : 14 พฤศจิกายน 2568

นพวรรณ บัวทอง, พย.ม., สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด., พิมพ์ไฉ่ ใจตรง, พย.ม.,
ชฎาพร คำฟู, พย.ม., ภัชฉัตรดา เกตุกาญจน์กุล, พย.บ., กิตติยา กิติกุล, พย.บ.,
อุไรวรรณ วงศ์โพธิ์, พย.บ., ธมลวรรณ มหาศักดิ์พันธ์, พย.บ.
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม ต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน อายุ 10 - 16 ปี จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มควบคุม 15 คน ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลองทันที และติดตามผลที่ 1 เดือน และ 3 เดือน โดยใช้แบบวัดการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย independent t-test และ two-way repeated-measures ANOVA

ผล : ก่อนการทดลองระหว่าง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิต ที่การติดตาม 1 และ 2 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และที่การติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์-สังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคมช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรับรู้คุณค่าในตนเอง รับรู้ความสามารถในตนเอง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, การรับรู้ความสามารถในตนเอง, คุณภาพชีวิต, การรับรู้คุณค่าในตนเอง, เด็กและวัยรุ่น, ผู้ป่วยจิตเวช

ติดต่อผู้นิพนธ์ : นพวรรณ บัวทอง ; e-mail: nopricd@gmail.com

Original article

The effects of a self-management program targeting daily routines and emotional-social functioning on self-esteem, self-efficacy, and quality of life in child and adolescent psychiatric patients

Received : 15 August 2025

Revised : 11 November 2025

Accepted : 14 November 2025

Noppawan Buathong, M.N.S., Soontaree Srikosai, Ph.D., Pimpilai Jaithong, M.N.S.,

Chadaporn Kamfu, M.N.S., Phachanitra Ketkankul, B.N.S., Kitiya Kitikusoan, B.N.S.,

Uraiwan Wongpothi, B.N.S., Tamolwan Mahasakpan, B.N.S.

Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Chiang Mai Province

Abstract

Objective: To investigate the effects of a self-management program designed to focus on daily routines and emotional-social functioning on self-esteem, self-efficacy, and quality of life among child and adolescent psychiatric patients.

Methods: This quasi-experimental two-group repeated-measures study included 30 psychiatric inpatients aged 10 - 16 years. Fifteen participants in the experimental group received an add-on self-management program delivered in five sessions twice weekly, while fifteen participants in the control group received only standard care. Self-esteem, self-efficacy, and quality of life were assessed using validated instruments at baseline, immediately post-intervention, and at one-month and three-month follow-ups. Data were analyzed using independent t-tests and two-way ANOVA with repeated measures.

Results: At baseline, no between-group differences were found in demographic characteristics, self-esteem, self-efficacy, or quality of life. The experimental group demonstrated significantly higher mean scores for self-esteem and self-efficacy than the control group at both one-month and three-month follow-ups. Additionally, the experimental group showed significantly higher utility-weighted quality of life scores than the control group at the three-month follow-up.

Conclusion: The self-management program targeting daily routines and socio-emotional functioning could improve self-esteem, self-efficacy, and quality of life in child and adolescent psychiatric patients.

Keywords: child and adolescent, psychiatric patients, quality of life, self-efficacy, self-esteem, self-management

Corresponding author: Noppawan Buathong; e-mail: nopricd@gmail.com

ความรู้เดิม : โรงพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีการส่งเสริมทักษะและความรับผิดชอบด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคมให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยใช้กิจกรรม personal action plan (PAP) แต่ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และยังไม่ผ่านการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม ที่เน้นการส่งเสริมทักษะการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการอารมณ์และความคิดทางลบ และการรับรู้ศักยภาพของตนเอง ดำเนินการ 5 ครั้ง ใน 3 สัปดาห์ มีแนวโน้มช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง เพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเอง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติอย่างเดียว

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การให้การดูแลเสริมจากการดูแลปกติในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาการจัดการตนเอง

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นเป็นประเด็นที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน ข้อมูลทั่วโลกพบว่าเด็กและวัยรุ่นร้อยละ 10 - 20 เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช และร้อยละ 50 ของผู้ใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น¹ สถานการณ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มสอดคล้องกับข้อมูลระดับโลก เด็กและวัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี ประมาณ 1 ใน 7 คน และเด็กไทยอายุ 5 - 9 ปี ประมาณ 1 ใน 14 คน มีความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์² ผลการประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2563 - 2564 พบว่าเด็กและวัยรุ่นไทยร้อยละ 32 มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ร้อยละ 28 มีภาวะเครียดสูง และร้อยละ 22 มีพฤติกรรมเข้าสังคมลดลง ติดจอและเกมออนไลน์มากขึ้น และมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งและใช้ความรุนแรงในครอบครัว³ สอดคล้องกับแนวโน้มการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁴ โดยในภาคเหนือ ระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในสถาบันพัฒนาการ

เด็กราชนครินทร์จำนวน 32, 81, 117, 190 และ 196 ราย ตามลำดับ กลุ่มโรคของผู้รับบริการ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคสมาธิสั้นร่วมกับติดต่อต้านและ/หรือพฤติกรรมเกรี้ยว โรคอารมณ์สองขั้ว โรคออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย⁵⁻⁹

ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมักขาดทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองหลายด้าน ได้แก่ การจัดการอารมณ์ทางลบ ทักษะทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเผชิญปัญหาในครอบครัว โรงเรียน และสังคม ตลอดจนความรับผิดชอบในการรับประทานยาต่อเนื่องและการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง¹⁰ ส่งผลให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการคำนึงถึงความต้องการการดูแลเฉพาะบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบต่อดูแลตนเองได้เหมาะสม ทั้งด้านกิจวัตรประจำวันและด้านอารมณ์-สังคม นอกเหนือจากการดูแลในระยะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉิน

องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีบทบาทสำคัญและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง¹¹ โดยเฉพาะการส่งเสริมแนวคิดเรื่อง “การจัดการตนเอง (self-management)” ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเอง เกิดการรับรู้คุณค่าในตนเอง และรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ชีวิตอย่างเหมาะสม อันจะนำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนลดความเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำในระยะเวลายาว¹² การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่รวบรวมการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นโรคเรื้อรัง อายุ 10 - 18 ปี จำนวนรวม 197 คน พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้น มีความรับผิดชอบในการจัดการอาการและปัญหาในชีวิตประจำวัน อันเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค และมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น¹³ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานสนับสนุนว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับรู้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารได้ดีขึ้น โดยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด

ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม^{14,15} และโปรแกรมดังกล่าวยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{16,17}

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแบบผู้ป่วยในของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ประกอบด้วย การดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล (standard care) เช่น การพยาบาลทั้งในระยะวิกฤต ระยะกึ่งวิกฤต และระยะฟื้นฟู กิจกรรมบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด และการบำบัดจากสาขาวิชาชีพเพิ่มเติมตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมทักษะและความรับผิดชอบด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม โดยใช้แผนปฏิบัติการส่วนบุคคล (personal action plan: PAP) ตามประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการปรับเปลี่ยน แก้ไข หรือพัฒนา โดยมีพยาบาลช่วยเพิ่มเติมหรือปรับประเด็นให้มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมทักษะและความรับผิดชอบด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคมดังกล่าว ยังไม่ได้รับการศึกษาหรือพิสูจน์อย่างเป็นระบบเพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันถึงประสิทธิผล นอกจากนี้ การปฏิบัติของพยาบาลยังมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ความถี่ในการทบทวน PAP และการส่งเสริมความต่อเนื่องของการนำ PAP ไปใช้ของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล⁹

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคมร่วมกับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติเพียงอย่างเดียว

วิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (two-group repeated-measures design) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิตเลขที่ DMH.IRB.COA 020/2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโรค 5 กลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วย ได้แก่ major depressive disorder (MDD), bipolar disorders, attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) with conduct disorder, ADHD with oppositional defiant disorder (ODD), และ ADHD with substance abuse เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 10 - 16 ปี 2) อาการทางจิตสงบจากการประเมินด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น (Health of the Nation Outcomes Scales for Child and Adolescent Mental Health: HoNOSCA)¹⁸ ในหมวดที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าว หมวดที่ 2 การอยู่ไม่นิ่งและการขาดสมาธิ หมวดที่ 3 การทำร้ายตนเองที่ไม่เกิดจากอุบัติเหตุ หมวดที่ 7 อาการประสาทหลอนและความคิดหลงผิด และหมวดที่ 9 ปัญหาด้านอารมณ์และอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีคะแนน ≤ 2 คะแนน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80 ค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และค่าแอลฟา (α) ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการติดตาม จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹⁸ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การศึกษา โดยเก็บข้อมูลแบบอนุกรมตามลำดับเวลา (sequential data collection) ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของสถานที่วิจัย ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเฉลี่ย 5 - 7 รายต่อวัน และไม่สามารถกำหนดโรคของผู้ป่วยได้ โดยกระบวนการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองจนกระทั่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดและตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และระยะที่ 2 หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองแล้ว จึงเริ่มทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุม โดยใช้กระบวนการและเกณฑ์การคัดเลือกเดียวกัน

เครื่องมือดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และอารมณ์-สังคม สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัยตามกรอบแนวคิด self-management program ของ Coleman และ Newton²⁰ เป็นการบำบัดจิตสังคมนร่วมกับการปฏิบัติทางการพยาบาล โดยเน้นให้มีกิจกรรมหลัก ได้แก่ การฝึกทักษะการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวัน (problem solving) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการอารมณ์และความคิดทางลบด้วยวิธีเชิงบวก และการส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเอง (self-efficacy)

โปรแกรมมีการดำเนินทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เป็นการทบทวน ระบุปัญหา และอุปสรรคการจัดการตนเองของผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม (แบบกลุ่ม) ครั้งที่ 2 และ 3 เป็นการออกแบบกิจกรรมในแผนปฏิบัติการส่วนบุคคล (PAP) นำแผน PAP สู่การปฏิบัติ และเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเองและความสามารถในตนเอง (รายบุคคล) ครั้งที่ 4 เป็นการสรุปประเด็นความคิดรวบยอด และสะท้อนคิดแผนการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยใช้ทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน (รายบุคคล) และครั้งที่ 5 เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การจัดการตนเองตามแผน PAP ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล และสนับสนุนการนำแผน PAP ไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (แบบกลุ่ม) ดังตารางที่ 1

โปรแกรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ตามความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้พัฒนาโปรแกรมและความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาในเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โดยมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และผู้ดูแลหลัก

2. แบบวัดการรับรู้คุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale: RSES)²¹ มี 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วย และ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลความรูสึกมีคุณค่าในตนเองจากคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ≥ 3.5 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด 2.5 - 3.49 คะแนน หมายถึง ระดับมาก 1.5 - 2.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ < 1.5 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

3. แบบวัดการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy Scale)²² มี 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เป็นความจริง 2 = จริงเล็กน้อย 3 = จริงพอสมควร และ 4 = จริงมากที่สุด แปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองตามคะแนนรวม ดังนี้ 10 - 20 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 21 - 30 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 31 - 40 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EQ-5D-5L)²³ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละด้านมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่มีปัญหา 2 = มีปัญหาเล็กน้อย 3 = มีปัญหามาก 4 = มีปัญหาหนัก และ 5 = ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหามากที่สุด โดยคำตอบที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ค่าอรรถประโยชน์ (utility) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสถานะสุขภาพของตนเอง คำนวณจากสถานะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (ได้แก่ 1) หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ที่สุด และ 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบ หมายถึงสถานะที่แย่กว่าเสียชีวิต

แบบวัดการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบวัดการรับรู้ความสามารถในตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในคน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม (internal consistency) ได้

ตารางที่ 1 รูปแบบและโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	สื่ออุปกรณ์	รูปแบบ/เทคนิคที่ใช้
1	เพื่อทบทวนและระบุปัญหาและอุปสรรคต่อการจัดการตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม	ผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินกิจกรรมร่วมกันทบทวนและระบุปัญหาและอุปสรรคการจัดการตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม (รายกลุ่ม)	- ใบคำถาม - ใบงาน PAP - กระดาษ/ปากกา	- grounding technique (ก่อนเริ่มกิจกรรม) - การตั้งคำถาม - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม - positive verbal communication
2	เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการปรับปรุงพัฒนาในการจัดการตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม และเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าและความสามารถในการตนเอง (ครั้งที่ 1)	ผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินกิจกรรมร่วมกันออกแบบกิจกรรมในแผนปฏิบัติการส่วนบุคคล (PAP) และการนำแผน PAP ไปใช้ มุ่งเน้นสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าและความสามารถในการตนเองผ่านกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงเพื่อสร้างประสบการณ์ใหม่โดยฝึกการจัดการตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม (รายบุคคล)	- ใบคำถาม - ใบงาน PAP - กระดาษ/ปากกา	- motivational interviewing - problem solving - positive verbal communication - สอน สาธิต และสาธิตย้อนกลับ
3	เพื่อออกแบบกิจกรรมการจัดการตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคมโดยใช้แผน PAP และเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าและความสามารถในการตนเอง (ครั้งที่ 2)	ผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินกิจกรรมร่วมกันออกแบบกิจกรรมในแผน PAP แผนการการนำแผน PAP ไปใช้ และการเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าและความสามารถในการตนเอง (ครั้งที่ 2) ร่วมกับเชื่อมโยงผู้เข้าร่วมโดยให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมทั้งในตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายด้านสุขภาพ (รายบุคคล)	- ใบงาน PAP - กระดาษ/ปากกา	- problem solving - positive verbal communication - สอน สาธิต และสาธิตย้อนกลับ
4	เพื่อสรุปประเด็นความคิดรวบยอดและสะท้อนคิดแผนการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยใช้ทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน	ผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินกิจกรรมร่วมกันสรุปประเด็นความคิดรวบยอดเกี่ยวกับแผนกิจกรรมรายบุคคล กิจกรรมเสริมความมั่นใจในการดูแลหรือจัดการตนเอง แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ช่องทางและวิธีการติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือต้องการความช่วยเหลือ และสะท้อนคิดการเรียนรู้ที่ได้รับและความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน, สายด่วนสุขภาพจิต 1323 (รายบุคคล)	- ใบงาน PAP	- motivational interviewing - positive verbal communication - การสรุปบทเรียนร่วมกัน
5	เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การจัดการตนเองตามแผน PAP ขณะอยู่โรงพยาบาลจากกิจกรรมครั้งที่ 1 - 4 และสนับสนุนการนำแผนไปใช้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินกิจกรรมร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การจัดการตนเองตามแผน PAP ขณะอยู่โรงพยาบาล (จากกิจกรรมครั้งที่ 1 - 4) โดยใช้วิธีจำลองสถานการณ์ ให้ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์ ตัดสินใจแก้ปัญหา และสนับสนุนการนำแผน PAP การจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์สังคมไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (รายกลุ่ม)	- ใบงาน PAP	- การจำลองสถานการณ์ - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม - positive verbal communication - การสรุปบทเรียนร่วมกัน

PAP = personal action plan

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.83, 0.82 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นและผู้ปกครองได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยพยาบาลหัวหน้าเวรเช้าที่ปฏิบัติงานซึ่งได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสมเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการ จากนั้นผู้ปกครองและเด็กที่สนใจเข้าร่วมโครงการและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม การทดลองดำเนินการในกลุ่มทดลองก่อนกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (contamination) ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บข้อมูลพื้นฐานร่วมกับการประเมินการรับรู้คุณค่าตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิต (pretest) โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจำนวน 1 คน ซึ่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมวิจัยหลักและไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการบำบัดรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยไม่ได้แจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่าเป็นอาสาสมัครอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม ในห้องสำหรับทำกลุ่มและห้องบำบัดรายบุคคลของหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ดำเนินโปรแกรมโดยพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 5 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น อย่างน้อย 2 ปี และผ่านการฝึกอบรมการดำเนินโปรแกรมโดยหัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมพัฒนาโปรแกรม โดยระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองได้รับการบริการตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาลควบคู่ไปด้วย ภายหลังจากดำเนินโปรแกรมเสร็จสิ้น กลุ่มทดลองได้รับการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (posttest) โดยผู้ช่วยวิจัย ณ วันจำหน่าย และที่การติดตาม 1 และ 3 เดือน

สำหรับการดำเนินในกลุ่มควบคุม ประกอบด้วยการเก็บข้อมูล pretest โดยผู้ช่วยวิจัย การให้บริการตามปกติ และการเก็บข้อมูล posttest โดยผู้ช่วยวิจัยเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ทั้งนี้ ในส่วนของคุณภาพชีวิตมีการประเมินเฉพาะก่อนการทดลองและที่การติดตาม 3 เดือนเท่านั้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมจนส่งผลต่อมิติของคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ต้องใช้เวลาจากการเตรียมตัวไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมักเริ่มคงที่และวัดผลได้ชัดเจนที่ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน²⁴

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย chi-square test หรือ Fisher's exact test การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยวิธี Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลแบบต่อเนื่องมีการแจกแจงปกติ จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถในตนเองระหว่างกลุ่มและระหว่างการวัด 4 ระยะด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated-measures ANOVA) โดยกำหนดวิธีการทดลองเป็นตัวแปรระหว่างกลุ่ม และระยะเวลาที่วัดเป็นตัวแปรวัดซ้ำภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตระหว่าง 2 กลุ่ม ในแต่ละช่วงเวลาด้วย independent t-test

ผล

กลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ได้รับการติดตามครบถ้วน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 และ 53.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 13.2 ปี (SD = 1.9) และ 12.4 (SD = 1.4) ตามลำดับ กำลังศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 และ 60.0 ตามลำดับ และมีมัธยมต้น ร้อยละ 53.3 และ 40.0 ตามลำดับ และมีผู้ดูแลหลักเป็นมารดาร้อยละ 53.3 และ 33.3 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาที่วัด 4 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และที่การติดตาม 1 และ 3 เดือน พบว่า วิธีการทดลองมีอิทธิพล

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.292 ^a	.256
ชาย	4	26.7	7	46.7		
หญิง	11	73.3	8	53.3		
อายุ					1.308 ^b	.515
10 - 12 ปี	7	46.7	9	60.0		
13 - 15 ปี	7	46.7	6	40.0		
มากกว่า 15 ปี	1	6.6	0	0.0		
mean (SD)	13.2 (1.9)		12.4 (1.4)			
min, max	10.0, 16.0		10.0, 15.0			
การศึกษา					4.267 ^a	.512
ประถมศึกษา	7	46.7	9	60.0		
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	53.3	6	40.0		
ผู้ดูแลหลัก					2.026 ^b	.567
บิดาและมารดา	5	33.3	7	46.7		
มารดา	8	53.3	5	33.3		
ยาย	2	13.3	2	13.3		
มูลนิธิ	0	0.0	1	6.7		

^a chi-square test, ^b Fisher's exact test

ต่อคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาที่วัดมีอิทธิพลต่อคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนการรับรู้คุณค่าและความสามารถในการตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดตารางที่ 3

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ที่ก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที ค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ที่ระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถในตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตที่ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยร้อยละและค่าอรรถประโยชน์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ที่การติดตาม 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ

และค่าอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดตารางที่ 4

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม ร่วมกับการดูแลแบบปกติ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างเดียว ที่การติดตาม 1 และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและวิธีการทดลองที่พบจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนบ่งชี้ว่า การได้รับโปรแกรมเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติช่วยเพิ่มคะแนนดังกล่าวได้มากกว่าการได้รับการดูแลแบบปกติอย่างเดียว คล้ายคลึงกับการศึกษาของอัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ²⁵ ที่นำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทั้งนี้ แม้การศึกษาดังกล่าวไม่ได้วัดผลลัพธ์ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง แต่การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมดังกล่าวอาจสะท้อนถึงผลลัพธ์ด้านจิตใจต่อการเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measures ANOVA) ของการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาที่วัด (n = 30)

	SS	df	MS	F	p-value
การรับรู้คุณค่าในตนเอง					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	120.000	1	120.000	9.350	.005
ความคลาดเคลื่อนที่ 1	359.367	28	12.835		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาที่วัด	306.867	3	102.289	27.355	< .001
วิธีการทดลอง x ระยะเวลาที่วัด	217.533	3	72.511	19.392	< .001
ความคลาดเคลื่อนที่ 2	314.100	84	3.739		
การรับรู้ความสามารถในตนเอง					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	168.033	1	168.033	2.826	< .001
ความคลาดเคลื่อนที่ 1	1664.833	28	59.458		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาที่วัด	394.233	3	131.411	18.184	< .001
วิธีการทดลอง x ระยะเวลาที่วัด	107.233	3	56.744	7.852	< .001
ความคลาดเคลื่อนที่ 2	607.033	84	7.227		
คุณภาพชีวิต (ค่าอรรถประโยชน์)					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	0.116	1	0.116	22.359	< .001
ความคลาดเคลื่อนที่ 1	0.145	28	0.005		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาที่วัด	0.116	3	0.039	12.893	< .001
วิธีการทดลอง x ระยะเวลาที่วัด	0.017	3	0.006	1.864	0.142
ความคลาดเคลื่อนที่ 2	0.253	84	0.003		

หรือการรับรู้คุณค่าในตนเองที่เพิ่มมากขึ้น โดยผู้ที่สามารถรับรู้คุณค่าในตนเองมักมีความสามารถปกป้องหรือดูแลตนเองให้ดีขึ้นจากการเจ็บป่วย²⁶ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่รวบรวมการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการตนเองในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่รายงานการศึกษา 3 ใน 8 เรื่องพบว่าโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคไตเรื้อรังที่พบว่า ภายหลังจากได้รับการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น²⁷ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดกระเพาะ

เสื่อมแข็ง ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{28,29}

การเพิ่มขึ้นของการรับรู้คุณค่าและความสามารถในตนเองของกลุ่มทดลองในศึกษาครั้งนี้อาจเป็นผลจากกิจกรรมในครั้งที่ 2 และ 3 ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาในการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม รวมทั้งสามารถกำหนดเป้าหมายและวิธีการจัดการปัญหาดังกล่าวโดยใช้กระบวนการ PAP นอกจากนี้ กิจกรรมยังประกอบด้วย การทบทวนความภาคภูมิใจในตนเองและปัจจัยสำเร็จในการดูแลตนเองที่ผ่านมา การใช้ข้อความจูงใจตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตลอดจนการทบทวนประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และที่ระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน (n = 30)

	กลุ่มทดลอง (n = 15) mean (SD)	กลุ่มควบคุม (n = 15) mean (SD)	mean difference	t	p-value
การรับรู้คุณค่าในตนเอง					
ก่อนการทดลอง	2.71 (0.34)	2.91 (0.24)	-0.20	-1.865	.073
หลังการทดลองทันที	3.26 (0.26)	3.15 (0.26)	0.11	1.213	.235
ติดตามผล 1 เดือน	3.35 (0.22)	3.05 (0.180)	0.30	3.956	< .001
ติดตามผล 3 เดือน	3.47 (0.21)	2.90 (0.22)	0.57	7.277	< .001
การรับรู้ความสามารถในตนเอง					
ก่อนการทดลอง	26.73 (5.09)	26.53 (7.38)	0.20	0.086	.932
หลังการทดลองทันที	31.40 (4.91)	29.20 (8.55)	2.20	0.867	.393
ติดตามผล 1 เดือน	32.07 (3.84)	28.93 (2.19)	3.35	2.744	.010
ติดตามผล 3 เดือน	33.40 (3.11)	27.47 (4.09)	5.93	4.474	< .001
คุณภาพชีวิต (ร้อยละ)					
ก่อนการทดลอง	89.00 (3.87)	82.86 (15.90)	6.14	1.453	.158
ติดตามผล 3 เดือน	100 (0.00)	85.20 (5.05)	14.80	11.361	< .001
คุณภาพชีวิต (ค่าอรรถประโยชน์)					
ก่อนการทดลอง	0.92 (0.05)	0.87 (0.15)	0.05	1.229	.229
ติดตามผล 3 เดือน	1.00 (0.00)	0.90 (0.03)	0.10	11.570	< .001

โดยระหว่างกิจกรรม ผู้ดำเนินโปรแกรมได้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การเสนอแนะ แนวทางการแก้ปัญหา และการนำจุดเด่นหรือแนวทางที่ดีของสมาชิกคนอื่นมาประยุกต์ใช้ ผ่านการชื่นชมและการเสริมพลังเชิงบวก เมื่อติดตามผลพบว่า ในด้านกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างมีความใส่ใจดูแลตนเองโดยไม่ต้องได้รับการกระตุ้น เช่น การตื่นนอนตรงเวลาและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าตนเองรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น ส่วนในด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าตนเองมีความกล้าแสดงออกและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ การเรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากความสำเร็จของการดูแลร่างกาย จิตใจ และกิจวัตรประจำวันของตนเอง ประสบการณ์ทางอ้อมจากการเรียนรู้ความสำเร็จของบุคคลในครอบครัว และประสบการณ์จากการฝึกการผ่อนคลายอารมณ์และโดยอาศัยการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส (grounding technique) ยังอาจช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง การตระหนักรู้และการยอมรับในปัญหา ตลอดจนเห็นศักยภาพของตนเองในการพัฒนาและปรับปรุงตนเองให้ดียิ่งขึ้น

ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าและความสามารถในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้กลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว โรงเรียน หรือชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวหรือสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตัวเองของเด็ก³⁰

นอกจากนี้ ที่การติดตาม 3 เดือนพบว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคมร่วมกับการดูแลแบบปกติมีคุณภาพชีวิตด้านค่าอรรถประโยชน์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างเดียว สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง^{31,32} เช่นเดียวกับการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พบว่า โปรแกรมการดูแลตนเองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³³ ผลของโปรแกรมต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของลกลุ่มตัวอย่าง อาจเกี่ยวข้องกับการได้รับการเตรียมความพร้อมในการ

จัดการตนเองเมื่อกลับสู่ชุมชน ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จัดการตนเองที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมนำเสนอการเปลี่ยนแปลงตนเองจากการใช้ PAP ขณะอยู่โรงพยาบาลและแผนการนำ PAP ไปใช้ต่อเมื่อที่บ้าน อีกทั้งกระบวนการกลุ่มยังช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยพิจารณานำส่วนที่ดีของเพื่อนมาใช้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพิ่มเติม ซึ่งอาจช่วยส่งเสริมความรับผิดชอบและความมั่นใจของผู้ป่วยในการจัดการตนเองตามแผน PAP อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการสำคัญของการจัดการตนเองที่มีเป้าหมาย เพื่อปรับปรุงความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและเสริมสร้างความมุ่งมั่นในตนเอง และสอดคล้องกับหลักการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น³⁴

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดดังนี้ การดำเนินการทดลองได้เริ่มจากกลุ่มทดลองให้เสร็จสิ้นก่อนแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม อาจส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบวัดหรือแบบประเมินเนื่องจากปัจจัยด้านบริบทและอาการของผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีการวินิจฉัยโรคที่หลากหลาย เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยเดียว จึงอาจส่งผลต่อการตอบสนองของโปรแกรมที่ต่างกัน การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาศึกษาผลของโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีวินิจฉัยใกล้เคียงกัน เพื่อควบคุมความแปรปรวนของลักษณะอาการของผู้ป่วยและเพิ่มความชัดเจนในการประเมินผลของโปรแกรมในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค รวมทั้งควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 - 12 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลของโปรแกรม

สรุป

โปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคม ที่เน้นการฝึกทักษะการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวัน การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการอารมณ์และความคิดทางลบ และการส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเอง ดำเนินการทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม มีจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีแนวโน้มช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง

การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติในหอผู้ป่วย ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะกลางและระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ปีงบประมาณ 2566 รหัสโครงการ 179968

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

นพวรรณ บัวทอง : ออกแบบการวิจัย, เขียนบทความวิเคราะห์ข้อมูล ; สุนทรี ศรีโกสโย : ออกแบบการวิจัย, ตรวจสอบบทความ ; พิมพ์ไฉ ใจตรง : เก็บข้อมูล ; ชฎาพร คำฟู : เก็บข้อมูล ; ภัชฉนิตรา เกตุกาญจน์กุล : เก็บข้อมูล ; กิตติยา กิติกุล : เก็บข้อมูล ; อุไรวรรณ วงศ์โพธิ์ : เก็บข้อมูล ; ธมลวรรณ มหาศักดิ์พันธ์ : เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):226-36. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). Strengthening Mental Health and Psychosocial Support Systems and Services for Children and Adolescents in the East Asia and Pacific Region: Thailand Country Report [Internet]. Bangkok: UNICEF Thailand; 2022 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/reports/strengthening-mental-and-psychosocial-support-systems-and-services> (in Thai)
- Lohapattanabamrung A. Mood swings in adolescents. *Tid Thai Journal*. 2022;13(47):44-6. (in Thai).
- Chutha W, Jayana R, Sriengrat D, Makkhlai K. The situation of child psychiatric disorders in Thailand, 2022-May 2023: Surveillance of psychiatric disorders and mental health problems from the Health Data Center (HDC) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1480> (in Thai)
- Rajanagarindra Institute of Child Development. Inpatient department service statistics for fiscal year 2020. Chiang Mai: Rajanagarindra Institute of Child Development; 2020. (in Thai)

6. Rajanagarindra Institute of Child Development. Inpatient department service statistics for fiscal year 2021. Chiang Mai: Rajanagarindra Institute of Child Development; 2021. (in Thai)
7. Rajanagarindra Institute of Child Development. Inpatient department service statistics for fiscal year 2022. Chiang Mai: Rajanagarindra Institute of Child Development; 2022. (in Thai)
8. Rajanagarindra Institute of Child Development. Inpatient department service statistics for fiscal year 2023. Chiang Mai: Rajanagarindra Institute of Child Development; 2023. (in Thai)
9. Rajanagarindra Institute of Child Development. Inpatient department service statistics for fiscal year 2024. Chiang Mai: Rajanagarindra Institute of Child Development; 2024. (in Thai)
10. Buathong N, Kamphu C, Wongphoti U, Jaitrong P, Kitikusol K, Mahasakpan T, et al. Effect of self-management on daily routine and emotional-social behavior of child and adolescent psychiatric patients [Research Report]. Chiang Mai: Rajanagarindra Institute of Child Development; 2022. (in Thai)
11. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: World Health Organization; 2002.
12. World Health Organization. Atlas: Child and adolescent mental health resources [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9241563044>
13. Gauci J, Bloomfield J, Lawn S, Towns S, Steinbeck K. Effectiveness of self-management programmes for adolescents with a chronic illness: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2021;77(9):3585-99. doi:10.1111/jan.14801.
14. Thadaeng C, Kitreerawutiwong N. Effect of self-management program on self-efficacy, self-management behaviors, fasting plasma glucose, and Hemoglobin A1C among type 2 diabetes mellitus patients in Muang district, Angthong province [Dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai)
15. Sanitkilang S, Lagampan S, Pichayapinyo P. Effects of a self-management nursing support program with health care volunteers for insulin dependent type 2 diabetes mellitus patients. *Thai Journal of Public Health*. 2022;52(3):205-21. (in Thai)
16. Unnawong T. The effect of self-management promotion program on the quality of life of heart failure patients, Kumphawapi Hospital. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2024;8(15):175-83. (in Thai)
17. Rabiei DL, Lotfizadeh DM, Karimi Z, Masoudi DR. The effects of self-management education and support on self-efficacy, self-esteem, and quality of life among patients with epilepsy. *Seizure*. 2022;102:96-104. doi:10.1016/j.seizure.2022.09.023.
18. Pingkhalasay C. Development of the Thai version of the Health of the Nation Outcomes Scales for Child and Adolescent Mental Health (HoNOSCA). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2011;56(3): 243-54. (in Thai)
19. Wiersma W. *Research Methods in Education*. 7th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2000.
20. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 2005;72(8):1503-10.
21. Piyavhatkul N, Aroonpongpaisal S, Patjanasontorn N, Rongbutsri S, Maneeganondh S, Pimpanit W. Validity and reliability of the Rosenberg Self-Esteem Scale-Thai version as compared to the Self-Esteem Visual Analog Scale. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(7):857-62.
22. Sukmak V, Sirisoonthon A, Meena P. Validity of the General Perceived Self-Efficacy Scale. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2001;47(1):31-7.
23. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2014. (in Thai)
24. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997;12(1):38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38.
25. Vijitpunya A, Pondetchaswas S, Suntarowit N. The illness self-management program for patients' self care ability: research and development. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2018;32(1): 86-101. (in Thai)
26. Swann WB Jr, Chang-Schneider C, Larsen McClarty K. Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *Am Psychol*. 2007;62(2): 84-94. doi:10.1037/0003-066X.62.2.84.
27. Sezer TA, Çavuşoğlu H, Düzova A. Self-management program for adolescents with chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *J Ren Care*. 2021;47(3):146-59. doi:10.1111/jorc.12357.

28. Li R, Zhu D, Tan Z. The effects of self-management education on self-efficacy, self-esteem, and health behaviors among patients with stroke. *Medicine (Baltimore)*. 2025;104(7):e40758. doi:10.1097/MD.00000000000040758.
29. Maslakpak MH, Raiesi Z. Effect of a self-management and follow-up program on self-efficacy in patients with multiple sclerosis: a randomized clinical trial. *Nurs Midwifery Stud*. 2014;3(4):e25661. doi:10.17795/NMSJOURNAL25661.
30. Krauss S, Orth U, Robins RW. Family environment and self-esteem development: a longitudinal study from age 10 to 16. *J Pers Soc Psychol*. 2020;119(2):457-78. doi:10.1037/pspp0000263.
31. Phansathian N. The Effect of a Self-Management Program on Health-Related Quality of Life in Patients With Diabetic Retinopathy [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2022. (in Thai)
32. Kaewsing P, Thapinta D, Chairard J, Srirat C. Effectiveness of a self-management enhancement program among adults with uncontrolled asthma: a randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2021;25(3):375-88.
33. Lee MC, Wu SFV, Liang SY, Lu KC, Liu CY, Chuang YH. Effectiveness of a self-management program in enhancing quality of life, self-care, and self-efficacy in patients with hemodialysis: A quasi-experimental design. *Semin Dial*. 2021;34(3):209-16. doi:10.1111/sdi.12957.
34. Sawyer SM, Aroni RA. Self-management in adolescents with chronic illness. What does it mean and how can it be achieved? *Med J Aust*. 2005;183(8):405-9. doi:10.5694/j.1326-5377.2005.tb07103.x.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความผาสุกทางใจ ความนิยมความสมบูรณ์แบบ และความผูกพันต่องาน ของอาจารย์พยาบาล สถาบันการศึกษาเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร

วันรับ : 14 สิงหาคม 2568

วันแก้ไข : 10 พฤศจิกายน 2568

วันตอบรับ : 11 พฤศจิกายน 2568

พัทธ์สิตา สิริณภัทรสิทธิ์, พย.บ.¹, อภากร เปรี๊ยวณิม, พร.ด.²

โรงพยาบาลวิชัยยุทธ กรุงเทพฯ¹,

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ กรุงเทพฯ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความผาสุกทางใจ ความนิยมความสมบูรณ์แบบ และความผูกพันต่องานของอาจารย์พยาบาล

วิธีการ : การศึกษาแบบตัดขวางในอาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร 5 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความผาสุกทางใจ แบบวัดบุคลิกภาพความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกและเชิงลบ และแบบวัดความผูกพันต่องาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test และ one-way ANOVA และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 171 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 50 ปี และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปี กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจ ความผูกพันต่องาน ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกอยู่ในระดับมาก โดยเพศชายมีความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกมากกว่าเพศหญิง ความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวก ($r = 0.295, p < .01$) และรายได้ต่อเดือน ($r = 0.170, p < .01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบ ($r = -0.567, p < .01$) ขณะที่ความผูกพันต่องานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกทางใจและความนิยมความสมบูรณ์แบบ แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ประสบการณ์การทำงาน และรายได้

สรุป : การสนับสนุนค่าตอบแทนที่เหมาะสม ควบคู่กับการส่งเสริมทัศนคติด้านความสมบูรณ์แบบที่เหมาะสม อาจช่วยเสริมสร้างความผูกพันต่องาน ความผาสุกทางใจ และการคงอยู่ของอาจารย์พยาบาลในระยะยาว

คำสำคัญ : ความนิยมความสมบูรณ์แบบ, ความผาสุกทางใจ, ความผูกพันต่องาน, อาจารย์พยาบาล

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อภากร เปรี๊ยวณิม ; e-mail: arpakorn.pr@gmail.com

Original article

Psychological well-being, perfectionism, and work engagement among nurse educators in private educational institutions in Bangkok

Received : 14 August 2025

Revised : 10 November 2025

Accepted : 11 November 2025

Phussita Sirinaphussit, B.N.S.¹, Arpakorn Prewnim, Ph.D.²

Vichaiyuth Hospital, Bangkok¹,

Faculty of Nursing, North Bangkok University, Bangkok²

Abstract

Objective: To examine the relationships among personal factors, psychological well-being, perfectionism, and work engagement of nurse educators.

Methods: A cross-sectional study was conducted among nurse educators from five private educational institutions in Bangkok. Data were collected using questionnaires, including the Psychological Well-being Scale, the Positive and Negative Perfectionism Scale, and the Work Engagement Scale. Mean scores between subgroups were compared using independent t-test and one-way ANOVA. Correlations among variables were analyzed using Pearson's correlation coefficients.

Results: A total of 171 participants completed the questionnaires, most of whom were female, aged over 50 years, and had more than 20 years of work experience. Overall, the participants demonstrated moderate levels of psychological well-being, negative perfectionism, and work engagement. Positive perfectionism was at high level, with mean score being higher among males than females. Psychological well-being was significantly and positively correlated with positive perfectionism ($r = 0.295$, $p < .01$) and income ($r = 0.170$, $p < .05$), and significantly and negatively correlated with negative perfectionism ($r = -0.567$, $p < .01$). Work engagement was not correlated with psychological well-being or either type of perfectionism but was significantly and positively correlated with age, work experience, and income.

Conclusion: Providing appropriate compensation, together with promoting adaptive perfectionistic tendencies, may help enhance work engagement, psychological well-being, and the long-term retention among nurse educators.

Keywords: nurse educators, perfectionism, psychological well-being, work engagement

Corresponding author: Arpakorn Prewnim; e-mail: arpakorn.pr@gmail.com

ความรู้เดิม : อาจารย์พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องเผชิญกับภาระงานและความคาดหวังตามมาตรฐานวิชาชีพในระดับสูง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจ ความผูกพันต่องาน และความนิยมความสมบูรณ์แบบ อย่างไรก็ตาม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะเหล่านี้ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในบริบทสถาบันเอกชนของไทยยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : ระดับความผาสุกทางใจและความผูกพันต่องานของอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาเอกชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกอยู่ในระดับมาก ความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรายได้และความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ความผูกพันต่องานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ ประสบการณ์การทำงาน และรายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อความนิยมความสมบูรณ์แบบที่เหมาะสม ความผูกพันต่องาน และความผาสุกทางใจ เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ของอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาในระยะยาว

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจที่รวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลให้อาจารย์พยาบาลซึ่งกำลังสำคัญในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับความท้าทายใหม่ ๆ เช่น การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัลและนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการเรียนการสอน การปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากลและข้อกำหนดของสภาการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการตอบสนองต่อความต้องการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อาจารย์พยาบาลยังต้องเผชิญกับภาระงานที่หลากหลายและเข้มข้น ทั้งด้านการสอน การวิจัย การผลิตผลงานวิชาการ การบริหาร และการให้บริการชุมชน ประกอบกับความคาดหวังตาม

มาตรฐานวิชาชีพที่สูง² อาจส่งผลให้อาจารย์พยาบาลเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียดและความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์³ และอาจนำไปสู่ปัญหาการลาออกและการขาดแคลนบุคลากร ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของการจัดการศึกษาและการผลิตพยาบาลใหม่⁴

ความผาสุกทางใจ (psychological well-being) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอนและประสิทธิภาพการทำงานของอาจารย์พยาบาล^{5,6} ตามแนวคิดของ Ryff ความผาสุกทางใจเป็นการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างเต็มที่ ไม่ใช่เพียงความสุขทางอารมณ์ ประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ อิสระแห่งตน (autonomy) การจัดการสิ่งแวดล้อม (environmental mastery) การงอกงามส่วนบุคคล (personal growth) สัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) และการยอมรับตนเอง (self-acceptance)^{5,7} ความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล จิตวิทยา และบริบทการทำงานอย่างซับซ้อน^{8,9} และเกี่ยวข้องกับความท้าทายด้านดุลยภาพชีวิตกับการทำงาน (work-life balance)⁶ นอกจากนี้ การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ความผาสุกทางใจของบุคลากรลดลง^{10,11}

ความผูกพันต่องาน (work engagement) เป็นปัจจัยสะท้อนพลังใจ ความกระตือรือร้น และความทุ่มเทในการปฏิบัติงาน ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความท้าทายในการทำงาน^{12,13} Schaufeli และคณะ¹⁴ ได้อธิบายว่าความผูกพันต่องานเป็นสภาพจิตใจเชิงบวกที่ประกอบด้วยความแข็งขัน (vigor) การอุทิศตน (dedication) และการซึมซาบในงานอย่างลึกซึ้ง (absorption) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความผาสุกในการทำงาน (work-related well-being) และประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร ส่วน Meyer และ Allen¹⁵ เสนอว่าความผูกพันต่อองค์กร (organizational commitment) คือ ความยึดมั่นและการเชื่อมโยงทางจิตใจระหว่างบุคคลกับองค์กร ส่งผลต่อแนวโน้มที่บุคคลจะดำรงตนอยู่ในองค์กรและทุ่มเทในการทำงาน ประกอบด้วย ความผูกพันเชิงอารมณ์ (affective commitment) หมายถึง ความรู้สึกผูกพันและต้องการดำรงอยู่กับองค์กรด้วยความสมัครใจ ความผูกพันเชิงบรรทัดฐาน (normative commitment) หมายถึง ความรู้สึกผูกพันด้วยหน้าที่และพันธะทางจริยธรรม และความผูกพัน

เชิงต้นทุน (continuance commitment) หมายถึง การดำรงอยู่กับองค์กรเพราะต้นทุนของการลาออกสูงเกินไป ในบริบทของอาจารย์พยาบาล การขาดความผูกพันต่องาน (work disengagement) อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการจัดการเรียนการสอน ซึ่งอาจลดความผาสุกทางใจในระยะยาว^{14,15} ขณะที่การยกระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน ผ่านการจัดสรรค่าตอบแทนหรือเงินชดเชยที่เพียงพอและเป็นธรรม การส่งเสริมความสัมพันธ์และความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในองค์กร และการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย ช่วยส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการคงอยู่ของอาจารย์พยาบาล¹⁶ ทั้งนี้ ความผูกพันต่องานอาจมีความแตกต่างจากความผูกพันต่อองค์กรในบางประการ โดยเฉพาะการมุ่งเน้นประสบการณ์เชิงบวกในการทำงาน รวมถึงพลังงานทางร่างกายจิตใจ และอารมณ์ขณะปฏิบัติงาน มากกว่าความยึดมั่นต่อองค์กรในระยะยาว¹⁷

นอกจากปัจจัยด้านการทำงานแล้ว ลักษณะบุคลิกภาพเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่ส่งผลต่อความผาสุกทางใจ โดยเฉพาะความนิยมความสมบูรณ์แบบ (perfectionism) ซึ่งเป็นลักษณะที่พบบ่อยในกลุ่มวิชาชีพที่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานสูง โดยสามารถแบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวก หรือ ความนิยมความสมบูรณ์แบบที่เหมาะสม (adaptive perfectionism) โดยบุคคลมีการดำเนินกิจกรรมอย่างรอบคอบและผ่อนคลาย ประเมินตนเองตามมาตรฐานที่สูงแต่ยังคงอยู่บนพื้นฐานของความสมเหตุสมผลและความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบ หรือความนิยมความสมบูรณ์แบบที่ไม่เหมาะสม (maladaptive perfectionism) โดยบุคคลมีความกังวลมากเกินไปต่อความผิดพลาด มีการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองอย่างรุนแรง และดำเนินกิจกรรมอย่างตึงเครียดและใส่ใจรายละเอียดอย่างมากเกินไป เพื่อไล่ตามความคาดหวังที่ไม่สมเหตุสมผล¹⁸⁻²⁰ ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำงาน²⁰ ขณะที่ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจที่ลดลง²¹⁻²³ การศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบมีความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ และความผาสุกทางใจที่ลดลง²⁴

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความนิยมความสมบูรณ์แบบ ความผูกพันต่องาน และความผาสุกทางใจ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มอาจารย์พยาบาลยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของสถาบันการศึกษาเอกชนในประเทศไทย ซึ่งอาจมีบริบทและมาตรฐานในการทำงานที่แตกต่างจากสถาบันของรัฐ การทำความเข้าใจในประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานในการปรับปรุงกลยุทธ์การบริหารเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางใจของอาจารย์พยาบาลกลุ่มนี้ รวมถึงลดอัตราการลาออกและรักษาคุณภาพการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความนิยมความสมบูรณ์แบบ ความผูกพันต่องาน และความผาสุกทางใจของอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาเอกชน

วิธีการ

การศึกษาแบบตัดขวางในสถาบันการศึกษาเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพมหานคร เอกสารรับรองเลขที่ NS 7/2566 เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2566 การเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิง เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในสถาบันไม่น้อยกว่า 6 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล และ 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับ test family: t-test, statistical test: correlation test และ type of power analysis: a priori กำหนดค่าอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ขนาดอิทธิพล 0.20 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 เพื่อทดแทนการสูญหายของข้อมูล²⁵ รวมเป็น 180 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากสถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 6 แห่ง จากทั้งหมด 17 แห่ง กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างสถาบันละ 25 - 30 คน คัดเลือกสถาบันโดยพิจารณาจากคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีโครงสร้างการจัดการเรียนการสอนที่มีมาตรฐาน โดยได้รับการรับรองหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

จากสภาการพยาบาล และได้รับอนุญาตให้จัดการศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) หรือหน่วยงานกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง 2) ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้บริบทการทำงานมีลักษณะใกล้เคียงกัน 3) มีจำนวนอาจารย์พยาบาลเพียงพอต่อการเป็นกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด และ 4) ผู้บริหารสถาบันให้ความยินยอมและอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน และรายได้ต่อเดือน

2. แบบวัดความพึงพอใจของ ฉบับภาษาไทย²⁶ ประกอบด้วยมิติหลัก 6 ด้าน ตามแนวคิดของ Ryff²⁷ มีข้อคำถามทั้งหมด 54 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ และเชิงลบ 27 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 6 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อความที่มีความหมายทางลบมีการกลับค่าคะแนนก่อนนำมาคำนวณ การแปลความหมายของระดับความพึงพอใจจากคะแนนรวม ดังนี้ รวม 54 - 144 คะแนน ระดับต่ำ 145 - 234 คะแนน ระดับปานกลาง และ 235 - 324 คะแนน ระดับสูง ส่วนในรายองค์ประกอบ 9 - 18 คะแนน ระดับต่ำ 27 - 32 คะแนน ระดับปานกลาง และ 45 - 54 คะแนน ระดับสูง แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

3. แบบวัดบุคลิกภาพความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกและเชิงลบ (Positive and Negative Perfectionism Scale: PANPS) ฉบับภาษาไทย²⁸ มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 20 ข้อ และเชิงลบ 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการกลับค่าคะแนนก่อนนำมาคำนวณ การแปลผลคะแนนพิจารณาแยกรายองค์ประกอบ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 20 - 100 ค่าที่สูงแสดงถึงความสมบูรณ์แบบเชิงบวกและเชิงลบที่มากขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ≥ 73.4 คะแนน ระดับมาก 46.7 - 73.3 คะแนน ระดับปานกลาง และ ≤ 46.6 คะแนน ระดับน้อย แบบวัดฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.94

องค์ประกอบแบบเชิงบวกเท่ากับ 0.93 และเชิงลบเท่ากับ 0.91²⁸

4. แบบวัดความผูกพันต่องาน พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดของ Kahn และ Robertson¹⁷ และ Hewitt Associates²⁹ เพื่อสะท้อนระดับความผูกพันต่องานของบุคคลในหลายด้าน จำนวน 45 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ งานที่รับผิดชอบ 7 ข้อ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน 9 ข้อ ภาวะผู้นำและวัฒนธรรมในองค์กร 11 ข้อ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ 5 ข้อ โอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพ 8 ข้อ และการรักษาคุณภาพระหว่างชีวิตการปฏิบัติงานและชีวิตส่วนตัว 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งที่สุด ถึง 7 = เห็นด้วยอย่างยิ่งที่สุด การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ภาพรวม 226 - 315 คะแนน ระดับมาก 136 - 225 คะแนน ระดับปานกลาง และ 45 - 135 คะแนน ระดับน้อย ด้านงานที่รับผิดชอบ 36 - 49 คะแนน ระดับมาก 22 - 35 คะแนน ระดับปานกลาง และ 7 - 21 คะแนน ระดับน้อย ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน 46 - 59 คะแนน ระดับมาก 28 - 45 คะแนน ระดับปานกลาง และ 9 - 27 คะแนน ระดับน้อย ด้านภาวะผู้นำและวัฒนธรรมในองค์กร 55 - 77 คะแนน ระดับมาก 34 - 54 คะแนน ระดับปานกลาง และ 11 - 33 คะแนน ระดับน้อย ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ 31 - 45 คะแนน ระดับมาก 16 - 30 คะแนน ระดับปานกลาง และ 5 - 15 คะแนน ระดับน้อย ด้านโอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพ 41 - 56 คะแนน ระดับมาก 25 - 40 คะแนน ระดับปานกลาง และ 8 - 24 คะแนน ระดับน้อย และด้านการรักษาคุณภาพระหว่างชีวิตการปฏิบัติงานและชีวิตส่วนตัว 31 - 45 คะแนน ระดับมาก 16 - 30 คะแนน ระดับปานกลาง และ 5 - 15 คะแนน ระดับน้อย

แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 1 คน ด้านการบริหารการพยาบาล 1 คน และด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน โดยมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .66 - 1.00 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้³⁰ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความผาสุกทางใจ ความนิยมความสมบูรณ์แบบ และความผูกพันต่องาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติ independent t-test สำหรับตัวแปรที่มี 2 กลุ่ม และ one-way ANOVA สำหรับตัวแปรที่มี 3 กลุ่มขึ้นไป กรณีพบนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni และทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปร ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (อายุ ประสบการณ์การทำงาน และรายได้) ความนิยมความสมบูรณ์แบบ ความผูกพันต่องาน และความผาสุกทางใจ ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายของตัวแปรต่อเนื่องทุกตัวด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk ผลการทดสอบตัวแปรทุกตัวมีค่า p-value มากกว่า .05 ค่า skewness อยู่ระหว่าง -0.21 ถึง -0.42 และค่า kurtosis อยู่ระหว่าง 0.14 ถึง 0.31 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ^{31,32} จึงสามารถใช้สถิติพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ได้

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 171 คน จากสถาบันที่ตอบรับเข้าร่วม 5 แห่ง คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 95 เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.5 อยู่ในช่วงอายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 36.8 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 33.3 อายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 14.0 อายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 12.3 และอายุไม่เกิน 30 ปี ร้อยละ 3.5 ด้านสถานภาพสมรส ผู้ที่สมรสแล้วมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 49.1 รองลงมา ได้แก่ ผู้ที่โสดร้อยละ 33.3 หย่าร้างร้อยละ 12.3 และหม้ายร้อยละ 5.3 ด้านประสบการณ์การทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 49.1 ประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 21.1 ประสบการณ์ 6 - 10 ปี ร้อยละ 14.0 ประสบการณ์ 11 - 15 ปี ร้อยละ 10.5 และประสบการณ์ 16 - 20 ปี ร้อยละ 5.3 สำหรับรายได้ต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 40,001 - 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.1 รายได้มากกว่า 60,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ

26.3 รายได้ 50,001 - 60,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 22.8 รายได้ 30,001 - 40,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 21.1 และ รายได้ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 1.8

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้านย่อย พบว่าทุกมิติมีระดับคะแนนปานกลาง ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีจุดหมายในชีวิต ขณะที่ด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ความองอาจส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ยความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกอยู่ในระดับมาก และความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนค่าเฉลี่ยความผูกพันต่องานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของความผาสุกทางใจ ความนิยมความสมบูรณ์แบบ และความผูกพันต่องานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ด้านเพศ พบว่า เพศชายมีความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบไม่แตกต่างกัน ด้านอายุ พบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการทดสอบรายคู่พบว่า กลุ่มที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี และ 31 - 40 ปี มีความผูกพันต่องานต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี มีความผาสุกทางใจสูงกว่ากลุ่มอายุ 51 - 60 ปี ด้านสถานภาพสมรส พบความแตกต่างของความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบและความผูกพันต่องานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มสถานภาพโสดมีความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบสูงกว่ากลุ่มสถานภาพสมรส ขณะที่กลุ่มหย่าร้างมีความผูกพันต่องานต่ำกว่าทุกกลุ่ม และด้านประสบการณ์การทำงาน พบความแตกต่างของความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวก ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบ และความผูกพันต่องานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ 5 - 10 ปี มีความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกต่ำกว่าทุกกลุ่มและมีความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบสูงกว่าทุกกลุ่ม ส่วนกลุ่มที่มีประสบการณ์ 16 - 20 ปี มีความผูกพันต่องานสูงกว่าทุกกลุ่ม (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวก ($r = 0.295, p < .01$)

ตารางที่ 1 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจ ความนิยมความสมบูรณ์แบบ และความผูกพันต่องานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 171)

	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	mean	SD	การแปลผล
ความพึงพอใจ	182	245	206.14	11.25	ปานกลาง
อิสระแห่งตน	28	43	36.39	2.89	ปานกลาง
ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม	27	42	32.51	3.96	ปานกลาง
ความงอกงามส่วนบุคคล	23	40	29.93	3.75	ปานกลาง
การมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น	29	40	33.42	2.30	ปานกลาง
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	31	45	37.96	2.29	ปานกลาง
การยอมรับตนเอง	30	41	35.93	2.37	ปานกลาง
ความนิยมความสมบูรณ์แบบ					
ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวก	69	90	80.72	4.80	มาก
ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบ	57	82	67.44	4.57	ปานกลาง
ความผูกพันต่องาน	145	224	195.25	18.32	ปานกลาง
ด้านงานที่รับผิดชอบ	23	33	30.04	2.49	ปานกลาง
ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	28	50	43.16	4.49	ปานกลาง
ด้านภาวะผู้นำและวัฒนธรรมในองค์กร	34	54	46.60	5.13	ปานกลาง
ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	14	26	21.54	3.23	ปานกลาง
ด้านโอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพ	20	38	32.12	3.91	ปานกลาง
ด้านการรักษาสุขภาพระหว่างชีวิตการปฏิบัติงานและชีวิตส่วนตัว	14	26	21.79	3.02	ปานกลาง

SD = standard deviation

มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบ ($r = -0.567, p < .01$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับรายได้ต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.170, p < .05$) ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.196, p < .05$) นอกจากนี้ ความผูกพันต่องานยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับอายุ ประสบการณ์การทำงาน และรายได้ต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร มีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอาจารย์พยาบาลไทย³³ โดยระดับความพึงพอใจที่พบอาจสะท้อนว่าแม้อาจารย์พยาบาลต้องเผชิญกับภาระงานและความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ที่หลากหลายพร้อมกัน แต่ก็ยังสามารถรักษาสมดุลทางจิตใจได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในมิติด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตที่สูงที่สุด อาจอธิบายได้จากบทบาททางวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ที่ส่งเสริมความเป็นอยู่

ที่ดีให้แก่สังคม จึงอาจทำให้รู้สึกว่าการทำงานของตนเองมีคุณค่าและมีเป้าหมาย ขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านความงอกงามส่วนบุคคลต่ำสุด อาจเนื่องมาจากภาระงานที่มากและความรับผิดชอบที่หลากหลาย ส่งผลให้ไม่มีเวลาและพลังงานเพียงพอสำหรับการพัฒนาตนเอง นอกเหนือจากบทบาทอาชีพแล้ว อาจเกี่ยวข้องกับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ซึ่ง Ryff และ Keyes⁷ ระบุไว้ว่าความงอกงามส่วนบุคคลมักลดลงตามอายุอย่างสม่ำเสมอในทุกวัฒนธรรม อีกทั้งความยืดหยุ่นของสมอง (neuroplasticity) ที่ลดลงตามอายุอาจส่งผลให้บุคคลรับรู้การเรียนรู้และการเติบโตของตนเองได้น้อยลง

กลุ่มตัวอย่างมีความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกในระดับมาก โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจากเพศชายมีแนวโน้มของความสมบูรณ์แบบที่มุ่งเน้นตนเอง (self-oriented perfectionism) ซึ่งเป็นลักษณะที่เกิดจากการตั้งมาตรฐานต่อตนเอง และค่อนข้างเป็นอิสระจากความสมบูรณ์แบบที่สังคมกำหนด (socially prescribed perfectionism) ขณะที่เพศหญิงมีแนวโน้มของความสมบูรณ์แบบที่สังคมกำหนดสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน³⁴ นอกจากนี้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความผาสุกทางใจ ความนิยมความสมบูรณ์แบบ และความผูกพันต่องาน จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 171)

	ความผาสุกทางใจ			ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวก			ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบ			ความผูกพันต่องาน		
	mean (SD)	t/F	p	mean (SD)	t/F	p	mean (SD)	t/F	p	mean (SD)	t/F	p
เพศ												
ชาย	206.00 (15.34)	.031	.975	83.50 (1.64)	3.744	.005	67.00 (1.10)	.790	.443	190.00 (21.91)	.713	.477
หญิง	206.15 (11.13)			80.62 (4.85)			67.45 (4.65)			195.44 (18.23)		
อายุ												
≤ 30 ปี	211.50 (9.31)	3.139	.016	78.00 (4.38)	2.620	.037	69.50 (1.64)	3.513	.009	174.50 (4.93)	5.911	< .001
31 - 40 ปี	206.29 (9.47)			83.14 (3.17)			66.29 (4.64)			185.43 (21.15)		
41 - 50 ปี	212.13 (15.10)			81.88 (4.00)			69.13 (6.51)			198.75 (18.47)		
51 - 60 ปี	203.38 (10.57)			80.14 (4.79)			66.14 (3.71)			193.71 (19.95)		
> 60 ปี	206.05 (10.00)			80.26 (5.34)			68.37 (4.22)			201.26 (12.20)		
สถานภาพสมรส												
โสด	208.53 (15.94)	1.668	.176	80.95 (4.72)	.859	.463	68.63 (5.42)	3.216	.024	198.68 (16.59)	4.720	.003
สมรส	204.32 (8.40)			80.93 (4.58)			66.39 (4.08)			195.36 (16.21)		
หย่าร้าง	207.14 (5.96)			79.14 (5.65)			68.43 (3.67)			182.57 (27.12)		
หม้าย	205.67 (3.28)			81.00 (5.41)			67.33 (2.65)			202.00 (9.17)		
ประสบการณ์การทำงาน												
< 5 ปี	203.58 (8.36)	.788	.534	81.67 (5.45)	3.410	.010	66.83 (4.86)	3.711	.006	187.42 (22.81)	3.513	.009
5 - 10 ปี	205.75 (15.95)			77.87 (4.75)			70.12 (5.04)			193.63 (19.42)		
11 - 15 ปี	208.50 (11.64)			82.17 (3.22)			65.17 (4.46)			196.17 (14.00)		
16 - 20 ปี	208.33 (4.92)			79.00 (2.60)			66.33 (3.04)			199.68 (15.14)		
> 20 ปี	206.61 (11.15)			81.00 (4.70)			67.54 (4.15)			195.25 (18.32)		

SD = standard deviation

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน รายได้ ความผาสุกทางใจ ความนิยมความสมบูรณ์แบบ และความผูกพันต่องานของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n= 171)

	AGE	EX	MI	PWB	PP	NP	WE
AGE	1	.601**	.410**	-.097	-.060	.010	.256**
EX		1	.473**	.092	-.004	.026	.179*
MI			1	.170*	-.028	-.013	.335**
PWB				1	.295**	-.567**	-.029
PP					1	.196*	.140
NP						1	-.017
WE							1

* p < .05, ** p < .01; AGE = อายุ, EX = ประสบการณ์การทำงาน (work experience), MI = รายได้ต่อเดือน (monthly income), PWB = ความผาสุกทางใจ (psychological well-being), PP = ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวก (positive perfectionism), NP = ความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบ (negative perfectionism), WE = ความผูกพันต่องาน (work engagement)

เพศชายมักแสดงความมั่นใจในตนเองสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของบุคคลที่นิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวก³⁵ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองเพศมีค่าเฉลี่ยความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกสูงกว่าความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบ สะท้อนถึงแนวโน้มการมองความสมบูรณ์แบบที่เหมาะสมมากกว่าไม่เหมาะสม ซึ่งถือว่าส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและประสิทธิภาพการทำงานในบริบทของบุคลากรทางการแพทย์^{36,37} อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกและเชิงลบของกลุ่มตัวอย่างอาจสะท้อนว่า การปฏิบัติงานในบริบทที่มักต้องการความแม่นยำสูง และความผิดพลาดอาจส่งผลกระทบร้ายแรงต่อผู้ป่วย นักศึกษา สถาบัน และวิชาชีพพยาบาลโดยรวม อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความสมบูรณ์แบบที่ไม่เหมาะสมได้เช่นกัน²⁴

ความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกและมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสมบูรณ์แบบเชิงลบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Frost และคณะ¹⁹ ที่ระบุว่า การมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศในทางบวกจะช่วยผลักดันให้บุคคลเกิดความสำเร็จและความพึงพอใจในตนเอง และแนวคิดของ Stoeber และ Otto²⁰ ที่ระบุว่า การมุ่งมั่นในความสมบูรณ์แบบในเชิงลบ เช่น การตั้งเป้าหมายที่สูงเกินจริงและกลัวความล้มเหลว จะส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่พึงพอใจในตนเองได้ง่าย ทำให้ความผาสุกทางใจลดลง

การศึกษานี้ไม่พบว่าความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความผูกพันต่องาน

ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Schaufeli และคณะ¹⁴ ที่พบว่าความผูกพันต่องานส่งผลโดยตรงต่อความผาสุกในการทำงาน และแนวคิดของ Meyer and Allen¹⁵ ที่เสนอว่าความผูกพันต่อองค์กรเชิงอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกของบุคลากร อย่างไรก็ตาม ความผาสุกในการทำงานเป็นมิติที่สะท้อนบริบทการทำงานโดยตรง ซึ่งอาจแตกต่างจากความผาสุกทางใจโดยรวมที่ครอบคลุมชีวิตในหลายด้าน ผลการศึกษาดังกล่าวจึงอาจสะท้อนว่า ในบริบทของอาจารย์พยาบาลที่มีภาระหลากหลายทั้งด้านการทำงานและชีวิตส่วนตัว ความผูกพันต่องานอาจไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความผาสุกทางใจโดยรวม ขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว และการรับรู้คุณค่าในตนเอง อาจมีบทบาทสำคัญต่อความผาสุกทางใจมากกว่าความผูกพันต่องานเพียงอย่างเดียว^{38,39}

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกทางใจและความผูกพันต่องานของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Diener และคณะ⁹ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความผาสุก (subjective well-being) ของบุคคล อาจเนื่องจากอาจารย์พยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถสูง การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมจะช่วยสร้างความมั่นคงในชีวิตและลดความวิตกกังวล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดี ขณะที่ไม่พบว่าอายุและประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Diener

และคณะ⁶ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความผาสุกในประชากรทั่วไป ทั้งนี้ Ryff และ Keyes⁷ พบว่าความผาสุกทางใจแต่ละมิติมีความสัมพันธ์กับอายุแตกต่างกัน โดยด้านอิสระแห่งตนและการจัดการสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ขณะที่ความงอกงามส่วนบุคคลมีแนวโน้มลดลงตามอายุ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านบริบทองค์กรและวิชาชีพ รวมทั้งความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกที่อยู่ในระดับมากของกลุ่มตัวอย่าง อาจมีบทบาทสำคัญต่อความผาสุกทางใจมากกว่าปัจจัยประชากรศาสตร์²⁰ จึงลดทอนอิทธิพลโดยรวมของอายุและประสบการณ์การทำงานต่อความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้พบว่าอายุและประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่องานของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Meyer และคณะ⁴⁰ และ Allen และ Meyer⁴¹ ที่ระบุว่าอายุหรือประสบการณ์ในการทำงานที่ยาวนานขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความผูกพันต่อองค์กร โดยพนักงานที่มีอายุมากหรือทำงานกับองค์กรมานานมักมีความผูกพันที่สูงขึ้น เนื่องจากมีความมั่นคงในงาน ได้รับผลประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น และมีการลงทุนในองค์กรทั้งด้านเวลาและทักษะ (side-bet theory)⁴² ในทางกลับกัน กลุ่มพนักงานอายุน้อย ซึ่งมักเป็น gen Y หรือ Z อาจมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน หรือมองหาโอกาสใหม่ ๆ ได้ง่ายกว่า ทำให้มีความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมต่ำกว่า⁴³

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้ในการออกแบบมาตรการเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางใจให้แก่อาจารย์พยาบาล อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณาในการแปลผล ได้แก่ 1) รูปแบบการวิจัยแบบตัดขวางไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้ 2) มีตัวแปรกวนที่ไม่ได้ควบคุม เช่น ภาระงานจริง จำนวนชั่วโมงสอน และภาวะสุขภาพจิตเดิมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความผาสุกทางใจได้ 3) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากสถาบันที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเพียง 5 แห่ง อาจก่อให้เกิดอคติจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) และความเอนเอียงโดยอาสาสมัคร (volunteer bias) ได้ 4) การเก็บข้อมูลเฉพาะสถาบันเอกชนในกรุงเทพมหานครทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงผล

ไปยังอาจารย์พยาบาลในสถาบันของรัฐหรือในต่างจังหวัด 5) การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบรายงานตนเอง (self-report) อาจมีความเสี่ยงต่ออคติจากความปรารถนาทางสังคม (social desirability bias) โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่อาจประเมินสุขภาพจิตตนเองสูงกว่าความเป็นจริงเนื่องจากกังวลเรื่องการตีตราทางสังคม และ 6) ความผาสุกทางใจมีองค์ประกอบที่สามารถผันแปรตามสถานการณ์ ดังนั้นผลการศึกษาจึงสะท้อนระดับความผาสุกทางใจเฉพาะช่วงเวลาเก็บข้อมูลเท่านั้น

สรุป

อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาเอกชนมีระดับความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงบวกและรายได้ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความนิยมความสมบูรณ์แบบเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ความผูกพันต่องานมีความสัมพันธ์กับอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน และรายได้ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจโดยรวม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านบุคลิกภาพและปัจจัยทางเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อความผาสุกทางใจของอาจารย์พยาบาล ดังนั้น สถาบันการศึกษาควรส่งเสริมทัศนคติต่อความสมบูรณ์แบบที่เหมาะสม ควบคู่กับการสนับสนุนค่าตอบแทนและสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมความผูกพันต่องานและความผาสุกทางใจของอาจารย์พยาบาลในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครที่ให้ในการอนุเคราะห์ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

พัทธ์สิตา สิริภัทรสิทธิ์ : ออกแบบการวิจัย ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ตรวจสอบขั้นสุดท้าย ; อาภากร เป็รียวนั้ม : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Thailand Nursing and Midwifery Council. Report on the nursing workforce situation in Thailand 2021. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2021. (in Thai)
2. 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.
3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Annual report 2018. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2018. (in Thai)
4. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(2):103-11. doi:10.1002/wps.20311.
5. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57(6):1069-81. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069.
6. Winefield AH, Boyd CM, Saebel J, Pignata S. Job stress in university staff: an Australian research study. Bowen Hills (QLD): Australian Academic Press; 2008.
7. 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.
8. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull.* 1999;125(2):276-302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276.
9. Diener E, Sandvik E, Seidlitz L, Diener M. The relationship between income and subjective well-being: relative or absolute? *Soc Indic Res.* 1993;28(3):195-223. doi:10.1007/BF01079018.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2(2):99-113. doi:10.1002/job.4030020205.
11. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
12. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav.* 2004;25(3):293-315. doi:10.1002/job.248.
13. Saks AM. Antecedents and consequences of employee engagement. *J Manag Psychol.* 2006;21(7):600-19. doi:10.1108/02683940610690169.
14. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: a two-sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud.* 2002;3(1):71-92. doi:10.1023/A:1015630930326.
15. Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Hum Resour Manag Rev.* 1991;1(1):61-89. doi:10.1016/1053-4822(91)90011-Z.
16. Jodpimai S, Kaiwong P. Quality of work life affecting work motivation among nursing lecturer in the faculty of nursing, under higher education institution. *Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University.* 2020;6(3):194-208. (in Thai)
17. Kahn H, Robertson IT. Training and experience as predictors of job satisfaction and work motivation when using computers: a correlational study. *Behav Inf Technol.* 1992;11(1):53-60. doi:10.1080/01449299208924319.
18. Terry-Short LA, Owens RG, Slade PD, Dewey ME. Positive and negative perfectionism. *Pers Individ Dif.* 1995;18(5):663-8. doi:10.1016/0191-8869(94)00192-U.
19. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res.* 1990;14(5):449-68. doi:10.1007/BF01172967.
20. Stoeber J, Otto K. Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Pers Soc Psychol Rev.* 2006;10(4):295-319. doi:10.1207/s15327957pspr1004_2.
21. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60(3):456-70. doi:10.1037/0022-3514.60.3.456.
22. Hill AP, Curran T. Multidimensional perfectionism and burnout: a meta-analysis. *Pers Soc Psychol Rev.* 2016;20(3):269-88. doi:10.1177/1088868315596286.
23. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. The relationship between perfectionism and psychopathology: a meta-analysis. *J Clin Psychol.* 2017;73(10):1301-26. doi:10.1002/jclp.22435.
24. Melrose S. Perfectionism and depression: vulnerabilities nurses need to understand. *Nurs Res Pract.* 2011;2011:858497. doi:10.1155/2011/858497.
25. Grove SK, Gray JR. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2017.

26. Prewnim A, Suksawang P, Pradujprom P. Development of a psychological well-being scale. *Thai Journal of Nursing*. 2020;69(2):30-6. (in Thai)
27. Abbott RA, Ploubidis GB, Huppert FA, Kuh D, Wadsworth MEJ, Croudace TJ. Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:76. doi:10.1186/1477-7525-4-76.
28. Prewnim A, Rungratdhawatchai S. Translation and psychometric testing of the Positive and Negative Perfectionism Personality Scale (Thai version). *Thai Journal of Nursing*. 2023;72(4):51-60. (in Thai)
29. Hewitt Associates LLC. Research brief: employee engagement higher at double digit growth companies. Lincolnshire (IL): Hewitt Associates LLC; 2004.
30. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch J Educ Res*. 1977;2:49-60.
31. Razali NM, Wah YB. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *J Stat Model Anal*. 2011;2(1):21-33.
32. George D, Mallery P. IBM SPSS statistics 29 step by step: a simple guide and reference. New York: Routledge; 2024.
33. Chutsapman T. Relationship between demographic characteristics, psychological well-being, and workload in nursing instructors [Master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2016. (in Thai)
34. Musumeci MD, Cunningham CM, White TL. Disgustingly perfect: An examination of disgust, perfectionism, and gender. *Motiv Emot*. 2022;46(3):336-49. doi:10.1007/s11031-022-09931-8.
35. Masson AM, Cadot M, Ansseau M. Failure effects and gender differences in perfectionism. *Encephale*. 2003;29(2):125-35.
36. Huang H, Ding Y, Zhang Y, Peng Q, Liang Y, Wan X, et al. Resilience and positive coping style affect the relationship between maladaptive perfectionism and academic procrastination among Chinese undergraduate nursing students. *Front Psychol*. 2022;13:1014951. doi:10.3389/fpsyg.2022.1014951.
37. Henning K, Ey S, Shaw D. Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Med Educ*. 1998;32(5):456-64 doi:10.1046/j.1365-2923.1998.00234.x.
38. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud*. 2008;9(1):13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0.
39. Greenhaus JH, Collins KM, Shaw JD. The relation between work-family balance and quality of life. *J Vocat Behav*. 2003;63(3):510-31. doi:10.1016/S0001-8791(02)00042-8.
40. Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnytsky L. Affective, continuance and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *J Vocat Behav*. 2002;61(1):20-52. doi:10.1006/jvbe.2001.1842.
41. Allen NJ, Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *J Occup Psychol*. 1990;63(1):1-18. doi:10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x.
42. Becker HS. Notes on the concept of commitment. *Am J Sociol*. 1960;66(1):32-40. doi:10.1086/222820.
43. JobBKK. What kind of welfare attracts Gen Y, Z workers [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 05]. Available from: <https://jobbkk.com/variety/detail/6405> (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยเอื้ออำนวยและขัดขวางต่อบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมในหน่วยบริการปฐมภูมิ : หลักฐานจากโครงการขยายผลมาตรฐานบริการระดับประเทศ

วันรับ : 9 กันยายน 2568

วันแก้ไข : 1 พฤศจิกายน 2568

วันตอบรับ : 14 พฤศจิกายน 2568

วรินทิพย์ สว่างศรี, พ.บ.¹, วีร์ เมฆวิสัย, ปร.ด.², ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, พ.บ.³,

ธนภุช ลิขิตธรากุล, วท.ม.¹, ประภัสสร เตียเย็น, ส.บ.³, พรรณภัทร ไช่กุล, วท.บ.³

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ¹,

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี²,

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยขัดขวางกับการให้บริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการประเมินตนเองของหน่วยบริการปฐมภูมิจาก 4 ภูมิภาค ที่เข้าร่วมโครงการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามกรอบแนวคิด RE-AIM กับความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐานด้วย Fisher's exact test, independent t-test และ Pearson's correlation

ผล : หน่วยบริการที่มีข้อมูลสมบูรณ์ 30 แห่ง ภายหลังดำเนินโครงการ มีหน่วยบริการ 4 แห่ง (ร้อยละ 13.3) ที่ผ่านเกณฑ์ความครอบคลุมของบริการที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการผ่านเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม ร้อยละความครอบคลุมของบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้คู่มือฯ ($r = 0.582, p = .010$) และการได้รับงบประมาณภายนอก ($t = -3.727, p < .001$) นอกจากนี้ การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การมีส่วนร่วมของผู้นำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้คู่มือฯ โดยปัจจัยเหล่านี้ยังมีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป : การยอมรับของผู้ปฏิบัติงานและการสนับสนุนงบประมาณมีบทบาทสำคัญต่อการบูรณาการงานสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ โดยการสนับสนุนของผู้นำช่วยส่งเสริมการยอมรับ ขณะที่การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนอาจเป็นกลไกสำคัญต่อความสำเร็จของพื้นที่ การขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตจึงควรมุ่งเสริมสร้างความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานควบคู่กับการสนับสนุนเชิงระบบ

คำสำคัญ : บริการสุขภาพจิต, ปัจจัยขัดขวาง, ปัจจัยเอื้ออำนวย, ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรินทิพย์ สว่างศรี ; e-mail: pu_warin@gmail.com

Original article

Facilitators and barriers to optimum mental health services in primary care units: evidence from a national scale-up project

Received : 9 September 2025

Revised : 1 November 2025

Accepted : 14 November 2025

Warintip Sawangsri, M.D.¹, Wee Mekwilai, Ph.D.²,Dutsadee Juengsiragulwit, M.D.³, Tanakrit Likritalakul, M.Sc.¹,Prapussorn Tiayen, B.P.H.³, Phanphat Hokul, B.Sc.³Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Bangkok¹,Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Nonthaburi Province²,Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health, Nonthaburi Province³

Abstract

Objective: To examine facilitators and barriers associated with the optimum mental health services in primary care units (PCUs) in Thailand.

Methods: This cross-sectional study utilized secondary data from the Scale-Up Project of Mental Health Service Standards Using the “Transformative Mental Health in Primary Care” guidelines, conducted in pilot PCUs across four regions of Thailand. Associations between RE-AIM-based self-reported factors and service coverage (defined as the proportion of standard mental health service components delivered) were analyzed using Fisher’s exact test, independent t-test, and Pearson’s correlation.

Results: Of the 30 PCUs with complete data, four (13.3%) met the service coverage criterion ($\geq 80\%$ of standard service components) after project implementation. No factors were significantly associated with meeting the criterion. However, higher service coverage was associated with providers’ satisfaction with the guidelines ($r = 0.582$, $p = .010$) and the presence of external funding ($t = -3.727$, $p < .001$). In addition, public awareness of mental health service was significantly positively correlated with several factors, including service accessibility, leadership engagement, behavioral change among service users, and providers’ satisfaction with the guidelines, with these factors also showing significant intercorrelations.

Conclusion: Providers’ acceptance and funding play an important role in integrating mental health services into primary care. Leadership support facilitates providers’ acceptance, while promoting mental health literacy among the public may be a key mechanism for the success of services at the local level. Efforts to scale up mental health service standards should therefore focus on strengthening providers’ readiness alongside sustained system-level support.

Keywords: barriers, facilitators, mental health service, primary care

Corresponding author: Warintip Sawangsri; e-mail: pu_warin@gmail.com

ความรู้เดิม : การบูรณาการบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างไรก็ตาม การนำมาตรฐานหรือแนวทางบริการสุขภาพจิตไปใช้จริงในหน่วยบริการอาจมีข้อจำกัด เช่น การขาดแคลนบุคลากร ทรัพยากร และระบบสนับสนุนในพื้นที่

ความรู้ใหม่ : หน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีเพียงส่วนน้อยสามารถให้บริการสุขภาพจิตตามมาตรฐานในระดับที่เหมาะสม โดยความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้คู่มือฯ และงบประมาณภายนอกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความครอบคลุมของบริการอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชน การมีส่วนร่วมของผู้นำ ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้คู่มือฯ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ ยังมีความสัมพันธ์กันในลักษณะเชิงระบบ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการเสริมสร้างความพร้อมและการยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน ควบคู่กับการสนับสนุนเชิงนโยบายและโครงสร้าง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความยั่งยืนของบริการสุขภาพจิตในพื้นที่

บทนำ

หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) เป็นหน่วยบริการที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ¹ ปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนแล้วกว่า 1,390 แห่ง และมีการถ่ายโอนภารกิจบางส่วนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน²

การบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้ากับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ลดการตีตราทางสังคม (stigma) ลดค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางและการรักษา ตลอดจนส่งเสริมการดูแลที่มีมาตรฐานและการติดตามต่อเนื่อง^{3,4} ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทยมีการบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้าไปในระบบบริการ ทั้งการส่งเสริมป้องกันการคัดกรอง และการดูแลให้คำปรึกษาเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม การบูรณาการยังคงพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในพื้นที่ การบริการที่ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึงทุกพื้นที่ การขาดแคลนงบประมาณสนับสนุน รวมถึงค่านิยมและทัศนคติเชิงลบของประชาชนต่อปัญหาสุขภาพจิตในบางพื้นที่⁵⁻⁸

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 กรมสุขภาพจิตได้พัฒนา มาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพจิตในระดับชุมชน โดยจัดทำ “คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว” (Transformative Mental Health in Primary Health Care) สำหรับเป็นแนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยบูรณาการเข้ากับแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของทีมเวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การกำกับของ พรบ. บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหาและพัฒนา มาตรฐาน (เมษายน - ธันวาคม 2565) 2) การสื่อสารและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่นำร่อง (ธันวาคม 2565 - เมษายน 2566) 3) การทดลองใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ นำร่อง 62 แห่ง จาก 6 จังหวัด (เมษายน - สิงหาคม 2566) 4) การประเมินผลและปรับปรุงมาตรฐาน (กันยายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567) 5) การขับเคลื่อนการขยายผลในระดับเขตสุขภาพ ครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ ผ่านโครงการขยายผล มาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีม หมอครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในบริการปฐมภูมิ 51 แห่งจาก 14 จังหวัด (มีนาคม - กรกฎาคม 2567) และ 6) การบูรณาการมาตรฐานฯ (ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป)

ผลการประเมินโครงการเบื้องต้นพบว่า โครงการสามารถขับเคลื่อนได้ดีเมื่อมีการจัดบริการเชิงรุกและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตควบคู่กับการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน โดยมีปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ ความร่วมมือของเครือข่ายและบุคลากรในพื้นที่ที่เข้มแข็ง การพัฒนาความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง การมีจิตแพทย์ออกตรวจสม่ำเสมอ การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่ และการมีบริการสนับสนุน เช่น การจัดส่งยาใกล้บ้าน ตลอดจนการพัฒนาระบบทะเบียนและฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ช่วยในการติดตามดูแล ขณะเดียวกันมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาคู่มือให้กระชับและใช้งานง่าย การเพิ่มการอบรมทักษะสำคัญ เช่น การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength-based counseling: SBC) และการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) การบูรณาการคู่มือฯ กับมาตรฐานบริการปฐมภูมิ การเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ การส่งเสริมทักษะการบันทึกข้อมูล รวมถึงการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการที่ชัดเจนมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการมีแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตที่พัฒนาอย่างเป็นระบบในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถยกระดับมาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน แต่การนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติจริงในระดับหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องยังขึ้นอยู่กับอีกหลายปัจจัย ทั้งด้านบุคลากร เช่น ความรู้และทักษะทางคลินิก ด้านสุขภาพจิต อัตรากำลัง ภาระงาน และความร่วมมือในการปฏิบัติ ด้านองค์กร เช่น การสนับสนุนจากผู้นำ ความเพียงพอของทรัพยากร และงบประมาณ ตลอดจนด้านบริบทในพื้นที่ เช่น ความเข้าใจและความร่วมมือของชุมชนและภาคส่วนท้องถิ่น^{4,9,10} ทั้งนี้ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยขัดขวางที่อาจส่งผลกระทบต่อขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยดังกล่าว เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงแนวทางส่งเสริมปัจจัยเอื้ออำนวย และจัดการปัจจัยขัดขวาง เพื่อให้การขยายมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อสุขภาพจิตของประชาชนไทย

วิธีการ

การศึกษาแบบย้อนหลัง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2568 หมายเลขรับรอง DMH.IRB.COA 016/2568 และได้รับอนุญาตในการขอใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ กรมสุขภาพจิต

แหล่งข้อมูล

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ 5 ของการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยประกอบด้วย การจัดประชุมชี้แจงคู่มือฯ การอบรมความรู้และการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการส่งเสริมป้องกัน (วัคซีนใจ) การให้คำปรึกษาเบื้องต้น เช่น SBC และ MI และการคัดกรองด้วยเครื่องมือต่าง ๆ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หน่วยบริการปฐมภูมินำร่องที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 51 แห่ง เป็นหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) ในการศึกษาครั้งนี้ โดยแต่ละแห่งมีผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรประจำหน่วยบริการที่ได้รับมอบหมายให้เป็นตัวแทนตอบแบบสอบถาม ซึ่งกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด หน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ และ 2) มีส่วนร่วมในการดำเนินการโครงการตั้งแต่ต้นจนจบ เลือกหน่วยบริการทุกแห่งที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ และ 2) มีการตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ และเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นข้อมูลที่มาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกัน

ข้อมูลที่น่าวิเคราะห์

1. ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดที่ตั้ง ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดที่พบบ่อย การให้บริการสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ จำนวนบุคลากรทั้งหมด จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช และจำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

2. ปัจจัยของการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ นำข้อมูลมาจากผลการประเมินตนเองของตัวแทนหน่วยงานที่มีการเก็บรวบรวมหลังการดำเนินโครงการ ด้วยแบบสอบถาม Google form ที่ส่งไปยังพื้นที่นำร่อง ข้อคำถามอ้างอิงจากการศึกษาของ Isaacs และ Mitchell¹¹ ที่ว่าด้วยการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ และปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน คำตอบมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการประยุกต์ใช้งานวิจัยด้านสุขภาพในระบบบริการ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.92

ในการศึกษาระดับนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามดังกล่าวมาจัดตามกรอบแนวคิด RE-AIM¹² ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินการขับเคลื่อนงานวิจัยหรือโครงการด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติจริงในระบบสาธารณสุข (implementation science) ประกอบด้วย 5 มิติหลัก ได้แก่ Reach คือ การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย Effectiveness คือ ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของโครงการต่อพฤติกรรมและสุขภาพ Adaptation คือ การยอมรับและการนำไปใช้ของหน่วยงานหรือบุคลากร Implementation คือ การดำเนินงานจริงและต้นทุนทรัพยากร และ Maintenance คือ ความต่อเนื่องและความยั่งยืนในระยะยาว โดยมีนิยามและเกณฑ์การให้คะแนนดังตารางที่ 1

3. ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ ใช้ข้อมูลจากการสอบถามความพึงพอใจในภาพรวมที่มีการเก็บรวบรวมในโครงการ โดยตัวแทนบุคลากรประจำหน่วยบริการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นผู้ประเมิน คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก เฉย ๆ น้อย และน้อยที่สุด

4. ความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐาน ใช้ข้อมูลจากรายงานการให้บริการที่เก็บรวบรวมในโครงการ โดยบุคลากรในหน่วยบริการเป็นผู้ตอบผ่าน Google form โดยมีบริการทั้งหมด 34 ประเภท จากมาตรฐานบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Optimum Mental Health Service in PCU)

บทที่ 8 ในคู่มือฯ จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน 6 ประเภท การคัดกรองปัญหาจิตเวชในคลินิกโรคทางกาย 16 ประเภท การรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้น 4 ประเภท การติดตามต่อเนื่อง 3 ประเภท และการเยี่ยมบ้านและส่งต่อ 5 ประเภท คำตอบแต่ละข้อมีสองตัวเลือก ได้แก่ มีการให้บริการ คิดเป็น 1 คะแนน และไม่มีการให้บริการ คิดเป็น 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้แปลงเป็นร้อยละความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐาน โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ของการให้บริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมของหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มด้วย Fisher's exact test และระหว่างตัวแปรแบบต่อเนื่องด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากการทดสอบการกระจายตัวของคะแนนรวมของตัวแปรรายด้านตามกรอบ RE-AIM พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดยการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilk มีค่า p-value เท่ากับ .200 และ .791 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า .05 รวมทั้งค่า skewness เท่ากับ .157 และ kurtosis เท่ากับ -.426 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (± 1) แสดงว่าข้อมูลมีความโค้งกระจายอยู่ในระดับปกติ จึงสามารถใช้สถิติแบบพารามेटริกได้

ผล

พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ 51 แห่ง ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ 62 ชุด จากหน่วยบริการ 51 แห่ง โดยเป็นข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ 21 ชุด ข้อมูลที่ซ้ำซ้อนจากหน่วยเดียวกัน 11 ชุด รวมคัดออกทั้งหมด 32 ชุด คงเหลือข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ 30 แห่ง (30 ชุดข้อมูล) ดังแผนภาพที่ 1

หน่วยบริการปฐมภูมิ 30 แห่งที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล มีการกระจายตัวอยู่ใน 11 อำเภอ 10 จังหวัด แบ่งเป็นหน่วยบริการในภาคกลาง 13 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 9 แห่ง ภาคเหนือ 5 แห่ง และภาคตะวันออก 3 แห่ง

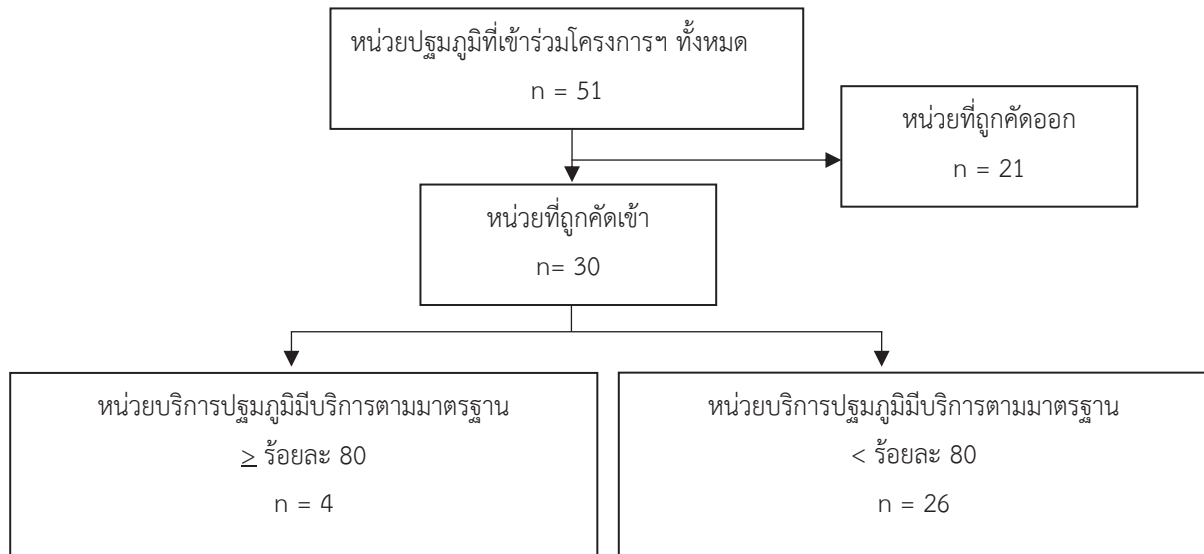
ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นิยาม	เกณฑ์การให้คะแนน			
	ความหมาย	การแปลผล (Fisher's exact)	การให้คะแนน (Pearson's correlation)	
Reach				
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (R1)	โอกาสและความสามารถที่บุคคลหนึ่งจะได้รับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชใน PCU ได้อย่างเหมาะสม ง่าย และสะดวกสบาย	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านบริการสุขภาพจิตของประชาชน (R2)	ผู้รับบริการใน PCU ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิต	1. มากที่สุด 2. มาก 3. ปานกลาง 4. น้อย	พอ ไม่พอ	4 3 2 1
Effectiveness				
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต/โรคจิตเวชของผู้รับบริการ (E1)	ผู้ป่วยใน PCU มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต/โรคจิตเวชและการบริการสุขภาพจิตที่มีให้	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
ความร่วมมือของผู้รับบริการ (E2)	ผู้ป่วยใน PCU ให้ความร่วมมือต่อการบริการสุขภาพจิตที่มีให้	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
Adoption				
การมีส่วนร่วมของผู้นำ ในการบูรณาการงานสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ (A1)	ผู้นำใน PCU มีส่วนในการสนับสนุนการบูรณาการงานสุขภาพจิตในพื้นที่ระบบบริการปฐมภูมิ	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร (A2)	บุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบูรณาการงานสุขภาพจิตในพื้นที่ระบบบริการปฐมภูมิเป็นอย่างดี	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
Implementation				
อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร (I1)	อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ	มากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของอัตราส่วน กลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของ อัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง	มากกว่าหรือ เท่ากับค่าเฉลี่ย น้อยกว่า ค่าเฉลี่ย	คะแนนเป็นตาม อัตราส่วน

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)

นियาม	นิยาม	เกณฑ์การให้คะแนน		
		ความหมาย	การแปลผล (Fisher's exact)	การให้คะแนน (Pearson's correlation)
Implementation (ต่อ)				
การฝึกอบรมบุคลากร (I2)	บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิตใน PCU ได้อย่างเพียงพอ	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
ความถี่ในการใช้คู่มือฯ (I3)	ผู้รับบริการใน PCU ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิต	1. ทุกสัปดาห์ 2. ทุก 2 - 3 สัปดาห์ 3. เดือนละ 1 ครั้ง 4. นาน ๆ ครั้ง (1 - 3 ครั้ง) 5. ไม่เคย	ใช่ ไม่ใช่	5 4 3 2 1
ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ (I4)	มีการใช้คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว บ่อยแค่ไหน	1. มากที่สุด 2. มาก 3. เฉย ๆ 4. น้อย 5. น้อยที่สุด	พอใจ ไม่พอใจ	5 4 3 2 1
ความถี่ของการประสานกับหน่วยงานภายนอก (I5)	ความถี่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีการประสานกับบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต หรือ บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ในหน่วยงานสาธารณสุขที่เห็นขึ้นไป	1. ไม่เคยเลย 2. น้อยกว่า 6 ครั้ง/ปี 3. 6 - 11 ครั้ง/ปี 4. ทุกเดือน 5. มากกว่า 1 ครั้ง/เดือน	น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน ขึ้นไป	1 2 3 4 5
ปัญหาของการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก (I6)	หน่วยงานพบปัญหาในการประสานกับบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต หรือ บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ในหน่วยงานสาธารณสุขที่เห็นขึ้นไป	1. ไม่พบปัญหาเลย 2. นาน ๆ ครั้ง 3. บางครั้ง 4. บ่อยครั้ง 5. ทุกครั้ง	ไม่บ่อยครั้ง บ่อยครั้ง	5 4 3 2 1
ความเพียงพอของทรัพยากร (I7)	ทรัพยากรที่ PCU ใช้ในการดำเนินงานและจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรข้อมูล และอุปกรณ์ ทรัพยากรเทคโนโลยี เป็นต้น	ไม่เพียงพอ เพียงพอ	ไม่เพียงพอ เพียงพอ	
การดำเนินการของผู้นำ (I8)	ผู้นำใน PCU มีการดำเนินการเฉพาะสนับสนุนการบูรณาการงานสุขภาพจิตในพื้นที่ระบบบริการปฐมภูมิ	1. ไม่มีการดำเนินการ 2. มีการดำเนินการ	ไม่มี มี	
Maintenance				
งบประมาณภายนอก (M1)	พื้นที่มีแหล่งเงินทุนอื่น ๆ ในการสนับสนุนงานบูรณาการบริการสุขภาพจิตใน PCU	มี ไม่มี	มี ไม่มี	
นโยบายจากภายนอก (M2)	พื้นที่ได้รับนโยบายสนับสนุนเพียงพอต่อการบูรณาการบริการสุขภาพจิตใน PCU	ไม่เพียงพอ เพียงพอ	ไม่เพียงพอ เพียงพอ	

หมายเหตุ : เนื่องจากไม่พบการศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดต่อประชากรจึงใช้ค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างแทน



แผนภาพที่ 1 จำนวนหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา

หน่วยบริการมีจำนวนบุคลากรเฉลี่ย 11 คน จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเฉลี่ย 2.9 คน และมีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบเฉลี่ย 10,382.7 คน คิดเป็นอัตราส่วนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตต่อจำนวนประชากรเฉลี่ย 1 : 3,580 คน โดยมีหน่วยบริการที่มีอัตราส่วนสูงกว่าค่าเฉลี่ย 19 แห่ง (ร้อยละ 63.3) ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด โรคจิตเภท และภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ

ก่อนดำเนินโครงการ มีหน่วยบริการที่มีบริการสุขภาพจิตด้านการส่งเสริมป้องกัน การคัดกรองปัญหาจิตเวช ในคลินิกโรคทางกาย การรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้น การติดตามต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเวช และการเยี่ยมบ้านและส่งต่อครบทั้ง 5 ด้าน (มีการให้บริการอย่างน้อยหนึ่งประเภทต่อด้าน) จำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 36.7) โดยบริการสุขภาพจิตที่หน่วยบริการมีมากที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน จำนวน 29 แห่ง (ร้อยละ 96.7) การเยี่ยมบ้านและการส่งต่อ จำนวน 28 แห่ง (ร้อยละ 93.3) และการติดตามต่อเนื่อง จำนวน 26 แห่ง (ร้อยละ 86.7) ภายหลังจากดำเนินโครงการ มีหน่วยบริการที่มีบริการสุขภาพจิตครบทั้ง 5 ด้านเพิ่มเป็น 15 แห่ง (ร้อยละ 50.0) โดยบริการสุขภาพจิตที่หน่วยบริการมีมากที่สุด ได้แก่ การคัดกรองปัญหาจิตเวชในคลินิกโรคทางกาย จำนวน 30 แห่ง (ร้อยละ 100) การเยี่ยมบ้านและการส่งต่อ จำนวน 30 แห่ง (ร้อยละ 100) และการส่งเสริมป้องกัน จำนวน 29 แห่ง (ร้อยละ 96.7)

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐาน กล่าวคือ มีการให้บริการร้อยละ 80 ขึ้นไปของบริการทั้งหมด พบว่ามีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 13.3) การเปรียบเทียบปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการ ระหว่างหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่า ปัจจัยที่หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มีแนวโน้มรายงานมากกว่าหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร ความเพียงพอของทรัพยากรและงบประมาณภายนอก ส่วนปัจจัยที่หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มีแนวโน้มรายงานน้อยกว่าหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ การฝึกอบรมบุคลากร อย่างไรก็ตาม ไม่พบปัจจัยใดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละความครอบคลุมของบริการตามมาตรฐานกับคะแนนของปัจจัยแต่ละด้านที่มีการกระจายตัวใกล้เคียงปกติ ด้วยสถิติ Pearson's correlation พบว่า ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับร้อยละความครอบคลุมของบริการ ($r = 0.582, p = .001$) ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มี 2 ตัวเลือกด้วย independent t-test พบว่า หน่วยงานที่รายงานว่ามีงบประมาณภายนอกมีค่าเฉลี่ยร้อยละความครอบคลุมของบริการสูงกว่าหน่วยงานที่รายงานว่าไม่มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.727, p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ (n = 30)

	ผ่านเกณฑ์ (n = 4) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ (n = 26) จำนวน (ร้อยละ)	Fisher's Exact Test
Reach			
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ			1.000
เห็นด้วย	4 (100.0)	25 (96.2)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	1 (3.8)	
การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชน			N/A
พอ	4 (100.0)	26 (100.0)	
ไม่พอ	0 (0.0)	0 (0.0)	
Effectiveness			
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ			1.000
เห็นด้วย	4 (100.0)	22 (84.6)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	4 (15.4)	
ความร่วมมือของผู้รับบริการ			1.000
เห็นด้วย	4 (100.0)	24 (92.3)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	2 (7.7)	
Adoption			
การมีส่วนร่วมของผู้นำ			N/A
เห็นด้วย	4 (100.0)	26 (100.0)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	0 (0.0)	
การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร			N/A
เห็นด้วย	4 (100.0)	26 (100.0)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	0 (0.0)	
Implementation			
อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร			.314
น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	4 (100.0)	18 (69.2)	
มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย	0 (0.0)	8 (30.8)	
การฝึกอบรมบุคลากร			.538
เห็นด้วย	3 (75.0)	22 (84.6)	
ไม่เห็นด้วย	1 (25.0)	4 (15.4)	
ความถี่ในการใช้คู่มือฯ			1.000
เห็นด้วย	4 (100.0)	25 (96.2)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	1 (3.8)	
ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ			1.000
พึงพอใจ	4 (100.0)	25 (96.2)	
ไม่พึงพอใจ	0 (0.0)	1 (3.8)	
ความถี่ของการประสานกับหน่วยงานภายนอก			1.000
1 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป	2 (50.0)	16 (61.5)	
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	2 (50.0)	10 (38.5)	
ปัญหาของการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก			1.000
บ่อยครั้ง	1 (25.0)	4 (15.4)	
ไม่บ่อย	3 (75.0)	22 (84.6)	
ความเพียงพอของทรัพยากร			.611
เพียงพอ	3 (75.0)	9 (34.6)	
ไม่เพียงพอ	1 (25.0)	17 (65.4)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ (n = 30) (ต่อ)

	ผ่านเกณฑ์ (n = 4) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ (n = 26) จำนวน (ร้อยละ)	Fisher's Exact Test
Implementation (ต่อ)			
การดำเนินการของผู้นำ			1.000
มี	4 (100.0)	25 (96.2)	
ไม่มี	0 (0.0)	1 (3.8)	
Maintenance			
งบประมาณภายนอก			1.000
มี	4 (100.0)	22 (84.6)	
ไม่มี	0 (0.0)	4 (15.4)	
นโยบายจากภายนอก			1.000
เพียงพอ	4 (100.0)	24 (92.3)	
ไม่เพียงพอ	0 (0.0)	2 (7.7)	

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละปัจจัยโดย Pearson's correlation พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการกับการรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชน ความสะดวกในการเข้าถึงบริการกับการฝึกอบรมบุคลากร การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนกับการมีส่วนร่วมของผู้นำ การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนกับความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการกับความพร้อมมือของผู้รับบริการ และการมีส่วนร่วมของผู้นำกับความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 13.3) ให้บริการมาตรฐานที่เหมาะสมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามเกณฑ์ ทั้งนี้ ปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่ชี้วัดความสำเร็จในการขยายผล ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์ชี้วัดดังกล่าวจากความครอบคลุมของบริการที่ร้อยละ 80 ขึ้นไปจากจำนวนบริการที่ระบุไว้ในคู่มือฯ ทั้งหมด 34 ประเภท แม้ว่าภายหลังโครงการ หน่วยบริการที่สามารถจัดบริการสุขภาพจิตได้ครบทั้ง 5 ด้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.7 เป็นร้อยละ 50.0 แต่ยังมีเพียงส่วนน้อยที่ผ่านเกณฑ์สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างการเริ่มมีบริการกับการ

ดำเนินงานจริงตามมาตรฐาน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการคัดกรองปัญหาจิตเวชในคลินิกโรคทางกายและการเยี่ยมบ้านดำเนินการได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของระบบปฐมภูมิ ขณะที่บริการด้านการรักษาและการติดตามต่อเนื่องยังดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนในหลายพื้นที่ ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากรและระบบการเชื่อมต่อการบริการผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

การวิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการผ่านเกณฑ์ความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐาน แม้ว่าผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ความอ่อนไหว (sensitivity analysis) โดยการปรับเกณฑ์ลงเหลือร้อยละ 60 แล้วก็ตาม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากจำนวนหน่วยการวิเคราะห์ที่น้อย ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทดสอบความแตกต่างทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์คะแนนของปัจจัยในรูปแบบต่อเนื่องด้วยการวิเคราะห์ Pearson's correlation พบว่าความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับร้อยละความครอบคลุมของบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่ชี้ว่า ทักษะคติความเข้าใจ ความเชื่อมั่น และการยอมรับผู้ปฏิบัติงาน และความสอดคล้องกับกระบวนการทำงานจริงของแนวทางปฏิบัติ เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบูรณาการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ¹³⁻¹⁵ และสอดคล้องกับแนวคิด

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิกับร้อยละความครอบคลุมของบริการตามมาตรฐาน (n = 30)

	ค่าสถิติ	p-value
Reach		
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ	r = 0.141	.459
การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชน	r = 0.280	.133
Effectiveness		
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ	r = 0.000	1.000
ความร่วมมือของผู้รับบริการ	r = 0.000	1.000
Adoption		
การมีส่วนร่วมของผู้นำ	r = 0.162	.392
การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร	r = 0.140	.460
Implementation		
อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร	r = 0.240	.202
การฝึกอบรมบุคลากร	r = 0.014	.942
ความถี่ในการใช้คู่มือฯ	r = 0.014	.944
ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ	r = 0.582	.001
ความถี่ของการประสานกับหน่วยงานภายนอก	r = 0.126	.507
ปัญหาการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก	r = -0.088	.642
ความเพียงพอของทรัพยากร	เพียงพอ = 62.81 ± 21.00, ไม่เพียงพอ = 56.94 ± 18.64; t = -0.794	.434
การดำเนินการของผู้นำ	มี = 58.98 ± 20.08, ไม่มี = 60.61 ± 2.29; t = 0.113	.911
Maintenance		
งบประมาณภายนอก	มี = 65.00 ± 19.99, ไม่มี = 46.66 ± 4.56; t = -3.727	< .001
นโยบายจากภายนอก	เพียงพอ = 59.37 ± 21.20, ไม่เพียงพอ = 58.33 ± 14.47; t = -0.127	.900

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิจากการวิเคราะห์ Pearson's correlation (n = 30)

	R1	R2	E1	E2	A1	A2	I1	I2	I3	I4	I5	I6
R1	1.000	0.482**	0.236	0.231	-0.034	0.149	-0.175	0.596**	0.180	0.285	0.256	-0.007
R2		1.000	0.446*	0.261	0.487**	0.187	-0.182	0.229	-0.032	0.499**	0.000	0.095
E1			1.000	0.366*	0.082	0.105	-0.104	0.041	0.104	0.339	0.025	0.122
E2				1.000	0.186	0.269	0.165	0.239	0.279	0.187	0.347	-0.156
A1					1.000	0.280	-0.120	-0.036	-0.042	0.369*	0.246	0.210
A2						1.000	0.095	0.197	-0.053	0.243	0.336	-0.347
I1							1.000	-0.009	-0.245	-0.346	0.128	-0.107
I2								1.000	0.068	0.250	0.307	0.005
I3									1.000	0.295	0.310	0.040
I4										1.000	0.220	0.124
I5											1.000	0.119
I6												1.000

หมายเหตุ : * p < .05, ** p < .01 ; R1 = ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ, R2 = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านบริการสุขภาพจิตของประชาชน, E1 = การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ, E2 = ความร่วมมือของผู้รับบริการ, A1 = การมีส่วนร่วมของผู้นำ, A2 = การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร, I1 = อัตราส่วนบุคลากร, I2 = การฝึกอบรมบุคลากร, I3 = ความถี่ในการใช้คู่มือฯ, I4 = ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ, I5 = ความถี่ของการประสานกับหน่วยงานภายนอก, I6 = ปัญหาของการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก

ด้านการยอมรับ (provider acceptance) และการเข้ากันได้กับกระบวนการทำงานจริง (workflow compatibility)¹⁶ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงกลุ่มที่มี 2 ตัวเลือกด้วย independent t-test พบว่า หน่วยงานที่รายงานว่ามีงบประมาณภายนอกมีค่าเฉลี่ยร้อยละความครอบคลุมของบริการสูงกว่าหน่วยงานที่รายงานว่าไม่มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า การจัดสรรทรัพยากรและการสนับสนุนทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ และช่วยเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง¹⁷⁻¹⁹

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ RE-AIM พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงบริการ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และการสนับสนุนจากผู้นำ ล้วนมีความสัมพันธ์เชิงเส้นซึ่งกันและกัน (intercorrelation) สะท้อนถึงความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเข้าถึงการยอมรับ สู่การดำเนินงานจริง¹¹ โดยการรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนอาจสะท้อนศักยภาพของหน่วยบริการ กล่าวคือ หน่วยบริการที่สามารถสื่อสารข้อมูลบริการสุขภาพจิตสู่ประชาชนได้ดีมักมีบุคลากรที่ให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงรุก เช่น การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และสร้างเครือข่ายในชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานในระบบบริการปฐมภูมิและการบูรณาการสุขภาพจิตในชุมชน^{3,10,14} ศักยภาพดังกล่าวอาจทำให้บุคลากรเห็นประโยชน์และความสอดคล้องของคู่มือกับการปฏิบัติงานจริง จึงส่งผลต่อการยอมรับและความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือสอดคล้องกับแนวคิดด้านการยอมรับของผู้ปฏิบัติงานที่ระบุว่า การรับรู้ประโยชน์และความเข้ากันได้กับบริบทการทำงานมีผลต่อการนำแนวทางไปใช้จริง¹³

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมียังอาจมีบทบาทสำคัญในการผลักดันการสื่อสารข้อมูลบริการสุขภาพจิตสู่ประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรให้เกิดความพร้อมและความเชื่อมั่นในการนำแนวทางหรือคู่มือไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าการสนับสนุนจากผู้นำและโครงสร้างการทำงานในองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระบบ

ปฐมภูมิ^{14,17} และสอดคล้องกับกรอบแนวคิด RE-AIM ที่เน้นบทบาทของการยอมรับในระดับองค์กรและการดำเนินงานจริงต่อความสำเร็จของการนำโปรแกรมไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ¹²

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอีกหลายปัจจัย ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ ซึ่งสะท้อนว่า เมื่อประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตมากขึ้น ย่อมมีแนวโน้มเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น และเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสื่อสารข้อมูลบริการและการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนมีส่วนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ^{3,17} ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ที่ระบุว่า การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและบริการที่มีอยู่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการแสวงหาความช่วยเหลือและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต²⁰ รวมทั้งแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (behavioral model of health service use) ที่อธิบายว่าการใช้บริการสุขภาพเป็นผลจากการรับรู้ความต้องการบริการและความสามารถในการเข้าถึงบริการร่วมกัน²¹ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิจึงควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารข้อมูลบริการและการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตในประชาชนควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าความต้องการบริการ (demand) เช่น ความตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตและบริการสุขภาพจิต รวมถึงโครงสร้างระบบบริการ (supply) เช่น จำนวนบุคลากรและทรัพยากร ตลอดจนกลไกสนับสนุน (support) ทั้งด้านนโยบายและงบประมาณจากภายในและภายนอก ล้วนมีความสำคัญต่อการบูรณาการบริการสุขภาพจิต^{3,6-8,15-18,22,23} แต่หากแนวทางการบูรณาการและขยายผลไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจน ไม่สอดคล้องกับบริบทหรือไม่ถูกมองว่าเป็นประโยชน์ อาจส่งผลต่อคุณภาพความเท่าเทียม และความยั่งยืนของการดำเนินงาน^{9,10,24} กล่าวคือ ความสำเร็จของการบูรณาการบริการสุขภาพจิตไม่ได้ขึ้นกับความเพียงพอของทรัพยากรและการสนับสนุน

เท่านั้น หากแต่เป็นผลของความสัมพันธ์เชิงระบบระหว่าง ความต้องการบริการ โครงสร้างระบบบริการ และกลไก สนับสนุน ตลอดจนความพร้อม ความมั่นใจ และการยอมรับ ในแนวทางการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นปัจจัย ตั้งต้นสำคัญต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ในการตีความผลการศึกษาดังนี้ การออกแบบการศึกษาแบบ ภาคตัดขวาง (cross-sectional design) สามารถอธิบาย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเท่านั้น แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยที่มีต่อ ความสำเร็จของการขยายผลได้ การใช้ข้อมูลทุติยภูมิจาก การประเมินโครงการเดิมทำให้ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์จำกัด ตามข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญบางประการ เช่น บริบทขององค์กรหรือภาระงานของบุคลากร อีกทั้ง ข้อมูลบางส่วนเป็นการประเมินตนเองของบุคลากรใน หน่วยบริการ ซึ่งอาจมีความเอนเอียงจากการรับรู้ของผู้ตอบ (self-report bias) หรือแนวโน้มในการประเมินผลการ ดำเนินงานในทางที่ดี (social desirability bias) หน่วยบริการ ที่นำมาวิเคราะห์เป็นพื้นที่นำร่องของโครงการที่มีความพร้อม ระดับหนึ่งและมีจำนวนค่อนข้างน้อย จึงอาจจำกัดอำนาจของ การทดสอบทางสถิติและอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของ หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในประเทศไทย นอกจากนี้ เกณฑ์ความสำเร็จของหน่วยบริการจากความครอบคลุมของ บริการที่ร้อยละ 80 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อ ใช้ในการวิเคราะห์ เนื่องจากยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ไว้อย่างชัดเจน การกำหนดเกณฑ์ดังกล่าวอาจมีผลต่อการ จัดกลุ่มผลลัพธ์และการตีความผลการศึกษา ในอนาคตจึงควรมีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินมาตรฐานที่ผ่านฉันทามติของ ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งใช้ตัวชี้วัดหลายมิติร่วมกัน เช่น ตัวชี้วัด ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของบริการ เพื่อให้การประเมินผลสะท้อนคุณภาพของระบบบริการ ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

สรุป

ความพึงพอใจในคู่มือปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนถึง ความมั่นใจและการยอมรับต่อแนวปฏิบัติงานของบุคลากร และการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภายนอก มีบทบาท

สำคัญต่อความสำเร็จของการขยายผลมาตรฐานบริการ สุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ขณะที่ปัจจัยด้านความพร้อม ของทรัพยากรและการสนับสนุนเชิงนโยบาย โดยเฉพาะ การมีส่วนร่วมของผู้นำ แม้ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงกับ ความสำเร็จของการดำเนินงาน แต่อาจส่งผลต่อความเชื่อมั่น ของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การสร้างความตระหนักของผู้ ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและบริการสุขภาพจิต ในพื้นที่ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการตัดสินใจเข้ารับ บริการ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพจิต ที่เหมาะสม

ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าความสำเร็จของการขยายผล มาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิต้องอาศัยการ ขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ ทั้งการสนับสนุนเชิงโครงสร้างและ นโยบาย ควบคู่กับการสื่อสารและเสริมสร้างความเชื่อมั่นของ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรและ งบประมาณที่เพียงพอ เพื่อเอื้อต่อการดำเนินงานและ การพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

วรินทิพย์ สว่างศรี : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวม ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; วีร์ เมฆวิไลย : ออกแบบ การวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ; ดุชนฎี จิ่งศิริกุลวิทย์ : ออกแบบ การวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ; ธนภฤช ลิขิตธรากุล : วิเคราะห์ ข้อมูล เขียนบทความ ; ประภัสสร เตียเย็น : เก็บรวบรวม ข้อมูล ; พรรณภัทร ไช้กุล : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Thailand. Primary Health Care System Act, B.E. 2562 (A.D. 2019). Royal Thai Government Gazette. 2019 Apr 30;136(56A):165-85. (in Thai)
2. Local Administrative Development Division, Department of Local Administration. Laws related to the decentralization of power to local government organizations [Internet]. Bangkok: Department of Local Administration; 2023 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://www.dla.go.th/land/ebook.do?cmd=form2&tokenId=o74q1hfv4deixzqmr77nq88z97h91nkb27m-q5jb5tj> (in Thai)
3. World Health Organization. Mental health in primary care: illusion or inclusion? [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/326298>

4. Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, Nigatu F, Zewdie A, Wolka E, et al. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):893. doi:10.1186/s12913-023-09917-3.
5. Department of Mental Health. Manual for mental health operations in the primary healthcare system, 2025. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2025. (in Thai)
6. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South East Asia J Public Health.* 2017;6(1):34-38. doi:10.4103/2224-3151.206162.
7. World Health Organization. WHO-AIMS report on the mental health system in Thailand [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/thailand_who_aims_report.pdf?sfvrsn=853b6294_3
8. Thai Health Promotion Foundation. Thai Health Report 2023: Mental health and well-being in Thailand [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2023 [cited 2025 Nov 12]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2023/11/Thai-Health-2023.pdf> (in Thai)
9. Farmer MM, Rose DE, Rubenstein LV, Canelo IA, Schectman G, Stark R, et al. Challenges facing primary care practices aiming to implement patient-centered medical homes. *J Gen Intern Med.* 2014;29(Suppl 2):S555-62. doi:10.1007/s11606-013-2691-y.
10. Mahmoodi H, Bolbanabad AM, Shaghghi A, Zokaie M, Gheshlagh RG, Afkhamzadeh A. Barriers to implementing health programs based on community participation: the Q method derived perspectives of healthcare professional. *BMC Public Health.* 2023;23(1):2019. doi:10.1186/s12889-023-16961-5.
11. Isaacs AN, Mitchell EKL. Mental health integrated care models in primary care and factors that contribute to their effective implementation: a scoping review. *Int J Ment Health Syst.* 2024;18(1):5. doi:10.1186/s13033-024-00625-x.
12. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health.* 1999;89(9):1322-7. doi:10.2105/AJPH.89.9.1322.
13. Flanagan ME, Ramanujam R, Doebbeling BN. The effect of provider- and workflow-focused strategies for guideline implementation on provider acceptance. *Implement Sci.* 2009;4:71. doi:10.1186/1748-5908-4-71.
14. Wakida EK, Obua C, Rukundo GZ, Maling S, Talib ZM, Okello ES. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary healthcare: a qualitative study among Ugandan primary care providers using the COM-B framework. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):890. doi:10.1186/s12913-018-3684-7.
15. Wakida EK, Talib ZM, Akena D, Okello ES, Kinengyere AA, Mindra A, et al. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Syst Rev.* 2018;7(1):211. doi:10.1186/s13643-018-0882-7.
16. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare. *Ment Health Fam Med.* 2008;5(1):5-8.
17. Searby A, Bartram T, Demir M, Condrón A, Ali N. Barriers and facilitators to mental health service integration in primary care: a systematic review. *J Integr Care.* 2023;31(8):887-904. doi:10.1108/JICA-05-2023-0036.
18. Mukala Mayoyo E, Chenge F, Sow A, Criel B, Michielsens J, Van den Broeck K, et al. Health system facilitators and barriers to the integration of mental health services into primary care in the Democratic Republic of the Congo: a multimethod study. *BMC Prim Care.* 2024;25(1):214. doi:10.1186/s12875-024-02460-y.
19. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
20. Murphy B, Worcester M, Higgins R, Elliott P, Le Grande M, Larsson C, et al. Screening and referral is not enough: a qualitative exploration of barriers to access and uptake of mental health services in patients with cardiovascular diseases. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):408. doi:10.1186/s12913-020-06030-7.
21. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med.* 2013;43(4):849-63.
22. England E, Nash P, Jackson M, Bower P, Chew-Graham C. Implementing the role of the primary care mental

- health worker: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2007;57(536):204-11. doi:10.3399/096016407779977051.
23. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2012;67(3):231-43. doi:10.1037/a0025957.
 24. Duangchant O. Developing the standards of mental health promotion and mental health problem prevention for community hospital. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2018;26(3):174-83. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กในเยาวชนไทยที่รับทุนจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา

วันรับ : 11 กันยายน 2568

วันแก้ไข : 2 พฤศจิกายน 2568

วันตอบรับ : 11 พฤศจิกายน 2568

ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, พ.บ.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) ของเยาวชนไทยที่มาจากครอบครัวรายได้น้อย

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวางในเยาวชนอายุ 18 - 23 ปี ใน 4 ภูมิภาค ที่ได้รับทุนจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ถึงประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก ครอบครัวการถูกละเลย การถูกละเลยทอดทิ้ง และปัญหาในครอบครัว ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับ ACEs และระหว่าง ACEs ประเภทต่าง ๆ ด้วยการทดสอบ chi-square

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 400 คน อายุเฉลี่ย 19.10 ± 1.02 ปี เป็นหญิงร้อยละ 50.5 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.5 รายงานว่าประสบ ACEs อย่างน้อย 1 ประเภทก่อนอายุ 18 ปี โดยพบปัญหาการแยกทางหรือหย่าร้างของพ่อแม่มากที่สุด (ร้อยละ 44.5) รองลงมา ได้แก่ การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย (ร้อยละ 43.8) และทางจิตใจ (ร้อยละ 16.8) เพศหญิงรายงานการถูกละเลยทอดทิ้งและการถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจมากกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ครอบครัวมีปัญหาความรุนแรง การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยทางจิตเวช และการก่ออาชญากรรม รายงานการถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ประมาณสามในสี่ของเยาวชนจากครอบครัวรายได้น้อยมี ACEs โดยเพศหญิง การเผชิญความรุนแรงในครอบครัว และการมีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติโรคจิตเวชหรือการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการถูกละเลยทอดทิ้งและการถูกละเลยทอดทิ้ง จึงควรพัฒนามาตรการคัดกรองและระบบช่วยเหลือสำหรับครอบครัวเปราะบาง เพื่อลดปัญหาในครอบครัวและผลกระทบระยะยาวต่อเด็ก

คำสำคัญ : ความชุก, ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก, ยาจน, วัยรุ่น

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ ; e-mail: asuthra@yahoo.com

Original article

Adverse childhood experiences among Thai youth receiving scholarships from the Equitable Education Fund

Received : 11 September 2025

Revised : 2 November 2025

Accepted : 11 November 2025

Suthra Auapisithwong, M.D.

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute,
Department of Mental Health, Bangkok

Abstract

Objective: To examine the prevalence and associated factors of adverse childhood experiences (ACEs) among Thai students from low-income families.

Methods: An online survey was administered to individuals aged 18 - 23 years who were supported by the Equitable Education Fund across four regions of Thailand. Participants completed the Thai version of the ACE questionnaire, assessing experiences related to various types of child maltreatment and household dysfunction. Chi-square tests were performed to assess relationships between ACEs and sex, and among types of ACEs.

Results: A total of 400 participants completed the questionnaire. The mean age was 19.10 ± 1.02 years, and 50.5% were female. Notably, 75.5% reported experiencing at least one type of ACEs before the age of 18. The most common types of ACEs were parental separation or divorces (44.5%), physical neglect (43.8%), and emotional neglect (16.8%). Females reported significantly higher rates of emotional abuse and neglect than male counterparts. Household dysfunction, particularly domestic violence, substance misuse, mental illness, and incarceration of a family member, was significantly associated with experiences of physical, emotional, and sexual abuse.

Conclusion: The prevalence of ACEs among youth from low-income backgrounds was approximately three-quarters. Being female, witnessing domestic violence, and having a family member with substance misuse or mental illness were associated with child abuse. Monitoring systems and interventions focusing on vulnerable families are warranted to mitigate the risk of household dysfunction, child maltreatment, and potential mental health challenges in adulthood.

Keywords: adolescent, adverse childhood experiences, poverty, prevalence

Corresponding author: Suthra auapisithwong; e-mail: asuthra@yahoo.com

ความรู้เดิม : วัยรุ่นและเยาวชนไทยเกินกว่าร้อยละ 50 ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่

ความรู้ใหม่ : เยาวชนที่มาจากในครอบครัวที่มีฐานะยากจนมีความชุกของ ACEs กว่าร้อยละ 75 ซึ่งสูงกว่าเยาวชนทั่วไป โดยเพศหญิงและปัญหาในครอบครัว ได้แก่ ความรุนแรง การใช้สารเสพติด และประวัติการก่ออาชญากรรม มีความสัมพันธ์กับการถูกละเลยและการถูกละเลยทอดทิ้งในวัยเด็ก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนามาตรการคัดกรอง ฝ้าระวัง และช่วยเหลือสำหรับเยาวชนที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจ เพื่อลดผลกระทบเชิงลบและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่

บทนำ

ระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2567 ที่ผ่านมา วัยรุ่นไทยอายุ 15 - 19 ปี มีแนวโน้มการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงขึ้นในอัตรา 2.63, 2.71 และ 3.23 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ¹ แม้เป็นอัตราที่ต่ำกว่ากลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ แต่ก็พบว่าประชากรกลุ่มนี้มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดในทุกกลุ่มวัย โดยใน ปี พ.ศ. 2565 มีวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 8,953 ราย หรือคิดเป็น 224.38 ต่อแสนประชากร² ปัจจัยทางจิตวิทยาสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงของการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย คือ การถูกละเลยทอดทิ้ง หรือ บาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก การวิเคราะห์ห่อภิมานของ Zatti และคณะ³ และ Liu และคณะ⁴ พบว่า การถูกละเลยทอดทิ้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) ซึ่งครอบคลุมการถูกละเลยทอดทิ้ง ทางจิตใจและทางเพศ การถูกละเลยทอดทิ้ง ตลอดจนปัญหาความรุนแรง การหย่าร้าง การใช้สารเสพติด ความเจ็บป่วยทางจิตเวช และการก่ออาชญากรรมในครอบครัว⁵ ยังเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่ส่งผลเชิงลบในระยะยาว นอกเหนือจากความสัมพันธ์กับการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย โดยการศึกษาในต่างประเทศพบความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับการเกิดโรคซึมเศร้า พฤติกรรมรุนแรง และการต้องคดีความ^{6,7}

ประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของ ACEs ในกลุ่มวัยรุ่นในระดับจังหวัด ได้แก่ ในจังหวัดทางภาคใต้ โดย Hosiri และคณะ⁸ และในกรุงเทพมหานคร โดย Thepthien และ Htike⁹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.36 และร้อยละ 51.4 ตามลำดับ รายงานว่าเคยประสบ ACEs อย่างน้อย 1 ด้าน ในการศึกษาของ Hosiri และคณะ⁸ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs กับการเกิดปัญหาพฤติกรรม โดยเฉพาะกลุ่มที่ประสบ ACEs ตั้งแต่ 4 ด้านขึ้นไป ($r = 0.17$, $p < .01$) ส่วนการศึกษาของ Thepthien และ Htike⁹ พบว่าการประสบ ACEs มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวล (AOR = 3.91, 95% CI: 2.92-5.25) ภาวะซึมเศร้า (AOR = 4.02, 95% CI: 3.00 - 5.38) การมีเพศสัมพันธ์ (AOR = 3.12, 95% CI: 3.23 - 4.37) และ การใช้สารเสพติด ผิดกฎหมาย (AOR = 2.59, 95% CI: 1.83 - 3.67)

การวิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำ (child maltreatment surveillance tool: CMST) จากระบบสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองเด็ก (child protection and information system: CPIS) ที่ดำเนินการโดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อรายงานสถานการณ์ปัญหาประสบ ACEs และการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำในเด็กและเยาวชนอายุ 0 - 18 ปีทั่วประเทศ พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 เด็กและเยาวชนร้อยละ 39.7 อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกทางกัน โดยครอบครัวที่มีการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่และมีปัญหาทางเศรษฐกิจมีโอกาสเกิดปัญหาการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำมากที่สุด และเด็กชายมีโอกาสประสบปัญหาการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำสูงกว่าเด็กหญิง นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กที่อยู่กับครอบครัวใหม่มีปัญหาการถูกทำร้ายและการใช้สารเสพติดสูง ในขณะที่เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติที่ไม่ใช่พ่อแม่มีการติดเกมสูง ส่วนช่วงวัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปี มีโอกาสถูกละเลยทอดทิ้งและเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม การเสพติด และการไม่ได้เรียนหนังสือสูงกว่าในวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

การศึกษาในต่างประเทศพบความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผ่านกลไกการประสบ ACEs การติดตามระยะยาวในกลุ่มเยาวชนพบว่า การอยู่ในครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำมีความสัมพันธ์กับ

การประสบ ACEs ในระยะเวลา 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประสบ ACEs เพิ่มโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต ทั้งด้านอารมณ์ (internalizing symptoms) และพฤติกรรม (externalizing symptoms) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ห่อภิมาณในกลุ่มผู้ใหญ่ยังพบว่า กลุ่มที่ประสบ ACEs ตั้งแต่ 4 ด้านขึ้นไปมักเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและติดสารเสพติด มาจากครอบครัวรายได้ต่ำ และเป็นคนไร้บ้าน¹²

กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ก่อตั้งตามพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561¹³ มีเจตนารมณ์เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางการศึกษาแก่เด็กและเยาวชนที่ขาดแคลนทุนทรัพย์และด้อยโอกาส โดยมุ่งให้ทุนแก่นักเรียนจากครัวเรือนที่มีรายได้น้อยไม่เกิน 3,000 บาทต่อคนต่อเดือน ซึ่งอยู่ในกลุ่มร้อยละ 20 ล่างสุดของประเทศ จึงถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเผชิญ ACEs และการได้รับผลกระทบด้านลบสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ ACEs ในนักเรียนที่อยู่ภายใต้การดูแลของ กสศ. โดยเฉพาะ ส่งผลให้การออกแบบมาตรการดูแลและป้องกันสำหรับนักเรียนกลุ่มนี้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์รองรับ

การศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงมุ่งสำรวจความชุก รูปแบบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประสบ ACEs ในนักเรียนที่อยู่ภายใต้การดูแลของ กสศ. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบางต่อไป

วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยวิธีการสำรวจแบบออนไลน์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต รหัสโครงการวิจัย DMH.IRB 035/2567 ลงวันที่ 10 เมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนที่ได้รับทุนของ กสศ. ระหว่างปี พ.ศ. 2565 ถึง 2567 อายุ 18 ปีขึ้นไป ใน 4 ภูมิภาคในประเทศไทย จำนวน 11,853 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane¹⁴ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (e) ที่ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เลือกตัวอย่างตามความสะดวก

(convenience sampling) โดยผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยในสถานศึกษา ใน 41 จังหวัดทั่วประเทศ (ไม่รวมสถาบันที่ให้ทุนแก่นักเรียนที่มีความต้องการพิเศษ) และขอความร่วมมือครูส่งโปสเตอร์ผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อเชิญชวนนักเรียนที่เข้าเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนให้ความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยการตอบตกลงก่อนการตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ เมื่อมีผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยปิดการเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ทันทีเพื่อลดโอกาสการเข้าถึงคำถามที่มีความอ่อนไหวเกินจำนวน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลช่องทางการรับบริการด้านสุขภาพจิตทางสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อเป็นทางเลือกในการขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเองในกรณีที่เกิดความไม่สบายใจจากการตอบแบบสอบถาม และให้แนวทางแก่อาจารย์ในการสังเกตความผิดปกติของผู้เข้าร่วมหลังตอบแบบสอบถามผ่านเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยแนะนำหลักการ 3 ส (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง)¹⁵

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ จังหวัดที่ตั้งของสถานศึกษา

2. แบบสอบถามประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACE questionnaire) ฉบับภาษาไทย¹⁶ จำนวน 28 ข้อ จำแนกเป็นกลุ่ม ACEs 2 ด้าน 10 ประเภท ประกอบด้วย ด้านการกระทำต่อเด็ก (childhood maltreatment) 5 ประเภท ได้แก่ การถูกทารุณกรรมทางจิตใจ 2 ข้อ การถูกทารุณกรรมทางกาย 2 ข้อ การถูกทารุณกรรมทางเพศ 4 ข้อ การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย 5 ข้อ และการถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจ 5 ข้อ และด้านปัญหาในครอบครัว (household dysfunction) 5 ประเภท ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว 4 ข้อ การแยกทางของพ่อแม่ 1 ข้อ การใช้สารเสพติดในครอบครัว 2 ข้อ การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว 2 ข้อ และการมีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นอาชญากร 1 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น “มีบางครั้งที่พ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ อาจทำร้ายเด็ก ในช่วงที่คุณเติบโตตั้งแต่เด็กจนกระทั่งอายุ 18 ปี บ่อยแค่ไหนที่พ่อแม่ พ่อแม่บุญธรรม หรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ ในบ้านทำสิ่งดังต่อไปนี้ : ต่ำทอ ดูถูก หรือเหยียดหยามคุณ” สำหรับการแปลผล หากคะแนนแบบสอบถาม

เข้าเกณฑ์ของ ACEs ประเภทใด ก็จะนับเป็นประเภท ACEs ที่ประสบ แบบประเมินมีความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ และมีความสอดคล้องภายในจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ด้านการถูกทารุณกรรม การถูกละเลยทอดทิ้ง และปัญหาในครอบครัว เท่ากับ 0.79, 0.82 และ 0.66 ตามลำดับ¹⁵

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลทั่วไปและการประสบ ACEs ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลเพศหญิงและชาย และความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs ด้วยการทดสอบ chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 458 คนซึ่งมาจาก 17 จังหวัด มีผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วนจำนวน 400 คน (ร้อยละ 87.3) อายุเฉลี่ย 19.10 ± 1.02 ปี แบ่งเป็นผู้มีอายุ 18 ปี ร้อยละ 35.3 อายุ 19 ปี ร้อยละ 29.8 อายุ 20 ปี ร้อยละ 26.8 อายุ 21 ปี ร้อยละ 6.5 อายุ 22 ปี ร้อยละ 1.5 และอายุ 23 ปี ร้อยละ 0.3 เพศหญิง ร้อยละ 50.5 อยู่ในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ 16.5, 27.3, 30.0 และ 26.3 ตามลำดับ

ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.5 ประสบ ACEs อย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ร้อยละ 11.25 ประสบเหตุอย่างน้อย 4 ด้าน ดังตารางที่ 1

เมื่อจำแนกตามประเภทของ ACEs พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่แยกทางหรือหย่าร้างกันมากที่สุด ร้อยละ 44.5 รองลงมา ได้แก่ การถูกละเลยทอดทิ้งทั้งทางกายและทางจิตใจ ร้อยละ 43.8 และ

16.8 ตามลำดับ ส่วนการถูกทารุณกรรมทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ พบร้อยละ 10.8, 8.5 และ 5.5 ตามลำดับ ดังแผนภาพที่ 1

การวิเคราะห์ความแตกต่างของ ACEs ระหว่างเพศ พบว่า เพศชายและหญิงมีจำนวน ACEs ที่ประสบไม่แตกต่างกัน ขณะที่ประสบการณ์การถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจ การถูกทารุณกรรมทางจิตใจ และการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว มีรายงานในเพศหญิงสูงกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs ด้านปัญหาในครอบครัวกับ ACEs ด้านการกระทำต่อเด็กพบว่า กลุ่มที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวมีประสบการณ์ถูกทารุณกรรมทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ และการถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบปัญหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือเป็นอาชญากรมีประสบการณ์ถูกทารุณกรรมทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบปัญหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ประสบปัญหาการใช้สารเสพติดในครอบครัวมีประสบการณ์ถูกทารุณกรรมทางกายและทางจิตใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบปัญหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัญหาการแยกทางหรือหย่าร้างของพ่อแม่กับ ACEs ด้านการกระทำต่อเด็กทุกประเภท และระหว่าง ACEs ด้านการถูกละเลยทอดทิ้งทางกายกับปัญหาครอบครัวทุกประเภท ดังตารางที่ 3

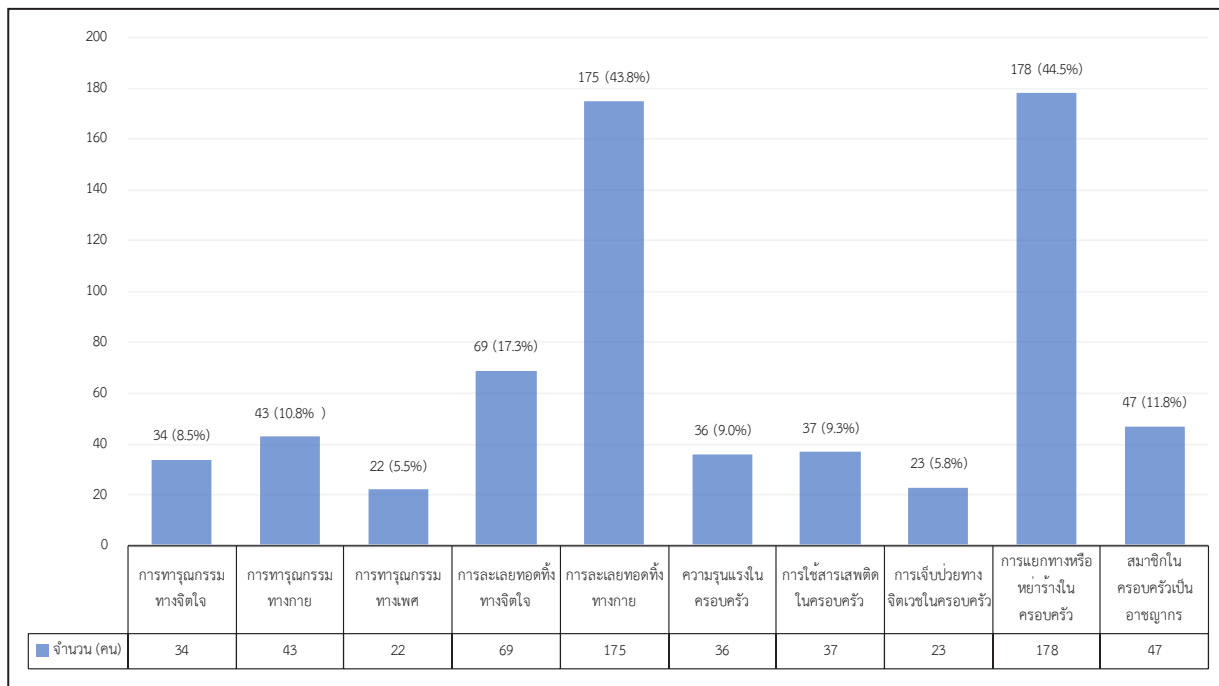
วิจารณ์

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนจากครัวเรือนรายได้ต่ำน้อยมีความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) อย่างน้อย 1 ประเภทมากถึง

ตารางที่ 1 ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) แยกตามจำนวนประสบการณ์ (n = 400)

จำนวน ACEs	จำนวน (ร้อยละ)
0	98 (24.5)
1	139 (34.8)
2	78 (19.5)
3	40 (10.0)
≥ 4	45 (11.3)

ACEs = adverse childhood experiences



หมายเหตุ : นักเรียน 1 คน สามารถประสบเหตุการณ์ได้มากกว่า 1 ประเภท

แผนภาพที่ 1 ความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับจำนวนและประเภทของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

	เพศชาย (n = 198) n (%)	เพศหญิง (n = 202) n (%)	χ^2	df	p
จำนวน ACEs			0.714	2	.700
0	51 (25.8)	47 (23.2)			
1 - 3	127 (64.1)	130 (64.4)			
≥ 4	20 (10.1)	25 (12.4)			
ประเภทของ ACEs					
การถูกทารุณกรรมทางเพศ			0.237	1	.626
มี	12 (6.1)	10 (5.0)			
ไม่มี	186 (93.9)	192 (95.0)			
การถูกทารุณกรรมทางกาย			0.544	1	.461
มี	19 (9.6)	24 (11.9)			
ไม่มี	179 (90.4)	178 (88.1)			
การถูกทารุณกรรมทางจิตใจ			4.37	1	.037
มี	11 (5.6)	23 (11.4)			
ไม่มี	187 (94.4)	179 (88.6)			
การถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจ			10.6	1	< .001
มี	22 (11.1)	47 (23.3)			
ไม่มี	176 (88.9)	155 (76.7)			
การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย			0.534	1	.465
มี	83 (41.9)	92 (45.5)			
ไม่มี	115 (58.1)	110 (54.5)			
ความรุนแรงในครอบครัว			.082	1	.774
มี	17 (8.6)	19 (9.4)			
ไม่มี	181 (91.4)	183 (90.6)			

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับจำนวนและประเภทของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400) (ต่อ)

	เพศชาย (n = 198) n (%)	เพศหญิง (n = 202) n (%)	χ^2	df	p
การใช้สารเสพติดในครอบครัว			.056	1	.813
มี	19 (9.6)	18 (8.9)			
ไม่มี	179 (90.4)	184 (91.1)			
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว			5.35	1	.021
มี	6 (3.0)	17 (8.4)			
ไม่มี	192 (97.0)	185 (91.6)			
การแยกทางหรือหย่าร้างในครอบครัว			0.329	1	.531
มี	85 (42.9)	93 (46.0)			
ไม่มี	113 (57.1)	109 (54.0)			
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร			0.007	1	.934
มี	23 (11.6)	24 (11.9)			
ไม่มี	175 (88.4)	178 (88.1)			

ACEs = adverse childhood experiences

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในครอบครัว กับประสบการณ์การถูกทารุณกรรมและการถูกละเลยทอดทิ้งด้านต่าง ๆ (n = 400)

	n	การถูกทารุณกรรมทางกาย		การถูกทารุณกรรมทางจิตใจ		การถูกทารุณกรรมทางเพศ		การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย		การถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจ	
		n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
ความรุนแรงในครอบครัว		< .001		< .001		.002		.983		.013	
มี	36	17 (77.3)		12 (54.5)		6 (27.3)		15 (68.2)		11 (50.0)	
ไม่มี	364	26 (6.9)		22 (5.8)		30 (7.9)		151 (39.9)		53 (14.0)	
การใช้สารเสพติดในครอบครัว		< .001		< .001		.137		.901		.611	
มี	37	10 (27.0)		9 (24.3)		4 (10.8)		15 (40.5)		7 (18.9)	
ไม่มี	363	33 (9.1)		25 (6.9)		18 (5.0)		151 (41.6)		57 (15.7)	
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว		< .001		< .001		< .001		.843		.439	
มี	23	9 (39.1)		11 (47.8)		8 (34.8)		10 (43.5)		5 (21.7)	
ไม่มี	377	34 (9.0)		23 (6.1)		14 (3.7)		156 (41.4)		59 (15.6)	
การแยกทางหรือหย่าร้างของพ่อแม่		.209		.079		.329		.703		.895	
มี	178	23 (12.9)		20 (11.2)		12 (6.7)		72 (40.4)		28 (15.7)	
ไม่มี	222	20 (9.0)		14 (6.3)		10 (4.5)		94 (42.3)		36 (16.2)	
มีสมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร		< .001		< .001		< .001		.269		.520	
มี	47	13 (27.7)		9 (19.1)		8 (17.0)		16 (34.0)		6 (12.8)	
ไม่มี	353	30 (8.5)		25 (7.1)		14 (4.0)		150 (42.5)		58 (16.4)	

ร้อยละ 75 ซึ่งสูงความชุกในกลุ่มนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาหรือนักเรียนอาชีวศึกษาทั่วไปในประเทศไทยที่พบประมาณร้อยละ 50 - 60^{8,9} เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศพบว่า ประเทศอังกฤษรายงานความชุกของ ACEs อย่างน้อย 1 ประเภทร้อยละ 61 ในวัยรุ่นอายุ 12 - 18 ปี⁷ ประเทศจีนพบร้อยละ 77 ในนักเรียนมัธยมศึกษาในมณฑลกวางโจว¹⁶

ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกสองในสามของประชากรวัยผู้ใหญ่¹⁷ อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบความชุกควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือ นิยามตัวแปร กลุ่มอายุ และบริบททางสังคมวัฒนธรรมอาจส่งผลต่อระดับความชุกที่รายงาน โดยการศึกษาในประเทศไทยใช้แบบสอบถาม ACE ฉบับเดียวกับการศึกษา

ครั้งนี้³ หรือฉบับย่อ 11 ข้อ⁹ ขณะที่การศึกษาในต่างประเทศใช้เครื่องมือสำรวจแตกต่างกันไปตามบริบท เช่น Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) และ Child Abuse and Trauma Scale (CATS)⁴

เมื่อจำแนกตามประเภท ACEs พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายงานประสบการณ์การแยกทางหรือหย่าร้างของพ่อแม่เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนทั่วไป^{8,9} ลำดับรองลงมา ได้แก่ การถูกละเลยทอดทิ้งทางกาย ซึ่งสะท้อนถึงการขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า และการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับการดูแลคุ้มครองจากพ่อแม่ พบว่ามีความชุกสูงกว่าการศึกษาในนักเรียนทั่วไป^{8,9} อาจอธิบายได้จากการที่กลุ่มประชากรครั้งนี้เป็นนักเรียนจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย ทำให้กระทบต่อความสามารถของครอบครัวในการดูแลในด้านปัจจัยทางกายสูงกว่า

การศึกษานี้พบว่า จำนวนประเภท ACEs ที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงเคยมีประสบการณ์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบประเภทของ ACEs พบว่า ประสบการณ์การถูกทารุณกรรมและการถูกละเลยทอดทิ้งทางจิตใจพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาที่พบว่า นักเรียนชายถูกทารุณกรรมทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางเพศ และประสบกับความรุนแรงในครอบครัวสูงกว่านักเรียนหญิง⁹ และผลการวิเคราะห์ข้อมูล CMST ในเด็กและเยาวชนอายุ 0 - 18 ปี ที่พบว่า เด็กชายมีโอกาสเกิดปัญหาการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำสูงกว่าเด็กหญิง ขณะที่การถูกละเลยทอดทิ้งพบมากเพิ่มขึ้นตามวัย¹⁰ ทั้งนี้ ระบบ CMST เป็นการรายงานโดยผู้ปกครอง ขณะที่การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างรายงานด้วยตัวเอง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมักมีแนวโน้มรายงานประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงลบด้วยตัวเองสูงกว่าเพศชาย เช่น การสำรวจขนาดใหญ่ในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปในประเทศบราซิลที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มรายงาน ACEs มากกว่าเพศชาย¹⁹ และการศึกษาบาดแผลทางจิตใจในวัยรุ่นประเทศโปรตุเกสที่พบว่าเพศหญิงรายงานความรู้สึกเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยความรู้สึกเศร้าสัมพันธ์กับประสบการณ์ถูกละเลยทอดทิ้งทางอารมณ์²⁰

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ACEs ด้านปัญหาในครอบครัวกับด้านการกระทำต่อเด็กพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวใช้ความรุนแรง ใช้สารเสพติด มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช และกระทำผิดกฎหมาย รายงานการถูกทารุณกรรมทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศสูงกว่ากลุ่มที่ครอบครัวไม่มีปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการติดตามระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การใช้สารเสพติดในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการกระทำรุนแรงต่อเด็กทุกประเภท²¹ ส่วนความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งหมายถึงการพบเห็นเหตุการณ์รุนแรงระหว่างแม่และพ่อ รวมถึงพ่อเลี้ยง หรือเพื่อนชายของแม่ ทำร้ายกัน ทูบตีหรือใช้อาวุธ จัดเป็นความรุนแรงระหว่างคู่สมรส (intimate partner violence: IPV) ที่ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวาง การศึกษาในประเทศเดนมาร์กพบว่าจำนวนของ ACEs ที่มากมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงและระยะเวลาของ IPV โดย IPV ที่มีความคุกคามต่อชีวิต (life-threatening) มีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อเด็กในระดับที่เทียบเคียงกับการกระทำทารุณกรรมต่อเด็กโดยตรง²²

การศึกษานี้มุ่งเน้นสำรวจ ACEs ในเยาวชนที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ในทุกภูมิภาคในประเทศไทย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงขนาดและความเชื่อมโยงของประสบการณ์ ACEs ในเยาวชนกลุ่มดังกล่าว ทั้งปัญหาในครอบครัวและการกระทำต่อเด็ก ที่พบมากและมีแนวโน้มรุนแรงกว่าเมื่อเทียบกับเยาวชนทั่วไป ทั้งนี้ ความยากจนถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อน และมีความเชื่อมโยงกับกลไกอื่น ๆ เช่น การเกิด ACEs และความขัดแย้งในครอบครัว การเผชิญปัจจัยเหล่านี้พร้อมกันจึงนับเป็นความเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพที่ไม่ดีของเด็กและวัยรุ่น

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention : CDC)^{23,24} ได้เสนอว่า จุดคานงัดสำคัญของการป้องกัน ACEs ที่มีประสิทธิภาพในเยาวชน ได้แก่ การจัดให้มีระบบเฝ้าระวัง ACEs ผ่านการพัฒนาฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบท การกำหนดนโยบายการแบ่งปันข้อมูลที่ครอบคลุม และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการออกแบบมาตรการป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตาม จากทบทวนวรรณกรรมโดยองค์การอนามัยโลก

ภายใต้โครงการ Helping Adolescent Thrive (HAT)²⁵ พบว่า ปัจจุบันยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับมาตรการป้องกันด้านจิตสังคมสำหรับวัยรุ่นที่อยู่ในความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (low- and middle-income countries: LMICs) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพเกี่ยวกับมาตรการด้านจิตสังคม เพื่อมุ่งป้องกันและลดผลกระทบทางลบจาก ACEs ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษารุ่นนี้ เป็นการสำรวจตามความสมัครใจโดยนักเรียนที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ ไม่ได้ใช้กระบวนการสุ่ม ดังนั้น การกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาคได้ การออกแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางสามารถอธิบายปรากฏการณ์ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ รวมทั้งการสำรวจในประเด็น ACEs มีความอ่อนไหวและใช้การระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต อาจส่งผลให้มีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริงสำหรับการศึกษาในอนาคต ควรมีการจัดทำการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรไทย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันและวางมาตรการดูแลปัญหาตั้งแต่เริ่มแรก (early intervention)

สรุป

ความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (ACEs) พบได้มากถึงสามในสี่ของเยาวชนที่มาจากครอบครัวยากจน โดยเพศหญิงรายงานประสบการณ์ถูกกลั่นแกล้งทอดทิ้งทั้งทางกายและทางจิตใจสูงกว่าเพศชาย และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิต การใช้สารเสพติด และประวัติกระทำผิดกฎหมายในครอบครัว กับการถูกทารุณกรรมทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ จึงควรมีการคัดกรองเฝ้าระวัง และช่วยเหลือเยาวชนและครอบครัวที่มีปัญหาและมีความเปราะบางทางเศรษฐกิจ เพื่อลดผลกระทบและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้จัดการกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ที่ช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. National Suicide Prevention Center, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Suicide rate report (1997-2020, died according to the household registration) [Internet]. Khon Kaen Province: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2025 [cited 2025 Aug 26]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp?ndead=2 (in Thai)
2. Limsuwan N. Self-harm in children and adolescents. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2025. 172 p. (in Thai)
3. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegario VC, Freitas LH, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res.* 2017;256:353-8. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.082.
4. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(1):51-64. doi:10.1016/S2215-0366(17)30469-8.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Adverse Childhood Experiences (ACEs) [Internet]. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control; 2024 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/aces/about/index.html>
6. Aytur SA, Carlino S, Bernard F, West K, Dobrzycki V, Malik R. Social-ecological theory, substance misuse, adverse childhood experiences, and adolescent suicidal ideation: Applications for community-academic partnerships. *J Community Psychol.* 2022;50(1):265-84. doi:10.1002/jcop.22560.
7. Wamer TD, Leban L, Pester DA, Walker JT. Contextualizing adverse childhood experiences: the intersections of individual and community adversity. *J Youth Adolesc.* 2023;52(3):570-84. doi:10.1007/s10964-022-01713-2.
8. Hosiri T, Jongjaroen A, Imaroonrak S, Sumalrot T, Phattharayuttawat S. Role of resilience in the relationship between adverse childhood experiences and behavior problems among Thai adolescents in a province of southern Thailand: a school-based cross-sectional study. *Siriraj Med J.* 2024;76(5):282-92. doi:10.33192/smj.v76i5.267232
9. Thephtien B, Htike M. Associations between adverse childhood experiences and adverse health outcomes among adolescents in Bangkok, Thailand. *Cogent Psychol.* 2020;7(1):1832403. doi:10.1080/23311908.2020.1832403.

10. Chotipanvithayakul R, Disayawanwat P. Situation of adverse childhood experiences and minimum standards of care for children in Thailand: secondary data analysis of child protection information system 2022-2023. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2023. (in Thai)
11. Barnhart S, Garcia AR, Karcher NR. Adolescent mental health and family economic hardships: the roles of adverse childhood experiences and family conflict. *J Youth Adolesc.* 2022;51(12):2294-311. doi:10.1007/s10964-022-01671-9.
12. Madigan S, Deneault AA, Racine N, Park J, Thiemann R, Zhu J, et al. Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry.* 2023;22(3):463-71. doi:10.1002/wps.21122.
13. Equitable Education Fund. Powers of the EEF [Internet]. Bangkok: Equitable Education Fund; 2025 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.eef.or.th/about/authority/>. (in Thai)
14. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973. 1130 p.
15. Suwanmaitri S, Tantirangsee N, Siriwisutirat P. Manual for Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT): revised edition 2018. Bangkok: Beyond Publishing; 2018. (in Thai)
16. Rungmueanporn L, Buathong N, Chandarasiri P, Wittayasai W. Development of the adverse childhood experiences (ACE) questionnaire Thai version. *Chulalongkorn Medical Bulletin.* 2019;1(3):251-60. doi:10.14456/chulamedbull.2019.21. (in Thai)
17. Luo S, Feng X, Lin L, Li J, Chen W, Guo VY. Association of adverse and positive childhood experiences with health-related quality of life in adolescents. *Public Health.* 2024;228:92-9. doi:10.1016/j.puhe.2024.01.006.
18. Portwood SG, Roberts MC, Lawler MJ. The past, present, and promise of adverse childhood experiences (ACEs) science. In: Portwood SG, Lawler MJ, Roberts MC, editors. *Handbook of adverse childhood experiences: a framework for collaborative health promotion*. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 3-8.
19. Coêlho BM, Santana GL, Duarte-Guerra LS, Viana MC, Neto FL, Andrade LH, et al. The role of gender in the structure of networks of childhood adversity. *Psychiatry Res.* 2018;270:348-56. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.059.
20. Monteiro S, Matos AP, Oliveira S. The moderating effect of gender: traumatic experiences and depression in adolescence. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015;165:251-9. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.629.
21. Negriff S. ACEs are not equal: examining the relative impact of household dysfunction versus childhood maltreatment on mental health in adolescence. *Soc Sci Med.* 2020;245:112696. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112696.
22. Lamers-Winkelmann F, Willemsen AM, Visser M. Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: consequences for their wellbeing. *Child Abuse Negl.* 2012;36(2):166-79. doi:10.1016/j.chiabu.2011.07.006.
23. Guinn AS, Ottley PG, Anderson KN, Oginga ML, Gervin DW, Holmes GM. Leveraging surveillance and evidence: preventing adverse childhood experiences through data to action. *Am J Prev Med.* 2022;62(6 Suppl 1):S24-30. doi:10.1016/j.amepre.2021.12.003.
24. Anderson KN, Swedo EA, Clayton HB, Niolon PH, Shelby D, McDavid Harrison K. Building infrastructure for surveillance of adverse and positive childhood experiences: integrated, multimethod approaches to generate data for prevention action. *Am J Prev Med.* 2022;62(6 Suppl 1):S31-9. doi:10.1016/j.amepre.2021.11.017.
25. World Health Organization. *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive*. Geneva: World Health Organization; 2020.

Original article

Association between benzodiazepine use and substance use among older adults in a primary care setting in Nan province, Thailand

Received : 14 October 2025

Revised : 20 November 2025

Accepted : 12 December 2025

Peerawit Ngamsittiroek, M.D.¹, Nida Buawangpong, Ph.D.¹,Wichuda Jiraporncharoen, M.D.¹, Kanokporn Pinyopornpanish, Ph.D.¹,Somthanon Pongsananurak, M.D.², Thanachat Yotruangsri, M.D.¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai Province¹,Nan Hospital, Nan Province²

Abstract

Objective: To investigate the prevalence of benzodiazepine use and its association with a history of substance use among older adults in a primary care setting.

Methods: A cross-sectional study was conducted among older adults aged 60 years and older at a community hospital in Northern Thailand. Data were collected using structured questionnaires, including the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). Multivariable logistic regression was performed to examine the association between benzodiazepine use and substance use, with sex-specific subgroup analyses.

Results: Among 218 participants, 21.1% reported benzodiazepine use and 45.9% reported any other substance use. Compared with non-users, benzodiazepine users were older, had lower educational attainment, and had a higher prevalence of type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease. After adjusting for covariates, benzodiazepine use was significantly associated with an increased likelihood of substance use (AOR = 11.25, 95% CI = 3.55 - 35.67). In subgroup analyses, a significant association was observed only among females (AOR = 15.05, 95% CI = 4.06 - 55.73), whereas the association among males did not reach statistical significance.

Conclusion: Concurrent benzodiazepine use and substance use are common among older adults and are significantly associated with each other, particularly among females. Routine screening for substance use should be considered for older adults prescribed benzodiazepines. Cautious prescribing practices are warranted to mitigate potential adverse outcomes in this population.

Keywords: benzodiazepine, older adult, primary care, substance use

Corresponding author: Thanachat Yotruangsri; email: thanachat.yrs@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนและการใช้สารในผู้สูงอายุ ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดน่าน

วันรับ : 14 ตุลาคม 2568

วันแก้ไข : 20 พฤศจิกายน 2568

วันตอบรับ : 12 ธันวาคม 2568

พีรวิชญ์ งามสิทธิฤกษ์, พ.บ.¹, นิดา บัววังโปง, ปร.ด.¹,

วิชุดา จิรพรเจริญ, พ.บ.¹, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, ปร.ด.¹,

สมธนญ พงศานานุรักษ์, พ.บ.², ธนฉัตร ยศเรืองศรี, พ.บ.¹

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่¹,

โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของการใช้เบนโซไดอะซีพีนและความสัมพันธ์กับการใช้สารในผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวางในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ณ โรงพยาบาลอำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโครงสร้างมาตรฐาน ได้แก่ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) และ Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เบนโซไดอะซีพีนกับการใช้สารด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปรและวิเคราะห์แยกตามเพศ

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 218 คน มีผู้ใช้เบนโซไดอะซีพีนร้อยละ 21.1 และมีประวัติใช้สารอื่น ๆ ร้อยละ 45.9 ผู้ที่ใช้เบนโซไดอะซีพีนมีอายุมากกว่า มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และมีความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคไตเรื้อรังสูงกว่าผู้ไม่ได้ใช้ อย่างมีนัยสำคัญ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการใช้เบนโซไดอะซีพีนกับประวัติการใช้สารหลังปรับตัวแปรกวน (AOR = 11.25, 95% CI = 3.55 - 35.67) การวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบความสัมพันธ์ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะในเพศหญิง (AOR = 15.05, 95% CI = 4.06 - 55.73) ขณะที่ในเพศชายไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผู้สูงอายุมีการใช้เบนโซไดอะซีพีนและสารอื่น ๆ ร่วมกันได้บ่อย และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะในเพศหญิง ควรมีการคัดกรองการใช้สารในผู้สูงอายุที่ได้รับเบนโซไดอะซีพีนอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงควรใช้ความระมัดระวังในการสั่งใช้ยาดังกล่าวเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในประชากรกลุ่มนี้

คำสำคัญ : การใช้สาร, บริการปฐมภูมิ, ผู้สูงอายุ, เบนโซไดอะซีพีน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ธนฉัตร ยศเรืองศรี ; email: thanachat.yrs@gmail.com

Previous knowledge: Benzodiazepines are frequently prescribed to older patients for various medical conditions. However, their use in this population is associated with an increased risk of misuse and adverse outcomes.

New knowledge: One-fifth of older adults in primary care settings reported benzodiazepine use. Those who used benzodiazepines had a higher prevalence of certain medical conditions, including type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease. Benzodiazepine use was significantly associated with an increased likelihood of substance use, with a stronger association observed among women.

Application: Routine screening for substance use should be implemented for older adults prescribed benzodiazepines, with particular attention to sex-specific risks. The appropriateness of prescribing practices should be carefully reviewed to reduce concurrent substance use and related adverse events.

Introduction

Benzodiazepines are commonly prescribed to older adults for conditions such as anxiety disorders, sleep disorders, seizure disorders, and alcohol withdrawal.^{1,2} However, the appropriateness of benzodiazepine use remains an area of ongoing investigation, particularly with regard to balancing potential benefits against known adverse effects. According to the 2023 Beers Criteria,² benzodiazepines should generally be avoided in older adults because of the increased risks of misuse, dependence, and serious adverse outcomes, including falls, fractures, cognitive impairment, and delirium. These complications may substantially worsen health outcomes in this population.^{2,3}

Studies in clinical settings have demonstrated the frequent co-occurrence of benzodiazepine and other substance use among patients with diverse physical and psychiatric conditions.⁴⁻⁶ These associations may be attributed to neuroadaptive changes following prolonged exposure, which increase the risk of both dependence and concurrent substance use.⁷ Additionally, patients with psychiatric comorbidities who use benzodiazepines to alleviate their symptoms may also use other substances as a form of self-medication or maladaptive coping.⁶ Social isolation, which is commonly experienced among older adults, may further increase the likelihood of both substance and non-medical drug use.⁸ Notably, among older adults, concurrent use of benzodiazepines and other substances is associated with an increased risk of exacerbation of underlying health conditions, accidents, disabilities, and mortality.^{9,10}

Despite these concerns, screening and risk assessment for substance use disorders remain insufficiently prioritized and are frequently overlooked in primary care settings, resulting in missed opportunities for early identification and appropriate management. Consequently, untreated substance use disorders can lead to poorer health outcomes and adversely affect patients, families, and communities.^{11,12}

Nonetheless, evidence regarding the association between benzodiazepine use and other substance use among older patients in primary care settings remains limited in Southeast Asia, including Thailand.¹³ Moreover, although sex differences in patterns and risks of substance use have been suggested, sex-specific associations between benzodiazepine use and other substance use remain poorly understood, particularly among older adults.^{14,15}

This study aims to determine the prevalence of benzodiazepine and other substance use among older adults and to examine their relationships, including sex-specific patterns. The findings are expected to inform the appropriate prescribing and monitoring of benzodiazepines and contribute to the development of effective strategies to reduce substance-related adverse health outcomes in Thailand's rapidly growing older population.

Methods

Study design

This was an observational cross-sectional study, reported in accordance with the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement.¹⁶ The study was approved by the Faculty of Medicine Chiang Mai University Ethics Committee (FAM-2567-0179, Research ID: 0179).

Setting

The Outpatient Clinic for Non-Communicable Diseases at a community hospital in Nan province, Thailand, primarily provides services to older adults with chronic non-communicable diseases (NCDs), who account for more than 90% of the total patient population. This setting was selected because older adults with NCDs often have multiple psychiatric comorbidities, such as insomnia, anxiety, and depression, which place them at higher likelihood of benzodiazepine use and substance use.¹⁷ The clinic operates on all official working days and serves approximately 40 - 60 patients per day.

Population and sample

The participants in this study were patients aged 60 years and older, in accordance with Thailand's definition of older adults. The inclusion criteria were the ability to communicate effectively and make independent decisions. Participants were excluded if they had dementia or mild cognitive

impairment, as defined by a prior diagnosis. Functional dependency was assessed using the Barthel Index of Activities of Daily Living (Barthel ADL Index).^{18,19} In this study, complete dependency was defined as an ADL score of less than 5. Participants who met this criterion were excluded, as they typically require caregiver assistance with medication, have limited autonomy in substance use, and may introduce health-related confounding factors.

The sample size for this study was calculated using the infinite population proportion formula, based on the previous study that investigated the prevalence of benzodiazepine use (13.5%) among elderly patients.²⁰ A sample size of 218 was determined to provide a statistical power greater than 90%.

Data collection

Data were collected between August and September 2024 by trained nurses who were not involved in the patients' care. Convenience sampling was used to recruit older adults attending the primary care clinic. Potential participants were approached consecutively on clinic days and screened for eligibility based on the inclusion and exclusion criteria. Recruitment continued until the target sample size was reached. Relatives/caregivers were not present during the interview unless requested by the participant. Written informed consent was obtained from all participants, and no identifiable personal data were collected. Data were collected using structured questionnaires administered via face-to-face interviews, conducted in a private room at the clinic to ensure privacy. Each interview took approximately 20 - 30 minutes. Questionnaire data were confirmed with electronic medical records (EMR).

Measures

Prior to recruitment, participants were screened for eligibility using the Barthel ADL Index,^{18,19} which evaluates independence in basic daily activities (i.e., feeding, bathing, grooming, dressing, bowel and bladder control, toileting, transfers, mobility, and stair climbing). The total score ranges from 0 to 20, where lower scores indicate greater dependency. The Thai version has acceptable reliability and internal consistency, with intraclass correlation coefficients (ICCs) between 0.714 and 0.968, and Cronbach's alpha coefficient of 0.694.¹⁹ The questionnaires used for data collection consisted of four sections:

Section 1: General Information, including age, sex, marital status, education level, monthly income, healthcare coverage, medical conditions, and medication. The type and dosing of benzodiazepines were obtained through self-report and subsequently clarified and verified by medication inspection and/or EMR, when necessary.

Section 2: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST),²¹ an eight-item screening tool for tobacco, alcohol, and other substances (e.g., cannabis, cocaine, amphetamines, sedatives, hallucinogens, inhalants, opioids). The Thai version has acceptable internal consistency, with Cronbach's alpha coefficients of 0.82 for tobacco and 0.73 for alcohol.²² Participants with a history of using at least one substance were classified as having substance use. Scores were categorized as follows: For each substance except alcohol, 0 - 3 = low risk, 4 - 26 = moderate risk, and ≥ 27 = high risk; for alcohol, 0 - 10 = low risk, 11 - 26 = moderate risk, and ≥ 27 = high risk.

Section 3: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT),²³ administered to

participants with a history of alcohol use. The Thai version has acceptable internal consistency, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.70.²⁴ The interpretation of scores was as follows: 0 - 7 = low risk, 8 - 15 = moderate risk, 16 - 19 = high risk, and 20 - 40 = probable alcohol dependence.

Section 4: The Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND),²⁵ administered to participants with a history of smoking. The Thai version demonstrated fair internal consistency, with Cronbach's alpha coefficient of 0.52, and good test-retest reliability (ICC (3,1) = 0.83).²⁶ Scores were interpreted as follows: 1 - 2 = low-level dependence, 3 - 4 = low to moderate dependence, 5 - 7 = moderate dependence, and ≥ 8 = high dependence.

Participants who used at least one substance, excluding benzodiazepines, within the past three months were defined as having a history of substance use. Benzodiazepine use within the past three months was assessed using the ASSIST.²¹ Because the ASSIST assesses sedatives as a class, participants who reported sedative use were further asked to identify the specific type (generic/brand name) and dosing information. When possible, participants were asked to show the medication package/blister strip to support identification. Self-reported information was cross-checked against the patients' EMR, which provided the prescribed sedative agent(s) and dose. Self-report was accepted when medication identification was considered reliable (e.g., correct drug name and dose or medication shown). When self-report and EMR were discordant, EMR data were used as the primary source. Therefore, non-benzodiazepine sedative-hypnotics identified in the EMR were not classified as benzodiazepine use. Regular use was defined

as self-reported benzodiazepine use on a weekly or more frequent basis during the past three months, corresponding to a score of ≥ 4 on ASSIST Question 2, consistent with the moderate-risk scoring criteria.²¹

Data analysis

Participant characteristics were summarized using frequencies and percentages for categorical variables and means with standard deviation (SD) for continuous variables. Chi-square tests or Fisher's exact tests, as appropriate, were used to compare the distribution of categorical variables between participants with and without benzodiazepine use, while independent t-tests were used for continuous variables. Multivariable logistic regression was performed to examine the association between substance use and benzodiazepine use, sex, and the interaction term between benzodiazepine use and sex, adjusting for relevant covariates. Subgroup analyses were conducted to assess sex-specific effects. Strength of association was presented as adjusted odds ratios (AORs) with 95% confidence intervals (CIs). Statistical significance was set at $p < .05$.

Results

A total of 218 participants were included in the study. The majority were female ($n = 137$, 62.8%), with a mean age of 68.7 ± 7.0 years. Most participants had completed primary education (53.7%), were married (42.7%), and were not living alone (81.2%). Universal health coverage was the most common healthcare coverage (65.1%), and most participants reported a monthly income of less than 5,000 baht (63.8%). All participants had at least one underlying disease, with the most prevalent conditions being hypertension (73.4%), dyslipidemia (67.0%), and type 2 diabetes mellitus (32.1%).

Among psychiatric comorbidities, only depression (0.9%) was identified (Table 1).

Among all the participants, 46 (21.1%) reported benzodiazepine use (BZD group), whereas 172 (78.9%) reported no current benzodiazepine use (non-BZD group). In the BZD group, lorazepam 0.5 mg was the only benzodiazepine used. Significant differences between participants with and without benzodiazepine use were observed in age, educational level, and certain medical conditions, including type 2 diabetes mellitus, chronic kidney disease (CKD), a history of falls, and depression (Table 1).

As shown in Table 2, 45.9% of participants had a history of using at least one type of substance. The most commonly reported substances were alcoholic beverages (36.7%) and tobacco products (19.7%). The BZD group had a significantly higher proportion of participants with any substance use compared with the non-BZD group (73.9% vs. 38.4%). However, no significant differences were observed in the use of specific substances or in severity between the BZD and non-BZD groups.

Table 3 presents the multiple logistic regression analysis adjusted for age, education, and marital status. Substance use was significantly associated with benzodiazepine use (AOR = 11.25, 95% CI = 3.55 - 35.67), and being male (AOR = 12.94, 95% CI = 5.57 - 30.04). No interaction between benzodiazepine use and sex was observed. Subgroup analysis by sex showed no significant association between a history of benzodiazepine use and substance use among males. However, among females, history of substance use remained significantly associated with benzodiazepine use (AOR = 15.05, 95% CI = 4.06 - 55.73).

Table 1 Demographic characteristics of participants and benzodiazepine use

	All (n = 218) n (%)	BZD (n = 46) n (%)	non-BZD (n = 172) n (%)	p-value
Age (mean ± SD)^a	68.7 ± 7.0	73.0 ± 8.9	67.6 ± 6.0	< .001
Sex				.090
Male	81 (37.2)	22 (47.8)	59 (34.3)	
Female	137 (62.8)	24 (52.2)	113 (65.7)	
Educational level				< .001 ^b
No education	96 (44.0)	32 (69.6)	64 (37.2)	
Primary education	117 (53.7)	14 (30.4)	103 (59.9)	
Secondary education or higher	5 (2.3)	0 (0.0)	5 (2.9)	
Marital status				.100
Single	54 (24.8)	9 (19.6)	45 (26.2)	
Married	93 (42.7)	15 (32.6)	78 (45.4)	
Widowed	50 (22.9)	16 (34.8)	34 (19.8)	
Divorced	21 (9.6)	6 (13.0)	15 (8.7)	
Living status				.120
Not living alone	177 (81.2)	41 (89.1)	136 (79.1)	
Living alone	41 (18.8)	5 (10.9)	36 (20.9)	
Health benefits scheme				.482 ^b
Universal health coverage	142 (65.1)	28 (60.8)	114 (66.3)	
Civil Servant Medical Benefits Scheme	73 (33.5)	17 (37.0)	56 (32.6)	
Social security scheme	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.6)	
State enterprise	2 (0.9)	1 (2.2)	1 (0.6)	
Monthly income (Thai Baht)				.139 ^b
< 5,000	139 (63.8)	36 (78.3)	103 (59.9)	
5,000 - 10,000	77 (35.3)	10 (21.7)	67 (39.0)	
10,000 - 20,000	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.6)	
> 20,000	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.6)	
Medical conditions				
Hypertension	160 (73.4)	38 (82.6)	122 (70.9)	.110
Type 2 diabetes mellitus	70 (32.1)	21 (45.7)	49 (28.5)	.030
Dyslipidemia	146 (67.0)	32 (69.6)	114 (66.3)	.670
Chronic kidney disease	35 (16.1)	15 (32.6)	20 (11.6)	.010
Chronic respiratory disease	26 (11.9)	8 (17.4)	18 (10.5)	.200
Stroke	7 (3.2)	3 (6.5)	4 (2.3)	.164 ^b
Gout	4 (1.8)	2 (4.4)	2 (1.2)	.197 ^b
Falling in the past year	8 (3.7)	5 (10.9)	3 (1.7)	.012 ^b
Osteoporosis	8 (3.7)	2 (4.4)	6 (3.5)	.677 ^b
Depression	2 (0.9)	2 (4.4)	0 (0.0)	.044 ^b

Note: Participants may have multiple medical conditions; therefore, percentages may exceed 100%.

BZD = benzodiazepine; SD = standard deviation. ^a p-value calculated using independent t-test. ^b p-value calculated using Fisher exact test.

Discussion

Among older adult patients attending the outpatient department for chronic NCDs at a primary care setting in Thailand, 21.1% reported benzodiazepine use. The prevalence is higher than that reported among older adults in other

Thai contexts, including a large population-based cohort (11.1%),²⁷ inpatients in a tertiary setting (14%),²⁸ and outpatients in a tertiary setting (16%).²⁹ Compared with international research, a study among older patients in academic medical centers in the USA reported a prevalence of 13.5%,²⁰

Table 2 History of substance use and severity (n = 218)

	All (n = 218) n (%)	BZD (n = 46) n (%)	non-BZD (n = 172) n (%)	p-value
Any substance use^a	100 (45.9)	34 (73.9)	66 (38.4)	< .001
Alcohol	80 (36.7)	20 (43.5)	60 (34.9)	.283
ASSIST				.661
Low risk	69 (86.6)	17 (85.0)	52 (86.7)	
Moderate risk	5 (6.3)	2 (10.0)	3 (5.0)	
High risk	6 (7.5)	1 (5.0)	5 (8.3)	
AUDIT				.642
Low risk	65 (81.3)	15 (75.0)	50 (83.3)	
Moderate risk	11 (13.8)	4 (20.0)	7 (11.7)	
High risk	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Dependence	4 (5.0)	1 (5.0)	3 (5.0)	
Smoking	43 (19.7)	12 (26.1)	31 (18.0)	.222
ASSIST				.739
Low risk	37 (86.6)	11 (91.7)	26 (83.9)	
Moderate risk	5 (11.6)	1 (8.3)	4 (12.9)	
High risk	1 (2.3)	0 (0.0)	1 (3.2)	
FTND				.315
Low level	11 (25.6)	3 (25.0)	8 (25.8)	
Low-moderate level	20 (46.5)	6 (50.0)	14 (45.2)	
Moderate level	9 (20.9)	1 (8.3)	8 (25.8)	
High level	3 (7.0)	2 (16.7)	1 (3.2)	
Cannabis	4 (1.8)	2 (4.3)	2 (1.2)	.153
ASSIST				
Low risk	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Moderate risk	3 (75.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	
High risk	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	
Kratom	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.6)	.604
ASSIST				< .001
Low risk	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Moderate risk	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
High risk	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	

Note: BZD = benzodiazepine; ASSIST = Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence.

^a Defined as self-reported use of alcohol, tobacco, cannabis, or kratom, as assessed by the ASSIST.

whereas a study among community-dwelling older adults in Brazil found a prevalence of 18.3%.³⁰ This discrepancy may reflect differences in operational criteria as well as clinical characteristics of the sample, as our OPD sample consisted of older patients with multiple comorbidities and frequent

healthcare contact, which may increase the likelihood of benzodiazepine prescribing.

We found that the BZD group was older, which is consistent with previous evidence.³¹ Prescription benzodiazepine use in older adults continues to be an important and persistent clinical

Table 3 Multiple logistic regression analysis of factors associated with history of substance use, overall and stratified by sex (n = 218)

	All (n = 218)		Male (n = 81)		Female (n = 137)	
	AOR (95% CI) ^a	p-value	AOR (95% CI) ^a	p-value	AOR (95% CI) ^a	p-value
BZD use	11.25 (3.55 - 35.67)	< .001	2.27 (0.50 - 10.34)	.290	15.05 (4.06 - 55.73)	< .001
Male	12.94 (5.57 - 30.04)	< .001				
BZD use × sex ^b	0.27 (0.05 - 1.59)	.148				

Note: AOR = adjusted odds ratio; CI = confidence interval; BZD = benzodiazepine.

^a Adjusted for age, education, and marital status. ^b Reference group: female.

concern. We also found lower educational attainment in the BZD group, which may reflect that non-pharmacological management requires health literacy.³² In addition, the BZD group had higher proportions of CKD, depression, and a history of falls. These findings support previous evidence that patients with multiple comorbidities may be harmed by inappropriate prescribing.²⁹ In primary care settings within community hospitals, time constraints and the limited availability of behavioral interventions or specialized mental health services may further contribute to benzodiazepine prescribing. Therefore, benzodiazepines should be prescribed cautiously, particularly in vulnerable older adults and those with comorbidities, with regular medication review and monitoring for adverse outcomes.

Approximately 45.9% of participants reported using at least one type of substance, with alcohol and tobacco being the most commonly used substances. This finding aligns with global evidence indicating that alcohol and tobacco are the most widely consumed substances worldwide.^{33,34} Due to its sedative effects, the concurrent use of alcohol and benzodiazepines may increase the risk of falls, fractures, and accidents, particularly among older adults.³⁵ Cannabis ranked third in frequency of use, which may partially reflect Thailand's 2022 cannabis liberalization under the Narcotics Act. However,

we could not distinguish whether cannabis use among participants was for medical or recreational purposes. This distinction should be taken into account when interpreting its association with benzodiazepine use.³⁶

A significant association was observed between benzodiazepine use and a history of substance use after adjusting for potential confounders. This finding may be explained by several mechanisms, primarily related to the pharmacological properties of benzodiazepines. These agents act on gamma-aminobutyric acid-A (GABA-A) receptors, producing sedative and anxiolytic effects. Prolonged use can induce neuroadaptive changes, such as decreased endogenous GABA activity, leading to increased dependence on external substances to maintain psychological stability.⁷ Consequently, individuals may turn to other substances, including alcohol, opioids, or stimulants, to mitigate withdrawal symptoms.⁶ Moreover, the shared pharmacodynamic effects of benzodiazepines and alcohol may further increase the risk of cross-substance use and polysubstance dependence.³⁷ Conversely, individuals with prior substance use disorder may be particularly vulnerable to benzodiazepine misuse, using it as a coping mechanism for withdrawal symptoms or psychological distress related to coexisting mental health conditions.³⁷ In older adults, additional risk

factors such as late-life depression, social isolation, and sleep disturbances may also contribute to substance use behaviors.³⁸

In stratified analyses, the association between benzodiazepine use and other substance use appeared stronger among females than males. This pattern is consistent with previous studies suggesting that women are more likely to use benzodiazepines to cope with negative emotions and may be more vulnerable to co-occurring mental health conditions.³⁹ Women have also been reported to exhibit greater sensitivity to certain substances and stronger cravings, which could increase susceptibility to polysubstance use.³⁹ In contrast, although men generally have a higher risk of developing substance use disorders, this elevated risk is not necessarily specific to benzodiazepine use.⁴⁰ Biological, social, and cultural factors, including differences in drug availability, peer influences, and gender norms, have been proposed to explain the higher prevalence of substance use disorders among men.⁴¹ However, the interaction between benzodiazepine use and sex was not statistically significant in our model, indicating insufficient evidence to conclude that the strength of the association differs by sex. Moreover, the wide confidence intervals observed in both overall and sex-stratified analyses suggest imprecision, likely due to the relatively small number of benzodiazepine users, particularly among males. These findings should therefore be interpreted with caution.

In Thailand, benzodiazepines are strictly regulated and can only be prescribed by hospital-based physicians, with over-the-counter access prohibited.⁴² Nonetheless, despite this controlled environment and awareness of the potential adverse consequences of these medications,

general practitioners continue to face challenges in appropriately regulating their prescribing practices.⁴³ These findings underscore the need to raise awareness among healthcare professionals regarding the risks of addiction,⁴⁴ as well as to implement targeted interventions for older adults who use benzodiazepines.

In addition, differences in screening results were observed across assessment tools. While the ASSIST frequently classified most participants as low risk for alcohol and tobacco use, the AUDIT and FTND identified greater proportions of individuals at higher risk levels. This discrepancy highlights the added value of administering substance-specific tools alongside the broader tools such as the ASSIST to improve early detection and risk stratification, which could enhance and facilitate more effective clinical intervention strategies in primary care.⁴⁵

A key strength of this study is its focus on older adults receiving care in primary settings, with data collected by trained professional nurses to ensure reliability. However, several limitations should be considered. First, as a cross-sectional study relying on self-reported measures, we cannot determine the temporal sequence between substance use and benzodiazepine use. Our findings hence reflect co-occurrence and associations rather than causal relationships. Second, we did not collect detailed information on the clinical indications or patients' reasons for benzodiazepine use. Differences in indications may be associated with different baseline risks of other substance use and may introduce clinical heterogeneity and unmeasured confounding. Consequently, the pooled adjusted odds ratio may be underestimated or overestimated. Third, detailed patterns of substance use as well as the reasons for use were not assessed and may represent unmeasured confounding factors influencing

the observed associations. Future research should investigate specific substance use patterns to provide a more detailed understanding of these associations.

Conclusion

Among older adults, benzodiazepine use was significantly associated with a higher prevalence of substance use, with women tending to demonstrate a stronger association than men. These findings highlight the importance of cautious prescribing practices and may inform the development of targeted strategies to reduce substance use in this population. Brief screening for addictive behaviors among patients who use benzodiazepines may support early identification and timely intervention in primary care settings.

Acknowledgements

This work was supported by Faculty of Medicine, Chiang Mai University. Grant No. 33-68. We would like to express our sincere gratitude to the patients and the staff of the Non-Communicable Diseases Outpatient Department at Phu Phiang Hospital, Nan Province, for their cooperation and valuable assistance in facilitating the data collection process.

Author contributions

Peerawit Ngamsittiroek: conceptualization, data collection, data analysis, writing of the manuscript; Nida Buawangpong: conceptualization, data analysis, writing of the manuscript; Wichuda Jiraporncharoen: conceptualization, revision of the manuscript; Kanokporn Pinyopornpanish: conceptualization, funding acquisition; Somthanon Pongsananurak: data collection; Thanachat Yotruangsri: conceptualization, data collection, data analysis, revision of the manuscript, corresponding author.

References

1. Fernandez L, Cassagne-Pinel C. Benzodiazepine addiction and symptoms of anxiety and depression in elderly subjects. *Encephale*. 2001;27(5):459-74. (in French)
2. 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American geriatrics society 2023 updated AGS beers criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(7):2052-81. doi:10.1111/jgs.18372.
3. Bourin M. [The problems with the use of benzodiazepines in elderly patients]. *Encephale*. 2010;36(4):340-7. doi:10.1016/j.encep.2010.04.016. (in French)
4. Hirschtritt ME, Palzes VA, Kline-Simon AH, Kroenke K, Campbell CI, Sterling SA. Benzodiazepine and unhealthy alcohol use among adult outpatients. *Am J Manag Care*. 2019;25(12):e358-e65.
5. Uchida T, Hirano J, Sakurai H, Suzuki T, Mimura M, Uchida H. Concomitant use of alcohol and benzodiazepine hypnotics in psychiatric outpatients: a cross-sectional survey. *Int Clin Psychopharmacol*. 2019;34(6):291-7. doi:10.1097/yic.0000000000000264.
6. Sun CF, Pola AS, Su KP, Lin BY, Kablinger AS, Trestman RL. Benzodiazepine use for anxiety disorders is associated with increased long-term risk of mood and substance use disorders: A large-scale retrospective cohort study. *Drug Alcohol Depend Rep*. 2024;12:100270. doi:10.1016/j.dadr.2024.100270.
7. Campo-Soria C, Chang Y, Weiss DS. Mechanism of action of benzodiazepines on GABAA receptors. *Br J Pharmacol*. 2006;148(7):984-90. doi:10.1038/sj.bjp.0706796.
8. Farmer AY, Wang Y, Peterson NA, Borys S, Hallcom DK. Social Isolation Profiles and Older Adult Substance Use: A Latent Profile Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2022;77(5):919-29. doi:10.1093/geronb/gbab078.
9. Chan AW. Effects of combined alcohol and benzodiazepine: a review. *Drug Alcohol Depend*. 1984;13(4):315-41. doi:10.1016/0376-8716(84)90001-2.
10. Watts V. Benzodiazepines Combined With Other Substances Increase Risks. *Psychiatr News*. 2015;50(3):1-1. doi:10.1176/appi.pn.2015.1b22.
11. Muvvala SB, Schwartz ML, Petrakis I, O'Connor PG, Tetrault JM. Stitching A Solution to the Addiction Epidemic: A Longitudinal Addiction Curricular Thread

- across Four Years of Medical Training. *Subst Abus.* 2020;41(4):475-9. doi:10.1080/08897077.2019.1709606.
12. O'Connor PG, Sokol RJ, D'Onofrio G. Addiction medicine: the birth of a new discipline. *JAMA Intern Med.* 2014;174(11):1717-8. doi:10.1001/jamainternmed.2014.4211.
 13. Chan WL, Wood DM, Dargan PI. Prescription medicine misuse in the Asia-Pacific region: An evolving issue? *Br J Clin Pharmacol.* 2021;87(4):1660-7. doi:10.1111/bcp.14638.
 14. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22(2):241-52. doi:10.1016/s0193-953x(05)70074-5.
 15. Alhalaseh L, Abushams L, Qudah R, Van Hout MC, Wazaify M. Substance Use and Misuse Among Older Adults: A Scoping Review. *Subst Use Misuse.* 2025;60(11):1709-19. doi:10.1080/10826084.2025.2513525.
 16. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med.* 2007;147(8):573-7. doi:10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010.
 17. Lai YR, Yang YS, Tsai ML, Huang CN, Chiou JY. Benzodiazepine & nonbenzodiazepine prescriptions for Taiwanese elderly with type 2 diabetes contributes to cognitive dysfunction. *Int Psychogeriatr.* 2014;26(10):1719-27. doi:10.1017/S1041610214000908.
 18. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-5.
 19. Laohaprasitiporn P, Jarusriwanna A, Unnanuntana A. Validity and reliability of the Thai version of the Barthel Index for elderly patients with femoral neck fracture. *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2017;100(5):539-48.
 20. Gress T, Miller M, Meadows C, 3rd, Neitch SM. Benzodiazepine Overuse in Elders: Defining the Problem and Potential Solutions. *Cureus.* 2020;12(10):e11042. doi:10.7759/cureus.11042.
 21. Gryczynski J, Kelly SM, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP. Validation and performance of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addiction.* 2015;110(2):240-7. doi:10.1111/add.12767.
 22. Vongsirimas N, Kesornsri S, Sitthimongkol Y, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating psychometric properties of the Thai-version Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *J Subst Use.* 2024;29(2):258-63. doi:10.1080/14659891.2022.2153756.
 23. Higgins-Biddle JC, Babor TF. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2018;44(6):578-86. doi:10.1080/00952990.2018.1456545.
 24. Lapham SC, Brown P, Suriyawongpaisal P, Skipper BJ, Chadbunchachai W, Paisarnsilp S. Use of AUDIT for alcohol screening among emergency room patients in Thailand. *Subst Use Misuse.* 1999;34(13):1881-95. doi:10.3109/10826089909039430.
 25. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989;12(2):159-82. doi:10.1007/BF00846549.
 26. Klinphon T, Janwantanakul P, Thaveeratitham P. Reliability of the Thai version of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2017;100(10):1130-4.
 27. Yotruangsri T, Aramrat P, Aramrat C, Pliannuom S, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K. CNS-active medication use and adverse health outcomes among Thai older adults: a population-based retrospective study. *Sci Rep.* 2026;16(1):6247. doi:10.1038/s41598-026-37555-2.
 28. Sriboonruang T, Chusiri S, Ritsamdang J. Prevalence and determinants of potentially inappropriate medications in elderly inpatients in Thailand: a retrospective observational study based on the 2019 Beers criteria. *J Pharm Policy Pract.* 2024;17(1):2285958. doi:10.1080/20523211.2023.2285958.
 29. Ananchaisarp T, Chamroonkiadtikun P, Kodchakrai K, Saeung T, Charatcharungkiat T, Leelarujjaroen P, et al. Prevalence of potentially inappropriate medication among older patients in a primary care unit of a tertiary care hospital in Thailand: a retrospective cross-sectional study. *BMJ Open.* 2025;15(5):e091465. doi:10.1136/bmjopen-2024-091465.
 30. Alvim MM, Cruz DTd, Vieira MdT, Bastos RR, Leite ICG. Prevalence of and factors associated with benzodiazepine use in community-resident elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(4):463-73. doi:10.1590/1981-22562017020.170042.
 31. Gerlach LB, Wiechers IR, Maust DT. Prescription Benzodiazepine use among older Adults: a critical

- review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(5):264-73. doi:10.1097/HRP.000000000000190.
32. Geboers B, de Winter AF, Spooenberg SL, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qual Life Res*. 2016;25(11):2869-77. doi:10.1007/s11136-016-1298-2.
33. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*. 2018;113(10):1905-26. doi:10.1111/add.14234.
34. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrera A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(12):987-1012. doi:10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
35. Bye EK, Rossow I. Concomitant alcohol and sedative-hypnotic drug use among the elderly in Norway. *Nordisk Alkohol Nark*. 2017;34(1):18-27. doi:10.1177/1455072516683896.
36. Yimsaard P, Lancaster KE, Sohn AH. Potential impact of Thailand's cannabis policy on the health of young adults: current status and future landscape. *Lancet Reg Health Southeast Asia*. 2023;10:100145. doi:10.1016/j.lansea.2023.100145.
37. Schmitz A. Benzodiazepine use, misuse, and abuse: a review. *Ment Health Clin*. 2016;6(3):120-6. doi:10.9740/mhc.2016.05.120.
38. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(3):629-54. doi:10.1016/j.cger.2014.04.008
39. McHugh RK, Geyer RB, Chase AR, Griffin ML, Bogunovic O, Weiss RD. Sex differences in benzodiazepine misuse among adults with substance use disorders. *Addict Behav*. 2021;112:106608. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106608.
40. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2017.
41. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*. 2023;22(2):203-29. doi:10.1002/wps.21073.
42. Srisurapanont M, Garner P, Critchley J, Wongpakaran N. Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: a survey among general practitioners practicing in northern Thailand. *BMC Fam Pract*. 2005;6:27. doi:10.1186/1471-2296-6-27.
43. Bendtsen P, Hensing G, McKenzie L, Stridsman AK. Prescribing benzodiazepines--a critical incident study of a physician dilemma. *Soc Sci Med*. 1999;49(4):459-67. doi:10.1016/s0277-9536(99)00133-1.
44. Jones JD, Mogali S, Comer SD. Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug Alcohol Depend*. 2012;125(1-2):8-18. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.07.004.
45. Fink A, Elliott MN, Tsai M, Beck JC. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(11):1937-43. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00476.x.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย : รายงานเบื้องต้น

วันรับ : 18 พฤศจิกายน 2568

วันแก้ไข : 20 กุมภาพันธ์ 2569

วันตอบรับ : 27 กุมภาพันธ์ 2569

โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พ.บ.¹, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, วท.ด.²,

วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, วท.ม.³, สุดาภรณ์ คำดวงดาว, วท.ม.⁴,

จันทร์ชนก โยธินชัชวาล, สส.ม.⁴, วรรณนิสา สุขทอง, วท.บ.⁴, วาณี อุดมศรี, วท.บ.⁴

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่¹,

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี²,

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ³,

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติ และจัดทำเกณฑ์มาตรฐานของแบบประเมินทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่นไทย

วิธีการ : การศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 การสร้างต้นแบบของแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทยจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง และคัดเลือกข้อคำถามด้วยวิธีเดลฟายและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 การทดลองใช้เพื่อทดสอบคุณภาพด้านความเป็นปรนัยและความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี จำนวน 80 คน และระยะที่ 3 การวิเคราะห์กลุ่มในวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี จาก 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน 2,192 คน เพื่อจัดกลุ่มคะแนนแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย และหาค่าพิสัยของแต่ละระดับ โดยอิงตามค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์แยกตามเพศและช่วงอายุ

ผล : แบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย ฉบับประเมินตนเอง จำนวน 49 ข้อ (คิดคะแนนรวม 47 ข้อ) ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ การมองตนเองเชิงบวก การมีความสัมพันธ์ที่ดี และความฉลาดในการใช้ดิจิทัล มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาตั้งแต่ 0.80 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 และมีเกณฑ์มาตรฐานโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามเพศชายและหญิง กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี และ 15 - 19 ปี โดยการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดีกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ ดีเทียบเท่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ และควรได้รับการส่งเสริม

สรุป : แบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย ฉบับประเมินตนเอง มีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นประเมิน วางแผนส่งเสริม และติดตามทักษะชีวิตของวัยรุ่นไทย ทั้งในบริบทสถานศึกษาและการสำรวจสถานการณ์ในภาพรวม

คำสำคัญ : เกณฑ์มาตรฐาน, คุณสมบัติทางจิตมิติ, ทักษะชีวิต, แบบประเมิน, วัยรุ่น

ติดต่อผู้นิพนธ์ : โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ ; e-mail: drchosita@gmail.com

Original article

Development and validation of the Thai Adolescent Life Skills Assessment: a preliminary report

Received : 18 November 2025

Revised : 20 February 2026

Accepted : 27 February 2026

Chosita Pavasuthipaisit, M.D.¹, Rattanasak Santitadukul, Ph.D.²,Wimonwan Punyawong, M.Sc.³, Janchanok Yothinchatchawal, M.S.W.⁴,Sudaporn Khamduangdao, M.Sc.⁴, Wannisa Sukdong, B.Sc.⁴,Wanee Udomsri, B.Sc.⁴Suanprung Hospital, Department of Mental Health, Chiang Mai Province¹,Suan Saranrom Hospital, Department of Mental Health, Surat Thani Province²,Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health, Bangkok³,Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Bangkok⁴

Abstract

Objective: To develop a life skills assessment tool for Thai adolescents, validate its psychometric properties, and establish normative standards.

Methods: This study was conducted in 3 phases. Phase 1 involved development of the assessment prototype through an extensive literature review along with stakeholders and expert meetings, followed by item selection by using Delphi method and content validity testing. Phase 2 evaluated the objectivity and the reliability of the final draft using Cronbach's alpha coefficient among 80 adolescents aged 10 - 19 years. Phase 3 employed cluster analysis among 2,192 students aged 10 - 19 years across 13 health regions of Thailand to determine levels and corresponding ranges, based on mean with standard deviation, stratified by sex and age group.

Results: The developed Thai Adolescent Life Skills Assessment consists of 49 items (with scores calculated from 47 items), covering four main components: creation, positive self, positive relation, and digital quotient. The tool demonstrated an index of item-objective congruence (IOC) of 0.80 or higher and an overall Cronbach's alpha of 0.86. Normative standards were established for both the total and subscale scores, categorized by sex (male and female) and age groups (10 - 14 and 15 - 19 years). Score interpretation is classified into three levels: above average, average, and needs improvement.

Conclusion: The Thai Adolescent Life Skills Assessment demonstrates acceptable content validity and good overall reliability. It may serve as a preliminary tool for assessing, supporting, and monitoring life skills among Thai adolescents in educational settings and for population-based assessments.

Keywords: adolescent, assessment, life skills, normative standard, psychometric properties

Corresponding author: Chosita Pavasuthipaisit; e-mail: drchosita@gmail.com

ความรู้เดิม : ทักษะชีวิตวัยรุ่นมีความสำคัญต่อการพัฒนาตนเอง การปรับตัว และความสำเร็จในชีวิตวัยรุ่นผู้ใหญ่ การมีทักษะชีวิตที่ดีช่วยให้วัยรุ่นแก้ปัญหาสื่อสาร และสร้างความสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ประเทศไทยยังไม่มีแบบประเมินทักษะของวัยรุ่นที่ครอบคลุมแนวคิดสากลและสอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน

ความรู้ใหม่ : การศึกษาครั้งนี้พัฒนาแบบประเมินทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ การมองตนเองเชิงบวก การมีความสัมพันธ์ที่ดี และความฉลาดในการใช้ดิจิทัล มีข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ (คิดคะแนนรวม 47 ข้อ) แบบประเมินมีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ และมีความเชื่อมั่นในภาพรวมระดับดี สามารถแบ่งระดับทักษะชีวิตทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบเป็น 3 ระดับ โดยสามารถอิงตามเพศและช่วงอายุ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นเครื่องมือเบื้องต้นสำหรับครูผู้ปกครอง และบุคลากรที่ดูแลวัยรุ่น เพื่อใช้ทำความเข้าใจและวางแผนสนับสนุนหรือส่งเสริมทักษะชีวิตของวัยรุ่นรายบุคคล

บทนำ

ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น การพัฒนาทักษะด้านจิตใจ อารมณ์ และการจัดการวิถีชีวิต มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ถือเป็นเกราะป้องกันปัญหาด้านจิตใจและสังคมที่อาจเกิดขึ้นในทุกช่วงวัย ทักษะเหล่านี้ถูกเรียกรวมกันว่า “ทักษะชีวิต (life skills)”

ในปี พ.ศ. 2542 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้สรุปทักษะชีวิตพื้นฐานที่สำคัญสำหรับเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา (decision-making and problem-solving) การคิดสร้างสรรค์และการคิดวิเคราะห์ (creative thinking and critical thinking) การสื่อสารและสัมพันธภาพ (communication and interpersonal skills) ความเข้าใจตนเองและการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (self-awareness and empathy) และการจัดการอารมณ์และความเครียด (coping with emotions and coping with stress) ซึ่งถือเป็นทักษะพื้นฐานในทุกวัฒนธรรมทั่วโลก และได้รับการ

ผลักดันให้ผนวกเข้ากับการเรียนการสอนในทุกช่วงวัยในสถานศึกษา¹

ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการรวมตัวของกลุ่ม Partnership for 21st Century Learning หรือ P21 ซึ่งประกอบด้วยองค์กรด้านการศึกษา สาธารณสุข และองค์กรเอกชนในสหรัฐอเมริกา เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับเด็กและวัยรุ่นในศตวรรษที่ 21 เพื่อตอบรับกับช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัล ซึ่งเป็นยุคแห่งการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วในระดับนานาชาติ ส่งผลให้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต วิถีคิด การทำงาน และทักษะการดำเนินชีวิต จำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป² สำหรับกลุ่มวัยรุ่น นอกจากองค์ประกอบของทักษะชีวิตตามแนวคิดเดิมแล้ว ควรเพิ่มเติมทักษะด้านความฉลาดรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการใช้ข้อมูล (information) สื่อ (media) และเทคโนโลยี (technology) ขณะที่ทักษะทางสังคมที่ควรเน้นเพิ่มเติมคือ ความยืดหยุ่น (flexibility) ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการปรับตัวในสังคมที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง^{3,4}

นอกจากนี้ งานวิจัยด้านการส่งเสริมทักษะชีวิตวัยรุ่นยังพบว่า การปรับสิ่งแวดล้อม การจัดการทรัพยากร และการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการส่งเสริมทักษะชีวิต มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับลึก (behavior transformation) ตลอดจนความสำเร็จทั้งด้านการเรียนและการใช้ชีวิตของวัยรุ่น⁴ ซึ่งสะท้อนบทบาทสำคัญของผู้ปกครองและครูที่จำเป็นต้องมีทัศนคติ ความเข้าใจ และการสนับสนุนพัฒนาการของวัยรุ่นอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การดูแลและช่วยเหลือวัยรุ่นควรมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ผ่านความร่วมมือระหว่างครอบครัว โรงเรียน และระบบสาธารณสุข เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในระยะยาว⁵

สำหรับประเทศไทย ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและวัยรุ่นทั้งในด้านการคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีคุณธรรมจริยธรรม หน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานด้านการพัฒนาศักยภาพของวัยรุ่น โดยเฉพาะหน่วยงานด้านการศึกษาและสาธารณสุข ได้มีการพัฒนา

เทคโนโลยีเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่หลากหลายและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2561 กรมสุขภาพจิต ได้มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยตามแนวคิด CPR ซึ่งประกอบด้วย การคิดสร้างสรรค์ (creativity) การคิดเชิงบวก (positivity) และการมีสำนึกต่อสังคมที่ดี (responsibility)⁶

อย่างไรก็ตาม แม้การส่งเสริมหรือเรียนรู้ทักษะชีวิต จะได้รับความสำคัญในระบบการศึกษาทั่วโลก แต่พบว่าการประเมินทักษะชีวิตและการประเมินผลลัพธ์ของการส่งเสริมทักษะชีวิตของวัยรุ่นยังมีจำกัด เครื่องมือประเมินทักษะชีวิตของในต่างประเทศส่วนใหญ่มีลักษณะการประเมินไปตามหลักสูตรการเรียนรู้ในระบบโรงเรียน เช่น Life Skills Assessment Tool (LSA) ซึ่งพัฒนาโดยองค์กร Save the Children เน้นการประเมินในมิติการศึกษา ความสามารถที่จะเป็นอิสระ ระดับความสามารถในการจ้างงาน และการมีกรอบแนวคิดแบบเติบโต (growth mindset)⁷ ส่วนแบบประเมิน Life Skills Assessment Scale (LSAS) และ Life Skills Inventory Independent Living Skills Assessment เน้นไปที่การประเมินระดับความสามารถในการดำรงชีวิตเป็นอิสระของนักเรียน^{8,9} และ Casey Life Skills Toolkit เน้นการประเมินไปที่พฤติกรรมและสมรรถนะที่จะบรรลุเป้าหมายชีวิตตนเอง¹⁰ ส่วนในประเทศไทย มักเน้นการประเมินสมรรถนะการเรียนรู้มากกว่าทักษะในชีวิตด้านต่าง ๆ โดยใช้เป็นเครื่องมือสำหรับครู เช่น แบบวัดในกลุ่มที่ประเมินทักษะชีวิตและอาชีพ¹¹ แบบสอบถามทักษะชีวิตที่ใช้ในโรงเรียน¹² หรือเป็นการประเมินในมิติใดมิติหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของทักษะชีวิต เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ (emotional quotient: EQ)¹³ และความเข้มแข็งทางใจหรือพลังใจ (resilience quotient: RQ)¹⁴ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมองค์ประกอบของทักษะชีวิตที่สำคัญ

จากผลการทบทวนดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบของทักษะชีวิตที่จำเป็นในยุคปัจจุบัน และเหมาะสมกับวัยรุ่นในบริบทไทย เพื่อใช้ในการประเมินและติดตามสถานการณ์ ตลอดจนเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนดำเนินงานและประเมินผลด้านการส่งเสริมทักษะชีวิตและสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่นไทย และทดสอบคุณสมบัติเบื้องต้น และจัดทำเกณฑ์มาตรฐานของแบบประเมินดังกล่าว

วิธีการ

การพัฒนาแบบประเมินทางพฤติกรรมศาสตร์ ด้วยวิธีผสมผสาน (mixed methods model) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตามเอกสารรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 040/2563 โดยการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนาแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 6 คน ได้แก่ ครูที่มีประสบการณ์ด้านพัฒนาทักษะชีวิตในนักเรียนอย่างน้อย 5 ปี 2 คน ผู้ปกครองที่มีบุตรอยู่ในช่วงอายุ 10 - 19 ปี 2 คน และตัวแทนเด็กและเยาวชนจากสภาเด็กและเยาวชนกรุงเทพมหานคร 2 คน และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 10 คน ได้แก่ จิตแพทย์ระดับทรงคุณวุฒิ 1 คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 4 คน กุมารแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 2 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านเด็กและวัยรุ่น 2 คน ในประเด็นด้านบริบทองค์ประกอบ นิยามเชิงปฏิบัติการ และกรอบแนวคิดของทักษะชีวิตวัยรุ่น

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสรุปผลเพื่อร่างข้อคำถามและประเมินความเหมาะสมด้วยวิธีเดลฟาย (Delphi method) จำนวน 2 รอบ ในรอบที่ 1 ผู้วิจัยได้เชิญสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตวัยรุ่น 18 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 3 คน นักจิตวิทยาคลินิก 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 3 คน นักกิจกรรมบำบัด 3 คน นักการศึกษาพิเศษ 3 คน และพยาบาลจิตเวช 3 คน ให้ความเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของนิยามเชิงปฏิบัติการ องค์ประกอบ และร่างข้อคำถามพร้อมลงคะแนนความคิดเห็นโดยใช้มาตรวัด (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = มีความเหมาะสมน้อยที่สุด ถึง 5 = มีความเหมาะสมมากที่สุด โดยข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐาน (median) เท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์ความเหมาะสม และข้อคำถามที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

(interquartile range: IQR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ($Q3 - Q1 \leq 1$) ถือว่าคะแนนของข้อคำถามนั้นได้รับฉันทามติ (consensus)¹⁵ โดยข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในรอบที่ 1 จะถูกตัดออก ส่วนข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์แต่ยังไม่มีฉันทามติ จะได้รับการปรับแก้ตามคำแนะนำ และนำไปพิจารณาอีกครั้งในรอบที่ 2 เพื่อให้เกิดฉันทามติ

จากนั้น ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ผ่านทั้งเกณฑ์และฉันทามติจากวิธีเดลฟายมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) จำนวน 2 รอบ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญ 10 คนที่ให้สัมภาษณ์ในขั้นตอนแรกมาพิจารณาอีกครั้งในรอบที่ 1 ข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.5 จะถูกคงไว้และพิจารณาปรับปรุงตามคำแนะนำ ส่วนข้อที่มีค่า IOC < 0.5 จะถูกตัดออก สำหรับรอบที่ 2 ข้อคำถามที่คงเหลือจะได้รับการคัดเลือกอีกครั้ง โดยใช้เกณฑ์ค่า IOC ≥ 0.8 ถือว่าข้อคำถามนั้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่ดี และนำมารวบรวมเป็นแบบสอบถามฉบับร่าง เพื่อทดลองใช้ในเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี จำนวน 17 คน แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี 13 คน และ 15 - 19 ปี 4 คน ซึ่งเป็นบุตรหลานของเจ้าหน้าที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ที่ผู้ปกครองยินยอมและเด็กยินยอมให้ข้อมูล โดยคณะเพศชายและหญิงเพื่อทดสอบความเป็นปรนัย (objectivity) รวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความชัดเจนของภาษา และนำมาพิจารณาปรับปรุงเป็นฉบับร่างสุดท้าย

ระยะที่ 2 การทดสอบคุณภาพของแบบประเมิน

การทดสอบคุณภาพของแบบประเมินฉบับร่างสุดท้าย ดำเนินการในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โดยเลือกโรงเรียน 1 แห่งแบบเจาะจง ที่สังกัดกรุงเทพมหานคร และมีการสอนทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีสัญชาติไทย 2) อายุ 10 - 19 ปี 3) กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา และ 4) สามารถฟัง พูด และเข้าใจภาษาไทยได้ (กรณีนักเรียนมีปัญหาด้านการอ่าน ผู้วิจัยภาคสนามหรือครูผู้ประสานงานของโรงเรียนเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้นักเรียนฟัง) และเกณฑ์การตัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการสื่อสาร

2) มีอาการป่วยหรือไม่สบายในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล หรือ 3) ไม่ได้มาโรงเรียนในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability)^{16,17} โดยกำหนดค่าความผิดพลาด $\alpha = 0.05$ และ ค่า $\beta = 0.20$ ได้จำนวนขั้นต่ำ 64 คน เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 25 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แบ่งจำนวนโดยกระจายตามระดับอายุ กลุ่มละ 8 คน เป็นเพศชาย 4 คนและหญิง 4 คน ผู้วิจัยติดต่อโรงเรียนที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อชี้แจงโครงการและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ครูประจำชั้นที่โรงเรียนมอบหมายเป็นผู้มอบเอกสารชี้แจง การวิจัยแก่ผู้ปกครองและนักเรียนก่อน จากนั้นผู้วิจัยภาคสนามเข้าชี้แจงข้อมูลเพิ่มเติมในช่วงโมเมนต์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองและนักเรียนซักถามข้อสงสัยและใช้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วม โดยนักเรียนที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้แสดงความสมัครใจ (assent) ร่วมกับ ผู้ปกครองลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นจึงนัดหมายวันเวลาที่โรงเรียนสะดวกให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล

จากนั้นนำข้อมูลจากแบบประเมินมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบสอบถาม ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของทั้งฉบับ รายองค์ประกอบ และรายข้อคำถาม (Cronbach's alpha if item deleted) ทั้งนี้ การตัดหรือปรับปรุงข้อคำถามจะพิจารณาจากผลการทดสอบดังกล่าว ควบคู่กับผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แบบประเมินยังคงโครงสร้างข้อคำถามที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบสำคัญของทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย

ระยะที่ 3 การจัดทำเกณฑ์มาตรฐานของแบบประเมิน

การศึกษาระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อกำหนดจุดตัดคะแนนรวมของแบบประเมินที่ใช้แบ่งระดับทักษะชีวิตของวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี ที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับเครื่องมือเดิมของกรมสุขภาพจิต เช่น แบบประเมิน EQ และ RQ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สามารถนำผลประเมินไปใช้ร่วมกับแบบประเมินอื่น ๆ ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่
1) มีสัญชาติไทย 2) อายุ 10 - 19 ปี 3) กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา หรืออาชีวศึกษา และ 4) สามารถฟัง พูด เข้าใจภาษาไทยได้ (กรณีนักเรียนมีปัญหาด้านการอ่าน นักวิจัยภาคสนามหรือครูผู้ประสานงานของสถานศึกษาเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง) เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการสื่อสาร 2) มีอาการป่วยหรือไม่สบายในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล หรือ 3) ไม่มาโรงเรียนในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรของ Yamane สำหรับการเป็นตัวแทนประชากรเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี อิงจำนวนประชากรจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ. 2562¹⁸ แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี และ 15 - 19 ปี กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.04 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มอายุละ 625 คน เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของข้อมูล เป็นกลุ่มละ 750 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำทั้งหมด 1,500 คน ทั้งนี้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ได้กำหนดจำนวนตัวอย่างตามระดับอายุ 10 - 19 ปี กลุ่มละ 200 คน แบ่งเป็นชาย 100 คน และ หญิง 100 คน รวมเป็น 2,000 คน ซึ่งเพียงพอต่อการเป็นตัวแทนของประชากร การจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มย่อย และการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมิน^{16,19-21}

การคัดเลือกตัวอย่าง

ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอนและแบ่งชั้น (stratified multi-stage sampling) โดยแบ่งชั้น (strata) ตามเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 13 เขต แต่ละเขตเรียงลำดับจังหวัดตามจำนวนประชากร และเลือก 1 จังหวัดในแต่ละเขตด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละเขต รวมทั้งหมด 13 จังหวัด จากนั้นในแต่ละจังหวัดเลือกอำเภอเมืองหรือเทศบาลเมือง 1 อำเภอ และสุ่มเลือกอำเภอนอกเขตเมืองที่มีระยะทางห่างจากอำเภอเมือง ≥ 20 กิโลเมตร อีก 1 อำเภอ รวมจังหวัดละ 2 อำเภอ กรณีกรุงเทพมหานคร สุ่มเลือกเขตชั้นใน 1 เขต และชั้นนอก 1 เขต

ในแต่ละอำเภอที่สุ่มได้ เลือกสถานศึกษาที่มีในอำเภอนั้นจากสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยเลือกสถานศึกษาหลัก 1 แห่งและสำรอง 1 แห่งต่อสังกัด จากนั้นทีมผู้วิจัยภาคสนามเก็บข้อมูลตามระดับชั้นปี ได้แก่ ป.4 - ป.6, ม.1 - ม.6 และ ปวช.1 - 3 ตามชั้นปีที่เปิดสอนในแต่ละแห่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและแบ่งสัดส่วนเพศและอายุในแต่ละชั้นปี จนครบจำนวนตามที่กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาในระยะนี้ดำเนินการในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงมีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินทั้งที่เป็นแบบกระดาษและแบบระบบออนไลน์ผ่านช่องทาง Google sheet และ SurveyMonkey ขึ้นอยู่กับความสะดวกและระดับความเข้าใจของนักเรียนผู้ตอบแบบสอบถาม โดยนักวิจัยภาคสนามจากศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นผู้ประสานสถานศึกษาที่ได้รับการคัดเลือก เข้าชี้แจงรายละเอียดการวิจัย มอบเอกสารขอความยินยอมให้นักเรียนนำไปให้ผู้ปกครองลงนาม และนัดวันกำหนดวันเก็บข้อมูลภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนหลังจากเก็บข้อมูลทันที กรณีพบว่ามีแบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะติดตามสอบถามเพิ่มเติมอีก 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผ่านครูผู้ประสานงานทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์กลุ่ม (cluster analysis) เพื่อจัดกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคะแนนคล้ายคลึงกัน โดยพิจารณาจากค่าระยะห่างหรือค่าความคล้ายให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน จากนั้นนำผลการจัดกลุ่มมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อกำหนดช่วงคะแนน (range) และหาจุดตัด (cut-off) โดยอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการตัดสินใจ ทั้งนี้มีการวิเคราะห์แยกตามเพศและกลุ่มอายุ 2 กลุ่ม ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (10 - 14 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (15 - 19 ปี) เพื่อใช้ในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของแบบประเมินตามเพศและช่วงวัย

ผล

การสร้างและพัฒนาแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย

จากผลการศึกษาดังกล่าว ร่วมกับการทบทวนการประเมินทักษะชีวิตทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงพัฒนากรอบการประเมินทักษะชีวิตโดยอิงแนวทางการพัฒนาทักษะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์

(creation) การมองตนเองเชิงบวก (positive self) การมีความสัมพันธ์ที่ดี (positive relation) และความฉลาดในการใช้ดิจิทัล (digital quotient) โดยสามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อยรวม 18 ด้าน ซึ่งมีนิยามของแต่ละด้านดังตารางที่ 1

จากองค์ประกอบและนิยามดังกล่าว ในขั้นยกร่างมีข้อคำถามรวม 82 ข้อ หลังจากกระบวนการเดลฟาย การประเมินค่า IOC และการทดสอบความเป็นปรนัย มีการปรับปรุงรูปแบบข้อคำถามและตรวจสอบความถูกต้องคงเหลือฉบับทดลองใช้ที่มีข้อคำถาม 49 ข้อ โดยมีข้อคำถามหลัก 47 ข้อ ประกอบด้วยด้านความคิดสร้างสรรค์ 11 ข้อ การมองตนเองเชิงบวก 15 ข้อ การมีความสัมพันธ์ที่ดี 13 ข้อ และความฉลาดทางดิจิทัล 8 ข้อ ดังตารางที่ 2 และมี

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและนิยามของทักษะชีวิต

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	นิยามองค์ประกอบย่อยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม
ความคิดสร้างสรรค์ (creation)	<ul style="list-style-type: none"> การคิดยืดหยุ่น (flexibility) การคิดริเริ่ม (creativity) การคิดด้านบวก (optimism) การวางแผนและตั้งเป้าหมาย (planning and goal setting) 	<ul style="list-style-type: none"> ความสามารถในการปรับเปลี่ยนการคิดได้หลากหลายแบบและยืดหยุ่นมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในแง่มุมใหม่ ความสามารถในการคิดและเรียนรู้สิ่งใหม่ที่แตกต่างจากเดิมหรือต่างจากความคิดของคนทั่วไป คิดนอกกรอบ สามารถแสดงออกในรูปแบบผลผลิตหรือกระบวนการคิด ความสามารถคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่ตรงกับความจริงเมื่อเกิดปัญหา มีความหวัง ความพอใจ และมีความสุขได้แม้ในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ความสามารถในการคิดวางแผนปฏิบัติงานอย่างมีขั้นตอน มีกำหนดเวลา และเป้าหมายในการลงมือทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างชัดเจน
การมองตนเองเชิงบวก (positive self)	<ul style="list-style-type: none"> การเข้าใจตนเอง (self-awareness) การควบคุมตนเอง (self-regulation) การมีเป้าหมายในชีวิต (sense of meaning and purpose) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ความอดทนพยายาม (perseverance) 	<ul style="list-style-type: none"> ความเข้าใจตนเองในความต้องการ ความปรารถนา พฤติกรรม นิสัย อารมณ์ ความชอบ และความไม่ชอบ การควบคุมความคิด จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง สามารถยับยั้งชั่งใจ ทนต่อแรงต้าน และแรงกดดันของสังคมได้อย่างเหมาะสม การรับรู้ถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต มีแรงจูงใจเพื่อให้ตนเองบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งมีความพยายาม ความเชื่อ หรือแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิตเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จ ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีความพอใจ ภูมิใจในตนเอง และมีความสงบทางใจ ความรับผิดชอบ ความอดทนพยายาม ความมานะมุ่งมั่นที่จะเผชิญอุปสรรคหรือความยากลำบาก เพื่อให้งานหรือเป้าหมายที่วางไว้สำเร็จ
การมีความสัมพันธ์ที่ดี (positive relation)	<ul style="list-style-type: none"> ความรู้สึกขอบคุณ (gratitude) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) การสื่อสารเพื่อความสัมพันธ์ที่ดี (positive communication) ความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) 	<ul style="list-style-type: none"> การรับรู้ว่ามีสิ่งที่ดีและมีคนดี ๆ รอบตัวที่ช่วยเหลือเกื้อกูลตนเอง และรู้สึกขอบคุณ ชาบซึ่งกับสิ่งที่ดีที่ได้รับ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ผู้อื่น รวมทั้งมีความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร ทั้งในการพูดและการแสดงออก เพื่อสื่อสารความคิด ความต้องการอย่างเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การมีจิตสำนึกต่อสังคม สามารถเสียสละผลประโยชน์ส่วนตัวเพื่อส่วนรวม และปฏิบัติตามหน้าที่พลเมืองหรือกฎหมาย

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและนิยามของทักษะชีวิต (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	นิยามองค์ประกอบย่อยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม
ความฉลาดในการใช้ดิจิทัล (digital quotient)	• ความปลอดภัยและความฉลาดทางอารมณ์ในการใช้ดิจิทัล (digital safety and digital EQ)	• ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงจากโลกออนไลน์ มีความมั่นใจในการแก้ปัญหาเวลาถูกเพื่อนล้อเลียนกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ระวังระวังการใช้จ่ายและภาพไม่เหมาะสมบนโลกออนไลน์ รวมทั้งพฤติกรรมตนเองที่อาจทำให้เพื่อนรู้สึกไม่ดีหรือเข้าใจผิด ความสามารถในการสังเกตและจัดการอารมณ์ตนเอง ควบคุมยับยั้งตนเองในการสื่อสารบนโลกออนไลน์ให้เหมาะสม
	• ความสามารถในการระมัดระวังให้ปลอดภัยในโลกดิจิทัล (digital security)	• ความสามารถในการระมัดระวังตนเองให้ปลอดภัยจากโลกไซเบอร์ เข้าใจว่าต้องจัดการอย่างไรเมื่อถูกเจาะข้อมูลส่วนบุคคล หรือรู้ว่าจะป้องกันอย่างไรให้ข้อมูลตนเองบนโลกออนไลน์ปลอดภัย
	• การใช้ดิจิทัลอย่างเหมาะสม (digital use)	• ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมเวลาการใช้โทรศัพท์ เกม/หน้าจอของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยไม่เกิดผลเสียกับตนเอง
	• การปกป้องสิทธิ์ตนเองในโลกดิจิทัล (digital rights)	• ความสามารถในการรักษาความเป็นส่วนตัว ป้องกันตัวเองจากการถูกละเมิดสิทธิ์บนโลกออนไลน์
	• ความพร้อมรับต่ออนาคต (future readiness)	• มีความเชื่อว่าตนเองพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่จะเกิดขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในจากค่าแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha: α) ค่า scale mean if item deleted ค่า scale variance if item deleted และค่า alpha if item deleted ของแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย รายด้านและรวมทั้งฉบับ (n = 80)

องค์ประกอบ	scale mean if item deleted	scale variance if item deleted	Cronbach's alpha if item deleted
ความคิดสร้างสรรค์ (creation), $\alpha = 0.80$			
1. ฉันสามารถคิดวิธีรับมือเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง	13.80	12.54	0.78
2. ฉันคิดวิธีแก้ปัญหาได้หลายทาง	13.84	12.45	0.78
3. ฉันมองสถานการณ์หนึ่ง ได้หลายมุม	13.77	12.99	0.80
4. ฉันมักเสนอความคิดริเริ่มใหม่ ๆ	14.00	12.70	0.79
5. ฉันชอบเรียนรู้สิ่งใหม่	13.73	12.87	0.79
6. ฉันชอบคิดนอกกรอบ	13.77	12.93	0.80
7. ฉันเชื่อว่าทุกปัญหามีทางออก	13.61	13.95	0.82
8. เมื่อฉันมีความทุกข์ฉันสามารถมองหาสิ่งดี ๆ ในความทุกข์นั้น	13.97	12.09	0.79
9. เมื่อต้องทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกันฉันจัดลำดับความสำคัญได้	13.83	12.55	0.79
10. ฉันวางแผนและทำงานเสร็จทันเวลาที่กำหนดไว้	13.99	12.71	0.79
11. ฉันมีเป้าหมายที่ชัดเจนในเรื่องการเรียนหรือการทำงาน	13.83	12.14	0.78
การมองตนเองเชิงบวก (positive self), $\alpha = 0.82$			
12. ฉันบอกได้ว่า ขณะนี้ฉันรู้สึกอย่างไร	18.90	20.73	0.81
13. ฉันรู้ว่าฉันทำอะไรได้ดี	18.95	21.47	0.81
14. ฉันรู้ว่าฉันมีจุดแข็ง/จุดอ่อนอะไร	18.82	22.15	0.82
15. ฉันควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีปัญหาในชีวิต	19.14	20.93	0.81
16. เมื่อฉันรู้สึกหงุดหงิด ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้	19.33	22.31	0.83
17. หากมีคนอื่นอารมณ์เสียใส่ฉัน ฉันจะฟังสิ่งที่เขาพูดก่อน	19.03	21.56	0.81
18. ฉันมุ่งมั่นและพยายามไปถึงเป้าหมาย แม้สิ่งนั้นจะยากเพียงใดก็ตาม	18.99	21.01	0.81
19. ฉันขาดแรงบันดาลใจ ที่จะทำอะไรให้สำเร็จ	19.47	23.42	0.85
20. ฉันคิดว่าความผิดพลาดในชีวิต เป็นบทเรียนที่ทำให้ฉันเติบโต	18.90	21.48	0.81
21. ฉันรู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ	18.77	21.26	0.81
22. ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง	18.99	20.85	0.80

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในจากค่าแอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha: α) ค่า scale mean if item deleted ค่า scale variance if item deleted และค่า alpha if item deleted ของแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย รายด้านและรวมทั้งฉบับ (n = 80) (ต่อ)

องค์ประกอบ	scale mean if item deleted	scale variance if item deleted	Cronbach’s alpha if item deleted
การมองตนเองเชิงบวก (positive self), $\alpha = 0.82$ (ต่อ)			
23. ฉันพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่	19.01	20.38	0.81
24. อุปสรรคไม่ได้ทำให้ฉันหมดหวัง	19.21	20.19	0.80
25. เมื่อเริ่มต้นทำอะไรแล้ว ฉันตั้งใจทำงานสำเร็จเสมอ	19.04	20.48	0.80
26. เมื่อฉันมีปัญหาในชีวิต ฉันสามารถอดทนต่อสู้กับปัญหานั้น	19.03	20.03	0.80
การมีความสัมพันธ์ที่ดี (positive relation), $\alpha = 0.82$			
27. ฉันรู้สึกซาบซึ้งกับสิ่งต่าง ๆ ที่คนอื่นทำให้ฉัน	17.38	15.50	0.81
28. ฉันรู้สึกขอบคุณครอบครัวและเพื่อน ๆ ของฉัน	17.28	16.04	0.82
29. ฉันสังเกตได้ว่าเพื่อนกำลังรู้สึกอย่างไร แม้ว่าเขาจะไม่ได้บอกฉัน	17.47	15.60	0.82
30. ฉันเข้าใจปัญหาหรือความทุกข์ของผู้อื่น	17.49	15.08	0.81
31. ฉันรู้สึกเห็นใจเมื่อเพื่อนมีความทุกข์	17.39	14.71	0.81
32. ฉันรับฟังและให้คำปรึกษาเพื่อนเมื่อเขาเป็นทุกข์	17.41	14.90	0.81
33. ฉันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำงานกลุ่มกับเพื่อนได้	17.53	15.71	0.83
34. เมื่อเพื่อนมีปัญหาขัดแย้งกัน ฉันพูดให้เพื่อนเข้าใจกันได้	17.80	15.34	0.81
35. ถึงแม้ต้องเสียประโยชน์ส่วนตัวไปบ้าง ฉันก็ยินดีทำเพื่อส่วนรวม	17.74	14.41	0.80
36. ฉันเชื่อว่าเราควรตอบแทนสังคมด้วยการช่วยเหลือผู้อื่น	17.53	15.29	0.82
37. ฉันตั้งใจว่าจะใช้ความรู้ความสามารถของฉันพัฒนาประเทศในอนาคต	17.73	14.99	0.81
38. ฉันคิดเสมอว่าการกระทำของฉันจะส่งผลกระทบต่อคนอื่น	17.68	15.84	0.83
39. ฉันติดตามความเป็นไปของการเมืองในประเทศ	17.91	15.46	0.82
ความฉลาดในการใช้ดิจิทัล (digital quotient), $\alpha = 0.32$			
40. ฉันมั่นใจว่าแก้ปัญหาได้ถ้าถูกเพื่อนล้อเลียนหรือแกล้งบนโลกออนไลน์	11.16	15.43	0.25
41. ฉันระมัดระวังสิ่งที่โพสต์หรือพิมพ์เกี่ยวกับตัวเองบนโลกออนไลน์	10.92	16.10	0.28
42. ฉันระวังสิ่งที่ฉันโพสต์ความเห็นบนโลกออนไลน์ไม่ให้ทำร้ายจิตใจคนอื่น	10.86	16.06	0.28
43. ฉันรู้วิธีป้องกันข้อมูลส่วนตัวให้ปลอดภัยบนโลกออนไลน์	10.64	10.54	0.37
44. ฉันเล่นอินเทอร์เน็ตจนนอนไม่กินข้าว ละเลยการอาบน้ำ ไม่ทำการบ้านหรืองานที่มีอบหมาย	11.32	16.85	0.34
45. ฉันเห็นด้วยว่าการโพสต์ข้อมูลส่วนตัว เช่น เช็คอิน ลงรูปบนโลกออนไลน์ทำให้เกิดอันตรายกับตัวเองได้	10.99	10.56	0.35
46. ฉันมีความพร้อมรับทุกสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต	11.16	15.92	0.28
47. ฉันมั่นใจว่าตนเองสามารถปรับตัวและเอาตัวรอดได้	11.11	16.24	0.29

การประเมินความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางดิจิทัล 2 ข้อ จึงนำเครื่องมือนี้ไปทดสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่นเฉพาะ 47 ข้อหลัก เนื่องจากอีก 2 ข้อเป็นการประเมินด้านความรู้ ซึ่งแตกต่างจากข้ออื่นที่มุ่งเน้นประเมินทัศนคติและมุมมองต่อตนเองและบุคคลอื่น

การทดสอบคุณภาพของแบบประเมิน

การวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของกลุ่มตัวอย่าง เป้าหมาย 80 คน เป็นชาย 40 คน หญิง 40 คน พบว่า

แบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทยมีค่า IOC รายข้อตั้งแต่ 0.80 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 และรายองค์ประกอบระหว่าง 0.32 - 0.82 ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้ หลังการประชุมผลการทดสอบร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีการตัดข้อคำถามใดเพิ่มเติม เนื่องจากพิจารณาแล้วว่า การตัดข้อใดข้อหนึ่งออกไปอาจทำให้แต่ละองค์ประกอบขาดเนื้อหาสำคัญ และเห็นควรให้นำผลไปเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การจัดทำเกณฑ์มาตรฐานของเครื่องมือ

แบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี ฉบับ 49 ข้อ (ใช้คำนวณคะแนน 47 ข้อ) เป็นแบบประเมินตนเอง เกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละข้อ ได้แก่ ไม่จริง = 0 คะแนน จริงบางครั้ง = 1 คะแนน และจริง = 2 คะแนน ยกเว้น ด้านมองตนเองเชิงบวก ข้อที่ 16 และข้อที่ 19 และด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัล ข้อที่ 44 ให้คะแนน ไม่จริง = 3 คะแนน จริงบางครั้ง = 1 คะแนน และจริง = 0 คะแนน คะแนนรวมด้านความคิดสร้างสรรค์ (ข้อที่ 1 - 11) สูงสุด 22 คะแนน ด้านการมองตนเองเชิงบวก (ข้อที่ 12 - 26) สูงสุด 30 คะแนน ด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดี (ข้อที่ 27 - 39) สูงสุด 26 คะแนน และด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัล (ข้อที่ 40 - 47) สูงสุด 16 คะแนน

การวิเคราะห์กลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง 2,192 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 1,107 คน เพศชาย 1,085 คน โดยวิเคราะห์คะแนนทักษะชีวิตโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามเพศชายและหญิง กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี และ 15 - 19 ปี กำหนดจำนวนกลุ่ม 3 กลุ่ม ได้แก่ คะแนนสูง กลาง ต่ำ พบว่ามีช่วงคะแนน จำนวนและสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และมัธยฐานของแต่ละกลุ่ม ดังตารางที่ 3 โดยการแปลผลให้นำคะแนนรวมที่ได้แต่ละด้านนำมาเทียบค่ากับเกณฑ์ปกติในแต่ละด้าน แบ่งเป็นดีกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ ดีเทียบเท่ากับวัยรุ่นส่วนใหญ่ และควรได้รับการส่งเสริม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การจัดกลุ่มเกณฑ์คะแนนมาตรฐานรวมทักษะชีวิตโดยและรายด้าน (n = 2,192)

กลุ่มอายุ	เพศ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	กลุ่ม
ทักษะชีวิตโดยรวม							
10 - 14 ปี	ชาย	70 - 94	183	33.9	77.23	76	สูง
		53 - 69	231	42.8	61.81	62	กลาง
		0 - 52	126	23.3	43.70	47	ต่ำ
	หญิง	66 - 94	300	55.1	74.20	74	สูง
		47 - 65	209	38.4	56.51	57	กลาง
		0 - 46	35	6.4	37.20	40	ต่ำ
15 - 19 ปี	ชาย	67 - 94	305	56.0	76.91	76	สูง
		45 - 66	214	39.3	56.73	58	กลาง
		0 - 44	26	4.8	33.85	36	ต่ำ
	หญิง	68 - 94	315	56.0	77.18	77	สูง
		41 - 67	224	39.8	57.85	59	กลาง
		0 - 40	24	4.3	28.04	31	ต่ำ
ความคิดสร้างสรรค์ (creation)							
10 - 14 ปี	ชาย	16 - 22	165	30.6	17.95	17	สูง
		10 - 15	328	60.7	12.71	13	กลาง
		0 - 9	47	8.7	6.43	8	ต่ำ
	หญิง	16 - 22	202	37.1	17.42	17	สูง
		10 - 15	306	56.3	12.77	13	กลาง
		0 - 9	36	6.6	6.83	7	ต่ำ
15 - 19 ปี	ชาย	16 - 22	257	47.2	18.48	18	สูง
		10 - 15	263	48.3	12.82	13	กลาง
		0 - 9	25	4.6	7.12	8	ต่ำ
	หญิง	16 - 22	256	45.5	18.03	18	สูง
		11 - 15	261	46.4	13.25	14	กลาง
		0 - 10	46	8.2	8.07	9	ต่ำ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การจัดกลุ่มเกณฑ์คะแนนมาตรฐานรวมทั้งทักษะชีวิตโดยและรายด้าน (n = 2,192) (ต่อ)

กลุ่มอายุ	เพศ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	กลุ่ม
การมองตนเองเชิงบวก (positive self)							
10 - 14 ปี	ชาย	21 - 30	307	56.9	24.01	24	สูง
		13 - 20	204	37.8	16.97	17	กลาง
		0 - 12	29	5.4	8.69	10	ต่ำ
	หญิง	23 - 30	214	39.3	25.22	25	สูง
		17 - 22	220	40.4	19.97	20	กลาง
		0 - 16	110	20.2	13.52	15	ต่ำ
15 - 19 ปี	ชาย	22 - 30	283	51.9	25.05	25	สูง
		15 - 21	227	41.7	17.98	18	กลาง
		0 - 14	35	6.4	11.29	12	ต่ำ
	หญิง	22 - 30	304	54.0	25.04	25	สูง
		14 - 21	218	38.7	17.83	18	กลาง
		0 - 13	41	7.3	9.73	10	ต่ำ
การมีความสัมพันธ์ที่ดี (positive relation)							
10 - 14 ปี	ชาย	19 - 26	231	42.8	21.65	21	สูง
		12 - 18	273	50.6	15.25	15	กลาง
		0 - 11	36	6.7	8.17	10	ต่ำ
	หญิง	20 - 26	264	48.5	22.11	22	สูง
		13 - 19	250	46.0	16.25	17	กลาง
		0 - 12	30	5.5	9.43	10	ต่ำ
15 - 19 ปี	ชาย	20 - 26	280	51.4	22.53	22	สูง
		12 - 19	241	44.2	15.92	16	กลาง
		0 - 11	24	4.4	7.54	10	ต่ำ
	หญิง	20 - 26	333	59.1	22.48	22	สูง
		10 - 19	215	38.2	15.84	16	กลาง
		0 - 9	15	2.7	3.73	3	ต่ำ
ความฉลาดในการใช้ดิจิทัล (digital quotient)							
10 - 14 ปี	ชาย	12 - 16	260	48.1	13.44	13	สูง
		7 - 11	254	47.0	9.20	9	กลาง
		0 - 6	26	4.8	4.23	5	ต่ำ
	หญิง	12 - 16	298	54.8	13.53	13	สูง
		6 - 11	239	43.9	9.15	9	กลาง
		0 - 5	7	1.3	2.71	2	ต่ำ
15 - 19 ปี	ชาย	12 - 16	306	56.1	13.57	13	สูง
		7 - 11	225	41.3	9.27	9	กลาง
		0 - 6	14	2.6	3.57	4	ต่ำ
	หญิง	12 - 16	345	61.3	13.69	14	สูง
		7 - 11	199	35.3	9.32	9	กลาง
		0 - 6	19	3.4	4.05	4	ต่ำ

ตารางที่ 4 แสดงการแปลผลทักษะชีวิตรายด้านและภาพรวมจำแนกตาม เพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	เพศ	การแปลผล	องค์ประกอบทักษะชีวิต				ทักษะชีวิตโดยรวม
			ด้านความคิดสร้างสรรค์	การมองตนเองเชิงบวก	การมีความสัมพันธ์ที่ดี	ความฉลาดในการใช้ดิจิทัล	
10 - 14 ปี	ชาย	ดีกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่	16 - 22	21 - 30	19 - 26	12 - 16	70 - 94
		ดีเทียบเท่ากับวัยรุ่นส่วนใหญ่	10 - 15	13 - 20	12 - 18	7 - 11	53 - 69
		ควรได้รับการส่งเสริม	0 - 9	0 - 12	0 - 11	0 - 6	0 - 52
	หญิง	ดีกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่	16 - 22	23 - 30	20 - 26	12 - 16	66 - 94
		ดีเทียบเท่ากับวัยรุ่นส่วนใหญ่	10 - 15	17 - 22	13 - 19	6 - 11	47 - 65
		ควรได้รับการส่งเสริม	0 - 9	0 - 16	0 - 12	0 - 5	0 - 46
15 - 19 ปี	ชาย	ดีกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่	16 - 22	22 - 30	20 - 26	12 - 16	67 - 94
		ดีเทียบเท่ากับวัยรุ่นส่วนใหญ่	10 - 15	15 - 21	12 - 19	7 - 11	45 - 66
		ควรได้รับการส่งเสริม	0 - 9	0 - 14	0 - 11	0 - 6	0 - 44
	หญิง	ดีกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่	16 - 22	22 - 30	20 - 26	12 - 16	68 - 94
		ดีเทียบเท่ากับวัยรุ่นส่วนใหญ่	11 - 15	14 - 21	10 - 19	7 - 11	41 - 67
		ควรได้รับการส่งเสริม	0 - 10	0 - 13	0 - 9	0 - 6	0 - 40

วิจารณ์

ทักษะชีวิตที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่จะมีผลลัพธ์ที่ดีในชีวิต รวมถึงคุณสมบัติการเป็นผู้เรียนรู้ตลอดช่วงชีวิต (lifelong learners)²² การประเมินทักษะชีวิตของวัยรุ่นจึงมีความสำคัญต่อทำความเข้าใจตัวเองในด้านต่าง ๆ นำไปสู่การพัฒนาตนเอง รวมถึงครูและพ่อแม่สามารถช่วยเหลือและส่งเสริมทักษะชีวิตวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ทักษะชีวิตมีความซับซ้อนและมีความเป็นนามธรรมในการประเมิน การออกแบบเครื่องมือที่สามารถประเมินทักษะชีวิตให้เป็นรูปธรรมและมีมาตรฐานจึงเป็นความท้าทายสำคัญ แม้ในบริบทต่างประเทศ

การสร้างและพัฒนาแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทยครั้งนี้ ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนารอบการประเมินทักษะชีวิต โดยอิงตามแนวทางการพัฒนาทักษะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ประกอบและการประเมินทักษะชีวิตทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนการระดมความคิดเห็นของทั้งผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่น มากำหนดกรอบการประเมิน สามารถแบ่งองค์ประกอบของทักษะชีวิตวัยรุ่นไทยเป็น 4 ด้านหลัก และได้ข้อคำถามฉบับร่างจำนวน 82 ข้อ โดยกำหนดให้เป็นลักษณะการประเมินตนเอง เนื่องจากทักษะชีวิตเป็นคุณลักษณะภายในซึ่งตัววัยรุ่นเองเป็นผู้มองเห็นและเข้าใจตนเองได้มากกว่าการประเมินจาก

มุมมองผู้อื่น ภายหลังกระบวนการเดลฟายและการวิเคราะห์ IOC คงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินทัศนคติและมุมมองตนเอง 47 ข้อ และการประเมินความรู้ 2 ข้อ (ไม่นำมาคิดคะแนน) ซึ่งยังคงครอบคลุมองค์ประกอบหลักของทักษะชีวิตตามกรอบที่กำหนดไว้โดยทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป และใช้เวลาการประเมินตนเอง 10 - 15 นาทีต่อครั้ง

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินใน ระยะที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่าง 80 คน พบว่า แบบประเมินมีความ สอดคล้องภายใน จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 ซึ่งสะท้อนว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่น ในการประเมินทักษะชีวิตของวัยรุ่นในภาพรวมในระดับดี โดยองค์ประกอบด้านความคิดสร้างสรรค์ การมองตนเองเชิงบวก และการมีความสัมพันธ์ที่ดี มีความเชื่อมั่นในระดับดี เช่นกัน อย่างไรก็ตาม พบว่า ด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัล มีความเชื่อมั่นต่ำกว่าระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของวัยรุ่นแต่ละคนในด้านความเข้าใจข้อคำถาม และประสบการณ์หรือพฤติกรรมทางด้านดิจิทัล ทั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมระมัดระวังความปลอดภัย ข้อมูลตนเองบนโลกโซเชียล จึงเป็นทักษะชีวิตด้านที่ควรมี การส่งเสริมอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงควรมีการพิจารณา ปรับปรุงข้อคำถามในการวิจัยต่อยอด เพื่อให้การประเมินมีความ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าทาง

ดิจิทัลในสังคม และเพื่อเพิ่มค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในองค์ประกอบนี้

ในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นกรวิเคราะห์กลุ่มเพื่อจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี จาก 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ เพื่อให้ผลการวิเคราะห์สามารถครอบคลุมความแตกต่างเชิงบริบท วัฒนธรรม และสังคม ที่อาจส่งผลกระทบต่อทักษะชีวิตของวัยรุ่นในแต่ละพื้นที่ โดยวิเคราะห์เพื่ออิงค่าคะแนนตามเพศและช่วงอายุ แปลผลคะแนนรวมเป็นระดับทักษะชีวิตโดยรวมและรายองค์ประกอบ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดให้มีการจัดกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดีกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ ดีเทียบเท่ากับวัยรุ่นส่วนใหญ่ และควรได้รับการส่งเสริมเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ ทั้งโดยบุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลวัยรุ่น และเพื่อให้สามารถเทียบเคียงกับการแปลผลของเครื่องมือใกล้เคียงที่มีการใช้แพร่หลายในประเทศไทย เช่น แบบประเมิน RQ

ผลการวิเคราะห์การจัดกลุ่มพบว่า เพศหญิงมีค่าปกติของทักษะชีวิตโดยรวมต่ำกว่าเพศชายเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Poole และ Evan²³ ที่รายงานว่า การประเมินตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะทักษะชีวิตของตนเอง โดยผู้หญิงมักประเมินตนเองต่ำเกินไป ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความไม่มั่นใจและความกังวลในภาพลักษณ์ของตนเองที่มากกว่าวัยรุ่นชาย ขณะที่วัยรุ่นชายมักประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงกว่าวัยรุ่นหญิง²⁴ นอกจากนี้ วัยรุ่นหญิงมักมีทักษะความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ขณะที่วัยรุ่นชายมีทักษะเด่นด้านการแก้ปัญหา²⁵ สำหรับด้านอายุ การศึกษานี้พบว่า วัยรุ่นตอนปลายมีค่าปกติของทักษะชีวิตโดยรวมต่ำกว่าวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีที่ระบุว่าทักษะชีวิตเพิ่มขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย²⁶ อาจเป็นผลจากความแตกต่างของอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมในแต่ละช่วงวัย ที่ส่งผลกระทบต่อรับรู้และการพัฒนาทักษะชีวิต เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน และสภาพจิตใจและอารมณ์ ประเด็นดังกล่าวจึงควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ต้องใช้ความระมัดระวังก่อนนำผลไปใช้ โดยการประเมินทักษะชีวิตขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการรับรู้ตนเองตาม

ความเป็นจริง ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถดังกล่าว ทำให้ผลการประเมินในบางรายอาจสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง อีกทั้งการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลตัวแปรที่อาจมีอิทธิพลต่อทักษะชีวิตวัยรุ่น เช่น การเลี้ยงดู ลักษณะบุคลิกภาพ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน²⁷ การตีความผลการวิเคราะห์จึงจำกัดเฉพาะเชิงพรรณนา โดยสามารถอิงตามเพศและช่วงอายุเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบคุณภาพและการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานเป็นวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษาเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบการศึกษาหรือได้รับการศึกษาในบริบทที่หลากหลาย (non-formal education) นอกจากนี้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันหรือปรับปรุงคุณสมบัติของแบบประเมิน เช่น การทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับองค์ประกอบ (item-total correlation) การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) การทดสอบความไว ความจำเพาะ และความสอดคล้องกับแบบประเมินใกล้เคียง (convergent validity) รวมถึงการพิจารณาปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและโลกดิจิทัลของวัยรุ่นไทย

สรุป

การศึกษานี้พัฒนาแบบประเมินทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี โดยอิงการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง มีทั้งหมด 49 ข้อ (คิดคะแนนรวม 47 ข้อ) ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ การมองตนเองเชิงบวก การมีความสัมพันธ์ที่ดี และความฉลาดในการใช้ดิจิทัล และองค์ประกอบย่อย 18 ด้าน

แบบประเมินมีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ (IOC \geq 0.80) และมีความเชื่อมั่นระดับดี ทั้งในภาพรวม (Cronbach's alpha = 0.86) และรายองค์ประกอบ ยกเว้นด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัลที่ควรได้รับการทบทวนเพื่อปรับปรุงความเชื่อมั่น การวิเคราะห์กลุ่มสามารถแบ่งระดับทักษะชีวิตทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดีกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ ดีเทียบเท่ากับวัยรุ่นส่วนใหญ่ และ

ควรได้รับการส่งเสริม โดยสามารถอิงตามเพศและช่วงอายุ ผู้เกี่ยวข้อง เช่น ครู บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา สามารถใช้ผลการประเมินเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทำความเข้าใจ วางแผนส่งเสริม และติดตามทักษะชีวิตของวัยรุ่น ทั้งในบริบทการเรียนการสอนหรือการประเมินติดตามสถานการณ์โดยทั่วไป

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

โซชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ : ออกแบบการวิจัย เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; รัตติกดิ์ สันติธาตกุล : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ; วิมลวรรณ ปัญญาว่อง : ออกแบบกรอบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; สุดาภรณ์ คำดวงดาว : ออกแบบการวิจัย จัดการข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; จันทร์ชนก โยธินชัชวาล : ออกแบบการวิจัย จัดการข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; วรรณนิสา สุขทอง : ออกแบบการวิจัย จัดการข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; วาณี อุดมศรี : ออกแบบการวิจัย ประสานงานการวิจัย เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Partners in life skills education: conclusions from a United Nations inter-agency meeting. Geneva: World Health Organization; 1999.
- Battelle for Kids. Framework for 21st century learning [Internet]. Columbus (OH): Battelle for Kids; [cited 2019 Dec 25]. Available from: <https://www.battelleforkids.org/insights/p21-resources/>.
- Suto I, Eccles H. The Cambridge approach to 21st century skills: definitions, development and dilemmas for assessment [Internet]. Cambridge: Cambridge Assessment; 2014 [cited 2020 Mar 3]. Available from: <https://www.cambridgeassessment.org.uk/Images/461811-the-cambridge-approach-to-21st-century-skills-definitions-development-and-dilemmas-for-assessment-.pdf>
- Applied Educational Systems. The ultimate guide to 21st century skills in secondary schools [Internet]. Lancaster (PA): Applied Educational Systems; [cited 2026 Feb 8]. Available from: <https://www.aeseducation.com/hubfs/premium/TOFU/ultimate-guide-to-teaching-21st-century-skills-secondary-schools.pdf>
- Krongyudh S, Chaimongkol N, Vatanasin D. Influencing of life skills on mental health in early adolescents. *Journal of Nursing and Health Care*. 2017;35(2):54-62. (in Thai)
- Rajanukul Institute. Guide to organizing activities to develop Thai children to think, think well, and think for themselves with a bond of connection. Bangkok: The Printing of The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2019. (in Thai)
- Caldas FS, Caminiti M, Marin M, Meziere M, Perdue J. The life skills assessment tool (LSA): a global tool to measure life skills [Internet]. Fairfield (CT): Save the Children; 2023 [cited 2025 Mar 7]. Available from: https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/The-Life-Skills-Assessment-Tool-LSA_A-global-tool-to-measure-life-skills.pdf
- Kennedy F, Pearson D, Brett-Taylor L, Talreja V. The life skills assessment scale: measuring life skills of disadvantaged children in the developing world. *Soc Behav Pers*. 2014;42(2):197-210. doi:10.2224/sbp.2014.42.2.197.
- Washington State Department of Social and Health Services. Life skills inventory independent living skills assessment tool [Internet]. Olympia (WA): Washington State Department of Social and Health Services; 2000 [cited 2025 Mar 7]. Available from: https://www.elm-brookschools.org/uploaded/Documents/District_Documents/Transition_Resources/Life_Skills_Inventory.pdf
- Casey Casey Family Programs. Casey life skills toolkit [Internet]. Seattle (WA): Casey Family Programs; 2022 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://www.casey.org/casey-life-skills/>
- Phattharayuttawat S. Manual of psychological testing. Bangkok: Medical Media; 2002. (in Thai)
- Erawan P, Luangangoon N. Development of life skills assessment and life skills promotion outcomes using schools as a base. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2002. (in Thai)
- Department of Mental Health. Emotional intelligence quotient (EQ) assessment for ages 12-17. Nonthaburi: Department of Mental Health; [date unknown]. (in Thai)
- Detkong T, Gunadivadhana P, Tipchot T, Wuttiharn P. Reliability and validity of resilience inventory 3-item version. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2022;30(4):297-306. (in Thai)

15. Suwaratchai P, Sithisarankul P, Sriratanban J, Chenvidhyamd D, Phonburee W. Utilize the modified Delphi technique to develop trauma care indicators. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(1):99-103.
16. Bridges AJ, Holler KA. How many is enough? Determining optimal sample sizes for normative studies in pediatric neuropsychology. *Child Neuropsychol*. 2007;13(6):528-38. doi:10.1080/09297040701233875.
17. Shoukri MM, Asyali MH, Donner A. Sample size requirements for the design of reliability study: review and new results. *Stat Methods Med Res*. 2004;13(4): 251-71. doi:10.1191/0962280204sm365ra.
18. The Bureau of Registration Administration. Population statistics by age group [Internet]. Pathum Thani: The Bureau of Registration Administration; 2019 [cited 2020 Mar 3]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/TableAge> (in Thai)
19. Norfolk PA, Farmer RL, Floyd RG, Woods IL, Hawkins HK, Irby SM. Norm block sample sizes: a review of 17 individually administered intelligence tests. *J Psychoeduc Assess*. 2015;33(6):544-54. doi:10.1177/0734282914562385.
20. Crawford JR, Garthwaite PH. On the “optimal” size for normative samples in neuropsychology: capturing the uncertainty when normative data are used to quantify the standing of a neuropsychological test score. *Child Neuropsychol*. 2008;14(2):99-117. doi:10.1080/09297040801894709.
21. Singchungchai P. Principles and using multivariate statistics analysis for nursing research. 3rd ed. Songkhla: Chanmuang Printing; 2006. (in Thai)
22. United Nations Children’s Fund (UNICEF). Comprehensive life skills framework. New Delhi: UNICEF; 2019.
23. Poole ME, Evans GT. Adolescents’ self-perceptions of competence in life skill areas. *J Youth Adolesc*. 1989;18(2):147-73. doi:10.1007/BF02138798.
24. Kearney-Cooke A. Gender differences and self-esteem. *J Gend Specif Med*. 1999;2(3):46-52.
25. Thippeswamy V, Vishwesh K, Ali A, Lakshmana G. Life skills among school-going adolescents in South India: a gender comparison. *J Educ Health Promot*. 2025;14:151. doi:10.4103/jehp.jehp_43_24.
26. Erikson EH. Identity and the life cycle. *Psychol Issues*. 1959;1(1):1-171.
27. Kirchhoff E, Keller R. Age-specific life skills education in school: a systematic review. *Front Educ*. 2021;6:660878. doi:10.3389/educ.2021.660878.

บทความพิเศษ

บทเรียนจากการปฏิบัติงานของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา : กรณีศึกษาในเขตสุขภาพที่ 10

วันรับ : 23 มกราคม 2569

วันแก้ไข : 27 กุมภาพันธ์ 2569

วันตอบรับ : 24 มีนาคม 2569

โกศล วราห์ศวปติ, พ.บ., อีราภา ธาณี, ศษ.ม., วิริย์อร จุมพระบุตร, พ.บ.,
กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, พ.บ., สุพัตรา สุขาวห, ป.ร.ด., ณิชญา ชมพูนุตร, พย.ม.,
สุภัทรา ก้อนคำดี, พย.ม., พัทธนี พิมพ์บุตร, พย.ม.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การถอดบทเรียนครั้งนี้วิเคราะห์ปัจจัยสำเร็จ อุปสรรค และประเด็นที่ควรเรียนรู้และได้รับการพัฒนา เพื่อปรับปรุงและยกระดับการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) และทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Teams: MCATT) จากสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชาในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มสหวิชาชีพ รวม 149 คน

ผลการดำเนินงานพบว่า ทีม MCATT สามารถคัดกรองสุขภาพจิตในประชาชนที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่สีแดงและสีส้มได้ครอบคลุมทุกคน โดยผู้ที่มีความเครียดสูงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง 3,437 คน การติดตามในระยะต่อเนื่องพบว่า หลังได้รับมาตรการเยียวยาจิตใจ ร้อยละ 94 - 95 มีความเสี่ยงลดลง ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ระบบบริหารจัดการภายใต้ศูนย์ EOC ที่เข้มแข็งและยืดหยุ่น การนำนวัตกรรมมาใช้ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เช่น ระบบจิตเวชทางไกลและการบริหารคลังยา และระบบการคัดกรองและส่งต่อที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะสำคัญ ได้แก่ การจัดทำระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถเข้าถึงได้ทันทีเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล การยกระดับศักยภาพและสวัสดิการของผู้ปฏิบัติงาน และการวางแผนเชิงรุกเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์วิกฤตในอนาคต

คำสำคัญ : ความไม่สงบในชายแดน, ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ, ไทย-กัมพูชา, ภาวะวิกฤต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุพัตรา สุขาวห ; e-mail: sstboon@gmail.com

Special article

Lessons learned from the operations of Mental Health Crisis Assessment and Treatment Teams (MCATT) in response to the Thai-Cambodian border conflict: a case study of Health Region 10

Received : 23 January 2026

Revised : 27 February 2026

Accepted : 24 March 2026

Koson Wara-asawapati, M.D., Teerapa Thanee, M.Ed.,

Wireeon Joomprabutra, M.D., Kanokkarn Wiroteurairuang, M.D.,

Supattra Sukhawaha, Ph.D., Nutthiya Chompoobutr, M.N.S.,

Supattra Konkhamdee, M.N.S., Pushanee Pimpaboot, M.N.S.

Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ubon Ratchathani Province

Abstract

This article aims to analyze success factors, barriers, and key lessons learned to enhance the operational effectiveness of the Emergency Operations Center (EOC) and Mental Health Crisis Assessment and Treatment Teams (MCATT) during the Thai-Cambodian border conflict in the Health Region 10. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions with 149 multidisciplinary professionals.

The findings revealed that MCATT achieved full coverage of initial mental health screening among affected populations in red and orange zones, identifying 3,437 individuals with high levels of stress and suicide risk who required continuous follow-up. Subsequent follow-up showed that, after psychological interventions, 94 - 95% of these individuals demonstrated reduced stress levels and suicide risk. Key success factors were identified, including a robust and flexible management system under the EOC, the appropriate and effective use of screening tools and technological innovations (e.g., telepsychiatry and medication stock-sharing system), and a clear and context-sensitive screening and referral system. Key recommendations included the development of an integrated, real-time data system to reduce redundancy, strengthening the capacity and welfare of operational staff, and enhancing proactive planning and preparedness for future emergencies.

Keywords: border conflict, crisis, MCATT, Thai-Cambodian

Corresponding author: Supattra Sukhawaha; e-mail: ssstboon@gmail.com

ความรู้เดิม : การเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤตมักอาศัยแนวทางมาตรฐาน เช่น การคัดกรองความเสี่ยง และการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจเบื้องต้นตามคู่มือการปฐมพยาบาลทางใจ (PFA)

ความรู้ใหม่ : การเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดน ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่เข้มแข็งควบคู่กับความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ขณะที่การปฏิบัติงานในพื้นที่ควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน (MCATT) การใช้เครื่องมือ นวัตกรรม และแนวทางการดูแลและส่งต่อที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ รวมทั้งการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในพื้นที่

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานและระบบสนับสนุน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต โดยเฉพาะในพื้นที่ติดชายแดน

บทนำ

สถานการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา เริ่มมีเหตุการณ์ปะทะในรอบที่ 1 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2568 และการปะทะในรอบที่ 2 ในวันที่ 8 ธันวาคม 2568 ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ ประชาชนจำนวนมากได้รับผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความหวาดกลัว วิดตกังวล และสับสนจากการสูญเสีย อีกทั้งบางส่วนยังต้องอพยพไปยังศูนย์พักพิงชั่วคราว

เขตสุขภาพที่ 10 โดยเฉพาะจังหวัดศรีสะเกษและอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากสถานการณ์ดังกล่าว โดยจังหวัดศรีสะเกษมีพื้นที่สีแดง 4 อำเภอ ได้แก่ กันทรลักษ์ ขุนหาญ ภูสิงห์ และขุขันธ์ พื้นที่สีส้ม 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเบญจลักษณ์ ศรีรัตนะ ไพรบึง พุทธิ ปรารักษ์ วั่งหิน โนนคูณ และน้ำเกลี้ยง และพื้นที่สีเหลือง 4 อำเภอ ได้แก่ กันทรามย์ เมืองศรีสะเกษ อุทุมพรพิสัย และห้วยทับทัน ส่วนจังหวัดอุบลราชธานีมีพื้นที่สีแดง 3 อำเภอ ได้แก่ น้ำยืน น้ำขุ่น และนาจะหลวย และพื้นที่สีเหลือง 2 อำเภอ ได้แก่ บุณทริก และทุ่งศรีอุดม ซึ่งพบว่าประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจำนวนมาก

กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ได้ดำเนินการติดตามผู้ประสบภาวะวิกฤตในพื้นที่ ตามเกณฑ์ในคู่มือการปฏิบัติงานที่มียาวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับปรับปรุง ปี 2567¹ โดยมุ่งค้นหาผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ในระยะหลังได้รับผลกระทบ ซึ่งตามคู่มือแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามช่วงวัย กลุ่มที่ 1 อายุ 18 ปีขึ้นไป มี 6 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) ผู้บาดเจ็บ 2) ญาติของผู้เสียชีวิต 3) ผู้มีประวัติรักษาทางจิตเวช 4) ผู้อยู่ในเหตุการณ์/ผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ 5) ผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 6) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มที่ 2 อายุต่ำกว่า 18 ปี มี 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) ผู้บาดเจ็บ 2) ญาติผู้เสียชีวิต 3) ผู้มีประวัติการรักษาทางจิตเวช 4) ผู้อยู่ในเหตุการณ์/ผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ และ 5) ผู้ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามแบบประเมิน symptoms checklist¹ โดยมีการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) และรายงานการมีความเสี่ยงเมื่อผลการประเมินเป็นบวกในเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง (ตารางที่ 1)

สรุปผลการดำเนินงาน แบ่งตามรอบการปะทะและระยะการประเมิน ตามเกณฑ์ในคู่มือการปฏิบัติงานที่มียาวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับปรับปรุงปี 2567¹ ดังนี้

ผลการประเมินในการปะทะระลอกที่หนึ่ง (24 กรกฎาคม - 24 ตุลาคม 2568)

กลุ่มญาติผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บ จังหวัดอุบลราชธานี มีญาติผู้เสียชีวิตในเหตุการณ์ระเบิดอำเภอน้ำยืน 8 คน ผู้บาดเจ็บ 7 คน จังหวัดศรีสะเกษ มีญาติผู้เสียชีวิตในเหตุการณ์ร้านสะดวกซื้อ 45 คน ผู้ได้รับบาดเจ็บ 19 คน ทุกกลุ่มพบความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 100 การติดตามหลังเกิดเหตุ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มญาติผู้เสียชีวิตยังมีความเสี่ยง 6 คน (ร้อยละ 75.0) ไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บที่ยังมีความเสี่ยง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มญาติผู้เสียชีวิตยังมีความเสี่ยง 7 คน (ร้อยละ 15.6) ผู้ได้รับบาดเจ็บยังมีความเสี่ยง 3 คน (ร้อยละ 15.8)

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในผู้ใหญ่ เด็กและวัยรุ่น

	วัยผู้ใหญ่ (อายุ 18 ปีขึ้นไป)	เด็กและวัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 18 ปี)
ความเครียด	แบบประเมินความเครียด (visual analog scale) ¹	แบบประเมิน symptoms checklist ¹
ภาวะซึมเศร้า	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q plus, 9Q ²	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Patient Health Questionnaire Adolescent: PHQ-A) ³
การฆ่าตัวตาย	2Q plus ข้อที่ 3	แบบประเมิน PHQ-A ข้อ 9 ³
โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)	แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (2P) และแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ - 10 (Psychological Impact Scale for Crisis Event - 10: PISCES-10) ⁴	แบบประเมิน symptoms checklist ¹ และแบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ต่อเด็ก (The Children’s Revised Impact of Event Scale: CRIES-8) ⁵

กลุ่มประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป มีจำนวนผู้ได้รับผลกระทบทั้งหมด 121,945 คน แบ่งเป็นจังหวัดอุบลราชธานี 34,381 คน จังหวัดศรีสะเกษ 87,564 คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตร้อยละ 100 จังหวัดอุบลราชธานี พบกลุ่มเสี่ยง 1,950 คน (ร้อยละ 5.7) จังหวัดศรีสะเกษ พบกลุ่มเสี่ยง 1,487 คน (ร้อยละ 1.7) รวมกลุ่มเสี่ยงในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ต้องติดตามในระยะที่ 2 ทั้งสิ้น 3,437 คน (ร้อยละ 2.8) การติดตามหลังเกิดเหตุ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน จังหวัดอุบลราชธานียังพบกลุ่มเสี่ยง 92 คน (ร้อยละ 4.7) จังหวัดศรีสะเกษยังพบกลุ่มเสี่ยง 229 คน (ร้อยละ 15.4) รวมจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามต่อเนื่อง 321 คน (ร้อยละ 9.3)

กลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี มีผู้ได้รับผลกระทบทั้งหมด 4,211 คน แบ่งเป็นจังหวัดอุบลราชธานี 2,358 คน จังหวัดศรีสะเกษ 1,853 คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตร้อยละ 100 จังหวัดอุบลราชธานี พบกลุ่มเสี่ยง 31 คน (ร้อยละ 1.3) จังหวัดศรีสะเกษพบกลุ่มเสี่ยง 46 คน (ร้อยละ 2.5) รวมกลุ่มเสี่ยงเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ต้องติดตามในระยะที่ 2 ทั้งสิ้น 77 คน (ร้อยละ 1.8) การติดตามหลังเกิดเหตุ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน จังหวัดอุบลราชธานียังพบกลุ่มเสี่ยง 10 คน (ร้อยละ 32.3) จังหวัดศรีสะเกษยังพบกลุ่มเสี่ยง 15 คน (ร้อยละ 32.6) รวมเด็กและวัยรุ่นที่ต้องติดตามต่อเนื่อง 25 คน (ร้อยละ 32.5)

ผลการประเมินในการปะทะระลอกที่สอง (8 - 29 ธันวาคม 2568)

จังหวัดอุบลราชธานีมีการปะทะที่ช่องอานม้าและช่องบก อำเภอน้ำยืน ส่วนจังหวัดศรีสะเกษมีการปะทะที่

ช่องสง่า อำเภอกุสิงห์ และอำเภอกันทรลักษ์ มีประชาชนเสียชีวิต 3 ราย (ทางตรง 2 รายและทางอ้อม 1 ราย) ทหารเสียชีวิต 6 นาย และยังคงมีการเฝ้าระวังตามแนวชายแดน

จากเหตุการณ์ดังกล่าว มีโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ปิดบริการ 20 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปิดบริการ 240 แห่ง การติดตาม ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2568 พบว่า มีโรงพยาบาลกลับมาเปิดตามปกติแล้ว 13 แห่ง เปิดบางส่วน 7 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กลับมาเปิดตามปกติแล้ว 218 แห่ง

จากการคัดกรองประชาชนทั้งหมด 96,124 คน จากศูนย์พักพิงทั้งหมด 564 แห่ง พบผู้มีความเครียดสูง 567 คน (ร้อยละ 0.59) ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 212 คน (ร้อยละ 0.22) ผู้ที่ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรับการประเมินและรักษาโดยแพทย์ 221 คน (ร้อยละ 0.23) ผลการติดตามกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มเครียดสูงได้รับการดูแลจนความเสี่ยงลดลง 567 คน (ร้อยละ 100) กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการดูแลจนความเสี่ยงลดลง 204 คน (ร้อยละ 96.23) (ข้อมูล ณ วันที่ 6 มกราคม 2569) โดยแบ่งการคัดกรองสุขภาพจิตรายจังหวัด ดังนี้

จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตทั้งหมด 38,322 คน พบผู้มีความเครียดสูง 167 คน (ร้อยละ 0.44) ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 32 คน (ร้อยละ 0.08) รวมจำนวน 199 คน กลุ่มเครียดสูงและเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการติดตามครบทุกราย ได้รับการดูแลจนความเสี่ยงลดลง 199 คน (ร้อยละ 100) และส่งพบแพทย์/รับยา จำนวน 50 คน

จังหวัดศรีสะเกษมีผู้ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตทั้งหมด 57,802 คน พบผู้มีความเครียดสูง 400 คน (ร้อยละ 0.69) ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 180 คน (ร้อยละ 0.31) รวมจำนวน 580 คน ได้ติดตามกลุ่มเครียดสูงและเสี่ยงฆ่าตัวตายครบทุกคน ได้รับการดูแลจนความเสี่ยงลดลง 572 คน (ร้อยละ 98.62) และส่งพบแพทย์/รับยา 171 คน

การคัดกรองสุขภาพจิตในเด็กอายุ 0 - 5 ปี 7,063 คน และเด็กและวัยรุ่นอายุ 6 - 17 ปี 3,859 คน ในศูนย์พักพิงด้วยแบบประเมิน Symptom Checklist ดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มให้เด็กมานั่งรวมกัน แล้วสอบถามอาการไปที่ละข้อ หากใครมีอาการที่ผู้ประเมินถามให้ยกมือขึ้น จากนั้นผู้ประเมินจะถามรายละเอียดรายบุคคลในเด็กที่ยกมือหลังจากทำกิจกรรมกลุ่มแล้ว เพื่อประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียดต่อไป หลังการคัดกรองไม่พบผู้มีความเสี่ยง ทั้งนี้ได้มีการจัดกิจกรรมสันทนาการหลังการคัดกรอง เช่น วาดภาพ ระบายสี เล่นดนตรี เต้นเข้าจังหวะ และเล่นเกมตามกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยเด็กเล็กและเด็กโตในศูนย์พักพิงนั้น

โครงสร้างการบริหารจัดการการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบ

การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบในเขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินงานโดยทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team : MCATT) ภายใต้การบริหารโดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นประธาน โดยแบ่งทีมบริหารจัดการเป็น 4 ทีมได้แก่ 1) Operation มีหน้าที่ออกปฏิบัติงานร่วมกับทีม MCATT ตามพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย มีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นหัวหน้าทีม 2) Liaison มีหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่าง MCATT กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข มีรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลเป็นหัวหน้าทีม 3) Situation Awareness Team (SAT) และ Strategic and Technical Advisory Group (STAG) มีหน้าที่รายงานข้อมูล MCATT และสถานการณ์ประจำวัน รวมทั้งการวางยุทธศาสตร์ในการทำงานของ MCATT มีรองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และ

การพัฒนาเป็นหัวหน้าทีม และ 4) Stockpiling and Logistics มีหน้าที่สนับสนุนการทำงานของ MCATT ในด้านต่าง ๆ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น อาหาร เครื่องดื่ม และยานพาหนะ มีรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารเป็นหัวหน้าทีม

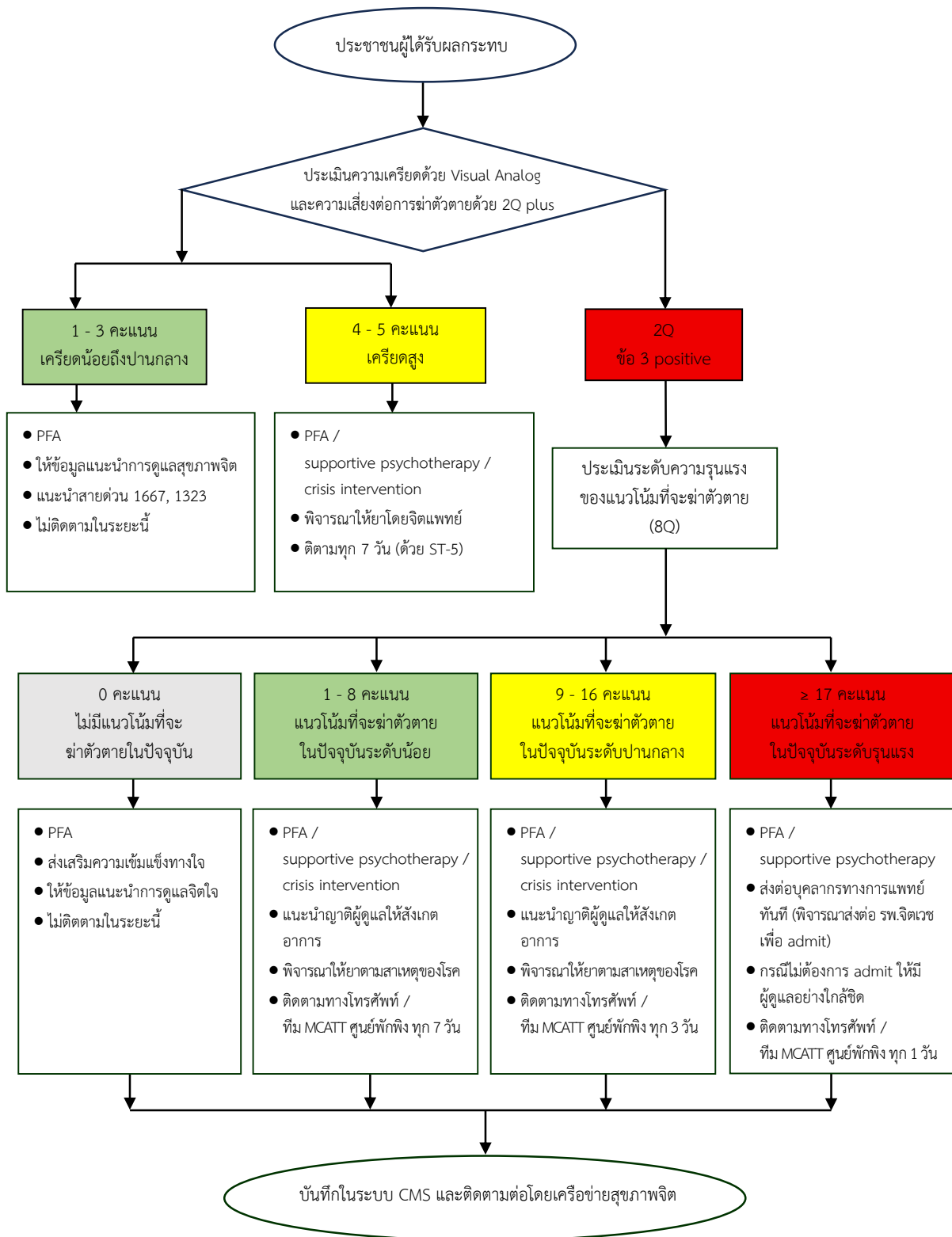
การเยียวยาจิตใจตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต¹

การดำเนินงานให้ความช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตของทีม MCATT แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) *ระยะเตรียมการ* ประกอบด้วยการเตรียมบุคลากรด้านความรู้และทักษะ โดยการฝึกอบรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต และการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) *ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (ตั้งแต่เกิดเหตุ - 2 สัปดาห์)* ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์และกำหนดความเร่งด่วน การลงพื้นที่เพื่อค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ตามเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้ใหญ่และเด็ก จากนั้นแบ่งกลุ่มผู้ที่ต้องได้รับการติดตามและเฝ้าระวัง (psychological triage) ตามความรุนแรงของผลกระทบและความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) และกลุ่มเสี่ยงต่ำ/ไม่เสี่ยง (เขียว) และการให้การเยียวยาจิตใจ เช่น การปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid: PFA) กรณีพบกลุ่มเสี่ยงมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาต้องได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ทันที (แผนภาพที่ 1) และ 3) *ระยะหลังเกิดเหตุการณ์ (2 สัปดาห์ - 3 เดือน)* ประกอบด้วย การติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องและการประเมินปัญหาสุขภาพจิตผู้ประสบภาวะวิกฤตรายใหม่ โดยแบ่งระดับความเสี่ยงของผู้ประสบภาวะวิกฤตตามผลการประเมินด้วยเครื่องมือ

ผลการถอดบทเรียนการปฏิบัติงานเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต

การสนทนากลุ่มเชิงลึก (focus group discussion) ทีมสหวิชาชีพและผู้ร่วมปฏิบัติงานทีม MCATT ในการเยียวยาจิตใจในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด เจ้าพนักงานพัสดุ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 149 คน เพื่อถอดบทเรียนการปฏิบัติงานของทีมเยียวยาใจ โดยมีรายละเอียดตามประเด็นดังต่อไปนี้

แนวทางการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤต ระยะวิกฤต (ตั้งแต่เกิดเหตุ - 2 สัปดาห์)¹



แผนภาพที่ 1 การเยียวยาจิตใจตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต

1. บทเรียนจากการบริหารจัดการ

1.1 การบริหารจัดการใน EOC มีหลักการดำเนินงานสำคัญ คือ การทำความเข้าใจบริบทของพื้นที่แต่ละจังหวัดที่เกิดการปะทะ ซึ่งมีระบบบริหารจัดการภายในและกลไกการสั่งการของ EOC ที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกัน ยังมีความจำเป็นที่จะต้องผลักดันให้การดำเนินงานหลักยังอยู่ภายใต้กรอบทิศทางเดียวกันตามแนวทางของ EOC ระดับเขตสุขภาพและระดับกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงต้องมีความสอดคล้องกับแนวทางของกรมสุขภาพจิต ทั้งในด้านหลักวิชาการและระบบฐานข้อมูล ซึ่งถือเป็นความท้าทายในการเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติงาน ที่ต้องการความเป็นเอกภาพควบคู่กับความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ดังนั้น การตัดสินใจผลักดันมาตรการใดมาตรการหนึ่งต้องคำนึงถึงการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องใน EOC ทุกระดับ เพื่อสร้างความเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นของการดำเนินการ เช่น การบูรณาการทีมเยียวยาจิตใจภายในเขตสุขภาพ เพื่อมาเสริมกำลังในแต่ละจังหวัดที่มีระดับความจำเป็นแตกต่างกัน ตลอดจนการบูรณาการทีมจากนอกเขตสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มหาวิทยาลัย และภาคเอกชน เพื่อให้สามารถลงพื้นที่เยียวยาจิตใจประชาชนร่วมกับทีมจังหวัดได้อย่างราบรื่น กระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับผู้บริหารหลักในระดับจังหวัด โดยนายแพทย์และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เกิดความเห็นร่วมและร่วมกันผลักดันผ่านกลไก EOC ในแต่ละระดับอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ การแสดงความคิดเห็นนอกเหนือใจ และการดูแลความเหน็ดเหนื่อยของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินงานในพื้นที่อย่างราบรื่น

1.2 ทีม Operation ควรเน้นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมและการสื่อสารร่วมกันตั้งแต่ก่อนลงพื้นที่ (orientation) เพื่อให้ MCATT แต่ละทีมมีแนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (after action review: AAR) เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดเตรียมผู้ประสานในทีมสำหรับกรณีมีหน่วยงานจากภายนอกเขตร่วมปฏิบัติงาน การทำงานของ MCATT ควรเน้นความยืดหยุ่นตามความสะดวกและ

ความต้องการของพื้นที่ โดยไม่ยึดแนวทางของทีมฝ่ายเดียว รวมถึงการเข้าใจข้อจำกัดและการชื่นชมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ การบันทึกและจัดการข้อมูลควรทำในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังการปฏิบัติงานหรือระหว่างเดินทาง เพื่อไม่ให้เกิดภาระการทำงานหนัก การคัดกรองที่ศูนย์พักพิงควรครอบคลุมประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในช่วงเวลาที่ทีมลงปฏิบัติงาน เนื่องจากพบกรณีมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยเสริมทักษะการประเมินความเสี่ยงให้ผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และเลือกเครื่องมือประเมินที่ใช้ง่าย ไม่เพิ่มภาระงานของพื้นที่ที่ไม่จำเป็น เช่น visual analog scale (VAS) นอกจากนี้ ทีมสหวิชาชีพควรดูแลประชาชนแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การประเมินทุกครั้งควรมีการแยกกลุ่มความเสี่ยงตามการได้รับผลกระทบ เพื่อใช้ในการวางแผนติดตาม มี 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A คือ กลุ่มญาติผู้เสียชีวิต ผู้ได้รับบาดเจ็บ และญาติผู้สูญหาย กลุ่ม B คือ กลุ่มญาติผู้บาดเจ็บ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่ถูกโจมตี หรืออยู่ในเหตุการณ์ กลุ่ม C คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการเคลื่อนย้ายจากสถานการณ์ ประชาชนที่ต้องอพยพเนื่องจากอยู่ในพื้นที่ไม่ปลอดภัย และผู้มาช่วยเหลือ และกลุ่ม D คือ ประชาชนทั่วไปนอกพื้นที่ประสบภัย โดยควรระบุตัวกลุ่ม A ก่อนเพื่อตรวจประเมิน ติดตาม และส่งต่อหากพบความเสี่ยงปัญหาทางสุขภาพจิต ทั้งนี้ กลุ่ม A ส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลเบื้องต้นจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มาก่อนแล้ว ส่วนกลุ่ม B และ C ที่ได้รับการประเมินและไม่พบความเสี่ยงควรได้รับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียด โดยเลือกรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับช่วงอายุ เช่น กิจกรรมศิลปะและเกมสำหรับเด็ก กิจกรรมผ่านโทรศัพท์มือถือสำหรับวัยรุ่น และกิจกรรมที่เน้นการผ่อนคลายสำหรับผู้ใหญ่และสูงอายุ

1.3 ทีม Liaison ควรเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทุกระดับ ทั้งพื้นที่ จังหวัด และเขตสุขภาพ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม ด้วยเทคนิคการมีส่วนร่วมและการสื่อสารสองทาง โดยก่อนออกปฏิบัติงานทุกวันควรจัดการประชุมเพื่อให้ทุกฝ่ายรับฟังนโยบาย ขั้นตอน และแนวทางการดำเนินงาน หลังปฏิบัติงานควรจัดการประชุมเพื่อให้ทุกทีมแบ่งปันผลการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ โดยทีม liaison สรุปผล รายงานและนำเสนอทีมบริหารใน EOC เพื่อปรับและวางแผนการทำงานทั้งระยะสั้น (รายวัน) ระยะกลาง และระยะยาว นอกจากนี้ ทีม liaison ควรมีบทบาทกำหนดเวลาการปฏิบัติงาน และการสรุปผลของทีมให้ชัดเจน เพื่อไม่ให้เกิดการสรุปข้อมูลซ้ำซ้อนหรือกระทบต่อทีมอื่น ทั้งนี้ ควรให้ทีมมีส่วนร่วมในการกำหนด โดยอาจมีการปรับกำหนดการได้ตามสถานการณ์จริง

สำหรับการประสานงานกับทีม MCATT ควรเน้นความต่อเนื่อง (continuity) และความสม่ำเสมอ (consistency) ผ่านผู้ประสานหลักของแต่ละทีมตลอดภารกิจ โดยทีม liaison ควรทบทวนข้อมูลและสถานการณ์ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการจัดทีม MCATT เพื่อลงพื้นที่ตามความสำคัญหรือเร่งด่วน เช่น งานศพ โรงพยาบาลที่รับผู้บาดเจ็บ รวมถึงแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในพื้นที่ เช่น การจัดทีมทดแทนหรือย้ายทีมออกจากพื้นที่เมื่อมีเหตุจำเป็นหรือเป็นอันตราย ทั้งนี้ ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของ MCATT เป็นสำคัญ รวมทั้งสอบถาม รับฟัง และสะท้อนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของทีมอย่างครบถ้วน ด้วยความสุภาพและจริงใจ แม้มีบางประเด็นที่ไม่สามารถแก้ไขได้ขณะนั้น นอกจากนี้ ควรจัดมุมผ่อนคลายและของว่างสำหรับก่อนและหลังออกปฏิบัติงาน เพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ลดความเหนื่อยล้า และสร้างบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่นและเอื้อต่อความร่วมมือของทีม

1.4 ทีม SAT และ STAG ควรเน้นการรวบรวม วิเคราะห์ และรายงานข้อมูลอย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว ควบคู่กับการวางระบบการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบริบท และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของพื้นที่ ทีมต้องมีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์และวางแผนเชิงระบบ รวมถึงการสื่อสารข้อมูลต่อผู้บริหารและทีมปฏิบัติงาน โดยควรมีการเชื่อมโยงข้อมูล (data linkage) ร่วมกับการเฝ้าระวังเชิงรุก (proactive surveillance) เหตุวิกฤต และรายงานทีม MCATT โดยทันที (real-time) เช่น การรายงานเหตุการณ์เบื้องต้น (spot report) เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ และวางแผนดูแลช่วยเหลือของทีม เช่น การปฐมพยาบาลทางใจ (PFA) รวมถึงควรมีการประเมินความเสี่ยงร่วมกัน (joint risk assessment) ด้วยเครื่องมือประเมินแบบรวดเร็ว (rapid risk assessment) ในการคัดกรองและคัดแยกกลุ่มเสี่ยง และพื้นที่ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการดูแลช่วยเหลือ

การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) โดยการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อให้ MCATT สื่อสารกับชุมชนได้อย่างถูกต้องและลดความตื่นตระหนก และการใช้ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต (Crisis Mental Health Surveillance System: CMS) เพื่อติดตามผู้ประสบภัยต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติมาตรฐาน (standard operating procedure: SOP) ร่วมกันระหว่าง SAT และ MCATT เพื่อให้แต่ละฝ่ายเข้าใจบทบาทหน้าที่ และมีแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน และควรมีการฝึกซ้อมการบัญชาการเหตุการณ์ (incident command system: ICS) ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

1.5 ทีม Stockpiling and Logistics บุคลากรที่จะอยู่ในทีมนี้ส่วนหนึ่งควรเป็นผู้ที่ออกปฏิบัติงาน MCATT ด้วย เพื่อให้เข้าใจบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานได้อย่างชัดเจนมากขึ้น นำมาซึ่งการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมและเพียงพอกับความต้องการ หากมีการเตรียมอาหารและเครื่องดื่มไปไว้สำรองในการออกปฏิบัติงานจะทำให้สะดวกในการออกปฏิบัติงานมากขึ้น รวมทั้งต้องวางแผนเตรียมการสำรองด้านเวชภัณฑ์และเงินสดในกรณีที่เครือข่ายอินเทอร์เน็ตหรือระบบขัดข้อง เพื่อให้มีวัสดุอุปกรณ์ใช้ในภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา

2. บทเรียนจากการปฏิบัติงานในพื้นที่และศูนย์พักพิง

2.1 ด้านบุคลากร ทีม MCATT ที่ลงปฏิบัติงานใน 48 ชั่วโมงแรกควรประกอบด้วยบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานและเคยร่วมงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่มาก่อน เพื่อความรวดเร็วในการบริหารจัดการและการแบ่งบทบาทหน้าที่ในการประเมินสถานการณ์ ค้นหา คัดกรอง และดูแลเยียวยาเบื้องต้น และเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่ครอบคลุมและทันเวลาสำหรับทีมบริหารในวางแผนการช่วยเหลือในระยะต่อไป ซึ่งจะเริ่มมีอัตรากำลังใจจากต่างอำเภอเข้ามาหมุนเวียนช่วยปฏิบัติงาน ทั้งนี้ อสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานการคัดกรองและช่วยเหลือประชาชนในชุมชน เนื่องจากเข้าใจบริบทของพื้นที่ และสามารถระบุประชาชนกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น มารดาตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีผู้ดูแลหรือขาดยา นอกจากนี้ บุคลากร

จากภาคส่วนอื่น เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ ยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้อพยพและการประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลรักษาอย่างทัน่วงที

2.2 ด้านการประเมิน คัดกรองความเสี่ยง และ เยียวยาจิตใจ ในช่วงแรกของการปะทะพบว่าการประเมินในพื้นที่ด้วยแบบประเมินเป็นกระดาษร่วมกับ Mental Health Check-In ใช้เวลานานและล่าช้า เนื่องจากปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตและคำถามแต่ละหัวข้อมีจำนวนมาก ทีม operation จึงได้ตัดสินใจให้ MCATT ใช้แบบประเมิน VAS ทั้งโดยการเปิดโทรศัพท์ของทีมและการจัดทำในรูปแบบกระดาษขนาดใหญ่ เพื่อประเมินอารมณ์ปัจจุบันของประชาชน พบว่ามีความสะดวกและสามารถค้นหาผู้มีความเสี่ยงเบื้องต้นได้มากขึ้น เมื่อพบความเสี่ยงจึงใช้การประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินความเสี่ยงรายบุคคลเพิ่มเติมเพื่อให้การบำบัดรักษาต่อไป โดยแพทย์ที่ร่วมออกปฏิบัติงานประเมินและสั่งการรักษาด้วยยาให้กับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากนั้นทีมพยาบาลในศูนย์พักพิงประสานเบิกยากับโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบและจ่ายให้ผู้ป่วยในวันต่อไป พร้อมทั้งขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง กรณีเป็นผู้ป่วยเก่าและไม่ได้นำยาติดตัวมาด้วยมีการค้นประวัติการรักษาเดิมและประสานการเบิกจ่ายยาจากโรงพยาบาลชุมชนที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการประเมินและดูแลเยียวยาจิตใจประชาชนในศูนย์พักพิงควรคำนึงถึงความยืดหยุ่น โดยสามารถปรับขั้นตอนตามความเหมาะสม เช่น การประเมินอาการควบคู่ไปกับการสนับสนุนและให้กำลังใจ โดยไม่จำเป็นต้องยึดตามโครงสร้างคำถาม การเยียวยาจิตใจและกิจกรรมที่คำนึงถึงความเหมาะสมกับกลุ่มวัย โรคประจำตัว และระดับภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ การสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ด้วยภาษาท้องถิ่น ร่วมกับการสอบถามและตรวจประเมินอาการทางกายควบคู่ไปด้วยจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจและร่วมมือกับผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น

2.3 ด้านนวัตกรรมและระบบบริหารจัดการ ควรจัดให้มีบริการจิตเวชทางไกล (telepsychiatry) ในศูนย์พักพิงสำหรับการตรวจประเมินและสั่งการรักษาโดยจิตแพทย์ และการให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ ควบคู่การเปิดช่องทาง

รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยบุคลากรเฉพาะทางตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการหมุนเวียนบุคลากรระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ และหลังการให้บริการแต่ละครั้งควรมีการประชุมและส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลจิตใจประชาชนในศูนย์พักพิงมีความต่อเนื่องแม้ในกรณีไม่มีบุคลากรเฉพาะทางลงไปพื้นที่ นอกจากนี้โรงพยาบาลแต่ละระดับในพื้นที่ควรมีการเชื่อมโยงระบบยา (stock sharing) เพื่อป้องกันปัญหาการขาดแคลนยาจิตเวชในศูนย์พักพิงตลอดจนควรมีการปรับลดเกณฑ์และขั้นตอนการส่งต่อและรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช แม้เป็นผู้ที่ยังไม่มีอาการรุนแรงเพื่อบรรเทาภาระของญาติและป้องกันการกำเริบซ้ำในช่วงเวลาวิกฤต

3. ข้อเสนอเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงาน

3.1 การพัฒนาระบบข้อมูลและการส่งต่อ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางในการรายงานและบันทึกข้อมูลครอบคลุมทะเบียนรายชื่อ การบำบัด และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มีการรวบรวมข้อมูลที่จุดเดียวและไม่ซ้ำซ้อน สามารถเข้าถึงและส่งต่อได้แบบ real-time ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของข้อมูล และการกำหนดผู้มีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล

3.2 การเสริมศักยภาพบุคลากรและสวัสดิการทีม บุคลากรควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เช่น หลักสูตรอบรม MCATT สำหรับหัวหน้าทีมที่ออกปฏิบัติงานควรมีทักษะความสามารถในการปรับเปลี่ยนแผนทำงาน การประสานงานในพื้นที่ และการสื่อสารภายในทีมปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับสวัสดิการและความปลอดภัยของทีมปฏิบัติงาน โดยจัดให้มีการทำประกันชีวิตสำหรับบุคลากรที่ลงพื้นที่ รวมถึงการพิจารณาค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ทั้งในและนอกเวลาราชการ

3.3 การวางแผนเชิงรุกและเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน ระหว่างการลงพื้นที่หรือศูนย์พักพิงควรจัดเตรียมรถฉุกเฉินประจำตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อรองรับการรับ-ส่ง ผู้ปฏิบัติงานกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน และควรมีการกำหนดพื้นที่ปลอดภัยที่ชัดเจนในแต่ละอำเภอ เช่น จุดรวมพล (assembly point) หรือหลุมหลบภัย เพื่อใช้เป็นจุดรวมตัวของบุคลากรที่ออกปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุให้ต้องเคลื่อนย้าย

ออกจากพื้นที่อย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ ควรพิจารณาความจำเป็นและความเหมาะสมในการปฏิบัติงานของ MCATT ใน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มุ่งเน้นการอพยพและการตอบสนองปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต การลงพื้นที่ในช่วงเวลาดังกล่าวจึงอาจเพิ่มความยากลำบากต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่

4. บทเรียนเชิงวัฒนธรรมและการปรับตัวของผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิง

4.1 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น (socio-cultural factors) ต่อการเยียวยาจิตใจ จากสถานการณ์ครั้งนี้พบว่า แม้จะเกิดเหตุการณ์รุนแรง แต่ด้วยวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความเป็นมิตร มีอารมณ์ขัน และมีการรวมกลุ่มเล่าเรื่องราวทำกิจกรรมให้มีความสุข จึงทำให้ประชาชนผู้ประสบภัยโดยทั่วไปยังมีรอยยิ้ม เกิดความคุ้นชินและปรับตัวได้ดีในการใช้ชีวิตในศูนย์พักพิง ดังกรณีตัวอย่างผู้สูงอายุในครอบครัวหนึ่ง ในรอบแรกของการปะทะ ได้อพยพมาอยู่กับลูกหลานในตัวอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แต่เมื่อมาอยู่ในตัวเมืองเกิดความรู้สึกเหงา ไม่คุ้นชิน เพราะลูกหลานไปทำงานในกลางวัน รู้สึกว่าจะเป็นซึมเศร้า หลังเกิดเหตุปะทะในรอบที่สอง จึงตัดสินใจไปอยู่ในศูนย์พักพิง ทำให้รู้สึกมีความสุขและคุ้นชิน แม้มีลำบากทางร่างกายบ้าง

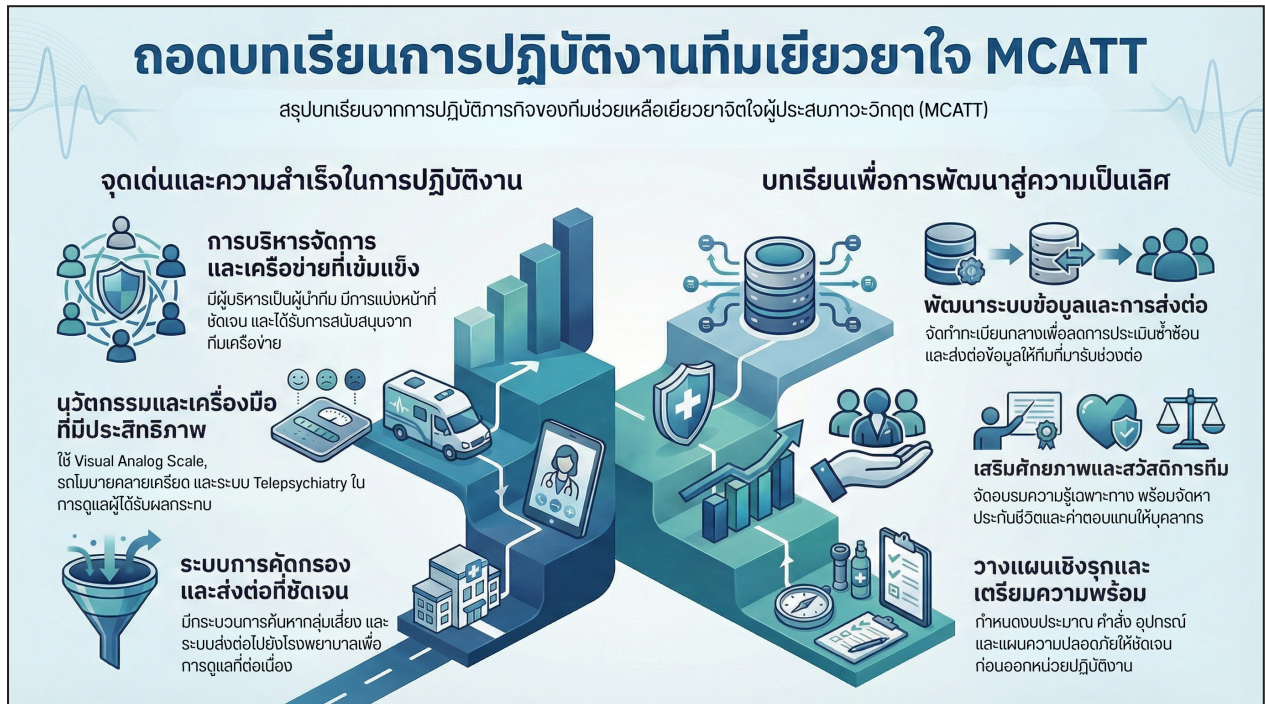
4.2 ความมุ่งมั่นและการปรับตัวของประชาชนและบุคลากรในภาวะวิกฤต พบว่าประชาชนมีความรู้สึกรักและหวงแหนประเทศชาติ รวมทั้งชื่นชมการปฏิบัติหน้าที่ของทหาร ส่งผลให้ทุกคนอยากปฏิบัติหน้าที่ของตนเองในฐานะประชาชนไทยอย่างเต็มที่ ทั้งทีม MCATT กลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มบุคลากรวิชาชีพอื่น เช่น ครู ซึ่งพบว่าในประเด็นการเรียนการสอนของเด็กวัยเรียน ทั้งครูและนักเรียนเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ เนื่องจากโรงเรียนบางแห่งตั้งอยู่ในพื้นที่เสี่ยง ศูนย์พักพิงบางแห่งจึงมีการจัดการให้เด็กไปเรียนในโรงเรียนที่อยู่ใกล้ศูนย์พักพิง บางแห่งมีการจัดการเรียนการสอนในศูนย์พักพิง ทำให้ระบบการเรียนยังดำเนินการได้ แสดงถึงความมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถและการปรับตัวต่อสถานการณ์ของประชาชนในพื้นที่

วิจารณ์

จากการถอดบทเรียนกรณีสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา พบว่า ความสำเร็จในการปฏิบัติงานครั้งนี้มีรากฐานมาจากโครงสร้างการบริหารที่มีความชัดเจนแต่ยืดหยุ่น และการดำเนินงานที่คำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยมีการแบ่งการบริหารจัดการเป็นทีม มีหัวหน้าทีม EOC เป็นผู้วางแผนและสั่งการ การลดขั้นตอนปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาหน้างานแบบทันที (real-time) การใช้นวัตกรรมและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ และระบบการคัดกรองและส่งต่อที่ชัดเจนสำหรับแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป ได้แก่ การพัฒนาระบบการบันทึกและส่งต่อข้อมูลกลาง การเสริมศักยภาพบุคลากรและสวัสดิการทีม และการวางแผนเชิงรุกและเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน ดังแผนภาพที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานกับแนวทางปฏิบัติของคณะกรรมการประสานงานระหว่างหน่วยงาน (Inter-Agency Standing Committee: IASC) ว่าด้วยสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Mental Health and Psychosocial Support: MHPSS)⁶ ในสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งครอบคลุมทั้งจากความขัดแย้งทางอาวุธและภัยพิบัติทางธรรมชาติ พบว่าสถานการณ์ครั้งนี้มีความสอดคล้องกับขอบเขตของความขัดแย้งทางอาวุธในแนวทางดังกล่าว ในประเด็นการก่อให้เกิดผลกระทบที่ทับซ้อนกัน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) ปัญหาด้านสังคม เช่น ความยากจนลงของประชาชนในพื้นที่ จากการขาดรายได้จากการอพยพจากบ้านเรือนเพื่อไปอยู่ในศูนย์พักพิง และความเสี่ยงต่อการสูญเสียทรัพย์สินสิ่งของเพิ่มเติมจากผลกระทบของอาวุธสงคราม และ 2) ปัญหาด้านจิตใจ จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น ความโศกเศร้าจากการสูญเสีย (grief and bereavement) ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และ PTSD โดยเฉพาะเมื่อครอบครัวผู้สูญเสียเป็นกลุ่มเปราะบาง

การดำเนินการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจของทีม MCATT ในครั้งนี้สอดคล้องกับหลักการพื้นฐาน (core principles) ของการดำเนินงานด้าน MHPSS ได้แก่ 1) สิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม (human rights and equity) โดยปกป้องกลุ่มเสี่ยงจากการถูกละเมิด และ



แผนภาพที่ 2 ภาพรวมการถอดบทเรียนการปฏิบัติงานของทีมเยียวยาใจ

สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงความช่วยเหลือให้กับประชาชนทุกคนในพื้นที่ 2) การมีส่วนร่วม (participation) โดยส่งเสริมให้บุคลากร อาสาสมัคร และประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการวางระบบ การประเมินความเสี่ยง การประสานงาน และส่งต่อ เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดการช่วยเหลือที่ความยั่งยืน 3) การดำเนินการที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (do no harm) โดยลดความเสี่ยงจากความช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสม ผ่านการประชุมวางแผนก่อนดำเนินงาน และการทำ AAR หลังปฏิบัติงาน 4) การมุ่งเน้นเสริมสร้างศักยภาพในพื้นที่ (building on available resources and capacities) โดยการส่งเสริมให้บุคลากรและอสม. ในพื้นที่สามารถค้นหาและระบุประชาชนกลุ่มเสี่ยง และ 5) การบูรณาการระบบสนับสนุนช่วยเหลือ (integrated support systems) โดยการให้บริการแบบองค์รวมที่มีการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและกลุ่มเปราะบาง ด้วยวิธีการที่หลากหลาย

สรุป

การถอดบทเรียนจากการดูแลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา ในเขตสุขภาพที่ 10 พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ พบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานขึ้นอยู่กับ

โครงสร้างการบริหารที่ชัดเจนและยืดหยุ่น การประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่าง EOC ทีมปฏิบัติการ (MCATT) และหน่วยงานต่าง ๆ การประเมิน คัดกรองความเสี่ยง และเยียวยาผู้ประสบภัยที่เป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การดูแลแบบองค์รวมและเหมาะสมกับกลุ่มวัยและความเปราะบาง การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือประเมินที่เหมาะสม และการสนับสนุนจากชุมชน อาสาสมัคร และวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งช่วยให้ผู้ประสบภัยปรับตัวได้ดีแม้ในสถานการณ์ยากลำบาก ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลกลางเพื่อการส่งต่อและติดตาม การเสริมศักยภาพและสวัสดิการของทีมปฏิบัติงาน การวางแผนเชิงรุกและเตรียมความพร้อมในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์วิกฤตซ้ำในอนาคต

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

โกศล วรวิศวัต : เขียนบทความ ; ธีราภา ธาณี : เขียนบทความ ; วิริย์อร จุมพระบุตร : เขียนบทความ ; กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง : เขียนบทความ ; สุพัตรา สุขาวท : เขียนบทความ วิเคราะห์ข้อมูล ; ญัฐิยา ชมพูปุตร : เก็บรวบรวมข้อมูล ; สุภัทรา ก้อนคำดี : เก็บรวบรวมข้อมูล ; พัทธนี พิมพบุตร : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Operational manual for Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT). Revised ed. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
2. Kongsuk T, Arunpongpaisal 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;63(4):321-34. (in Thai)
3. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadaku R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in adolescent psychiatric patients. *International Journal of Child Development and Mental Health*. 2020;8(1):30-40.
4. Boonyamalik P. The establishment of the psychological impact scale for crisis events-10 (PISCES-10). *Journal of Srithanya Hospital*. 2014;15(1):8-21. (in Thai)
5. Ketumarn P, Piyasilpa V, Sitdhiraksa N, Pithayaratsathien N, Plubrukan R, Dumrongphol H, et al. Concurrent validity testing of CRIES-8 screening questionnaire for PTSD from the study of post-traumatic stress disorder in students, 23 months after tsunami. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2008;53(2):177-86. (in Thai)
6. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Interim briefing note addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak [Internet]. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020 [cited 2026 Feb 24]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-04/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Thai%29.pdf> (in Thai)



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (Instruction to Authors)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่หรือมีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหาด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บไซต์ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน หากมีการนำระบบ AI (artificial intelligence) หรือระบบปัญญาประดิษฐ์มาใช้ประกอบการเขียนบทความ ต้องแจ้งรายละเอียดต่อกองบรรณาธิการ ทั้งนี้ บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน (บทความนิพนธ์ต้นฉบับ 3 ท่าน) บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

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

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มุ่งองค์ประกอบดังนี้ 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 ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพ และคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยให้ใช้ PRISMA guideline มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมการอภิปรายและข้อเสนอแนะ มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

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

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไป ทบทวนความรู้ การแสดงความคิดเห็น วิจารณ์ แนะนำเครื่องมือใหม่ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข มุ่งองค์ประกอบดังนี้ 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 ตัวย่อวุฒิ การศึกษาสูงสุด หน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมที่อยู่และ e-mail ของผู้พิมพ์ทุกคน และระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author) ทั้งนี้การพิจารณาก่อนการรับบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา สามารถส่งได้ทั้งบทความภาษาไทย และบทความภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง เช่น $p < .001$, $p = .103$

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

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่บีบอักษร ไม่จัดหน้าชิดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้าน 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4 (หากจำเป็นอนุโลมให้ไม่เกิน 15 หน้า) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) บทนำ คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) วิธีการ คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระบุการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) ผล แสดงผลการศึกษที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น 4) วิเคราะห์ ควรเขียนอธิบายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) สรุป ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) 7) การมีส่วนร่วมของผู้พิมพ์ โดยระบุชื่อผู้พิมพ์ร่วมและระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 8) การตอบคำถามสั้น ๆ 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้ และ 9) เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) ตามที่วารสารกำหนด โดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วย ชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพไม่เกิน 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 หากเป็นเอกสารภาษาไทยให้หาและตรวจสอบชื่อภาษาอังกฤษและระบุ (in Thai) ท้ายรายการอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
1. วารสาร	
1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1 - 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า	
1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตาม Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals (สำหรับวารสารที่ยังไม่ได้เข้า Index Medicus ให้เขียนชื่อวารสารแบบชื่อเต็ม ไม่ใช่ชื่อย่อ)	Kittirattanapaiboon P, Srikosai S, Wittayanookulluk A. Methamphetamine use and dependence in vulnerable female populations. <i>Curr Opin Psychiatry</i> . 2017;30(4):247-52. doi:10.1097/YCO.0000000000000335.
1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทย	Wongpiomsarn Y. Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue. <i>Journal of Mental Health of Thailand</i> . 2018;26(2):152-9. (in Thai)
1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษเช่นเดียวกันกับข้อ 1.1.1	Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. <i>Siriraj Med J</i> . 2015;67(1):8-13.
1.2 กรณีที่มีผู้พิมพ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)	Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. <i>JAMA</i> . 2004;292(7):828-36. doi:10.1001/jama.292.7.828.
1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์	Cancer in South Africa [editorial]. <i>S Afr Med J</i> . 1994;84:15.
1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)	
1.4.1 ฉบับเสริมของปี	Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. <i>Rev Inf Dis</i> . 1991;11 suppl 1:52-7.
1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม	Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. <i>Neurology</i> . 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.
1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []	Cleare AJ, Wessly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. <i>Lancet</i> 1996;347:1770.

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์	
1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)	Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma treatment. <i>Am J Orthopsychiatry</i> . 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. <i>J Pediatr Psychol</i> . 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. (in Thai)
2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ	American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์	World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Mental health and psychosocial relief efforts after the tsunami in South-East Asia. New Delhi: WHO Regional Office for South- East Asia; 2005.
2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ	Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of mindfulness. In: Didonna F, editor. <i>Clinical handbook of mindfulness</i> . New York: Springer; 2009. p. 153-65.
2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ	Tadee R. Life of female adolescent as mothers. In: Thaweessit S, Vajanasara K, editor. 13 th 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. (in Thai)
3. รายงานทางวิชาการ	
3.1 รายงานวิจัย	Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamalik P, Arunpongpaisal S. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2010. (in Thai)

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
<p>3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์</p>	<p>Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [dissertation]. London: University of London; 1998.</p> <p>Jongsomjit P. Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2008. (in Thai)</p>
<p>4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์</p>	
<p>4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาใส่คำว่า Available from: ใส่ URL และหลัง URL ไม่มีใส่เครื่องหมาย “.” ยกเว้น URL นั้น จบด้วย เครื่องหมาย “/”</p>	<p>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/. (in Thai)</p>
	<p>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</p>
<p>4.2 โสมเพจ/เว็บไซต์</p>	<p>Thai Health Promotion Foundation. Prepare for cyber-bullying [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2021 [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/เตรียมทัพ-รับมือ-cyber-bullying-2/. (in Thai)</p>
	<p>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/.</p>
<p>5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น</p>	
<p>5.1 บทความหนังสือพิมพ์</p>	<p>Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).</p>
<p>5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ</p>	<p>Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.</p>

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 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล author, title, abstract, keyword, references

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (revision)

ส่งบทความได้ทาง

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/about/submissions>





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 71 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2569

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	A
แก้ข้อผิดพลาด	B
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อนกับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมมติฐานที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ <i>นัทริญา บรรณาลัย, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร</i>	1
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การแปรผันตามระดับสุขภาวะตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก <i>ศิริกัญญา สมบุญณียง, ธนาวัต ประชาสันต์, พิชญญา พจนโพธา</i>	12
การประเมินคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย <i>สุภาวดี เจริญวานิช, ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล</i>	31
ความชุกของการตีตราตนเองและความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยนอกจิตเวช <i>ณัฐภัทร ศรเวช, กานต์ จำรูญไวจน์</i>	44
ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคโควิดที่เข้ารับบริการ ที่โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ <i>ณัฐฐรา หน่อพันธุ์, คัดนางค์ วานิชย์เจริญ, กัณณวัฒน์ สกุหลหวัง, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ</i>	56
ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษามหาวิทยาลัย <i>สิรภาพ หวังวนิชพันธุ์, รุจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์, ตริยา เลิศหัตถศิลป์</i>	66
ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า และอิทธิพลความเชื่อด้านศาสนาของนักเรียน ในระดับชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดยะลา <i>อินชานี กะโด, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี</i>	79
การพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับเสริมแรงจิตใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา <i>กวินทิพย์ ทิพย์พิมานชัย, พิชัย แสงชาญชัย, วนิดา รัตนสุมาวงศ์</i>	91
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของบุคลากร ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี <i>ปวิชยา สีม่วงษ์, พิมพ์ชนก ทองทวน, สุภาภรณ์ แสนทวีสุข, นิสาสล คงมัน</i>	101

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ด



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

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