



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2569
Volume 34 Number 3 July - September 2026
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- 👤 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน (KAEDAM Model)
- 👤 ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ที่มิโรคอารมณ์สองขั้ว
- 👤 Psychometric properties of the Thai version of the Interpersonal Rejection Sensitivity Scale (IRSS-Thai) among Thai secondary school students
- 👤 คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความผูกพันทางจิตใจอริค-เอคินบะระ ฉบับภาษาไทย ในนักศึกษามหาวิทยาลัย
- 👤 ภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กและวัยรุ่นนอกโฮสติ้ง
- 👤 ผลการพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568)
- 👤 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

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 อุดมรัตน์
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อริบ ต้นอารีย์

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ต้นดิษฐ์
นพ.สุทธา สุปัญญา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง
นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์
นพ.ศุภเสก วิโรจนานา
ดร.วีร์ เมฆวิสัย

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อึ้งฉานวงศ์กรชัย
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
ศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชากรกุล
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์
ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภูขาว
ดร.हरररररर ธีรชรูรรรร
พญ.ดุขฤิ จังศิริกุลวิทย์
พญ.เบญจพร ปัญญา
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒิหาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทรรัตน์ พงษ์พิยะ
นางสาวศรัณย์พิชญ์ อักษร
นางสาวณัฐสุดา จุลสินธนาภรณ์

นางสาวพาสนา คุณาธิวัฒน์
นางจิตติญา จันทพรหม
นางสาวณิชา บุญหนู

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

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต มีนโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์ คือ เป็นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ

กำหนดออก:

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

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

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

การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต
88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี
จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0-2590-8254, 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 และไม่ได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



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
Dr.We Wekwilai	Bureau of Mental Health Academic Affairs

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D.	Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaisal, M.D.	Independent Scholar
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.	Yuwaprasart Waithayopatum Child and Adolescent Psychiatric Hospital
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.Phothorn Wuttiham

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Jantarath Pongpeeya	Ms.Passana Gunadhidhavana
Ms.Sarunyapich Aksorn	Mrs.Thitiya Jantaprom
Ms.Natsuda Julsintanaporn	Ms.Nicha Boonnoo

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 3 กรกฎาคม - กันยายน 2569

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน (KAEDAM Model) เพชรดา ฉ่ำมณี, ชรินทร์ ประกายสิทธิ์, ณัฐวุฒิ สุริยะ	172
ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว สุกิตา วิรุณ	188
Psychometric properties of the Thai version of the Interpersonal Rejection Sensitivity Scale (IRSS-Thai) among Thai secondary school students Supawadee Charoenwanit, Tipsuda Sumneangsator, Sukanya Phoolphoklang, Prakaipetch Winaiprasert	200
คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความผาสุกทางจิตใจวอริก-เอดินบะระ ฉบับภาษาไทย ในนักศึกษามหาวิทยาลัย ณัฐภรณ์ สันต์, ศรวิชัย, นริชญา ศรีบุรพา, ขวัญชนก เตชะรัตนะคุณ	211
ภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กและวัยรุ่นนอกโฮสติค แพรว ไตลังคะ, สุนทรี ศรีโกสโย, นพวรรณ บัวทอง, อัสนีย์พร กุณแจ	223
ผลการพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ศิริศักดิ์ อิตติกรรัตน์, วรพรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, นพพร ต้นตริงสี	234
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ลลิตา อ้นอามาศย์, ชนกชนม์ โคตรสมบัติ, บวรภาพ ปราบมะเริง	249
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



Journal of Mental Health of Thailand

Volume 34 Number 3 July - September 2026

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
ORIGINAL ARTICLES		
	Development of a community-based care model for high-risk psychiatric patients (KAEDAM Model)	172
	Peachlada Chammanee, Chanin Prakaysit, Natthawut Suriya	
	The effects of a psychosocial rehabilitation program on functioning in individuals with bipolar disorder	188
	Sukita Viroon	
	Psychometric properties of the Thai version of the Interpersonal Rejection Sensitivity Scale (IRSS-Thai) among Thai secondary school students	200
	Supawadee Charoenwanit, Tipsuda Sumneangsator, Sukanya Phoolphoklang, Prakaipetch Winaiprasert	
	The psychometric properties of the Thai version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale among university students	211
	Natthaphansan Sriwichai, Naranchaya Sriburapar, Kuanchanok Techaratanakul	
	Undiagnosed depression and associated factors in children and adolescents with autism spectrum disorder	223
	Praew Tailangkha, Soontaree Srikosai, Noppawan Buathong, Asaneepond Kunjae	
	Results of development of the Thai Mental Health Index (the Revised 2025 edition)	234
	Sirisak Thitidirokrat, Worawan Chutha, Kamonluck Makhlai, Nopporn Tantirangsee	
	Effects of a motivational enhancement and cognitive behavioral modification program on medication adherence among patients with major depressive disorder	249
	Lalita Anarmat, Chanokchon Khotsombat, Bawornpob Prabmareang	
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2569 ประกอบด้วยบทความนิพนธ์ฉบับ 7 เรื่อง ซึ่งยังคงมุ่งนำเสนอประเด็นสำคัญในการพัฒนางานสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิต การค้นหาและประเมินปัญหาในประชากรแต่ละช่วงวัย การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การบำบัดรักษาและฟื้นฟู ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษา เนื้อหาในฉบับนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตอย่างรอบด้าน โดยคำนึงถึงทั้งบุคคล ครอบครัว และบริบททางสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ เป็นที่น่ายินดีที่วารสารได้รับความสนใจจากผู้วิจัยในการส่งบทความภาษาอังกฤษเข้ามาเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งนับเป็นโอกาสในการนำเสนอผลงานวิชาการและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยสู่ระดับนานาชาติ

ทั้งนี้ ผมและกองบรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันมีคุณค่าเสมอมา

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน (KAEDAM Model)

วันรับ : 30 มีนาคม 2569

วันแก้ไข : 18 พฤษภาคม 2569

วันตอบรับ : 8 มิถุนายน 2569

เพชรดา ฉ่ำมณี, พ.บ.¹, ชนินทร์ ประกายสิทธิ์, พย.บ.¹, ณัฐวุฒิ สุริยะ, พร.ด.²

โรงพยาบาลแกดำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม¹,

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

จังหวัดมหาสารคาม²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ในชุมชน

วิธีการ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมวิธี ในอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ในกลุ่มผู้ให้บริการ 20 คน ญาติเครือข่ายในชุมชน 82 คน ผู้ป่วย SMI-V 8 คน และญาติผู้ดูแล 8 คน แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลตามวงจร PAOR และระยะที่ 3 การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้และการมีส่วนร่วมของญาติเครือข่าย ภาระของผู้ดูแล และอาการทางจิตเวช

ผล : ในพื้นที่พบแนวโน้มผู้ป่วย SMI-V เพิ่มขึ้น ปัญหาความต่อเนื่องของระบบดูแลติดตามและส่งต่อข้อมูล ทักษะคิดและการตีตราทางสังคม และการขาดความรู้และสมรรถนะของบุคลากรและญาติผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อการกำเริบซ้ำและความรุนแรงในชุมชน จึงพัฒนาเป็น KAEDAM Model ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล การป้องกันภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และการติดตามประเมินผลเชิงนโยบาย ภายหลังดำเนินการ กลุ่มญาติเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ญาติผู้ดูแลมีภาระของผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้า และความเครียดลดลง และกลุ่มผู้ป่วยมีอาการทางจิต ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทุกคนมีความเสี่ยงโดยรวมลดลงเป็นระดับต่ำ (สีเขียว) ภายในระยะเวลาติดตาม 1 ปี

สรุป : KAEDAM Model มีแนวโน้มเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของญาติเครือข่ายในชุมชน และลดภาระของผู้ดูแลและอาการทางจิตเวชของผู้ป่วย ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบ

คำสำคัญ : การดูแลในชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ความรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเวช, รูปแบบการดูแล

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณัฐวุฒิ สุริยะ; e-mail: natthawut@smnc.ac.th

Original article

Development of a community-based care model for high-risk psychiatric patients (KAEDAM Model)

Received : 30 March 2026

Revised : 18 May 2026

Accepted : 8 June 2026

Peachlada Chammanee, M.D.¹, Chanin Prakaysit, B.N.S.¹,Natthawut Suriya, Ph.D.²

Kaedam Hospital, Maha Sarakham Provincial Public Health Office,

Maha Sarakham Province, Thailand¹,

Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute,

Maha Sarakham Province, Thailand²

Abstract

Objective: To develop and evaluate a community-based care model for patients with serious mental illness with high risk to violence (SMI-V).

Methods: This mixed methods action research was conducted in Kaedam District, Maha Sarakham Province. Participants consisted of 20 health personnel, 82 community network partners, eight SMI-V patients, and eight caregivers. The study was divided in three phases: Phase 1, a situational assessment and problem analysis; Phase 2, development of a care model using the PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) cycle; and Phase 3, evaluation and reflection on the implementation outcomes, including community network partners' knowledge and participation, caregiver burden, and psychiatric symptoms.

Results: The study area demonstrated an increasing trend in SMI-V cases, along with challenges related to continuity of care, follow-up and information referral systems, negative attitudes and social stigma, and insufficient knowledge and competencies among healthcare personnel and family caregivers. These challenges contributed to psychiatric relapses and violence in the community. Accordingly, the KAEDAM Model was developed, comprising six key components: network capacity building, improved access to services, empowerment of patients and caregivers, depression prevention, community-based rehabilitation, and policy-level monitoring and evaluation. After implementation, community network partners showed increased knowledge and participation scores, while family caregivers experienced significant reductions in caregiver burden, depression, and stress. Among SMI-V patients, significant reductions in psychotic symptoms, stress, depression, and suicide risk were observed, with all patients classified as low risk (green) within one year.

Conclusion: The KAEDAM model showed potential to enhance knowledge and participation among community network partners, while reducing caregiver burden and psychiatric symptoms among patients. Further studies using a comparison group and long-term follow-up are recommended to confirm the model's effectiveness and sustainability.

Keywords: action research, care model, community-based care, psychiatric patients, violence

Corresponding author: Natthawut Suriya; e-mail: natthawut@smnc.ac.th

ความรู้เดิม : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชนไทยส่วนใหญ่ยังคงพึ่งพาการดูแลจากครอบครัวและระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก โดยมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการดูแลติดตาม การมีส่วนร่วมของชุมชน และการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่

ความรู้ใหม่ : KAEDAM Model เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและวงจร PAOR ที่บูรณาการบทบาทของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพเข้าด้วยกัน ที่มาจากองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล การป้องกันภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และการติดตามประเมินผลเชิงนโยบาย การทดลองใช้แสดงถึงความเป็นไปได้ในการเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน การลดภาระของผู้ดูแล และการควบคุมอาการและลดความรุนแรงของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระดับอำเภอ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด รวมถึงเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการส่งเสริมความยั่งยืนของระบบสุขภาพจิตชุมชน

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยมีความท้าทายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และความมั่นคงในชุมชน¹ โดยข้อมูลระดับประเทศจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) และคลังข้อมูลสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตสะท้อนว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{2,3} เนื่องจากผู้ป่วย SMI-V มีแนวโน้มอาการกำเริบเป็นระยะ จึงต้องการการดูแลติดตาม

ระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดการใช้บริการฉุกเฉินซ้ำ ซึ่งหากระบบบริการไม่สามารถให้การดูแลเชื่อมต่อกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง⁴

การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (community-based mental health care) เป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงการรักษา ลดการตีตรา และสร้างระบบติดตามระยะยาวที่ยั่งยืน โดยรูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น สามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม งานวิจัยหลายชิ้นในบริบทไทยชี้ให้เห็นว่าการฝึกทักษะ การให้ความรู้ และการบูรณาการภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมฟื้นฟูและการติดตามในชุมชนได้ผลดีขึ้น^{5,6} อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบช่องว่างด้านการบูรณาการบริการระหว่างระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และเครือข่ายภาคส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของบริบทการให้บริการระหว่างพื้นที่ การขาดเครื่องมือมาตรฐานสำหรับติดตามผลในชุมชน และความไม่ต่อเนื่องของการสนับสนุนจากระบบสุขภาพระดับอำเภอและจังหวัด ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการนำร่องมักเป็นผลชั่วคราวหากไม่มีการออกแบบระบบที่บูรณาการและยั่งยืน⁷

การพัฒนาแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วย SMI-V ในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ร่วมออกแบบ ทดสอบ และปรับปรุงรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่พัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระดับอำเภอของไทยในหลายจังหวัดพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายช่วยเพิ่มการยอมรับของชุมชนและความต่อเนื่องของการดูแล⁵⁻¹⁰ ส่วนการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดกาญจนบุรีพบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้¹¹ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาที่บูรณาการองค์ประกอบสำคัญของบริการสุขภาพจิตในชุมชนตามกรอบขององค์การอนามัยโลก¹²

ร่วมกับแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model)¹³ ได้แก่ การแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing) การเพิ่มการเข้าถึงบริการ (access to care) การเสริมพลัง (empowerment) และการติดตามอย่างเป็นระบบไว้ในรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ งานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วย SMI-V ที่ผ่านมามีเป็นโครงการเฉพาะกิจหรือการประเมินผลระยะสั้น และไม่ได้รับการประเมินผลอย่างเป็นระบบและครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน (SMI-V) ในระดับอำเภอ และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาที่ได้คาดว่าจะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายและกรอบการขยายผลระดับอำเภอ/จังหวัด เพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพจิตชุมชนในบริบทของประเทศไทย

วิธีการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมวิธี (mixed methods action research) ในอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม การวิจัยดำเนินการตามหลักการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนการปฏิบัติงาน (plan) การลงมือปฏิบัติตามแผน (action) การติดตามสังเกตการณ์ (observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (reflect)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย SMI-V คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาหรือปฏิบัติหน้าที่ในเขตอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม และ 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย 118 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร ทีมสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 20 คน 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบบ้านที่มีผู้ป่วย และตำรวจ รวม 82 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ผู้ป่วย SMI-V กลุ่มสีแดงที่เคย

รับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการจำหน่ายกลับมาใช้ชีวิตในชุมชน จำนวน 8 คน และ 4) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย SMI-V กลุ่มสีแดง จำนวน 8 คน

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้ของภาคีเครือข่าย พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V ของกรมสุขภาพจิต¹⁵ เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึงยิ่งมีความรู้มาก

2. แบบประเมินภาคีเครือข่าย พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff¹⁶ ซึ่งจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็นการร่วมตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมประเมินผล โดยให้ภาคีเครือข่ายเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง (self-report) ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ได้แก่ แบบประเมินสถานการณ์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 5 ข้อ บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน 4 ข้อ บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง 3 ข้อ บทบาทพนักงานสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 3 ข้อ การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลภายในครัวเรือน 5 ข้อ และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน (น้อยที่สุด) ถึง 5 คะแนน (มากที่สุด) คะแนนรวมสูงขึ้นหมายถึงมีการพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับที่สูงขึ้น ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมทุกกลุ่มต้องตอบข้อคำถามครบทุกข้อ โดยในหัวข้อระดับการมีบทบาทของภาคีเครือข่ายแต่ละกลุ่มเป็นการประเมินตามการรับรู้ของตัวผู้ตอบเอง โดยมีได้แยกถามเฉพาะบทบาทของผู้ตอบ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมก่อนและหลังดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้

3. แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)¹⁷ ฉบับปรับปรุงโดยกรมสุขภาพจิต¹⁸ ประเมินโดยจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวช

ที่ผ่านการอบรม ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเวช เช่น ประสาทหลอน ความผิดปกติทางอารมณ์ และอาการสับสน รวม 18 ข้อ แต่ละข้อมี 7 ระดับ คะแนนรวม 18 - 126 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงดังนี้ 18 - 30 คะแนน หมายถึง อาการระดับน้อยมาก 31 - 40 คะแนน หมายถึง อาการระดับเล็กน้อย 41 - 52 คะแนน หมายถึง อาการระดับปานกลาง 53 - 70 คะแนน หมายถึง อาการค่อนข้างรุนแรง และมากกว่า 70 คะแนน หมายถึง อาการรุนแรงมาก

4. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (overt aggression scale: OAS)¹⁹ ฉบับปรับปรุงใช้โดยกรมสุขภาพจิต¹⁸ ประเมินโดยพยาบาลจิตเวชหรือทีมสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรม ใช้คัดแยกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามความรุนแรงของพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน แต่ละด้านมี 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนจากพฤติกรรมด้านที่มีคะแนนสูงสุด ดังนี้ 1 คะแนน กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ต้องได้รับการจัดการภายใน 24 ชั่วโมง 2 คะแนน เร่งด่วน (urgency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ต้องได้รับการจัดการภายใน 2 ชั่วโมง และ 3 คะแนน ฉุกเฉิน (emergency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ต้องได้รับการจัดการทันทีทันใด

5. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)²⁰ มีข้อคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 คะแนน (ไม่มีเลย) ถึง 3 คะแนน (เป็นทุกวัน) คะแนนรวม 0 - 27 คะแนน แปลผลดังนี้ < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับน้อย 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับรุนแรง ทั้งนี้ที่จุดตัด 7 คะแนน แบบประเมินฉบับภาษาไทย มีความไวร้อยละ 86.2 และความจำเพาะร้อยละ 83.1 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์²⁰

6. แบบประเมินความเครียด (ST-5)²¹ จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 คะแนน (เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี) ถึง 3 คะแนน (เป็นประจำ) คะแนนรวม 0 - 15 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 - 4 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย 5 - 7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง 8 - 9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก และ 10 - 15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด

7. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q plus)²² ตามคู่มือแบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม คัดกรองภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 2 ข้อ (2Q) ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และความรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร่วมกับข้อคำถามเพิ่มเติมอีก 1 ข้อ (plus) ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ทำให้แตกต่างจากแบบประเมิน 2Q ทั่วไป ได้แก่ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่” รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 3 ข้อ ทุกข้อเลือกตอบว่า มี หรือ ไม่มี การแปลผล คือ ตอบ “ไม่มี” ทุกข้อ หมายถึง ไม่พบความเสี่ยง (negative screen) ตอบ “มี” ในข้อคำถาม 2Q ข้อใดข้อหนึ่ง หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งต้องได้รับการประเมินต่อยด้วยแบบประเมิน 9Q ส่วนการตอบ “มี” ในข้อคำถามเพิ่มเติมข้อที่ 3 ถือเป็นเกณฑ์ที่ใช้ระบุว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ และต้องได้รับการประเมินความรุนแรงต่อยด้วยแบบประเมิน 8Q ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต²²

8. แบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI) ฉบับ 22 ข้อ²³ ให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน (ไม่เคยรู้สึก) ถึง 4 คะแนน (รู้สึกเกือบตลอดเวลา) คะแนนรวม 0 - 88 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมตามเกณฑ์ที่ใช้กันทั่วไป ดังนี้ 0 - 20 คะแนน หมายถึง ภาระน้อยหรือไม่มีภาระ 21 - 40 คะแนน หมายถึง ภาระระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 41 - 60 คะแนน หมายถึง ภาระระดับปานกลางถึงมาก และ 61 - 88 คะแนน หมายถึง ภาระระดับรุนแรง แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92²⁴ สำหรับการนำเสนอผลรายด้านในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจัดกลุ่มข้อคำถามตามลักษณะ

เนื้อหาออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ภาระด้านร่างกายและเวลา 6 ข้อ ภาระด้านอารมณ์และจิตใจ 8 ข้อ ภาระด้านสังคม 5 ข้อ และภาระด้านเศรษฐกิจ 3 ข้อ ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มเพื่อการบรรยายผลในบริบทของพื้นที่ที่มีใช้โครงสร้างองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน²⁴

9. แบบประเมินระบบติดตามแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของกรมสุขภาพจิต¹⁵ โดย สีแดง หมายถึง เสี่ยงสูงมาก (high imminent risk) เกณฑ์ตัวอย่าง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/ควบคุมไม่ได้ มีความคิดหรือแผนฆ่าตัวตายชัดเจน (2Q plus เป็นบวก และประเมินต่อพบความเสี่ยงสูง) อาการโรคจิตรุนแรง (เช่น BPRS สูงมาก มีประสาทหลอน/หลงผิดเด่น) สีเหลือง หมายถึง เสี่ยงปานกลาง (moderate risk) เกณฑ์ตัวอย่าง อาการกำเริบเล็กน้อย-ปานกลาง มีความคิดทำร้ายตนเองแต่ไม่มีแผนชัดเจน การกินยาขาดความสม่ำเสมอ/ครอบครัวยุติสนับสนุนจำกัด สีเขียว หมายถึง เสี่ยงต่ำ/คงที่ (low risk/stable) เกณฑ์ตัวอย่าง อาการคงที่ ควบคุมได้ดี ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง รับประทานยาสม่ำเสมอ มีระบบสนับสนุนเพียงพอ

10. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ประเด็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ มุมมอง และข้อเสนอแนะ เนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กระบวนการและรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ผ่านมา บทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชนและครอบครัวผู้ป่วย ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลในอนาคต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 มีการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอใกล้เคียงของจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 30 คน ผลการประเมินคุณภาพเครื่องมือพบว่า แบบสอบถามความรู้ของภาคีเครือข่ายมีความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.95 แบบประเมิน

การพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และผู้แทนคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ผลการตรวจสอบพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันว่าประเด็นคำถามครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับถ้อยคำบางข้อให้เข้าใจง่ายและเพิ่มประเด็นคำถามเกี่ยวกับบทบาทของพนักงานฝ่ายปกครอง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและออกแบบแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมระดมสมอง และการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ให้บริการสาธารณสุข 10 คน ภาคีเครือข่ายในชุมชน 10 คน ผู้ป่วย SMI-V ที่อาการสงบ 8 คน และญาติผู้ดูแล 8 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับในระยะการทดลองใช้รูปแบบ รวม 36 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจให้ข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จำนวน 20 คน (ผู้ให้บริการ 6 คน ภาคีเครือข่าย 6 คน ผู้ป่วย 4 คน และญาติผู้ดูแล 4 คน) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาทีต่อคน ร่วมกับการสนทนากลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการร่วมกับภาคีเครือข่าย 1 กลุ่ม และกลุ่มผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล 1 กลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีต่อกลุ่ม ดำเนินการแบบเผชิญหน้าโดยผู้วิจัย ณ ห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลแกดำ รพ.สต. ในพื้นที่ หรือบ้านของผู้ให้ข้อมูล ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล โดยมีการบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึก

ภาคสนาม ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้ให้ความยินยอมด้วยการลงนามก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง

ระยะที่ 2 นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวางแผนพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงาน โดยใช้แนวคิดการทำแผนที่เส้นทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)²⁵ ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 มี 4 ขั้นตอนย่อยตามวงจร PAOR โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงบูรณาการในระดับชุมชน โดยผสานแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การฟื้นฟูสภาพ (recovery-oriented care) และการเสริมพลังเข้ากับบริบทพื้นที่ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน 8 คน และผู้ดูแล 8 คน ขั้นตอนที่ 3 เป็นการติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและครอบครัว และขั้นตอนที่ 4 เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถอดบทเรียนร่วมกับภาคีเครือข่าย วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนา และปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้เหมาะสม

ระยะที่ 3 การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงานตามวงจร PAOR โดยเก็บข้อมูลหลังการดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 พร้อมติดตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ดูแล และผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยในกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้รับการประเมินความรู้ การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วม กลุ่มผู้ดูแลได้รับการประเมิน ZBI, 9Q และ ST-5 และกลุ่มผู้ป่วยได้รับการประเมิน BPRS, OAS, 9Q, ST-5, 2Q plus และแบบประเมินระบบสี นอกจากนี้ มีการประชุมสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์จุดแข็ง ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเกล้า เลขที่ 07/2566 วันที่ 25 ธันวาคม 2566 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์

และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาที่พึงได้รับ และการรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นจึงลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับกลุ่มผู้ป่วย SMI-V ทุกคน ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ดูแลตามกฎหมายร่วมด้วย และขอความยินยอมจากผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งเมื่ออาการทางจิตทุเลาแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและผลการประเมินด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของเครือข่ายก่อนและหลังการดำเนินการด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติ paired t-test ส่วนกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากมีขนาดตัวอย่างน้อย จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนน ZBI, BPRS, 9Q และ ST-5 ก่อนและหลังการดำเนินการด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test พร้อมรายงานขนาดอิทธิพล (effect size) จากสูตร $r = |Z|/\sqrt{N}$ โดยที่ r = ขนาดอิทธิพล Z = ค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบ และ N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์เชิงกลุ่ม (2Q plus และระดับความเสี่ยงตามระบบสี) ด้วย McNemar exact test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผล

สถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

จากการทบทวนสถานการณ์และปัญหาระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในพื้นที่อำเภอแควดำ ร่วมกับการระดมสมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ระหว่างปีงบประมาณ 2565 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า โดยในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยในพื้นที่จำนวน 118 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีแดง 8 รายและสีเหลือง 11 ราย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขาดยา การไม่ร่วมมือกินยา และ

การขาดผู้ดูแลหลัก ขณะที่ญาติ/ผู้ดูแลหรือ อสม.ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและขาดทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่ผ่านมานั้นการตั้งรับบริการเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ที่รับผิดชอบ การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยทั้งจากครอบครัว ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และระหว่างโรงพยาบาลที่รับและส่งต่อยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลล่าช้าและขาดประสิทธิภาพในการจัดการ นอกจากนี้ การบันทึกข้อมูลในระบบการเฝ้าระวังและติดตามยังไม่ครบถ้วนทันเวลาเนื่องจากมีความละเอียดและซับซ้อน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นปัญหาและช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจากทุกกลุ่ม ทั้งผู้ให้บริการ ญาติเครือข่ายในชุมชน และผู้รับบริการ ต่างยืนยันถึงปัญหาที่สอดคล้องกันใน 3 มิติหลัก ดังนี้

1) มิติการเข้าถึงและความต่อเนื่องของการรักษา ผู้ให้บริการสาธารณสุขรายหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า “ผู้ป่วยกลุ่มสีแดงหลายรายที่เราติดตาม มักขาดยาเป็นประจำ บางคนไม่มาตามนัดหลายเดือน กว่าจะรู้ว่าอาการกำเริบก็เกิดเหตุรุนแรงในชุมชนไปแล้ว ระบบเราไม่มีกลไกแจ้งเตือนล่วงหน้า” ส่วน อสม. ที่ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่กล่าวว่า “เราทราบผู้ป่วยไม่ได้กินยา แต่ไม่รู้จะทำอะไรได้ เพราะไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจนว่าต้องรายงานใคร ช่องทางการสื่อสารระหว่าง อสม. กับโรงพยาบาลยังไม่เป็นระบบ” นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลยังระบุว่า ครอบครัวรู้สึกโดดเดี่ยวและขาดทิศทางในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่อาการกำเริบและต้องรีบพาผู้ป่วยเข้ารับบริการ นอกจากนี้ ระบบบริการเดิมยังขาดกระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ รวมทั้งขาดแนวทางสนับสนุนด้านจิตใจและการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) มิติทัศนคติและการตีตราทางสังคม พบว่า ปัญหาการตีตราและทัศนคติเชิงลบของชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถเข้าถึงการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเต็มที่ โดยผู้นำชุมชนรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “คนในหมู่บ้านกลัวผู้ป่วยจิตเวช มองว่าเขาอันตราย ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยอับอายและไม่กล้าขอ

ความช่วยเหลือ บางครั้งก็ซ่อนผู้ป่วยไว้ที่บ้าน ไม่ยอมแจ้งเจ้าหน้าที่” ขณะที่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มสีแดงรายหนึ่งยืนยันว่า “รู้สึกเหนื่อยและท้อแท้มาก เพราะต้องดูแลคนเดียว ไม่มีใครช่วย เพื่อนบ้านก็ไม่กล้าเข้าหา ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวมาก” ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวแยกตัวจากคนในชุมชนและขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

3) มิติความรู้และสมรรถนะของเครือข่าย ผลการสัมภาษณ์สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาสมรรถนะของเครือข่ายและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับทุกภาคส่วน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รายหนึ่งกล่าวว่า “เราขาดความรู้ในการรับมือกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญเหตุนอกเวลาราชการ ตำรวจเองก็บอกว่าไม่รู้ว่าจะจัดการอย่างไร เพราะไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านนี้มาโดยตรง” นอกจากนี้ ตำรวจซึ่งมักเป็นผู้รับแจ้งเหตุรายแรกกล่าวว่า “เวลาที่ได้รับแจ้งเหตุผู้ป่วยจิตเวชก่อเรื่องเราไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ต้องโทรประสานหลายหน่วยงาน ซึ่งเสียเวลามาก ถ้ามีช่องทางด่วนคงดีกว่านี้”

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง (KAEDAM Model)

ผลการวิเคราะห์พบปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำและการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า การขาดระบบเฝ้าระวังเชิงรุก การส่งต่อระหว่างหน่วยบริการที่ขาดการเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักถูกตีตราและขาดการสนับสนุนทางสังคม และมีความเสี่ยงต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงมากขึ้น

ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายในชุมชนจึงร่วมกันร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงบูรณาการในระดับชุมชน ซึ่งผสานแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การฟื้นฟูสภาพ และการเสริมพลัง มีลักษณะเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuum of care) ที่เชื่อมโยงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู และอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน การพัฒนารูปแบบดำเนินไปตามวงจร PAOR โดยในแต่ละรอบผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ร่วมกันนำรูปแบบไปปฏิบัติ สังเกตผล และประชุมสะท้อนผล เพื่อปรับปรุงรูปแบบก่อนเข้าสู่รอบถัดไป ดังนี้

รอบที่ 1 (กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567) พบว่าการติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายยังไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยขาดยา และไม่มีกลไกแจ้งเตือนล่วงหน้าเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง จึงปรับปรุงรูปแบบโดยจัดตั้งทีมสหวิชาชีพ เยี่ยมบ้านตามตารางนัด ให้ยาผิดออกฤทธิ์ยาวอย่างต่อเนื่อง และจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพจิตเฉพาะบุคคลให้ผู้ดูแลและ อสม. บันทึกอาการร่วมกัน

รอบที่ 2 (เมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567) พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบยังล่าช้าเนื่องจากต้องผ่านขั้นตอนราชการตามปกติ และช่องทางสื่อสารระหว่าง อสม. รพ.สต. เจ้าหน้าที่ตำรวจ และโรงพยาบาล ยังไม่เป็นระบบเดียวกัน จึงปรับปรุงโดยพัฒนาช่องทางส่งต่อแบบเร่งด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และจัดตั้งกลุ่มไลน์เครือข่ายเพื่อสื่อสารและวางแผนร่วมกันแบบ ทันเวลา

รอบที่ 3 (กรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567) พบว่าผู้ดูแลยังมีภาระและความเครียดสูง และบทบาทของแกนนำชุมชนกับพนักงานฝ่ายปกครองยังไม่ชัดเจน จึงปรับปรุงโดยเพิ่มกิจกรรมกลุ่มเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล กิจกรรมจัดการความเครียดและป้องกันภาวะซึมเศร้า พร้อมกำหนดบทบาทของภาคเครือข่ายแต่ละส่วนไว้ใน แผนปฏิบัติการ และนำผลการติดตามเข้าสู่ที่ประชุม คณะกรรมการบริหารอำเภอ (กบอ.) เป็นวาระประจำเดือน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานการประชุม ร่วมกับการกำหนด ตัวชี้วัดทางคลินิก โดยผู้ปฏิบัติงานรวบรวมและรายงานต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดรายเดือน

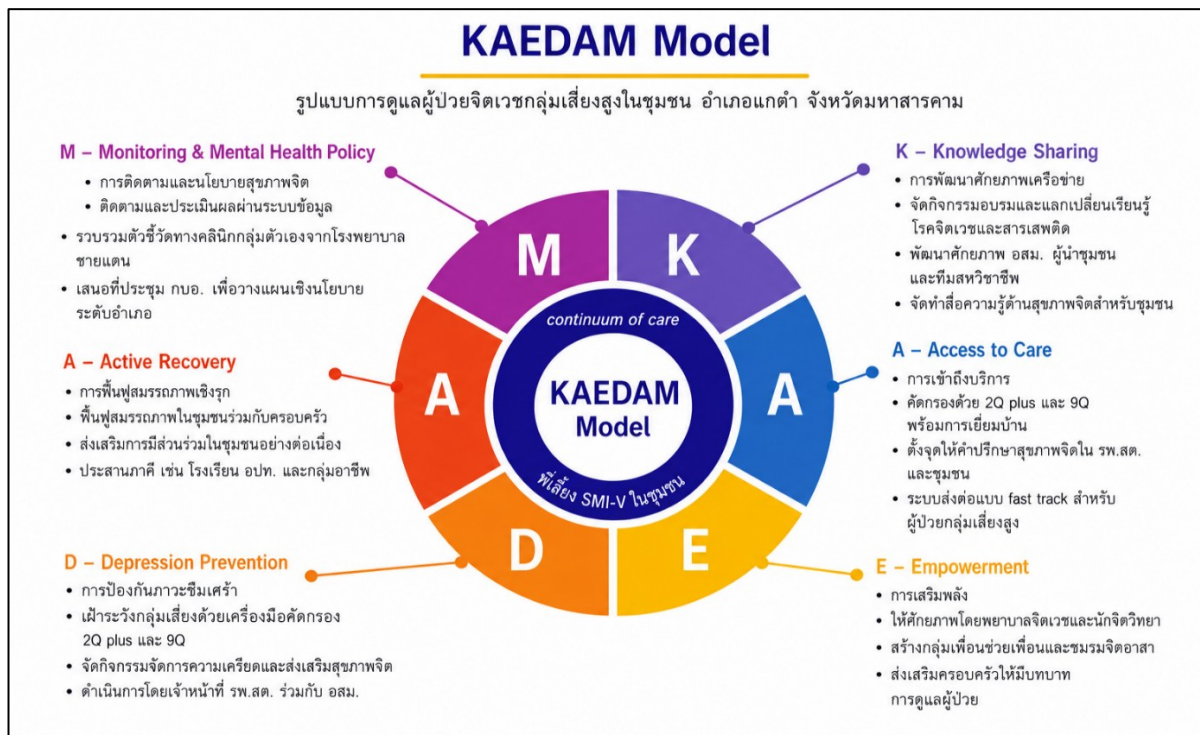
ผลจากการสะท้อนผลทั้ง 3 รอบนำไปสู่การปรับปรุง เชิงระบบที่สำคัญ และนำรูปแบบไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วย จิตเวชกลุ่มเป้าหมาย จนได้รูปแบบฉบับสุดท้ายภายใต้ชื่อ “KAEDAM Model” ซึ่งมีที่มาจากองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ 1) Knowledge sharing (K) การพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายผ่านการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยทีมสหวิชาชีพ และ อสม. 2) Access to care (A) การเพิ่มการเข้าถึงบริการ ผ่านการคัดกรอง (2Q plus และ 9Q) การเยี่ยมบ้าน และ ระบบส่งต่อแบบเร่งด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยเสี่ยงสูง

ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดย รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน 3) Empowerment (E) การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่าน การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนโดยพยาบาลจิตเวชและ นักจิตวิทยา 4) Depression prevention (D) การป้องกัน ภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านกิจกรรมจัดการ ความเครียดและการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับ อสม. 5) Active recovery (A) การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ และทีม พขอ. และ 6) Monitoring & mental health policy (M) การติดตาม ประเมินผลและการวางแผนเชิงนโยบาย ดังแผนภาพที่ 1

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง (KAEDAM Model)

ผลการประเมินกลุ่มผู้ให้บริการและภาคีเครือข่าย ในชุมชน (n = 102) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้ให้บริการ 20 คน และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน 82 คน โดยวิเคราะห์รวมกัน เนื่องจากทั้งสองกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ชุดเดียวกันและได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน ในฐานะภาคีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย SMI-V ในระดับอำเภอ เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้ของเครือข่ายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับมาก คะแนนเฉลี่ยการพัฒนาเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ สูงขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งโดยรวมและ รายด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง บทบาท แกนนำสุขภาพจิตชุมชน บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง บทบาทพนักงานสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลภายในครัวเรือน และการมีส่วนร่วม ติดตามและประเมินผล สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินผู้ดูแล เปรียบเทียบก่อนและหลัง การดำเนินรูปแบบ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนภาระการดูแล โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ร่างกายและเวลา อารมณ์และ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ามัธยฐานของคะแนนภาระการดูแลโดยรวมลดลงจาก 42.0 (IQR = 35.0 - 50.0) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการดูแล KAEDAM

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลในกลุ่มผู้ให้บริการและภาคีเครือข่ายในชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินการ KAEDAM Model (n = 102)

	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	ค่าทดสอบ	p-value	effect size
ความรู้ (median)	7.00	9.00	z = -6.012	< .001 ^a	r = 0.55
การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (mean ± SD)	38.72 ± 19.85	40.85 ± 20.10	t = -3.214	.002 ^b	d = 0.30
ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์	12.95 ± 6.88	13.48 ± 7.02	t = -4.086	< .001 ^b	d = 0.38
ด้านปัจจัยนำเข้า	12.60 ± 6.54	13.05 ± 6.90	t = -2.884	.005 ^b	d = 0.27
ด้านกระบวนการ	13.17 ± 6.61	13.55 ± 6.80	t = -2.571	.012 ^b	d = 0.24
การมีส่วนร่วม (mean ± SD)	64.20 ± 30.98	66.10 ± 31.45	t = -3.652	< .001 ^b	d = 0.34
การมีส่วนร่วมค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	11.95 ± 6.42	12.30 ± 6.58	t = -3.912	< .001 ^b	d = 0.36
บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน	10.18 ± 5.32	10.55 ± 5.60	t = -2.641	.010 ^b	d = 0.24
บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง	8.45 ± 3.18	8.78 ± 3.34	t = -3.298	.001 ^b	d = 0.30
บทบาทพนักงานสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	7.70 ± 3.62	8.25 ± 3.88	t = -2.845	.005 ^b	d = 0.26
การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลภายในครัวเรือน	12.30 ± 6.25	13.95 ± 6.60	t = -3.421	< .001 ^b	d = 0.32
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	13.25 ± 6.60	14.90 ± 6.95	t = -2.768	.007 ^b	d = 0.25

^a Wilcoxon signed-rank test; ^b paired t-test

เป็น 34.0 (IQR = 28.0 - 40.0) ซึ่งอยู่ในระดับภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) และความเครียด (ST-5) ของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 2

ผลการประเมินกลุ่มผู้ป่วย SMI-V เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) พฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง (OAS) ภาวะซึมเศร้า (9Q) และความเครียด (ST-5) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus) ลดลงจาก 5 คน (ร้อยละ 62.5)

เป็นไม่พบผู้มีความเสี่ยง นอกจากนี้ การติดตามในระยะ 1 ปี พบว่า จำนวนผู้มีความเสี่ยงกลุ่มสีแดงลดลงจาก 8 คน (ร้อยละ 100) เป็นไม่พบผู้มีความเสี่ยงกลุ่มสีแดง โดยกลายเป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวทุกคน ดังตารางที่ 3

ภายหลังการดำเนิน KAEDAM Model ในการศึกษา ระยะที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมสะท้อนผลและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้เข้าร่วมทุกกลุ่มมีการรับรู้ต่อการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่เปลี่ยนแปลงไปในเชิงบวกมากขึ้น อีกทั้งการเข้าร่วม KAEDAM Model ยังเพิ่มระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล เครือข่าย และผู้ป่วย นอกจากนี้ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายงานตรงกันว่ามีความทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น รับรู้บทบาทของตนเองมากขึ้น และสามารถประสานส่งต่อผู้ป่วยได้รวดเร็วกว่าเดิม โดยพยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาล แกดคำให้สัมภาษณ์ว่า “หลังจากมีกลุ่มไลน์เครือข่ายและช่องทางด่วน ทุกคนสื่อสารกันได้ดีขึ้นที่ เวลาผู้ป่วยขาดยาหรืออาการเปลี่ยน อสม. แจ้งมาเลย ทำให้เราแก้ปัญหาได้เร็วขึ้นมาก

ไม่ต้องรอให้เกิดเหตุก่อน” อสม. ที่เข้าร่วมโครงการกล่าวว่า “ตอนนี้รู้แล้วว่าต้องทำอะไรเมื่อไหร่ มีแบบประเมินง่าย ๆ ให้ใช้ ทำให้มั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน” ในส่วนของครอบครัวผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักรายหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า “ตอนนี้มีทีมมาเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ รู้สึกไม่โดดเดี่ยวเหมือนแต่ก่อน มีคนช่วยดูแลและให้กำลังใจ ผู้ป่วยเองก็ยอมกินยาและมีอารมณ์ดีขึ้นเรื่อย ๆ”

วิจารณ์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง (SMI-V) ในระดับอำเภอ ภายใต้ชื่อ “KAEDAM Model” ได้รับการพัฒนาจากแนวปฏิบัติเดิมที่มุ่งเน้นการติดตามอาการเชิงรับ เป็นรูปแบบการดูแลเชิงรุกแบบบูรณาการ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเสริมพลังผู้ดูแล การพัฒนาโครงสร้างความร่วมมือในชุมชน และการใช้วงจร PAOR เพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางติดตามผู้ป่วย SMI-V ของ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลในกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการ KAEDAM Model (n = 8)

	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม median (IQR)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม median (IQR)	Z	p-value	effect size (r)
ภาระของผู้ดูแล (ZBI)	42.0 (35.0 - 50.0)	34.0 (28.0 - 40.0)	-2.52	.012 ^a	0.63
ด้านร่างกายและเวลา	11.0 (9.0 - 14.0)	8.0 (7.0 - 10.0)	-2.38	.017 ^a	0.59
ด้านอารมณ์และจิตใจ	14.0 (12.0 - 16.0)	11.0 (9.0 - 13.0)	-2.37	.018 ^a	0.59
ด้านสังคม	9.0 (7.0 - 11.0)	7.0 (6.0 - 9.0)	-2.20	.028 ^a	0.55
ด้านเศรษฐกิจ	8.0 (6.0 - 9.0)	6.0 (5.0 - 8.0)	-2.03	.042 ^a	0.51
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	12.0 (9.5 - 13.5)	6.0 (4.0 - 7.0)	-2.39	.017 ^a	0.60
ความเครียด (ST-5)	9.5 (8.0 - 11.0)	5.0 (4.0 - 6.0)	-2.24	.025 ^a	0.56

^a Wilcoxon signed-rank test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลในกลุ่มผู้ป่วย SMI-V ก่อนและหลังดำเนินการ KAEDAM Model (n = 8)

	ก่อนดำเนินการ median (IQR)/ n (%)	หลังดำเนินการ median (IQR)/ n (%)	ค่าสถิติ	p-value	effect size (r)
อาการทางจิต (BPRS)	52.5 (48.0 - 57.8)	28.0 (24.5 - 32.0)	Z = -2.52	.008 ^a	0.89
พฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง (OAS)	4.0 (3.0 - 4.0)	0.5 (0.0 - 1.0)	Z = -2.39	.016 ^a	0.85
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	15.0 (13.0 - 18.0)	6.5 (5.0 - 8.0)	Z = -2.40	.023 ^a	0.79
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (2Q plus) : มีความเสี่ยง	5 (62.5)	0 (0.0)	-	.063 ^b	-
ระดับความเครียด (ST-5)	10.0 (9.0 - 12.0)	4.0 (3.3 - 5.0)	Z = -2.45	.014 ^a	0.87
ระดับความเสี่ยง : สีแดง	8 (100.0)	0 (0.0)	-	.008 ^b	-

^a Wilcoxon signed-rank test; ^b McNemar exact test

กรมสุขภาพจิต พบจุดร่วมด้านการเฝ้าระวังและเยี่ยมบ้าน แต่ KAEDAM Model เป็นระบบดูแลแบบบูรณาการโครงสร้างในระดับอำเภอที่เชื่อมโยงการคัดกรอง การรักษา การฟื้นฟู การเยี่ยมบ้าน และระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบเร่งด่วน ผ่านการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล รพ.สต. ตำรวจ อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว เพื่อเป็นระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อผู้ป่วยเชิงรุกที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดสุขภาพจิตชุมชน แนวคิดการฟื้นฟู และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอธิบายว่าการเพิ่มการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง²⁶⁻²⁸

ภายหลังดำเนินการ KAEDAM Model พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากองค์ประกอบด้านการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ซึ่งใช้การอบรมร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกรณีผู้ป่วยจริงในพื้นที่และมีทีมสหวิชาชีพเป็นที่เลี้ยง ร่วมกับองค์ประกอบด้านการติดตามและนโยบายสุขภาพจิต ที่กำหนดให้มีการรายงานผลการดำเนินงานในพื้นที่เป็นประจำ จึงเกิดแรงจูงใจเชิงระบบและความต่อเนื่องของการปฏิบัติ กลไกดังกล่าว สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า การถ่ายโอนภารกิจให้บุคลากรระดับปฐมภูมิและอาสาสมัครในประเทศรายได้น้อยและปานกลางช่วยเพิ่มอัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ($RR = 1.29$, $95\% \text{ CI} = 1.06 - 1.56$) และการดูแลแบบร่วมมือกันช่วยเพิ่มอัตราการฟื้นตัวได้ประมาณ 2 เท่า ($RR = 2.26$, $95\% \text{ CI} = 1.50 - 3.43$)²⁹ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทไทยที่มีการส่งเสริมศักยภาพของภาคีเครือข่ายและชุมชน ซึ่งรายงานว่าการรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน^{5,6}

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ซึ่งเป็นด้านที่สูงที่สุด อาจอธิบายได้จากการกำหนดภารกิจการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีขั้นตอนชัดเจนและใช้เครื่องมือคัดกรองที่กระชับและเข้าใจง่าย อีกทั้งยังเป็นบทบาทที่ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. คำนึงเคยอยู่แล้วจากงานเฝ้าระวังโรคอื่นในชุมชน³⁰ ประกอบกับการพัฒนาช่องทางการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์

เครือข่ายและระบบส่งต่อแบบเร่งด่วน จึงอาจช่วยเสริมแรงให้มีการปฏิบัติต่อเนื่อง สอดคล้องกับการทดลองแบบสุ่มในประเทศเนปาลที่พบว่า การฝึกอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนให้ใช้เครื่องมือค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมตามปกติร้อยละ 47³¹ และสอดคล้องกับการศึกษาความแม่นยำของการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยผู้แจ้งข้อมูลในชุมชน ซึ่งพบค่าพยากรณ์ผลบวกเท่ากับ 0.64 และค่าพยากรณ์ผลลบเท่ากับ 0.93 เมื่อเทียบกับการสัมภาษณ์วินิจฉัยมาตรฐาน³² ขณะที่การมีส่วนร่วมด้านบทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน พนักงานสาธารณสุข และพนักงานฝ่ายปกครอง มีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็ก อาจสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทเหล่านี้ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ตามภารกิจประจำของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งมักต้องใช้เวลา นานกว่าการติดตามในการศึกษารั้งนี้ การพัฒนารูปแบบในระยะต่อไปจึงควรเพิ่มความชัดเจนของบทบาทและตัวชี้วัดในแผนปฏิบัติการระดับตำบล โดยเฉพาะสำหรับแกนนำชุมชนและพนักงานฝ่ายปกครอง จัดอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน (joint tabletop exercise) สำหรับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชนอกเวลาราชการ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและช่องทางสื่อสารรายหมู่บ้าน รวมทั้งผลักดันให้การเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V เป็นวาระประจำของ พชอ. เพื่อเสริมแรงจูงใจเชิงระบบและความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมในด้านเหล่านี้

ผลด้านผู้ดูแลพบว่า คะแนนภาระของผู้ดูแลทั้งโดยรวมและรายด้าน ภาวะซึมเศร้า และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบด้านการสนับสนุนร่วมกันในระดับชุมชนเพื่อเสริมการดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างโครงข่ายการสนับสนุนที่เข้มแข็งในระดับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในบริบทชุมชนที่รายงานว่าการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน^{33,34} และการจัดบริการสนับสนุนด้านการสร้างเครือข่ายสังคมช่วยลดความเครียดและภาระทางจิตใจของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ²⁸ นอกจากนี้ยังอาจเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนทุกระดับ รวมถึงการเชื่อมโยงระบบบริการหลักกับการดูแลในชุมชน

ซึ่งเป็นการยกระดับศักยภาพของเครือข่ายในด้านการประสานงาน และการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่รายงานว่า การจัดบริการที่เข้าถึงง่ายในระดับชุมชนสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ^{35,36}

ผลทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปฏิบัติการในอำเภอ ยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งใช้ชุดเครื่องมือเดียวกัน และรายงานว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงทุกรายได้รับการดูแล ภาวะฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง โดยไม่เกิดเหตุรุนแรงซ้ำภายหลังจำหน่าย³⁷ และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบบูรณาการโดยครอบครัวและชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่าคะแนนอาการทางจิตลดลงเฉลี่ย 28.43 คะแนน ($p < .001$)³⁸ ส่วนการลดลงของพฤติกรรมก้าวร้าวสอดคล้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบบูรณาการในจังหวัดร้อยเอ็ดที่รายงานว่าพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งประเมินด้วย OAS ลดลงจากร้อยละ 33.8 เหลือร้อยละ 14.7³⁹ โดยการลดลงของอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรงอาจเป็นผลมาจากการส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษาด้วยยาจิตออกฤทธิ์ยาวร่วมกับการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อถักที่พบว่ายาจิตออกฤทธิ์ยาวลดการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ดีกว่า ยารับประทาน⁴⁰ และการศึกษาระดับประชากรที่พบว่าช่วงเวลา ที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อการก่อคดีความรุนแรงลดลง โดยเฉพาะยาจิตออกฤทธิ์ยาว ($HR = 0.60$, $95\% CI = 0.39 - 0.92$)⁴¹ ส่วนการลดลงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจเป็นผลโดยตรงจากการคัดกรองเชิงรุกด้วย 9Q และ 2Q plus ร่วมกับระบบส่งต่อแบบเร่งด่วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทไทย⁴² และระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับชาติของประเทศไทย ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการมาตรฐานจากร้อยละ 5.1 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 48.5 ในปี พ.ศ. 2559⁴³ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักในต่างประเทศที่พบว่า

การดูแลแบบร่วมมือ (collaborative care) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรหลายวิชาชีพพร้อมกัน (multi-professional approach to patient care) แผนการดูแลที่เป็นระบบและมีโครงสร้าง (structured management plan) การติดตามผู้ป่วยตามแผนอย่างเป็นระบบ (scheduled patient follow-ups) และการสื่อสารและประสานงานระหว่างวิชาชีพอย่างเป็นระบบ (enhanced inter-professional communication) ช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ⁴⁴

แม้ว่าผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะมีแนวโน้มเชิงบวกในหลากหลายมิติ แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การดำเนินงานในพื้นที่ศึกษาเดียวและไม่มีการควบคุม ซึ่งทำให้ไม่สามารถแยกผลของ KAEDAM Model ออกจากปัจจัยอื่นที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันได้ ทั้งการดูแลรักษาตามปกติของโรงพยาบาลแกดำและโรงพยาบาลจิตเวช นโยบายและโครงการระดับชาติที่ดำเนินการในพื้นที่ในช่วงเดียวกัน เช่น โครงการชุมชนล้อมรั้ว (community based treatment and care: CBTx) โดยกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติการแก้ไขปัญหายาเสพติดของกระทรวงมหาดไทย นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจเป็นการดำเนินไปตามธรรมชาติของโรคภายหลังภาวะกำเริบเฉียบพลัน หรือปรากฏการณ์การถดถอยเข้าสู่ค่าเฉลี่ย (regression to the mean) เนื่องจากผู้ป่วยถูกคัดเลือกเข้าศึกษาขณะจัดอยู่ในกลุ่มสีแดงซึ่งเป็นช่วงที่มีความรุนแรงสูงสุด จึงมีแนวโน้มที่การวัดครั้งถัดไปจะมีคะแนนลดลง แม้ไม่มีการแทรกแซง⁴⁵ รวมทั้งผลจากการถูกสังเกต (Hawthorne effect) ที่อาจทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างการศึกษา⁴⁶ การตีความผลลัพธ์และการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่นอาจต้องพิจารณาปัจจัยบริบทต่าง ๆ รวมถึงโครงสร้างทรัพยากรชุมชนและระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ มีการติดตามผลในระยะยาว และการทดสอบโมเดลในบริบทที่หลากหลาย เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความคงทนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้

สรุป

ผลการดำเนินงานในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการประยุกต์ใช้ KAEDAM Model ในการ

จัดการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน ที่เน้นองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผ่านการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่านการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน และระบบส่งต่อแบบเร่งด่วน การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล การป้องกันภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูสมรรถภาพและการมีส่วนร่วมในชุมชน และการติดตามและประเมินผลเชิงนโยบาย โดยมีแนวโน้มเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ ตลอดจนลดภาระการดูแลและระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามผลในระยะยาว และทดลองใช้ในบริบทชุมชนที่หลากหลาย โดยอาจมีการปรับกระบวนการบางส่วนตามความเหมาะสมกับบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอแกดำ ที่สนับสนุนการดำเนินงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

เพชรดา ฉ้ามณี : การออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; ชนินทร์ ประกายสิทธิ์ : พัฒนาเครื่องมือวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม วิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ; ญัฐฉัตร สุริยะ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ผู้นิพนธ์ทุกคนได้อ่าน ตรวจสอบและรับรองบทความฉบับสุดท้ายก่อนส่งตีพิมพ์

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Guidelines for continuous monitoring and care of psychiatric patients with alcohol/ drugs/narcotics (Trial version) [Internet]. Bangkok: Prosperous Plus Company Limited; 2020 [cited 2026 May 26]. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1303> (in Thai)
2. Anti-Drug Operation Centre, Ministry of Public Health. National drug treatment and rehabilitation information system (Bor Sor Tor) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://antidrug.moph.go.th/>. (registration required) (in Thai)
3. Department of Mental Health. Number of psychiatric outpatients of service units under the Department of Mental Health, fiscal year 2022 [Internet]. Nonthaburi: Mental Health Data Center, Department of Mental Health; 2022 [cited 2026 Aug 15]. Available from: https://datacenter.dmh.go.th/DTC/ReportSERVICE_PID.aspx (in Thai)
4. Duangsawang N. Situation analysis: state of mental health of people in Maha Sarakham province which is the impact of the outbreak of coronavirus 2019. Journal of Social Science and Cultural. 2024;8(8):212-24. (in Thai)
5. Jirawikrankul S. Development of a surveillance and care system for serious mental illness with high risk to violence patients in communities with community network participation, Buriram province. Journal of Mental Health of Thailand. 2024;32(3):224-35. (in Thai)
6. Lekphet P, Lekphet K, Nawamawat J. The development of surveillance and care model for psychiatric diseases based on community participation, Kaolieo District, Nakhonsawan Province. Journal of Public Health and Health Sciences Research. 2024;6(1):164-77. (in Thai)
7. Chutanawaropakon K. Development of a community-based care model for chronic psychiatric patients in Phu Ruea District, Loei Province, Thailand. Journal of Loei Provincial Public Health Office. 2025;3(1):101-17. (in Thai)
8. Pimsaengsil D. Development of a community network-based care model for chronic psychiatric patients: the “4 build, 2 use” innovation Nasiew Sub-district, Mueang Chaiyaphum district. Chaiyaphum Medical Journal. 2025;45(2):e16769. (in Thai)
9. Parnjun C. Development of mental health and substance abuse patient care model in community, Khun Han district, Sisaket province. Sisaket Journal of Research and Health Development. 2026;5(1):60-75. (in Thai)
10. Chujohor P. Development of a participatory drug addiction psychiatric patient service system of the Non Thai District network. Journal of Environmental Health and Community Health. 2025;10(1):634-40. (in Thai)
11. Pengkred C. The effect of applying a family psycho-education program on medication adherence behaviors among schizophrenia patients in a community, Somdejprapiyamaharachrommaneeeyaket hospital, Kanchanaburi province. Journal of Nursing and Public Health Research. 2021;1(3):1-16. (in Thai)
12. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.

13. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(6):64-78. doi:10.1377/hlthaff.20.6.64.
14. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005. p. 559-603.
15. Kaewmuang T, Chaitywiratnanukul P, Naaon P, Kanchanapinyowong S, Wongsawat P. Manual of guidelines for screening psychiatric patients at high risk of violence (SMI-V) [Internet]. Nonthaburi: Sector for Mental Health Service Administration, Department of Mental Health; 2021 [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1391> (in Thai)
16. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concepts and measures for project design, implementation and evaluation. *Rural Development Monograph No. 2*. Ithaca (NY): Rural Development Committee, Center for International Studies, Cornell University; 1977.
17. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1962;10(3):799-812. doi:10.2466/pr0.1962.10.3.799.
18. Suwanmaitree S, Limsiew U, Sianglam C, editors. Guidelines for the care of psychiatric emergency patients (acute care) for public health service units (levels A, S, M1 and M2), trial edition. 2nd ed. [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020 [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://mhso.dmh.go.th/assets/pdf/guidebook/general/38.pdf> (in Thai)
19. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. 1986;143(1):35-9. doi:10.1176/ajp.143.1.35.
20. 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. *J Psychiatr Assoc Thai*. 2018;63(4):321-34. (in Thai)
21. Silpakit O. Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2008;16(3):177-85. (in Thai)
22. Department of Mental Health. Manual of screening assessment tools for persons with suicidal behaviour problems (2Q plus, 9Q, 8Q) [Internet]. Nonthaburi: Mental Health Promotion and Development Division, Department of Mental Health; 2024 [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://dmhpd.dmh.go.th/>. (in Thai)
23. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55. doi:10.1093/geront/20.6.649.
24. Pinyopornpanish K, Pinyopornpanish M, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Soontornpun A, Kuntawong P. Investigating psychometric properties of the Thai version of the Zarit Burden Interview using Rasch model and confirmatory factor analysis. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):120. doi:10.1186/s13104-020-04967-w.
25. Trebble TM, Hansi N, Hydes T, Smith MA, Baker M. Process mapping the patient journey: an introduction. *BMJ*. 2010;341:c4078. doi:10.1136/bmj.c4078.
26. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1(1):CD007906. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub3.
27. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):555-65. doi:10.1001/jama-psychiatry.2018.0623.
28. Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E, Young N, Woodhams P, Shiers D, et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;206(4):268-74. doi:10.1192/bjp.bp.114.147561.
29. van Ginneken N, Chin WY, Lim YC, Ussif A, Singh R, Shahmalak U, et al. Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;8(8):CD009149. doi:10.1002/14651858.CD009149.pub3.
30. Barnett ML, Lau AS, Miranda J. Lay health worker involvement in evidence-based treatment delivery: a conceptual model to address disparities in care. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;14:185-208. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084825.
31. Jordans MJD, Luitel NP, Lund C, Kohrt BA. Evaluation of proactive community case detection to increase help seeking for mental health care: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatr Serv*. 2020;71(8):810-5. doi:10.1176/appi.ps.201900377.
32. Jordans MJD, Kohrt BA, Luitel NP, Komproe IH, Lund C. Accuracy of proactive case finding for mental disorders by community informants in Nepal. *Br J Psychiatry*. 2015;207(6):501-6. doi:10.1192/bjp.bp.113.141077.
33. Homjandee J, Dangdomyouth P. The effect of social support emphasizing community participation program

- on burden of community schizophrenic patients' caregivers. *Journal of The Police Nurses*. 2019;11(2): 433-43. (in Thai)
34. Dana K. Development of the roles for psychiatric patients care among family caregivers and partnership networks in the community. *Journal of Health Science of Thailand*. 2021;30(3):406-14. (in Thai)
 35. Thaopha R, Srisathan E. Development of a care system with network participation for individuals with substance use disorders in Nong-bua Lamphu province. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2025;33(1):12-23. (in Thai)
 36. Taloh S, Waichomphu N. Developing a care model for high-risk schizophrenia patients to prevent severe violence occurrences, Pattani hospital. *Journal of Health Science and Pedagogy*. 2024;4(2):58-70. (in Thai)
 37. Prakiranya P, Swangthaisong C, Boonmee D, Chanthanuy K, Chaisorn O. Guidelines for the care of drug addicts with mental illness and high risk of violence with community participation, Yang Si Surat District, Maha Sarakham Province. *Journal of Environmental Health and Community Health*. 2024;9(6):218-28. (in Thai)
 38. Yamueang SS, Bunpok S, Changmuang S, Chairatana W. Development of a comprehensive psychiatric care system (SMI-V) with family and community involvement, Maewadi Hospital, Roi Et Province. *Journal of Research and Health Innovative Development*. 2025;6(3):58-73. (in Thai)
 39. Serirattana T. Development of an integrated approach to reduce the aggressive behavior of drug users with psychiatric symptoms in Roi Et Province. *Singburi Hospital Journal*. 2024;32(3):B127-40. (in Thai)
 40. Kishimoto T, Hagi K, Kurokawa S, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre-post studies. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(5):387-404. doi:10.1016/S2215-0366(21)00039-0.
 41. Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Langstrom N, Lichtenstein P. Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet*. 2014;384(9949):1206-14. doi:10.1016/S0140-6736(14)60379-2.
 42. Sompaisarn B, Rehm J, Tamdee D, Wisutthananon A, Thummathai K, Tongtua K, et al. Evaluating the efficacy of a community participatory intervention to prevent suicide in Thailand: a randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*. 2023;13(7):e066201. doi:10.1136/bmjopen-2022-066201.
 43. 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):34-8. doi:10.4103/2224-3151.206162
 44. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10(10):CD006525. doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2.
 45. Barnett AG, van der Pols JC, Dobson AJ. Regression to the mean: what it is and how to deal with it. *Int J Epidemiol*. 2005;34(1):215-20. doi:10.1093/ije/dyh299.
 46. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(3):267-77. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.08.015.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว

วันรับ : 18 มีนาคม 2569
 วันแก้ไข : 4 กรกฎาคม 2569
 วันตอบรับ : 6 กรกฎาคม 2569

สุกิตา วิรุณ, พย.ม.
 โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว

วิธีการ : การวิจัยแบบทดลองมีกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วระยะอาการสงบ 40 คน กลุ่มทดลอง (n = 20) ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่ประยุกต์แนวความคิดการคืนสู่สุขภาวะร่วมกับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและจังหวะทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และอาการเตือน รวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการอารมณ์และการวางแผนชีวิต จำนวน 5 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้งต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน กลุ่มควบคุม (n = 20) ได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ก่อนการทดลองและภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ฉบับย่อ ครอบคลุมด้านการพัฒนาตนเอง การทำงาน การรู้จักคิด การเงิน สัมพันธภาพ และการใช้เวลาว่าง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test และภายในกลุ่มด้วย paired t-test

ผล : ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐาน ความรุนแรงอาการเมเนียและซึมเศร้า และความบกพร่องในการทำหน้าที่โดยรวมไม่แตกต่างกัน (mean = 59.58, SD = 10.12 และ mean = 58.20, SD = 9.64 ตามลำดับ) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่โดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean = 36.65, SD = 7.71 และ mean = 42.15, SD = 8.11 ตามลำดับ; $t = -2.198$, $p = .034$) โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.716$, $p < .001$ และ $t = 6.000$, $p < .001$ ตามลำดับ)

สรุป : โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมช่วยลดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วได้ดีกว่าการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว สามารถใช้เป็นแนวทางเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

คำสำคัญ : การคืนสู่สุขภาวะ, การทำหน้าที่, การฟื้นฟูทางจิตสังคม, จังหวะทางสังคม, โรคอารมณ์สองขั้ว

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุกิตา วิรุณ ; e-mail: pomsukita@hotmail.com

Original article

The effects of a psychosocial rehabilitation program on functioning in individuals with bipolar disorder

Received : 18 March 2026

Revised : 4 July 2026

Accepted : 6 July 2026

Sukita Viroon, M.N.S.

Srithanya Hospital, Department of Mental Health,
Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

Objective: To examine the effects of a psychosocial rehabilitation program on functioning in individuals with bipolar disorder.

Methods: A controlled experimental study was conducted among 40 inpatients with remitted bipolar disorder. The experimental group (n = 20) received usual care combined with a psychosocial rehabilitation program developed by integrating a recovery-oriented approach and interpersonal and social rhythm therapy. The program consisted of activities to promote understanding of the illness, treatment, and early warning signs, as well as training in emotion management and life-planning skills. The program was delivered once a day for five consecutive days, for a total of five sessions. The control group (n = 20) received usual care only. Functional impairment, including personal development, occupational functioning, cognitive functioning, financial issues, interpersonal relationships, and leisure time, was assessed at baseline and one month after the intervention using the Functioning Assessment Short Test. Between-group differences and within-group changes were evaluated using independent t-test and paired t-test, respectively.

Results: The experimental and control groups were comparable in demographics, the severity of manic and depressive symptoms, and the baseline FAST scores (mean = 59.58, SD = 10.12; mean = 58.20, SD = 9.64, respectively). After the intervention, the experimental group exhibited a significantly lower mean FAST total score than the control group (mean = 36.65, SD = 7.71; mean = 42.15, SD = 8.11, respectively; $t = -2.198$, $p = .034$). Both groups demonstrated statistically significant decreases in the mean scores from baseline ($t = 6.716$, $p < .001$; $t = 6.000$, $p < .001$, respectively).

Conclusion: The psychosocial rehabilitation program reduced functional impairment in individuals with bipolar disorder, compared with usual care. The program could be applied as an adjunctive intervention to enhance functional rehabilitation outcomes.

Keywords: bipolar disorder, functioning, psychosocial rehabilitation, recovery, social rhythm

Corresponding author: Sukita Viroon; e-mail: pomsukita@hotmail.com

ความรู้เดิม : การดูแลผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมเพื่อให้อาการสงบ แต่พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมและขาดทักษะในการจัดการตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงและมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่ประยุกต์แนวคิดการคืนสู่สุขภาพและแนวคิดการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและจังหวะทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้งต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน ได้แก่ การส่งเสริมความเข้าใจโรค การใช้ความรู้ทันอาการเตือน การจัดการอารมณ์ และการวางแผนชีวิต ช่วยลดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วในระยะอาการสงบได้มากกว่าการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระยะติดตาม 1 เดือน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางเสริมทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมการคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยให้สามารถไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพของตนเอง

บทนำ

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตที่เรื้อรังและมีการดำเนินโรคที่กลับเป็นซ้ำได้บ่อย ซึ่งส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹ โดยแสดงออกผ่านความแปรปรวนของอารมณ์อย่างสุดขั้วที่แตกต่างกัน แบ่งเป็นสองระยะ ได้แก่ ระยะmania) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอารมณ์ครื้นเครงหรือหงุดหงิดผิดปกติ มีพลังงานสูงเกินไป พูดมาก กระสับกระส่าย และมีความก้าวร้าว และระยะซึมเศร้า (depression) ที่ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าโศก ท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียความสนใจในสิ่งรอบตัว มีปัญหาการนอนหลับ และอาจมีความคิดอยากตาย² แม้ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการหลักที่ช่วยควบคุมอาการmania) และซึมเศร้าให้สงบลงได้ (symptomatic remission) แต่หลักฐานเชิงประจักษ์และสถานการณ์จริงทางคลินิกบ่งชี้ว่า การหายจากอาการป่วยไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ผู้ป่วยจำนวนมากยังคง

ประสบปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ (functional impairment) ทั้งด้านการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ และสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การกลับมารักษาซ้ำ และเป็นภาระระยะยาวต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข³

การดูแลผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลโดยทั่วไปมุ่งเน้นการดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้ยาตามแผนการรักษา และการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบทั่วไป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ แม้อาการทางจิตจะสงบลง แต่ระดับการทำหน้าที่ทางจิตสังคมไม่ได้ดีขึ้น^{4,5} ซึ่งให้เห็นถึงช่องว่างทางปฏิบัติของการดูแลทางการพยาบาลในปัจจุบันที่ยังขาดรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่จำเพาะเจาะจงและความเข้มข้นที่เพียงพอสำหรับโรคอารมณ์สองขั้วที่สามารถส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน⁶ นอกจากนี้ การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกหรือความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่โดยตรง โดยเฉพาะการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน⁷

ปัจจุบันมีแนวทางและโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและความผิดปกติทางอารมณ์ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ (functional recovery) หลายรูปแบบ เช่น แผนปฏิบัติการเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ (Wellness Recovery Action Planning: WRAP) โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู (Illness Management and Recovery: IMR) และการบำบัดที่เน้นครอบครัว (family-focused therapy)^{6,7} อย่างไรก็ตาม เมื่อนำโปรแกรมเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้ป่วยในของประเทศไทยอาจมีข้อจำกัดหลายประการ เนื่องจากโปรแกรมส่วนใหญ่ถูกออกแบบมาสำหรับบริบทผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนที่ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดต่อเนื่องยาวนาน บางแนวทางต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างมากซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดของหอผู้ป่วยใน หรือในบางแนวทาง เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) จำเป็นต้องอาศัยทักษะการรู้คิด (cognitive function) ขึ้นสูง

ในการวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลึก⁸ ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งผ่านพ้นระยะวิกฤตและยังมีความบกพร่องด้านการรู้คิดอยู่

การบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลและจังหวะทางสังคม (Interpersonal and Social Rhythm Therapy: IPSRT) เป็นแนวทางที่ได้รับการพัฒนาสำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว โดยเฉพาะ ซึ่งมีจุดเด่นและแตกต่างจากการฟื้นฟูรูปแบบอื่น โดย IPSRT มีโครงสร้างที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม มุ่งเน้นการจัดระเบียบแบบแผนการใช้ชีวิตประจำวันให้สม่ำเสมอ ควบคู่ไปกับการจัดการความขัดแย้งด้านสัมพันธ์ทาง ซึ่งเป็นทักษะที่เข้าใจง่ายและผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะการรู้คิดขั้นสูง^{7,9} นอกจากนี้ การผนวกแนวคิดการบำบัดด้านสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลเข้ากับจังหวะทางสังคมนี้ ช่วยส่งเสริมแนวทางการคืนสู่สุขภาวะ (recovery-oriented approach) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมุ่งเน้นทักษะพื้นฐานที่ปฏิบัติได้จริงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกับตนเอง จัดการความเครียด และกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความหมาย¹⁰ การศึกษาเชิงทดลองและกึ่งทดลองพบว่า IPSRT ส่งผลดีต่อผู้ป่วยในหลายมิติ โดยสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค ยืดระยะเวลาที่อาการสงบ เพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา เพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพ^{11,12}

จากความจำเริญดังกล่าว ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมของ Anthony¹⁰ ที่มุ่งเน้นการคืนสู่สุขภาวะ ร่วมกับแนวคิด IPSRT มาพัฒนาเป็นโปรแกรมกลุ่มที่มีจุดเน้นสำคัญในการส่งเสริมศักยภาพภายในและความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ (functional recovery) สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความหมาย และพึ่งพาตนเองในชุมชนได้ โดยผสมผสานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลาย เช่น การปรับความรู้และทัศนคติเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการรักษา การปรับทักษะการรู้คิดเพื่อประเมินและระบุสัญญาณเตือนล่วงหน้า (early warning signs) ก่อนที่โรคจะกำเริบ การปรับอารมณ์และความเครียดด้วยเทคนิคเชิงปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ตลอดจนการปรับระเบียบเวลาและนาฬิกาชีวิตผ่านการตั้งเป้าหมายชีวิต การบริหารการเงิน และการวางแผนการใช้เวลาว่างแบบมีเป้าหมายที่ชัดเจน

โดยโปรแกรมได้รับการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นจากผู้เชี่ยวชาญและผ่านการทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทหอผู้ป่วยใน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว หลังสิ้นสุดโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และ 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการ

การวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.CO.A034/2568 วันที่รับรอง 5 สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-5 (F31.0 - 9) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 20 - 59 ปี 2) มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) มีอาการเมเนียอยู่ในระยะสงบจากแบบประเมิน Young Mania Rating Scale (YMRS) ≤ 13 คะแนน 4) มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระยะสงบจากแบบประเมิน Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ≤ 13 คะแนน และ 5) มีคะแนนความบกพร่องในการทำหน้าที่จากแบบประเมิน Functioning Assessment Short Test (FAST) ก่อนการทดลอง (pretest) > 11 คะแนน ซึ่งแสดงถึงการเริ่มมีภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คะแนน YMRS และ MADRS ดังกล่าว ซึ่งตามเกณฑ์ของเครื่องมือจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการเพียงเล็กน้อย (subsyndromal symptoms) เพื่อให้สอดคล้องกับธรรมชาติการดำเนินโรคในทางคลินิกที่ผู้ป่วยในระยะอาการสงบอาจยังมียาหลงเหลืออยู่บ้าง^{3,13} แต่ยังคงมีความมั่นคงทางอารมณ์

เพียงพอต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ต้องมีความพร้อมด้านการรู้คิด (cognitive capacity)⁷

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีความบกพร่องทางปัญญาหรือการรู้คิดขั้นรุนแรง (severe cognitive impairment) จนไม่สามารถสื่อสาร ปฏิบัติตาม คำสั่ง หรือทำใบงานในโปรแกรมได้ 2) มีภาวะพึ่งพิงหรือติดสารเสพติดร่วมด้วยในปัจจุบัน หรือ 3) มีโรคทางกายที่รุนแรงหรืออยู่ในระยะเฉียบพลันที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

เกณฑ์การให้ยุติการทดลองรายบุคคล (discontinuing criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน (clinical relapse) ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม โดยประเมินจาก TYMRS > 13 คะแนน หรือ MADRS > 13 คะแนน 2) ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดโปรแกรม 5 ครั้ง หรือ 3) ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความจำนงขอยกเลิกความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) 0.50 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหายเป็นจำนวน 40 คน

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และจับคู่ (matching) เพศและอายุของผู้ป่วย จากนั้นใช้การจับฉลาก (draw lots method) เพื่อจัดตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฯ อย่างเป็นระบบ โดยอิงจากกรอบแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมของ Anthony¹⁰ ร่วมกับการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยใน โดยเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยระยะอาการสงบ เนื่องจากเป็นระยะที่การรู้คิด (cognitive function) โดยเฉพาะด้านสมาธิและความจำกลับมาทำงานได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเรียนรู้ รับรู้ปัญหา และฝึกทักษะ

โปรแกรมฯ ดำเนินงานเป็นกระบวนการกลุ่มปิด (closed group) กลุ่มละ 5 - 8 คน เข้าร่วมกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 75 นาที ดำเนินการ 1 ครั้งต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน โดยมีผู้วิจัยหรือพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการสะท้อนความคิดและชี้แนะรายบุคคล ส่วนผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมในการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง การสะท้อนความคิด และทำแบบทดสอบและใบงาน กิจกรรมแต่ละครั้งมีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 1)

ครั้งที่ 1 และ 2 เป็นการสร้างความเข้าใจโรคอารมณ์สองขั้ว การใช้ยาและวินัยการรักษา ประยุกต์จากแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อตัวโรคที่ถูกต้อง ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดอัตราการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ รวมถึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยสะท้อนความรู้สึกและเชื่อมโยงผลของการใช้ยากับการคงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายในให้ผู้ป่วยมีวินัยในการรักษา^{7,14} เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว^{1,3,11}

ครั้งที่ 3 เป็นการส่งเสริมทักษะการระบุสัญญาณเตือนล่วงหน้า (early warning signs) ทั้งในระยะเมเนียร์และซึมเศร้า รวมถึงการจัดการกับปัจจัยกระตุ้น ซึ่งช่วยชะลอหรือยับยั้งการดำเนินโรคของผู้ป่วยไม่ให้เข้าสู่ระยะกำเริบเฉียบพลัน¹⁵

ครั้งที่ 4 เป็นการส่งเสริมทักษะจัดการความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจแบบ 4-7-8 และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เนื่องจากความเครียดทางจิตใจเป็นตัวกระตุ้นที่ส่งผลต่อความแปรปรวนของสารสื่อประสาท ช่วยลดความตื่นตัวของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และลดความรุนแรงของอาการได้^{8,16}

ครั้งที่ 5 เป็นการวางแผนชีวิต การใช้จ่าย และการใช้เวลาว่าง ประยุกต์ใช้แนวคิดจังหวะทางสังคม (social rhythm) การตั้งเป้าหมายแบบ SMART Goal เพื่อรักษาสถิติของนาฬิกาชีวภาพในระยะยาว ซึ่งมุ่งเน้นการรักษากิจวัตรประจำวัน การจัดการการเงิน และการวางแผนใช้เวลาว่าง เป็นการสร้างเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ซึ่งเป็น

ตารางที่ 1 โครงสร้างและแนวทางการดำเนินโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว

ครั้งที่	กิจกรรม	รูปแบบ (เวลา)	เนื้อหา	วิธีการดำเนินกิจกรรม / บทบาท
1	การเข้าใจโรคอารมณ์สองขั้ว	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ และอาการของโรค (mania และ depression)	ผู้นำกลุ่ม : บรรยายสั้น ๆ กระตุ้นการซักถาม ผู้ช่วย : แลกเปลี่ยนความเข้าใจ ทำแบบทดสอบความรู้เบื้องต้น
2	การใช้ยาและวินัยการรักษา	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	ประเภทยา ผลข้างเคียง และความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง	ผู้นำกลุ่ม : ให้ความรู้เรื่องยา เชื่อมโยงผลกระทบของการขาดยา ผู้ช่วย : อภิปรายความรู้สึกรู้สึกต่อยา ทำกิจกรรมจับคู่ยาและบทบาทหน้าที่
3	การรู้ทันอาการเตือน	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	การประเมินอาการเตือนล่วงหน้า (early warning signs) และปัจจัยกระตุ้น	ผู้นำกลุ่ม : บรรยายเรื่องการดำเนินโรคและปัจจัยเสี่ยง ผู้ช่วย : อภิปรายอาการเตือนเฉพาะบุคคล ประเมินสัญญาณเตือนจากใบงาน
4	ทักษะจัดการอารมณ์	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	ผลของความเครียดต่อการกำเริบ และทักษะการเผชิญปัญหา/ผ่อนคลาย	ผู้นำกลุ่ม : สาธิตเทคนิคการผ่อนคลาย (หายใจ 4-7-8) ผู้ช่วย : ฝึกปฏิบัติการหายใจ ประเมินระดับความเครียดก่อน-หลังฝึก
5	การวางแผนชีวิต	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	การตั้งเป้าหมายชีวิต การวางแผนการเงิน และการจัดการเวลาว่าง	ผู้นำกลุ่ม : สอนการตั้ง SMART Goal และให้คำปรึกษาการทำตารางชีวิต ผู้ช่วย : ทำใบงานเป้าหมายชีวิต แผนรายรับ-รายจ่าย และตารางกิจวัตรประจำวัน

ปัจจัยสำคัญต่อการรักษาสมดุลและความคงที่ของอารมณ์ในระยะยาว^{9,12}

โปรแกรมฯ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคอารมณ์สองขั้ว อาจารย์พยาบาลจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง และเมื่อประเมินซ้ำได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นดำเนินการทดลองใช้เบื้องต้น (pilot testing) ในผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว 5 คน พบว่าสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนภายในเวลา 60 - 75 นาที ผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้ความร่วมมือดี ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อสังเกตมาปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้แก่ การปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น การเพิ่มตัวอย่างเป้าหมายในการตั้ง SMART Goal การให้เจ้าหน้าที่ช่วยชี้แนะรายบุคคลในการทำใบงานรายรับ-รายจ่าย และการแจกตัวอย่าง

กิจกรรม 3 ประเภทพร้อมแบบฟอร์มตารางแบบง่ายเพื่อลดความสับสนในการวางแผนใช้เวลว่าง

การดูแลตามปกติ

การดูแลมาตรฐานตามแนวทางการปฏิบัติการของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต ได้แก่ การประเมินอารมณ์และพฤติกรรม การบริหารยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียง การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องโรค และการสังเกตอาการเตือน และการเตรียมความพร้อมร่วมกับครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือ

1. แบบวัดอาการแมเนีย Young Mania Rating Scale (YMRS)^{17,18} ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ประเมินอาการแมเนีย เช่น อารมณ์ พลังงาน การพูด และความก้าวร้าว แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 หรือ 0 - 8 ขึ้นอยู่กับข้อคะแนนรวม 0 - 60 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีอาการแมเนียรุนแรง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ≤ 13 คะแนนเพื่อคัดกรองที่มี

อาการอยู่ในระยะสงบ แบบวัดฉบับภาษาไทยมีค่า CVI เท่ากับ 0.89¹⁸ และในการศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)¹⁹ ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม แต่ละข้อให้คะแนน 0 - 6 คะแนน คะแนนรวม 0 - 60 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ≤ 13 คะแนนเพื่อคัดกรองที่มีอาการอยู่ในระยะสงบ แบบประเมิน MADRS ฉบับภาษาไทยมีค่า CVI รายข้อส่วนใหญ่มากกว่า 0.5 ความไวและความจำเพาะร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV TR และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96²⁰

3. แบบประเมินการทำหน้าที่ฉบับย่อ Functioning Assessment Short Test (FAST)¹³ เป็นแบบประเมินสำหรับผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วโดยเฉพาะ (disease-specific) การศึกษานี้ใช้ประเมินก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน ประกอบด้วย 24 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาตนเอง การทำงาน การรู้จักคิด การเงิน สัมพันธภาพ และการใช้เวลาว่าง เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ทำหน้าที่ได้ไม่ยากเลย ส่วน 3 คะแนน หมายถึง ทำหน้าที่ได้ด้วยความยากลำบาก คะแนนรวม 0 - 72 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 - 11 คะแนน ไม่มีความบกพร่อง 12 - 20 คะแนน บกพร่องเล็กน้อย 21 - 40 คะแนน บกพร่องปานกลาง และ > 40 คะแนน บกพร่องรุนแรง แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีค่า CVI เท่ากับ 0.87 และในขั้นทดลองใช้ (try-out) ในการศึกษาี้ กับผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพเพื่อคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้น

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม (informed consent) และดำเนินการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมิน FAST ก่อนการทดลอง ภายหลังการประเมินพื้นฐาน ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคม ดำเนินการโดยผู้วิจัย ณ ห้องกิจกรรมบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การได้รับยา และสุขภาพจิตศึกษาทั่วไป หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือนมีการประเมิน FAST ซ้ำอีกครั้ง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้ช่วยวิจัยที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม และไม่ทราบว่าจะตัวอย่างคนใดอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contamination) จากการแลกเปลี่ยนเนื้อหาโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่อยู่ในหอผู้ป่วยเดียวกัน ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการแยกสถานที่และเวลาทำกิจกรรม โดยแยกกลุ่มทดลองออกมารับโปรแกรมเฉพาะภายในห้องกิจกรรมบำบัดที่เป็นสัดส่วนปิดมิดชิดแยกออกจากตึกผู้ป่วยปกติ และมาตรการการควบคุมสื่อและคู่มือ โดยใบงานและสื่อการเรียนรู้รายบุคคลทั้งหมดของกลุ่มทดลองถูกจัดเก็บไว้ที่ผู้วิจัยทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละวัน ไม่อนุญาตให้นำกลับไปให้หอผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มควบคุมเข้าถึงหรือมองเห็นเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง (homogeneity test) โดยข้อมูลเชิงกลุ่มใช้สถิติ chi-square test และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ (FAST) ภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วย paired t-test และระหว่างกลุ่ม (between-group) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้วย independent t-test โดยก่อนการวิเคราะห์สถิติอ้างอิง (inferential statistics) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($n < 50$) จึงใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ในการทดสอบการแจกแจงปกติพบว่า ตัวแปรเชิงปริมาณทั้งหมด ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการนอนหลับ อาการแมเนีย ภาวะซึมเศร้า และคะแนนการทำหน้าที่ (FAST) มีการแจกแจงปกติ (normal distribution) และมีความแปรปรวนเท่ากันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (homogeneity of variance)

ผล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 40 คน เป็นชายร้อยละ 52.5 อายุเฉลี่ย 35.53 ปี ($SD = 11.68$) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานก่อนการทดลองคล้ายคลึงกัน ทั้งข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ และข้อมูลทางคลินิก

ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับ คะแนนอาการแมเนียเริ่มต้น (YMRS) และคะแนนอาการซึมเศร้าเริ่มต้น (MADRS) โดยพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลอง ($mean = 59.58, SD = 10.12$) และกลุ่มควบคุม ($mean = 58.20, SD = 9.64$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.528, p = .602$) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ ($mean = 36.65, SD = 7.71$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($mean = 42.15, SD = 8.11$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.198, p = .034$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 20$) และกลุ่มควบคุม ($n = 20$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 20$)	กลุ่มควบคุม ($n = 20$)	ค่าสถิติทดสอบ	p-value
เพศ			$\chi^2 = 1.00$	.752
ชาย	11	10		
หญิง	9	10		
อายุ ($mean \pm SD$)	37.60 ± 11.59	33.45 ± 11.68	$t = 1.128$	.266
ระดับการศึกษา			$\chi^2 = 1.210$	.546
ต่ำกว่าอนุปริญญาตรี	7	5		
อนุปริญญาตรี	4	7		
สูงกว่าปริญญาตรี	9	8		
อาชีพ			$\chi^2 = 2.219$	.528
รับจ้าง	6	8		
ค้าขาย	5	7		
ธุรกิจส่วนตัว	7	3		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	2		
รายได้ (บาท/เดือน)			$\chi^2 = 3.158$	.368
น้อยกว่า 10,000	1	3		
10,000 - 15,000	10	5		
15,001 - 20,000	4	6		
20,001 - 30,000	5	6		
ระยะเวลาการนอนหลับ (ชั่วโมง/คืน)	$6.9 \pm .852$	7.40 ± 1.273	$t = -1.459$	.153
อาการแมเนีย (YMRS)	4.15 ± 2.48	4.40 ± 1.79	$t = -0.366$	.716
ภาวะซึมเศร้า (MADRS)	3.20 ± 3.64	3.90 ± 3.40	$t = -0.629$	.716

YMRS: Young Mania Rating Scale, MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

การทำหน้าที่ (FAST)	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
ก่อนการทดลอง	59.58	10.12	58.20	9.64	0.528	.602
หลังการทดลอง	36.65	7.71	42.15	8.11	-2.198	.034

FAST: Functioning Assessment Short Test

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ภายในกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่หลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.716, p < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่หลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($t = 6.000, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้ทดสอบผลของโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อระดับการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบ เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติอย่างเดียว สามารถอภิปรายผลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ดังนี้

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 2 กลุ่มมีความบกพร่อง

อยู่ในระดับรุนแรง (> 40 คะแนน) โดยคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม (59.58 และ 58.20 คะแนน ตามลำดับ) อยู่ในระดับที่สูงกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในต่างประเทศของ Rosa และคณะ¹³ และในประเทศไทยของ Suratawamit²¹ ที่พบความบกพร่องเฉลี่ยในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ความแตกต่างนี้สามารถอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและบริบทของการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาก่อนหน้านี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกที่อาการทางคลินิกสงบและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนเป็นระยะเวลานานแล้ว ขณะที่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยในที่เพิ่งผ่านพ้นระยะกำเริบเฉียบพลันและเพิ่งเข้าสู่ระยะอาการสงบระดับความบกพร่องที่พบนี้สะท้อนให้เห็นว่า การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ที่มีความล่าช้า (lag time) และตามหลังการฟื้นตัวของอาการทางจิต ดังที่พบในการศึกษาของ Dion และคณะ⁴ แสดงถึงความจำเป็นในการฟื้นฟูทางจิตสังคมแบบเข้มข้นสำหรับโรคอารมณ์สองขั้วในบริบทผู้ป่วยในก่อนการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ ลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สนับสนุนการประยุกต์กรอบแนวคิดการฟื้นฟู

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

	การทำหน้าที่ (FAST)		t	p-value
	mean	SD		
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	59.58	10.12	6.716	< .001
หลังการทดลอง	36.65	7.71		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	58.20	9.64	6.000	<.001
หลังการทดลอง	42.15	8.11		

FAST: Functioning Assessment Short Test

สมรรถภาพจิตสังคมของ Anthony¹⁰ ที่มุ่งเน้นกระบวนการคืนสู่สภาวะ เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มปิดนี้ช่วยดึงศักยภาพภายในของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจงกับโรคอารมณ์สองขั้ว ตั้งแต่การสร้างความตระหนักรู้ในตัวโรค วินัยการใช้ยา การระบุสัญญาณเตือนล่วงหน้า การจัดการอารมณ์ ไปจนถึงการวางแผนชีวิต การฝึกทักษะเหล่านี้ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง และลดความบกพร่องในการทำหน้าที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ 5 ที่เน้นการพัฒนาทักษะชีวิตผ่านการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม (SMART Goal) ในการรักษากิจวัตรประจำวัน การจัดการทางการเงิน การวางแผนใช้เวลาร่วม รวมถึงการจัดทำตารางชีวิตรายวันและแผนรายรับ-รายจ่ายด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Levenson และคณะ (2015)⁹ และ Steardo และคณะ (2020)¹² ที่พบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิด IPSRT กล่าวคือ การรักษาสุขภาพจิตและจังหวะเวลาในการดำเนินชีวิตทางสังคมให้คงที่ สม่ำเสมอ ช่วยลดการกำเริบซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว เมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่ใช้แนวคิดการคืนสู่สภาวะก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในบริบทผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนที่ใช้ระยะเวลาการบำบัดที่ยาวนาน หรือเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดในระดับลึกที่ต้องใช้ทักษะทางการรู้คิดขั้นสูง^{6,7} ส่วนโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มปิด หอผู้ป่วยใน โดยผู้เข้าร่วมอยู่ในช่วงหลังพ้นระยะวิกฤตของโรค จึงมีความจำเป็นต้องได้รับกิจกรรมฟื้นฟูที่มีโครงสร้างชัดเจนและไม่ซับซ้อน โดยจุดเด่นสำคัญของโปรแกรมนี้นี้เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ การบูรณาการแนวคิดสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับโรคอารมณ์สองขั้วเข้าด้วยกัน และจัดลำดับการส่งเสริมความรู้และทักษะอย่างเป็นขั้นตอนตามระดับการเรียนรู้ ตั้งแต่การให้สุขภาพจิตศึกษา การสังเกตอาการเตือน การจัดการอารมณ์ ตลอดจนการฝึกปฏิบัติผ่าน SMART Goal ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแปลเป้าหมายการฟื้นฟูที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม สามารถปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทและความต้องการของแต่ละบุคคล

ทั้งนี้ ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียวยังมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่อง

ในการทำหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วเมื่อเข้าสู่ระยะอาการสงบระดับสารสื่อประสาทและความตื่นตัวของระบบประสาทจะเริ่มกลับคืนสู่ภาวะสมดุล ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่พื้นฐานบางด้านฟื้นตัวขึ้นตามธรรมชาติ (natural course of recovery)^{1,3,13} นอกจากนี้ ยังอาจอธิบายได้จากมาตรฐานการดูแลภายในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมุ่งเน้นการควบคุมอาการทางจิตด้วยยา ควบคู่กับการดูแลทางจิตสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Reinales และคณะ⁷ และ Miklowitz และ Johnson¹¹ ที่ระบุว่าการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมทักษะชีวิต (life skills training) ควบคู่กับการใช้ยาช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ และครอบครัวได้มากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม คณะแนบเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมยังอยู่ในระดับรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนว่า แม้การดูแลตามปกติจะช่วยให้อาการทางจิตสงบและทำให้การทำหน้าที่ฟื้นตัวได้บางส่วน แต่อาจยังไม่เพียงพอต่อการช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้ตามศักยภาพของตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่จำเพาะเจาะจงต่อโรคควบคู่กัน

การศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ โดยใช้เครื่องมือวัดผลที่เป็นแบบประเมินเฉพาะโรค (disease-specific instrument) คือ แบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีความไวสูงในการตรวจจับความเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ในผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วโดยเฉพาะ และมีกระบวนการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและการลดอคติของผู้ประเมินผลการศึกษาแสดงถึงความสำคัญของการประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะโรคเพิ่มเติมจากมาตรฐานการพยาบาลในระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อลดความบกพร่องในการทำหน้าที่และช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้ 1) ระยะเวลาในการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีเพียง

1 เดือน ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันความคงอยู่ของผลลัพธ์ (sustainability) ในระยะยาว และ 2) แม้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง อาจสะท้อนว่าการฟื้นฟูในระยะเวลาสั้นอาจยังไม่เพียงพอในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาขยายระยะเวลาการติดตามในระยะยาว เช่น 6 เดือน และ 1 ปี เพิ่มกิจกรรมการติดตามหนุนเสริม (booster sessions) เป็นระยะภายหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เพื่อประคับประคองการทำหน้าที่ในสถานการณ์จริง และขยายผลการศึกษาไปสู่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (community-based rehabilitation) โดยดึงครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมจังหวะทางสังคมของผู้ป่วย

สรุป

โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่ประยุกต์แนวคิดการคืนสู่สุขภาพและแนวคิดการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและจังหวะทางสังคม (IPSRT) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 75 นาที ดำเนินการ 1 ครั้งต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน มุ่งเน้นความเข้าใจโรค การใช้ยา การรู้ทันอาการเตือน การจัดการอารมณ์ และการวางแผนชีวิต ช่วยลดความบกพร่องในการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มการดูแลตามปกติอย่างเดียวยังคงสามารถนำไปใช้เป็นส่วนเสริมควบคู่กับการดูแลตามปกติ เพื่อเพิ่มการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย

คำประกาศการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์

บทความนี้มีมีการใช้เครื่องมือ Gemini Pro 3.1 เพื่อวัตถุประสงค์ในการแปลภาษาเชิงวิชาการ โดยเฉพาะการเขียนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ และช่วยจัดลำดับโครงร่างของการนำเสนอเนื้อหาในบทความเท่านั้น โดยผู้เขียนไม่ได้ใช้ AI สร้างข้อค้นพบ วิเคราะห์ข้อมูล หรือสร้างเนื้อหาหลักทางวิชาการแต่อย่างใด หลังจากใช้คำแนะนำดังกล่าวจาก AI ผู้เขียนได้ทำการตรวจสอบ ทบทวน ปรับปรุงเนื้อหาทั้งหมดอย่างละเอียด และขอรับผิดชอบต่อความถูกต้องของเนื้อหาในบทความฉบับนี้แต่เพียงผู้เดียว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและบุคลากรทางการแพทย์ประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ให้การสนับสนุนด้านการประสานงาน อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริบทการดูแลผู้ป่วยใน ตลอดจนมาตรฐานความปลอดภัยและจริยธรรมในการดำเนินวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387(10027):1561-72. doi:10.1016/S0140-6736(15)00241-X.
- Ratheesh A, Hett D, Raiman J, Wong E, Berk L, Conus P, et al. A systematic review of interventions in the early course of bipolar disorder I or II: a report of the International Society for Bipolar Disorders Taskforce on early intervention. *Int J Bipolar Disord*. 2023;11(1):1. doi:10.1186/s40345-022-00275-3.
- Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18008. doi:10.1038/nrdp.2018.8.
- Dion GL, Tohen M, Anthony WA, Waternaux CS. Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39(6):652-7. doi:10.1176/ps.39.6.652.
- Bonnín CDM, Reinares M, Martínez-Arán A, Jiménez E, Sánchez-Moreno J, Solé B, et al. Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019;22(8):467-77. doi:10.1093/ijnp/pyz018.
- Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Noro Psikiyatri Ars*. 2021;58(Suppl 1):S77-82. doi:10.29399/npa.27430.
- Reinares M, Sánchez-Moreno J, Fountoulakis KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. *J Affect Disord*. 2014;156:46-55. doi:10.1016/j.jad.2013.12.017.
- Chiang KJ, Tsai JC, Liu D, Lin CH, Chiu HL, Chou KR. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176849. doi:10.1371/journal.pone.0176849.

9. Levenson JC, Wallace ML, Anderson BP, Kupfer DJ, Frank E. Social rhythm disrupting events increase the risk of recurrence among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015;17(8):869-79. doi:10.1111/bdi.12351.
10. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J.* 1993;16(4):11-23. doi:10.1037/h0095655.
11. Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2006;2:199-235. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095332.
12. Steardo L Jr, Luciano M, Sampogna G, Zinno F, Saviano P, Staltari F, et al. Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial. *Ann Gen Psychiatry.* 2020;19:15. doi:10.1186/s12991-020-00266-7.
13. Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sánchez-Moreno J, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord.* 2009;11(4):401-9. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00698.x.
14. Rabelo JL, Cruz BF, Ferreira JDR, Viana BM, Barbosa IG. Psychoeducation in bipolar disorder: a systematic review. *World J Psychiatry.* 2021;11(12):1407-24. doi:10.5498/wjp.v11.i12.1407.
15. Morriss R, Lobban F, Riste L, Davies L, Holland F, Long R, et al. Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(11):1029-38. doi:10.1016/S2215-0366(16)30302-9.
16. Fountoulakis KN, Grunze H, Vieta E, Young A, Yatham L, Blier P, et al. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), part 3: the clinical guidelines. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2017;20(2):180-95. doi:10.1093/ijnp/pyw109.
17. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;133:429-35. doi:10.1192/bjp.133.5.429.
18. Kongsakon R, Bhatanaprabhabhan D. Validity and reliability of the young mania rating scale: Thai version. *J Med Assoc Thai.* 2005;88(11):1598-604.
19. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979;134(4):382-9. doi:10.1192/bjp.134.4.382.
20. Satthapisit S, Posayaanuwat N, Sasaluksananont C, Kaewpornawan T, Singhakun S. The comparison of Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS Thai) to diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) and to Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD): validity and reliability. *J Med Assoc Thai.* 2007;90(3):524-31.
21. Suratawamit S. Selected factors related to functioning of patients with bipolar disorder [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.

Original article

Psychometric properties of the Thai version of the Interpersonal Rejection Sensitivity Scale (IRSS-Thai) among Thai secondary school students

Received : 20 March 2026

Revised : 21 May 2026

Accepted : 12 June 2026

Supawadee Charoenwanit, Ph.D., Tipsuda Sumneangsator, Ph.D.,

Sukanya Phoolphoklang, M.Sc., Prakaipetch Winaiprasert, M.Sc.

Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani Province, Thailand

Abstract

Objective: To evaluate the psychometric properties of the Thai version of the Interpersonal Rejection Sensitivity Scale (IRSS-Thai) among Thai adolescents.

Methods: A cross-sectional study was conducted with 520 secondary school students in grades 7 - 12 aged 11 - 18 years in Pathum Thani Province, Thailand. The original instrument was adapted and translated into Thai following forward and backward translation procedures, with review by the original developer and expert panels. Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha and corrected item-total correlations (CITCs). Principal component analysis (PCA) was performed to examine the underlying component structure of the IRSS-Thai, with item loadings and communalities to evaluate the adequacy of the items.

Results: The 11-item IRSS-Thai demonstrated high internal consistency, with a Cronbach's alpha of .91 and CITCs ranging from .55 to .72. PCA supported a single-component structure, with an eigenvalue of 5.72, explaining 52.0% of the total variance. All items contributed adequately to the underlying construct of rejection sensitivity, with loadings ranging from .63 to .78 and communalities ranging from .39 to .61.

Conclusion: The IRSS-Thai appears suitable for assessing rejection sensitivity among Thai adolescents, with high internal consistency and an appropriate single-component structure. However, further studies examining its convergent validity and establishing normative data and appropriate cut-off scores are needed before its use for screening and assessment of adolescents in educational and clinical settings in the Thai context.

Keywords: principal component analysis, psychometric properties, rejection sensitivity, Thai adolescents

Corresponding author: Supawadee Charoenwanit; e-mail: Supawadee.c@nurse.tu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความไวต่อการถูกปฏิเสธระหว่างบุคคล ฉบับภาษาไทย (IRSS-Thai) ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาไทย

วันรับ : 20 มีนาคม 2569

วันแก้ไข : 21 พฤษภาคม 2569

วันตอบรับ : 12 มิถุนายน 2569

สุภาวดี เจริญวานิช, ประ.ด., ทัพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, ประ.ด.,
สุกัญญา พูลโพธิ์กลาง, วท.ม., ประกายเพชร วินัยประเสริฐ, วท.ม.,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความไวต่อการถูกปฏิเสธระหว่างบุคคล (Interpersonal Rejection Sensitivity Scale: IRSS) ฉบับภาษาไทย (IRSS-Thai) ในวัยรุ่นไทย

วิธีการ : การศึกษาแบบตัดขวางในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 อายุ 11 - 18 ปี จำนวน 520 คน ในจังหวัดปทุมธานี แบบประเมินได้รับการปรับและแปลเป็นภาษาไทยตามกระบวนการแปลไปข้างหน้าและการแปลย้อนกลับโดยผ่านการพิจารณาจากผู้พัฒนาต้นฉบับและคณะผู้เชี่ยวชาญ ประเมินความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคและค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้แล้ว (corrected item-total correlation: CITC) ดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (principal component analysis) เพื่อศึกษาโครงสร้างองค์ประกอบพื้นฐานของ IRSS-Thai และประเมินความเหมาะสมของข้อคำถามจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความร่วมกัน (communalities)

ผล : แบบประเมิน IRSS-Thai จำนวน 11 ข้อ มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .91 และ CITC อยู่ระหว่าง .55 - .72 การวิเคราะห์องค์ประกอบพบโครงสร้างองค์ประกอบเดียว โดยมีค่า eigenvalue เท่ากับ 5.72 และสามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 52.0 ข้อคำถามทุกข้อมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในระดับที่เหมาะสม และสะท้อนองค์ประกอบเดียวของความไวต่อการถูกปฏิเสธ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .63 - .78 และความร่วมกันอยู่ระหว่าง .39 - .61

สรุป : แบบประเมิน IRSS-Thai มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูงและมีโครงสร้างองค์ประกอบเดียวที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความไวต่อการถูกปฏิเสธในวัยรุ่นไทย ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินความตรงเชิงบรรจบ ค่าปกติ และจุดตัดที่เหมาะสม ก่อนนำไปใช้ในการคัดกรองและประเมินวัยรุ่นในสถานศึกษาและบริบททางคลินิก

คำสำคัญ : การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก, ความไวต่อการถูกปฏิเสธ, คุณสมบัติทางจิตมิติ, วัยรุ่นไทย

ติดต่อผู้พิมพ์ : สุภาวดี เจริญวานิช ; e-mail: Supawadee.c@nurse.tu.ac.th

Previous knowledge: Rejection sensitivity has been recognized as a psychological construct associated with depression, anxiety, and social withdrawal in adolescents. Cross-cultural studies have demonstrated the reliability and validity of the Interpersonal Rejection Sensitivity Scale (IRSS), however, a validated Thai version for adolescents has not previously been established.

New knowledge: The 11-item IRSS-Thai was translated and culturally adapted from the original IRSS. The scale demonstrated high internal consistency. Principal component analysis identified a single-component structure, with all items showing adequate loadings and communalities. These findings support the internal consistency and single-component structure of the IRSS-Thai among Thai adolescents.

Application: The IRSS-Thai may be used for research and preliminary assessment of rejection sensitivity among adolescents within the Thai sociocultural context. Further studies are needed to establish its utility in educational and clinical settings.

Introduction

Adolescence is a critical developmental stage characterized by heightened sensitivity to peer relationships and social acceptance. Rejection sensitivity, defined as the tendency to anxiously expect, readily perceive, and intensely react to social rejection, has been identified as a significant risk factor for anxiety, depression, and social withdrawal. International studies have consistently demonstrated the importance of assessing rejection sensitivity to better understand its impact on adolescent psychological well-being and social functioning.¹⁻³

Although rejection sensitivity has been widely studied in Western contexts, research on its measurement among Thai adolescents has been limited. This gap is particularly concerning given the rising prevalence of mental health problems among Thai adolescents. National reports indicate that between 2020 and 2024, nearly 10% of the population was at risk of depression, over 8% experienced high levels of stress, and more than 5% faced the risk of suicide, with rates significantly higher among youth under 20 years old.⁴ Recent evidence has further highlighted the severity of the problem, with the prevalence of depression among Thai adolescents reaching 37.5% in the aftermath of COVID-19.⁵ These alarming statistics underscore the urgent need for culturally appropriate tools to identify at-risk adolescents and inform preventive interventions.

At the same time, Thai adolescents are highly engaged in social media users. In 2025, over 91% of the Thai population was online, and 71% maintained at least one social media account, amounting to 51 million accounts nationwide.⁶ Daily exposure to online interactions amplifies the risks of peer rejection, cyberbullying, and negative social comparison, making rejection sensitivity particularly relevant in the Thai sociocultural context. Unlike Western societies, Thailand's collectivist cultural orientation and hierarchical relationships may influence the psychological impact of rejection, as adolescents are socialized to prioritize group harmony and respect for authority. Consequently, the manifestation of rejection sensitivity in Thailand may differ, highlighting the need for assessment tools that are linguistically precise and culturally aligned with Thai adolescents' daily life experiences.

The Interpersonal Rejection Sensitivity Scale (IRSS), originally developed by Rohner et al.³, has provided a reliable measure of rejection sensitivity across diverse cultural contexts. The IRSS consists of 11 items designed to capture adolescents' expectations and reactions to interpersonal rejection. It has been translated and validated in multiple languages, demonstrating its cross-cultural applicability.⁷ Cut-off scores and interpretation guidelines have been established to distinguish between low, moderate, and high rejection sensitivity.³ However, translation, cultural adaptation, and psychometric validation are required to ensure its applicability among Thai adolescents. Establishing the reliability and construct validity of the Thai version would help provide evidence for its suitability for use in Thai adolescent mental health research and potentially support its application in educational and mental health settings.

This study aimed to translate and evaluate the psychometric properties of the Thai version of the IRSS (IRSS-Thai). Through cultural adaptation and validation, the IRSS-Thai is expected to serve as a practical and culturally appropriate tool for both research and clinical practice within the Thai sociocultural context, thereby improving understanding and response to the psychological challenges faced by Thai adolescents.

Methods

Study design

This cross-sectional study evaluated the psychometric properties of the IRSS-Thai, focusing on its reliability and construct validity. Participants were recruited as part of the main research project, "The impact of traditional bullying victimization and cyberbullying victimization on depression in Thai adolescents: interpersonal rejection sensitivity as

a mediating factor." Conducted between December 2025 and February 2026, the project investigated the roles of traditional and cyberbullying victimization in predicting depression among Thai adolescents, focusing on interpersonal rejection sensitivity (IRS) as a mediator. Ethical approval was obtained from the Human Research Ethics Committee of Thammasat University (Science) on November 26, 2025 (Project ID: 68NU103, COA No. 138/2568).

Population and sample

The main project targeted secondary school students (Mathayom 1 - 6, equivalent to grades 7 - 12) under the Secondary Education Service Area Office 4 in Pathum Thani Province, central Thailand. The required sample size was determined using Cohen's power analysis for multiple regression ($f^2 = 0.02$, $\alpha = 0.05$, and $1 - \beta = 0.95$),⁸ yielding a baseline of 776 participants. To account for a potential 20% nonresponse or incomplete-response rate, the final target sample was increased to 854 participants. A multi-stage sampling technique was employed to select participants aged 11 - 18 years as follows: First, Pathum Thani Province was purposively selected. Second, public secondary schools were stratified by school size (extra-large, large, medium, and small), and one school was randomly selected from each category. Third, within each selected school, one to two classes per grade level were randomly selected in proportion to the student population size. Finally, all students in the selected classrooms were invited to participate in the project.

In the present study, participants were drawn from the main project's total sample, using purposive sampling based on the following eligibility criteria: active enrollment in secondary education, an age of 11 - 18 years, and complete

responses to all items of the instruments included in the present analysis. Accordingly, data from 520 participants were included in the analysis, exceeding the recommended sample size criterion of 500 participants for very good construct validity testing.⁹

Research instruments

The instruments used in this study consisted of the following:

1. Demographic data form. The demographic data form was used to collect participants' personal and background characteristics. Variables included age, sex, grade level, presence of siblings, birth order, monthly allowance, satisfaction with the monthly allowance, and time spent on social media.

2. Interpersonal Rejection Sensitivity Scale (IRSS). The original IRSS is a self-report instrument assessing psychological vulnerability to perceived interpersonal rejection. The items assess anxious expectations of rejection and emotional or behavioral reactivity to perceived rejection, while collectively representing a single underlying construct of rejection sensitivity. The scale consists of 11 items rated on a 4-point Likert scale, ranging from 1 (not at all true) to 4 (very true). Total scores range from 11 to 44, with higher scores indicating greater levels of rejection sensitivity.

The psychometric properties of the original IRSS and its translated versions have been evaluated across 12 countries. The scale demonstrated satisfactory structural validity based on factor analysis, measurement invariance across diverse cultural groups, and high internal consistency ($\alpha > 0.80$) across various sub-samples, including adolescent cohorts, supporting its applicability in research involving adolescent populations.³

Translation and cultural adaptation process

After obtaining official permission to translate and use the instrument from the original developer, Prof. Ronald P. Rohner, the IRSS was translated into Thai using a forward and backward translation procedure.¹⁰⁻¹³ To ensure cross-cultural equivalence and contextual appropriateness for Thai adolescents, a systematic cultural adaptation process was conducted. A panel of experts reviewed the translated items for linguistic clarity, naturalness of expression, and sociocultural relevance to Thai adolescents. The review process ensured semantic, idiomatic, experiential, and conceptual equivalence while maintaining the integrity of the original theoretical construct.

The translated version was then independently back-translated into English by two bilingual Thai-English experts who had not previously seen the instrument. The back-translated version was reviewed and confirmed by the original developer for equivalence in wording, meaning, and item interpretability.

The Thai version of the IRSS (IRSS-Thai) was subsequently reviewed by five experts, comprising three psychiatrists and two psychiatric nursing faculty members, to evaluate its content validity and calculate the content validity indices (CVIs).^{14,15} A pilot study was then conducted with 30 secondary school students who shared similar characteristics with the target population but were not part of the main sample. Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha.

Data collection

Prior to data collection, informed consent and assent procedures were implemented by the research team without involving school teachers to minimize the potential for coercion or undue

influence. Participants were informed, both verbally and in writing, about the aims and procedures of the study, as well as their right to participate voluntarily or decline participation without any consequences for their education or academic standing. Written parental permission forms were provided to participants to take home to their parents or legal guardians. Participation in the study required both written parental/guardian permission and participant assent, or informed consent for those aged 18 years.

Data were gathered through a paper-based, self-administered questionnaire in classroom settings from December 2025 to February 2026. The questionnaires were completed directly by the participants during designated study periods outside regular class hours. All participants in the selected classrooms completed the questionnaires simultaneously in the presence of members of the research team, who were available to provide clarification when necessary. Classroom teachers were not present during questionnaire administration to minimize potential social desirability bias and ensure participants' privacy and confidentiality.

To ensure standardized administration and data quality, the research team strictly followed protocol procedures, including uniform instructions, maintaining participant confidentiality, and addressing participants' inquiries neutrally without influencing their responses. Completion of the questionnaire took approximately 20 - 30 minutes.

Participants deposited their completed questionnaires directly into a secure collection box provided in each classroom. After data collection, the sealed boxes were opened only by the research team, who checked the questionnaires for completeness and missing data. Completed

questionnaires were anonymized, assigned unique identification codes, and stored securely in locked cabinets. Digital data entered into the database were password-protected and accessible only to authorized members of the research team.

Data Analysis

Descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations (SDs), were used to describe demographic characteristics of the participants. The internal consistency of the scale was examined using Cronbach's alpha and corrected item-total correlations (CITCs). CITC values exceeding the recommended threshold of .30 were considered acceptable for item discrimination.¹⁶

The component structure of the IRSS-Thai was evaluated using principal component analysis (PCA), with components having eigenvalues of ≥ 1.0 retained. Items with loadings above .40 were considered acceptable.⁹ Orthogonal varimax rotation was performed to enhance clarity in the grouping of items. Prior to the analysis, the suitability of the data for PCA was assessed using Bartlett's test of sphericity and the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy.

Results

The back-translated version was reviewed and confirmed by the original developer to be equivalent to the original IRSS in terms of wording, meaning, and item interpretability. Furthermore, the results of the cultural adaptation assessment revealed that all 11 items were evaluated as linguistically clear, naturally expressed, and appropriate for the Thai adolescent context. As the experts and pilot participants reported no concerns regarding item comprehensibility and contextual relevance, no items required phrasing modifications or structural adjustments. All items retained the exact semantic

meaning, theoretical intent, and underlying construct of rejection sensitivity as conceptualized in the original instrument. The final version of the IRSS-Thai demonstrated good content validity, with item-level CVIs (I-CVIs) of 1.0 for all items.^{14,15} In the pilot study, the scale revealed high internal consistency, with a Cronbach's alpha of .90.

The present study included 520 secondary school students aged 11 - 18 years. Most were in middle adolescence (55.8%), with slightly more females (56.2%). About one-third were only children, while the majority had siblings. Participants

were enrolled across grades 7 - 12, with the largest group in Grade 7 (21.9%). Most reported a monthly allowance of 2,000 - 2,999 baht, and 89.0% were satisfied with their allowance. Social media use was high, with 31.5% spending 13 or more hours per day. Details are presented in Table 1.

The IRSS-Thai demonstrated high internal consistency, with Cronbach's alpha for the 11-item scale of .91. Item-total statistics showed CITCs ranging from .55 to .72, all exceeding the recommended threshold of .30.¹⁶ Cronbach's alpha if an item was deleted ranged between .89 and .90, suggesting that

Table 1 Demographic characteristics of participants (n = 520)

Category		n	%
Age (mean = 14.87, SD = 1.69)	Early adolescence (11 - 13 yr.)	129	24.8
	Middle adolescence (14 - 16 yr.)	290	55.8
	Late adolescence (17 - 18 yr.)	101	19.4
Sex	Male	228	43.8
	Female	292	56.2
Presence of siblings	An only child	158	30.4
	Having siblings	362	69.6
Birth order	An only child	158	30.4
	First-born	150	28.8
	Second-born	161	31.0
	Third-born or later	51	9.8
Grade level	Grade 7 (M1)	114	21.9
	Grade 8 (M2)	80	15.4
	Grade 9 (M3)	109	21.0
	Grade 10 (M4)	97	18.7
	Grade 11 (M5)	87	16.7
	Grade 12 (M6)	33	6.3
Monthly allowance (mean = 2493.06, SD = 1044.48)	< 1,000 baht	11	2.1
	1,000 - 1,999 baht	57	11.0
	2,000 - 2,999 baht	198	38.1
	3,000 - 3,999 baht	171	32.9
	4,000 - 4,999 baht	34	6.5
	5,000 - 5,999 baht	22	4.2
	≥ 6,000 baht	27	5.2
Monthly allowance satisfaction	Satisfied	463	89.0
	Unsatisfied	57	11.0
Time spent on social media (mean = 9.75, SD = 4.85)	≤ 5 hours/day	94	18.1
	6 - 9 hours/day	131	25.2
	10 - 12 hours/day	131	25.2
	≥ 13 hours/day	164	31.5

no item substantially reduced the overall reliability of the scale.¹⁷ Details are presented in Table 2.

PCA with varimax rotation was conducted on the 11-item IRSS-Thai. The KMO measure of sampling adequacy was .949, indicating suitability of the data for analysis. Bartlett's test of sphericity was significant ($\chi^2(55) = 2528.05, p < .001$), indicating that correlations among items were sufficient for component extraction. The analysis revealed a single-component solution, with an eigenvalue of 5.72, which accounted for 52.0% of the total variance. Communalities ranged from .39 to .61, suggesting that the extracted component accounted for a meaningful proportion of variance in the items. Loadings ranged from .63 (IRSS2) to .78 (IRSS8), indicating that all items loaded substantially on the single component. Details are presented in Table 3.

Discussion

The IRSS-Thai demonstrated high internal consistency, with an overall Cronbach's alpha of .91, which was comparable to that reported in international studies across Western, Middle Eastern, and Asian contexts, ranging from .84 to .93.^{3,18} This finding indicates that all items consistently measured rejection sensitivity, which is particularly

relevant during adolescence, a developmental stage characterized by heightened sensitivity to peer evaluation and social acceptance.¹⁹

The PCA findings supported a unidimensional construct of rejection sensitivity as measured by the IRSS-Thai among Thai adolescents. The high KMO value and significant Bartlett's test of sphericity indicated that the data were appropriate for PCA. The extracted component had an eigenvalue of 5.72 and explained 52.0% of the total variance in the item responses. In addition, the high loadings and communalities indicated that all items contributed adequately to the underlying construct of rejection sensitivity. Taken together, these findings generally support the reliability and unidimensional structure of the IRSS, broadly consistent with previous validations in diverse cultural contexts.³

Nevertheless, potential influences should be considered when applying the IRSS across diverse contexts. Instruments originally developed in Western societies may not fully capture the culturally embedded meanings of rejection in collectivist cultures. For instance, in Thailand, adolescents' perceptions of rejection may be influenced by concerns about group harmony and face-saving,

Table 2 Item-total statistics of the IRSS-Thai (n = 520)

Item	Scale mean if item deleted	Scale variance if item deleted	Corrected item-total correlation	Alpha if item deleted
IRSS1	26.05	51.699	.688	.897
IRSS2	26.32	53.331	.555	.903
IRSS3	25.98	52.275	.583	.902
IRSS4	26.33	50.672	.694	.896
IRSS5	26.28	51.356	.669	.897
IRSS6	26.08	51.415	.655	.898
IRSS7	26.22	51.152	.668	.897
IRSS8	26.17	50.289	.717	.895
IRSS9	26.45	51.315	.628	.900
IRSS10	26.57	51.360	.608	.901
IRSS11	26.08	50.448	.684	.897

Table 3 Principal component analysis of the IRSS-Thai (n = 520)

Item	Component 1
IRSS8 8. ฉันกังวลเกี่ยวกับความคิดของคนอื่นที่มีต่อฉันถึงแม้ฉันรู้ว่าความคิดดังกล่าวมันไม่สำคัญ	.781
IRSS4 4. การไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่น มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกทางลบของฉันมาก	.762
IRSS1 1. ฉันอ่อนไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของคนอื่น	.756
IRSS11 11. ฉันรู้สึกเครียดเมื่อฉันคิดว่าฉันถูกตัดสินโดยใครบางคน	.752
IRSS5 5. ฉันกังวลถึงสิ่งที่ฉันจะทำให้คนอื่นรู้สึกประทับใจในตัวฉัน	.739
IRSS7 7. ฉันพบว่าฉันจะเฝ้าระวังและคอยสังเกตถึงสัญญาณเตือนของการถูกปฏิเสธเมื่อฉันมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น	.736
IRSS6 6. ฉันรู้สึกแย่มากหากมีคนวิพากษ์วิจารณ์ฉัน	.728
IRSS9 9. ฉันกลัวว่าคนอื่นคอยจับผิดฉัน	.697
IRSS10 10. เวลาที่ฉันไม่ได้ยินสิ่งที่คนอื่นกำลังพูดคุยกันอยู่ ฉันมักจะคิดว่าพวกเขา กำลังพูดถึงสิ่งที่ไม่ดีเกี่ยวกับตัวฉัน	.679
IRSS3 3. เมื่อฉันต้องคุยกับคนที่ฉันไม่รู้จัก ฉันมักจะกังวลว่าพวกเขา คิดกับฉันอย่างไร	.658
IRSS2 2. ถ้าเพื่อนของฉันอารมณ์ไม่ดี ฉันมักจะคิดว่าอาจเป็นเพราะฉัน	.628
Variance explained for the component (%)	52.0
Extraction method: principal component analysis	
Rotation method: varimax with Kaiser normalization	
Bartlett's test of sphericity: $\chi^2(55) = 2528.05, p < .001$	
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .949	

potentially introducing subtle variations in how rejection sensitivity is experienced not reflected in a single-component model.²⁰ Similarly, while personality constructs often appear universal, their expression and interpretation can be shaped by cultural norms and practices.²¹ Thus, further examination of culture-bound influences may be warranted to ensure that the instrument remains sensitive to sociocultural differences, while avoiding oversimplification of culturally specific experiences of rejection.

The IRSS-Thai may be useful for research examining rejection sensitivity and its relationships with other psychosocial issues among Thai adolescents, such as depression, anxiety, social withdrawal, and peer difficulties.¹⁹ In educational and clinical settings, the scale may have potential for early identification and monitoring of adolescents with elevated rejection sensitivity. However, further studies examining its convergent validity with relevant standardized tools and establishing normative data and appropriate

cut-off scores are needed before its use in screening or clinical decision-making can be recommended.

In addition, although the present study included both lower and upper secondary school students, the sample was limited to adolescents from the formal education system in central Thailand. Future research should investigate the IRSS-Thai among adolescents from other regions and in non-formal educational or out-of-school settings, as well as among clinical populations, to further establish its generalizability. Longitudinal studies are also necessary to explore the predictive validity of the scale for mental health outcomes over time. Additionally, qualitative research could provide deeper insights into how Thai adolescents experience rejection in both offline and online contexts. These steps are particularly crucial to ensure the psychometric soundness and practical applicability of the IRSS-Thai across diverse Thai youth populations.

Conclusions

The IRSS-Thai demonstrated high internal consistency and single-component structure, consistent with international studies across different sociocultural contexts. The scale may be useful for measuring rejection sensitivity and examining its relationships with relevant psychosocial issues among Thai adolescents. Future research should extend validation to adolescents from different regions and non-formal educational or out-of-school settings, as well as clinical populations, and should further examine convergent and predictive validity, normative data, and appropriate cut-off scores to establish its generalizability and applicability in educational and clinical practices in Thailand.

Acknowledgements

We sincerely thank all participants of this study for their valuable contributions. We extend our gratitude to the parents and teachers whose support and cooperation made this research possible.

Author Contributions

Supawadee Charoenwanit: conceptualization, study design, data collection, data analysis and interpretation, manuscript drafting, critical revision of the manuscript, final approval of the version to be published; Tipsuda Sumneangsator: data collection, critical revision of the manuscript, final approval of the version to be published; Sukanya Phoolphoklang: data collection, critical revision of the manuscript, final approval of the version to be published; Prakaipetch Winaiprasert: data collection, critical revision of the manuscript, final approval of the version to be published.

Reference

- Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70(6):1327-43. doi:10.1037/0022-3514.70.6.1327.
- London B, Downey G, Bonica C, Paltin I. Social causes and consequences of rejection sensitivity. *J Res Adolesc.* 2007;17(3):481-506. doi:10.1111/j.1532-7795.2007.00531.x.
- Rohner RP, Ali S, Filus A, Senese VP, Molaver A, Ahmed RA, et al. Reliability and validity of the interpersonal rejection sensitivity scale: a multicultural study. *Curr Psychol.* 2024;43(9):7986-96. doi:10.1007/s12144-023-04980-9.
- World Health Organization. Mental Health and Social Connection in Thailand [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand>
- Pratummanee W, Sangsuwan T, Jatchavala C, Sirirak T. Facing the pandemic aftermath: exploring depression and mental health service usage among first-year university students in southern Thailand. *Front Psychiatry.* 2025;16:1555361. doi:10.3389/fpsy.2025.1555361.
- Kemp S. Digital 2025: Thailand [Internet]. DataReportal; 2025 Mar 3 [cited 2026 Mar 11]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2025-thailand>
- Sajid B, Zeb R, Riaz MN. Urdu translation and adaptation of Interpersonal Rejection Sensitivity Scale. *Pak J Psychol Res.* 2022;37(4):569-84. doi:10.33824/PJPR.2022.37.4.34.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
- Khaletabad NA, Radfar M, Khademi M, Khalkhali H. Caring Behaviors Inventory-24: translation, cross-cultural adaptation, and psychometric testing for using in nurses and patients. *BMC Nurs.* 2023;22(1):82. doi:10.1186/s12912-023-01248-2.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(24):3186-91. doi:10.1097/00007632-200012150-00014.
- Cruchinho P, López-Franco MD, Capelas ML, Almeida S, Bennett PM, Miranda da Silva M, et al. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: a practical guideline for novice researchers.

- J Multidiscip Healthc. 2024;17:2701-28. doi:10.2147/JMDH.S419714.
13. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268-74. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.
 14. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97. doi:10.1002/nur.20147.
 15. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health.* 2007;30(4):459-67. doi:10.1002/nur.20199.
 16. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
 17. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis.* 8th ed. Hampshire (UK): Cengage Learning EMEA; 2019.
 18. Warton W, Byrne ML, Kieken WJ. Development and validation of the sexual minority adolescent rejection sensitivity scale short form. *J Sex Res.* 2026;63(5):701-16. doi:10.1080/00224499.2025.2507821.
 19. Marston EG, Hare A, Allen JP. Rejection sensitivity in late adolescence: Social and emotional sequelae. *J Res Adolesc.* 2010;20(4):959-82. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00675.x.
 20. Markus HR, Kitayama S. Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychol Rev.* 1991;98(2):224-53. doi:10.1037/0033-295X.98.2.224.
 21. Heine SJ, Buchtel EE. Personality: the universal and the culturally specific. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:369-94. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163655.

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความผาสุกทางจิตใจวอริก-เอดิเนบระ ฉบับภาษาไทย ในนักศึกษามหาวิทยาลัย

วันรับ : 1 พฤษภาคม 2569

วันแก้ไข : 7 กรกฎาคม 2569

วันตอบรับ : 27 กรกฎาคม 2569

ณัฏฐภัณท์สัณห์ ศรีวิชัย, ส.ม.,

นรีญา ศรีบุรพา, ป.ร.ด., ขวัญชนก เตชะรัตนะคุณ, ศษ.ม.

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความผาสุกทางจิตใจวอริก-เอดิเนบระ (Thai Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale: WEMWBS) ฉบับภาษาไทย ทั้งฉบับเต็ม (WEMWBS-Thai) และฉบับย่อ (SWEMWBS-Thai)

วิธีการ : แบบประเมินฉบับภาษาไทยได้ผ่านการบวนการแปลข้ามวัฒนธรรมและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว การศึกษาครั้งนี้ตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน การตรวจสอบความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์โอเมกาของแมคโดนัลด์ และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และการตรวจสอบความตรงเชิงบรรจบด้วยค่าความแปรปรวนเฉลี่ยที่สกัดได้ (average variance extracted: AVE)

ผล : กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์ 387 คน อายุเฉลี่ย 20 ปี 8 เดือน เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.8 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสนับสนุนโมเดลองค์ประกอบเดียวของแบบประเมิน WEMWBS-Thai ภายหลังการเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนของข้อคำถาม 3 คู่ (CFI = 0.955, TLI = 0.944, RMSEA = 0.074 และ SRMR = 0.034) และโมเดลองค์ประกอบเดียวของ SWEMWBS-Thai โดยไม่ต้องปรับโมเดลเพิ่ม (CFI = 0.978, TLI = 0.967, RMSEA = 0.074 และ SRMR = 0.025) แบบประเมินทั้ง 2 ฉบับมีความสอดคล้องภายในสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์โอเมกาเท่ากับ 0.934 และ 0.888 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.941 และ 0.887 ตามลำดับ และมีความตรงเชิงบรรจบอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยมีค่า AVE เท่ากับ 0.535 และ 0.533 ตามลำดับ

สรุป : แบบประเมิน WEMWBS-Thai และ SWEMWBS-Thai มีหลักฐานสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงเชิงบรรจบ และความสอดคล้องภายในในระดับที่ยอมรับได้ และมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี ทั้งนี้ ควรมีการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติเพิ่มเติมในประชากรกลุ่มอื่นหรือในบริบททางคลินิก

คำสำคัญ : การแปลข้ามวัฒนธรรม, ความผาสุกทางจิตใจ, คุณสมบัติทางจิตมิติ, นักศึกษาไทย

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณัฏฐภัณท์สัณห์ ศรีวิชัย ; e-mail: plasticpsyche.k@gmail.com

Original article

The psychometric properties of the Thai version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale among university students

Received : 1 May 2026

Revised : 7 July 2026

Accepted : 27 July 2026

Natthaphansan Sriwichai, M.P.H.,

Naranchaya Sriburapar, Ph.D., Kuanchanok Techaratanakul, M.Ed.

Thanyarak Chiang Mai Hospital, Department of Medical Services,
Ministry of Public Health, Chiang Mai Province, Thailand

Abstract

Objective: To examine the psychometric properties of the cross-culturally adapted Thai version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS-Thai) and its short form (SWEMWBS-Thai).

Methods: The Thai version had previously undergone cross-cultural translation and content validation. This study examined its psychometric properties among undergraduate students, including construct validity using confirmatory factor analysis (CFA), internal consistency using McDonald's omega coefficient and Cronbach's alpha coefficient, and convergent validity using average variance extracted (AVE).

Results: A total of 387 participants with complete data were included in the analysis. The mean age was 20 years and 8 months, and 70.8% were female. CFA supported a unidimensional model of the WEMWBS-Thai after adding correlations between the error terms of three item pairs (CFI = 0.955, TLI = 0.944, RMSEA = 0.074, and SRMR = 0.034) and the SWEMWBS-Thai without further modification (CFI = 0.978, TLI = 0.967, RMSEA = 0.074, and SRMR = 0.025). Both versions demonstrated high internal consistency, with omega coefficients of 0.934 and 0.888, respectively, and alpha coefficients of 0.941 and 0.887, respectively. In addition, both versions demonstrated acceptable evidence of convergent validity, with AVE values of 0.535 and 0.533, respectively.

Conclusion: The WEMWBS-Thai and SWEMWBS-Thai demonstrated acceptable evidence of construct validity, convergent validity, and internal consistency, with adequate fit to the empirical data among Thai undergraduate students. Further evaluation of their psychometric properties in other populations, including clinical populations, is warranted to establish their applicability across diverse contexts.

Keywords: cross-cultural translation, mental well-being, psychometric properties, Thai undergraduate students

Corresponding author: Natthaphansan Sriwichai; e-mail: plasticpsyche.k@gmail.com

ความรู้เดิม : แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจวอริก-เอดินบะระ ฉบับเต็ม (WEMWBS) และฉบับสั้น (SWEMWBS) เป็นเครื่องมือวัดความผาสุกทางจิตใจที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั้งในประชากรวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ โดยได้รับการแปลและผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วมากกว่า 30 ภาษา พบว่าแบบประเมินมีคุณสมบัติทางจิตมิติที่ดีในหลายประเทศ อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามี การตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติอย่างเป็นทางการในบริบทประเทศไทย

ความรู้ใหม่ : แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจวอริก-เอดินบะระ ฉบับภาษาไทย ทั้งฉบับเต็ม (WEMWBS-Thai) และฉบับย่อ (SWEMWBS-Thai) ได้รับการแปลข้ามวัฒนธรรมตามกระบวนการมาตรฐานการตรวจสอบในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีพบว่าทั้ง 2 ฉบับมีโครงสร้างองค์ประกอบเดียวที่ได้รับการยืนยันด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน มีความสอดคล้องภายในในระดับสูง และมีความตรงเชิงบรรจบผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถนำแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับไปใช้ประเมินความผาสุกทางจิตใจในกลุ่มนักศึกษาไทย ทั้งนี้ ควรมีการตรวจสอบคุณสมบัติของแบบประเมินเพิ่มเติมก่อนการนำไปใช้ในบริบททางคลินิกหรือประชากรกลุ่มอื่น

บทนำ

ความผาสุกทางจิตใจ (mental well-being) เป็นคุณลักษณะด้านบวกทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตที่มีความเกี่ยวข้องกับจิตใจในหลากหลายมิติ ทั้งในแง่ของการเลี้ยงดู การเจริญเติบโต รวมทั้งพัฒนาการ บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตใจมักเป็นคนที่มึนมองด้านบวกกับชีวิต มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีพลังสำหรับก้าวผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ตลอดจนมีความสามารถในการวางแผนเพื่อพัฒนาตนเอง¹ ความผาสุกทางจิตใจเป็นผลจากการทบทวนภายในตนเองว่าบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำเนินชีวิตเพื่อบรรลุเป้าหมาย^{2,3} การประเมินความผาสุกทางจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อทำความเข้าใจสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล

และระดับประชากร ตลอดจนเป็นพื้นฐานในการพัฒนาและติดตามผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในหลากหลายบริบท^{4,5}

ความผาสุกทางจิตใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสุขภาพจิตและการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ตามแนวคิดสองความต่อเนื่อง (dual-continuum model) ที่เสนอว่าสุขภาพจิตเชิงบวกและความเจ็บป่วยทางจิตเป็นมิติที่แยกจากกันแต่มีความสัมพันธ์กัน บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตใจในระดับสูงมักมีการทำหน้าที่ทางจิตใจที่ดี สามารถปรับตัวต่อความเครียดและมีความพึงพอใจในชีวิต ในทางกลับกัน ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตใจในระดับต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น โดยการศึกษาของ Keyes⁶ พบว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตเชิงบวกระดับต่ำ (languishing) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตเชิงบวกระดับปานกลางประมาณ 2 เท่า และสูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตเชิงบวกระดับสูง (flourishing) เกือบ 6 เท่า นอกจากนี้ การศึกษาระยะยาวในประชากรทั่วไปยังพบว่าการมีสุขภาพจิตเชิงบวกในระดับสูงเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ที่ช่วยลดโอกาสการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และการใช้สารเสพติด⁷ สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่พบว่าความผาสุกทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหงา กล่าวคือ ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตใจสูงมีแนวโน้มมีความเหงาต่ำ ซึ่งความเหงาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต⁸

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2567 คนไทยมากกว่าร้อยละ 8 มีความเครียดในระดับสูง เกือบร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และมากกว่าร้อยละ 5 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 1.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 เป็น 2.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2566⁹ สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการเฝ้าระวังเชิงรุกด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยเรียน ซึ่งมีความเปราะบางทางจิตใจเป็นพิเศษ จากแรงกดดันด้านการเรียน ปัญหาทางการเงิน และการปรับตัวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่^{8,10} ประชากรกลุ่มนี้จึงควรได้รับการประเมินความผาสุกทางจิตใจอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงป้องกัน ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันเวลาที่

ในบริบทประเทศไทยมีการใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจเชิงบวกหลายฉบับในกลุ่มวัยรุ่นและวัยเรียน เช่น แบบประเมินการงอกงามแห่งตน (flourishing scale) ของ Diener และคณะ¹¹ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อที่ครอบคลุมด้านความสัมพันธ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิต และเคยนำไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นไทย¹² แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต (Satisfaction With Life Scale: SWLS) แบบประเมินความสุขเชิงอัตวิสัย (Subjective Happiness Scale: SHS) และแบบประเมินสุขภาวะเชิงบวก 5 ด้าน (EPOCH Measure of Adolescent Well-being) ที่เคยใช้ประเมินสุขภาวะของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย¹³ ตลอดจนแบบประเมินความผาสุกทางจิตใจที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทยเอง¹⁴ อย่างไรก็ตาม แบบประเมินแต่ละฉบับมีฐานแนวคิดและจุดเน้นที่แตกต่างกัน บางฉบับเน้นความสุขเชิงอัตวิสัย (hedonic) ในขณะที่บางฉบับเน้นการทำหน้าที่ทางจิตใจเชิงบวก (eudaimonic) ทำให้การเลือกใช้เครื่องมือจำเป็นต้องคำนึงถึงกรอบแนวคิดของความผาสุกที่ต้องการวัด ขณะที่แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจวอริก-เอดินบะระ (Warwick-Edinburgh mental well-being scale: WEMWBS) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยมหาวิทยาลัยวอริก ร่วมกับมหาวิทยาลัยเอดินบะระ^{15,16} เป็นเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุมทั้งความผาสุกทั้งด้าน hedonic เช่น ความรู้สึกผ่อนคลายและร่าเริง และด้าน eudaimonic เช่น การคิดอย่างชัดเจนและการมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น แบบประเมินมีทั้งฉบับเต็ม (WEMWBS) 14 ข้อและฉบับย่อ (Short WEMWBS: SWEMWBS) 7 ข้อ ได้รับการแปลและการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในหลากหลายภาษาทั่วโลก โดยทั่วไปใช้ในบุคคลอายุ 16 ปีขึ้นไป และหลายการศึกษาได้มีการนำไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่น¹⁶⁻¹⁹

สำหรับในบริบทไทย แม้แบบประเมิน WEMWBS ได้รับการแปลและนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุและนักศึกษา แต่เป็นการนำไปใช้เป็นตัวแปรในการวิจัยและมีการรายงานคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้นเท่านั้น^{8,20,21} และยังไม่พบว่ามีกรายงานการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติขั้นสูงที่พิจารณาวัฒนธรรมและบริบทสังคมไทย การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมิน WEMWBS และ SWEMWBS ฉบับภาษาไทยในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี

วิธีการ

การศึกษาเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของเครื่องมือ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁸ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ ET 001/2020 วันที่ 3 มกราคม 2563

การดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การแปลข้ามวัฒนธรรมและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแปลข้ามวัฒนธรรม โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตอย่างเป็นทางการจาก Professor Sarah Stewart-Brown ผู้พัฒนาเครื่องมือ และเป็นผู้แปลฉบับภาษาไทยที่ขึ้นทะเบียนกับมหาวิทยาลัยวอริก ดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ตามแนวทางมาตรฐานการแปลและปรับใช้เครื่องมือข้ามวัฒนธรรม²²⁻²⁶ ขั้นตอนประกอบด้วย การแปลไปข้างหน้า (forward translation) โดยผู้ใช้สองภาษา 2 คนที่มีภูมิหลังต่างกัน ทำการสังเคราะห์ฉบับแปล การแปลกลับแบบไม่เห็นต้นฉบับ (blind back translation) การเปรียบเทียบกับต้นฉบับโดยผู้พัฒนาเครื่องมือและผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน การทดสอบนำร่อง การเปรียบเทียบฉบับแปลกับต้นฉบับในกลุ่มผู้ใช้สองภาษา และการทดสอบความคงที่ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในขั้นตอนนี้พบว่า แบบประเมินภาษาไทยฉบับเต็ม (WEMWBS-Thai) และฉบับย่อ (SWEMWBS-Thai) มีความตรงตามเนื้อหาจากการประเมินด้วยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ทั้ง 2 ฉบับเท่ากับ 1.00 ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.941 และ 0.887 ตามลำดับ และความคงที่ของการวัดจากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) เท่ากับ 0.855 (95% CI = 0.642 - 0.946, $p < .001$) และ 0.864 (95% CI = 0.663 - 0.950, $p < .001$)

ตามลำดับ โดยผลการดำเนินการกระบวนการแปลและตรวจสอบคุณภาพในขั้นตอนนี้ได้มีการนำเสนอไว้แล้วในการประชุมวิชาการสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ครั้งที่ 48²¹

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมิน WEMWBS-Thai และ SWEMWBS-Thai ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติขั้นสูง ได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ความตรงเชิงบรรจบ (convergent validity) และความสอดคล้องภายใน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 29,264 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับโครงการวิจัยหลัก⁸ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีสถานภาพนักศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 อายุระหว่าง 18 - 25 ปี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็นอย่างมากจนไม่สามารถอ่านและทำความเข้าใจแบบสอบถามได้แม้ให้อุปกรณ์ช่วย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนจากประชากรขนาดใหญ่ที่ทราบจำนวน²⁷ โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) ค่าประมาณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล (p) เท่ากับ 0.80 อ้างอิงจากการศึกษาของ Clarke และคณะ²⁸ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (margin of error) เท่ากับร้อยละ 4.2 คำนวณได้ 344 คน เพิ่มจำนวนเพื่อทดแทนกรณีข้อมูลที่สูญหายอีกร้อยละ 10 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเป็น 380 คน ซึ่งมีขนาดเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตามคำแนะนำของ Comrey และ Lee²⁹ ที่ระบุว่าขนาดตัวอย่างตั้งแต่ 300 คนขึ้นไปถือว่าอยู่ในระดับดี และมีอัตราส่วนผู้ตอบต่อจำนวนข้อคำถามสูงกว่า 10:1 ซึ่งเกินเกณฑ์ขั้นต่ำที่แนะนำ³⁰

เครื่องมือ

1. แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจอริก-เอตินบะระ (WEMWBS)^{15,16} มีลักษณะเป็นการประเมินตนเอง (self-report) โดยฉบับเต็มประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ ให้ผู้ตอบประเมินความรู้สึกและการทำหน้าที่ทางจิตใจในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ครอบคลุมความผาสุกทั้งด้าน hedonic เช่น

ความรู้สึกผ่อนคลายและร่าเริง และ eudaimonic เช่น การคิดอย่างชัดเจนและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เลย” ถึง “ตลอดเวลา” คะแนนรวม 14 - 70 คะแนน แบบประเมินต้นฉบับมีค่าความสอดคล้องภายในจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 ในกลุ่มนักศึกษา และ 0.91 ในกลุ่มประชากรทั่วไป และมีค่าความคงที่ของการวัดจากการทดสอบซ้ำที่ 1 สัปดาห์ด้วยค่า ICC เท่ากับ 0.83 ในด้านโครงสร้าง การศึกษาแบบประเมินต้นฉบับพบว่า WEMWBS มีโครงสร้างองค์ประกอบเดียว (unidimensionality) ทั้งจากการวิเคราะห์องค์ประกอบและแบบจำลอง Rasch^{16,17} อย่างไรก็ตาม การศึกษาในบางบริบทอาจต้องยอมให้มีความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนของข้อที่เนื้อหาใกล้เคียงกัน เพื่อให้โมเดลสอดคล้องกับข้อมูล^{18,19}

2. แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจอริก-เอตินบะระ ฉบับย่อ (SWEMWBS) มี 7 ข้อ ที่คัดจากฉบับเต็มด้วยการวิเคราะห์ของ Rasch โดยผู้พัฒนาพบว่าข้อคำถาม 7 ข้อนี้มีความเป็นมิติเดียวอย่างเคร่งครัด (strict unidimensionality) และสอดคล้องกับแบบจำลอง Rasch ทำให้สามารถแปลงคะแนนดิบเป็นคะแนนมาตรเชิงเส้น (interval scale) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงพารามตริกได้ โดยข้อคำถามใช้มาตราส่วนและช่วงเวลาเดียวกันกับฉบับเต็ม คะแนนรวม 7 - 35 คะแนน แบบประเมินฉบับย่อมีความสัมพันธ์กับฉบับเต็มสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับ (Spearman's correlation coefficient) เท่ากับ 0.954¹⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยผ่านป้ายประชาสัมพันธ์และสื่อสังคมออนไลน์ของหน่วยพัฒนาคุณภาพนักศึกษาและสโมสรนักศึกษาของแต่ละคณะและวิทยาลัย นักศึกษาที่สนใจเข้าร่วมสามารถเข้าถึงแบบสอบถามได้ 2 ช่องทาง ได้แก่ แบบออนไลน์ผ่าน QR code หรือลิงก์เว็บไซต์แบบสั้น และแบบกระดาษสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต โดยสามารถรับและส่งคืนแบบสอบถามได้ที่หน่วยพัฒนาคุณภาพนักศึกษา

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยใช้วิธีการเลือกแบบบังเอิญ (accidental sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยผู้สนใจเข้าร่วมประเมินคุณสมบัติของตนเองตามเกณฑ์

ที่ระบุไว้ในคำชี้แจงก่อนเข้าถึงแบบสอบถามของทั้งสองช่องทาง จากนั้นผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงและการจัดการ สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล สำหรับการขอความยินยอมในช่องทางออนไลน์ ผู้เข้าร่วมอ่านเอกสารชี้แจงในรูปภาพ และคลิกยืนยันความยินยอมก่อนเริ่มตอบแบบสอบถาม ส่วนช่องทางกระดาษ แสดงความยินยอมเข้าร่วมโดยการลงนามในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรักษาความลับ เมื่อตอบแบบสอบถามในรูปแบบกระดาษเสร็จสิ้น จะมีเส้นประให้ผู้ตอบพับครึ่งและเย็บปิดแบบสอบถามด้วยตนเองก่อนนำส่งคืน โดยเจ้าหน้าที่จากหน่วยพัฒนาคุณภาพนักศึกษาเป็นผู้รวบรวมและส่งคืนผู้วิจัย การตอบแบบสอบถามส่วน WEMWBS-Thai ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามของ SWEMWBS-Thai ใช้เวลาประมาณ 3 - 5 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมดมาวิเคราะห์ จากนั้นใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) ด้วยโปรแกรม R เวอร์ชัน 4.6.0 ร่วมกับ lavaan package เวอร์ชัน 0.6-21 กำหนดโมเดลการวัดเป็นแบบองค์ประกอบเดียว (one-factor model) ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างองค์ประกอบเดียวของแบบประเมินต้นฉบับที่ได้รับการยืนยันด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและแบบจำลอง Rasch^{16,17} ความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์พิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ ค่า comparative fit index (CFI) และ Tucker-Lewis index (TLI) โดยค่าตั้งแต่ 0.95 ขึ้นไปถือว่าอยู่ในระดับดี และค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไปถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้^{31,32} ค่า root mean square error of approximation (RMSEA) ที่มิต้าน้อยกว่า 0.08 และค่า standardized root mean square residual (SRMR) ที่มิต้าน้อยกว่า 0.08 ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้³²

การตรวจสอบความตรงเชิงบรรจบ พิจารณาจากค่าความแปรปรวนเฉลี่ยที่สกัดได้ (average variance extracted: AVE) โดยค่า AVE ที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป³³

การตรวจสอบความสอดคล้องภายใน พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ร่วมกับค่าสัมประสิทธิ์โอเมกาของแมคโดนัลด์ (McDonald's omega coefficient) ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่อิงโมเดล (model-based reliability) ในกรณีที่น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามแต่ละข้อมีความแตกต่างกัน โดยค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป³⁴ ดำเนินการวิเคราะห์ด้วย semTools package เวอร์ชัน 0.5-8

ผล

ผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์มีจำนวน 270 คน (ไม่มีการคัดออกเนื่องจากระบบกำหนดให้ตอบครบทุกข้อ) และผู้ตอบแบบสอบถามกระดาษจำนวน 124 คน คัดออก 7 คน เนื่องจากตอบไม่ครบถ้วน คงเหลือแบบสอบถามกระดาษที่สมบูรณ์ 117 ชุด รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีชุดข้อมูลสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 387 คน มีอายุเฉลี่ย 20 ปี 8 เดือน (SD = 1 ปี 3 เดือน) เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.8 และศึกษาในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพร้อยละ 42.6 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน WEMWBS เฉลี่ย 45.53 (SD = 10.95) และคะแนน SWEMWBS เฉลี่ย 22.81 (SD = 5.58)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อคำถามทั้ง 14 ข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 2.79 ถึง 3.66 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือข้อ 11 (สามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ข้อ 5 (มีพลังงานเหลือเฟือ) ค่าความเบ้ (skewness) ของทุกข้ออยู่ระหว่าง -0.56 ถึง 0.05 และค่าความโด่ง (kurtosis) อยู่ระหว่าง -0.53 ถึง 0 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับการแจกแจงแบบปกติ ($|skewness| < 2$ และ $|kurtosis| < 7$) จึงเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยวิธีประมาณค่าควรจะเป็นสูงสุด (maximum likelihood) ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมิน WEMWBS-Thai พบว่า โมเดลองค์ประกอบเดียวเริ่มต้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลในระดับที่ยอมรับได้ โดยมี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่า skewness และค่า kurtosis รายข้อของแบบประเมิน WEMWBS-Thai (n = 387)

ข้อ	เนื้อหา	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
1	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกในเชิงบวกเกี่ยวกับอนาคต	3.07	1.04	-0.18	-0.29
2	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์	3.22	0.99	-0.30	-0.22
3	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกผ่อนคลาย	3.12	1.07	-0.07	-0.50
4	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกสนใจในผู้อื่น	3.37	1.07	-0.32	-0.39
5	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันมีพลังงานเหลือเฟือ	2.79	0.99	0.05	-0.29
6	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันสามารถรับมือปัญหาได้ดี	3.22	0.99	-0.24	-0.23
7	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันคิดได้อย่างชัดเจน	3.09	0.99	-0.21	-0.26
8	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกดีเกี่ยวกับตัวเอง	3.41	1.04	-0.38	-0.27
9	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่น	3.42	1.10	-0.39	-0.53
10	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกมีความมั่นใจ	3.23	1.03	-0.20	-0.41
11	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันสามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	3.66	1.03	-0.56	-0.19
12	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกเป็นที่รัก	3.27	1.03	-0.36	-0.20
13	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกสนใจในสิ่งใหม่ ๆ	3.36	1.11	-0.45	-0.45
14	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกร่าเริงเบิกบานใจ	3.31	1.05	-0.32	-0.34

หมายเหตุ : ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 9 และ 11 เป็นข้อคำถามของฉบับย่อ (SWEMWBS-Thai)

ค่า CFI = 0.933, TLI = 0.921 และ SRMR = 0.040 แต่ค่า RMSEA = 0.088 สูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้เล็กน้อย เมื่อพิจารณาค่าดัชนีการปรับโมเดล (modification indices) พบว่าการเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนของข้อคำถามที่มีเนื้อหาในมิติใกล้เคียงกันจำนวน 3 คู่ ได้แก่ ข้อ 3 กับ 14 (อารมณ์เชิงบวก) ข้อ 6 กับ 7 (การทำหน้าที่ด้านการคิด) และข้อ 4 กับ 9 (ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล) มีแนวโน้มช่วยให้โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีขึ้น โดยภายหลังการปรับโมเดล พบว่าค่าไคสแควร์ลดลงจาก 309.93 (df = 77) เป็น 231.85 (df = 74) และมีค่า CFI = 0.955, TLI = 0.944, RMSEA = 0.074 และ SRMR = 0.034 โดยนำหน้าองค์ประกอบมาตรฐานของข้อคำถามทั้ง 14 ข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.513 - 0.840 และมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ ($p < .001$)

สำหรับแบบประเมิน SWEMWBS-Thai พบว่าโมเดลองค์ประกอบเดียวมีความสอดคล้องกับข้อมูลในระดับดี โดยมีค่า CFI = 0.978, TLI = 0.967, RMSEA = 0.074 และ SRMR = 0.025 จึงไม่จำเป็นต้องปรับโมเดลเพิ่มเติม นำหน้าองค์ประกอบมาตรฐานของข้อคำถามทั้ง 7 ข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.591 - 0.820 และมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงบรรจบและความสอดคล้องภายใน

แบบประเมิน WEMWBS-Thai และ SWEMWBS-Thai มีความตรงเชิงบรรจบผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยมีค่า AVE เท่ากับ 0.535 และ 0.533 ตามลำดับ และมีความสอดคล้องภายในในระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์โอเมกาของแมคโดนัลด์ เท่ากับ 0.934 และ 0.888 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.941 และ 0.887 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่าแบบประเมินความผูกพันทางจิตใจฉบับภาษาไทย ทั้งฉบับเต็ม (WEMWBS-Thai) และฉบับย่อ (SWEMWBS-Thai) มีโครงสร้างองค์ประกอบเดียว สอดคล้องกับแบบประเมินต้นฉบับภาษาอังกฤษ¹⁶ โดยโมเดลองค์ประกอบเดียวของ WEMWBS-Thai ภายหลังการปรับความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนของข้อคำถามที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกัน 3 คู่ ได้แก่ คู่ที่สะท้อนอารมณ์เชิงบวก (ข้อ 3 และ 14) การทำหน้าที่ด้านการคิด (ข้อ 6 และ 7) และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ข้อ 4 และ 9) มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในฉบับภาษาจีน¹⁸ ภาษาสิงหลในศรีลังกา³⁵ และการศึกษา

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดลของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ของแบบประเมิน WEMWBS-Thai และ SWEMWBS-Thai (n = 387)

Index	WEMWBS-Thai (model 1)	WEMWBS-Thai (model 2)	SWEMWBS-Thai	Criteria
χ^2	309.928	231.848	43.642	-
Df	77	74	14	-
p-value	< .001	< .001	< .001	-
CFI	0.933	0.955	0.978	≥ 0.90 ยอมรับได้; ≥ 0.95 ดี
TLI	0.921	0.944	0.967	≥ 0.90 ยอมรับได้; ≥ 0.95 ดี
RMSEA	0.088	0.074	0.074	< 0.08
RMSEA 90% CI	0.078, 0.099	0.064, 0.085	0.050, 0.099	
SRMR	0.040	0.034	0.025	< 0.08

หมายเหตุ : model 1 = initial one-factor model, model 2 = model with three correlated error terms between items 3 and 14, items 6 and 7, and items 4 and 9; χ^2 = chi-square, df = degrees of freedom, CFI = comparative fit index, TLI = Tucker-Lewis index, RMSEA = root mean square error of approximation, CI = confidence interval, SRMR = standardized root mean square residual

ตารางที่ 3 น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานและคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมิน WEMWBS-Thai และ SWEMWBS-Thai (n = 387)

ข้อ	เนื้อหา	WEMWBS-Thai (λ)	SWEMWBS-Thai (λ)
1	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกในเชิงบวกเกี่ยวกับอนาคต	0.731	0.749
2	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์	0.813	0.820
3	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกผ่อนคลาย	0.625	0.591
4	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกสนใจในผู้อื่น	0.513	-
5	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันมีพลังงานเหลือเฟือ	0.677	-
6	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันสามารถรับมือปัญหาได้ดี	0.766	0.806
7	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันคิดได้อย่างชัดเจน	0.770	0.810
8	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกดีเกี่ยวกับตัวเอง	0.840	-
9	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่น	0.672	0.623
10	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกมีความมั่นใจ	0.812	-
11	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันสามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	0.711	0.724
12	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกเป็นที่รัก	0.775	-
13	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกสนใจในสิ่งใหม่ ๆ	0.677	-
14	ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันรู้สึกกระตือรือร้น	0.825	-
Alpha (α)		0.941	0.887
Omega (ω)		0.934	0.888
AVE		0.535	0.533

หมายเหตุ : λ = standardized factor loading; α , ω , and AVE were based on full sample (n = 387); all loadings significant at $p < .001$

เปรียบเทียบใน 4 ประเทศแถบยุโรปที่มีเดนมาร์กเป็นฐาน³⁶ ที่ต่างพบว่าโมเดลองค์ประกอบเดียวมีความสอดคล้องดีขึ้น เมื่อยอมให้ความคลาดเคลื่อนของข้อคำถามบางคู่มีความสัมพันธ์กัน โดยการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ได้วิเคราะห์เพิ่มเติมและยืนยันว่าการปรับดังกล่าวมิได้เปลี่ยนแปลงความหมายและโครงสร้างแนวคิดของความผาสุทางจิตใจ

ที่เครื่องมือวัด และได้ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล¹⁹ บ่งชี้ว่าข้อคำถามบางคู่ในฉบับ 14 ข้อมีความแปรปรวนร่วมที่นอกเหนือจากปัจจัยหลัก อันเนื่องมาจากความคล้ายคลึงของเนื้อหา ซึ่งเป็นลักษณะที่พบทั่วไปในหลายฉบับภาษาและมีได้ลดทอนข้อสรุปเกี่ยวกับความเป็นองค์ประกอบเดียวของเครื่องมือ

สำหรับ SWEMWBS-Thai พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลในระดับดีโดยไม่ต้องปรับโมเดลเพิ่มเติม สะท้อนให้เห็นว่าข้อคำถามทั้ง 7 ข้อของ SWEMWBS ต้นฉบับได้รับการคัดเลือกมาอย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า SWEMWBS มีโครงสร้างองค์ประกอบเดียว แม้ในบางบริบทอาจจำเป็นต้องปรับความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนของข้อคำถามเพียงเล็กน้อย^{18,19}

อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาที่พบโครงสร้างที่ซับซ้อนกว่า เช่น WEMWBS ฉบับภาษาเยอรมันในประเทศออสเตรียที่พบว่าแบบจำลอง bifactor ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยความผาสุกทั่วไปและปัจจัยกลุ่มย่อย 3 ด้าน ได้แก่ อารมณ์เชิงบวก การทำหน้าที่ทางจิตใจ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสอดคล้องกับข้อมูลดีกว่าแบบจำลององค์ประกอบเดียว³⁷ เช่นเดียวกับ SWEMWBS ฉบับภาษาฟินแลนด์ที่พบว่าข้อมูลมีความสอดคล้องกับแบบจำลอง bifactor ที่เพิ่มองค์ประกอบเฉพาะของความผาสุกทางจิตใจด้าน eudaimonic³⁸ ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงอิทธิพลของบริบททางภาษา วัฒนธรรม และลักษณะกลุ่มตัวอย่างต่อการรับรู้โน้ตศน์ความผาสุกทางจิตใจ ทั้งนี้ ผลการศึกษาในฉบับภาษาไทยที่สนับสนุนโครงสร้างองค์ประกอบเดียวมีความสอดคล้องกับแนวโน้มหลักของวรรณกรรมสากล และสนับสนุนการใช้คะแนนรวมเป็นตัวแทนของระดับความผาสุกทางจิตใจในกลุ่มนักศึกษาไทย

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในพบว่า แบบประเมิน WEMWBS-Thai และ SWEMWBS-Thai มีค่าสัมประสิทธิ์โอเมกาของแมคโดนัลด์และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในฉบับภาษาจีนที่รายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.930 และ 0.884 ตามลำดับ¹⁸ นอกจากนี้ ค่า AVE ของทั้ง 2 ฉบับมีค่ามากกว่า 0.50 แสดงให้เห็นถึงความตรงเชิงบรรจบที่ยอมรับได้ กล่าวคือตัวแปรแฝงด้านความผาสุกทางจิตใจสามารถอธิบายความแปรปรวนของข้อคำถามได้มากกว่าความคลาดเคลื่อนในการวัด³³

ในบริบทประเทศไทย แม้แบบประเมินนี้เคยถูกนำไปใช้ในกลุ่มประชากรอื่น เช่น ผู้สูงอายุ²⁰ และผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้ารับการรักษา³⁹ แต่ยังไม่พบว่ามีผลการรายงานผลการตรวจ

สอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมาก่อน ทั้งนี้ กระบวนการแปลข้ามวัฒนธรรมในการศึกษารุ่นนี้ให้ความสำคัญกับความแตกต่างเชิงโครงสร้างภาษาระหว่างภาษาอังกฤษและภาษาไทย โดยเฉพาะการผันกาล (tense) หรือการเปลี่ยนรูปของคำกริยา เนื่องจากภาษาไทยไม่มีการผันรูปกริยาตามกาลเหมือนภาษาอังกฤษ ผู้พัฒนาเครื่องมือจึงแนะนำให้เพิ่มกาลวิเศษณ์ (adverb of time) ที่ระบุช่วง “2 สัปดาห์ที่ผ่านมา” ในทุกข้อคำถาม เพื่อให้ผู้ตอบนึกย้อนและประเมินความรู้สึกของตนเองภายในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับเจตนาารมณ์ของเครื่องมือต้นฉบับ⁴⁰

ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่า WEMWBS-Thai และ SWEMWBS-Thai ที่ผ่านกระบวนการแปลข้ามวัฒนธรรมที่คำนึงถึงบริบททางภาษาและวัฒนธรรมไทยอย่างเป็นระบบ โดยดำเนินการร่วมกับผู้พัฒนาเครื่องมือ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างและความสอดคล้องภายในที่สอดคล้องกับเครื่องมือฉบับสากล อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยเดียวที่ได้รับการสุ่มแบบบังเอิญ ซึ่งอาจจำกัดการนำผลไปใช้อ้างอิงกับนักศึกษาในบริบทอื่น การศึกษานี้มิได้ตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของการวัด (measurement invariance) ระหว่างกลุ่มย่อย เช่น เพศหรือชั้นปี ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศได้ดำเนินการและพบว่าเครื่องมือมีความไม่แปรเปลี่ยนข้ามกลุ่ม¹⁶ และมีได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างในกลุ่มย่อย จึงควรเป็นประเด็นสำหรับการศึกษาต่อไป นอกจากนี้ การนำเครื่องมือไปใช้ในบริบททางคลินิกหรือในประชากรกลุ่มอื่นควรมีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างเพิ่มเติม รวมถึงการหาค่าปกติ (normative data) ค่าจุดตัด (cut-off) ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และความตรงเชิงเกณฑ์ (criterion validity) ก่อนนำไปใช้

สรุป

แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจวอริก-เอดินบะระ ฉบับภาษาไทย ทั้งฉบับเต็ม (WEMWBS-Thai) และฉบับย่อ (SWEMWBS-Thai) ได้รับการแปลข้ามวัฒนธรรมตามกระบวนการมาตรฐาน โดยไม่มีการดัดแปลง ตัด เพิ่มเติม หรือปรับเปลี่ยนข้อคำถามต้นฉบับ ผลการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีพบว่า แบบประเมิน

ทั้ง 2 ฉบับมีหลักฐานสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้าง ความสอดคล้องภายใน และความตรงเชิงบรรจบ โดยโมเดล การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันภายหลังการกำหนด ความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนของข้อคำถาม ในฉบับเต็มที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกัน สนับสนุนโครงสร้าง แบบองค์ประกอบเดียวของความผาสุกทางจิตใจ นอกจากนี้ แบบประเมินทั้ง 2 ฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์โอเมกาของแมคโดนัลด์ และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในระดับสูง และมี ค่าความแปรปรวนเฉลี่ยที่สกัดได้ (AVE) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แสดงถึงความเหมาะสมของ WEMWBS-Thai และ SWEMWBS-Thai สำหรับใช้ประเมินความผาสุกทางจิตใจใน กลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในการศึกษานี้ ทั้งนี้ ควรมี การศึกษาคุณสมบัติของแบบประเมินเพิ่มเติมในกลุ่มนักศึกษา จากสถาบันหรือบริบทที่หลากหลาย รวมถึงประชากรกลุ่มอื่น และบริบททางคลินิก เพื่อยืนยันความเหมาะสมในการนำ เครื่องมือไปใช้ในประชากรที่มีลักษณะแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ Professor Sarah Stewart-Brown มหาวิทยาลัยวอริก สหราชอาณาจักร ที่อนุญาตให้นำแบบ ประเมินความผาสุกทางจิตใจวอริก-เอดินบะระมาดำเนินการ แปลและใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และให้คำแนะนำในกระบวนการ แปลข้ามวัฒนธรรม

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย : ทบทวนวรรณกรรม ออกแบบงานวิจัย ตรวจสอบเครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนร่างและปรับปรุงบทความ ; นริชญา ศรีบุรพา : ทบทวนวรรณกรรม ออกแบบงานวิจัย ตรวจสอบ เครื่องมือ ให้คำปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย ปรับปรุงบทความ ; ขวัญชนก เตชะรัตนะคุณ : ทบทวนวรรณกรรม ออกแบบงานวิจัย ตรวจสอบเครื่องมือ ให้คำปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย ปรับปรุง บทความ ผู้นิพนธ์ทุกคนอ่านและเห็นชอบกับบทความฉบับสมบูรณ์ ผู้นิพนธ์ใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude, Anthropic) เพื่อช่วยปรับปรุงภาษาและเรียบเรียงข้อความ รวมถึงตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้นิพนธ์เป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาทั้งหมดของบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Eger RJ, Maridal JH. A statistical meta-analysis of the wellbeing literature. *Int J Wellbeing.* 2015;5(2):45-74. doi:10.5502/IJW.V5I2.4.
3. Powdthavee N. The happiness equation: The surprising economics of our most valuable asset. London: Icon Books Ltd; 2010.
4. Sakulthong L, Yurayat P, Hoxsuwann S. The training model development to enhance the graduates' mental well-being. *Ratchaphruek Journal.* 2018;16(1): 75-87. (in Thai)
5. Auapisithwong S, Juengsiragulwit D, Kittirattanapaiboon P, translators. Mental health promotion: concepts, evidence and practice. Chiang Mai: Systems Innovation for Mental Health Promotion Plan; 2017. (in Thai)
6. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 2002;43(2):207-22. doi:10.2307/3090197.
7. Schotanus-Dijkstra M, ten Have M, Lamers SMA, de Graaf R, Bohlmeijer ET. The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *Eur J Public Health.* 2017;27(3):563-8. doi:10.1093/eurpub/ckw202.
8. Sriwichai N, Boonchiang W, Kreasukon P. The correlation between mental health literacy, mental well-being, and loneliness among the student at Chiang Mai University. *Journal of Human Sciences.* 2021;22(1):143-61. (in Thai)
9. World Health Organization. Mental health and social connection in Thailand [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Jul 26]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand>
10. Liangruenrom N, Joshanloo M, Hutaphat W, Kittisuksathit S. Prevalence and correlates of depression among Thai university students: nationwide study. *BJPsych Open.* 2025 Mar 19;11(2):e59. doi:10.1192/bjo.2025.21.
11. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi DW, Oishi S, et al. New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Soc Indic Res.* 2010;97(2):143-56. doi:10.1007/s11205-009-9493-y.
12. Dachapipatkhon P, Cholumyai P, Maturossuntorn S, Onclai N, Onclai N. Thai adolescent's scale of flourishing during the COVID-19 pandemic analysed by the subjective well-being (SWB). *Int J Multidiscip Res Anal.* 2021;4(9):1327-33. doi:10.47191/ijmra/v4-i9-19.

13. Rhein D, Nanni A. Assessing mental health among Thai university students: a cross-sectional study. *Sage Open*. 2022;12(4):215824402211292. doi:10.1177/21582440221129248.
14. Pimthong S, Suwanwong C, Surakarn A, Chiangkhong A, Sumalrot T, Khunakorncharatphong A. Development and validation of the Thai mental well-being scale. *Heliyon*. 2022;8(4):e09296. doi:10.1016/j.heliyon.2022.e09296.
15. Stewart-Brown S, Janmohamed K. *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale: User guide version 1*. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2008.
16. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:63. doi:10.1186/1477-7525-5-63.
17. Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, Platt S, Parkinson J, Weich S. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:15. doi:10.1186/1477-7525-7-15.
18. Fung SF. Psychometric evaluation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) with Chinese University Students. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):46. doi:10.1186/s12955-019-1113-1.
19. Smith OR, Alves DE, Knapstad M, Haug E, Aarø LE. Measuring mental well-being in Norway: validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):182. doi:10.1186/s12888-017-1343-x.
20. Khrutmuang W, Tantalakul S, Choktaweeapanich B. Mental well-being and associated factors among older adults in Uttaradit province. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 2025;12(1):e276651. (in Thai)
21. Sriwichai N, Sriburapar N, Boonchieng W, Kreausukon P. Cross-cultural translation and adaptation of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale in the context of Thailand. In: *The 4th International Conference and the 48th Annual Conference of the Thai Clinical Psychologist Association: "From Mental Health Issue to Wellbeing, Growth, and Flourishing"*; 2024 Nov 18-20; Bangkok. 2024. (in Thai)
22. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol*. 1970;1(3):185-216. doi:10.1177/135910457000100301.
23. Chen HY, Boore JR. Translation and back-translation in qualitative nursing research: methodological review. *J Clin Nurs*. 2010;19(1-2):234-9. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02896.x.
24. Phongphanngam S, Lach HW. Cross-cultural Instrument Translation and Adaptation: Challenges and Strategies. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2019;23(2):170-9.
25. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):268-74. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.
26. Srisatidnarakul B. Development and validation of research instruments: psychometric properties. Bangkok: Office of Academic Resources Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
27. Israel GD. Determining sample size. Gainesville (FL): University of Florida, Institute of Food and Agricultural Sciences (IFAS) Extension; 2003.
28. Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A, et al. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health*. 2011;11:487. doi:10.1186/1471-2458-11-487.
29. Comrey AL, Lee HB. *A first course in factor analysis*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
30. Everitt BS. Multivariate analysis: the need for data, and other problems. *Br J Psychiatry*. 1975;126:237-40. doi:10.1192/bjp.126.3.237.
31. Byrne BM. *Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows: basic concepts, applications, and programming*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1994.
32. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6(1):1-55. doi:10.1080/10705519909540118.
33. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Mark Res*. 1981;18(1):39-50. doi:10.1177/00222437810180010.
34. McDonald RP. *Test theory: A unified treatment*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1999.
35. Perera BP, Caldera A, Godamunne P, Stewart-Brown S, Wickremasinghe AR, Jayasuriya R. Measuring mental well-being in Sri Lanka: validation of the Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) in a Sinhala speaking community. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):569. doi:10.1186/s12888-022-04211-8.

36. Koushede V, Lasgaard M, Hinrichsen C, Meilstrup C, Nielsen L, Rayce SB, et al. Measuring mental well-being in Denmark: Validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings. *Psychiatry Res.* 2019;271:502-9. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.003.
37. Lang G, Bachinger A. Validation of the German Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in a community-based sample of adults in Austria: a bi-factor modelling approach. *J Public Health.* 2017;25(2):135-46. doi:10.1007/s10389-016-0778-8.
38. Sarasjärvi KK, Elovainio M, Appelqvist-Schmidlechner K, Solin P, Tamminen N, Therman S. Exploring the structure and psychometric properties of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in a representative adult population sample. *Psychiatry Res.* 2023;328:115465. doi:10.1016/j.psychres.2023.115465.
39. Kongpesalaphun C, Metaanunkul P, Sriwichai N, Sriburapar N. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility, self-esteem and mental well-being among substance use disorder patients. *Thai Journal of Clinical Psychology.* 2023;54(1):51-64. (in Thai)
40. Sriwichai N. The Correlation Between Mental Health Literacy, Mental Well-being, and Loneliness Among Students at Chiang Mai University [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2020. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กและวัยรุ่นออทิสติก

วันรับ : 11 พฤษภาคม 2569

วันแก้ไข : 28 กรกฎาคม 2569

วันตอบรับ : 3 สิงหาคม 2569

แพรว ไตลังคะ, พ.บ., สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด.,

นพวรรณ บัวทอง, พย.ม., อัสนีย์พร กุนแจ, วท.ม.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประมาณสัดส่วนภาวะซึมเศร้าและระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวางในเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติก (autism spectrum disorder) และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาภาวะซึมเศร้า เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การเรียน การศึกษา และประวัติครอบครัว แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Brief Family Relationship Scale: BFRS) และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale: RSES) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ และการถดถอยพหุโลจิสติก

ผล : ผู้เข้าร่วมการศึกษา 153 คน โดยมีข้อมูล 9Q สมบูรณ์ 146 คน และมีข้อมูล BFRS และ RSES สมบูรณ์ 142 คน พบสัดส่วนของภาวะซึมเศร้า ($9Q \geq 7$ คะแนน) ร้อยละ 27.4 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสัมพันธภาพในครอบครัว ($r = -.325, p < .001$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.294, p < .001$) โดยการถดถอยพหุคูณพบว่า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการได้รับยา sodium valproate สัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง นอกจากนี้ โอกาสการมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการได้รับ sodium valproate (AOR = 3.54, 95% CI = 1.40 - 8.95) และการศึกษาในโรงเรียนเอกชน (AOR = 2.73, 95% CI = 1.23 - 6.03)

สรุป : ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุก การส่งเสริมปัจจัยปกป้องทางจิตสังคมที่มุ่งเน้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ตลอดจนการทบทวนความเหมาะสมของการประเมินทางคลินิกและการใช้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมในประชากรกลุ่มนี้

คำสำคัญ : ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, เด็กและวัยรุ่น, ภาวะซึมเศร้า, สัมพันธภาพในครอบครัว, ออทิสติก

ติดต่อผู้นิพนธ์ : แพรว ไตลังคะ ; e-mail: praewjang@gmail.com

Original article

Undiagnosed depression and associated factors in children and adolescents with autism spectrum disorder

Received : 11 May 2026

Revised : 28 July 2026

Accepted : 3 August 2026

Praew Tailangkha, M.D., Soontaree Srikosai, Ph.D.,

Noppawan Buathong, M.Ns., Asaneepond Kunjae, M.Sc.

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

Abstract

Objective: To determine the proportion and examine associated factors of depression among children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD) in a tertiary setting.

Methods: A cross-sectional study was conducted among children and adolescents aged 10 - 18 years with ASD and without a prior diagnosis or treatment for depression. Data were collected using questionnaires on demographic, academic, clinical, and family characteristics, the 9-Question Depression Rating Scale (9Q), the Brief Family Relationship Scale (BFRS), and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Associations were analyzed using chi-square tests, Pearson correlation, multiple linear regression, and multiple logistic regression.

Results: Of the 153 participants, 146 had complete 9Q data, while 142 had complete data for the analyses involving BFRS and RSES. The proportion of depression ($9Q \geq 7$) among participants was 27.4%. The severity of depressive symptoms was significantly and negatively correlated with family relationships ($r = -.325$, $p < .001$) and self-esteem scores ($r = -.294$, $p < .001$). In multiple regression analyses, greater severity of depressive symptoms was significantly associated with receiving sodium valproate, poorer family relationships, and lower self-esteem. In addition, a higher likelihood of having depression was significantly associated with receiving sodium valproate (AOR = 3.54, 95% CI = 1.40 - 8.95) and attending private schools (AOR = 2.73, 95% CI = 1.23 - 6.03).

Conclusion: The findings highlight the importance of proactive screening for depression, promoting psychosocial protective factors that foster self-esteem and positive family relationships, as well as reviewing the appropriateness of clinical assessment and pharmacological treatment in this population.

Keywords: autism, child and adolescent, depression, family relationships, self-esteem

Corresponding author: Praew Tailangka; e-mail: praewjang@gmail.com

ความรู้เดิม : เด็กและวัยรุ่นออทิสติกมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กและวัยรุ่นทั่วไป และมักได้รับการวินิจฉัยล่าช้าเนื่องจากข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ ขณะที่ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชากรกลุ่มนี้ในบริบทสถานพยาบาลของประเทศไทยยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : พบสัดส่วนภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิร้อยละ 27.4 โดยความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะการสนับสนุนช่วยเหลือกันและการไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว นอกจากนี้ การมีภาวะซึมเศร้ามักมีความสัมพันธ์กับการได้รับ sodium valproate และประเภทโรงเรียน สะท้อนถึงช่องว่างของการวินิจฉัย การประเมินอาการและพฤติกรรม และการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมในประชากรกลุ่มนี้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายและพัฒนาแนวทางการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุก การประเมินติดตามหลังการรักษา และการบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นออทิสติก

บทนำ

โรคออทิสติก (autism spectrum disorder: ASD) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาทที่ส่งผลกระทบต่อทักษะทางสังคม การสื่อสาร และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก¹ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ผู้ป่วยออทิสติกมักเผชิญกับความกดดันจากการถูกตีตราทางสังคม (social stigma) และการพยายามพรางตัวทางสังคม (social camouflaging) เพื่อให้ตนเองเป็นที่ยอมรับ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการทำตัวตาย^{2,3} โดยทั่วโลกพบภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน (pooled current prevalence) ในผู้ป่วยออทิสติกร้อยละ 12.3 และในบางการศึกษาพบได้สูงถึงร้อยละ 25.9⁴

สำหรับประเทศไทย แม้เด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ

แต่การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกยังอาจต่ำกว่าความเป็นจริง ข้อมูลจากสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์พบว่า แม้มีเด็กและวัยรุ่นออทิสติกมารับบริการ 1,600 - 1,700 รายต่อปี แต่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ามาร่วมด้วยกลับมีเพียง 6 - 11 รายต่อปี ซึ่งอาจสะท้อนถึงระบบการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าที่ยังขาดความชัดเจนและความต่อเนื่อง และส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการรับรู้อารมณ์ตนเองที่บกพร่อง (alexithymia) ที่ทำให้ไม่สามารถแสดงออกถึงความเศร้าได้อย่างชัดเจน ซึ่งความบกพร่องนี้พบได้สูงในผู้ป่วยออทิสติกและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า⁵ นอกจากนี้ บางรายอาจแสดงอาการเศร้าออกมาเป็นอาการหงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ส่งผลให้มักได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการดังกล่าว เช่น ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) และยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers) โดยเฉพาะ sodium valproate⁶ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจึงอาจถูกบดบังและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

นอกจากผลกระทบจากลักษณะของโรคและความท้าทายในการปรับตัวทางสังคมแล้ว บริบททางครอบครัวและการศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาวะทางอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่นออทิสติก โดยตามแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว (family resilience) สัมพันธภาพในครอบครัวมีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ความเกาะเกี่ยวผูกพันและการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (cohesion) การเปิดกว้างในการสื่อสารแสดงความคิดเห็น (expressiveness) และความขัดแย้งภายในครอบครัว (conflict) พบว่าบรรยากาศครอบครัวที่มีความอบอุ่น เกื้อกูล และมีความขัดแย้งต่ำ เป็นปัจจัยปกป้องทางจิตใจที่ช่วยลดความเครียดและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในทางตรงกันข้าม ความขัดแย้งในครอบครัวที่สูงเพิ่มความเปราะบางและกระตุ้นให้อาการซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นมีความรุนแรงขึ้น^{7,8} นอกจากนี้ พื้นฐานในครอบครัว เช่น ประวัติโรคจิตเวชและการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวยังเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความเสี่ยงทางพันธุกรรมและความตึงเครียดภายในบ้าน⁹ สำหรับบริบททางการศึกษา พบว่าสภาพแวดล้อมในสถานศึกษา การแกล้งและความกดดันทางวิชาการและความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นออทิสติกเช่นกัน^{10, 11}

ช่องว่างและความซับซ้อนในการประเมินและการดูแลภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกของประเทศไทย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายด้านดังที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาขนาดของปัญหาภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพัฒนาแนวทางการป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการสัดส่วนและสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยของเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในสถานพยาบาลตติยภูมิ

วิธีการ

การศึกษามีลักษณะภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต (เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 008/2565 รหัสโครงการวิจัย DMH.IRB 046/2564 BRm_Ful) เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคออทิสติกตามเกณฑ์ DSM-5 ที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 10 - 18 ปี 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) มีผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่สามารถให้ข้อมูลของเด็กและวัยรุ่นได้ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เคยได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ามาก่อน 2) อยู่ระหว่างการบำบัดทางจิตสังคมหรือรับการรักษาภาวะซึมเศร้าอื่น ๆ รวมถึงยาต้านเศร้า (antidepressants) หรือ 3) มีความเสี่ยงหรือเข้าเกณฑ์การติดเชื้อโควิด 19

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรประมาณสัดส่วนของ Cochran¹² โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และสัดส่วนที่อ้างอิงค่าขอบล่างของช่วงความเชื่อมั่นของความชุกภาวะซึมเศร้าจากการประเมินตนเองในผู้ป่วยออทิสติก เท่ากับ 0.17⁴ คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 216 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูลหรือกรณีผู้เข้าร่วมปฏิเสธการตอบแบบสอบถามรวมเป็น 259 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยแบ่งชั้นภูมิ (strata) จำแนกตามเพศและช่วงอายุ (10 - 12 ปี, 13 - 15 ปี และ 16 - 18 ปี) รวมเป็น 6 ชั้นภูมิ ตามสัดส่วนประชากรที่มารับบริการจริงในแต่ละกลุ่ม แต่ละชั้นภูมิเลือกเด็กและวัยรุ่นแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การศึกษา

เครื่องมือ

ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก รวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ผู้ปกครองร่วมกับการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วย ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางการศึกษา ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลครอบครัว รวม 21 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นเรียน ประเภทสถานศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและโรคร่วมทางจิตเวช ประวัติการรักษาด้วยยาทางจิตเวชในปัจจุบัน (ชนิดและกลุ่มยา) ประวัติโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว และการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับปรับปรุงภาษากลาง¹³ เป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) เพื่อประเมินความถี่ของอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่มีเลย 1 มีเป็นบางวัน (1 - 7 วัน) 2 มีบ่อย (มากกว่า 7 วัน) และ 3 มีทุกวัน คะแนนรวม 0 - 27 คะแนน แปลผลความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 - 6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย 13 - 18 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และ ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แบบประเมินมีความสอดคล้องภายในจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.764 โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์จุดตัด ≥ 7 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Brief Family Relationship Scale: BFRS) ฉบับภาษาไทย สำหรับเยาวชนอายุ 11 - 18 ปี⁸ ซึ่งได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว (family resilience) ของ Fok และคณะ¹⁴ เพื่อประเมินการทำหน้าที่และสัมพันธภาพในครอบครัวผ่านการประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเกื้อกูลช่วยเหลือกัน (cohesion) จำนวน 7 ข้อ ประเมินระดับ

ความผูกพัน ความอบอุ่น และการพึ่งพาอาศัยกัน 2) การแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก (expressiveness) จำนวน 5 ข้อ ประเมินความเปิดกว้างและเสรีภาพในการสื่อสารอารมณ์ความรู้สึก และ 3) ความขัดแย้งในครอบครัว (conflict) จำนวน 7 ข้อ ประเมินการทะเลาะเบาะแว้งและความตึงเครียดภายในบ้าน ข้อคำถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่จริง 1 จริงบางครั้ง และ 2 จริงเสมอ โดยในด้านความขัดแย้งในครอบครัวมีการกลับค่าคะแนน (reverse scoring) เพื่อให้คะแนนรวมสะท้อนถึงสัมพันธภาพทางบวก (การไม่มีความขัดแย้ง) คะแนนรวม 0 - 38 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.817

4. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale: RSES) ฉบับภาษาไทย¹⁵ ซึ่งได้รับการพัฒนาจากแนวคิดการประเมินการยอมรับและความพึงพอใจในตนเองในภาพรวม (global self-worth) ของ Rosenberg¹⁶ เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 5 ข้อ และข้อความเชิงลบ 5 ข้อ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีการกลับค่าคะแนนในข้อความเชิงลบ คะแนนรวม 10 - 40 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สูง แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.829

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยตามเกณฑ์จากแฟ้มเวชระเบียน จากนั้นติดต่อเด็กและวัยรุ่นและผู้ปกครองที่เข้าเกณฑ์การศึกษา เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยและนัดหมายวันและเวลาเพื่อเก็บข้อมูล แผนกผู้ป่วยนอก โดยอาจเป็นวันที่มารับบริการตามนัดหมายหรือวันที่เด็กและวัยรุ่นและผู้ปกครองสะดวก ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบเด็กและวัยรุ่นและผู้ปกครอง ณ พื้นที่รับรองเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ปกครองลงนามในหนังสือยินยอม (informed consent form) และเด็กและวัยรุ่นลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย (assent form) จึงเริ่มกระบวนการประเมินในห้องตรวจที่เป็นสัดส่วนและเงียบสงบ โดยผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติครอบครัว และข้อมูลทางคลินิก ใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นเด็กและวัยรุ่นตอบแบบประเมิน 9Q, BFRS และ RSES ด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยอำนวยความสะดวก ชี้แจงข้อคำถามอย่างเป็นกลางโดยไม่ชี้นำ และช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการอ่าน ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที รวมระยะเวลาเก็บข้อมูลต่อรายประมาณ 30 - 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละประเด็นพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลของตัวแปรที่เกี่ยวข้องครบถ้วน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปร (bivariate analysis) ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิก และสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และ 3) สถิติเชิงอนุมานพหุตัวแปร (multivariate analysis) ได้แก่ การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) เพื่อวิเคราะห์อำนาจการพยากรณ์ปัจจัยต่าง ๆ ต่อระดับคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (คะแนน 9Q) และการถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า ($9Q \geq 7$ คะแนน) โดยนำเสนอเป็นค่า adjusted odds ratio (AOR) และ 95% confidence interval (CI)

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (statistical assumptions) ของสถิติพารามิเตอร์ ได้แก่ การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (normality) ของตัวแปรต่อเนื่องด้วยค่าความเบ้ (skewness)

และความโด่ง (kurtosis) ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามด้วยแผนภาพการกระจาย (scatter plots) และตรวจสอบภาวะความแปรปรวนของเศษเหลือคงที่ (homoscedasticity) นอกจากนี้ ในการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ได้ตรวจสอบภาวะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) พบว่าค่าดัชนี variance inflation factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 5 และค่า tolerance สูงกว่า 0.2 ทุกตัวแปร ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด สำหรับการเกณฑ์การคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลพหุคูณ ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ระดับสองตัวแปรที่มีระดับ $p < .05$ ร่วมกับตัวแปรที่มีความสำคัญทางคลินิกตามการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเข้าสู่สมการด้วยวิธี enter method

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 153 คน เป็นเพศชายร้อยละ 83.7 เพศหญิงร้อยละ 16.3 มีอายุเฉลี่ย 12.35 ปี ($SD = 2.71$) กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.3 และศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลร้อยละ 70.6 ด้านประวัติการเจ็บป่วยทางกาย กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 77.8 มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 22.2 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 11.1) โรคลมชัก (ร้อยละ 2.6) และภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD (ร้อยละ 2.6) ด้านประวัติครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวชร้อยละ 22.2 และมีการใช้สารเสพติดร้อยละ 34.6 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการออทิสติกอย่างน้อย 1 ชนิด ได้แก่ risperidone, aripiprazole, methylphenidate หรือ sodium valproate

การวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างที่มีชุดข้อมูลแบบประเมินอาการซึมเศร้า (9Q) สมบูรณ์จำนวน 146 คน พบสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.4 จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็นระดับน้อยร้อยละ 13.7 ระดับปานกลางร้อยละ 6.8 และระดับรุนแรงร้อยละ 6.8 อาการซึมเศร้าที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ รู้สึกแย่กับตัวเอง ล้มเหลว หรือเป็นภาระ (ร้อยละ 85.0) ไม่สบายใจ เศร้า ท้อแท้ (ร้อยละ 75.0) และเบื่อ ไม่อยาก

ทำอะไร (ร้อยละ 67.5)

การเปรียบเทียบสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิกด้วยการทดสอบไคสแควร์พบว่า กลุ่มที่ได้รับ sodium valproate มีสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนเอกชน มีสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างของสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าในตัวแปรเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา การได้รับยาชนิดอื่น และประวัติโรคจิตเวช และการใช้สารเสพติดในครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 1

จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด มี 11 คนที่ไม่สามารถตอบแบบประเมิน BFRS และ RSES ได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากข้อจำกัดทางคลินิกด้านการสื่อสารและการเข้าใจภาษาขั้นรุนแรง จึงคงเหลือกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สันจำนวน 142 คน พบว่า คะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว และการสนับสนุนช่วยเหลือกันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ด้านการแสดงความคิดเห็นไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยใช้คะแนนรวม 9Q เป็นตัวแปรตาม พบว่า การได้รับ sodium valproate สัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ไม่ดี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 19.9 ดังแสดงในตารางที่ 3

การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก โดยใช้การมีภาวะซึมเศร้า ($9Q \geq 7$ คะแนน) เป็นตัวแปรตาม พบว่า โอกาสการมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการได้รับ sodium valproate และประเภทโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 146)

	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 106) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n = 40) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ			0.083	.773
ชาย	88 (72.1)	34 (27.9)		
หญิง	18 (75.0)	6 (25.0)		
อายุ			0.934	.626
10 - 12 ปี	62 (75.6)	20 (24.4)		
13 - 15 ปี	27 (67.5)	13 (32.5)		
16 - 18 ปี	17 (70.8)	7 (29.2)		
ระดับการศึกษา			0.777	.378
ประถมศึกษา	59 (75.6)	19 (24.4)		
มัธยมศึกษา	47 (69.1)	21 (30.9)		
ประเภทโรงเรียน			5.194	.020
รัฐบาล	79 (78.2)	22 (21.8)		
เอกชน	27 (60.0)	18 (40.0)		
การได้รับ sodium valproate			6.437	.010
ไม่ได้รับ	93 (76.9)	28 (23.1)		
ได้รับ	13 (52.0)	12 (48.0)		
การได้รับ risperidone			1.045	.306
ไม่ได้รับ	28 (66.7)	14 (33.3)		
ได้รับ	78 (75.0)	26 (25.0)		
การได้รับ methylphenidate			0.383	.535
ไม่ได้รับ	34 (69.4)	15 (30.6)		
ได้รับ	72 (74.2)	25 (25.8)		
การใช้อื่น/อาหารเสริม			1.662	.197
ไม่มี	93 (71.0)	38 (29.0)		
มี	13 (86.7)	2 (13.3)		
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว			1.033	.309
ไม่มี	79 (70.5)	33 (29.5)		
มี	27 (79.4)	7 (20.6)		
ประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัว			2.988	.083
ไม่มี	72 (77.4)	21 (22.6)		
มี	34 (64.2)	19 (35.8)		

ตารางที่ 2 สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 142)

	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว (BFRS)	-0.325	< .001
การสนับสนุนช่วยเหลือกัน	-0.289	< .001
การแสดงความคิดเห็น	-0.092	.274
การไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว	-0.315	< .001
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (RSES)	-0.294	< .001

BFRS = Brief Family Relationship Scale, RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale

ทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับยามีโอกาสมีภาวะซึมเศร้า 3.54 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้รับยา และกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนเอกชนมีภาวะซึมเศร้า 2.73 เท่าของกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาล ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้พบสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยสูงในกลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มารับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิสูงถึงร้อยละ 27.4 ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกในปัจจุบันที่เป็นการประเมินตนเองของผู้ป่วยจากการวิเคราะหภูมิานของ Hudson และคณะ⁴ ที่พบร้อยละ 25.9 ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการคัดกรองอาการแสดงในจุดเวลาปัจจุบัน (point prevalence) ผ่านแบบประเมินตนเองในบริบทของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยมักมีความซับซ้อนของโรคและมีความเปราะบางทางอารมณ์สูงกว่าผู้ป่วยในบริบทอื่น ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคเชิงระบบ (systemic barriers) ในการให้บริการสุขภาพจิต แม้ในบริบทของสถานพยาบาลตติยภูมิที่มีความพร้อมของผู้เชี่ยวชาญก็ตาม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านภาระงานและเวลาของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยออทิสติกมักมุ่งเน้นไปที่การจัดการอาการแกนหลักของโรค (core autistic traits) พฤติกรรมก่อกวนหรือปัญหาพัฒนาการที่เร่งด่วนเป็นสำคัญ อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์อาจมีความคุ้นเคยกับการใช้แบบคัดกรอง 9Q

ในกลุ่มประชากรทั่วไปมากกว่า และอาจมีสมมติฐานว่าผู้ป่วยออทิสติกไม่สามารถตอบแบบประเมินตนเองได้ จึงทำให้ไม่ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเชิงรุก ตามมาตรฐานประจำวันสำหรับผู้ป่วยออทิสติกทุกราย^{17,18}

สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อพิจารณารายด้าน การไม่มีความขัดแย้งในครอบครัวและการสนับสนุนช่วยเหลือกันเป็นด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว โดยการที่บรรยากาศในบ้านมีความขัดแย้งต่ำช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและความเครียดเรื้อรัง (allostatic load) ของเด็กและวัยรุ่นออทิสติก ที่มักมีความเปราะบางต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์อยู่แล้ว ส่วนการเกื้อกูลช่วยเหลือกันช่วยสร้างความอบอุ่นในครอบครัว ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) และเป็นพื้นที่ปลอดภัย (safe haven) ที่ช่วยลดความตึงเครียดสะสมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย⁷ ขณะที่สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการแสดงความคิดเห็นไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งอาจอธิบายได้จากข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการทำความเข้าใจภาษา (pragmatic language deficits) ที่เป็นลักษณะแกนหลักของโรคออทิสติก ทำให้การแสดงออกทางวาจาหรือการแลกเปลี่ยนความรู้สึก

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณของความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (คะแนน 9Q) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 142)

	B	SE	Beta	t	p-value
การได้รับ sodium valproate	5.902	1.811	.250	3.258	.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	-0.223	0.086	-.217	-2.590	.011
ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง	-0.431	0.191	-.188	-2.258	.026
ค่าคงที่	29.891	5.836		5.121	< .001

หมายเหตุ : R = .446, R² = .199, Adjusted R² = 0.182, F = 11.431, p < .001

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกของการมีภาวะซึมเศร้า (9Q ≥ 7 คะแนน) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 142)

	B	SE	Wald	p-value	AOR (95% CI)
การได้รับ sodium valproate : ได้รับ	1.265	0.473	7.158	.007	3.54 (1.40 - 8.95)
ประเภทโรงเรียน : เอกชน	1.002	0.405	6.129	.013	2.73 (1.23 - 6.03)
ค่าคงที่	-1.581	0.282	31.338	< .001	

หมายเหตุ : -2 Log likelihood = 159.378, Cox & Snell R² = .044, Nagelkerke R² = .070

ภายในบ้านอาจไม่ใช่ช่องทางหลักในการระบายอารมณ์หรือลดทอนความทุกข์ใจสำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอาจมีลักษณะสองทิศทาง (bidirectional relationship) กล่าวคือ เด็กและวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือมีความหงุดหงิดสูง อาจส่งผลกระทบย้อนกลับทำให้เกิดความตึงเครียดและความขัดแย้งในครอบครัวเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน^{19,20}

สำหรับปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองความเปราะบาง (vulnerability model of low self-esteem)²¹ โดยบุคคลที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักมีกระบวนการคิดเชิงลบต่อตนเอง (negative self-evaluations) รู้สึกไร้ความสามารถ และมองตนเองเป็นภาระ¹⁶ ซึ่งเป็นอาการที่พบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ ในทางตรงกันข้าม การมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นเกราะป้องกันทางจิตใจ (psychological buffer) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและรับมือกับความผิดหวังในชีวิตได้ดีขึ้น¹⁶ ทั้งนี้ อาการซึมเศร้าเรื้อรังอาจส่งผลบั่นทอนความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยได้เช่นกัน หรืออาจมีปัจจัยแทรกซ้อนภายนอก เช่น ปัญหาความสัมพันธ์หรือความกดดันที่โรงเรียน ซึ่งส่งผลกระทบทางลบต่อทั้งระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นพร้อมกัน²²

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ sodium valproate มีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 3.5 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้รับยา ทั้งนี้ ในทางคลินิก ยาชนิดนี้มักถูกสั่งจ่ายเพื่อควบคุมอาการหงุดหงิดและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง⁶ ผลการศึกษาดังกล่าวจึงอาจสะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์การบดบังทางารวินิจฉัย (diagnostic overshadowing)²³ ที่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นออทิสติกถูกบดบังด้วยพฤติกรรมภายนอก เช่น อาการก้าวร้าว อาละวาด หรือดื้อต่อต้าน ทั้งที่เป็นลักษณะแกนหลักของโรค (depressive symptoms obscured by core traits or irritability)¹⁸ และที่เป็นอาการแสดงในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถสื่อสารอารมณ์เศร้าได้โดยตรง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์จึงควรทบทวนและประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับยาปรับอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ

โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ในบริบททางการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนเอกชนมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 2.7 เท่าของกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาล ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับแรงกดดันด้านการแข่งขันทางวิชาการ ความคาดหวังของครอบครัว หรือความยืดหยุ่นของระบบการดูแลเด็กพิเศษที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่สำรวจบริบททางการศึกษาในเชิงลึก เช่น การกลั่นแกล้ง (bullying) ในโรงเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและครู เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่รอบด้านยิ่งขึ้น^{10,11,22} ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุและระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในประชากรวัยรุ่นทั่วไปที่มักพบภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามวัย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยออทิสติกต้องเผชิญกับความยากลำบากในการปรับตัวทางสังคมและพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในทุกช่วงวัย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าระหว่างช่วงวัย โดยเฉพาะบทบาทของการสนับสนุนและความสามารถในการปรับตัวเพื่อนำไปสู่การออกแบบแนวทางการป้องกันและดูแลผู้ป่วยออทิสติกที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของการวินิจฉัยและการดูแลภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติก รวมทั้งสนับสนุนการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุก การส่งเสริมปัจจัยปกป้องทางจิตสังคมที่มุ่งเน้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว การพัฒนาแนวทางการดูแลที่คำนึงถึงบริบทของครอบครัวและสถานศึกษา การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และการประเมินติดตามต่อเนื่องในประชากรกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณาก่อนการนำผลไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ 1) รูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง จึงมีข้อจำกัดในการสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship) ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ 2) การศึกษานี้ประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9Q ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นที่อาศัยการรายงานตนเองของผู้ตอบ โดยไม่ได้ใช้การประเมินจากผู้ปกครองหรือการตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานทางคลินิก จึงอาจมีความคลาดเคลื่อน

จากอคติจากการรายงานตนเอง (self-report bias) 3) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่รวบรวมได้จริงน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดเนื่องจากข้อจำกัดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล และข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการเข้าใจภาษาขั้นรุนแรงของผู้ป่วยออทิสติกบางราย จึงอาจส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) และ 4) การศึกษาดำเนินการในบริบทของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความซับซ้อนของอาการทางคลินิกสูง จึงอาจจำกัดความสามารถในการนำผลการศึกษาไปสรุปอ้างอิง (generalizability) ยังประชากรเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในชุมชนหรือบริบทอื่น

การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มความแม่นยำในกระบวนการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า โดยอาจพิจารณาใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน เช่น Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) และ Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-Kid) ร่วมกับการตรวจประเมินโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่เป็นอิสระ (blinded clinical evaluation) หรือพิจารณาเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง (multi-informant approach) ทั้งจากตัวผู้ป่วย ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลที่โรงเรียน และมีการติดตามระยะยาวไปข้างหน้า (prospective longitudinal study) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการในช่วงเวลาต่าง ๆ ตลอดจนสำรวจปัจจัยแวดล้อมทางการศึกษาในเชิงลึกดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการคัดกรอง การป้องกัน และการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าที่จำเพาะเจาะจงกับเด็กและวัยรุ่นออทิสติกต่อไป

สรุป

การศึกษานี้พบสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกสูงถึงร้อยละ 27.4 โดยความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว การมีภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์กับการได้รับ sodium valproate และประเภทของโรงเรียน ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการวินิจฉัยและการดูแลภาวะซึมเศร้า แม้ในบริบทของสถานพยาบาลตติยภูมิ ตลอดจนปัญหาความเหมาะสมของ

การประเมินทางคลินิกและการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการและพฤติกรรมในประชากรกลุ่มนี้ ดังนั้น การเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุก การทบทวนการวินิจฉัยร่วมและความเหมาะสมของการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว จึงอาจช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมและทันทั่วถึง ตลอดจนเสริมสร้างเกราะป้องกันทางจิตใจและแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นออทิสติก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรจากสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านสถานที่และสนับสนุนกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้มีพันธ

แพรว ไตลิ่งคะ : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและปรับปรุงบทความต้นฉบับ ; สุนทรี ศรีโกสย : ออกแบบการวิจัย ทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูล ปรับปรุงบทความต้นฉบับ ; นพวรรณ บัวทอง : เก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานการวิจัย ตรวจสอบบทความต้นฉบับ ; อัสนีย์พร กุนแจ : เก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานการวิจัย ตรวจสอบบทความต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Le Couteur A, Szatmari P. Autism spectrum disorder. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, editors. Rutter's child and adolescent psychiatry. 6th ed. West Sussex: John Wiley & Sons; 2015. p. 665-82.
2. Hull L, Petrides KV, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S, Lai MC, et al. "Putting on my best normal": social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. J Autism Dev Disord. 2017;47(8):2519-34. doi:10.1007/s10803-017-3166-5.
3. Richa S, Fahed M, Khoury E, Mishara B. Suicide in autism spectrum disorders. Arch Suicide Res. 2014;18(4):327-39. doi:10.1080/13811118.2013.824834.
4. Hudson CC, Hall L, Harkness KL. Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: a meta-analysis. J Abnorm Child Psychol. 2019;47(1):165-75. doi:10.1007/s10802-018-0402-1.

5. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K. Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2019;55:80-9. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.09.004.
6. Hollander E, Chaplin W, Soorya L, Wasserman S, Novotny S, Rusoff J, et al. Divalproex sodium vs placebo for the treatment of irritability in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(4):990-8. doi:10.1038/npp.2009.202.
7. Halstead E, Ekas N, Hastings RP, Griffith GM. Associations between resilience and the well-being of mothers of children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *J Autism Dev Disord*. 2018;48(4):1108-21. doi:10.1007/s10803-017-3447-z.
8. Srikosai S, Khamfou C, Thakham A, Wongmueang N, Wongpothi U, Katearnkul P, et al. The validity and reliability of the brief family relationship scale (BFRS) for applying in Thai youth. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2022;67(4):329-41. (in Thai)
9. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2012;200(4):290-9. doi:10.1192/bjp.bp.111.101253.
10. De-la-Iglesia M, Olivar J. Risk factors for depression in children and adolescents with high functioning autism spectrum disorders. *ScientificWorldJournal*. 2015; 2015:127853. doi:10.1155/2015/127853.
11. Hedley D, Uljarević M, Foley KR, Richdale A, Trollor J. Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. *Depress Anxiety*. 2018;35(7):648-57. doi:10.1002/da.22759.
12. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
13. 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)
14. Fok CC, Allen J, Henry D, Team PA. The brief family relationship scale: a brief measure of the relationship dimension in family functioning. *Assessment*. 2014;21(1): 67-72. doi: 10.1177/107319111425856.
15. Piyavhatkul N, Aroonpongpaisal S, Patjanasoonorn N, Rongbuttsri 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.
16. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
17. Gledhill J, Hodes M. Depression and suicidal behaviour in children and adolescents. In: Gledhill J, Hodes M, editors. *Child psychology and psychiatry: frameworks for practice*. 2nd ed. United Kingdom: Wiley Blackwell; 2011. p. 187-92.
18. Boonsithi W. Autism spectrum disorder. In: Boonsithi W, editor. *Child and adolescent psychiatry in clinical practice*. Bangkok: P.A. Living; 2021. p. 61-84, 299-319. (in Thai)
19. Chen P, Harris KM. Association of positive family relationships with mental health trajectories from adolescence to midlife. *JAMA Pediatr*. 2019;173(12): e193336. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3336.
20. Ozturk Y, Onat M, Ozyurt G, Mutlu C, Tufan AE, Akay AP. Relationships between family functioning, parenting and peer victimization in adolescent depression: a cross-sectional study. *North Clin Istanb*. 2021;8(3):212-21. doi:10.14744/nci.2020.36744.
21. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2013;139(1): 213-40. doi:10.1037/a0028931.
22. Cappadocia MC, Weiss JA, Pepler D. Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2012;42(2): 266-77. doi:10.1007/s10803-011-1241-x.
23. Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J. Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. *J Autism Dev Disord*. 2002;32(4):299-306. doi:10.1023/a:1016330802348.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568)

วันรับ : 18 พฤษภาคม 2569

วันแก้ไข : 19 มิถุนายน 2569

วันตอบรับ : 22 มิถุนายน 2569

ศิริศักดิ์ อธิติกรรัตน์, พ.บ.¹, วรพรรณ จุฑา, กศ.ม.²,

กมลลักษณ์ มากคล้าย, ส.บ.³, นพพร ดันติรังสี, พร.ด.⁴

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี¹,

ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี²,

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี³,

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์และฉบับย่อ

วิธีการ : พัฒนาแบบวัดโดยต่อยอดจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2550) และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และคุณภาพทางภาษา จากนั้นนำแบบวัดไปตรวจสอบคุณภาพในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,837 คน จาก 4 ภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร โดยตรวจสอบคุณภาพรายข้อและคัดเลือกข้อคำถามด้วยทฤษฎีการตอบสนองข้อคำถาม ตรวจสอบความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ เชิงยืนยันอันดับสอง จำแนกระดับสุขภาพจิตและกำหนดคะแนนจุดตัดด้วยการวิเคราะห์กลุ่มแฝง และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างฉบับด้วย Cohen's kappa coefficient

ผล : ได้แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับย่อ 20 ข้อและ 14 ข้อ โดยทั้ง 3 ฉบับครอบคลุมองค์ประกอบของสุขภาพจิต 4 ด้าน (สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .939, .892 และ .870 ตามลำดับ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง พบว่า โมเดลของทั้ง 3 ฉบับมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี การวิเคราะห์กลุ่มแฝงสนับสนุนการจำแนกสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี และควรได้รับการดูแล แบบวัดฉบับ 20 ข้อและ 14 ข้อมีความสอดคล้องกับฉบับ 56 ข้อ ในระดับสูงและมีนัยสำคัญ โดยมี Cohen's kappa เท่ากับ .836 และ .788 ตามลำดับ

สรุป : แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ทั้งฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และฉบับย่อ 20 ข้อและ 14 ข้อ มีความสอดคล้องภายในและความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และให้ผลการประเมินที่สอดคล้องกัน สามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยและการประเมินระดับสุขภาพจิตของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

คำสำคัญ : การพัฒนาเครื่องมือ, ความตรงเชิงโครงสร้าง, คุณสมบัติทางจิตมิติ, ทฤษฎีการตอบสนองข้อคำถาม, แบบวัดสุขภาพจิต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรพรรณ จุฑา ; e-mail: wwanchutha@gmail.com

Original article

Results of development of the Thai Mental Health Index (the Revised 2025 edition)

Received : 18 May 2026

Revised : 19 June 2026

Accepted : 22 June 2026

Sirisak Thitidirokrat, M.D.¹, Worawan Chutha, M.Ed.²,Kamonluck Makkhlai, B.P.H.³, Nopporn Tantirangsee, Ph.D.⁴Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province, Thailand¹,Retired Senior, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province, Thailand²,

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

Nonthaburi Province, Thailand³,

Mental Health Service Administration Division, Department of Mental Health,

Nonthaburi Province, Thailand⁴

Abstract

Objective: To develop and evaluate the psychometric properties of the Thai Mental Health Index, including the full and short forms.

Methods: The instrument was developed based on the Thai Mental Health Indicator (2007 edition), followed by content validity and cognitive debriefing. The instrument was then administered to 1,837 Thai people aged 15 years and older from four regions of Thailand and Bangkok. Items were examined for quality and selected using item response theory (IRT). Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha coefficient, while construct validity was examined using second-order confirmatory factor analysis (CFA). Mental health levels and cut-off scores were established using latent class analysis (LCA). Agreement between the different forms was assessed using Cohen's kappa coefficient.

Results: The Thai Mental Health Index-Revised 2025 version (TMHI-R) was developed in three forms: a 56-item full version (TMHI-R-56) and 20- and 14-item short versions (TMHI-R-20 and TMHI-R-14, respectively). All three forms covered four domains of mental health (mental stage, mental capacity, mental quality, and supporting factor), with Cronbach's alpha coefficients of .939, .892, and .870, respectively. Second-order CFA demonstrated good model fit with the empirical data for all three forms. LCA supported the classification of mental health into three levels: very good, good, and requiring care. The 20- and 14-item versions showed high and significant agreement with the 56-item version, with Cohen's kappa coefficients of .836 and .788, respectively.

Conclusion: The TMHI-R, comprising the 56-item full version and the 20-item and 14-item short forms, demonstrated acceptable internal consistency and construct validity, with comparable assessment results across forms. The instruments can be used for research and assessment of the mental health of Thai population aged 15 and older.

Keywords: construct validity, instrument development, item response theory, mental health assessment, psychometric properties

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

ความรู้เดิม : ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2550) ฉบับ 55 ข้อ (TMHI-55) พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทสังคม ณ ขณะนั้น ขณะที่การเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยตลอดสองทศวรรษที่ผ่านมาอาจส่งผลให้การรับรู้ต่อนิยามและองค์ประกอบของสุขภาพจิตของประชากรไทยเปลี่ยนไปจากเดิม จึงควรมีการทบทวนความเหมาะสมและปรับปรุงแบบวัด รวมถึงการทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติและการจำแนกระดับสุขภาพจิต ที่สะท้อนคุณลักษณะของประชากรไทยในบริบทปัจจุบัน

ความรู้ใหม่ : แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ได้รับการพัฒนาโดยต่อยอดจาก TMHI-55 และการตรวจสอบคุณภาพตามกระบวนการมาตรฐาน โดยพัฒนาเป็นฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ และคัดเลือกข้อคำถามเป็นฉบับย่อ 20 ข้อและ 14 ข้อ การตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติพบว่า แบบวัดทั้ง 3 ฉบับครอบคลุมองค์ประกอบของสุขภาพจิต 4 ด้าน ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน มีความสอดคล้องภายในและความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และให้ผลการประเมินที่สอดคล้องกัน โดยสามารถจำแนกสุขภาพจิตได้ 3 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี และควรได้รับการดูแล

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถใช้ในการศึกษาวิจัยและประเมินสุขภาพจิตประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาผู้ที่ควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตหรือควรได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะโดยรวมที่ครอบคลุมทั้งภาวะอารมณ์ความสามารถในการปรับตัวและการดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม มิได้หมายถึงเพียงการปราศจากโรคจิตเวชเท่านั้น¹ โดยบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถจัดการความเครียดและดำรงบทบาทและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเหมาะสม แม้มีความเจ็บป่วยทางกาย²⁻⁴ ทั้งนี้ สุขภาพจิตได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ⁵

การเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งภัยธรรมชาติ โรคระบาดอุบัติใหม่ ความขัดแย้งทั้งภายใน

และระหว่างประเทศ ความผันผวนทางการเมืองและเศรษฐกิจ ตลอดจนการเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัล ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย⁶⁻⁹ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้การประเมินสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เป็นกลไกสำคัญในการติดตามแนวโน้มและความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตในระดับประชากร รวมถึงการค้นหาและจำแนกผู้ที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตหรือควรได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพจิตต่อไป เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่¹

ที่ผ่านมากรมสุขภาพจิตได้พัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550 รวม 3 ฉบับ โดยฉบับ พ.ศ. 2550 (Thai mental health Indicator: TMHI-55) ได้รับการพัฒนาโดยมุ่งเน้นการประเมินองค์ประกอบของสุขภาพจิต 4 ด้าน ได้แก่ สภาพจิตใจ (mental state) สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) คุณภาพของจิตใจ (mental quality) และปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) มีข้อคำถามรวม 55 ข้อ แบ่งเป็น 15 องค์ประกอบย่อย การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างคนไทย 3,184 คนมีการจำแนกระดับสุขภาพจิตในคนไทยอายุ 15 - 60 ปีเป็น 3 ระดับ โดยอิงค่าปกติ (norm) ของคะแนนรวมของ TMHI-55 ได้แก่ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (179 - 220 คะแนน) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (158 - 178 คะแนน) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 157 คะแนน)¹⁰

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการสำรวจระดับประเทศของไทยในปี พ.ศ. 2561 ได้สะท้อนความแตกต่างของระดับสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประชากรกลุ่มต่าง ๆ และพบข้อจำกัดสำคัญในด้านความครอบคลุมของมิติสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป^{11,12} นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเนื้อหา พบว่าข้อคำถามบางส่วนมีความใกล้เคียงกันในเชิงแนวคิด เช่น ข้อคำถามด้านความพึงพอใจและความรู้สึกเชิงบวกที่มีในระดับใกล้เคียงกันหลายข้อ เช่น “ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต” “ท่านรู้สึกสบายใจ” และ “ท่านรู้สึกสดชื่นเบิกบานใจ” รวมทั้งข้อคำถามด้านอารมณ์เชิงลบ เช่น “ท่านรู้สึกกังวลใจ” “ท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ” และ “ท่านรู้สึกโกรธหงุดหงิดง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ” จึงควรมีการทบทวน

ความเหมาะสมของข้อคำถามและโครงสร้างของเครื่องมือเดิม และการปรับปรุงโดยพิจารณาความครอบคลุม ความเกี่ยวข้อง ความซ้ำซ้อน และความเป็นปัจจุบันของข้อคำถาม ตลอดจนการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติตามหลักการและแนวทางสากลของการพัฒนาเครื่องมือวัด และการจำแนกระดับสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับลักษณะแฝงที่แตกต่างกันของประชากรไทยในปัจจุบัน¹³⁻¹⁵

นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาเครื่องมือฉบับย่อควบคู่กัน เพื่อใช้ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและการะของผู้ตอบ เช่น การประเมินในบริการปฐมภูมิ การสำรวจในประชากรจำนวนมาก และการประเมินซ้ำหรือต่อเนื่อง เนื่องจากเครื่องมือที่มีจำนวนข้อคำถามมากอาจเพิ่มภาระของผู้ตอบแบบสอบถาม และจำกัดการนำไปใช้จริง ทั้งนี้ การลดจำนวนข้อคำถามควรคงความครอบคลุมโมทัศน์ที่ต้องการวัด (construct) และคุณสมบัติทางจิตมิติที่สำคัญของเครื่องมือไว้^{14,16}

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับย่อ โดยต่อยอดจาก TMHI-55 รวมทั้งพัฒนาเกณฑ์การแปลผลและจำแนกระดับสุขภาพจิตที่เหมาะสม เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตของคนไทย

วิธีการ

การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของเครื่องมือวัด ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 002/2568 วันที่ 28 มกราคม 2568 ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

การพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ฉบับสมบูรณ์

คณะผู้วิจัยดำเนินการพัฒนา 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแบบวัดและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยใช้โครงสร้างและข้อคำถามของ TMHI-55 เป็นฐาน ร่วมกับการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคมไทย และการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบวัดสุขภาพจิตในบริบทสังคมปัจจุบัน เพื่อจัดทำร่างข้อคำถาม โดยผู้วิจัยได้รับการอนุญาตและความเห็นชอบในการปรับปรุง

TMHI-55 ตามกลไกบริหารโครงการของกรมสุขภาพจิต ณ วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ก่อนดำเนินการพัฒนาแบบวัด จากนั้นนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ที่มีความเชี่ยวชาญครอบคลุมสาขาจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ระบาดวิทยา สุขภาพจิต พฤติกรรมศาสตร์และการวิจัย สาธารณสุข และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งมีประสบการณ์ในการพัฒนาเครื่องมือด้านสุขภาพ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการของโครงสร้างแบบวัด ครอบคลุมเนื้อหาความเหมาะสมกับบริบทสังคมปัจจุบัน และความเหมาะสมของเกณฑ์การวัด จำนวน และระดับของตัวเลือกคำตอบ ด้วยการประเมินดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) รายข้อคำถาม โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์ด้านความตรงเชิงเนื้อหา¹⁷ ทั้งนี้ การตัดสินใจคงไว้ ปรับปรุง หรือตัดข้อคำถามออกพิจารณาทั้งค่า IOC และข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แบบวัดมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับโครงสร้างที่ต้องการวัดและบริบทของสังคมไทยในปัจจุบัน

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพทางภาษา (cognitive debriefing) ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เลย นครราชสีมา นนทบุรี กรุงเทพมหานคร สงขลา และปัตตานี ณ หน่วยบริการสาธารณสุข/ชุมชน ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข คัดเลือกผู้เข้าร่วมแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามช่วงวัย และเพศ เพื่อให้ครอบคลุมความหลากหลายของลักษณะทางประชากรศาสตร์และบริบททางภาษาและวัฒนธรรม โดยในแต่ละจังหวัดจัดแบ่งผู้เข้าร่วมเป็น 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี กลุ่มอายุ 25 - 40 ปี กลุ่มอายุ 41 - 60 ปี กลุ่มชายอายุ 15 ปีขึ้นไป และกลุ่มหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป แต่ละกลุ่มย่อยมีผู้เข้าร่วมกลุ่มละ 8 - 10 คน โดยไม่ซ้ำกัน รวมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งหมด 280 - 350 คน การสนทนากลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้าใจและการตีความข้อคำถามในประเด็นสำคัญ 4 มิติ ได้แก่ การเจ็บป่วยและการรับบริการในชุมชน ความรู้สึกทางลบและการปรับตัว การสร้างความสัมพันธ์ และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทั้งนี้ ระหว่างการสนทนากลุ่มมีการใช้คำถามเจาะลึกเพิ่มเติม

(probing questions) เช่น “ที่ตอบว่าระดับปานกลางหมายความว่าอย่างไร” “มีส่วนไหนของคำถามที่ทำให้ท่านลังเลในการตอบหรือไม่” เพื่อสำรวจวิธีคิดและเหตุผลในการตอบของผู้เข้าร่วม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมารวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อพิจารณาปรับปรุงถ้อยคำของข้อคำถามให้เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายและบริบททางสังคมไทย

ระยะที่ 3 การทดสอบนำร่องกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล (pilot testing of data collection procedures) โดยจำลองกระบวนการจัดเก็บข้อมูลเสมือนจริงกับกลุ่มตัวอย่างนำร่องที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน ครอบคลุมทุกช่วงวัยและเพศ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของกระบวนการเก็บข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ ความชัดเจนของขั้นตอนการเก็บข้อมูล การใช้แบบวัดออนไลน์ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูล จากนั้นจึงนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์เพื่อพิจารณาปรับปรุงเครื่องมือและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนนำไปใช้ในการฝึกอบรมทีมเก็บข้อมูลภาคสนามเพื่อกำหนดมาตรฐานการควบคุมคุณภาพของข้อมูล ทั้งนี้ก่อนการปฏิบัติงานภาคสนาม ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามทุกคนได้รับการฝึกอบรมตามขั้นตอนและมาตรฐานเดียวกัน และผ่านการประเมินความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินหลายคน (inter-rater reliability) จากการชมวิดีโอทัศนสาธิตการสัมภาษณ์ตัวอย่าง 2 คน และบันทึกคำตอบอย่างเป็นอิสระ จากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณค่า Fleiss' Kappa coefficient

การตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ฉบับสมบูรณ์

ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2568 ในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จาก 4 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการขยายโครงสร้างอายุของกลุ่มประชากรเป้าหมายเดิมของ TMHI-55 ที่ใช้สำหรับคัดกรองในคนไทยอายุ 15 - 60 ปี ทำให้สามารถครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุด้วย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ สัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่จริงในครัวเรือนส่วนบุคคล ในชุมชนที่สุ่มได้อย่างน้อย 1 ปี และสามารถสื่อสาร

ภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อาศัยในครัวเรือนสถาบัน เช่น ค่ายทหาร เรือนจำ โรงเรียนประจำ สถานศึกษา และหอพักประจำ เป็นไข้ หูหนวก ป่วยหนัก หรือไม่รู้สีกตัว

การกำหนดขนาดตัวอย่างอ้างอิงคำแนะนำสำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation modeling: SEM) ที่ระบุว่า จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำ 500 คน ต่อกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาถือว่าเป็นขนาดตัวอย่างในระดับดีมาก (very good) ที่ช่วยให้การวิเคราะห์เชิงโครงสร้างมีเสถียรภาพและผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือ¹⁸ โดยกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี กลุ่มอายุ 25 - 59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมเป็น 1,500 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาปรับขนาดตัวอย่างด้วยค่า design effect (DEFF) เพื่อชดเชยความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling)¹⁹ จากสูตร $n_{\text{adjusted}} = n \times \text{DEFF}$ โดยการศึกษาที่กำหนดค่า DEFF เท่ากับ 1.2 ซึ่งอ้างอิงการสำรวจระดับประเทศที่ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน²⁰ จึงได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 1,800 คน

สำหรับขนาดตัวอย่างในแต่ละภาค กำหนดตามสัดส่วนขนาดประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในภาคนั้น ๆ ($n_{\text{ภาค}} = n_{\text{adjusted}} \times \text{ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในภาค/ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งประเทศ}$)²¹ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 1,875 คน เพื่อให้จำนวนตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชนมี 25 คนเท่ากัน ดังนั้น ภาคเหนือเก็บ 300 คน ตะวันออกเฉียงเหนือ 475 คน กลาง (รวมตะวันออก) 600 คน ได้ 250 คน และกรุงเทพมหานคร 250 คน

แผนการสุ่มตัวอย่างแต่ละขั้นในส่วนภูมิภาค มีดังนี้

- 1) การสุ่มจังหวัด โดยจัดภาคเป็น 4 ชั้นภูมิ และแยกกลุ่มจังหวัดเป็นขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก ตามเกณฑ์ขนาดประชากร พื้นที่ และเศรษฐกิจ²² แล้วใช้การสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนขนาดและจำนวนจังหวัดในแต่ละภาค สุ่มได้ภาคเหนือ 3 จังหวัด ตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด กลาง 4 จังหวัด และได้ 3 จังหวัด รวม 14 จังหวัด และกำหนดขนาดตัวอย่างแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในภาค
- 2) การสุ่มเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบเพื่อเลือกเทศบาล/อบต. ตามจำนวนที่กำหนดไว้ในแต่ละจังหวัด โดยจัดเรียง

บัญชีรายชื่อเทศบาล (เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล) และบัญชีรายชื่อ อบต. ในแต่ละจังหวัดตามบัญชีรายชื่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)^{23,24} แล้วคำนวณช่วงห่างการสุ่มตามจำนวนเทศบาล/อบต. ที่ต้องสุ่มในจังหวัด รวมเทศบาลทั้งหมด 28 แห่ง และอบต. ทั้งหมด 37 แห่ง 3) การสุ่มชุมชน ทำการสุ่มอย่างง่ายตามจำนวนชุมชน/หมู่บ้านที่กำหนดในแต่ละเทศบาล/อบต. รวมชุมชน/หมู่บ้านทั้งหมด 65 แห่ง และ 4) การสุ่มบุคคล ทำการสุ่มแบบกำหนดโควตาชุมชนละ 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี 10 คน กลุ่มอายุ 25 - 59 ปี 8 คน และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 7 คน ซึ่งอิงสัดส่วนตามความชุกของการมีปัญาสุขภาพจิตอย่างใดอย่างหนึ่งในแต่ละช่วงอายุ²⁵ และในแต่ละกลุ่มอายุเลือกตัวอย่างเพศชายและหญิงเป็นสัดส่วน 1:1 ยกเว้นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เลือกเพศชายและหญิงเป็นสัดส่วน 3:4 หรือ 4:3 รวมตัวอย่างในส่วนภูมิภาคทั้งหมด 1,625 คน

สำหรับกรุงเทพมหานคร ทำการสุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกันกับส่วนภูมิภาค ดังนี้ 1) การสุ่มเขต จัดกลุ่มเขตเป็นพื้นที่ชั้นใน ชั้นกลาง และชั้นนอก และสุ่มเขตในแต่ละกลุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่าย รวม 6 เขต 2) การสุ่มแขวง ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ รวม 10 แขวง 3) การสุ่มชุมชน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย รวม 10 แห่ง และ 4) สุ่มบุคคลชุมชนละ 25 คนเช่นเดียวกับส่วนภูมิภาค รวมตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร 250 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการแบบออนไลน์ผ่าน Google Form เข้าถึงด้วย QR code ที่บ้านของตัวอย่าง สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านของตัวอย่าง หรือศาลา/สถานที่สาธารณะที่ใช้ร่วมกันในหมู่บ้าน/ชุมชนของตัวอย่าง โดยผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม ซึ่งเป็นสหวิชาชีพสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมและการประเมินความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน ส่ง QR code ให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่านโทรศัพท์มือถือของตนเอง หรือผ่านอุปกรณ์ของทีมวิจัยภาคสนาม เจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ โดยตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบวัดด้วยตนเอง ทั้งนี้ กรณีพื้นที่ที่ไม่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ จะดำเนินการเก็บข้อมูลในรูปแบบกระดาษ (paper-based version)

ก่อนการเก็บข้อมูลตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยจากผู้วิจัยภาคสนามแบบตัวต่อตัว โดยเมื่อตัวอย่างกดยินยอมเข้าร่วมโครงการ ระบบจะนำเข้าสู่การถาม-ตอบข้อคำถาม กรณีที่ตัวอย่างไม่ยินยอมระบบจะนำเข้าสู่การยุติการเก็บข้อมูล แบบสอบถามออนไลน์ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ ส่วนที่ 2 การประเมินตนเองด้านสุขภาพ 4 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ โดยคำถามทุกข้อถูกกำหนดให้ต้องมีการบันทึกการตอบจึงข้ามไปข้อต่อไปได้ ภายหลังกตอบแบบสอบถาม ตัวอย่างทุกคนได้รับแผ่นพับความรู้ที่มีเนื้อหาครอบคลุมลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี การคลายทุกข์และสร้างสุข และช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ

การพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ฉบับย่อ

หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดฉบับสมบูรณ์แล้ว ดำเนินการคัดเลือกข้อคำถามเพื่อพัฒนาเป็นแบบวัดฉบับย่อ โดยตรวจสอบคุณภาพรายข้อด้วยทฤษฎีการตอบสนองข้อคำถาม (item response theory: IRT) และพิจารณาค่าอำนาจจำแนก (discrimination) ค่าขีดเริ่มเปลี่ยน (threshold) และค่าเฉลี่ยสารสนเทศของข้อคำถาม (item average information) โดยให้ความสำคัญกับข้อคำถามที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและให้สารสนเทศสูงสุดในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อให้ได้แบบวัดที่กระชับ ใช้เวลาน้อยที่สุดในการประเมิน แต่ยังคงครอบคลุมองค์ประกอบของสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้เก็บข้อมูลภาคสนามหรือผู้ได้รับมอบหมายดำเนินการจัดการข้อมูลและการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลโดยหากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนการตอบแบบเหมารวมตัวเลือกเดียวตลอดแบบวัด หรือการใช้เวลาตอบสั้นผิดปกติ จะถูกคัดออกจากการวิเคราะห์ ส่วนข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์จะนำไปทำความสะอาดข้อมูล (data cleaning) ลงรหัสตัวแปร และประมวลผลทางสถิติตามวัตถุประสงค์ต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (จำนวน) ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายลักษณะของ

กลุ่มตัวอย่างและคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ ตรวจสอบคุณภาพรายข้อจาก IRT โดยพิจารณาค่าอำนาจจำแนก ค่าขีดเริ่มเปลี่ยน และค่าเฉลี่ยสารสนเทศของข้อคำถาม ตรวจสอบความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficients) ระหว่างคะแนนรวมกับคะแนนองค์ประกอบย่อยแบบวัดร่วมกับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (second-order confirmatory factor analysis: CFA) โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล ได้แก่ χ^2 , root mean square error of approximation (RMSEA), standardized root mean square residual (SRMR), comparative fit index (CFI) และ Tucker-Lewis index (TLI) และวิเคราะห์กลุ่มแฝง (latent class analysis: LCA) เพื่อจำแนกระดับสุขภาพจิตและกำหนดคะแนนจุดตัด (cut-off scores) ของแบบวัดทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับย่อ และตรวจสอบความสอดคล้องในการจำแนกระดับสุขภาพจิตระหว่างแบบวัดฉบับสมบูรณ์กับฉบับย่อด้วย Cohen's kappa coefficient โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผล

ผลการพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพทางภาษาของแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568)

ผลการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบวัดสุขภาพจิตในบริบทสังคมปัจจุบัน โดยใช้ข้อคำถามจาก TMHI-55 ที่มีข้อคำถาม 55 ข้อเป็นฐาน ได้ร่างข้อคำถามเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรมอีก 25 ข้อ รวมเป็น 80 ข้อ (ร่าง 1) และร่างข้อคำถามเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญอีก 11 ข้อ รวมเป็น 91 ข้อ (ร่าง 2) โดยในการประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญได้มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาในบางข้อคำถามให้เกิดความชัดเจน ตัดข้อคำถามที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนออก และจัดกลุ่มข้อคำถามใหม่ให้สอดคล้องกับองค์ประกอบย่อยที่กำหนดไว้ ผลการพิจารณาได้แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ฉบับสมบูรณ์ที่มีข้อคำถาม 56 ข้อ (Thai Mental Health Index-Revised 2025, 56-item version: TMHI-R-56)

ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้านและองค์ประกอบย่อย 15 ด้าน เช่นเดียวกับ TMHI-55 โดยมีการคงข้อคำถามเดิม 6 ข้อ ตัดข้อคำถามเดิมที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อน 7 ข้อ ปรับแก้ไขสำนวนภาษา 41 ข้อคำถาม และสร้างใหม่ 9 ข้อคำถาม (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ ได้เพิ่มตัวเลือกตอบจาก TMHI-55 ที่เดิมเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด) เป็น 5 ระดับ โดยเพิ่มระดับ “ปานกลาง” เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ตอบสามารถสะท้อนระดับความรู้สึกหรือประสบการณ์ได้ละเอียดขึ้น ลดการบังคับเลือกคำตอบ เพิ่มการยอมรับข้อคำถามของผู้ตอบ และเพิ่มความสามารถในการจำแนกของแบบวัด^{26,27} ทั้งนี้ ระดับ “ปานกลาง” หมายถึงระดับกึ่งกลางของความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ข้อคำถามต้องการวัด มิใช่ “ไม่แน่ใจ” หรือ “ไม่มีความคิดเห็น”

การพิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ 4 องค์ประกอบและ 15 องค์ประกอบย่อยของ (ร่าง) แบบวัด โดยคณะผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการร่างข้อคำถาม 3 ครั้ง และการประชุมพิจารณา 2 ครั้ง ได้ค่า IOC ระหว่าง -0.14 - 1.00, 0.71 - 1.00 และ 0.71 - 1.00 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพทางภาษาด้วยการสนทนากลุ่มใน 7 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาค ครอบคลุมกลุ่มวัยและเพศ พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของข้อคำถามในแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ได้เป็นอย่างดี โดยมีมุมมองว่าสุขภาพจิตที่ดีครอบคลุมความสามารถในการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพ การรับรู้และการจัดการความรู้สึกทางลบ การปรับตัวต่อปัญหา และการเปลี่ยนแปลง การมีความสัมพันธ์ที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวที่ช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจและกำลังใจในการเผชิญความยุ่งยากในชีวิต ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมให้ความเห็นว่าการมีโรคประจำตัวส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในแต่ละวัน เข้าใจง่ายกว่าผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และให้ความสำคัญกับสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านและการมีเครือข่ายช่วยเหลือในชุมชน นอกจากนี้ ยังเห็นว่าความปลอดภัยไม่ได้หมายถึงการไม่มีอาชญากรรม ยาเสพติด หรือเหตุรุนแรง แต่ควรเป็นความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สินโดยตรง สำหรับด้านความรู้สึกในทางที่ไม่ดี ผู้เข้าร่วม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบโครงสร้าง องค์ประกอบ และจำนวนข้อคำถามของแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับปี พ.ศ. 2550 และฉบับปี พ.ศ. 2568

องค์ประกอบ/องค์ประกอบย่อย	ฉบับปี 2550 (TMHI-55)		ฉบับปี 2568 (56 ข้อ)				ฉบับปี 2568 (20 ข้อ)	ฉบับปี 2568 (14 ข้อ)
	ข้อรวม	ข้อรวม	คงเดิม	ตัด	ปรับ	ใหม่	ข้อรวม	ข้อรวม
1. Mental state	13	13	1	1	11	1	5	2
1.1 General well-being positive affect	4	4	0	1	3	1	2	1
1.2 General well-being negative affect	6	6	1	0	5	0	2	1
1.3 Perceived ill-health and mental illness	3	3	0	0	3	0	1	0
2. Mental capacity	15	18	1	2	12	5	5	4
2.1 Interpersonal relationships	3	3	0	0	3	0	1	1
2.2 Expectation achievement congruence	3	2	0	1	2	0	1	1
2.3 Confidence in coping	5	8	0	0	5	3	2	1
2.4 Adequate mental mastery	4	5	1	1	2	2	1	1
3. Mental quality	15	13	3	2	10	0	5	4
3.1 Kindness and altruism	6	6	2	0	4	0	2	1
3.2 Self-esteem	3	2	0	1	2	0	1	1
3.3 Faith	3	2	0	1	2	0	1	1
3.4 Creative thinking and enthusiasm	3	3	1	0	2	0	1	1
4. Supporting factor	12	12	1	2	8	3	5	4
4.1 Social support	2	2	1	0	1	0	1	1
4.2 Family support	4	4	0	0	4	0	2	1
4.3 Physical safety and security	2	2	0	1	1	1	1	1
4.4 Health and social care	4	4	0	1	2	2	1	1
รวมทั้งฉบับ	55	56	6	7	41	9	20	14

หมายเหตุ : คงเดิม หมายถึง คำถามฉบับปี พ.ศ. 2550 ที่ไม่มีการปรับแก้ไขในฉบับปี พ.ศ. 2568 ; ตัด หมายถึง คำถามฉบับปี พ.ศ. 2550 ที่ตัดออกในฉบับปี พ.ศ. 2568 ; ปรับ หมายถึง คำถามฉบับปี พ.ศ. 2550 ที่มีการปรับแก้ไขเปลี่ยนแปลงในฉบับปี พ.ศ. 2568 ; ใหม่ หมายถึง คำถามที่สร้างใหม่ในปี พ.ศ. 2568 ไม่มีในฉบับปี พ.ศ. 2550

กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างความกังวลใจและหงุดหงิด โดยให้ความเห็นว่า ความหงุดหงิดเป็นอารมณ์ชั่วคราว ขณะที่กังวลใจเป็นความไม่สบายใจภายในและอาจต่อเนื่องยาวนานกว่า จึงไม่ควรรวมในประโยชน์เดียวกัน

ผลการทดสอบนัรื่องและการตรวจสอบคุณภาพผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม

การทดสอบนัรื่องกับตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงแต่ไม่ใช่ตัวอย่างจริง 12 คน พบว่า ผู้เข้าร่วมทดสอบทุกคนมีความเข้าใจและสามารถทำคำตอบแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) รูปแบบออนไลน์ได้เป็นอย่างดี โดยไม่มีข้อสงสัยในเนื้อหาข้อคำถาม มีอัตราการตอบแบบวัดเสร็จสมบูรณ์ร้อยละ 100.0 และใช้เวลาในการทำแบบวัดเฉลี่ย 13 นาที (อยู่ในช่วง 9 - 31 นาที) สำหรับผลการตรวจสอบคุณภาพ

ผู้เก็บข้อมูลภาคสนามจำนวน 54 คน โดยประเมินความสอดคล้องของการบันทึกคำตอบจากการชมวิดีโอทัศนคติการสัมภาษณ์กรณีตัวอย่าง พบว่า ผู้เก็บข้อมูลภาคสนามมีความสอดคล้องในการบันทึกคำตอบในระดับดีเยี่ยม โดยมีค่า Fleiss' kappa อยู่ระหว่าง .93 - .96 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการตรวจสอบคุณภาพรายข้อ

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 1,837 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 98.1 เป็นชายร้อยละ 49.8 หญิงร้อยละ 50.2 อยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปีร้อยละ 39.1 อายุ 25 - 59 ปีร้อยละ 31.7 และอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 29.1 กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีสุขภาพกายโดยรวมในระดับดีร้อยละ 38.6 ดีมากร้อยละ 21.6 โดยมีสุขภาพกาย

ไม่ดีร้อยละ 2.4 สำหรับสุขภาพจิตโดยรวม กลุ่มตัวอย่าง ประเมินว่าตนเองอยู่ในระดับดีร้อยละ 43.9 ต่ำมากร้อยละ 24.6 โดยมีสุขภาพจิตไม่ดีร้อยละ 1.0

ผลการวิเคราะห์ IRT พบว่า ข้อคำถามของแบบวัด ทั้ง 56 ข้อมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.070 - 1.955 โดยค่าขีดเริ่มเปลี่ยนของทุกข้อเรียงลำดับจากน้อยไปมาก ตามระดับการตอบ 5 ระดับ ($b_1 < b_2 < b_3 < b_4$ ทุกข้อ) ค่าฟังก์ชันสารสนเทศของแบบวัด (test information function: TIF) สูงสุดเท่ากับ 28.068 ที่ระดับ $\theta = -2.00$ สะท้อนว่าลำดับของตัวเลือกคำตอบเป็นไปตามที่กำหนด (ตารางที่ 2 และตารางที่ S1 และแผนภาพที่ S1 ในภาคผนวก) จากการพิจารณาคุณสมบัติของข้อคำถาม สามารถคัดเลือก ข้อคำถามที่ให้ข้อมูลครอบคลุมช่วงระดับสุขภาพจิตที่ให้ สารสนเทศ (informative θ range) ประมาณ -3.00 ถึง +2.00 และพัฒนาเป็นแบบวัดฉบับย่อ 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับ 20 ข้อ (TMHI-R, 20-item version: TMHI-R-20) และ ฉบับ 14 ข้อ (TMHI-R, 14-item version: TMHI-R-14) ที่มี ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.449 - 1.985 และ 0.546 - 1.827 ตามลำดับ โดยมีค่า TIF สูงสุดเท่ากับ 13.023 และ 9.730 ตามลำดับ (ตารางที่ 2 และตารางที่ S2 และ S3 และ แผนภาพที่ S2 และ S3 ในภาคผนวก)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ทฤษฎีการตอบสนองข้อคำถาม (item response theory) ของแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568)

TMHI-R	Discrimination (a) range	Maximum test information	Informative θ range
TMHI-R-56	0.070 - 1.955	28.068	-3.00 ถึง +2.00
TMHI-R-20	0.449 - 1.985	13.023	-3.00 ถึง +2.00
TMHI-R-14	0.546 - 1.827	9.730	-3.00 ถึง +2.00

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (second-order confirmatory factor analysis) ของแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568)

TMHI-R	α	χ^2 (df)	p	RMSEA	SRMR	CFI	TLI	Factor loading
TMHI-R-56	.939	37.157 (25)	.056	.016	.011	.999	.996	.703 - .967
TMHI-R-20	.892	66.312 (49)	.050	.014	.012	.998	.996	.780 - .945
TMHI-R-14	.870	56.708 (42)	.064	.014	.012	.998	.996	.631 - .901

หมายเหตุ : α = Cronbach's alpha; χ^2 = chi-square; df = degrees of freedom; p = p-value; RMSEA = root mean square error of approximation; SRMR = standardized root mean square residual; CFI = comparative fit index; TLI = Tucker-Lewis index; Factor loading = ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

ผลการตรวจสอบความสอดคล้องภายในและ ความตรงเชิงโครงสร้าง

การตรวจสอบความสอดคล้องภายในพบว่า แบบวัด ฉบับ 56 ข้อ, 20 ข้อ และ 14 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคเท่ากับ .939, .892 และ .870 ตามลำดับ อยู่ในระดับดีถึงดีเยี่ยม การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สันพบว่า คะแนนรวมของแบบวัดมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับคะแนนองค์ประกอบย่อยทั้ง 15 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r = .330 - .802$, $p < .001$) (ตารางที่ S4 ในภาคผนวก) การวิเคราะห์ second-order CFA พบว่า โมเดลโครงสร้าง สุขภาพจิต 4 องค์ประกอบของแบบวัดทั้ง 3 ฉบับมี ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า RMSEA เท่ากับ .016, .014 และ .014 ตามลำดับ ค่า SRMR เท่ากับ .011, .012 และ .012 ตามลำดับ ค่า CFI เท่ากับ .999, .998 และ .998 ตามลำดับ และค่า TLI เท่ากับ .996 ทุกฉบับ และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) อยู่ในช่วง .631 - .967 ซึ่งอยู่ในระดับดีมากถึงดีเยี่ยม (ตารางที่ 3)

ผลการวิเคราะห์กลุ่มแฝงและการกำหนดคะแนน จุดตัด

ผลการวิเคราะห์กลุ่มแฝงเพื่อจำแนกระดับสุขภาพจิต ของแบบวัดทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับย่อ โดยพิจารณาจาก ค่า Akaike information criterion (AIC) และ Bayesian

information criterion (BIC) ที่มีค่าต่ำกว่า ร่วมกับค่าดัชนีความแม่นยำในการจัดกลุ่ม (entropy) ที่สูง พบว่า โมเดล 3 กลุ่มแฝงของแบบวัดทั้ง 3 ฉบับมีค่า AIC และ BIC ลดลงจากโมเดล 2 กลุ่มแฝง และมีค่า entropy อยู่ในระดับสูง (0.83 - 0.958) ขณะที่โมเดล 4 กลุ่มแฝงมีค่า AIC และ BIC ต่ำกว่าโมเดล 3 กลุ่มแฝง แต่มีค่า entropy ใกล้เคียงหรือต่ำกว่าเล็กน้อย (ตารางที่ 4) ดังนั้น เมื่อพิจารณาร่วมกับความสอดคล้องกับการจำแนกระดับของแบบวัดเดิม และความสะดวกจำแนกระดับสุขภาพจิตในทางปฏิบัติ จึงกำหนดจำนวนกลุ่มแฝงที่เหมาะสมของแบบวัดทั้ง 3 ฉบับเป็น 3 กลุ่ม โดยแบ่งเป็น สุขภาพจิตระดับดีมาก สุขภาพจิตระดับดี และสุขภาพจิตระดับที่ควรได้รับการดูแล

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบสุขภาพจิต 4 ด้าน พบว่าทั้ง 3 กลุ่มแฝงมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกลุ่มสุขภาพจิตระดับดีมากมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระดับดี และระดับที่ควรได้รับการดูแลในทุกองค์ประกอบ และกลุ่มสุขภาพจิตระดับที่ควรได้รับการดูแลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในทุกองค์ประกอบในทุกฉบับ (แผนภาพที่ S4 ในภาคผนวก) ทั้งนี้ แบบวัด 56 ข้อมีคะแนนจุดตัด ที่ 202 และ 228 คะแนน แบบวัด 20 ข้อมีจุดตัดที่ 72 และ 85 คะแนน และแบบวัด 14 ข้อมีจุดตัดที่ 49 และ 59 คะแนน (ตารางที่ 5)

ผลการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบวัดฉบับสมบูรณ์และฉบับย่อ

การตรวจสอบความสอดคล้องในการจำแนกระดับสุขภาพจิตระหว่างแบบวัดฉบับ 56 ข้อ กับฉบับ 20 ข้อและ

14 ข้อ พบว่า ฉบับ 20 ข้อมีความสอดคล้องกับฉบับ 56 ข้อ ร้อยละ 89.2 ส่วนฉบับ 14 ข้อมีความสอดคล้องกับฉบับ 56 ข้อร้อยละ 86.1 และมีค่า Cohen's kappa ระหว่างแบบวัดฉบับ 56 ข้อกับฉบับ 20 ข้อและ 14 ข้อเท่ากับ .836 (SE = .011, $p < .001$) และ .788 (SE = .012, $p < .001$) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดีเยี่ยมและระดับสูงตามลำดับ

วิจารณ์

การพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) หรือ TMHI-R ครั้งนี้ เป็นการปรับปรุงเครื่องมือวัดทางจิตวิทยาให้มีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมและประชากรศาสตร์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยกระบวนการพัฒนามุ่งเน้นการปรับปรุงด้านความสอดคล้องกับทฤษฎีและบริบททางสังคมและวัฒนธรรม การตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติขั้นสูง และการนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในการศึกษาวิจัยและงานสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานทางจิตวิทยาของสมาคมวิจัยการศึกษาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Educational Research Association: AERA) สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association: APA) และสภาแห่งชาติด้านการวัดผลทางการศึกษา (National Council on Measurement in Education: NCME) ที่ระบุไว้ในเกณฑ์มาตรฐานสากลว่า หากกลุ่มประชากรและบริบททางสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ค่าความเที่ยงตรงและอำนาจจำแนกของข้อคำถามย่อมมีแนวโน้มลดลง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์กลุ่มแฝงของแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ฉบับ 56 ข้อ 20 ข้อ และ 14 ข้อ

TMHI-R	จำนวนกลุ่มแฝง	log likelihood	AIC	BIC	Entropy
TMHI-R-56	2	-120787.1	242472.3	244948.9	0.955
	3	-116640.3	234628.5	238346.2	0.958
	4	-114420.9	230639.7	235598.5	0.959
TMHI-R-20	2	-42322.6	84967.2	85855.3	0.891
	3	-40781.5	82047.0	83381.8	0.893
	4	-40082.8	80811.7	82593.3	0.884
TMHI-R-14	2	-30019.7	60265.5	60888.8	0.859
	3	-28910.6	58161.2	59098.9	0.863
	4	-28433.0	57320.0	58572.1	0.859

หมายเหตุ : AIC: Akaike Information criterion, BIC: Bayesian information criterion

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์กลุ่มแฝงเพื่อหาค่าจุดตัดคะแนนและการจำแนกระดับสุขภาพจิต 3 ระดับ ของแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ฉบับ 56 ข้อ 20 ข้อ และ 14 ข้อ

ระดับสุขภาพจิต	ฉบับ 56 ข้อ			ฉบับ 20 ข้อ			ฉบับ 14 ข้อ		
	cut-off score	min	max	cut-off score	min	max	cut-off score	min	max
ดีมาก	228	229	280	85	86	100	59	60	70
ดี	202	203	228	72	73	85	49	50	59
ควรได้รับการดูแล	-	56	202	-	20	72	-	14	49

จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนและพัฒนาเครื่องมือให้มีความทันสมัยทางเนื้อหาอยู่เสมอ เพื่อให้การดักจับกลุ่มเสี่ยงในบริบทปัจจุบันมีความครอบคลุมและไม่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง¹³

แบบวัดฉบับ 56 ข้อ (TMHI-R-56) ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 4 ด้านและองค์ประกอบย่อย 15 ด้าน เช่นเดียวกับแบบวัดฉบับปี พ.ศ. 2550 (TMHI-55)¹⁰ โดยแบบวัดฉบับร่างได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากคณะผู้เชี่ยวชาญและการตรวจสอบคุณภาพทางภาษากับกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมประเด็นความเกี่ยวข้อง ความครอบคลุม และความเข้าใจได้ของข้อคำถามในบริบทของโครงสร้างที่ต้องการวัด และได้รับการปรับปรุงข้อคำถามตามผลการตรวจสอบค่า IOC และคำแนะนำหลายครั้ง ก่อนนำไปตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่²⁸ สำหรับการปรับเพิ่มระดับตัวเลือกคำตอบจาก 4 ระดับในฉบับปี พ.ศ. 2550 เป็น 5 ระดับ โดยเพิ่มระดับ “ปานกลาง” ช่วยลดแรงกดดันในการบังคับเลือก (forced-choice format) และเพิ่มความไวในการจำแนก (discriminative capacity)^{26,27} สอดคล้องกับแนวคิดของ Samejima²⁹ และผลการศึกษาของ Preston และ Colman²⁶ ที่ระบุว่ามาตรวัด 5 ถึง 7 ระดับ จะให้ค่าความเที่ยงตรงและค่าสารสนเทศ (information) สูงกว่ามาตรวัดที่มีระดับตัวเลือกน้อยกว่า ทำให้สามารถสะท้อนความรู้สึที่แท้จริงของผู้ตอบได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ ผลการตรวจสอบคุณภาพรายข้อด้วยทฤษฎีการตอบสนองข้อคำถาม (IRT) แสดงให้เห็นว่าค่าขีดเริ่มเปลี่ยน (threshold) เรียงลำดับตามระดับตัวเลือกตอบอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอทุกข้อคำถาม ซึ่งสะท้อนความสามารถของแบบวัดในการจำแนกระดับของคุณลักษณะที่ต้องการวัดและช่วงระดับที่ข้อคำถามให้ค่าสารสนเทศข้อคำถาม³⁰

การคัดเลือกข้อคำถามจากฉบับ 56 ข้อ เป็นฉบับย่อ 20 ข้อ (TMHI-R-20) และ 14 ข้อ (TMHI-R-14) พิจารณาจากค่าอำนาจจำแนก ค่าขีดเริ่มเปลี่ยน สารสนเทศของข้อคำถาม และความเป็นตัวแทนขององค์ประกอบของสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้าน จึงทำให้แบบวัดฉบับย้อย่างคงโครงสร้างสำคัญของเครื่องมือไว้ได้โดยแบบวัดทั้ง 3 ฉบับมีความสอดคล้องภายในของคะแนนรวมในระดับดีถึงดีเยี่ยม^{31,32} นอกจากนี้ การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (second-order CFA) พบว่าแบบวัดทั้ง 3 ฉบับมีดัชนี RMSEA, SRMR, CFI และ TLI ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทั้งหมด³³ แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์และความมั่นคงเชิงโครงสร้าง (structural invariance) แม้มีการลดจำนวนข้อในแบบวัดฉบับย่อ³³⁻³⁵

สำหรับการจำแนกระดับสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์กลุ่มแฝง (LCA) พบว่า โมเดลการจัดกลุ่มแฝงแบบ 3 กลุ่ม และ 4 กลุ่มให้ค่า AIC และ BIC ที่ไม่แตกต่างกัน แต่โมเดล 3 กลุ่มมีค่าดัชนีความแม่นยำในการจัดกลุ่ม (entropy) สูงกว่าโมเดล 4 กลุ่มในฉบับ 20 ข้อและ 14 ข้อ ขณะที่ในฉบับ 56 ข้อมีค่าใกล้เคียงกัน และเมื่อพิจารณาร่วมกับความสอดคล้องกับการจำแนกระดับของแบบวัดเดิม และความสะดวกในการจำแนกระดับสุขภาพจิตในทางปฏิบัติ จึงกำหนดจำนวนกลุ่มแฝงของแบบวัดทั้ง 3 ฉบับเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับดีมาก ระดับดี และควรได้รับการดูแล ทั้งนี้ การจำแนกกลุ่มแฝงด้วยวิธี LCA ช่วยให้สุขภาพจิตแต่ละระดับมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างชัดเจน และให้เกณฑ์คะแนนจุดตัดที่เป็นรูปธรรม และยืนยันถึงความแม่นยำในการจำแนกบุคคลเข้าสู่กลุ่มแฝงโดยไม่เกิดความทับซ้อน ซึ่งเปลี่ยนจากเกณฑ์เดิมใน TMHI-55 ที่กำหนดด้วยทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม (classical test theory) และแปลผลแบบอิงกลุ่ม

(norm-referenced approach) การปรับปรุงดังกล่าว สอดคล้องกับแนวทางของ Collins และ Lanza³⁶ ที่สนับสนุน การจัดกลุ่มตามรูปแบบพฤติกรรมจริง และสอดคล้องกับ หลักเกณฑ์การประเมินมาตรฐานเครื่องมือทางจิตวิทยาของ Cicchetti³⁷ ที่ให้ความสำคัญกับการกำหนดเกณฑ์การจำแนก ประเภท (classification criteria) ที่ชัดเจนเพื่อประสิทธิภาพ ในการนำไปใช้ประเมินรายบุคคล

สำหรับการตรวจสอบความสอดคล้องในการจำแนก ระดับสุขภาพจิตระหว่างฉบับ 56 ข้อ กับฉบับ 20 ข้อและ 14 ข้อ พบว่า แบบวัดฉบับย่อยทั้ง 2 ฉบับมีค่า Cohen's kappa ระดับสูงถึงดีเยี่ยม³⁸ จึงสนับสนุนว่า แบบวัดฉบับ 20 ข้อและ 14 ข้อมีความตรงและความเชื่อมั่นในการจำแนก ระดับสุขภาพจิตใกล้เคียงกับฉบับ 56 ข้อ และมีศักยภาพ ในการนำไปใช้ในการสำรวจและการประเมินสุขภาพจิตที่มี ข้อจำกัดด้านระยะเวลาและทรัพยากรบุคคลได้อย่างเหมาะสม

เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานสากล เช่น แบบประเมินสุขภาพจิตทางจิต 5 ข้อขององค์การอนามัยโลก (WHO-5 Well-Being Index) ที่ใช้ประเมินอาการทางคลินิก หรือสุขภาพในภาพรวมด้านบวก³⁹ และแบบประเมินสุขภาพจิต ทั่วไป (general health questionnaire-12: GHQ-12)⁴⁰ ที่ใช้ประเมินสุขภาพจิตด้านลบ เช่น อาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ และซึมเศร้า พบว่า แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) สามารถสะท้อนองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพจิต ของคนไทยได้อย่างเฉพาะเจาะจง เป็นปัจจุบัน และครอบคลุม ช่วยให้ผู้ใช้เครื่องมือไม่เพียงแต่สามารถประเมินว่าบุคคลนั้นมี ปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ยังสามารถระบุถึงองค์ประกอบย่อย ที่เป็นจุดเปราะบางหรือประเด็นที่ควรได้รับการส่งเสริม ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการกำหนดนโยบาย การวางแผน บริการสุขภาพจิต และการออกแบบกิจกรรมหรือมาตรการ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการพัฒนาแบบวัดมีเป้าหมายเพื่อใช้คัดกรองสุขภาพจิต ในคนไทย ซึ่งมีองค์ประกอบและองค์ประกอบย่อย จำนวน ข้อคำถาม และเกณฑ์การแปลผลคะแนนที่แตกต่างจาก WHO-5 และ GHQ-12 จึงมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบข้อมูล ข้ามวัฒนธรรม นอกจากนี้ เครื่องมือมาตรฐานสากลดังกล่าว ได้รับออกแบบมาให้ เป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีจำนวนข้อน้อย และมีความกระชับ ขณะที่แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี

พ.ศ. 2568) แม้เป็นฉบับย่อ ก็ยังคงมีจำนวนข้อคำถามที่มากกว่า เครื่องมือดังกล่าว เนื่องจากจำเป็นต้องคงองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อยที่กำหนดไว้ในโครงสร้างของแบบวัด

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การจัดเก็บ ข้อมูลผ่าน Google Form และเข้าถึงด้วย QR code ทำให้ ผลการศึกษาอาจไม่สามารถครอบคลุมประชากรที่ไม่สามารถ เข้าถึงโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ตได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุและ ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างสามารถใช้โทรศัพท์ของผู้เก็บข้อมูลภาคสนามหรือบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่ในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ หรือสามารถตอบ แบบสอบถามในรูปแบบกระดาษได้ โดยผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม นำคำตอบมาบันทึกในระบบออนไลน์ภายหลัง การศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการรายงานตนเอง (self-report) อาจก่อให้เกิดอคติในการตอบ (response bias) หรือการตอบ ให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) จึงควรมีการศึกษาต่อยอดโดยพิจารณาการใช้แหล่งข้อมูล ที่หลากหลาย (multi-source data) เพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าว นอกจากนี้ ควรมีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างผ่าน การทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบระหว่าง แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) กับเครื่องมือ มาตรฐาน เช่น WHO-Five Well-Being Index ฉบับภาษาไทย (WHO-5-T) และ Patient Health Questionnaire-9 ฉบับ ภาษาไทย (PHQ-9) การทดสอบความเชื่อมั่นจากการวัดซ้ำ (test-retest reliability) เพื่อยืนยันความคงที่ของการวัด ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน และการประเมินความสอดคล้องของ ผลการจัดระดับสุขภาพจิตเปรียบเทียบกับฉบับปี พ.ศ. 2550

สรุป

แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) หรือ TMHI-R เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพจิตสำหรับประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการปรับปรุงจากแบบวัดฉบับปี พ.ศ. 2550 (TMHI-55) ผ่านกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบ คุณสมบัติของเครื่องมือตามมาตรฐานสากล แบ่งเป็น 3 ฉบับ ได้แก่ ฉบับสมบูรณ์ 56 ข้อ (TMHI-R-56) ฉบับ 20 ข้อ (TMHI-R-20) และฉบับ 14 ข้อ (TMHI-R-14) แบบวัดทั้ง 3 ฉบับมีความตรงเชิงโครงสร้างและความสอดคล้องภายใน ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัย หรือการคัดกรองในชุมชนเพื่อจำแนกผู้ที่ควรได้รับการส่งเสริม

สุขภาพจิตหรือควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตต่อไป ทั้งนี้ ในการนำแบบวัดไปบูรณาการกับระบบส่งเสริม ดูแล และติดตามด้านสุขภาพจิต ควรมีการทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติเพิ่มเติม โดยเฉพาะความสอดคล้องกับแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตมาตรฐานและความเชื่อมั่นจากการวัดซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและสหวิชาชีพของหน่วยงานในพื้นที่ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ศิริศักดิ์ ธิติโรกรัตน์ : ออกแบบการวิจัย ตรวจสอบความ ; รวบรวม จุฬา : ออกแบบการวิจัย ทบทวนวรรณกรรม กำกับการเก็บข้อมูล จัดการข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและตรวจสอบความ ; กมลลักษณ์ มากคล้าย : ออกแบบการวิจัย ทบทวนวรรณกรรม จัดการข้อมูล ตรวจสอบความ ; นพพร ตันติรังสี : ออกแบบการวิจัย ตรวจสอบความ

เอกสารอ้างอิง

- Department of Mental Health. Strategic Plan of the Department of Mental Health during the 13th National Economic and Social Development Plan (2023-2027). Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022. p. 15-8. (in Thai)
- Sangsingkeow P. On mental health. Bangkok: Chuan Printing; 1979. (in Thai)
- Department of Mental Health. The words of Professor Phon Sangsingkeow: October 8th, Memorial Day for Professor Phon Sangsingkeow. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2015. (in Thai)
- Ministry of Public Health. Mental health promotion: the neglected issue. In: Summary of the 6th Global Conference on Health Promotion; 2005 Aug 7-11; United Nations Conference Centre, Bangkok. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2005. (in Thai)
- Gray R, Thongthai W, Suwannanoppakao R. Happiness is universal. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2010. (in Thai)
- World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. p. 34-40.
- Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547-60. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
- Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383(6):510-2. doi:10.1056/NEJMp2008017.
- Wongrajit K. Endemic approach to COVID-19. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
- Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. Development and testing of Thai Mental Health Indicator (TMHI-55). Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2009. (in Thai)
- Kittirattanapaiboon P, Jungsiragulwit D, Tanaree A, Supreeda B. Trend and associated factors of mental health in Thailand: a national survey 2018. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2020;28(2):121-35. (in Thai)
- Phruksakannon B, Kittirattanapaiboon P, Tanaree A, Supreeda B. Happiness in Thai population: a 2018 national survey analysis at provincial level. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2022;30(1):75-86. (in Thai)
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Educational Research Association; 2014. p. 28, 73.
- Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Front Public Health*. 2018;6:149. doi:10.3389/fpubh.2018.00149.
- Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, Westerman MJ, Patrick DL, Alonso J, et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Qual Life Res*. 2018;27(5):1159-70. doi:10.1007/s11136-018-1829-0.
- Coste J, Guillemin F, Pouchot J, Fermanian J. Methodological approaches to shortening composite measurement scales. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(3):247-52. doi:10.1016/S0895-4356(96)00363-0.
- Saiyot L, Saiyot A. Educational research techniques. 5th ed. Bangkok: Suweeriyasarn; 2000. (in Thai)

18. Chomeya R, Tayraukham S, Tongkhambanchong S, Saravitee N. Sample size determination techniques for multivariate behavioral sciences research emphasizing SEM. *Journal of Education and Innovation*. 2024;26(2): 438-47. (in Thai)
19. Wongwanich S. Educational learning evaluation research. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. (in Thai)
20. Wichaidit W, Sittisombut M, Assanangkornchai S, Vichitkunakorn P. Self-reported drinking behaviors and observed violation of state-mandated social restriction and alcohol control measures during the COVID-19 pandemic: Findings from nationally-representative surveys in Thailand. *Drug Alcohol Depend*. 2021;221: 108607. doi:10.1016/j.drugalcdep.2021.108607.
21. Office of the National Economic and Social Development Council. Population projections for Thailand 2010 - 2040 (Revised edition). Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2019. (in Thai)
22. Office of the National Economic and Social Development Council, Ministry of Interior. Guidelines for determining the annual budget allocation framework for fiscal years 2025 - 2027: Resolution of the Integrated Provincial Administration Policy Committee (IPAPC) No. 1/2023 on February 27, 2023 [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2023 [cited 2026 Feb 24]. Available from: <https://www.nesdc.go.th/>. (in Thai)
23. Bureau of Health Promotion and Environmental Health, Department of Health, Ministry of Public Health. List of Local Administrative Organizations: Information support system for health promotion and environmental health, Department of Health, Ministry of Public Health [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; [cited 2026 Feb 24]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/nehis/cdla>. (in Thai)
24. Department of Local Administration. Central information system of Local Administrative Organizations [Internet]. Bangkok: Ministry of Interior; [cited 2026 Feb 24]. Available from: <https://info.dla.go.th/eForm/abtData.do> (in Thai)
25. Chutha W, Makkhlai K. Survey results on Thai mental health problems, July 16-23, 2024: A survey on public perception and mental health issues among the Thai population. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2024. (in Thai)
26. Preston CC, Colman AM. Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta Psychol*. 2000;104(1):1-15. doi:10.1016/S0001-6918(99)00050-5.
27. Nadler JT, Weston R, Voyles EC. Stuck in the middle: the use and interpretation of mid-points in items on questionnaires. *J Gen Psychol*. 2015;142(2):71-89. doi:10.1080/00221309.2014.994590.
28. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res*. 2010;19(4):539-49. doi:10.1007/s11136-010-9606-8.
29. Samejima F. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monograph Supplement*. 1969;34(4 Pt 2):1-100.
30. Hays RD, Morales LS, Reise SP. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. *Med Care*. 2000;38(9 Suppl): II28-42. doi:10.1097/00005650-200009002-00007.
31. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334. doi:10.1007/BF02310555.
32. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
33. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. 8th ed. Cengage Learning; 2019.
34. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6(1):1-55. doi:10.1080/10705519909540118.
35. Goetz K, Coste J, Ecosse E, McGee H, Braakhuis HE, Rose M, et al. Good practice in the development and reporting of short forms of health status measures. *Qual Life Res*. 2013;22(9):2603-12.
36. Collins LM, Lanza ST. *Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral, and health sciences*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2010.
37. Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*. 1994;6(4):284-90. doi:10.1037/1040-3590.6.4.284.

38. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
39. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2015;84(3):167-76. doi:10.1159/000376585.
40. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27(1):191-7. doi:10.1017/s0033291796004242.

ภาคผนวก

Supplement table แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568). เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/288750/193486>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันรับ : 3 มิถุนายน 2569

วันแก้ไข : 5 สิงหาคม 2569

วันตอบรับ : 26 สิงหาคม 2569

ลลิตา อันอามาตย์, พย.ม.¹, ชนกชนม์ โคตรสมบัติ, พย.ม.²,

บวรภพ ปราบมะเริง, พย.ม.¹

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดนครราชสีมา¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
จังหวัดนครราชสีมา²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกัน 5 วัน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐานประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน Beck Depression Inventory ฉบับภาษาไทย ที่ระยะก่อนการทดลอง และที่ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วย independent t-test และแบบจำลองเชิงเส้นผสมทั่วไป ตามลำดับ

ผล : ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐาน คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีภาวะซึมเศร้ามาน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้นและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐาน

คำสำคัญ : การปรับความคิดและพฤติกรรม, การเสริมสร้างแรงจูงใจ, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, โรคซึมเศร้า

ติดต่อผู้พิมพ์ : ชนกชนม์ โคตรสมบัติ ; e-mail: chanokchon@knc.ac.th

Original article

Effects of a motivational enhancement and cognitive behavioral modification program on medication adherence among patients with major depressive disorder

Received : 3 June 2026

Revised : 5 August 2026

Accepted : 26 August 2026

Lalita Anarmat, M.N.S.¹, Chanokchon Khotsombat, M.N.S.²,Bawornpob Prabmareang, M.N.S.¹

Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health,

Nakhon Ratchasima Province¹,

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

Nakhon Ratchasima Province²

Abstract

Objective: To evaluate the effects of motivational enhancement combined with cognitive behavioral modification on medication adherence among patients with major depressive disorder.

Methods: This quasi-experimental, two-group, repeated-measures study was conducted among 60 inpatients with major depressive disorder hospitalized in a psychiatric hospital. Participants were assigned to either an experimental group (n = 30), receiving a motivational enhancement and cognitive behavioral modification program delivered in five consecutive daily sessions (45 - 60 minutes per session), or a control group (n = 30), receiving standard psychosocial care. Medication adherence and depression severity, using the Beck Depression Inventory (BDI), were assessed at baseline and at one-month and three-month follow-up. Between- and within-group differences were analyzed using independent-samples t tests and generalized linear mixed models, respectively.

Results: At baseline, no significant differences of characteristics, medication adherence scores, or depression scores were observed between both groups. At both the 1-month and 3-month follow-up assessments, the experimental group demonstrated significantly greater medication adherence and significantly lower depressive symptom scores than those at baseline and those of the control group.

Conclusion: A motivational enhancement program combined with cognitive behavioral modification has potential in improving medication adherence and reducing depressive symptoms among patients with major depressive disorder, compared with standard psychosocial care.

Keywords: cognitive behavioral modification, major depressive disorder, medication adherence, motivational enhancement

Corresponding author: Chanokchon Khotsombat; e-mail: chanokchon@knc.ac.th

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งมักเกิดจากความไม่เชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ปัจจุบันหลักฐานสนับสนุนแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทโรงพยาบาลจิตเวชยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่บูรณาการแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) ดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกัน 5 วัน มีแนวโน้มช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และลดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐานในหอผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการปรับความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

บทนำ

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่พบในประชากรทั่วโลกประมาณ 280 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.80 ของประชากรโลก¹ ในประเทศไทยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการเข้ารับบริการ 1.2 ล้านรายต่อปี² และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น ซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย หลีกหนีสังคม มองตนเองและเหตุการณ์รอบตัวในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า และอาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย⁴ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพในการทำหน้าที่ การงาน การเรียน นำไปสู่การเกิดผลกระทบในวงกว้างต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม

ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) ช่วยลดอาการซึมเศร้าผ่านการปรับสมดุลของตัวรับและการดูดกลับของสารสื่อประสาท⁵ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ระดับยาในเลือดคงที่ในระดับที่หวังผลทางการรักษา และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยสถาบันแห่งชาติ

เพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการดูแล (National institute for health and care excellence: NICE) แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁶ อย่างไรก็ตาม โรคซึมเศร้ามักส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวัง ขาดพลังงาน และความคิดทางลบต่อตนเอง จึงมักพบปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเพิ่มโอกาสในการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา^{3,7} นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยากลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง⁸ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า แม้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษาอย่างเพียงพอ แต่ผู้ป่วยบางส่วนยังมีความลังเลในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น ความคิดว่ายาไม่ได้ช่วยทำให้หายจากโรคซึมเศร้า ความกลัวเรื่องการพึ่งพายา และความกังวลต่ออาการแพ้ยาและผลข้างเคียงของยา³ สะท้อนให้เห็นถึงการขาดแรงจูงใจและการมีการรับรู้ความเชื่อ และความคิดเชิงลบต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า^{7,9-11} ตลอดจนผลลัพธ์ของการรักษาที่ไม่ดี¹²

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการบำบัดที่ประยุกต์ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) และการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชหลากหลายกลุ่มโรค เช่น โรคติดสุรา โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า¹³⁻²⁰ สำหรับประเทศไทย มีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งบูรณาการแนวคิด MI ร่วมกับ CBT ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้น ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือน¹⁹ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหลักการสำคัญโดยทั่วไปของ MI และ CBT มุ่งเน้นการดึงแรงจูงใจภายในบุคคลเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่การนำไป

ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา เทคนิค และจุดเน้นของการบำบัดให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของโรคและบริบทของผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างกันในหลายด้าน ทั้งอาการทางคลินิก ลักษณะการเจ็บป่วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อและทัศนคติต่อการรักษา ตลอดจนข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เปรียบเทียบกับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (two-group repeated-measures design) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 021/2567 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (รหัสโรค ICD-10 F32.0 - F33.9) ที่เข้ารับการรักษากับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 18 - 60 ปี 2) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางไปจนถึงรุนแรงขึ้นไป จากแบบวัด Beck Depression Inventory (BDI) 17 - 63 คะแนน 3) มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา เช่น การหยุดใช้ยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ตรงตามเวลา และการลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์จากการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย หรือบันทึกของแพทย์หรือพยาบาล ในเวชระเบียน และ 4) สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการแทรกซ้อนทางกายและจำเป็นต้องส่งรักษาโรงพยาบาลอื่น หรือ 2) มีอาการแทรกซ้อนทางจิตใจ หรือมีอาการซึมเศร้ากำเริบรุนแรง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ (independent samples t-test) กำหนดการทดสอบแบบสองทาง (two-tailed test) ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ 0.8 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 โดยเบื้องต้นได้อ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.51 จากการศึกษาลงของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ Vannachavee และคณะ²¹ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 8 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลในการศึกษาดังกล่าวอยู่ในระดับสูงมาก ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้มีขนาดเล็ก ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และอาจส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการวิเคราะห์ทางสถิติ จึงปรับมาใช้เกณฑ์ขั้นต่ำของค่าขนาดอิทธิพลระดับสูงของ Cohen²² ที่กำหนดไว้ที่ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 15 ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

คัดเลือกผู้ป่วยที่จะเป็นกลุ่มทดลอง 1 หอ และกลุ่มควบคุม 1 หอ โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากจำนวนหอผู้ป่วยทุเลา (subacute) จำนวน 4 หอ จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกจนครบจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือดำเนินการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งดำรงพล จันทร์สถ¹⁹ ได้พัฒนามาจากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹⁵ ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ²³ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าวมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่ปรับเปลี่ยน 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านเนื้อหา มีการเปลี่ยนจากการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยารักษาโรคจิต มาเป็นโรคซึมเศร้า สาเหตุอาการ และกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคซึมเศร้า

รวมถึงผลข้างเคียงและการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา 2) ด้านความคิดและเจตคติ เพิ่มการสำรวจและปรับความเชื่อทางความคิดที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ยาโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะ เช่น ความกังวลเรื่องการติดยา ความเชื่อว่าการใช้ยาแปลว่าตนเองอ่อนแอ 3) ด้านกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ ปรับสถานการณ์จำลองและประเด็นการสนทนาให้มุ่งเน้นที่การก้าวผ่านอารมณ์เศร้า และความสิ้นหวังที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยเล็งเห็นเป้าหมายชีวิตและคุณค่าของการรักษา

การดำเนินโปรแกรมเป็นรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8 - 10 คน ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การค้นหาความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา 3) การปรับโครงสร้างความคิด ความเชื่อ ให้ถูกต้องและเหมาะสม 4) การปรับพฤติกรรมด้านการใช้ยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง การฝึกจัดการับประทานเอง และ 5) การให้การปรึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยมีการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง 5 ต่อเนื่องกัน ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 9.30 - 10.30 น. รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ	เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ	พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ แนะนำตัว บอกถึงหลักการบำบัด วิธีการ ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม
ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา	เพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลหรือลังเลใจเกี่ยวกับการใช้ยา สำรวจความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษา โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยซ้ำ ความรุนแรง ผลกระทบ อุปสรรค และประโยชน์ในการดูแลตนเอง	ใช้เทคนิคการถามโดยใช้คำถามปลายเปิด และใช้ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจ หรือลังเลใจเกี่ยวกับการใช้ยา ประเมินความเข้าใจและความรู้ของผู้ป่วย
ครั้งที่ 3 การปรับโครงสร้างความคิด ความเชื่อ ให้ถูกต้องและเหมาะสม	เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบุความคิดอัตโนมัติเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา ตรวจสอบความบิดเบือนทางความคิด และปรับเปลี่ยนเป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเอื้อต่อการดูแลตนเอง	เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยกับการรักษาด้วยยา จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยสำรวจความคิดอัตโนมัติเกี่ยวกับโรคหรือเมื่อนึกถึงการใช้ยา เช่น “ถ้ากินยาแล้วจะต้องพึ่งพายาตลอดไป” หรือ “กินยาไปก็ไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น” หรือ “ถ้ากินยาจิตเวชแสดงว่าตนเองเป็นคนบ้า” จากนั้นส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบหลักฐานที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนความคิดดังกล่าว โดยถามว่า “มีหลักฐานอะไรสนับสนุน/คัดค้านความคิดนี้บ้าง” และการปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring) จากนั้นจึงพูดคุยและใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาแนวคิดใหม่ที่เหมาะสมผลและสอดคล้องกับข้อเท็จจริง พร้อมเชื่อมโยงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการใช้ยา
ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการใช้ยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง	เพื่อฝึกทักษะการใช้ยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด เวลา และวิธีการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง	พูดคุยเกี่ยวกับทัศนคติ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยา และการแก้ปัญหาเบื้องต้นจากผลข้างเคียงของยาตามประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการรักษาและอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขอาการข้างเคียงของยา ที่ผู้ป่วยใช้ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการนำยาที่ผู้ป่วยใช้จริงในปัจจุบันเป็นตัวแทน สอนและฝึกการสาธิตการจัดยา และให้ผู้ผู้ป่วยจัดการรับประทานเอง โดยแยกยาของผู้ป่วยออกจากตู้ยาของหอผู้ป่วย นำยาใส่ตลับยา ให้ผู้ป่วยทดลองฝึกจนผู้ป่วยมั่นใจว่าจัดยาได้ถูกต้อง
ครั้งที่ 5 การให้การปรึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วย	เพื่อให้ผู้ดูแลมีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขอาการเบื้องต้น ช่วยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง	ให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ดูแลเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือขาดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษา อาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขอาการเบื้องต้น และขอความร่วมมือให้ตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน หากผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้องควรให้คำชมทันที และทำบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ร่วมกันในช่วงที่มีกรณีติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก

โปรแกรมได้รับการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ 1) จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระบบผู้ป่วยในมากกว่า 10 ปี และมีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาล รวมถึงได้รับการอบรมเทคนิคการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ 3) อาจารย์พยาบาลผู้สอนการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัย การวิจัยทางจิตเวช และการประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดแบบ MI และ CBT ซึ่งหลังจากการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โปรแกรมมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และเมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิตแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม พบว่า สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจเนื้อหาและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับ อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และผู้ที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย โดยอาการข้างเคียงจากยาประเมินจากการรับรู้และการรายงานอาการของผู้ป่วย และจำแนกระดับความรุนแรงตามเกณฑ์การติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ ดังนี้ ระดับน้อย หมายถึง มีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อ่อนเพลีย ท้องผูก ระดับปานกลาง หมายถึง มีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ง่วงซึม หน้ามืด และระดับรุนแรง หมายถึง มีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมากจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ หรือต้องได้รับ

การประเภ็นหรือการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพเพิ่มเติม เช่น มีไข้ กล้ามเนื้อกระตุก สับสน หรือหัวใจเต้นเร็ว

2. แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พัฒนาโดย พรทิพย์ วชิรติลล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ²⁴ และได้รับการปรับปรุงโดยรัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์²⁵ ตามแนวคิดของ Farragher²⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน โดยคำถามข้อที่ 1 - 8 เป็นการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 9 - 16 เป็นการประเมินความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงของยา แบ่งออกเป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่เคย 2 นาน ๆ ครั้ง 3 บ่อยครั้ง และ 4 เป็นประจำ สำหรับข้อความทางลบ 7 ข้อ ใช้มาตราส่วนกลับค่า คะแนนรวม 16 - 64 คะแนน การแปลผล ดังนี้ < 21 คะแนน มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ 21 - 42 คะแนน มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง และ > 42 คะแนน มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับสูง แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความสอดคล้องภายในในขั้นการทดลองใช้โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งหมดเท่ากับ .82

3. แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Beck²⁷ และแปลเป็นภาษาไทยโดยโสธรณี ไหราสุทธิ์ และศิริพงษ์ โพธิ์ศักดิ์²⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินอาการซึมเศร้าจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็นอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางกาย 6 ข้อ คำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่เคย 1 บางครั้ง 2 บ่อยครั้ง และ 3 เป็นประจำ คะแนนรวม 0 - 63 คะแนน การแปลผล ดังนี้ 0 - 10 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ 11 - 16 คะแนน อารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย 17 - 20 คะแนน เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าทางคลินิก 21 - 30 คะแนน มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง 31 - 40 คะแนน มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง และ 41 - 63 คะแนน มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงมาก การตรวจสอบความสอดคล้องภายในในขั้นการทดลองใช้พบว่า แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดเท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถาม

รายละเอียดอย่างอิสระและให้เวลาตัดสินใจอย่างเพียงพอ จากนั้น ผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าวและไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการจากผู้ป่วยและญาติสายตรง ด้วยการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในกรณีที่ญาติสายตรงไม่สามารถเดินทางมารับฟังคำชี้แจงและลงนามด้วยตนเองได้ คณะผู้วิจัยได้จัดส่งเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัยให้ญาติศึกษาล่วงหน้าทางไปรษณีย์ จากนั้นผู้วิจัยได้โทรศัพท์เพื่อชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ซักถามอย่างอิสระ เมื่อญาติรับทราบและเข้าใจข้อมูลดีแล้ว ผู้ร่วมวิจัยจึงดำเนินการขอความยินยอมด้วยวาจาทางโทรศัพท์ โดยมีพยานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมรับฟังและลงนามรับรองกระบวนการยินยอม ทั้งนี้ญาติสายตรงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมฉบับจริงอีกครั้งในวันที่เดินทางมาเยี่ยมหรือรับผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และแบบประเมิน BDI จากนั้นกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กลุ่มละ 8 - 10 คน ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยหลัก ซึ่งผ่านการอบรมการบำบัด MI และ CBT และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 20 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมุ่งเน้นการอภิปรายกลุ่มย่อย การฝึกสะท้อนความคิด การสื่อสาร และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม และการมอบหมายเป็นการบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง กลุ่มละ 8 - 10 คน ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 2) การจัดการกับอารมณ์ 3) การคิดบวก 4) เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และ 5) กลุ่มชุมชนบำบัด ซึ่งครอบคลุมการแลกเปลี่ยนแหล่งสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ในชุมชนของตนเอง แนวทางการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน และแนวทางการพัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45 - 60 นาที ดำเนินกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง 5 วันติดต่อกัน โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย

ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน นับจากวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้วันที่ผู้ป่วยมีนัดตรวจติดตามอาการกับแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเองระหว่างรอพบแพทย์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมในกลุ่มควบคุมหลังการติดตามครบ 3 เดือนในรูปแบบกิจกรรมรายบุคคล ตามความสมัครใจและความประสงค์ของผู้เข้าร่วมแต่ละคน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการจำหน่ายกลับบ้านตามแผนการรักษาของแพทย์ภายใน 3 - 7 วัน จึงมีระยะเวลาติดตามผลใกล้เคียงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยนำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Fisher's exact test ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติแบบจำลองเชิงเส้นผสมทั่วไป (generalized linear mixed model: GLMM) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สำหรับการทดสอบคุณสมบัติเบื้องต้น (assumptions) ก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติอิงพารามิเตอร์ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการแจกแจง (distribution) ของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจาก Shapiro-Wilk test ในระยะก่อนการทดลองซึ่งพบว่ามีค่า $p < .05$ แต่เมื่อผู้วิจัยได้ประเมินเพิ่มเติมจากค่าความเบ้และความโด่ง (skewness and kurtosis) พบว่ามีค่าอยู่ในช่วง -1.96 ถึง +1.96 และ histogram พบว่าการแจกแจงของข้อมูลยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับสถิติอิงพารามิเตอร์ ผู้วิจัยจึงได้ใช้สถิติ GLMM โดยกำหนดการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) และฟังก์ชันเชื่อมโยงแบบเอกลักษณ์ (identity link function)

เนื่องจากตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณต่อเนื่อง แบบจำลองประกอบด้วยอิทธิพลคงที่ (fixed effects) ได้แก่ กลุ่ม (group) ช่วงเวลา (time) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลา (group $\times$ time) และกำหนดโครงสร้างความแปรปรวนร่วมของค่าคลาดเคลื่อนระหว่างการวัดซ้ำแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured covariance structure) แยกตามกลุ่ม เพื่อรองรับความแปรปรวนที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาและแต่ละกลุ่ม ประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธี restricted maximum likelihood (REML) ทดสอบอิทธิพลหลักของกลุ่ม ช่วงเวลา และอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ด้วย Wald chi-square test และรายงานค่าสัมประสิทธิ์ (β) ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: CI) ของอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลา เมื่อพบนัยสำคัญทางสถิติของช่วงเวลาหรือปฏิสัมพันธ์ ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบรายคู่ (pairwise comparisons) ระหว่างช่วงเวลาภายในแต่ละกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยที่ประมาณได้จากแบบจำลอง (estimated marginal means) และปรับแก้ระดับนัยสำคัญด้วยวิธี Bonferroni

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 มีอายุเฉลี่ย 31.48 ปี (SD = 13.82) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 35.0 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 30.0 รายได้ของครอบครัวเพียงพอร้อยละ 83.3 สถานภาพโสดร้อยละ 66.7 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 2 ปี ร้อยละ 63.3 การนอนโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 80.0 ผู้ดูแลหลักเป็นบิดาหรือมารดาร้อยละ 55.0 ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับ คือ sertraline อย่างเดียว ร้อยละ 41.7 และมีอาการข้างเคียงจากยาระดับน้อยร้อยละ 53.3 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์สถิติ GLMM พบว่า คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะติดตามผล 1 เดือน ($\beta = 4.03$, SE = 0.44, 95% CI = 3.17 - 4.90, $p < .001$) และ 3 เดือน ($\beta = 17.73$, SE = 0.64, 95% CI = 16.48 - 18.99, $p < .001$) ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเช่นกัน โดยพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะติดตามผล 1 เดือน ($\beta = -6.83$, SE = 0.76, 95% CI = -8.33 ถึง -5.33, $p < .001$) และ 3 เดือน ($\beta = -9.77$, SE = 1.09, 95% CI = -11.89 ถึง -7.64, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยประมาณการระหว่างช่วงเวลาด้วยวิธี Bonferroni ในแต่ละกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตัวระหว่างระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุม แม้ว่าคะแนนในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนจะสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน กลับพบว่าคะแนนในระยะ 3 เดือนลดลงจากระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับคะแนนภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนลดลงจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าคะแนนในระยะ 3 เดือนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ในกลุ่มควบคุม แม้ว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน จะลดลงจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะ 1 เดือนและ 3 เดือนกลับพบว่าคะแนนในระยะ 3 เดือนเพิ่มขึ้นจากระยะ 1 เดือนอย่างมี

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

	ทั้งหมด (n = 60)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							1.000
ชาย	21	35.0	11	36.7	10	33.3	
หญิง	39	65.0	19	63.3	20	66.7	
อายุ (ปี)							.934
18 - 25	30	50.0	15	50.0	15	50.0	
26 - 40	13	21.7	7	23.3	6	20.0	
41 - 60	17	28.3	8	26.7	9	30.0	
	mean = 31.48, SD = 13.82		mean = 31.13, SD = 13.10		mean = 31.83, SD = 14.73		
สถานภาพสมรส							.707
โสด	40	66.7	21	70.0	19	63.3	
คู่	15	25.0	6	20.0	9	30.0	
หม้าย/หย่า/แยก	5	8.3	3	10.0	2	6.7	
ระดับการศึกษา							.321
ประถมศึกษา	14	23.3	6	20.0	8	26.7	
มัธยมศึกษาต้น	11	18.3	7	23.3	4	13.3	
มัธยมศึกษาปลาย	21	35.0	8	26.7	13	43.3	
อนุปริญญา/ปวส.	2	3.4	2	6.7	0	0.0	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12	20.0	7	23.3	5	16.7	
อาชีพ							.553
รับจ้าง	18	30.0	9	30.0	9	30.0	
เกษตรกร	7	11.7	2	6.7	5	16.7	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	6.6	3	10.0	1	3.3	
อื่น ๆ	31	51.7	16	53.3	15	50.0	
รายได้ของครอบครัว							.731
เพียงพอ	50	83.3	24	80.0	26	86.7	
ไม่เพียงพอ	10	16.7	6	20.0	4	13.3	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย							.124
1 ปี	6	10.0	1	3.3	5	16.7	
2 ปี	38	63.3	20	66.7	18	60.0	
3 ปี	9	15.0	6	20.0	3	10.0	
≥ 4 ปี	7	11.7	3	10.0	4	13.3	
	mean = 2.32, SD = .89		mean = 2.43, SD = .90		mean = 2.20, SD = .89		
รับไว้ในรพ.ครั้งที่							.189
ครั้งที่ 2	48	80.0	21	70.0	27	90.0	
ครั้งที่ 3	7	11.7	5	16.7	2	6.7	
ครั้งที่ 4	5	8.3	4	13.3	1	3.3	
ผู้ดูแลหลัก							.079
บิดาหรือมารดา	33	55.0	19	63.3	14	46.7	
พี่หรือน้อง	10	16.7	8	26.7	2	6.7	
สามีหรือภรรยา	9	15.0	0	0.0	9	30.0	
บุตร	2	3.3	1	3.3	1	3.3	
อื่น ๆ	6	10.0	2	6.7	4	13.3	
ยาโรคซึมเศร้าที่ได้รับ							.291
amitriptyline และ sertraline	2	3.3	1	3.3	1	3.3	
amitriptyline และ fluoxetine	4	6.7	3	10.0	1	3.3	
sertraline	25	41.7	10	33.3	15	50.0	

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60) (ต่อ)

	ทั้งหมด (n = 60)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับ (ต่อ)								
sertraline และ fluoxetine	2	3.3	2	6.7	0	0.0		
sertraline และอื่น ๆ	3	5.0	3	10.0	0	0.0		
fluoxetine	21	35.0	10	33.3	11	36.7		
fluoxetine และอื่น ๆ	3	5.0	1	3.3	2	6.7		
อาการข้างเคียงจากยา*								.796
ระดับน้อย	32	53.3	15	50.0	17	56.7		
ระดับปานกลาง	28	46.7	15	50.0	13	43.3		

* เป็นอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressant) เท่านั้น โดยอาการระดับน้อย หมายถึง มีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับปานกลาง หมายถึง มีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test

	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Difference		t	p-value
	mean	SD	Mean	SD	mean	SE		
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา								
ก่อนการทดลอง	35.97	1.50	35.83	0.83	0.14	0.31	0.43	.672
ระยะติดตามผล 1 เดือน	63.77	0.50	59.60	1.52	4.17	0.29	14.23	< .001
ระยะติดตามผล 3 เดือน	63.67	0.80	45.80	2.82	17.87	0.54	33.37	< .001
ภาวะซึมเศร้า								
ก่อนการทดลอง	26.97	3.37	27.40	3.08	-0.43	0.83	-0.52	.605
ระยะติดตามผล 1 เดือน	2.03	0.56	9.30	0.84	-7.27	0.18	-39.62	< .001
ระยะติดตามผล 3 เดือน	2.87	0.57	13.07	3.99	-10.20	0.74	-13.56	< .001

SE = standard error

ตารางที่ 4 ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลา (group x time) ต่อคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงเส้นผสมทั่วไป (N = 60)

Interaction	β	SE	95% CI	p-value
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา				
กลุ่ม x 1 เดือน	4.03	0.44	3.17, 4.90	< .001
กลุ่ม x 3 เดือน	17.73	0.64	16.48, 18.99	< .001
ภาวะซึมเศร้า				
กลุ่ม x 1 เดือน	-6.83	0.76	-8.33, -5.33	< .001
กลุ่ม x 3 เดือน	-9.77	1.09	-11.89, -7.64	< .001

นัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 5

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง และ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้ารายคู่ระหว่างช่วงเวลาด้วยวิธี Bonferroni

group	time	difference		p-value
		Mean	SE	
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา				
กลุ่มทดลอง (n = 30)	ก่อนการทดลอง - 1 เดือน	-27.80	0.32	< .001
	ก่อนการทดลอง - 3 เดือน	-27.70	0.31	< .001
	1 เดือน - 3 เดือน	0.10	0.18	1.000
กลุ่มควบคุม (n = 30)	ก่อนการทดลอง - 1 เดือน	-23.77	0.31	< .001
	ก่อนการทดลอง - 3 เดือน	-9.97	0.56	< .001
	1 เดือน - 3 เดือน	13.80	0.33	< .001
ภาวะซึมเศร้า				
กลุ่มทดลอง (n = 30)	ก่อนการทดลอง - 1 เดือน	24.93	0.59	< .001
	ก่อนการทดลอง - 3 เดือน	24.10	0.60	< .001
	1 เดือน - 3 เดือน	-0.83	0.07	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	ก่อนการทดลอง - 1 เดือน	18.10	0.49	< .001
	ก่อนการทดลอง - 3 เดือน	14.33	0.91	< .001
	1 เดือน - 3 เดือน	-3.77	0.72	< .001

หมายเหตุ : Mean differences were estimated from the GLMM (estimated marginal means); p-values were adjusted using the Bonferroni method. SE = standard error.

สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยในระยะเดียวกันของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่อเนื่องยาวนานกว่า ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐาน แม้จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะสั้น แต่มีแนวโน้มไม่เพียงพอที่จะรักษาระดับพฤติกรรมให้อยู่ในระดับสูงในระยะยาวได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ได้บูรณาการกรอบแนวคิดและเทคนิคสำคัญของ MI ซึ่งเชื่อว่าผู้ที่มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองร่วมกับ CBT ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา โดยโปรแกรมเริ่มจากกิจกรรมที่ 1 และ 2 ที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ด้วยบรรยากาศที่เอื้อต่อการสร้างความร่วมมือและการเปิดเผยถึงอุปสรรคและความลังเลใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น ความรู้เรื่องโรคที่ไม่ถูกต้อง จำนวนชนิดของยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา^{11,29} สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรสุขภาพมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น⁷ การทบทวนอุปสรรคในอดีตผ่านกระบวนการสะท้อนความคิดตามแนวคิด CBT ยังอาจช่วยให้ผู้ป่วย

เกิดการตระหนักรู้ถึงความขัดแย้งระหว่างเป้าหมายชีวิตที่ต้องการพ้นหายจากโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีอยู่ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองจากการโทษตนเองหรือรู้สึกผิดเป็นแรงจูงใจภายในที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาวะที่ดีของตนเอง โดยไม่รู้สึกลัวถูกบังคับ

สำหรับกิจกรรมที่ 3 และ 4 มุ่งเน้นการปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยยา โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบชวนคิดวิเคราะห์ และการพิสูจน์หลักฐาน เพื่อปรับความคิดของผู้ป่วยให้เป็นความจริงเชิงเหตุผล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองมักมีความเชื่อที่ผิดและเจตคติเชิงลบต่อการใช้ยา ซึ่งเกิดจากความคิดอัตโนมัติเชิงลบ (automatic thoughts) เช่น “ถ้ากินยาแล้วจะต้องพึ่งพายาตลอดไป” “กินยาไปก็ไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น” หรือ “ถ้ากินยาจิตเวชแสดงว่าตนเองเป็นคนบ้า” ซึ่งสะท้อนถึงความบิดเบือนทางความคิด (cognitive distortion) ต่อการรับรู้ประสิทธิภาพของยาและความจำเป็นในการรักษา ซึ่งการปรับความคิดดังกล่าวอาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวก สำหรับการสอนสติการจิตยารับประทานเอง ซึ่งประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเอง (self-management) การแก้ไขปัญหา

(problem-solving) และการเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) อย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและคุ้นเคยกับเวลา ขนาด และรูปแบบการให้ยาของตนเอง และสามารถจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเบื้องต้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ครบถ้วนและตรงเวลามากขึ้น ลดโอกาสการหยุดยาเองหรือการไม่ใช้ยาต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Can และ Budak³⁰ ที่พบว่า การบำบัดด้วยวิธี CBT ที่เน้นการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและอาการ การระบุและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความคิดที่บิดเบือน รวมถึงการพัฒนาทักษะการรับมือกับความก้าวร้าว ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น และมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมิศา กุมลา และคณะ³¹ ที่ทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการยา ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น

นอกจากนี้ ในกิจกรรมที่ 5 ซึ่งเน้นการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านเครื่องมือช่วยเหลือ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ของ House³² อาจช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา สามารถกำกับติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เสริมแรงทางบวก ตลอดจนร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นพร้อมวิธีแก้ไข ซึ่งล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ³³ ที่ได้ทดสอบผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ทั้งนี้ คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 3 เดือนที่ไม่แตกต่างจากระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนให้เห็นถึงความคงอยู่ในระยะกลางของผลจากโปรแกรม ซึ่งอาจเป็นผล

มาจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิด การลดความลังเล และการสร้างแรงจูงใจภายในบุคคล จนเกิดเป็นพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาหลักในกลุ่ม SSRIs ซึ่งการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดอาการทางคลินิกและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า^{34,35}

สำหรับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอาจเป็นผลรวมจากกิจกรรมของโปรแกรม ซึ่งช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้^{36,37} นอกจากนี้ ผลดังกล่าวอาจเกิดร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานที่ผู้ป่วยได้รับในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยาโรคซึมเศร้าเริ่มออกฤทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงระบบนัดติดตามอาการและให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย ทั้งนี้ พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลที่ 3 เดือนเพิ่มขึ้นจากที่ 1 เดือนเล็กน้อย แม้ว่าจะคงจัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องกลับไปเผชิญสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าเดิมในชีวิตประจำวัน ร่วมกับการจางหายของผลการทดลองเมื่อเวลาผ่านไป สะท้อนถึงความสำคัญของการติดตามภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนในการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรได้รับการพิจารณาเพื่อนำผลไปประยุกต์ใช้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดตามโปรแกรมโดยตรงจากผู้วิจัย ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอคติอันเนื่องมาจากความแตกต่างด้านความเชี่ยวชาญหรือการได้รับความใส่ใจเป็นพิเศษ (Hawthorne effect) นอกจากนี้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีค่าค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความเป็นเอกภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงเสริมทางบวกและการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกัน รวมถึงการติดตามผลหลังจบโปรแกรมอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน ในขณะที่เดียวกันการประเมินด้วยการรายงานตนเองอาจเกิดอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) การศึกษา

ครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาประเมินผลลัพธ์ด้วยวิธีเชิงประจักษ์ร่วมด้วย เช่น การนับเม็ดยาที่เหลือ (pill count) หรือการตรวจสอบข้อมูลประวัติการรับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความเชื่อมั่นของผลการศึกษา รวมถึงควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่ของผลจากโปรแกรม

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มุ่งเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาร่วมกับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดำเนินการแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8 - 10 คน ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ดำเนินการวันละ 1 ครั้ง 5 วันติดต่อกัน มีแนวโน้มช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากกว่าการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐานในหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ควรมีการประเมินผลลัพธ์ด้วยวิธีเชิงประจักษ์และติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันความแม่นยำ ความเชื่อมั่น และการคงอยู่ของผลจากโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณดำรงพล จันทร์สดี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำโปรแกรมมาใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ลลิตา อันอามาตย์ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและปรับปรุงบทความต้นฉบับ
ชนกชนม์ โคตรสมบัติ : เขียนและปรับปรุงบทความต้นฉบับ
บวรภพ ปราบมะเริง : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. HDC Dashboard [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Jan 20]. Available from: [https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/706b605192b49d385ba044350af9c46a?](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/706b605192b49d385ba044350af9c46a?subcatalogId=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89)

- subcatalogId=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89 (in Thai)
3. Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Annual report of Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital, fiscal year 2023 [Report]. Nakhon Ratchasima: Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2023. (in Thai)
4. Uwajeh K, Egbuchulem KI, Afolabi OA. Major depressive disorder: cognitive, emotive and motivational consequences in adolescents. Ann Ib Postgrad Med. 2024;22(1):116-20.
5. Sheffler ZM, Reddy V, Pillarisetty LS. Antidepressants. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538174/>.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: treatment and management [NICE Guideline NG222]. London: NICE; 2022 Jun 29. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
7. Moonchai K, Sangon S, Nintachan P, Rungrungsiriparn M. Factors Associated with Adherence to Medication in Major Depressive Disorder Patients. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;13(1):240-60. (in Thai)
8. Sawatdi P, Vuthiarpa S, Soonthornchaiya R. The effect of a self-regulation program on medication adherence in patients with major depressive disorders. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):47-54. (in Thai)
9. Ralukruedj R, Sakthong P. Factors Associated with Self-reported Medication Adherence in Depressive Outpatients. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2021;13(4):963-72. (in Thai)
10. Tepsuan L. The study of the relationship between knowledge, attitude, and medication adherence in major depressive disorder patients: a cross-sectional study at Songkhla Hospital. Region 3 Medical and Public Health Journal. 2025;22(3):191-200. (in Thai)
11. Srichai A, Foofoeng T, Pacharapakornsin P. Factors Related with Medication Adherence in Patients with Depression. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(38):671-84. (in Thai)
12. Inwanna S, Duangchan C, Matthews AK. Effectiveness of interventions to promote medication adherence in schizophrenic populations in Thailand: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2887. doi:10.3390/ijerph19052887.
13. Vasile C. CBT and medication in depression (Review). Exp Ther Med. 2020;20(4):3513-6. doi:10.3892/etm.2020.9014.

14. Bello O, Kearney K. Using Motivational interviewing to promote medication adherence in patients with major depressive disorder. *Arch Psychiatr Nurs.* 2025;59: 151968. doi:10.1016/j.apnu.2025.151968.
15. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change.* 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
16. Zhou Y, Zhao D, Zhu X, Liu L, Meng M, Shao X, et al. Psychological interventions for the prevention of depression relapse: systematic review and network meta-analysis. *Transl Psychiatry.* 2023;13(1):300. doi:10.1038/s41398-023-02604-1.
17. Jayalath M. A review on the effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy and Motivational Interviewing in treating depression. *RA Journal of Applied Research.* 2024;10(12):310-5. doi:10.47191/rajar/v10i12.02.
18. Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S, Nothacker M, Smedslund G, Frese T, et al. Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;12(12):CD008063. doi:10.1002/14651858.CD008063.pub3.
19. Chansod D. Effects of motivational enhancement program combined with cognitive behavioral adjustment on medication adherence among schizophrenic patients [Unpublished report]. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2019. (in Thai)
20. Xu S, Liu B, Zhang Y. Effectiveness of mental therapy for poor medication adherence in depression: a review. *Trop J Pharm Res.* 2020;19(8):1785-92. doi:10.4314/tjpr.v19i8.30.
21. Vannachavee U, Seeherunwong A, Yuttatri P, Chulakadabba S. The effect of a drug adherence enhancement program on the drug adherence behaviors of patients with major depressive disorder in Thailand: a randomized clinical trial. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(3):322-8. doi:10.1016/j.apnu.2015.12.001.
22. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
23. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press; 1979.
24. Wachiradilok P, Rungreangkulkij S. Effectiveness of individual counseling program based on motivation interviewing and cognitive behavioral technique for treatment compliance in schizophrenia. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2008;16(1):261-8. (in Thai)
25. Uthaiphan R, Dangdomyouth P. The effect of group motivational interviewing on medication compliance of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2013;27(1): 136-48. (in Thai)
26. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. *Ir Med J.* 1999;92(6):392-4.
27. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Hoeber Medical Division; 1967.
28. Holasuit S, Potisuk S. Thai Version of the Beck Depression Inventory (BDI). *Academic Psychiatry and Psychology Journal.* 1997;13(1):22-8.
29. Yokoya S, Maeno T, Sakamoto N, Goto R, Maeno T. A brief survey of public knowledge and stigma towards depression. *J Clin Med Res.* 2018;10(3):202-9. doi:10.14740/jocmr3282w.
30. Can SY, Budak FK. The effect of cognitive behavioural therapy-based psychoeducation on medication adherence and aggression in individuals diagnosed with schizophrenia: An experimental study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2025;32(3):445-56. doi:10.1111/jpm.13127
31. Koomala S, Sangon S, Nintachan P. Effect of medication adherence promotion program in schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2020;34(2):132-52. (in Thai)
32. House JS. *Work stress and social support.* Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
33. Rungrojwatanasiri P, Soonthornchaiya R, Upasen R. The effect of group social support program on medication adherence of elderly patients with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2017;31(1):119-32. (in Thai)
34. Kishi T, Sakuma K, Hatano M, Okuya M, Matsuda Y, Kato M, et al. Relapse and its modifiers in major depressive disorder after antidepressant discontinuation: meta-analysis and meta-regression. *Mol Psychiatry.* 2023;28(3):974-6. doi:10.1038/s41380-022-01920-0.
35. Machmutow K, Meister R, Jansen A, Kriston L, Watzke B, Härter MC, et al. Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;5(5):CD012855. doi:10.1002/14651858.CD012855.pub2.
36. Qayyum IA. Self-efficacy as predictor of self-control and self-loathing among adults with depression. *Pakistan Journal of Positive Psychology.* 2025;2(1):35-9.
37. Hongsakornpraser K. Effects of social support on elderly patients with depressive disorders. *Multidisciplinary Journal for Health.* 2022;4(2):15-26. (in Thai)



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (Instruction to Authors)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัด ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหาด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บไซต์ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน หากมีการนำระบบ AI (artificial intelligence) หรือระบบปัญญาประดิษฐ์มาใช้ประกอบการเขียนบทความ ต้องแจ้งรายละเอียดต่อกองบรรณาธิการ ทั้งนี้ บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน (บทความนิพนธ์ต้นฉบับ 3 ท่าน) บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้นิพนธ์ อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมทาง



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

ขอเชิญส่งบทความตีพิมพ์เผยแพร่ใน

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

Journal of Mental Health of Thailand

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



ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI
เป็นวารสารกลุ่มที่ 2



ไม่มีค่าใช้จ่ายการตีพิมพ์



ยกระดับความน่าเชื่อถือด้วยเลข
DOI Crossref ของบทความ



ขอบเขต (Scopes)

เป็นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
ที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ในระดับประเทศ

ประเภทบทความ

- บทความพิเศษ
- นิพนธ์ต้นฉบับ
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- บทความปริทัศน์
- รายงานผู้ป่วย
- ปกิณกะ

เผยแพร่ 4 ฉบับ/ปี

- ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค.
- ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย.
- ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย.
- ฉบับที่ 4 ต.ค. - ธ.ค.



อ่านและส่งบทความทาง (เว็บไซต์ระบบ ThaiJO)

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



กองบรรณาธิการวารสารฯ
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทร. 0-2590-8254 / 0-2590-8567
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th / jmht.dmh@gmail.com



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 71 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2569

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

แก้ข้อความผิด

B

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านร่วมกับการรักษาแพทย์ทางไกลในการติดตามผู้ที่ขาดการรักษาในชุมชน 227
กลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต:

การทดลองนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม

ประเวช ปรีดาชัยกุล

งานวิจัยแบบภาคตัดขวาง: ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 237
ในประเทศไทย

ปวีณ ถาวรประดิษฐ์, ณิชาวรรณ จงรักษิณกิจ, มษฐา ทองปาน

ความชุกของการติดเกมและความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลักกับการติดเกม 249
ในผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีการเห็นคุณค่า
ในตนเองและการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง

อิสริยา เหมภูวนนท์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์

ปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาล 260
โรงพยาบาลศิริราช

ชยางกูร ภูมิกำจร, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามี, อุบล หุ่นแก้วชมพู่

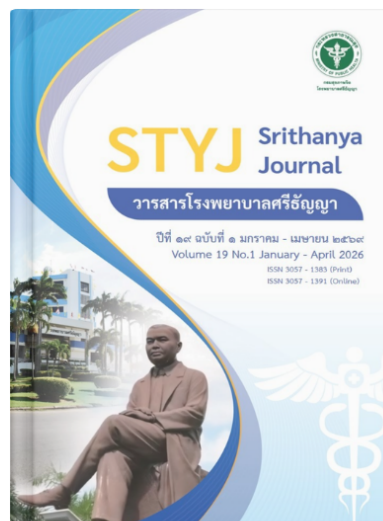
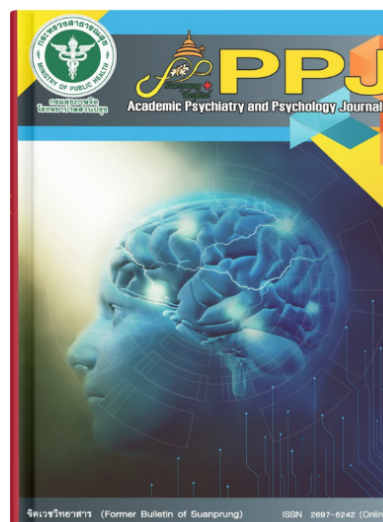
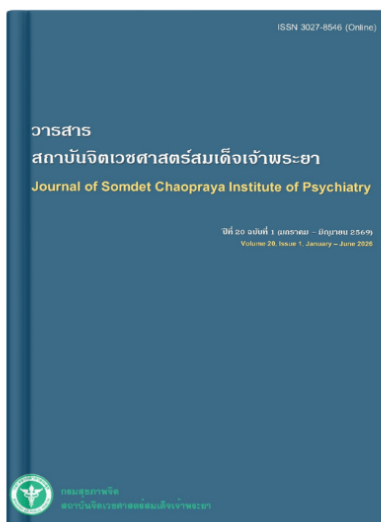
ประสิทธิผลของการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรง 272
ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ทรงพล โสตนวงศ์



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

วารสารวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต



อ่านและดูรายละเอียดวารสารทาง
<https://www.thaidmh-elibrary.org/journal>

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทร. 0-2590-8254 / 0-2590-8567

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ด



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

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