

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 33 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2568

Volume 33 Number 4 October - December 2025

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

- 1. กรอบการพัฒนาสุขภาพจิตของ OECD : บทวิเคราะห์เชิงนโยบายและนัยยะต่อระบบสุขภาพจิตไทย
- 2. ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็กวัยเรียนตอนต้น กรุงเทพมหานคร
- 3. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหญิงผู้จับซักรีดส่งอาหารในกรุงเทพมหานคร
- 4. ผลระยะยาวของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น
- 5. ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น
- 6. การพัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช
- 7. การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติแบบประเมินสุขภาพ: 8 มิติ
- 8. การพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติก

Journal of
Mental Health of Thailand



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชษฐ อุดมรัตน์ รองประธานสมาคมโลกเพื่อการฟื้นฟู
ทางจิตสังคม
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ข้าราชการบำนาญ
(นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อธิบ ดันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อักษรนาคกรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.พญ.พรจิรา ปรีวีชรากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภู่อ่าว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.คุณกัญญา จีรังกุลวิทย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
พญ.เบญจพร ปัญญาขย ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมลิก ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการ
สาธารณสุข)

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทรรัตน์ พงษ์พิยะ ดร.วีร์ เมฆวิไลย
นางสาวพาสณา คุณาวิวัฒน์ นางสาวศรัณย์พิชญ์ อักษร
นางสาวณัฐสุดา จุลสินธนาภรณ์ นางฐิติญา จันทพรหม

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 และมิได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ISSN 3057-1545 (Print)

ISSN 3057-1553 (Online)

Journal of Mental Health of Thailand

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its focus and scope is a new knowledge of research and academic work in mental health and psychiatry or useful in exchanging knowledge at the national level.

Free subscription:

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

Download and Submission:

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

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand
Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health, Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.
Tel. +66-2590-8254, 8567 Fax. +66-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th
jmht.dmh@gmail.com

Remark:

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

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)
Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)
M.L.Somchai Chakraband, M.D.
Yongyud Wongpiromsarn, M.D.
Burin Suraaronsamrit, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D. Vice President of World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)
Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Retired government official (Medical Doctor, Advisory Level)

Editor-in-Chief

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

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Bureau of Mental Health Service Administration
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamkliang, M.D. Srithanya Hospital
Sujira Prechawit, M.D. Srinakharinwirot University
Supasaek Virojanapa, M.D. Srithanya Hospital

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaisal, M.D. Khon Kaen University
Prof.Sirijit Suttajit Chiang Mai University
Assoc.Prof.Pornjira Pariwatcharakul, M.D Mahidol University
Assoc.Prof.Tawanchai Jirapramukpitak, M.D., Ph.D. Mahidol University
Asst.Prof.Darunee Phukao, Ph.D. Mahidol University
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. 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.Phophthorn Wuttiham

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

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

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 33 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2568

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เด็กวัยเรียนตอนต้น กรุงเทพมหานคร พรประพิมพ์ โปธา, สุวรรณณี พุทธิศรี, มชฐา ทองปาน	269
ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหญิงผู้ขับขีรถส่งอาหารในกรุงเทพมหานคร ชนิษฐา เมฆสวัสดิ์, ชุติมา หุ่มเรืองวงษ์	281
ผลระยะยาวของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กัญชมน สีหะปัญญา, อนุวัฒน์ สรวรรณมัย, ชนกชนม์ โคตรสมบัติ, กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์	293
ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมที่ต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์, สุนทรี ศรีโกไสย, ชลชีพร สมใจ, ชฎาพร คำฟู, ภัชณิตรา เกตุกาญจน์กุล, ศุทธสินี จีแดง, ชุตินาถ ศักรินทร์กุล	305
การพัฒนาาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์	318
การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ศุภเสก วิโรจนานา, ภัทรวรรณ สุขยิรัญ, กมลเนตร วรณเสวก, นพวรรณ ดันศิริมาศ, ณัฐกานต์ ใจบุญ, ฉัตรดนัย ศรชัย, รัตน์ดา นราภักดิ์, มณฑินี จุลละนันท์, รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ	332
การพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติก สุภาพร เลาคำ, ณัฐชฎนันท์ พัฒน์สิทธิโชค, กุหลาบ เนตรกันหา	345
บทความพิเศษ	
กรอบการพัฒนาสุขภาพจิตของ OECD : บทวิเคราะห์เชิงนโยบายและนัยยะต่อระบบ สุขภาพจิตไทย อลิสสา อุดมวีระเกษม	354
ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2568	364
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 33 Number 4 October – December 2025

	Page
CONTENTS PREFACE	A
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
Relationship between life congruence and parenting in parents of early school-aged children in Bangkok, Thailand Pornprapim Pota, Suwannee Putthisri, Masatha Thongpan	269
Depression and associated factors among female food delivery riders in Bangkok metropolis, Thailand Kanitta Meksawasd, Chutima Roomruangwong	281
Long-term effects of parental skills training for behavioral modification of children with attention deficit hyperactivity disorder Kanchamon Seehapanya, Anuwat Saruanrum, Chanokchon Khotsombat, Kittiyaporn Boonpairot	293
Effects of the cognitive and behavioral adjustment program on oppositional defiant behavior among adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Laddawan Aranyakanon, Soontaree Srikosai, Chaliporn Somjai, Chadaporn Kamphu, Patchanitra Ketkanjankul, Suttasinee Jeedaeng, Chutinart Sakrinnakul	305
The development of the care plan system for the restoration of competency to stand trial in forensic psychiatric patients Nuth Graipaspong	318
Development and validation of the Eight-Dimensional Wellness Assessment Supasaek Virojanapa, Pattarawat Sukyirun, Kamonnet Wannasewok, Noppawan Tunsirimas, Nattagan Jaiboon, Chatdanai Sornchai, Ratda Narapuk, Montinee Jullanun, Rattiyaporn Benjehma	332
Development of a parent-based curriculum for early childhood learning readiness skills in children with autism Supaporn Laokam, Natcharuenan Phatsitthichok, Kularb Natkunha	345
SPECIAL ARTICLE	
The OECD framework for mental health development: a policy analysis and implications for Thailand's mental health system Alisa Udomweerakasem	354
INDEX: JOURNAL OF MENTAL HEALTH OF THAILAND 2025 VOLUME 33 NUMBER 1 - 4	364
INSTRUCTION TO AUTHORS	I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 4 ปี พ.ศ. 2568 ตีพิมพ์บทความพิเศษเรื่อง “กรอบการพัฒนาคุณภาพจิตของ OECD : บทวิเคราะห์เชิงนโยบายและนัยยะต่อระบบสุขภาพจิตไทย” ซึ่งสอดคล้องกับวาระสำคัญของชาติในการมุ่งสู่การเป็นสมาชิก OECD ภายในปี พ.ศ. 2573 บทความวิเคราะห์ช่องว่างและโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพจิตไทยให้สอดคล้องมาตรฐานสากล โดยเน้นการขับเคลื่อน “สุขภาพจิตในทุกนโยบาย” (Mental Health in All Policies) และเชื่อมโยงมิติด้านการศึกษาและการจ้างงาน ซึ่งถือเป็นพิมพ์เขียวสำคัญในการวางรากฐานระบบสุขภาพจิตของประเทศให้มั่นคงและยั่งยืน

นอกจากนี้ วารสารฉบับนี้ยังมีนิพนธ์ต้นฉบับ 7 เรื่อง ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิตในเด็กและครอบครัว การดูแลกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน การบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือประเมินและหลักสูตรสำหรับบริบทของสังคมไทย

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและเผยแพร่ผลงานวิชาการตลอดปีที่ผ่านมา กองบรรณาธิการมุ่งมั่นที่จะยกระดับคุณภาพวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านมาตรฐานวิชาการ การเชื่อมโยงกับนโยบายสาธารณะ และการรับรู้ในเวทีนานาชาติ เพื่อให้วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยมีบทบาทสำคัญต่อวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งระดับประเทศและระดับสากล

อชิบ ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและการเลี้ยงดู ของผู้ปกครองเด็กวัยเรียนตอนต้น กรุงเทพมหานคร

วันรับ : 26 เมษายน 2568

วันแก้ไข : 5 สิงหาคม 2568

วันตอบรับ : 7 สิงหาคม 2568

พรประพิมพ์ โปธา, วท.บ.¹, สุวรรณี พุทธิศรี, พ.บ.²,

มชฐา ทองปาน, พ.บ.²

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตจิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว

โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ¹

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตตามแนวคิดซาเทียร์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองในเด็กวัยเรียนตอนต้น

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 อายุ 6 - 9 ปี จากโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั่วไป แบบวัดความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตฉบับภาษาไทย และแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (Alabama parenting questionnaire) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย independent t-test, Pearson's chi-square และการถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร

ผล : จากแบบสอบถามทั้งหมด 1,269 ชุด ได้รับการตอบกลับครบถ้วน 438 ชุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ ตอนต้นถึงตอนกลาง ระดับความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดี การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง การดูแลสั่งสอนที่เพียงพอ การใช้กฎระเบียบอย่างสม่ำเสมอ และการไม่ใช้การลงโทษทางร่างกาย ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศหญิง การศึกษาระดับสูง การเลี้ยงดูดีกร่วมกับคู่สมรส และรายได้ที่มากกว่ารายจ่าย

สรุป : ผู้ปกครองที่มีความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตสูงมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกและการมีส่วนร่วมมากขึ้น และมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงลบและการลงโทษที่ไม่เหมาะสมลดลง การส่งเสริมความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตของผู้ปกครองจึงอาจช่วยเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปกครองและเด็ก และสนับสนุนพัฒนาการที่เหมาะสมของเด็กวัยเรียนตอนต้น

คำสำคัญ : การเลี้ยงดู, ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต, ซาเทียร์, เด็กวัยเรียนตอนต้น

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พรประพิมพ์ โปธา; e-mail: pornprapim.pot@mahidol.ac.th

Original article

Relationship between life congruence and parenting in parents of early school-aged children in Bangkok, Thailand

Received : 26 April 2025

Revised : 5 August 2025

Accepted : 7 August 2025

Pornrapim Pota, B.Sc.¹, Suwannee Putthisri, M.D.²,Masatha Thongpan, M.D.²

Master of Science Program in Child, Adolescent and Family Psychology, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
National Institute for Child and Family Development, Mahidol University Bangkok¹
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University Bangkok²

Abstract

Objective: To examine the relationship between life congruence based on Satir's model and parenting behaviors among parents of early school-aged children.

Methods: A cross-sectional, school-based study was conducted with parents of elementary school students aged 6 - 9 years in Bangkok, Thailand. Data were collected using a general information questionnaire, the Thai version of the Life Congruence Scale, and the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire. Associations were analyzed using the independent t-test, Pearson's chi-square test, and multivariate logistic regression.

Results: Of 1,269 questionnaires sent, 438 were returned with complete responses. Participants were mostly female and in early-to-middle adulthood. Life congruence was significantly associated with positive parenting practices, parental involvement, adequate parental monitoring/supervision, consistent discipline, and absence of corporal punishment. Other factors independently and significantly associated with favorable parenting included being female, higher educational attainment, child-rearing with partner, and higher income.

Conclusion: Higher life congruence in parents is associated with more positive and engaged parenting behaviors and fewer harmful practices. Interventions aimed at enhancing life congruence among parents may promote healthier parent-child interactions and better developmental outcomes for early school-aged children.

Keywords: early school-aged children, life congruence, parenting, Satir model

Corresponding author: Pornrapim Pota; e-mail: pornrapim.pot@mahidol.ac.th

ความรู้เดิม : เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแลเด็ก ผู้ปกครองอาจใช้กลไกการป้องกันตนเองเพื่อเอาตัวรอด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กและเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาพฤติกรรมเมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองที่มีความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต (life congruence) มักสามารถรับมือกับปัญหาอย่างเหมาะสม และยอมรับตนเอง ผู้อื่น และบริบทได้อย่างเท่าเทียม

ความรู้ใหม่ : ผู้ปกครองที่มีความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตสูงมีแนวโน้มมีบทบาทการเป็นผู้ปกครองที่เหมาะสม มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูมากขึ้น มีการดูแลสั่งสอนที่เพียงพอ มีการใช้กฎระเบียบอย่างสม่ำเสมอ และไม่มีการลงโทษทางร่างกาย นอกจากนี้ การเป็นเพศหญิง การมีศึกษาระดับสูง การเลี้ยงดูเด็กร่วมกับคู่สมรส และการมีรายได้มากกว่ารายจ่าย ยังเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตของผู้ปกครอง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การส่งเสริมสุขภาพครอบครัว โดยเน้นความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตในผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มพฤติกรรมเลี้ยงดูเชิงบวกและสนับสนุนพัฒนาการที่เหมาะสมของเด็กวัยเรียนตอนต้น

บทนำ

วัยเรียนตอนต้น (early school age) เป็นจุดเริ่มของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนจากการใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านมาอยู่ในโรงเรียน การเรียนรู้และการใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมของโรงเรียน และการต้องพึ่งพาตนเองและมีวินัยในการดำรงชีวิตมากขึ้น เด็กวัยนี้จึงต้องการการดูแลสนับสนุนจากผู้ปกครองในหลายด้าน เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้และมีแบบอย่างที่ดี¹ ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการที่รวดเร็วของเด็กในช่วงอายุนี้นี้ทำให้ผู้ปกครองต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลสนับสนุนเป็นอย่างต่อเนื่อง โดยสถานการณ์ทั้งการเปลี่ยนแปลงของเด็กดังที่กล่าวข้างต้น ร่วมกับเหตุการณ์ที่ผู้ปกครองพบเจอในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงทั้งทางบวก เช่น การแต่งงาน การมีสมาชิกใหม่ในครอบครัว และการตั้งครุฑ และทางลบ เช่น การตกงานและการหย่าร้าง ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อจิตใจและความเครียดของผู้ปกครอง² นอกจากนี้ ความรับผิดชอบในบทบาทการเป็นผู้ปกครอง ความรู้สึกถึงภาระ ความคาดหวัง และความกังวลเกี่ยวกับ

การเลี้ยงดู ก็เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงของความเครียดในผู้ปกครอง โดยมีงานวิจัยพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า³

ความเครียดส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในจิตใจและพลังชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่จำเป็นในการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ตามแนวคิดซาเทียร์ ผู้ที่เผชิญกับความกดดันและความเครียด อาจมีการรับมือกับปัญหาเพื่อป้องกันตนเองและความอยู่รอด (survival stances หรือ coping stances) ได้แก่ placating stance, blaming stance, super-reasonable stance และ irrelevant stance⁴ อย่างไรก็ตาม การรับมือในลักษณะนี้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง เนื่องจากเป็นเพียงการปกป้องตนเองให้อยู่รอดจากปัญหาเท่านั้น ไม่ใช่กระบวนการที่นำไปสู่ความสมดุลหรือการเติบโตภายใน⁴

ในบริบทการเลี้ยงดูเด็ก ผู้ปกครองที่ใช้ท่าทีในการรับมือแบบเอาตัวรอดเพื่อตอบสนองต่อความต้องการภายในของตนเอง มักไม่สามารถให้ความสำคัญกับความต้องการที่แท้จริงของเด็กได้อย่างเหมาะสม ในทางตรงกันข้าม ผู้ปกครองที่มีความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต (life congruence) จะสามารถตระหนักรู้และดูแลความต้องการที่แท้จริงของตนเอง (yearning) เช่น ความรัก การยอมรับ ความรู้สึกมีคุณค่า และอิสรภาพ ได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความสมดุลภายในตนเอง มีความหวังที่เหมาะสม ยอมรับทั้งความรู้สึกและความไม่สมหวังได้อย่างเข้าใจ มีอิสระทางความคิดและอารมณ์⁵⁻⁷ ผู้ปกครองที่มีความสอดคล้องภายในจะได้รับผลกระทบทางจิตใจจากปัจจัยภายนอกน้อยลง สามารถรับมือกับวิกฤตต่าง ๆ รวมถึงปัญหาจากการดูแลเด็กได้อย่างมีสติ มีจิตใจสงบและมั่นคง มองสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง และสามารถเชื่อมโยงกับทั้งตนเอง (intrapsychic) และผู้อื่น (interpersonal) ได้อย่างสมดุล ซึ่งส่งผลให้สามารถเข้าใจความรู้สึกของตนเองและเด็กได้ดียิ่งขึ้น และสามารถปรับตัวและทำหน้าที่ในครอบครัวได้เหมาะสม⁴

การให้ความอบอุ่น (nurturance) และการควบคุมวินัย (discipline) เป็นแกนหลักที่สำคัญของพฤติกรรมเลี้ยงดู (parental practice)⁸ และถือเป็นบทบาทโดยตรงของผู้ปกครองต่อพัฒนาการของเด็ก การตอบสนองต่อความต้องการที่เหมาะสม พร้อมทั้งสนับสนุนการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมสุขภาพจิตใจของเด็ก

ขณะที่การควบคุมมากเกินไปมักส่งผลเชิงลบต่อสุขภาพและ พัฒนาการของเด็ก⁹ การได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจึงเป็น พื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งในการเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยเรียน ตอนต้นไปสู่ช่วงวัยรุ่น เนื่องจากเด็กในช่วงวัยนี้เริ่มมีการใช้เหตุผล และการคิดอย่างเป็นระบบ แต่ยังเป็นลักษณะที่ไม่ยืดหยุ่น¹⁰ ผู้ปกครองจึงควรให้ความอบอุ่น ฝึกวินัยอย่างเหมาะสม และ ตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยนี้มีพัฒนาการที่เหมาะสมในทุกด้าน และเติบโตเป็นวัยรุ่นที่มีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม¹ การศึกษานี้มุ่งเน้นสำรวจความสัมพันธ์ระหว่าง ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตกับพฤติกรรมการเลี้ยงดู ของผู้ปกครองในเด็กวัยเรียนตอนต้น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลเด็กและครอบครัว ในการดูแลส่งเสริม ให้ผู้ปกครองมีรูปแบบการเลี้ยงดูที่เหมาะสม อันจะส่งผลดี ต่อพัฒนาการของเด็กในระยะต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เลขที่ COA. MURA2023/446

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ที่มีอายุระหว่าง 6 - 9 ปี จากโรงเรียนขนาดใหญ่ในสังกัด กรุงเทพมหานคร ในเขตพื้นที่หนองแขม กลุ่มพื้นที่กรุงธนใต้ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane¹¹ ที่ระดับ ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 399 คน เลือกโรงเรียน 2 แห่งตามความสะดวก (convenience sampling) โดยพิจารณาจากโรงเรียนที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นได้ เชิญผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักของนักเรียนทุกคนจาก ทุกห้องเรียนเข้าร่วมการศึกษา รวมทั้งหมด 1,269 คน โดยครูประจำชั้นเป็นผู้มอบเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย เอกสารการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแบบสอบถาม ชนิดตอบด้วยตนเอง (self-reported questionnaires) ให้แก่ผู้ปกครอง และให้ผู้ปกครองส่งคืนแบบสอบถามภายหลัง

เครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการเลี้ยงดู ระดับการศึกษา และรายได้เมื่อเทียบกับรายจ่ายประจำเดือน

2) แบบวัดความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต ฉบับภาษาไทย¹² จำแนกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ spiritual, intrapsychic-interpersonal, internal resources และ interpersonal มีข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 13 ข้อ และข้อความเชิงลบ 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตรฐาน ประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้กลับคะแนนกลับในข้อความ ทางลบก่อนนำมาคำนวณคะแนนรวม คะแนนรวมแบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ สอดคล้องกลมกลืนมากที่สุด (131 - 147 คะแนน) มาก (109 - 130 คะแนน) ค่อนข้างมาก (87 - 108 คะแนน) ค่อนข้างน้อย (65 - 86 คะแนน) น้อย (43 - 64 คะแนน) และ น้อยที่สุด (21 - 42 คะแนน) แบบวัดมีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อและทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 และสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

3) แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (Alabama parenting questionnaire: APQ) ฉบับภาษาไทย¹³ เพื่อประเมิน พฤติกรรมการเลี้ยงดูทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีข้อคำถาม 42 ข้อ จำแนกเป็น 6 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 บทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดี (positive parenting practices) 6 ข้อ จุดตัดคะแนนที่พบว่าไม่เป็นปัญหา คือ มากกว่า 21 คะแนน หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (parental involvement) 10 ข้อ จุดตัดคะแนนที่พบว่าไม่เป็นปัญหา คือ มากกว่า 35 คะแนน หมวดที่ 3 การขาดการดูแล/สั่งสอน ของผู้ปกครอง (poor parental monitoring/supervision) 10 ข้อ จุดตัดคะแนนที่พบว่าไม่เป็นปัญหา คือ น้อยกว่า 18 คะแนน หมวดที่ 4 การใช้กฎระเบียบอย่างไม่สม่ำเสมอ (inconsistent discipline) 6 ข้อ จุดตัดคะแนนที่พบว่าไม่เป็นปัญหา คือ น้อยกว่า 18 คะแนน หมวดที่ 5 การลงโทษ ทางร่างกาย (corporal punishment) 3 ข้อ จุดตัดคะแนน ที่พบว่าไม่เป็นปัญหา คือ น้อยกว่า 7 คะแนน และหมวดที่ 6 การใช้กฎระเบียบแบบอื่น ๆ (other discipline) 7 ข้อ เป็นหมวดที่ไม่มีแนวคิดคะแนนเนื่องจากเป็นข้อคำถามเพิ่มเติม มาเพื่อสำรวจการใช้กฎระเบียบและการลงโทษที่เฉพาะเจาะจง

ความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายในจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค หมวดที่ 1 - 3 มีค่าเท่ากับ 0.8 หมวดที่ 4 เท่ากับ 0.7 และหมวดที่ 5 และ 6 เท่ากับ 0.6

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ระหว่างข้อมูลทั่วไปและระดับความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูหมวดที่ 1 - 5 ด้วย independent t-test และ Pearson's chi-square และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (multivariate logistic regression) โดยเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวเข้าสู่การวิเคราะห์ กำหนดตัวแปรตามเป็นการเลี้ยงดูที่ไม่เป็นปัญหา และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 438 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 34.5 เป็นเพศหญิง 356 คน (ร้อยละ 81.3) อายุ 40 - 59 ปี 215 คน (ร้อยละ 49.1) ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

178 คน (ร้อยละ 40.6) มีสถานภาพการเลี้ยงดูแบบเลี้ยงกับคู่สมรส 279 คน (ร้อยละ 63.7) และมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับรายจ่าย 339 คน (ร้อยละ 77.4) ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตตามแนวคิดซาเทียร์อยู่ที่ 106.9 ± 14.4 โดยร้อยละ 45.4 มีคะแนนรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เป็นปัญหา ทั้งในกลุ่มการเลี้ยงดูทางบวก (positive parenting) ได้แก่ หมวดที่ 1 ร้อยละ 86.5 และหมวดที่ 2 ร้อยละ 60.3 กลุ่มการเลี้ยงดูทางลบ (negative parenting) ได้แก่ หมวดที่ 3 ร้อยละ 75.6 หมวดที่ 4 ร้อยละ 82.6 และหมวดที่ 5 ร้อยละ 71.2 ตามตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลี้ยงดูหมวดที่ 1 เพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลี้ยงดูหมวดที่ 3 และ 4 สถานภาพการเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลี้ยงดูหมวดที่ 3 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลี้ยงดูหมวดที่ 1 และ 2 ความเพียงพอ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 438)

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	356	81.3
ชาย	82	18.7
อายุ		
20 - 39 ปี	206	47.0
40 - 59 ปี	215	49.1
60 ปีขึ้นไป	17	3.9
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	83	18.9
มัธยมศึกษา	178	40.6
อนุปริญญา/ปวส./ปวช.	85	19.4
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	92	21.1
สถานภาพการเลี้ยงดูของเด็ก		
เลี้ยงดูโดยผู้ปกครองเพียงคนเดียว (เลี้ยงเดี่ยว)	93	21.2
เลี้ยงดูโดยผู้ปกครองทั้งคู่ (เลี้ยงกับคู่สมรส)	279	63.7
เลี้ยงดูโดยมีญาติช่วยเหลือ เช่น ตายาย/น้า/อา	66	15.1
รายได้กับรายจ่าย		
รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับรายจ่าย	339	77.4
รายได้มากกว่ารายจ่าย	99	22.6

ตารางที่ 2 ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและพฤติกรรมการเลี้ยงดูของกลุ่มตัวอย่าง (n = 438)

	จำนวน	ร้อยละ
ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต (mean \pm SD: 106.9 \pm 14.4, min – max: 47 - 146)		
น้อยที่สุด (คะแนน 21 - 42)	0	0.0
น้อย (คะแนน 43 - 64)	3	0.7
ค่อนข้างน้อย (คะแนน 65 - 86)	32	7.3
ค่อนข้างมาก (คะแนน 87 - 108)	199	45.4
มาก (คะแนน 109 - 130)	186	42.5
มากที่สุด (คะแนน 131 - 147)	18	4.1
พฤติกรรมการเลี้ยงดู		
หมวดที่ 1 บทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดี (positive parenting practices)		
เป็นปัญหา	59	13.5
ไม่เป็นปัญหา	379	86.5
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (parental involvement)		
เป็นปัญหา	174	39.7
ไม่เป็นปัญหา	264	60.3
หมวดที่ 3 การขาดการดูแล/สั่งสอนของผู้ปกครอง (poor parental monitoring/supervision)		
เป็นปัญหา	107	24.4
ไม่เป็นปัญหา	331	75.6
หมวดที่ 4 การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline)		
เป็นปัญหา	76	17.4
ไม่เป็นปัญหา	362	82.6
หมวดที่ 5 การลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment)		
เป็นปัญหา	126	28.8
ไม่เป็นปัญหา	312	71.2

ของรายได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลี้ยงดูหมวดที่ 1, 2, 4 และ 5 และระดับความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลี้ยงดูทุกหมวด ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกโดยคัดเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติเข้าสู่โมเดลพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เป็นปัญหาแต่ละหมวดพบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเลี้ยงดูหมวดที่ 1 (บทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดี) และหมวดที่ 2 (การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการไม่มีปัญหาในหมวดที่ 3 (การขาดการดูแล/สั่งสอน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต เพศหญิง และการเลี้ยงดูร่วมกับคู่สมรส ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการไม่มีปัญหาในหมวดที่ 4 (การใช้กฎระเบียบอย่างไม่สม่ำเสมอ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและเพศหญิง และปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการไม่มีปัญหาใน

หมวดที่ 5 (การลงโทษทางร่างกาย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต และการมีรายได้มากกว่ารายจ่าย ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองส่วนใหญ่ในการวิจัยครั้งนี้มีระดับความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตตามแนวคิดซาเทียร์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก (87 - 108 คะแนน) ร้อยละ 45.4 และระดับมาก (109 - 130 คะแนน) ร้อยละ 42.5 โดยคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 106.91 ซึ่งสูงกว่าค่าการศึกษาในผู้ปกครองเด็กโรครสมาธิสั้นและออทิสติกของสุนทร ศรีโกสย และคณะ^{14,15} ที่พบคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 94.88 และ 97.19 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มประชากรของการศึกษาดังกล่าวเป็นผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาจิตเวช ซึ่งมีแนวโน้มระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง¹⁶ จึงส่งผลให้คะแนนความสอดคล้องกลมกลืนต่ำกว่าการศึกษาครั้งนี้ ขณะที่การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ของ Seo และ Kim¹⁷ ในกลุ่มมารดาของเด็กที่ไม่มีประวัติ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการเลี้ยงดูจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 438)

	หมวดที่ 1 บทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดี		หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง		หมวดที่ 3 การขาดการดูแล/สั่งสอน ของผู้ปกครอง		หมวดที่ 4 การใช้กฎระเบียบ อย่างไม่สม่ำเสมอ		หมวดที่ 5 การลงโทษทางร่างกาย	
	ไม่เป็นปัญหา (n = 379)	เป็นปัญหา (n = 59)	ไม่เป็นปัญหา (n = 264)	เป็นปัญหา (n = 174)	ไม่เป็นปัญหา (n = 331)	เป็นปัญหา (n = 107)	ไม่เป็นปัญหา (n = 362)	เป็นปัญหา (n = 76)	ไม่เป็นปัญหา (n = 312)	เป็นปัญหา (n = 126)
อายุ										
mean	39.6	43.5	39.9	40.5	40.1	40.2	40.1	40.1	39.9	40.7
SD	8.8	10.3	8.7	9.7	8.9	9.9	9.2	9	8.9	9.6
p-value (t-test)	.002		.485		.922		.946		.428	
เพศ										
หญิง	313 (87.9)	43 (12.1)	211 (59.3)	145 (40.7)	278 (78.1)	78 (21.9)	301 (84.6)	55 (15.4)	255 (71.6)	101 (28.4)
ชาย	66 (80.5)	16 (19.5)	53 (64.6)	29 (35.4)	53 (64.6)	29 (35.4)	61 (74.4)	21 (25.6)	57 (69.5)	25 (30.5)
p-value (chi-square)	.075		.384		.015		.028		.687	
สถานภาพการเลี้ยงดู										
เลี้ยงดูโดยผู้ปกครองเพียงคนเดียว (เลี้ยงเดี่ยว)	77 (82.8)	16 (17.2)	48 (51.6)	45 (48.4)	66 (71.0)	27 (29.0)	76 (81.7)	17 (18.3)	60 (64.5)	33 (35.5)
เลี้ยงดูโดยผู้ปกครองทั้งคู่ (เลี้ยงกับคู่สมรส)	246 (88.2)	33 (11.8)	175 (62.7)	104 (37.3)	223 (79.9)	56 (20.1)	233 (83.5)	46 (16.5)	208 (74.6)	71 (25.4)
เลี้ยงดูโดยมีญาติช่วยเหลือ เช่น ตายาย/น้า/อา	56 (84.8)	10 (15.2)	41 (62.1)	25 (37.9)	42 (63.6)	24 (36.4)	53 (80.3)	13 (19.7)	44 (66.7)	22 (33.3)
p-value (chi-square)	.383		.157		.011		.797		.121	
ระดับการศึกษา										
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	58 (69.9)	25 (30.1)	35 (42.2)	48 (57.8)	57 (68.7)	26 (31.3)	70 (84.3)	13 (15.7)	55 (66.3)	28 (33.7)
มัธยมศึกษา	156 (87.6)	22 (12.4)	111 (62.4)	67 (37.6)	130 (73.0)	48 (27.0)	141 (79.2)	37 (20.8)	125 (70.2)	53 (29.8)
อนุปริญญา/ปวส./ปวช.	78 (91.8)	7 (8.2)	51 (60.0)	34 (40.0)	66 (77.6)	19 (22.4)	73 (85.9)	12 (14.1)	63 (74.1)	22 (25.9)
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	87 (94.6)	5 (5.4)	67 (72.8)	25 (27.2)	78 (84.8)	14 (15.2)	78 (84.8)	14 (15.2)	69 (75.0)	23 (25.0)
p-value (chi-square)	< .001		< .001		.066		.468		.558	
ความเพียงพอของรายได้										
รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับรายจ่าย	286 (84.4)	53 (15.6)	194 (57.2)	145 (42.8)	249 (73.5)	90 (26.5)	273 (80.5)	66 (19.5)	231 (68.1)	108 (31.9)
รายได้มากกว่ารายจ่าย	93 (93.9)	6 (6.1)	70 (70.7)	29 (29.3)	82 (82.8)	17 (17.2)	89 (89.9)	10 (10.1)	81 (81.8)	18 (18.2)
p-value (chi-square)	.014		.019		.063		.030		.008	
ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต										
Mean	108.05	99.59	109.05	103.66	108.22	102.85	107.63	103.46	108.21	103.69
SD	14.26	13.11	14.12	14.23	14.48	13.38	14.56	13.11	14.31	14.15
p-value (t-test)	< .001		< .001		.001		.021		.003	

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 438)

	หมวดที่ 1 บทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดี			หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง			หมวดที่ 3 การขาดการดูแล/สั่งสอน ของผู้ปกครอง (ไม่เป็นปัญหา)			หมวดที่ 4 การใช้กฎระเบียบ อย่างไม่สม่ำเสมอ (ไม่เป็นปัญหา)			หมวดที่ 5 หมกมุ่นทางร่างกาย (ไม่เป็นปัญหา)		
	AOR	95% CI	p-value	AOR	95% CI	p-value	AOR	95% CI	p-value	AOR	95% CI	p-value	AOR	95% CI	p-value
คะแนนความสอดคล้องกลิ่นของชีวิต	1.04	1.02 - 1.07	< .001	1.03	1.01 - 1.04	.001	1.02	1.01 - 1.04	.003	1.02	1.0 - 1.04	.046	1.02	1.01 - 1.03	.024
อายุ	0.97	0.94 - 1.003	.072	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เพศ	-	-	-	-	-	-	ref	-	-	ref	-	-	-	-	-
หญิง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ชาย	-	-	-	-	-	-	0.45	0.26 - 0.77	.004	0.48	0.26 - 0.87	.016	-	-	-
สถานภาพการเลี้ยงดู	-	-	-	-	-	-	0.57	0.33 - 1.00	.049	-	-	-	-	-	-
เลี้ยงดูโดยผู้ปกครองเพียงคนเดียว (เลี้ยงเดี่ยว)	-	-	-	-	-	-	ref	-	-	-	-	-	-	-	-
เลี้ยงดูโดยผู้ปกครองทั้งคู่ (เลี้ยงกับคู่สมรส)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เลี้ยงดูโดยมีญาติช่วยเหลือ เช่น ตา/ยาย/น้า/อา	-	-	-	-	-	-	0.45	0.25 - 0.82	.009	-	-	-	-	-	-
ระดับการศึกษา	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	ref	-	-	Ref	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
มัธยมศึกษา	2.65	1.29 - 5.42	.008	2.39	1.39 - 4.12	.002	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อนุปริญญา/ ปวส./ปวช.	4.24	1.62 - 11.08	.003	2.01	1.07 - 3.78	.029	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	5.47	1.89 - 15.84	.002	3.32	1.74 - 6.35	< .001	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ความพึงพอใจของรายได้	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับรายจ่าย	ref	-	-	Ref	-	-	-	-	-	ref	-	-	-	-	-
รายได้มากกว่ารายจ่าย	1.14	.62 - 2.08	.678	1.19	.78 - 1.80	.425	-	-	-	1.39	0.81 - 2.37	.239	1.94	1.26 - 3.0	.003

AOR = adjusted odds ratio

การวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ พบคะแนนความสอดคล้องกลมกลืนเฉลี่ยอยู่ที่ 107.8 คะแนน

คะแนนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มไม่เป็นปัญหา โดยร้อยละ 86.5 มีพฤติกรรมด้านบทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดี และร้อยละ 60.3 มีพฤติกรรมกรรมการด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นนวิษญ์ จากัญญาประทีป และคณะ¹⁸ ที่พบว่าผู้ปกครองในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูด้วยการแสดงออกถึงความรัก มีการกอด หอมแก้ม การให้ความเอาใจใส่ เปิดใจรับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ใช้เวลา และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ด้านการเลี้ยงดูทางลบ (negative parenting) พบว่า มีเพียงส่วนน้อยที่รายงานปัญหาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูทางลบ ได้แก่ การขาดการดูแล/สั่งสอนของผู้ปกครอง พบร้อยละ 24.4 การใช้กฎระเบียบอย่างไม่สม่ำเสมอ พบร้อยละ 17.4 และการใช้การลงโทษทางร่างกาย พบร้อยละ 28.8 สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยา ขอสันติวิวัฒน์¹⁹ ที่พบว่าผู้ปกครองไทยมีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงในการอบรมเลี้ยงดูระดับน้อยถึงปานกลาง ประมาณร้อยละ 35 โดยเป็นการใช้ความรุนแรงทางด้านร่างกายมากกว่าทางจิตใจ

ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดี และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และการไม่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเชิงลบ ได้แก่ การขาดการดูแล/สั่งสอน (ไม่เป็นปัญหา) การใช้กฎระเบียบอย่างไม่สม่ำเสมอ และการลงโทษทางร่างกาย สะท้อนถึงอิทธิพลของความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตของผู้ปกครองต่อการเพิ่มพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกและลดพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเชิงลบ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าผู้ปกครองที่มีความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตสูงสามารถมีสติ ตระหนักรู้ และรับผิดชอบอารมณ์ ความคิด ความคาดหวัง และความปรารถนาของตนเองได้ รวมถึงมีเคารพและรับรู้คุณค่าของตนเองและผู้อื่น บนรากฐานของความเท่าเทียมกันของมนุษย์ แม้ว่าจะมีบทบาทที่แตกต่างกัน^{7,20,21} ทำให้สามารถเลือกวิธีการเลี้ยงดูเด็กได้ตามบทบาทผู้ปกครองที่ดีและให้การอบรมสั่งสอนที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงการลงโทษในรูปแบบของการลงโทษทาง

ร่างกาย ซึ่งเป็นการใช้กำลังหรือร่างกายที่เหนือกว่ามาควบคุมและส่งผลเสียต่อเด็กทั้งทางร่างกายและจิตใจ^{20,22} โดยมักเลือกใช้วิธีให้รางวัลหรือลงโทษอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกของสมาชิกครอบครัวและรักษาความสมดุลของระบบการทำหน้าที่ของครอบครัว²³

ในทางตรงกันข้าม ผู้ปกครองที่ขาดความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตมักไม่สามารถเชื่อมโยงโลกภายในของตนเองกับบทบาทผู้ปกครอง จึงเลี้ยงดูเด็กแบบปล่อยตามใจ (laissez-faire behavior control)²² โดยไม่ชี้แนะพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการรับมือกับสถานการณ์แบบเฉไฉ (irrelevant stance) ตามแนวคิดชาเทียร์ ซึ่งบุคคลเพิกเฉยต่อทั้งตัวเอง ผู้อื่น และบริบท ไม่รับรู้หรือไม่พยายามควบคุมสถานการณ์ และการรับมือแบบสมยอม (placating stance) ซึ่งบุคคลไม่กล้าแสดงความต้องการของตนเอง และปล่อยให้สถานการณ์ดำเนินไปแม้อาจไม่ถูกต้อง⁷

ผู้ปกครองเพศชายมีการดูแล/สั่งสอนที่เพียงพอและการใช้กฎระเบียบอย่างสม่ำเสมอน้อยกว่าผู้ปกครองเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจสะท้อนถึงบทบาททางสังคมของครอบครัวไทยที่มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และมีส่วนร่วมในการดูแลและสั่งสอนบุตรอย่างใกล้ชิดมากกว่า ขณะที่บทบาทของบิดามักเกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมที่คาดหวังให้เพศชายต้องเป็นผู้นำและปกป้องสวัสดิภาพของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้บทบาทของบิดาที่เป็นเพศชายมักถูกมองว่ามีความเกี่ยวข้องกับระบบภายนอกครอบครัว เช่น การหารายได้เลี้ยงครอบครัว ซึ่งเป็นภาระด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้ปกครองเพศชายมีส่วนร่วมในชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งรวมถึงการดูแลสั่งสอนบุตรและการยึดกฎระเบียบในครอบครัว²⁴

ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าแสดงพฤติกรรมการมีบทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดีและมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่าผู้ปกครองได้รับการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงมักมีทัศนคติที่เอื้อต่อการเลี้ยงดูแบบอบอุ่น มีการควบคุมวินัยอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการกำหนดกิจวัตรครอบครัว (family routines) ที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็กมากขึ้น²⁵ ส่งผลให้ผู้ปกครองมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Martínez และคณะ²⁶

ที่พบว่าความรู้และการศึกษาของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่ทำให้มีกิจกรรมร่วมกับลูกมากขึ้น เช่น การช่วยสอนการบ้าน พุดคุยอ่านหนังสือ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการและความเป็นอยู่ที่ดีของเด็ก²⁷

ครอบครัวที่คู่สมรมีการเลี้ยงดูเด็กร่วมกันมีการดูแล/สั่งสอนที่เพียงพอมากกว่า กล่าวคือ มีแนวโน้มใส่ใจติดตามกำกับเด็กมากกว่าครอบครัวที่มีผู้ปกครองเลี้ยงดูเพียงคนเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Song และคณะ²⁸ ที่พบว่าครอบครัวที่มีความร่วมมือในการเลี้ยงดู (dyadic coparenting) มักมีเสถียรภาพในการกำกับดูแลเด็กที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับครอบครัวที่ไม่ร่วมมือหรือมีเพียงผู้ปกครองคนเดียว จึงเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่ช่วยลดโอกาสการทะเลาะหรือขาดการสั่งสอนในครอบครัวได้

ผู้ปกครองที่มีรายได้มากกว่ารายจ่ายมีปัญหาการลงโทษทางร่างกายน้อยกว่าผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยหรือเท่ากับรายจ่าย อาจสะท้อนอิทธิพลของความมั่นคงทางเศรษฐกิจในการลดความตึงเครียดและความกดดันในการตอบสนองความต้องการทั้งของตนเองและครอบครัว ซึ่งอาจมีส่วนช่วยลดการใช้ความรุนแรงในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang และคณะ²⁹ ที่รายงานว่าความเปราะบางทางเศรษฐกิจ เช่น การตกงาน หรือรายได้ที่ลดลง เพิ่มโอกาสเกิดการควบคุมวินัยและการลงโทษทางร่างกายอย่างรุนแรงกับเด็ก

ผลการศึกษานี้สะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต และปัจจัยสำคัญอื่น ๆ กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูในผู้ปกครองเด็กวัยเรียนตอนต้น ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการส่งเสริมความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตตามแนวทางทฤษฎี โดยเฉพาะในผู้ที่ทำงานด้านการให้คำปรึกษาหรือการบำบัดครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครอง ซึ่งจะส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูและพัฒนาการของเด็กด้วย นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว การสร้างระบบสนับสนุนผู้ปกครอง ทั้งในด้านการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การคัดกรองและดูแลครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรง ตลอดจนการปรับปรุงการให้บริการทางจิตสังคมในชุมชน โรงเรียน และสถานพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงการสนับสนุนด้านจิตใจและทักษะการเลี้ยงดูได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลได้โดยตรง การเก็บข้อมูลในโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานครซึ่งถูกเลือกตามความสะดวกอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ปกครองทั้งหมด อีกทั้งอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามค่อนข้างต่ำ จึงมีโอกาสเกิดอคติจากความแตกต่างระหว่างผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามกับผู้ที่ไม่ตอบ นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่ได้เก็บรวบรวมตัวแปรวนสำคัญ เช่น บุคลิกภาพ ปัญหาสุขภาพจิต หรือประสบการณ์ชีวิตอื่น ๆ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการเลี้ยงดูและความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตผู้ปกครอง จึงควรมีการศึกษาในบริบทอื่นเพิ่มเติม เช่น โรงเรียนในสังกัดและภูมิภาคอื่น ๆ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ และผลสนทนารับข้อมูลเชิงลึกร่วมกับแบบสอบถาม รวมทั้งพิจารณาตัวแปรที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน เพื่อให้ผลการศึกษามีความเป็นตัวแทนของผู้ปกครองเด็กวัยเรียนตอนต้นได้ดีขึ้น และช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้ชัดเจนขึ้น

สรุป

ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตที่สูงในผู้ดูแลหลักของเด็กวัยเรียนตอนต้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการเป็นผู้ปกครองที่ดี การมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดู การดูแล/สั่งสอนที่เพียงพอ การใช้กฎระเบียบอย่างสม่ำเสมอ และการไม่ใช้การลงโทษทางร่างกาย การส่งเสริมความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตของผู้ปกครองร่วมไปกับการส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูตามปกติจึงอาจช่วยเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกและลดพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงลบ อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพครอบครัว ตลอดจนพัฒนาการของเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรโรงเรียนวัดอุดมรังสี และโรงเรียนวัดหนองแขม (สหราษฎร์บูรณะ) อาจารย์และเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

พรประพิมพ์ โปธา : ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; สุวรรณิ พุทธิศรี : ออกแบบ การวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; มชฐา ทองปาน : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ; ผู้นิพนธ์ทุกคน ได้อ่านและตรวจสอบบทความตีพิมพ์ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

- Nantamongkolchai S. Family, child rearing, and development of preschoolers in Thailand. *Thai Journal of Public Health*. 2016;46(3):205-10. (in Thai)
- Piyawatkul N. Effects of stress on the body and behavior. In: *Psychological Trauma and Psychiatric Practice*. 2nd ed. Khon Kaen: Klang Nana Wittaya Publishing; 2021. p. 13-4. (in Thai)
- Ribas LH, Montezano BB, Nieves M, Kampmann LB, Jansen K. The role of parental stress on emotional and behavioral problems in offspring: a systematic review with meta-analysis. *J Pediatr (Rio J)*. 2024;100(6):565-85. doi:10.1016/j.jpmed.2024.02.003.
- Banmen J, Maki-Banmen J. *Satir's systemic (brief) therapy*. California: Science and Behavior Books, Inc.; 2001.
- Banmen J. *Satir transformational systemic therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc.; 2008.
- Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomori M. *The Satir model: Family therapy and beyond*. California: Science and Behavior Books; 1991.
- Makpoon P, Udomthammanupap M, Pansomboon P. Satir model: Inner happiness. *Journal of Mental and Intellectual Development Innovation*. 2021;1(1):34-42. (in Thai)
- Locke LM, Prinz RJ. Measurement of parental discipline and nurturance. *Clin Psychol Rev*. 2002;22(6):895-929. doi:10.1016/S0272-7358(02)00133-2.
- Legas AM, Gu C. Parenting behavior and adolescent psychological wellbeing: the moderating role of birth order. *Curr Psychol*. 2025;1-10. doi:10.1007/s12144-025-06832-3.
- Pan H, Zhang Y. Understanding the emotional development of school-aged children: a critical review. *Journal of Education Humanities and Social Sciences*. 2023;8:1860-6. doi:10.54097/ehss.v8i.4597.
- Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1973.
- Srikosai S, Taweewattanaprecha S. Psychometric properties of the life congruence scale based on the Satir Model: Thai Version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2012;57(1):75-88. (in Thai)
- Khamon A, Charnsil C, Srisurapanont M, Suradom C. Development and validation of the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ). *Journal of Mental Health of Thailand*. 2019;27(2):107-20. (in Thai)
- Srikosai S, Dornnork P, Taweewattanaprecha S, Saipanish R. Clinical outcomes and parents' life congruence of children with attention deficit-hyperactive disorder after Satir model based psychoeducational program. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(3):227-46. (in Thai)
- Srikosai S, Dornnork P, Somchai C, Sriseub P, Taweewattanaprecha S, Saipanish R. Effect of the Satir model - based psychoeducational program on parents and children with autism spectrum disorder. *International Journal of Child Development and Mental Health*. 2019;7(2):41-54. (in Thai)
- Srinuanid P, Srinuanid P. Stress and stress management behaviors in parents of child at outpatient department of child and adolescent psychiatric clinic in Thungsong Hospital at Nakhon Sri Thammarat Province [Internet]. Nakhon Si Thammarat: Medical Journal of Nakornnayok Songkhla Thungsong Hospital. 2019;7(2):41-54. (in Thai)
- Seo SH, Kim SJ. The effects of a parental education program based on satir transformational systemic therapy model for preschoolers' mothers. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;24(4):330-41. doi:10.12934/jkpmhn.2015.24.4.330.
- Jatukannyaprateep P, Suraseth C, Wintachai J. The synthesis of indicators and parenting behaviors in each parenting dimension based on Schaefer's concept. *An Online Journal of Education*. 2558;10(4): 495-509. (in Thai)
- Khosuntiwiwat H. Family characteristics and parental violence of child-rearing in Thailand. *Interdisciplinary Research in Development for Sustainable Society Rajabhat Suan Sunandha University Journal*. 2022;14(1): 160-74. doi:10.53848/irdssru.v14i1.254547. (in Thai)
- Wongcharee H, Watakakosal R, Suttiwan P, Ngamake S. Associations between corporal punishment myths and corporal punishment use tendency. *Journal of Social Sciences and Humanities*. 2019;45(1):341-65. (in Thai)
- Limsuwan N, Limsuwan N. *Satir: psychotherapy and self-development*. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. p. 13 -96. (in Thai)

22. Sukadaecha R. Child-rearing of Thai families: a systematic integrated literature reviews. *Journal of Nursing Science & Health*. 2020;43(1):1-9. (in Thai)
23. Ounlam T. Nurses' roles in promoting family functioning of schizophrenia persons in a community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2020;34(1): 1-12. (in Thai)
24. Male's role and family problems in modern Thai society. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 1998;43(3):258-65. (in Thai)
25. Tompkins V. The relation between college education and beliefs about parent discipline. *J Adult Dev*. 2025. doi:10.1007/s10804-025-09529-7.
26. Martinez NT, Xerxa Y, Law J, Serdarevic F, Jansen PW, Tiemeier H. Double advantage of parental education for child educational achievement: the role of parenting and child intelligence. *Eur J Public Health*. 2022;32(5):690-95. doi:10.1093/eurpub/ckac044.
27. Fakhrunnisak D, Patria B. The positive effects of parents' education level on children's mental health in Indonesia: a result of longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2022;22:949. doi:10.1186/s12889-022-13380-w.
28. Song S, Oh W, Li T, Wang Z, Niehuis S. Dyadic maternal and paternal coparenting change across childhood and adolescent behavioral problems. *J Child Fam Stud*. 2025. doi:10.1007/s10826-025-03156-2.
29. Kang M, Dunning C, Ran Y, Baderinwa C, Chi P, Kurniati A, et al. Socio-economic and psychosocial determinants of violent discipline among parents in Asia Pacific countries during COVID-19. *Child Abuse Negl*. 2023;145: 106905. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106905.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหญิงผู้ขับขี่รถส่งอาหาร
ในกรุงเทพมหานคร

วันรับ : 2 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข : 25 มิถุนายน 2568

วันตอบรับ : 27 มิถุนายน 2568

ชนิษฐา เมฆสวัสดิ์, ศศ.ม., ชุตินา ห่อรุ่งเรืองวงษ์, พ.บ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในหญิงที่ประกอบอาชีพขับขี่รถส่งอาหาร**วิธีการ :** การศึกษาภาคตัดขวางระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ในกลุ่มผู้ขับขี่รถส่งอาหารเพศหญิงที่รับงานผ่านแอปพลิเคชันในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับงานขับขี่รถส่งอาหาร แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ฉบับที่ 1A (BDI-IA) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)**ผล :** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้า (BDI-IA 16 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 24.8 ปัจจัยทำนายการมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วย (AOR = 3.28, 95% CI = 1.04 - 10.32) การมีภาระงานบ้านด้านการจ่ายซื้อของเข้าบ้าน (AOR = 4.36, 95% CI = 1.14 - 16.60) การอยู่ในครอบครัวแบบโดดเดี่ยวต่างคนต่างอยู่ หรือทะเลาะกันรุนแรง (AOR = 5.00, 95% CI = 1.13 - 22.11) และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ลดลง (AOR = 0.92, 95% CI = 0.89 - 0.96)**สรุป :** หญิงที่ประกอบอาชีพขับขี่รถส่งอาหารในกรุงเทพมหานครเกือบ 1 ใน 4 มีภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ภาระงานภายในครัวเรือน และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงควรมีมาตรการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และสิทธิประโยชน์ของกลุ่มหญิงผู้ประกอบอาชีพนี้**คำสำคัญ :** ผู้ขับขี่, เพศหญิง, ภาวะซึมเศร้า, ส่งอาหาร**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** ชนิษฐา เมฆสวัสดิ์; e-mail: cupanddish@gmail.com

Original article

Depression and associated factors among female food delivery riders in Bangkok metropolis, Thailand

Received : 2 May 2025

Revised : 25 June 2025

Accepted : 27 June 2025

Kanitta Meksawasd, M.A., Chutima Roomruangwong, M.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok

Abstract

Objective: To examine the prevalence and associated factors of depression among female food delivery riders.

Methods: This study is descriptive cross-sectional study conducted between November 2024 and February 2025 among female food delivery drivers working through food delivery applications in Bangkok. Data were collected using questionnaires on demographics, work-related characteristics, the Beck Depression Inventory IA (BDI-IA), and the World Health Organization Quality of Life - Brief Thai version (WHOQOL-Brief-Thai)

Results: A total of 117 participants were included. The prevalence of depression (BDI-IA ≥ 16) was 24.8%. Significant predictors of having depression were having another concurrent occupation (AOR = 3.28, 95% CI = 1.04 - 10.32), being responsible for household chores and grocery shopping (AOR = 4.36, 95% CI = 1.14 - 16.60), living in family environment characterized by isolation or intense conflict (AOR = 5.00, 95% CI = 1.13 - 22.11) and lower overall quality of life scores (AOR = 0.92, 95% CI = 0.89 - 0.96).

Conclusion: Almost one-fourth of female food delivery riders in Bangkok experience depression, which is associated with low quality of life, multiple concurrent responsibilities, and insufficient social support. These findings provide evidence to inform policies on welfare provisions and psychosocial support for this female workforce.

Keywords: depression, female, food delivery, riders

Corresponding author: Kanitta Meksawasd; e-mail: cupanddish@gmail.com

ความรู้เดิม : อาชีพขับขี่รถส่งอาหารในประเทศไทย ยังไม่ได้รับการรับรองสถานะการเป็นลูกจ้าง และไม่ได้รับสวัสดิการแรงงานขั้นต่ำทั้งจากภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพนี้ โดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งมีภาระหน้าที่อื่นร่วมด้วย

ความรู้ใหม่ : พบภาวะซึมเศร้าในหญิงผู้ประกอบอาชีพขับขี่รถส่งอาหารในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 24.8 โดยปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วย การมีภาระงานบ้านด้านการจับจ่ายซื้อของเข้าบ้าน การอยู่ในครอบครัวที่ห่างเหินหรือมีความขัดแย้งรุนแรง และการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงทั้งโดยรวมและด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแหล่งข้อมูลและแนวทางให้ผู้ที่สนใจและผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพขับขี่รถส่งอาหารเพศหญิง ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านแรงงานและสวัสดิการทั้งจากภาครัฐและเอกชน

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนแรงงานชั่วคราวและแรงงานบนแพลตฟอร์มดิจิทัลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก กลุ่มแรงงานเหล่านี้มักเผชิญความไม่แน่นอนทั้งตารางเวลาทำงาน รายได้ และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ อีกทั้งมักทำงานให้กับนายจ้างหลายรายหรือหลายแพลตฟอร์มพร้อมกัน ส่งผลให้มีอัตราความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยวสูงกว่าประชากรทั่วไป การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้พบว่าแรงงานชั่วคราวมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19 ในขณะที่พนักงานทั่วไปมีเพียงร้อยละ 11²

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 ส่งผลให้ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ต้องใช้มาตรการจำกัดการเดินทางและเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ เช่น ร้านอาหาร ภาคประชาชนจึงปรับตัวโดยการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์เพื่อบริโภคในครัวเรือน ส่งผลให้อาชีพขับขี่รถส่งอาหาร หรือ ไรเดอร์ (rider) ซึ่งเป็นแรงงาน

ชั่วคราวที่เป็นสื่อกลางระหว่างร้านอาหารและผู้บริโภคเติบโตและเป็นที่ต้องการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁴ แม้ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดเข้าสู่ภาวะปกติและความต้องการใช้บริการสั่งอาหารแบบออนไลน์ลดลง แต่อาชีพนี้ยังคงได้รับความนิยม เนื่องจากสามารถสร้างรายได้ทันที ตอบสนองต่อค่าใช้จ่ายรายวัน และเปิดโอกาสให้เลือกเวลาทำงานได้อย่างอิสระ⁵ สอดคล้องกับปรากฏการณ์ในทวีปยุโรปที่อาชีพขับขี่รถส่งอาหารได้รับการยอมรับมากขึ้น โดยบางประเทศ เช่น สเปน ฝรั่งเศส และเนเธอร์แลนด์ ได้ออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิแรงงานเพื่อสร้างสมดุลระหว่างความยืดหยุ่นในการทำงานกับความมั่นคงทางสังคมแก่กลุ่มผู้ประกอบอาชีพนี้⁶

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย อาชีพขับขี่รถส่งอาหาร ยังไม่ได้รับการรับรองสถานะเป็นลูกจ้าง และไม่ได้รับสวัสดิการแรงงานขั้นต่ำทั้งจากภาครัฐและเอกชน⁷ ขณะเดียวกัน แรงกดดันจากระบบการจ่ายงาน อัตราการแข่งขันระหว่างแพลตฟอร์มที่สูงขึ้น และค่าตอบแทนที่ลดลง ทำให้ผู้ขับขี่ต้องเพิ่มจำนวนรอบการส่งอาหารมากขึ้นเพื่อให้รายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ⁸ การศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีนพบว่าผู้ขับขี่รถส่งอาหารจำนวนมากมีพฤติกรรมขับขี่ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ⁹ โดยเฉพาะผู้ขับขี่เพศหญิงที่มีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพร่างกาย และการอดทนต่อความเหนื่อยล้า อีกทั้งยังต้องเผชิญกับแรงกดดันทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ภาระงานบ้านควบคู่กับงานนอกบ้าน และมีความเสี่ยงในการถูกคุกคามและล่วงละเมิดขณะปฏิบัติงาน¹⁰ สะท้อนถึงความไม่เสมอภาคทางเพศและปัญหาเชิงโครงสร้างในสังคมไทย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ขับขี่รถส่งอาหารเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ขับขี่เพศชาย เช่น โรคซึมเศร้า¹¹

ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ใช้แรงงานมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายด้าน ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การแบกรับภาระหลายด้าน ภาระทางเศรษฐกิจ ปัญหาหนี้สินและค่าครองชีพ และสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี ปัจจัยทางสังคม เช่น สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน และการประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง¹² นอกจากนี้ บริบทการทำงานของแรงงานชั่วคราวมักมีความมั่นคงต่ำ รายได้ผันผวน ชั่วโมงทำงานยาวนาน และเผชิญความกดดันสูง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ จนเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า¹³ ในทางตรงกันข้าม การมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี เช่น

การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาวะ การได้รับการส่งเสริมทักษะความสามารถส่วนบุคคล ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว รวมถึงระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง สามารถสร้างความสุขในการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ^{14,15}

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับซักรถส่งอาหารในประเทศไทย โดยเฉพาะในเพศหญิงซึ่งมีความเปราะบาง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งได้รับผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจ การศึกษานี้จึงมุ่งสำรวจภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประชากรกลุ่มดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความตระหนักรู้ และเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตและคุ้มครองสิทธิของผู้ขับซักรถส่งอาหาร รวมถึงแรงงานชั่วคราวในรูปแบบอื่น ๆ

วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลขใบรับรอง 1462/2024 วันที่รับรอง 7 พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ขับซักรถส่งอาหารที่รับงานผ่านแอปพลิเคชันส่งอาหารในเขตกรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง 2) ประกอบอาชีพขับซักรถส่งอาหารในปัจจุบัน 3) ขับซักรถส่งอาหารในเขตกรุงเทพมหานคร และ 4) เป็นสมาชิกในเครือข่ายสหภาพไรเดอร์ เกณฑ์การคัดออกคือ อยู่ในช่วงพักงาน กำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนในประชากรกลุ่มเดียว (single population proportion) ทั้งนี้ เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาในประชากรกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าสัดส่วน (p) เท่ากับ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสูงสุด และกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.1 และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 117 คน

เครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัย เพื่อรวบรวมข้อมูลทางประชากรศาสตร์และความเป็นอยู่ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูลด้วยตนเอง ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพอื่น ๆ รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประกันสุขภาพ/ประกันอุบัติเหตุ การรับประทาน อาหาร การนอนหลับ ภาระงานบ้าน การรับผิดชอบค่าใช้จ่าย บรรยากาศภายในครอบครัว การมีบุคคลที่สามารถพูดคุยเรื่องส่วนตัวได้ การทำงานอดิเรก และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทั่วไป

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับงานขับซักรถส่งอาหาร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ปัญหา และความกังวลที่เกี่ยวกับการทำงาน มีข้อคำถาม 20 ข้อ ทั้งแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูลด้วยตนเอง ประกอบด้วย การทำอาชีพไรเดอร์เป็นอาชีพหลักหรืออาชีพรอง เหตุผลที่ประกอบอาชีพนี้ อายุงานการทำงาน จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน จำนวนรอบการส่งอาหารต่อวัน ความยากลำบากในการจัดหาอุปกรณ์ทำงาน (เช่น รถมอเตอร์ไซด์ อุปกรณ์มีดถือ) ความพึงพอใจในค่าตอบแทน ความพึงพอใจในลักษณะอาชีพ (เช่น การขับรถ การพบปะผู้คน) การประสบอุบัติเหตุเล็กน้อย การประสบอุบัติเหตุจนต้องพักงานมากกว่า 1 วัน การประสบอุบัติเหตุจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และชุดคำถามเกี่ยวกับปัญหาเรื้อรังจิตใจจากการทำงาน ได้แก่ การจ่ายงานซ้อนจากผู้ให้บริการแอปพลิเคชัน (จ่ายงานมากกว่า 1 ออร์เดอร์ในรอบเดียว) การต้องสำรองจ่ายเงินตัวเองก่อน การถูกลงโทษโดยผู้ให้บริการแอปพลิเคชัน (เช่น การตัดคะแนน การลดจำนวนการจ่ายงาน) การถูกทำร้ายร่างกายโดยผู้ใช้บริการ การถูกข่มขู่ ต่ำหนิ หรือ ต่ำทอด้วยถ้อยคำรุนแรงจากผู้ให้บริการ การคุกคามทางเพศจากผู้ให้บริการ การถูกผู้ใช้บริการร้องเรียน และปัญหาที่พบจากร้านอาหารที่ไปรับออร์เดอร์ โดยชุดคำถามนี้มีคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ระบายจิตใจน้อยที่สุด จนถึง 5 คะแนน คือ ระบายจิตใจมากที่สุด

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ฉบับที่ 1A (Beck depression inventory IA: BDI-IA) ฉบับภาษาไทย¹⁶

เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 21 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน คือ มีอาการเพียงเล็กน้อย จนถึง 3 คะแนน คือ มีอาการรุนแรง แปลผลคะแนนรวมเป็นความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 5 ระดับ ดังนี้ 0 - 9 คะแนน แสดงถึงภาวะอารมณ์ปกติ 10 - 15 คะแนน แสดงถึงภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 16 - 19 คะแนน แสดงถึงภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 20 - 29 คะแนน แสดงถึงภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30 - 63 คะแนน แสดงถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง การศึกษานี้กำหนด “ภาวะซึมเศร้า” หมายถึง มีคะแนนรวมตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป (ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป)

4) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief - Thai, WHOQOL-BREF-THAI)¹⁷ เพื่อประเมินองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 26 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน ไม่เลย จนถึง 5 คะแนน มากที่สุด โดยมีการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวม 26 - 130 คะแนน แบ่งเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 26 - 60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี 61 - 95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตดี แบบวัดมีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective-congruence: IOC) เท่ากับ 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) จากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงเป็นค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ประกาศเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยในเฟซบุ๊กเพจ สหภาพไรเดอร์ (Freedom Rider Union) และกลุ่มในเครือข่าย โดยผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย ซึ่งมีคำอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการที่จะปฏิบัติต่ออาสาสมัคร ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการชี้แจงคุณสมบัติผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยมี

แบบสอบถามคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 4 ข้อ เพื่อคัดกรองว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าและไม่ตรงกับเกณฑ์การคัดออก จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความยินยอมโดยการแสดงเจตนาพร้อมมือ (consent by action) และสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ด้วยตนเองในช่วงเวลาที่สะดวก โดยไม่มีการจำกัดเวลา ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นแบบไม่ระบุตัวตน แต่ผู้เข้าร่วมสามารถติดต่อผู้วิจัยได้จากช่องทางที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูล ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์ และ QR Code/Line Group ทั้งยังมีการให้ข้อมูลแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการเข้ารับการรักษาที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่อแจกแจงข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ความเป็นอยู่ การทำงาน คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test, independent t-test และ Pearson correlation เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรต่าง ๆ โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย one-sample Kolmogorov-Smirnov test และหากข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐานการแจกแจงปกติ จะใช้สถิติ non-parametric ควบคู่กัน และใช้การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (multivariate logistic regression) ร่วมกับการทดสอบ goodness of fit ด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow เพื่อระบุปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้า โดยนำตัวแปรทั้งหมดที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการทดสอบเชิงอนุมานมาวิเคราะห์นำเสนอขนาดความสัมพันธ์เป็น adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 117 คน อายุเฉลี่ย 37 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 38.9 และระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 31.9 มีสถานภาพโสดหรือหย่าร้างร้อยละ 64.1 มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 58.3 ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.5 มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐาน แบ่งเป็น น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 15.4 อยู่ในเกณฑ์อ้วนร้อยละ 30.8 และอยู่ในเกณฑ์อ้วนมากร้อยละ 26.5 กลุ่มตัวอย่างใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 51.3

ด้านครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทหน้าที่ทำความสะอาดซักล้างร้อยละ 85.5 จับจ่ายซื้อของใช้ภายในบ้านร้อยละ 60.7 รับส่งสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 41.0 เตรียมอาหารร้อยละ 39.3 เตรียมเสื้อผ้า/รีดผ้าร้อยละ 26.5 ดูแลสมาชิกครอบครัวที่เป็นเด็กร้อยละ 23.9 ดูแลสมาชิกครอบครัวที่สูงอายุร้อยละ 11.1 และดูแลสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยร้อยละ 3.4 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.1 รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในอัตราส่วนมากกว่าร้อยละ 75.0 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมด บรรยากาศภายในครอบครัวมีความรักและกลมเกลียวกันดีร้อยละ 46.2 รักและทะเลาะกันบ้างร้อยละ 41.9 ต่างคนต่างอยู่/ไม่สนใจกันร้อยละ 9.4 เจ็บเหงา/ไม่มีเวลาพบกันร้อยละ 1.7 และทะเลาะกันรุนแรงร้อยละ 0.9

การทำงาน ปัญหาและผลกระทบจากการทำงาน

ด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.2 ประกอบอาชีพขับซึ่รถส่งอาหารเป็นอาชีพหลักเพียงอาชีพเดียว เหตุผลการประกอบอาชีพที่พบมากที่สุดคือ ความสะดวกด้านการจัดการเวลา ร้อยละ 43.1 กลุ่มตัวอย่างมีอายุงานมากกว่า 3 ปีร้อยละ 48.3 และ 1 - 3 ปีร้อยละ 40.5 รับงาน 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 71.9 และทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 71.8 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในค่าตอบแทนระดับปานกลางร้อยละ 37.6 เคยเกิดอุบัติเหตุในการทำงานระดับเล็กน้อยร้อยละ 24.6 อุบัติเหตุปานกลางจนถึงต้องหยุดพักงานร้อยละ 8.6 และอุบัติเหตุรุนแรงจนถึงต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 1.7

ด้านปัญหาจากการทำงานและการได้รับผลกระทบต่อจิตใจ กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการจ่ายงานซ้อน 94 คน ส่งผลรบกวนจิตใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 31.9 เคยต้องสำรองจ่ายเงินเองก่อน 66 คน ส่งผลรบกวนจิตใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 30.3 เคยถูกลงโทษ 49 คน ส่งผลรบกวนจิตใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 46.9 เคยถูกผู้ใช้บริการทำร้ายร่างกาย 2 คน ส่งผลรบกวนจิตใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 50.0 เคยถูกตำหนิต่ำทอด้วยถ้อยคำรุนแรง 37 คน ส่งผล

รบกวนจิตใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 35.1 เคยถูกคุกคามทางเพศ 11 คน ส่งผลรบกวนจิตใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 36.4 เคยถูกร้องเรียน 30 คน ส่งผลรบกวนจิตใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 33.3 และเคยมีปัญหาเกี่ยวกับร้านอาหาร 77 คน ส่งผลรบกวนจิตใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 33.8

คุณภาพชีวิต

การประเมินด้วย WHOQOL-BREF-THAI พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.4 มีผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ ร้อยละ 6.1 มีคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายระดับไม่ดี ร้อยละ 10.7 มีคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจระดับไม่ดี ร้อยละ 20.0 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมระดับไม่ดี และร้อยละ 19.0 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมระดับไม่ดี

ภาวะซึมเศร้า

การประเมินด้วย BDI-IA พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้า (BDI-IA 16 คะแนนขึ้นไป) ในกลุ่มตัวอย่างคือ ร้อยละ 24.8 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 8.8 ระดับมากร้อยละ 10.6 และระดับรุนแรงร้อยละ 5.3 ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ด้านครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาระงานบ้านจับจ่ายซื้อของเข้าบ้าน พบภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่มีครอบครัวที่โดดเดี่ยวต่างคนต่างอยู่ หรือทะเลาะกันรุนแรงพบภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ครอบครัวรักใคร่กันดีหรือทะเลาะกันน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่ไม่มีบุคคลที่สนิทและพูดคุยด้วยได้พบภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีบุคคลสนิทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการทำงาน พบว่า กลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วยพบภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่พึงพอใจในค่าตอบแทนน้อยพบภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่พึงพอใจปานกลางขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าประสบอุบัติเหตุระดับรุนแรงบ่อยครั้งกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ไม่พบว่ากลุ่มที่ประสบปัญหาจากการทำงานอื่น ๆ ทั้งจากนายจ้าง (แอปพลิเคชัน)

ตารางที่ 1 ภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ฉบับที่ 1A (Beck Depression Inventory IA: BDI-IA) ฉบับภาษาไทย (n = 113)

ระดับค่าคะแนน BDI-IA	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 9 คะแนน)	69	61.1
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (10 - 15 คะแนน)	16	14.2
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (16 - 19 คะแนน)	10	8.8
มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (20 - 29 คะแนน)	12	10.6
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (30 - 63 คะแนน)	6	5.3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมและด้านการทำงานกับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ chi-square test (n = 113)

	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วย					6.140	.013
ไม่มี	62	82.7	13	17.3		
มี	22	61.1	14	38.9		
การรับผิดชอบงานบ้าน ชื่อของเข้าบ้าน					6.441	.011
ไม่ใช่	38	88.4	5	11.6		
ใช่	47	67.1	23	32.9		
ความยากลำบากในการหาเครื่องมือ/อุปกรณ์สำหรับทำงานชั่งหรือส่งอาหาร					2.922	.151
ไม่ลำบาก/ เล็กน้อย/ ปานกลาง	72	78.3	20	21.1		
ลำบากมาก/มากที่สุดลำบากมาก/ มากที่สุด	12	60.0	8	40.0		
บรรยากาศภายในครอบครัว					13.381	< .001
รักและกลมเกลียวกันดี/ทะเลาะกันบ้าง	80	80.8	19	19.2		
โดดเดี่ยว/ต่างคนต่างอยู่/ทะเลาะกันรุนแรง	5	35.7	9	64.3		
การมีบุคคลที่สนิทและพูดคุยด้วยได้					4.396	.036
ไม่มี	12	57.1	9	42.9		
มี	72	79.1	19	20.9		
ความพึงพอใจในคำตอบแทน					6.573	.010
ปานกลางถึงมากที่สุด	82	78.1	23	21.9		
น้อยถึงน้อยที่สุด	3	37.5	5	62.5		
ปัญหาจากการทำงาน						
การจ่ายออเดอร์ชื้อน					1.076	.426
ไม่มี	20	83.3	4	16.7		
มี	65	73.0	24	27.0		
การต้องสำรองเงินไปก่อน					0.155	.826
ไม่มี	37	77.1	11	22.9		
มี	48	73.8	17	26.2		
การถูกลงโทษ					0.071	.827
ไม่มี	51	76.1	16	23.9		
มี	34	73.9	12	26.1		
การถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ให้บริการ					0.695	.436
ไม่มี	84	75.7	27	24.3		
มี	1	50.0	1	50.0		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมและด้านการทำงานขับซึ่รถส่งอาหารกับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ chi-square test (n = 113) (ต่อ)

	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัญหาจากการทำงาน (ต่อ)						
การถูกตำหนิ/ตำท้อจากผู้ให้บริการ					0.391	.638
ไม่มี	60	76.9	18	23.1		
มี	25	71.4	10	28.6		
การถูกคุกคามทางเพศจากผู้ให้บริการ					0.877	.461
ไม่มี	78	76.5	24	23.5		
มี	7	63.6	4	36.4		
การถูกร้องเรียนจากผู้ให้บริการ					1.282	.329
ไม่มี	64	78.0	18	22.0		
มี	21	67.7	10	32.3		
ปัญหากับร้านอาหาร					2.820	.112
ไม่มี	33	84.6	6	15.4		
มี	52	70.3	22	29.7		

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านงานขับซึ่รถส่งอาหาร ปัจจัยทางจิตสังคมต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า ในหญิงที่ประกอบอาชีพขับซึ่รถส่งอาหารในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติ independent t-test (n = 113)

	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (mean ± SD)	มีภาวะซึมเศร้า (mean ± SD)	t	p-value
ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ (เดือน)	42.00 ± 21.73	36.00 ± 23.88	1.216	.226
จำนวนวันในการรับงานต่อสัปดาห์	5.81 ± 1.21	5.66 ± 1.44	.477	.636
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน	9.04 ± 2.93	9.20 ± 2.88	-2.35	.815
จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ	7.88 ± 1.50	7.24 ± 2.02	1.766	.080
จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุระดับเล็กน้อย	1.54 ± 1.48	1.96 ± 3.12	-0.954	.342
จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุระดับปานกลาง (ต้องหยุดพักงาน)	0.67 ± 1.00	1.07 ± 1.58	-1.548	.124
จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุระดับรุนแรง (ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล)	0.24 ± 0.53	0.64 ± 0.91	-2.179	.037

SD = standard deviation

ผู้ให้บริการ และร้านอาหาร มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 และ 3 การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson correlation ในตัวแปรต่อเนื่องพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 4

เมื่อนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร พบปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร่าดังนี้ ผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี

อาชีพเสริม 3.28 เท่า (95% CI = 1.04 - 10.32) ผู้ที่มีภาระงานบ้าน จับจ่ายซื้อของเข้าบ้าน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาระหน้าที่นี้ 4.36 เท่า (95% CI = 1.14 - 16.60) ผู้ที่มีครอบครัวโดดเดี่ยว ต่างคนต่างอยู่ หรือทะเลาะกันรุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร่าสูงกว่าผู้ที่ครอบครัวรักและกลมเกลียวกันดีหรือทะเลาะกันน้อย 5.00 เท่า (95% CI = 1.13 - 22.11) และผู้ที่มีคะแนนผลรวมคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นทุก 1 คะแนนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร่าลดลง 0.92 เท่า (95% CI = 0.89 - 0.96) ดังตารางที่ 5 ทั้งนี้ การทดสอบ Hosmer-Lemeshow ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสม

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) กับภาวะซึมเศร้า (BDI-IA) ด้วย Pearson's correlation (n = 113)

	คะแนนภาวะซึมเศร้า (BDI-IA)	
	r	p-value
คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	-.420	< .001
คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	-.606	< .001
คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพสังคม	-.256	.007
คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	-.491	< .001
ผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิต	-.557	< .001

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า (BDI-IA) ด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (multivariate logistic regression) (n = 113)

	AOR	95% CI	p-value
การประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วย	3.28	1.04 - 10.32	.043
ภาระงานบ้าน จับจ่ายซื้อของ	4.36	1.14 - 16.60	.031
ครอบครัวโดดเดี่ยว/ต่างคนต่างอยู่/ทะเลาะกันรุนแรง	5.00	1.13 - 22.11	.034
ผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิต	0.92	0.89 - 0.96	< .001

AOR = adjusted odds ratio

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มหญิงที่ประกอบอาชีพขับชี้อรส่งอาหารในกรุงเทพมหานครมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.8 ซึ่งสูงกว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยทั่วไปวัย 15 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 3.22¹⁸ แต่ใกล้เคียงกับความชุกของประชากรวัยทำงานในกรุงเทพมหานครที่พบร้อยละ 29.419 ความแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนถึงความแตกต่างของเครื่องมือ เกณฑ์การประเมิน รวมถึงปัจจัยด้านบริบทความของสังคมเมืองที่อาจมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ อาชีพขับชี้อรส่งอาหารเป็นอาชีพที่ใช้แรงงานสูง การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า กลุ่มผู้ประกอบอาชีพนี้มักประสบปัญหาความไม่มั่นคงด้านการจ้างงาน รายได้ และการคุ้มครองทางสังคม อีกทั้งลักษณะการทำงานที่ต้องเร่งรีบแข่งกับเวลา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต²⁰ ข้อมูลการตรวจสุขภาพผู้ประกอบอาชีพขี่มอเตอร์ไซด์รับจ้างและไรเดอร์ในเขตกรุงเทพมหานครระบุว่า ร้อยละ 44.4 มีผลประเมินสุขภาพจิตแย่กว่าคนทั่วไป²¹ อีกทั้งการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า สาเหตุของความเครียดหรือความกังวลที่พบบ่อยในผู้ขับชี้อรส่งอาหาร ได้แก่ การต้องทำงานแข่งกับเวลา รายได้

หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอน การแข่งขันกับเพื่อนร่วมงาน และการทำงานมากกว่าวันละ 8 ชั่วโมง²²

การวิเคราะห์การถดถอยแบบหลายตัวแปรพบว่า ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วย การมีภาระงานบ้านด้านการจับจ่ายซื้อของ การอยู่ในครอบครัวที่มีความห่างเหินหรือขัดแย้งรุนแรง และคุณภาพชีวิตที่ลดลง กลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วยมีโอกาสเสี่ยงในการพบภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Melchior และคณะ²³ ที่ระบุว่าภาระงานที่มากขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความเครียด นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาระงานหลายอาชีพมีโอกาสเกิดความเครียดได้สูงจากข้อจำกัดด้านเวลา ความเร่งรีบ ความขัดแย้งของข้อกำหนดระหว่างงาน ตารางงานที่ทับซ้อนภาวะหมดไฟจากการทำงานต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย รวมทั้งความไม่สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ซึ่งล้วนส่งผลให้เกิดการสะสมความเครียดและความรู้สึกไม่มีความสุข^{24,25}

กลุ่มที่มีภาระงานบ้านจับจ่ายซื้อของมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น อาจเนื่องจากภาระดังกล่าวประกอบ

ไปด้วยงานย่อย ๆ หลายส่วน เช่น การวางแผนมื้ออาหาร การเดินทางไปยังร้านค้า และการต้องรีบตัดสินใจช่วงเวลาจำกัด^{26,27} นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาระจ่ายซื้อของเข้าบ้านมักต้องวางแผนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในบ้านร่วมด้วย ซึ่งอาจรวมถึงการจัดการหนี้สิน ซึ่งอาจนำไปสู่ความกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบและปัญหาทางการเงิน ความเหนื่อยล้า การขาดการดูแลตนเอง ตลอดจนภาวะซึมเศร้าได้²⁷

กลุ่มที่อยู่ในครอบครัวที่มีความเครียดต่างกัน ต่างคนต่างอยู่ หรือมีความขัดแย้งรุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีบรรยากาศภายในครอบครัวดังกล่าว อาจเนื่องมาจากความไม่เข้าใจ การขาดการสื่อสาร และการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น^{28,29} สอดคล้องกับการสำรวจสัมพันธ์ภาพครอบครัวไทยที่พบว่า วัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้ามีคะแนนด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า³⁰ ทั้งนี้ การเผชิญความขัดแย้งในครอบครัวอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าผ่านหลายกลไก เช่น ความเครียดเรื้อรัง ความไม่แน่นอนทางอารมณ์ การแยกตัวจากครอบครัวและสังคม การลดทอนคุณค่าในตนเอง ผลกระทบเชิงลบที่ส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่น และการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น โรควิตกกังวล และโรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder: PTSD)³¹

ความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการศึกษาในต่างประเทศ ทั้งแบบตัดขวางและที่ติดตามระยะยาว ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำนายผลเชิงลบด้านคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ และมีบางการศึกษารายงานความสัมพันธ์ในทิศทางกลับกัน กล่าวคือ คุณภาพชีวิตเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต หรือมีความสัมพันธ์แบบสองทาง โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ป่วยตั้งแต่ก่อนเกิดโรค และมีแนวโน้มลดลงมากขึ้นในระหว่างที่เป็นโรค แต่ดีขึ้นเมื่ออาการซึมเศร้าทุเลา ความสัมพันธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นได้เช่นกัน³²

นอกจากนี้ การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวยังพบว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเคยประสบอุบัติเหตุรุนแรงบ่อยครั้งกว่า

ผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ประสบอุบัติเหตุและเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูง โดยพบความเสี่ยงมากขึ้นถึง 4 เท่าในกลุ่มที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)³³ การประสบอุบัติเหตุอาจทำให้เกิดภาวะเครียดฉับพลันในระดับปานกลางถึงรุนแรงซึ่งพบได้ 1 ใน 5 ของผู้ประสบเหตุ ทั้งนี้ ภาวะทางอารมณ์โดยส่วนใหญ่มักฟื้นฟูได้ในระยะเวลา 12 เดือน³⁴ อย่างไรก็ตาม การเกิดอุบัติเหตุรุนแรงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด PTSD ในระยะยาว³⁵ อีกทั้งยังอาจส่งผลให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน (traumatic brain injury) ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้³⁶ โดยในระยะเวลา 12 เดือนหลังสมองได้รับความกระทบกระเทือน พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.6 - 60³⁷ ในทางกลับกัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ก่อนแล้วอาจมีสมรรถภาพในการขับชิลลดลง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องเร่งรีบ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุได้เช่นกัน³⁸

การศึกษาในกลุ่มหญิงผู้ขับชิลส่งอาหารครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ซึ่งอาจมีบริบทด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกตามความสะดวกและแบบบอกต่อ จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรหญิงผู้ขับชิลส่งอาหารทั้งหมด อีกทั้งมุ่งเน้นสำรวจเฉพาะปัจจัยด้านครอบครัว การทำงาน และคุณภาพชีวิต ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงประเด็นทางจิตสังคมอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น บุคลิกภาพ การจัดการปัญหา และการรับรู้คุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์การถดถอยที่พบช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) ที่กว้างอาจสะท้อนถึงความไม่แน่นอนของค่าประมาณ จึงควรตีความและนำผลการศึกษาไปใช้ด้วยความระมัดระวัง

ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการกำหนดมาตรการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของหญิงผู้ขับชิลส่งอาหาร รวมถึงผู้ประกอบการอาชีพในลักษณะเดียวกัน โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมและดูแลสุขภาพ การป้องกันอุบัติเหตุ และการจัดให้มีระบบชดเชยรายได้ที่เป็นธรรม รวมถึงการสนับสนุนทางจิตสังคม การคัดกรอง และการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาระหน้าที่หลากหลายและขาดการสนับสนุนจากครอบครัว

สรุป

พบภาวะซึมเศร้าในหญิงผู้ประกอบอาชีพขับส่งอาหารในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 24.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ บรรยากาศภายในครอบครัวที่มีความห่างเหินหรือขัดแย้ง การมีภาระในครอบครัว การประกอบอาชีพอื่นร่วมด้วย และการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงทั้งโดยรวมและด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม จึงควรมีการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางจิตสังคม และการคุ้มครองสิทธิของผู้ประกอบอาชีพกลุ่มนี้ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ชนิษฐา เมฆสวัสดิ์ : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล เขียนบทความ ; ชุตินา หุ่นเรืองวงษ์ : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

- Hafeez S, Gupta C, Sprajcer M. Stress and the gig economy: it's not all shifts and giggles. *Ind Health*. 2023;61(2):140-50. doi:10.2486/indhealth.2021-0217.
- Kim MS, Oh J, Sim J, Yun BY, Yoon JH. Association between exposure to violence, job stress and depressive symptoms among gig economy workers in Korea. *Ann Occup Environ Med*. 2023;35:e43. doi:10.35371/aoem.2023.35.e43.
- Nuanchawee N, Avakiat S. The decision to use food delivery application technology in Bangkok and its vicinity. *Journal of Management and Local Innovation*. 2023;5(3):58-72. (in Thai)
- Kritworakarn K, Duangin S. A comparative study of attitudes, satisfaction and factors affecting the career decisions in online food delivery service applications of food delivery rider in Chiang Mai. *Journal of Mass Communication*. 2021;9(2):247-77. (in Thai)
- Daramae H, Mantongmak P, Hinna S. Performance incentives for food delivery staff in Mueang District, Pattani Province. In: The 13th NPRU National Academic Conference; 2021 Jul 8-9; Nakhon Pathom, Thailand. Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Rajabhat University; 2021. p. 119-27. (in Thai)
- Defossez D. The employment status of food delivery riders in Europe and the UK: self-employed or worker? *Maastricht J Eur Comp Law*. 2022;29(1):25-46. doi:10.1177/1023263X211051833.
- Ruasrijan J, Sombunpoch N, Sukprasert P. Motivation for making a decision to pursue a food delivery career through an online application of a rider in Pathum Thani Province. *Journal of Social Science Panyapat*. 2023;5(2):223-34. (in Thai)
- Srikamsuk M, Rongwiriyanich T. Factors affecting working conditions of food delivery riders: a case study of Bang Sue District. In: The 28th National Convention on Civil Engineering; 2023 May 24-26; Phuket, Thailand. Songkla: Prince of Songkla University; 2023. (in Thai)
- Huang H. "The food delivered is more valuable than my life": understanding the platform precarity of online food-delivery work in China. *Journal of Contemporary Asia*. 2023;53(5):852-68. doi:10.1080/00472336.2022.2155866.
- Prachatai. Rider women reflect overlooked problems and lack of protection mechanisms [Internet]. Bangkok: Prachatai; 2022 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://prachatai.com/journal/2022/12/101826> (in Thai)
- Rungreungkulkij S, Kittiratanapaiboon P. The impact of gender on mental health and concepts of gender approach mental health policy. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2021;29(3):259-72. (in Thai)
- Sookkul K, Wongsawat P. Depression in the working age population: the related factors and care guidelines. *Journal of Phrapokklo Nursing College*. 2019;30(2):229-38. (in Thai)
- Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):443-62. doi:10.5271/sjweh.1050.
- Trakulsunthonchai W. Quality of work life affecting the work happiness of full-time operators at a power plant. [Research report]. Bangkok: Thammasat University; 2018 (in Thai)
- Samart K. Effect of quality of work life on work efficiency of employees in private company in Bangkok. [Research report]. Bangkok: Suan Dusit University; 2022 (in Thai)
- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Beck Depression Inventory IA(BDI-IA) [Internet]. Bangkok; 2025 [cited 2025 Nov 12]; Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&id=539909307> (in Thai)
- Mahatnirunkul S, Tantipiwattanaskul W, Phoompaisalchai W, Wongsawass K, Pommanajirangku R. Comparison of WHO quality of life assessment

- instrument: 100-item version and 26-item version. *Journal of Mental Health of Thailand*. 1998;5(3):4-15. (in Thai)
18. Jutha W, Singsombun T, Buaphuean S. Prevalence of depression among Thais aged 15 years and older, 2022-2024: Health Data Center (HDC) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2025 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1807> (in Thai)
 19. Sujinnapram M., Meksawan K. and Pongthananikom S. Relationship between dietary pattern and depression among a working age population in Bangkok. *Journal of Public Health*. 2018;48(3):296-307. (in Thai)
 20. Taotawin P, Turarak W. Accidents, health, and occupational risk insurance of motorcycle food couriers in platform-based delivery services. *Journal of Anthropology*. 2023;6(2):129-78. (in Thai)
 21. Naewna. Body and mind-health check for 'riders' reveals pressuring working conditions [Internet]. Bangkok: Naewna Newspaper; 2025 [cited 2025 May 1]; Available from: <https://www.naewna.com/local/854574> (in Thai)
 22. Thitipada T. Occupational health hazards and health status related to risk among food delivery riders in Chiang Mai province. Chiang Mai: Chiang Mai Provincial Public Health Office; 2024. (in Thai)
 23. Melchior M, Caspi A, Milne BJ, Danese A, Poulton R, Moffitt TE. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med*. 2007;37(8):1119-29. doi:10.1017/S0033291707000414.
 24. BetterHelp Editorial Team, Ciletti N. How to maintain your mental health with multiple jobs [Internet]. San Francisco: BetterHelp; 2025 Feb 24 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.betterhelp.com/advice/careers/how-to-maintain-your-mental-health-with-multiple-jobs>
 25. Integrity Staffing Solutions. 5 tips to manage the stress of working multiple jobs during the holidays [Internet]. Wilmington (DE): Integrity Staffing Solutions; 2024 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://integritystaffing.com/blog/5-tips-for-working-multiple-jobs/>.
 26. Mosunic C. How financial stress impacts your health [Internet]. San Francisco: Calm; 2024 [cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://www.calm.com/blog/financial-stress>
 27. Aylott R, Mitchell VW. An exploratory study of grocery shopping stressors. *Br Food J*. 1999;101(9):683-700. doi:10.1108/00070709910288883.
 28. Watanapanyasakul R. Relational ethics factor influencing depressive symptom among adolescents Srinakharinwirot Prasarnmit. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2021;66(4):417-28. (in Thai)
 29. Çiçek İ, Yıldırım M. Exploring the impact of family conflict on depression, anxiety and sleep problems in Turkish adolescents: the mediating effect of social connectedness. *J Psychol Couns Sch*. 2025;35(2):130-46. doi:10.1177/20556365251331108.
 30. Auapisithwong S. A study of association between family relationship and adolescent depression. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2020;28(3):231-9. (in Thai)
 31. Jin Y, Liu J, Li P, Hu Y, Hong X, Li X, et al. Longitudinal associations between family conflict, intergenerational transmission, and adolescents' depressive symptoms: evidence from China Family Panel studies (2016-2020). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2025;19(1):10. doi:10.1186/s13034-025-00866-9.
 32. Hohls JK, König HH, Quirke E, Hajek A. Anxiety, depression and quality of life—a systematic review of evidence from longitudinal observational studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22):12022. doi:10.3390/ijerph182212022.
 33. Wiseman TA, Curtis K, Lam M, Foster K. Incidence of depression, anxiety and stress following traumatic injury: a longitudinal study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2015;23:29. doi:10.1186/s13049-015-0109-z.
 34. Mayou R, Bryant B, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. *BMJ*. 1993;307(6905):647-51. doi:10.1136/bmj.307.6905.647.
 35. Phyathai Hospital. PTSD after an accident: symptom recognition, warning signs, and psychological recovery methods [Internet]. Bangkok: Phyathai Hospital; 2025 [cited 2025 May 17]; Available from: <https://www.phyathai.com/th/article/ptsd-ptp> (in Thai)
 36. Howlett JR, Nelson LD, Stein MB. Mental health consequences of traumatic brain injury. *Biol Psychiatry*. 2022;91(5):413-20. doi:10.1016/j.biopsych.2021.09.024.
 37. Ryttersgaard TO, Johnsen SP, Riis JØ, Mogensen PH, Bjarkam CR. Prevalence of depression after moderate to severe traumatic brain injury among adolescents and young adults: a systematic review. *Scand J Psychol*. 2020;61(2):297-306. doi:10.1111/sjop.12587.
 38. Tsoutsis V, Papadakaki M, Dikeos D. Depression and driving. *Psychiatriki*. 2024;35(2):165-6. doi:10.22365/jpsych.2023.014.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลระยะยาวของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

วันรับ : 8 กรกฎาคม 2568

วันแก้ไข : 6 กันยายน 2568

วันตอบรับ : 26 กันยายน 2568

กัญชมน สีหะปัญญา, พย.ม.¹, อนุวัฒน์ สรวนรัมย์, พย.ม.²,

ชนกชนม์ โคตรสมบัติ, พย.ม.³, กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์, พย.ม.⁴

โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี¹, โรงพยาบาลลำตะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา²,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดนครราชสีมา³,

โรงพยาบาลลำโรง จังหวัดอุบลราชธานี⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

วิธีการ : การติดตามระยะยาวในกลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เคยเข้าร่วมการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบผลระยะสั้นของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในปี พ.ศ. 2566 - 2567 แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ร่วมกับการดูแลตามปกติ 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียว 30 คน ประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นด้านขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมต่อต้าน ในระยะติดตามผลที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วย independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 60 คน อายุเฉลี่ย 38.8 ± 8.0 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก ผลการติดตามพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นทั้ง 3 ด้าน ที่ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในช่วงเวลาเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ ANCOVA โดยควบคุมคะแนนพื้นฐานพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กทั้ง 3 ด้านในระยะเวลาติดตาม 1 ปีในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ขณะที่ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่ใช้เป็นบริการเสริมร่วมกับการดูแลตามปกติช่วยลดพฤติกรรมสมาธิสั้นของเด็กได้ดีกว่าการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว โดยมีประสิทธิผลคงอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี

คำสำคัญ : การปรับพฤติกรรม, เด็กสมาธิสั้น, ทักษะการเลี้ยงดู, ผลระยะยาว

ติดต่อผู้นิพนธ์ : กัญชมน สีหะปัญญา; e-mail: kanchamonohh@gmail.com

Original article

Long-term effects of parental skills training for behavioral modification of children with attention deficit hyperactivity disorder

Received : 8 July 2025

Revised : 6 September 2025

Accepted : 26 September 2025

Kanchamon Seehapanya, M.N.S.¹, Anuwat Saruanrum, M.N.S.²Chanokchon Khotsombat, M.N.S.³, Kittiyaporn Boonpairot M.N.S.⁴Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani Province¹,Lamthamenchai Hospital, Nakhon Ratchasima province²,

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima,

Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Nakhon Ratchasima Province³,Samrong Hospital, Ubon Ratchathani Province⁴

Abstract

Objective: To examine the long-term effects of a parent skills training (PST) program on the behaviors of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Methods: A longitudinal prospective follow-up study was employed among parents of children with ADHD who had previously participated in a quasi-experimental study of a PST program during 2023 - 2024. The first group (n = 30) received a 6-week PST program in addition to usual care, while the second group (n = 30) received only usual care. Children's inattention, hyperactivity/impulsivity, and oppositional defiant behaviors of children were assessed at 3 months, 6 months, and 1 year post-intervention using the Swanson, Nolan, and Pelham IV (SNAP-IV) scale. Data were analyzed using independent t-tests and analysis of covariance (ANCOVA).

Results: A total of 60 participants were included, most of whom were mothers, with a mean age of 38.80 ± 8.03 years. At 3-month, 6-month, and 1-year follow-up, means scores of all three children's ADHD behavioral domains in the PST group were significantly lower than baseline and significantly lower than those of the usual-care group during the same period. ANCOVA, adjusted for baseline scores, showed significant changes in all domains within the PST group across the three follow-up periods, while there was no significant changes in the usual-care group.

Conclusion: The PST program added to usual care demonstrated sustained effectiveness for up to 1 year in reducing ADHD behaviors compared with usual care alone.

Keywords: ADHD, behavioral modification, long-term effects, parental skills

Corresponding author: Kanchamon Seehapanya; e-mail: kanchamonohh@gmail.com

ความรู้เดิม : การฝึกทักษะการดูแลของผู้ปกครองมีประสิทธิผลในการปรับพฤติกรรมการเลี้ยงดูและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาประเด็นดังกล่าวในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัดและขาดการติดตามผลในระยะยาว ทำให้ไม่ทราบความยั่งยืนของผลลัพธ์

ความรู้ใหม่ : การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อเสริมร่วมกับการดูแลตามปกติ มีประสิทธิผลในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นทั้งด้านขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และต่อต้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลลัพธ์มีความคงทนต่อเนื่องจนถึง 1 ปีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลในการวางแผนปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยควบคู่กับการดูแลตามปกติ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและครอบครัว รวมถึงลดภาระและต้นทุนของระบบการศึกษาและสาธารณสุขในระยะยาว

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทในวัยเด็กที่ส่งผลต่อพัฒนาการและการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ทั้งพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ และทักษะทางสังคม¹ ประกอบด้วยอาการหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ อาการขาดสมาธิ (attention deficit) อาการซน/ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น/วู่วาม (impulsivity) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ เมื่อเติบโตขึ้น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม การใช้สารเสพติด อุบัติเหตุทางรถยนต์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การทำผิดกฎหมาย ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว การขาดความมั่นใจ ภาวะซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย²⁻⁴ โรคสมาธิสั้นพบมากที่สุดในช่วงวัยเรียน และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีความชุกทั่วโลกประมาณร้อยละ 3.4⁵ ในประเทศไทยพบร้อยละ 8.1 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

โดยเป็นสมาธิสั้นแบบ combined type ร้อยละ 3.8 inattentive type ร้อยละ 3.4 และ hyperactive/impulsive type ร้อยละ 0.9⁶

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งด้านตัวเด็กเอง เช่น พันธุกรรมและความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ด้านครอบครัว เช่น การเลี้ยงดู ฐานะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับสารพิษ ตะกั่ว หรือควันบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (เช่น คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย)⁷ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมของเด็กแตกต่างกันออกไป ทั้งยังอาจส่งผลซึ่งกันและกัน ในทางกลับกัน โรคสมาธิสั้นยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของครอบครัว (family function) และสุขภาพจิตของผู้ปกครอง เช่น ความเครียดเรื้อรัง ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว จากค่ารักษาพยาบาลและการต้องสูญเสียโอกาสทางรายได้เพื่อดูแลบุตร นอกจากนี้ ความยากลำบากในการอดทนและควบคุมอารมณ์ของเด็กอาจนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งและความรุนแรงในครอบครัว และสังคมในระยะยาว^{8,9} ดังนั้น การส่งเสริมผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค มีทักษะการเลี้ยงดูที่เหมาะสม รวมถึงมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การปรับพฤติกรรมสมาธิสั้น จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น รวมถึงความเสี่ยงของปัญหาพฤติกรรมของเด็กในระยะยาว¹⁰

การฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่ได้รับการแนะนำเป็นอันดับแรกสำหรับโรคสมาธิสั้น เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูและส่งผลเชิงบวกต่อเด็ก¹¹ โปรแกรมเหล่านี้มีองค์ประกอบหลักร่วมกัน ได้แก่ การส่งเสริมการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง¹² การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่าการรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพนั้นมุ่งเน้นการผสมผสานการรักษาด้วยยาร่วมกับฝึกทักษะต่าง ๆ โดยครอบคลุมทั้งมิติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และยังพบว่าการเพิ่มการสนับสนุนจาก

ครอบครัวช่วยลดอาการหลักของภาวะสมาธิสั้นในระยะยาว ได้ดีกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียว¹³ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นยังมีจำนวนจำกัด มีเพียงการศึกษาของภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ¹¹ ที่รายงานผลลัพธ์เชิงบวกของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ต่อต่อต้าน โดยประสิทธิผลของโปรแกรมคงอยู่ต่อเนื่องในระยะติดตามผล 6 เดือน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในประเทศไทยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb¹⁴ ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะครูและผู้ปกครอง ซึ่งแสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดปัญหาพฤติกรรมเด็ก^{15,16} อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในปี พ.ศ. 2567 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นและการใช้กระบวนการกลุ่ม โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม อิงตามแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และกระบวนการเรียนรู้แบบวนรอบของ Kolb¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ได้แก่ ประสบการณ์รูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง การสรุปเป็นหลักการนามธรรม และการทดลองปฏิบัติจริง โดยองค์ประกอบด้านประสบการณ์รูปธรรมช่วยสร้างความคุ้นเคยและเตรียมความพร้อมผู้ปกครอง เพื่อฝึกประเมินและทำความเข้าใจปัญหาพฤติกรรมของเด็ก การสังเกตอย่างไตร่ตรองช่วยให้ผู้ปกครองได้แบ่งปัน และเรียนรู้ประสบการณ์ปัญหาพฤติกรรม รวมถึงกลยุทธ์ที่ผู้ปกครองแต่ละคนใช้จัดการปัญหา การสรุปเป็นหลักการนามธรรมช่วยให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้และเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาที่หลากหลาย เช่น การเลี้ยงดูเชิงบวก การเสริมแรง และการลงโทษแบบไม่รุนแรง และการทดลองปฏิบัติจริงช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจหลักการและกลยุทธ์ใหม่ ๆ รวมถึงฝึกนำเทคนิค/กลยุทธ์ที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ชีวิตประจำวัน การศึกษาแบบกึ่งทดลองในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น 60 คน ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ร่วมกับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพียงอย่างเดียว กลุ่มละ 30 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นหลังการทดลองทันทีที่ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งพฤติกรรมด้านสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น และด้านต่อต้าน¹⁷ ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในระยะสั้นของโปรแกรมนี้อย่างชัดเจน

เพื่อให้การฝึกทักษะผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพสูงสุดและเป็นประโยชน์ต่อเด็ก ครอบครัว และสังคมในระยะยาว จึงมีความจำเป็นในการติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งการประเมินความยั่งยืนของผลต่อทักษะการเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองได้เรียนรู้จากโปรแกรมว่า ยังคงถูกนำไปใช้ และช่วยลดพฤติกรรมของเด็กอย่างต่อเนื่องหรือไม่ การติดตามผลดังกล่าวจะช่วยยืนยันถึงประสิทธิผลโดยรวมของโปรแกรม และความคุ้มค่าต่อการลงทุนทั้งในด้านเวลาและทรัพยากร อีกทั้งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพิจารณาปรับปรุง พัฒนา และขยายผลของโปรแกรมในระบบบริการสุขภาพต่อไป

วิธีการ

การศึกษาติดตามระยะยาว (longitudinal prospective study) ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่ได้เข้าร่วมการศึกษาลงมือของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ที่ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 และเสร็จสิ้นไปแล้ว¹⁷ โดยการศึกษาในระยะนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSSJ.UB 2567-204 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (รหัสโรค ICD-10 F90.0-90.9) ที่ได้เข้าร่วมการวิจัยกึ่งทดลองเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่ดำเนินการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้น มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างใด ๆ และไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองด้านพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้นมาก่อน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลระยะกลางและระยะยาวของโปรแกรมดังกล่าว ในกลุ่มตัวอย่างเดิมจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมร่วมกับการดูแลตามปกติ 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน โดยมีการจับคู่ (matched-pair) ตามเพศของเด็กและระดับการศึกษาของผู้ปกครองก่อนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการดำเนินโปรแกรมขึ้นใหม่ แต่เป็นการติดตามผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งก่อน¹⁷ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โปรแกรมมีการดำเนินแบบกลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม และมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้นำกลุ่มร่วม โปรแกรมมีระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “ชวนคิดชวนคุยสร้างสายสัมพันธ์” เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพเตรียมความพร้อม และร่วมประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก กิจกรรมที่ 2 “เล่าสู่กันฟัง” เพื่อให้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาพฤติกรรม และกลยุทธ์ที่ใช้จัดการปัญหา กิจกรรมที่ 3 “เปิดประสบการณ์ใหม่” เพื่อให้ผู้ปกครองเรียนรู้และเลือกใช้วิธีจัดการปัญหาพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ กิจกรรมที่ 4 “กลยุทธ์หยุดพฤติกรรม” เพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลเด็ก กิจกรรมที่ 5 “ผสานกลยุทธ์” เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถประยุกต์ใช้เทคนิค/กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมได้ และกิจกรรมที่ 6 “แทนความห่วงใย” เพื่อติดตามผลและกระตุ้นให้ผู้ปกครองนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปฝึกใช้กับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

โดยรายละเอียดการดำเนินโปรแกรมได้มีการรายงานไว้ในการศึกษาครั้งก่อนหน้า¹⁷

การดูแลตามปกติประกอบด้วย การให้ความรู้ความเข้าใจรายบุคคลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา การให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียด พร้อมทั้งการนัดติดตามอาการ ซึ่งภายหลังการทดลองครั้งก่อน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการติดตามอาการตามระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมผลในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรมเดิม ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการและการดำเนินการวิจัยต่อเนื่องในระยะยาวแก่กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ก่อนเริ่มทดลองในครั้งก่อน โดยในครั้งนี้นักวิจัยได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นดำเนินการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นตามระยะที่กำหนดไว้ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาล โดยได้นัดหมายแต่ละกลุ่มในวันเวลาที่แตกต่างกันเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (contamination)

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้รับผิดชอบในทุกช่วงระยะเวลา ใช้เวลาครั้งละ 15 - 20 นาที โดยผู้เก็บข้อมูลไม่ทราบว่าจะกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเคยได้รับการแทรกแซงแบบใด นอกจากนี้ มีการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับการปรับพฤติกรรมเด็กที่คล้ายคลึงกับโปรแกรมในการวิจัยนี้ ผลการสอบถามไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดในลักษณะดังกล่าวในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง และเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก โรคประจำตัวของผู้ปกครอง เพศของเด็ก อายุของเด็ก และระยะเวลาในการรักษา ซึ่งใช้ข้อมูลเดิมจากการศึกษาครั้งก่อน

2. แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham IV scale: SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย¹⁸ มีข้อคำถาม 26 ข้อ ประเมินพฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention)

9 ข้อ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/ impulsivity) 9 ข้อ และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย 0 คะแนน เล็กน้อย 1 คะแนน ค่อนข้างมาก 2 คะแนน และมาก 3 คะแนน การแปลผลคะแนน หากมีคะแนนรวมด้านขาดสมาธิ 16 คะแนนขึ้นไป ด้านอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น 14 คะแนนขึ้นไป หรือด้านดื้อต่อต้าน 12 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีปัญหาในด้านนั้น ๆ แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับ จากการศึกษาครั้งก่อน เท่ากับ 0.89¹⁷

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง และเด็กด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทั้งนี้ การตรวจสอบคุณสมบัติข้อมูลเบื้องต้น พบว่า แม้บางชุดข้อมูลไม่เป็นปกติจากการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov แต่ผลจาก histogram และการทดสอบ skewness และ kurtosis ที่พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง ± 3.29 บ่งชี้ว่าข้อมูลโดยรวมมีการแจกแจงปกติ¹⁹ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติแบบ parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ระยะติดตามผล 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ด้วยสถิติ independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มที่ระยะเวลาต่าง ๆ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANCOVA) โดยกำหนดให้คะแนนพื้นฐานเป็นตัวแปรร่วม (covariate) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผล

การศึกษานี้สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างเดิมได้ครบถ้วน รวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 30 - 39 ปี มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 8 - 12 ปี และได้รับการรักษา 1 - 3 ปี ซึ่งเป็นข้อมูลเดิมจากการศึกษาครั้งที่ผ่านมา¹⁷

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นด้วย independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

ทั้งด้านขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และดื้อต่อต้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการทดลองด้วย ANCOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสมาธิสั้นทั้ง 3 ด้านในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลา 1 ปี ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียวไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบแนวโน้มค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นรายด้าน ที่ระยะเวลาต่าง ๆ พบว่า ในภาพรวมพฤติกรรมสมาธิสั้นทั้ง 3 ด้านมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใกล้เคียงกัน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงหลังการทดลองทันที ส่วนในระยะติดตามที่ 3 และ 6 เดือน คะแนนยังคงอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม ในระยะติดตาม 1 ปี คะแนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังคงต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ พฤติกรรมด้านดื้อต่อต้านมีแนวโน้มแตกต่างจากพฤติกรรมด้านอื่นเล็กน้อย โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นที่ระยะ 1 ปี ชัดเจนกว่า พฤติกรรมด้านอื่น ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนในระยะติดตามผันผวนมากกว่าพฤติกรรมด้านอื่น แต่โดยรวมคะแนนยังคงใกล้เคียงกับระยะก่อนการทดลอง ทำให้ที่ระยะ 1 ปี ช่องว่างคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแคบลงอย่างเห็นได้ชัด ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจากแบบประเมิน SNAP-IV ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกช่วงการติดตาม ได้แก่ ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ทั้งในด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน สะท้อนให้เห็นถึงความยั่งยืนของผลในระยะยาวของโปรแกรมในการลดพฤติกรรมสมาธิสั้นของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ¹² ที่พบว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองสามารถลดพฤติกรรมสมาธิสั้น และดื้อต่อต้านได้อย่างมี

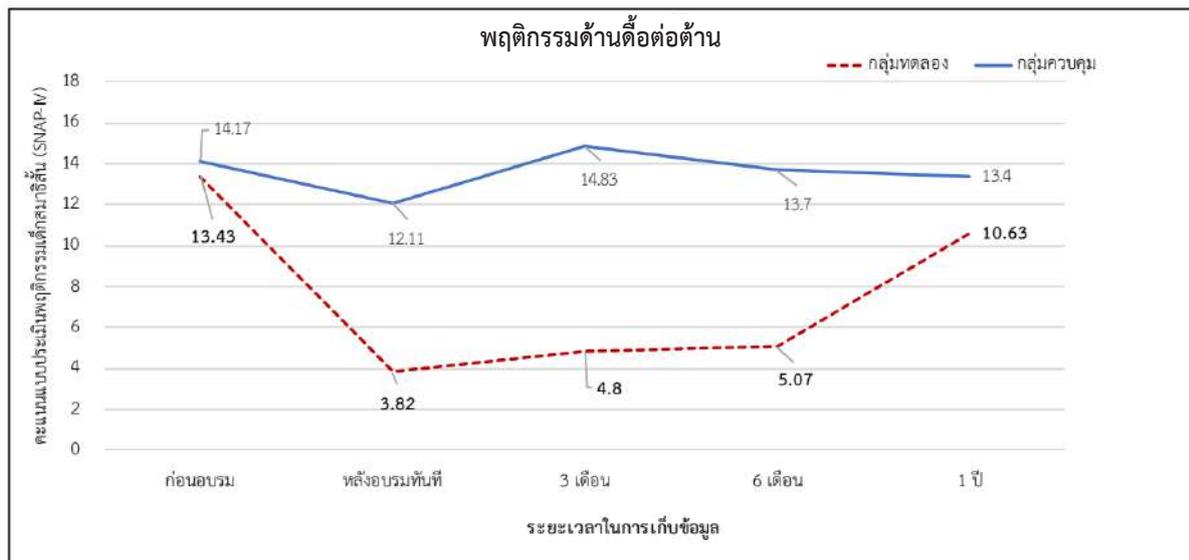
ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นด้วย independent t-test

ช่วงเวลา	กลุ่มโปรแกรม (n = 30)		กลุ่มการดูแลตามปกติ (n = 30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง*						
ด้านขาดสมาธิ	14.77	2.55	14.10	2.89	0.91	.366
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	15.10	4.32	14.03	3.53	1.04	.300
ด้านติดต่อต้าน	13.43	2.80	14.17	2.21	1.12	.265
หลังการทดลองทันที*						
ด้านขาดสมาธิ	5.84	2.18	14.89	3.69	11.53	< .001
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	6.31	1.83	14.13	3.03	12.08	< .001
ด้านติดต่อต้าน	3.82	2.17	12.11	2.59	13.42	< .001
ระยะ 3 เดือน						
ด้านขาดสมาธิ	6.07	2.19	16.97	3.34	14.91	< .001
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	6.87	2.14	16.00	2.92	13.79	< .001
ด้านติดต่อต้าน	4.80	2.04	14.83	2.82	15.72	< .001
ระยะ 6 เดือน						
ด้านขาดสมาธิ	8.10	2.35	16.83	3.57	11.18	< .001
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	8.17	1.84	16.00	3.35	11.21	< .001
ด้านติดต่อต้าน	5.07	2.24	13.70	2.48	14.14	< .001
ระยะ 1 ปี						
ด้านขาดสมาธิ	8.60	2.14	17.03	4.03	10.12	< .001
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	11.63	4.01	16.50	3.47	5.02	< .001
ด้านติดต่อต้าน	10.63	4.17	13.40	2.47	3.12	< .001

* ในการศึกษาครั้งก่อน¹⁷

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นด้วย repeated measures ANCOVA

		SS	df	MS	F	p-value
ด้านขาดสมาธิ	กลุ่มโปรแกรม (n = 30)					
	Time	2421.69	1.73	1393.00	157.21	< .001
	Error	446.70	50.41	8.86		
	กลุ่มการดูแลตามปกติ (n = 30)					
	Time	3.89	2.66	1.46	.158	.906
	Error	712.90	77.14	9.24		
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	กลุ่มโปรแกรม (n = 30)					
	Time	1761.00	1.97	891.66	77.82	< .001
	Error	656.20	57.27	11.45		
	กลุ่มการดูแลตามปกติ (n = 30)					
	Time	16.56	1.44	11.43	.606	.499
	Error	792.24	42.01	18.57		
ด้านติดต่อต้าน	กลุ่มโปรแกรม (n = 30)					
	Time	1761.00	1.97	891.66	77.82	< .001
	Error	656.20	57.27	11.45		
	กลุ่มการดูแลตามปกติ (n = 30)					
	Time	16.56	1.44	11.43	.606	.499
	Error	792.24	42.01	18.57		



แผนภาพที่ 1 แนวโน้มค่าเฉลี่ยของแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) ในระบบติดตาม 1 ปี ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำแนกเป็นด้านขาดสมาธิ (บน) อยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (กลาง) และดื้อต่อต้าน (ล่าง)

ประสิทธิภาพ โดยผลลัพธ์ที่ได้ยังคงอยู่เมื่อประเมินซ้ำที่ 6 เดือน และสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Rimstad และคณะ²⁰ และ Chronis-Tuscano และคณะ²¹ ที่ชี้ให้เห็นว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น โดยช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมต่อต้านได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาติดตามยาวนานกว่าการศึกษาในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมักมีระยะติดตาม 3 - 6 เดือน

ความยั่งยืนของผลที่พบในกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมสามารถอธิบายได้ผ่านทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ซึ่งเน้นความสำคัญของการเรียนรู้จากการสังเกตและการเลียนแบบ โดยเมื่อผู้ปกครองได้เรียนรู้และนำทักษะไปใช้กับเด็กอย่างต่อเนื่อง และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ เด็กจะเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม ผ่านการได้รับแรงเสริมเชิงบวก (positive reinforcement) จากผู้ปกครอง²² นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb¹⁴ ที่กล่าวว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้เกิดการสะท้อนคิดร่วมกัน และเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ผู้ปกครองสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมในสถานการณ์ต่าง ๆ อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ความเห็นอกเห็นใจ และกำลังใจจากสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ยังช่วยเสริมความมั่นใจและความมุ่งมั่นของผู้ปกครองในการนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง²³ ทั้งนี้ การส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ไม่เพียงแต่ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กเท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อพัฒนาการทางสังคม การจัดการอารมณ์ การเรียนรู้ในโรงเรียน และการปรับตัวทางสังคมของเด็ก ซึ่งอาจช่วยลดภาระของระบบการศึกษาและสังคมในระยะยาว²⁴ อีกทั้งยังช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัว²⁵

นอกจากผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มแล้ว กิจกรรมของโปรแกรมยังมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการฝึกทักษะ เห็นความสำคัญของการปรับพฤติกรรม และมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับ

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)²⁶ ที่ระบุว่า การตระหนักในความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลเชิงบวกที่เกิดขึ้นกับเด็กยังเป็นแรงจูงใจสำคัญให้ผู้ปกครองคงไว้ซึ่งการเลี้ยงดูเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง²⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เกิดสังข์²⁸ ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล และการศึกษาของจิราภรณ์ ธรรมบุตร และคณะ²⁹ ที่สนับสนุนว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ปกครองให้มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงดูเชิงบวกและทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก และเป็นการเสริมแรงทางบวกผ่านการยอมรับและสนับสนุน ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจให้เด็กนำทักษะชีวิตและพฤติกรรมเชิงบวกที่ได้เรียนรู้ไปใช้ได้เหมาะสมและต่อเนื่อง

การติดตามแนวโน้มในระยะเวลา 1 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดลงหลังได้รับโปรแกรมและค่อนข้างคงที่ในระยะ 6 เดือนแรก อย่างไรก็ตาม ที่ระยะ 1 ปีพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านขาดสมาธิและด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นมีแนวโน้มกลับมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ขณะที่ด้านต่อต้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงที่สุด อาจเนื่องจากพฤติกรรมต่อต้านด้านเกี่ยวข้องกับความรุนแรง ซึ่งกระตุ้นการตอบสนองเชิงลบจากผู้ใหญ่ได้ง่าย อีกทั้งการจัดการพฤติกรรมยังต้องอาศัยความมั่นคงทางอารมณ์และความสม่ำเสมอของผู้ปกครองในระดับสูง ซึ่งมักลดลงตามธรรมชาติหลังสิ้นสุดการบำบัด จึงเป็นด้านที่มีความเปราะบางต่อการถดถอยสูงกว่าพฤติกรรมด้านอื่น^{30,31} ทั้งนี้ แม้แนวโน้มดังกล่าวไม่ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็อาจบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการติดตาม การฝึกทบทวน และการให้คำปรึกษาผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งทักษะและผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นของเด็กในระยะยาว³² โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา เช่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กและอยู่ในพื้นที่เดียว ผลการศึกษาอาจไม่สามารถใช้กับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทั้งหมดได้ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรกำหนดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่เก็บข้อมูลที่หลากหลาย การศึกษานี้ไม่ได้เก็บรวบรวมปัจจัยกวน

สำคัญ เช่น ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น การใช้ยา และการรักษาที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของผลลัพธ์ในระยะหลังการทดลอง ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการติดตามและควบคุมตัวแปรเหล่านี้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองอาจมีประสิทธิผลแตกต่างกันตามช่วงอายุของเด็ก เนื่องจากเด็กอายุ 8 - 9 ปี มักตอบสนองได้ดีกับการเสริมแรงเชิงบวกและการตั้งกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน³³ ขณะที่เด็กอายุ 10 - 12 ปี ซึ่งกำลังเข้าสู่วัยรุ่น มักมีพฤติกรรมซับซ้อนขึ้น การปรับพฤติกรรมในวัยนี้จึงควรเน้นการสื่อสารสองทางและการให้เหตุผลมากกว่าการออกคำสั่ง^{34,35} การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาแยกการวิเคราะห์ผลของโปรแกรมตามช่วงอายุ เพื่อระบุแนวทางและเทคนิคที่เหมาะสมกับแต่ละวัย และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มีความยืดหยุ่นแต่ยังคงประสิทธิภาพสูงสุด

สรุป

การศึกษานี้ติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองต่อพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) ติดตามในระยะเวลา 1 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่เคยได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียวกว่าทั้งที่ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี อย่างไรก็ตาม ผลการติดตามที่ระยะ 1 ปี บ่งชี้ว่าพฤติกรรมของเด็กมีแนวโน้มกลับมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทุกด้าน ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มการถดถอยของพฤติกรรมเมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านต่อต้าน (oppositional defiant) ที่เพิ่มมากกว่าด้านอื่น ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความยั่งยืนของโปรแกรมในภาพรวม ขณะเดียวกันก็บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการวางแผนป้องกันพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยควรมีการฝึกทบทวนทักษะผู้ปกครอง (booster sessions) ในช่วงระยะ 6 เดือนหลัง เพื่อคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอและประสิทธิผลสูงสุดของโปรแกรม

การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร

กัญชน สีสะปัญญา : ทบทวนวรรณกรรมสืบค้นข้อมูล
เขียนงานวิจัย ตรวจสอบการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล
ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา เขียนบทความ ; อนุวัฒน์ สรวณรัมย์ :

เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบบทความ ;
ชนกชนม์ โคตรสมบัติ : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล
ตรวจสอบบทความ ; กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์ : เก็บรวบรวม
ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Rajaprakash M, Leppert ML. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Rev.* 2022;43(3):135-47. doi:10.1542/pir.2020-000612.
2. Young S, Cocallis K. ADHD and offending. *J Neural Transm (Vienna).* 2021;128(7):1009-19. doi:10.1007/s00702-021-02308-0.
3. Peterson BS, Trampush J, Maglione M, Bolshakova M, Rozelle M, Miles J, et al. Treatments for ADHD in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2024;153(4):e2024065787. doi:10.1542/peds.2024-065787.
4. Danielson ML, Claussen AH, Bitsko RH, Katz SM, Newsome K, Blumberg SJ, et al. ADHD prevalence among U.S. children and adolescents in 2022: diagnosis, severity, co-occurring disorders, and treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2024;53(3):343-60. doi:10.1080/15374416.2024.2335625.
5. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3):345-65. doi:10.1111/jcpp.12381.
6. Wisanuyothin T. Prevalence of ADHD in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013;21(2):66-75. (In Thai)
7. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, et al. All in the family? a systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prev Sci.* 2024;25(Suppl 2):249-71. doi:10.1007/s11121-022-01358-4.
8. Penuelas-Calvo I, Palomar-Ciria N, Porrás-Segovia A, Miguélez-Fernández C, Baltasar-Tello I, Colmenero SP, et al. Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *Eur J Psychiatry.* 2021;35(3):166-72. doi:10.1016/j.ejpsy.2021.03.003.
9. Zhao X, Page TF, Altszuler AR, Pelham WE 3rd, Kipp H, Gnagy EM, et al. Family burden of raising a child with

- ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2019;47(8):1327-38. doi:10.1007/s10802-019-00518-5.
10. Evans S, Ling M, Hill B, Rinehart N, Austin D, Sciberras E. Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(1):9-27. doi:10.1007/s00787-017-1008-9.
 11. Zarakoviti E, Shafran R, Papadimitriou D, Bennett SD. The efficacy of parent training interventions for disruptive behavior disorders in treating untargeted comorbid internalizing symptoms in children and adolescents: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2021;24(3):542-52. doi:10.1007/s10567-021-00349-1.
 12. Chongsuksiri P, Apinuntavech S, Punyapas S. One-year follow-up of parent management training program for children with externalizing behavior problems. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2019;64(2):163-76. (in Thai)
 13. Mihandoost Z. Treatment programs for students with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis study. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2015;9(3):e1840. doi:10.17795/ijpbs-1840.
 14. Kolb D. *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
 15. Juengsiragulwit D, Chaiudomsom C, Rueng P, Poowichai C. A pilot study of the efficacy of group teacher training for behavioral modification in school-aged children at-risk for emotional and behavioral problems. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2018;63(2):115-26. (in Thai)
 16. Saboonma J, Rodcumdee B, Suktrakul S. The effect of group experiential learning for parents on aggressive behaviors of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Science.* 2012;30(2):23-34. (in Thai)
 17. Seehapanya K, Suebpha N. Effects of parent skills training program for modifying the behavior of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin.* 2024;14(2):42-63. (in Thai)
 18. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of swanson, nolan, and pelham iv scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2014;59(2):97-110. (in Thai)
 19. Mishra P, Pandey CM, Singh U, Gupta A, Sahu C, Keshri A. Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth.* 2019;22(1):67-72. doi:10.4103/aca.ACA_157_18.
 20. Rimestad ML, Lambek R, Zacher Christiansen H, Hougaard E. Short- and long-term effects of parent training for preschool children with or at risk of ADHD: a systematic review and meta-analysis. *J Atten Disord.* 2019;23(5):423-34. doi:10.1177/1087054716648775.
 21. Chronis-Tuscano A, Wang CH, Woods KE, Strickland J, Stein MA. Parent ADHD and evidence-based treatment for their children: review and directions for future research. *J Abnorm Child Psychol.* 2017;45(3):501-17. doi:10.1007/s10802-016-0238-5.
 22. Dekkers TJ, Hornstra R, van der Oord S, Luman M, Hoekstra PJ, Groenman AP, et al. Meta-analysis: which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022;61(4):478-94. doi:10.1016/j.jaac.2021.06.015.
 23. Sharma S, Govindan R, Kommu JVS. Effectiveness of parent-to-parent support group in reduction of anxiety and stress among parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. *Indian J Psychol Med.* 2022;44(6):575-9. doi: 10.1177/02537176211056586.
 24. Pfiffner LJ, Rooney ME, Jiang Y, Haack LM, Beaulieu A, McBurnett K. Sustained effects of collaborative school-home intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018;57(4):245-51. doi:10.1016/j.jaac.2018.01.016.
 25. Yap M, Jorm A, Bazley R, Kelly C, Ryan S, Lubman D. Web-based parenting program to prevent adolescent alcohol misuse: rationale and development. *Australas Psychiatry.* 2011;19(4):339-44. doi:10.3109/10398562.2011.603334.
 26. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Educ Q.* 1984;11(1):1-47. doi:10.1177/109019818401100101.
 27. Wattanasoontorn P, Wattanaburanon A, Sitakalin P, Jaidee W. Knowledge and health belief model affecting fever management in children of caregivers. *Journal of Liberal Arts Maejo University.* 2022;10(2):70-86. (in Thai)
 28. Kerdsangs U. The development of the health belief enhancement program on health belief perception and positive aspects of caregiving among caregivers of patients with schizophrenia. *Interdisciplinary*

- Academic and Research Journal. 2023;3(3):299-320. (in Thai)
29. Kummabutr J, Phuphaibul R, Nityasuddhi D, Suwonnaroop N. One-year follow-up effects of a parent training program in conjunction with a life skills training program on the life skills of school-age children. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(1):221-32. (in Thai)
 30. D'Aiello B, Di Vara S, De Rossi P, Vicari S, Menghini D. The effect of a single dose of methylphenidate on attention in children and adolescents with ADHD and comorbid Oppositional Defiant Disorder. *PLoS One*. 2024;19(8):e0299449.
 31. Klein O, Walker C, Aumann K, Anjos K, Terry J. Peer support groups for parent-carers of children with attention deficit hyperactivity disorder: the importance of solidarity as care. *Disabil Soc*. 2019;34(9-10):1445-61. doi: 10.1080/09687599.2019.1601059.
 32. Webster-Stratton C, Reid MJ. The Incredible Years parents, teachers, and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: Weisz JR, Kazdin AE, editors. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2018. p. 122-41.
 33. Kuppens S, Ceulemans E. Parenting styles: a closer look at a well-known concept. *J Child Fam Stud*. 2019;28(1):168-81. doi:10.1007/s10826-018-1242-x.
 34. Vasiou A, Kassis W, Krasanaki A, Aksoy D, Favre CA, Tantaros S. Exploring parenting styles patterns and children's socio-emotional skills. *Children (Basel)*. 2023;10(7):1107. doi:10.3390/children10071107.
 35. Valerie V, Wijaya E, Setiawan A, Astiarani Y, Surya J. Association between parental stress and adolescent behavior mediated by parenting style in public junior and senior high school students in North Jakarta. *Paediatr Indones*. 2024;64(1):61-70. doi:10.14238/pi64.1.2024.61-70.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมต่อต้าน
ในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

วันรับ : 9 สิงหาคม 2568

วันแก้ไข : 28 ตุลาคม 2568

วันตอบรับ : 30 ตุลาคม 2568

ลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์, พย.ม., สุนทรี ศรีโกสโย, พย.ด., ชลสิทธิ์ สมใจ, พย.ม.,

ชฎาพร คำฟู, พย.ม., ภัสณิตรา เกตุกาญจน์กุล, พย.บ.,

ศุทธสินี จีแดง, พย.บ., ชุตินาถ ศักรินทร์กุล, พ.บ.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น**วิธีการ :** การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบกัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้านอายุ 12 - 18 ปีและผู้ปกครองที่มีมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ร่วมกับบริการตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติอย่างเดียว ประเมินอาการสมาธิสั้น หมวดต่อต้าน ด้วย SNAP-IV ฉบับผู้ปกครอง วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และการติดตาม 1 เดือน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มด้วย Friedman test และ Kruskal-Wallis test**ผล :** กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยครบ 30 คู่ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คู่ ที่ก่อนและหลังการทดลองทันทีพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ที่การติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\chi^2 = 12.03, p = .002$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.81, p < .001$)**สรุป :** โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มและครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น และอาจใช้เป็นทางเลือกในการดูแลวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก**คำสำคัญ :** การปรับความคิดและพฤติกรรม, ครอบครัว, พฤติกรรมต่อต้าน, โรคสมาธิสั้น, วัยรุ่น**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** ลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์; e-mail: larunyakanon@gmail.com

Original article

Effects of the cognitive and behavioral adjustment program on oppositional defiant behavior among adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Received : 9 August 2025

Revised : 28 October 2025

Accepted : 30 October 2025

Laddawan Aranyakanon, M.N.S., Soontaree Srikosai, Ph.D.,

Chaliporn Somjai, M.N.S., Chadaporn Kamphu, M.N.S.,

Patchanitra Ketkanjankul, B.N.S., Suttasinee Jeedaeng, B.N.S.,

Chutinart Sakrinnakul, M.D.

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

Abstract

Objective: To examine the effects of a cognitive and behavioral adjustment program on oppositional behavior in adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

Methods: A quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design was employed. The participants were dyads of adolescents 12 -18 years diagnosed with ADHD and their caregivers who received services at an outpatient department. The experimental group received a group-based cognitive and behavioral adjustment program delivered in six sessions held twice weekly, in addition to routine care, whereas the control group received routine care only. Oppositional behavior was assessed using the oppositional defiant behavior subscale of the parent-rated SNAP-IV at baseline, after the intervention, and at a 1-month follow-up. Within-group and between-group differences in scores were analyzed using the Friedman test and the Kruskal-Wallis test, respectively.

Results: Thirty adolescent-parent dyads completed the study, with 15 dyads in both the experimental and control groups. No statistically significant differences in oppositional behavior scores were found between the groups at baseline and immediately after the intervention. At the 1-month follow-up, the experimental group showed a statistically significant reduction in oppositional behavior compared to both their baseline scores ($\chi^2 = 12.03$, $p = .002$) and those of the control group ($\chi^2 = 15.81$, $p < .001$).

Conclusion: The family-based group cognitive and behavioral adjustment program was effectively reduce oppositional behavior among adolescents with ADHD and can be alternative approach for managing this symptom in outpatient settings.

Keywords: ADHD, adolescents, cognitive and behavioral therapy, family, oppositional defiant behavior

Corresponding author: Laddwan Aranyakanon; e-mail: l.aranyakanon@gmail.com

ความรู้เดิม : การลดพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน พบว่าการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) ช่วยลดพฤติกรรมดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตาม จำนวนครั้งของกิจกรรมที่มากอาจเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการบำบัด

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด CBT ร่วมกับกระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ สามารถช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ระยะการติดตาม 1 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติอย่างเดียว

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นทางเลือกในการลดพฤติกรรมต่อต้านของวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก

บทนำ

พฤติกรรมต่อต้าน (oppositional defiant behavior) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น (attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD)¹⁻⁴ โดยในต่างประเทศพบร้อยละ 16.5 - 20 ของเด็กสมาธิสั้น^{5,6} ส่วนในประเทศไทย จากสถิติการมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2566 พบว่าเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นมีพฤติกรรมหรืออาการต่อต้านสูงถึงร้อยละ 42⁷ ลักษณะทางคลินิกของอาการต่อต้านประกอบด้วย ขี้รำคาญ อารมณ์เสื่อง่าย โกรธบึ้งตึงเป็นประจำ เจ้าคิดเจ้าแค้น โต้เถียง ไม่ยอมรับผิด และมีพฤติกรรมก่อกวน อาการต่อต้านในเด็กสมาธิสั้นมักเกิดจากข้อจำกัดด้านการยับยั้งชั่งใจและการคิดตรึงตรอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและพฤติกรรมอื่น ๆ ตามมา^{8,9} ทั้งนี้ หากอาการต่อต้านมีความถี่และความรุนแรงมาก คงอยู่เป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในหลายบริบท อาจเข้าได้กับโรคต่อต้าน (oppositional defiant disorder: ODD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5⁸

เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มีอาการต่อต้านร่วมด้วย (oppositional symptoms / ODD symptoms) เป็นกลุ่ม

ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตสังคมสูงกว่าเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ไม่มีอาการดังกล่าว เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การมองตนเองในแง่ลบ การขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ปัญหาการเรียน และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว¹⁰⁻¹⁵ ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมเสี่ยงในวัยผู้ใหญ่ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้สารเสพติด การก่ออาชญากรรม การทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย^{10-12,15-17} ครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้มักประสบความเครียดจากความยากลำบากในการจัดการพฤติกรรมของลูก บางครั้งผู้ปกครองอาจโทษกันเองว่าอีกฝ่ายเป็นต้นเหตุหรืออบรมสั่งสอนลูกไม่เพียงพอ จนอาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้า การหย่าร้าง และความรุนแรงในครอบครัว^{9,10,18}

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน (multi-modal management)¹⁹ โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด²⁰ การศึกษาในประเทศไทยหลายแห่งพบว่าโปรแกรมที่อิงหลักการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) ช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านและเพิ่มการควบคุมอารมณ์ของตนเองของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น²¹⁻²⁵ โดยเฉพาะเมื่อครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งพบว่าช่วยให้เด็กปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้เหมาะสมมากขึ้น มีมุมมองต่อตนเองและบุคคลในครอบครัวดีขึ้น รวมถึงช่วยปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดของสมาชิกครอบครัว^{19,26} นอกจากนี้ การบำบัดแบบกลุ่มยังช่วยกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการสนับสนุนกำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น^{25,27}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คำแนะนำว่าการบำบัดแบบ CBT ควรทำจำนวน 9 - 12 ครั้งขึ้นไปนั้นอาจมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถเข้ารับการบำบัดครบโปรแกรม^{28,29} ซึ่งสะท้อนว่าจำนวนครั้งของการบำบัดแบบ CBT ส่งผลต่อความร่วมมือของผู้รับการรักษา³⁰ จึงมีการพัฒนาโปรแกรมที่อิงการบำบัดแบบ CBT ระยะสั้น 3 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าส่งผลเชิงบวกทั้งการลดปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการเข้ารับการบำบัดไม่ครบโปรแกรมของเด็กสมาธิสั้น^{21,22} อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวนั้นกลุ่มเด็กอายุ 6 - 12 ปี กิจกรรมบางส่วน

จึงไม่เหมาะสมกับวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านการออกแบบการศึกษา เช่น ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างอิสระ ไม่มีการปกปิดผู้ประเมิน และไม่มีการติดตามประสิทธิผลระยะยาว^{21,22} ผลการศึกษาจึงอาจเกิดจากอคติบางส่วน จึงควรมีการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมที่อิงการบำบัดแบบ CBT ที่เหมาะสมกับวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้านและสามารถลดข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการพิจารณาทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้านต่อไป

วิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิตเลขที่ DMH.IRB.CO.A 006/2567 เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครองที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์ แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 เกณฑ์การคัดเลือกของวัยรุ่น ได้แก่ 1) อายุ 12 - 18 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 รหัส F90.0 3) ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มสมาธิสั้นชนิดใดชนิดหนึ่ง โดยไม่มีการปรับยาอย่างน้อย 3 เดือน และ 4) ประวัติการรักษาครั้งล่าสุดมีคะแนนด้านอาการต่อต้านจากแบบประเมิน Swanson, Nolan and Pelham IV scale (SNAP-IV) 8 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ประเมินด้วยแบบประเมิน health of the nation outcomes scales for child and adolescent (HoNOSCA) หมวด 1 พฤติกรรมต่อต้านสังคมและก้าวร้าว ระดับ 3 ขึ้นไป หรือหมวด 7 อาการประสาทหลอนและหลงผิด หรือการรับรู้ที่ผิดปกติ ระดับ 3 ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสติปัญญาบกพร่อง หรือมีผลการตรวจเชาว์ปัญญาอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และ 3) มีปัญหาสุขภาพทางกายหรือ

โรคติดต่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ปกครอง ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น และ 2) ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบสั้นเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านมาแล้วจากกิจกรรมปกติของแผนกผู้ป่วยนอก

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรขนาดอิทธิพล (effect size) อ้างอิงการศึกษาของ Sprich และคณะ³¹ ที่ทดสอบผลของโปรแกรม CBT ในวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งพบขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.79 จึงแทนค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (0.8) และกำหนดให้ค่า α เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นและผู้ปกครองอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คู่ เพื่อป้องกันความเสี่ยงการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดอีกร้อยละ 20 จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คู่ รวมเป็น 40 คู่ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

เครื่องมือ

1. แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย สำหรับผู้ปกครอง³² ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ประเมินอาการสมาธิสั้น 3 ด้าน ได้แก่ ขาดสมาธิ (attention deficit) 9 ข้อ ขนุนหันพลันแล่น (hyperactivity and impulsive) 9 ข้อ และต่อต้าน (opposition/defiance) 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่พบพฤติกรรมดังกล่าว 1 หมายถึง พบเล็กน้อย 2 หมายถึง พบปานกลาง และ 3 หมายถึง พบบ่อย คะแนนรวมในแต่ละด้านแสดงถึงระดับความรุนแรงในด้านนั้นที่สูงขึ้น การศึกษานี้ นำข้อมูลเฉพาะด้านต่อต้านมาวิเคราะห์ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาความรุนแรงของอาการต่อ/ต่อต้าน ได้แก่ 0 - 7 คะแนน หมายถึง อาการไม่มีความสำคัญทางคลินิก 8 - 13 คะแนน หมายถึง อาการเล็กน้อย 14 - 18 คะแนน หมายถึง อาการปานกลาง และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง อาการรุนแรง โดยผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นจากความสอดคล้องภายในเฉพาะด้านต่อต้าน จากวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่น ตอบแบบสอบถามโดยผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ

ระดับการศึกษาในปัจจุบัน โรคร่วมทางจิตเวช และความสัมพันธ์ในครอบครัว และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามวันที่มารับบริการ ที่จุดคัดกรองแผนกผู้ป่วยนอก โดยกำหนดให้วันคือเป็นกลุ่มทดลอง และวันคู่เป็นกลุ่มควบคุม โดยผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก และไม่มีหน้าที่ในการบำบัดรักษา แต่งกายด้วยชุดสุขภาพที่ไม่ใช่เครื่องแบบทางการแพทย์ ทำหน้าที่เชื้อเชิญอาสาสมัครชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขอความยินยอมการเข้าร่วมโดยผู้ปกครองของวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ตกลงเข้าร่วมเป็นผู้ลงนามแสดงความยินยอม

เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและประเมิน SNAP-IV ก่อนทดลอง และประเมิน SNAP-IV ซ้ำหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และที่การติดตาม 1 เดือนหลังการทดลองตั้งแผนภาพที่ 1 โดยผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลทุกระยะ และไม่ทราบว่าคุณสมบัติอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ประกอบด้วย การชักประวัติและคัดกรองด้วยแบบประเมิน SNAP-IV ฉบับผู้ปกครอง การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบสั้นแก่ผู้ปกครองโดยพยาบาลจิตเวช การตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ โดยวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครองได้รับการดังกล่าวทุกครั้งที่ได้รับบริการตามแพทย์นัด โดยบางรายอาจได้รับการบำบัดทางเลือกตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การบำบัดสังคมจิตใจ ทั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ได้มีการติดต่อกลุ่มควบคุมทุกรายเพื่อสอบถามความประสงค์ในการรับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมฯ เพื่อจัดสรรเวลาและนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว

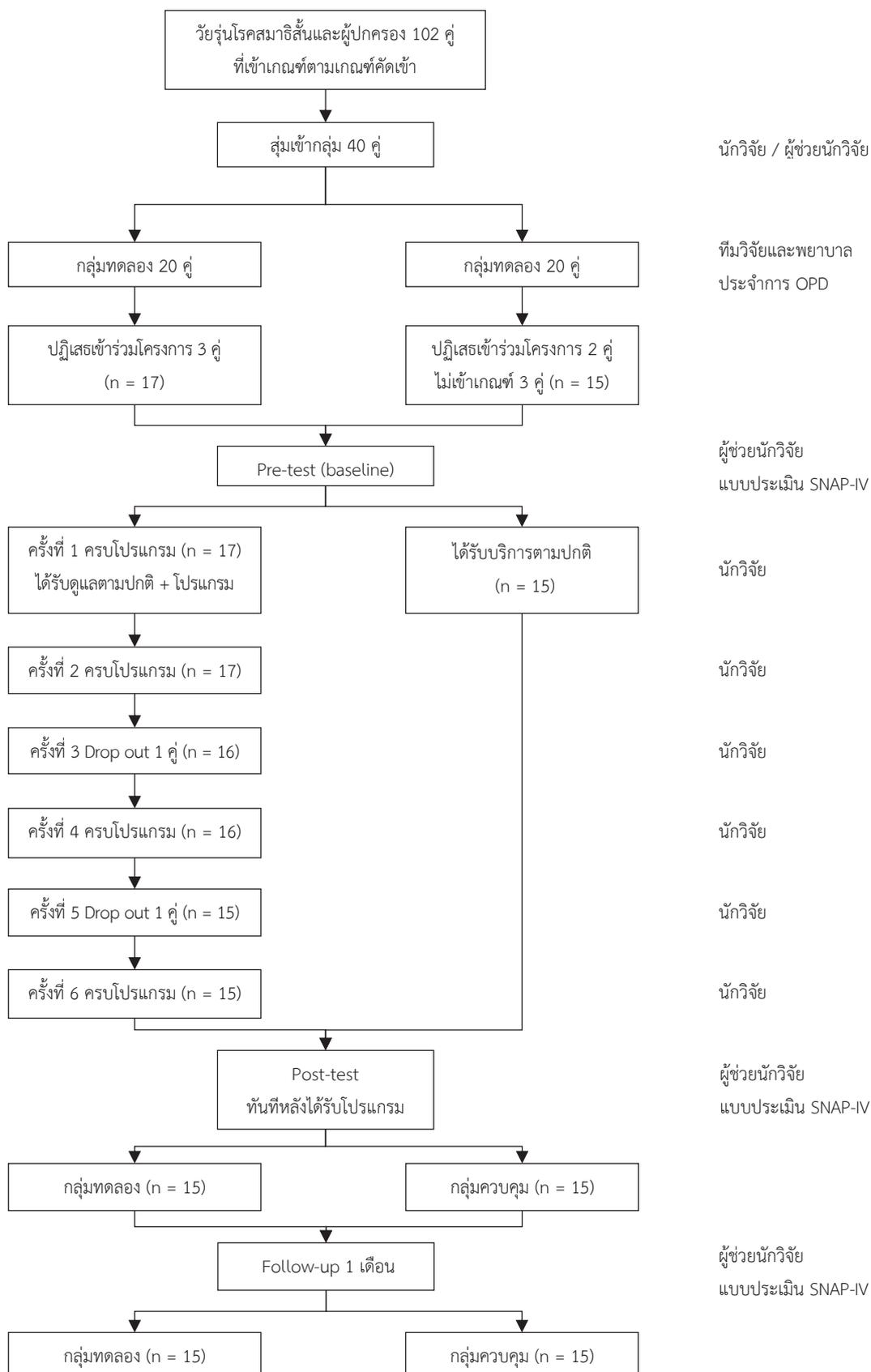
กลุ่มทดลองได้รับการตามปกติร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ซึ่งปรับปรุงจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ของสุนทร ศรีโกสโย และคณะ²³ โดยอิงกรอบแนวคิด CBT ของ Beck³³ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Yalom³⁴ โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

3 คน ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการบำบัด CBT เป็นระยะเวลา 15 - 30 ปี ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.96 โดยหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนฯ ผู้วิจัยได้ทดลองใช้โปรแกรมฉบับร่าง 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นการทดสอบความสอดคล้องภายในโปรแกรมโดยใช้การสะท้อนจากผู้ใช้โปรแกรม ร่วมกับการสนทนากลุ่มเพื่ออภิปรายคุณภาพของโปรแกรม พบว่าเนื้อหาของโปรแกรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และผู้ใช้โปรแกรมมีความเข้าใจตรงกัน ครั้งที่ 2 เป็นการทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มนำร่อง 10 คู่ ที่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าการศึกษา เพื่อทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้นและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม วัยรุ่นในกลุ่มนำร่องมีค่าเฉลี่ยอาการต่อต้านลดลงจาก 9.2 เป็น 7.0

โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยกิจกรรมที่ 1 - 5 มีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนความคิดในชีวิตประจำวัน โดยมีรายละเอียดเนื้อหาดังตารางที่ 1 โปรแกรมเป็นแบบกลุ่ม กลุ่มละ 5 คู่ ดำเนินโดยคณะผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมการบำบัด CBT ทั้งระดับพื้นฐานและขั้นสูง มีประสบการณ์การบำบัด CBT ในเด็กและวัยรุ่นและผู้ปกครองมากกว่า 1 ปี และผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมนี้ โดยมีหัวหน้าโครงการวิจัย อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมวิจัยที่ร่วมพัฒนาโปรแกรมเป็นวิทยากรอบรม ทุกกลุ่มใช้ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มชุดเดียวกันตลอดการทดลอง เพื่อควบคุมความสม่ำเสมอในการดำเนินโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่อแจกแจงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ chi-square test และ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ Friedman test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการต่อต้านระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และที่การติดตาม 1 เดือน และใช้ Kruskal-Wallis test



แผนภาพที่ 1 การคัดเลือกและติดตามผู้เข้าร่วมวิจัย

ตารางที่ 1 ตารางกิจกรรมการบำบัดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม

ครั้งที่ : วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ผู้ร่วมกิจกรรม	เวลา
ครั้งที่ 1 : ประเมินแรงจูงใจและสำรวจ 5-part level 1 ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้าน (ครอบครัวมีส่วนร่วม)	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์		15 นาที
	กิจกรรม 1.1 ประเมินระดับแรงจูงใจและตอบสนองตามระดับแรงจูงใจ	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครอง	20 นาที
	กิจกรรม 1.2 สำรวจเหตุการณ์และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครอง	20 นาที
	มอบหมายการบ้าน ตามใบงานที่ 1	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครอง	5 นาที
ครั้งที่ 2 : วิเคราะห์ 5-part level 2 : ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ	กิจกรรม 2.1 ทบทวนการบ้าน	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้น	15 นาที
	กิจกรรม 2.2 ค้นหาทางเลือกจัดการความคิดอัตโนมัติทางลบและพฤติกรรม	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้น	40 นาที
	มอบหมายการบ้านตามใบงานที่ 2	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้น	5 นาที
ครั้งที่ 3 : วิเคราะห์ 5-part level 2 : ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อต้าน (ครอบครัวมีส่วนร่วม)	กิจกรรม 3.1 ทบทวนการบ้าน	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครอง	10 นาที
	กิจกรรม 3.2 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นและการปรับพฤติกรรมต่อต้านผ่านกระบวนการคิด (กลุ่มผู้ปกครอง)	ผู้ปกครอง	15 นาที
	กิจกรรม 3.3 ทำความเข้าใจพฤติกรรมต่อต้านของวัยรุ่นสมาธิสั้นผ่านหลักการ CBT (กลุ่มวัยรุ่น)	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้น	15 นาที
	กิจกรรม 3.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมต่อต้าน (กลุ่มใหญ่)	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครอง	15 นาที
	มอบหมายการบ้านตามใบงานที่ 3.1, 3.2		5 นาที
ครั้งที่ 4 : ทักษะการจัดการอารมณ์ทางลบที่เป็นผลจากความคิด	กิจกรรม 4.1 ทบทวนการบ้าน	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้น	10 นาที
	กิจกรรมการอารมณ์		15 นาที
	กิจกรรม 4.2 ความรู้ความเข้าใจการจัดการอารมณ์ทางลบผ่านกระบวนการคิด	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้น	15 นาที
	กิจกรรม 4.3 การจัดการอารมณ์ทางลบ	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้น	15 นาที
	มอบหมายการบ้านตามใบงานที่ 4.1, 4.2		5 นาที
ครั้งที่ 5 : ทักษะการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้านที่เป็นผลจากความคิด (ครอบครัวมีส่วนร่วม)	กิจกรรม 5.1 ทบทวนการบ้าน	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครอง	15 นาที
	กิจกรรม 5.2 ความรู้ความเข้าใจทักษะการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้าน	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครอง	20 นาที
	กิจกรรม 5.3 ฝึกทักษะการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้าน	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครอง	20 นาที
	มอบหมายการบ้านตามใบงานที่ 5		5 นาที
ครั้งที่ 6 : แผนการนำประสบการณ์และความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง (ครอบครัวมีส่วนร่วม)	กิจกรรม 6.1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งที่ 1 - 5	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้น และผู้ปกครอง	30 นาที
	กิจกรรม 6.2 การทำแผนนำประสบการณ์และความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง	วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครอง	30 นาที

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการต่อต้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ระยะต่าง ๆ วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะในกลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลองครบถ้วน (per-protocol analysis) เพื่อประเมินผลลัพธ์สูงสุดของโปรแกรมตามขั้นตอนที่กำหนดและลดความบิดเบือนจากการทดแทนข้อมูลที่ขาดหาย

ผล

การศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่าง 35 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คู่ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 2 คู่ และกลุ่มควบคุม 18 คู่ ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า 3 คู่ คงเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยครบ 30 คู่ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นเป็นเพศชาย 24 คน เพศหญิง 6 คน อายุเฉลี่ย 13 ปี ได้รับความรู้โรคสมาธิสั้นร่วมกับยารักษาโรคจิต 18 คน

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี 20 คน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านอายุและระดับการศึกษา โดยวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีอายุน้อยกว่า และระดับการศึกษาในปัจจุบันต่ำกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเป็นเพศหญิง 21 คน เพศชาย 9 คน ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา อายุเฉลี่ย 47 ปี มีอาชีพรับจ้าง 15 คน ค้าขาย 10 คน รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 16,984 บาท พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกันในระดับการศึกษา สถานภาพ และอาชีพของผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีน้อยกว่า และมีสถานภาพหย่าร้างมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทันที

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมต่อต้าน (mean = 9.93, SD = 3.99, mean rank = 16.90) สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (mean = 9.00, SD = 5.89, mean rank = 14.10) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมต่อต้าน (mean = 7.13, SD = 3.06, mean rank = 9.90) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 10.27, SD = 4.25, mean rank = 21.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

การทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มที่ระยะเวลาต่าง ๆ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านของวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองที่การติดตาม 1 เดือนต่ำกว่าก่อนและหลังการทดลองทันที โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมแม้พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ข้อมูลเด็ก				
เพศ				.091 ^f
ชาย	24 (80.0)	13 (86.7)	11 (73.3)	
หญิง	6 (20.0)	2 (13.3)	4 (26.7)	
อายุ				.011 ^f
12 - 14 ปี	24 (80.0)	15 (100.0)	9 (60.0)	
15 - 17 ปี	6 (20.0)	0 (0.0)	6 (40.0)	
mean (SD)	13.33 (0.27)	13.07 (0.80)	13.60 (1.59)	
ระดับการศึกษา				.025 ^f
ประถมศึกษา	9 (30.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	19 (63.3)	9 (60.0)	10 (66.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (6.7)	0 (0.0)	2 (13.3)	
โรคร่วมทางจิตเวช				.874 ^f
ไม่มีโรคร่วมจิตเวช	12 (40)	7 (46.6)	5 (33.4)	
oppositional defiant disorder	5 (16.7)	3 (20.0)	2 (13.3)	
learning disorder	7 (23.3)	3 (20.0)	4 (26.7)	
conduct disorder	2 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.6)	
อื่น ๆ เช่น วิตกกังวล ติดเกม	4 (13.3)	1 (6.7)	3 (20.0)	
การรับรู้ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว				1.000 ^f
ค่อนข้างไม่ดี	7 (23.3)	4 (26.7)	3 (20.0)	
ค่อนข้างดี	22 (73.4)	11 (73.3)	11 (73.3)	
ดี	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (6.7)	
ข้อมูลผู้ปกครอง				
เพศ				0.430 ^f
หญิง	21 (70.0)	12 (80.0)	9 (66.7)	
ชาย	9 (30.0)	3 (20.0)	6 (33.3)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ข้อมูลผู้ปกครอง (ต่อ)				
อายุ				0.107 ^f
29 - 42 ปี	14 (46.7)	10 (66.7)	5 (33.3)	
43 - 56 ปี	10 (33.3)	3 (20.0)	7 (46.7)	
57 ปีขึ้นไป	6 (20.0)	2 (13.3)	3 (20.0)	
mean (SD)	46.90 (10.56)	43.47 (2.29)	50.33 (10.35)	
min - max	32 - 70	32 - 65	38 - 70	
อาชีพ				< 0.001 ^f
ว่างงาน	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
รับจ้าง	15 (50.0)	4 (26.6)	11 (73.3)	
ค้าขาย	10 (33.4)	10 (66.7)	0 (0.0)	
รับราชการ	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (6.7)	
พนักงานราชการ	4 (13.3)	1(6.7)	3 (20)	
ระดับการศึกษา				.007 ^f
ประถมศึกษา	8 (26.7)	4 (26.7)	4 (26.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	3 (10.0)	3 (20.0)	0 (.0.)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (6.6)	0 (0.0)	2 (13.3)	
ปวช.	5 (16.6)	4 (26.7)	1 (6.7)	
อนุปริญญา	2 (6.7)	2 (13.3)	0 (0.0)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	10 (33.4)	2 (13.3)	8 (53.3)	
สถานภาพ				.005 ^f
สมรสอยู่ด้วยกัน	25 (83.3)	11 (73.3)	14 (93.4)	
หย่าร้าง	2 (6.7)	4 (26.7)	0 (0.0)	
โสด	3 (10)	0 (0.0)	1 (6.6)	

f: Fisher's exact test (2-tailed)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมต่อต้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และการติดตาม 1 เดือน ด้วย Kruskal-Wallis test (n = 30)

		mean (SD)	mean rank	χ^2	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	10.80 (3.57)	14.13	1.12	.374
	กลุ่มควบคุม	11.93 (2.81)	16.87		
หลังการทดลองทันที	กลุ่มทดลอง	9.93 (3.99)	16.90	0.87	.352
	กลุ่มควบคุม	9.00 (5.89)	14.10		
การติดตาม 1 เดือน	กลุ่มทดลอง	7.13 (3.06)	9.90	15.81	< .001
	กลุ่มควบคุม	10.27 (4.25)	21.10		

ทางสถิติเช่นกัน แต่มีค่าเฉลี่ยที่การติดตาม 1 เดือนใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้ปรับปรุงโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์²⁰

เพื่อให้มีโครงสร้างและเนื้อหาของกิจกรรมเหมาะสมกับวัยรุ่นสมาธิสั้นและผู้ปกครอง โดยลดจำนวนกิจกรรมเหลือ 6 ครั้ง จากเดิม 8 ครั้ง โดยยังคงเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดควบคู่กับการควบคุมกำกับตนเอง (self-monitoring) ตามหลักการของ CBT และการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยในกิจกรรมที่ 1 เป็นการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้รับการบำบัด

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านด้านภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และการติดตาม 1 เดือน ด้วย Friedman test (n = 30)

	ก่อนการทดลอง mean (SD)	หลังการทดลองทันที mean (SD)	การติดตาม 1 เดือน mean (SD)	χ^2 (Friedman test)	p-value (Friedman test)
กลุ่มทดลอง	10.80 (3.57)	9.93 (3.99)	7.13 (3.06)	12.03	.002
กลุ่มควบคุม	11.93 (2.81)	9.00 (5.89)	10.27 (4.25)	8.61	.013

ในกิจกรรมที่ 2 เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้วัยรุ่นสมาธิสั้นและผู้ปกครองได้สังเกต ทดลอง และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความคิดตนเอง โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Socratic การฟังอย่างตั้งใจ และการสะท้อนความ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้อย่างเหมาะสม ในกิจกรรมที่ 3 เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจกลุ่มวัยรุ่นและผู้ปกครอง ถึงความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมต่อต้าน รวมถึงผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ปกครอง เพื่อให้เห็นความสำคัญของการรับรู้และการจัดการอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ก่อนการปรับเปลี่ยนผู้อื่น ซึ่งเชื่อมโยงกับกิจกรรมที่ 4 ที่เป็นการฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ทางลบที่เป็นผลจากความคิด และกิจกรรมที่ 5 เป็นการฝึกทักษะการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

การทดลองในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ที่การติดตาม 1 เดือน วัยรุ่นในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับบริการตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการแบบปกติอย่างเดียวย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่อิงการบำบัดแบบ CBT มีพฤติกรรมต่อต้านลดลงและมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในระยะยาว^{20,24,25} ทั้งนี้ โปรแกรมในการศึกษานี้ใช้เวลาสั้นกว่าการศึกษาดังกล่าวที่ประกอบด้วยกิจกรรม 8-12 ครั้งขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของดุซงกี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ²¹ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการต่อต้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ขณะที่การศึกษารุ่นนี้ที่พบว่าพฤติกรรมต่อต้านของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน อาจเกิดจากความแตกต่างด้านการศึกษาและอาชีพ ซึ่งมีผลต่อความเข้าใจใน

หลักการและทักษะของ CBT การเสริมแรงบวก และการติดตามพฤติกรรมเด็ก รวมถึงความร่วมมือในการพาเด็กมาบำบัด^{19,20,35} โดยในการศึกษาของดุซงกี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ²¹ ผู้ปกครองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและผ่านการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมาก่อน ขณะที่ผู้ปกครองกลุ่มทดลองในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือ ปวช. และไม่เคยมได้รับสุขภาพจิตศึกษาหรือการฝึกอบรมในประเด็นดังกล่าวมาก่อน นอกจากนี้ การใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom³⁴ ยังเอื้อให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล่าวเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง อีกทั้งผู้ปกครองยังได้เรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างไปจากการกระทำที่คุ้นเคยของตนเอง จนสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองและครอบครัว

ผลการดำเนินกิจกรรมที่ 6 ที่เป็นกิจกรรมวางแผนการนำความรู้ไปใช้ร่วมกันในครอบครัว พบว่า ผู้ปกครองและวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความสามารถในการวิเคราะห์เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นมีความสามารถในการระบุความคิดอัตโนมัติทางลบ และทดลองใช้ทักษะปรับความคิด (cognitive restructuring) เพื่อลดความขัดแย้งในความสัมพันธ์กับพ่อแม่และพี่น้อง ขณะที่ผู้ปกครองสะท้อนว่ามีความเข้าใจธรรมชาติอารมณ์ และพฤติกรรมของวัยรุ่นสมาธิสั้นมากขึ้น ตลอดจนมีทักษะการสื่อสารเชิงบวก การตั้งกติการ่วมกัน และการฝึกวินัยเชิงบวกที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทักษะเหล่านี้สอดคล้องกับหลักการพฤติกรรมบำบัดและการเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว (positive parenting)^{36,37} ซึ่งช่วยลดความตึงเครียดในครอบครัว และลดพฤติกรรมต่อต้านได้ สำหรับแผนการนำความรู้ไปใช้ของกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่เน้นการเพิ่มการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา การรับฟังซึ่งกันและกัน

การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน การควบคุมอารมณ์ การปรับทัศนคติ และการสร้างวินัยในชีวิตประจำวัน เช่น “พูดคุยกบอกความต้องการกันอย่างตรงไปตรงมา” “ใช้ทักษะทบทวนความคิดเมื่อตนรู้สึกโกรธหรือไม่เข้าใจผู้อื่น” และ “ใช้คำพูดเชิงบวกแทนการใช้อารมณ์” และผู้ปกครองสะท้อนว่าลูกควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น และมีความรับผิดชอบในชีวิตประจำวันมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวสามารถเชื่อมโยงความรู้ที่ได้จากโปรแกรมไปสู่พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ มีระยะเวลาในการศึกษาจำกัด ทำให้ไม่สามารถหากกลุ่มตัวอย่างทดแทนรายที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ ซึ่งอาจลดอำนาจและความแม่นยำของการทดสอบทางสถิติ และไม่มี การติดตามในระยะยาว จึงไม่สามารถยืนยันถึงความยั่งยืนของประสิทธิผลจากโปรแกรมได้ นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่ได้ใช้การจับคู่หรือการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified randomization) ตามตัวแปรพื้นฐาน ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการตอบสนองต่อการบำบัดแบบ CBT โดยเฉพาะ อายุ ระดับการศึกษา และความรุนแรงของพฤติกรรม จึงพบว่าวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีอายุน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า วัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางตอบสนองดีต่อการให้รางวัลปรับพฤติกรรม³⁸ ขณะที่วัยรุ่นตอนปลายเหมาะกับการฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิดเชิงนามธรรม³⁹ อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นตอนต้นกับตอนปลายไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านแรงจูงใจและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสถานการณ์ (cognitive/behavioral flexibility)^{40,41} นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง คุณลักษณะของผู้บำบัด รูปแบบการบำบัด และภาวะโรคร่วม มีผลต่อการบำบัดมากกว่าอายุของเด็ก^{25,41-43}

การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาจับคู่หรือการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามตัวแปรดังกล่าว เพื่อให้แต่ละกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานกระจายใกล้เคียงกัน และควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ย่อยตามชั้นของตัวแปร นอกจากนี้ควรมีการติดตามในระยะยาว เพื่อทดสอบความยั่งยืนของผลลัพธ์ และพิจารณาปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นแต่ละช่วงวัย พร้อมทดสอบความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

สรุป

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ซึ่งอิงหลักการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้งในระยะเวลา 3 สัปดาห์ เมื่อให้ร่วมกับการดูแลตามปกติ ช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านของวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่การติดตาม 1 เดือน เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติอย่างเดียว จึงอาจเป็นทางเลือกในการลดพฤติกรรมดังกล่าวในแผนกผู้ป่วยนอก

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ปี 2566 รหัสโครงการ 179966

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์ : ออกแบบการวิจัย เขียนบทความ ; สุนทรี ศรีโกไสย : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบบทความ ; ชลธิพร สมใจ : ออกแบบการวิจัย ; ชญาพร คำฟู : เก็บข้อมูล ; ภัชฉนิตรา เกตุกาญจน์กุล : เก็บข้อมูล ; ศุภรสินี จีแดง : เก็บข้อมูล ; ชุตินาถ ศักรินทร์กุล : ออกแบบการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Makkasem K. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescence at Charoenkrung Pracharak Hospital. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*. 2020;16(2):75-102. (in Thai)
2. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):48. doi:10.1186/s13052-023-01456-1.
3. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013;21(2):66-75. (in Thai)
4. Trangkasombat U. Clinical characteristics of ADHD in Thai children. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(12):1894-9.
5. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large

- nationwide study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2015;7(1):27-38. doi:10.1007/s12402-014-0142-1.
6. Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino MA, Canevini MP, et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(12):1443-57. doi:10.1007/s00787-017-1005-z.
 7. Rajanagarindra Institute of Child Development. Outpatient department service statistics for fiscal year 2023. Chiang Mai: Rajanagarindra Institute of Child Development; 2023. (in Thai)
 8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013. p. 59-66.
 9. Trangkasombat U. Help your child develop concentration. Bangkok: Santa Publishing; 2001. (in Thai)
 10. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(11):1275-93.
 11. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. The long-term longitudinal course of ODD and CD in ADHD boys: 10-year follow-up. *Psychol Med*. 2008;38(7):1027-36.
 12. Pardini DA, Fite PJ. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, and attention-deficit/hyperactivity disorder as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(11):1134-44.
 13. Ketuman P. Adolescent counseling. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital; 2009. (in Thai)
 14. Uçar HN, Eray Ş, Vural AP, Kocael Ö. Perceived family climate and self-esteem in adolescents with ADHD: a study with a control group. *J Atten Disord*. 2020;24(8):1132-40. doi:10.1177/1087054717696772.
 15. Piyasil W, Ketuman P. Textbook of child and adolescent psychiatry. Bangkok: Beyond Enterprise; 2007. (in Thai)
 16. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2006.
 17. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiologies, phenomenology, and treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008;18(6):565-71. doi:10.1089/cap.2008.032.
 18. Srisamurt A. Nurse' roles in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Maharakham Hospital Journal*. 2021;18(2):140-7. (in Thai)
 19. Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and treatment. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2012;57(4):373-86. (in Thai)
 20. Antshel KM, Olszewski AK. Cognitive behavioral therapy for adolescents with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(4):825-42. doi:10.1016/j.chc.2014.05.001.
 21. Juengsiragulwit D, Pityaratstian N, Nimnuan C. The efficacy of brief group cognitive behavioral therapy (CBT) in children with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2012;57(1):19-28. (in Thai)
 22. Khwaiphan Y. A study of hyperactivity behaviors in gifted children with ADHD using a behavior modification program based on cognitive behavioral therapy (CBT) [Master's thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. (in Thai)
 23. Srikosai S, Aebthaisong O, Khamfu C, Thakham A. An effects comparison of cognitive behavioral therapy program, Satir model therapy program, and psychoeducation plus problem solving among children and adolescents with online game addiction. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2023;37(1):17-48. (in Thai)
 24. Vidal R, Castells J, Richarte V, Palomar G, García M, Nicolau R, et al. Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(4):275-82. doi:10.1016/j.jaac.2014.12.016.
 25. Helander M, Enebrink P, Hellner C, Ahlen J. Parent management training combined with group-CBT compared to parent management training only for oppositional defiant disorder symptoms: 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023;54(4):1112-26. doi:10.1007/s10578-021-01306-3.
 26. Kaewsawang T, Rungwittayanuwat P. Cognitive behavior family therapy: review article. *Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn*. 2020;15(1):1-15. (in Thai)
 27. Pornnapadol C, Rohitsuk W, Hasdinrat M, Yasin N, Ketuman P. Handbook for trainers on parent training

- in behavior modification for children. Bangkok: Charansanitwong Printing; 2011. (in Thai)
28. Beck AT, Alford BA. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. 2nd ed. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania Press; 2009.
29. Srisurapanont M, Pityaratstian N, Kittirattanapaiboon P, Charatsigha A. Cognitive-behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder: workforce development and service evaluation in Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2009;54(4):367-74.
30. Trower P, Dryden W, Jones J. Cognitive behavioural counselling in action. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2015.
31. Sprich SE, Safren SA, Finkelstein D, Remmert JE, Hammerness P. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(11):1218-26. doi:10.1111/jcpp.12549.
32. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2014;59(2):97-110. (in Thai)
33. Beck JS. Cognitive-behavioral therapy. In: Galanter M, Kleber HD, editors. *Clinical textbook of addictive disorders*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011. p. 474-501.
34. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. 4th ed. New York: Basic Books; 1995.
35. Trangkasombat U. Cognitive behavioral therapy in Thai context. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2010;55(3):285-94. (in Thai)
36. Chen Y, Haines J, Charlton BM, VanderWeele TJ. Positive parenting improves multiple aspects of health and well-being in young adulthood. *Nat Hum Behav*. 2019;3(7):684-91. doi:10.1038/s41562-019-0638-z.
37. Juengsiragulwit D, Thanasupharatana A. Effects of the Thai Triple-P early childhood parenting program on development and emotional intelligence in children at risk of developmental delay. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2023;31(3):215-26. (in Thai)
38. Van Duijvenvoorde AC, Peters S, Braams BR, Crone EA. What motivates adolescents? Neural responses to rewards and their influence on adolescents' risk taking, learning, and cognitive control. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;70(Pt A):135-47. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.06.037.
39. Hauser TU, Iannaccone R, Walitza S, Brandeis D, Brem S. Cognitive flexibility in adolescence: neural and behavioral mechanisms of reward prediction error processing in adaptive decision making during development. *Neuroimage*. 2015;104:347-54. doi:10.1016/j.neuroimage.2014.09.027.
40. de Haan A, Meiser-Stedman R, Landolt MA, Kuhn I, Black MJ, Klaus K, et al. Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *Lancet Child Adolesc Health*. 2024;8(1):28-39. doi:10.1016/S2352-4642(23)00253-5.
41. Bennett K, Manassis K, Walter SD, Cheung A, Wilansky-Traynor P, Diaz-Granados N, et al. Cognitive behavioral therapy age effects in child and adolescent anxiety: an individual patient data meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30(9):829-41. doi:10.1002/da.22120.
42. Kreuze LJ, Pijnenborg GHM, de Jonge YB, Nauta MH. Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: a meta-analysis of secondary outcomes. *J Anxiety Disord*. 2018;60:43-57. doi:10.1016/j.janxdis.2018.10.005.
43. Burke JD, Waldman I, Lahey BB. Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *J Abnorm Psychol*. 2010;119(4):739-51. doi:10.1037/a0020796.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ของผู้ป่วยนิติจิตเวช

วันรับ : 15 สิงหาคม 2568

วันแก้ไข : 5 ตุลาคม 2568

วันตอบรับ : 30 ตุลาคม 2568

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์, พ.บ.

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดลองใช้ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาระบบ 2) การกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ 3) การจัดทำต้นร่างระบบด้วยกระบวนการ appreciation-influence-control ร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้านนิติจิตเวช 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ และ 5) การทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจำนวน 3 ราย ประเมินผลจากความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน และความสอดคล้องของการประเมินระหว่างจิตแพทย์ 2 คน

ผล : ร่างระบบแผนการดูแลประกอบด้วยแนวทาง 4 ส่วน ได้แก่ 1) เกณฑ์การประเมินอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี รวม 16 อาการ 2) การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา ร่วมกับการกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพ 3) การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา และ 4) การประชุมติดตามความก้าวหน้า การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า มี 2 รายที่มีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วันหลังรับไว้รักษา ส่วนอีก 1 ราย ซึ่งมีความเจ็บป่วยเรื้อรังและความบกพร่องด้านการรู้คิด ยังไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 180 วัน การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของจิตแพทย์มีความสอดคล้องกัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนเท่ากับ 1.0

สรุป : ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ช่วยฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชภายใน 90 วัน และเป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับจิตแพทย์และสหวิชาชีพในการประเมินและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ทั้งนี้ ควรมีการทดลองใช้เพิ่มเติมในสถานบำบัดรักษาอื่น ๆ และในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความเหมาะสมของระบบในบริบทที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความสามารถในการต่อสู้คดี, นิติจิตเวช, ผู้ป่วยคดี, อาการทางจิตเวช

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์; e-mail: sealnuttkri@hotmail.com

Original article

The development of the care plan system for the restoration of competency to stand trial in forensic psychiatric patients

Received : 8 August 2025

Revised : 5 October 2025

Accepted : 30 October 2025

Nuth Graipaspong, M.D.

Galya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Bangkok

Abstract

Objective: To develop and test the care plan system for the restoration of competency to stand trial in forensic psychiatric patients.

Methods: This research and development involved five steps: 1) need analysis for system development 2) conceptual framework development of the system 3) prototype development of the system using the Appreciation-Influence-Control process with a multidisciplinary forensic-psychiatric team 4) validity testing and 5) pilot testing in three psychiatric patients with legal cases. Outcomes included the restoration of competency to stand trial within 90 days and the inter-rater agreement between two psychiatrists.

Results: The draft of the care plan system consisted of four components: 1) criteria for assessing psychiatric symptoms aligned with the criteria for competency to stand trial, covering 16 symptoms, 2) stage-specific patient care within treatment facilities, 3) the problem-focused therapeutic interventions, and 4) regular progress-monitoring meetings. The pilot testing demonstrated that two patients achieved the competency to stand trial within 90 days, while the other with chronic illness and cognitive impairment did not regain competency within 180 days. Inter-rater agreement on the competency to stand trial between psychiatrists was perfect, with a Cohen's kappa coefficient of 1.0.

Conclusion: The system shows potential to enhance restoration of competency to stand trial in forensic psychiatric patients within 90 days and provides a standardized guidance for psychiatrists and multidisciplinary teams in competency assessment and rehabilitation. Further implementation in other treatment settings and more diverse populations is recommended to confirm the system's effectiveness and applicability across different contexts.

Keywords: competency to stand trial, criminal patients, forensic psychiatry, psychiatric symptoms

Corresponding author: Nuth Graipaspong; e-mail: sealnuttkri@hotmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยนิติจิตเวชจะถูกส่งมาสถานบำบัดรักษาเพื่อรับการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี รวมถึงการลงความเห็นตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการดูแลโดยสหวิชาชีพยังไม่เป็นระบบ อีกทั้งเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดียังขาดความชัดเจนทางคลินิก

ความรู้ใหม่ : ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายความสามารถในการต่อสู้คดี โดยอิงอาการทางจิตเวชร่วมกับเกณฑ์ทางกฎหมาย และการกำหนดแนวทางดูแลและบทบาทสหวิชาชีพตามระยะและประเด็นปัญหา ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วย และทำให้จิตแพทย์สามารถลงความเห็นในการประเมินได้อย่างสอดคล้อง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับการดูแลและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชโดยสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ

บทนำ

กระบวนการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีในบริบทประเทศไทยได้ระบุไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 35 และมาตรา 36 กล่าวคือ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลส่งผู้ต้องหาหรือจำเลยซึ่งมีเหตุควรเชื่อว่าเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ไปรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีที่สถานบำบัดรักษา พร้อมรายละเอียดแห่งพฤติการณ์คดี โดยให้จิตแพทย์เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต และประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี อาจให้ความเห็นที่เกี่ยวข้องประกอบการรายงานผล ภายใน 45 วัน นับแต่วันที่ได้รับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ และอาจขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 45 วัน หากผู้ต้องหาหรือจำเลยยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ จิตแพทย์สามารถบำบัดรักษาผู้ต้องหา หรือจำเลยต่อไปในสถานบำบัดรักษา โดยให้รายงานผลการบำบัดรักษา และการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีภายในทุก 180 วัน^{1,2}

การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีมุ่งเน้นการตรวจประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยคดีว่ามีความปกติมากเพียงพอหรือไม่ โดยระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี และผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดี การรายงานผลการบำบัดรักษา และการทำความเข้าใจ พ.ศ. 2564 ระบุเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามแบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (แบบ ผค.1) ดังนี้ 1) มีความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่าง ๆ รอบตัว 2) มีความเข้าใจ ตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา ความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่ถูกกล่าวหา และความสามารถในการพูดคุย และตอบคำถามได้ตรงคำถาม 3) มีความสามารถในการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากคดี และ 4) มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง การลงความเห็นดังกล่าว จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาเป็นผู้ลงความเห็นและรายงานผลไปยังพนักงานสอบสวนหรือศาล โดยผู้ป่วยคดีต้องมีความสามารถครบทั้ง 4 ข้อ จึงถือว่ามีความสามารถในการต่อสู้คดี^{1,2} อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีเกณฑ์ทางคลินิกที่เชื่อมโยงกับเกณฑ์ทางกฎหมาย ทำให้การลงความเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการต่อสู้คดียังเป็นอัตวิสัย และอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการลงความเห็น

การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการต่อสู้คดีพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิต (psychotic disorders) ปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (intellectual disability) และภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive dysfunction) เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการไม่สามารถต่อสู้คดีได้³⁻⁸ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการโรคจิตด้านกระบวนการคิดที่ผิดปกติ³ ขณะที่กระบวนการบำบัดรักษาทางจิตเวช ทั้งอาการด้านบวก (positive symptoms) อาการด้านลบ (negative symptoms) และอาการต่อต้านการรักษา (resistance) รวมถึงการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและการให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการกลับมาที่มีความสามารถต่อสู้คดีได้^{8,9} การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีจึงจำเป็นต้องพิจารณาลักษณะทางคลินิกเหล่านี้ควบคู่กับเกณฑ์ทางกฎหมาย และต้องมีกระบวนการบำบัดรักษา

ความผิดปกติทางจิตอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติต่อไป

ในต่างประเทศมีระบบดูแลและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติของผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวม ซึ่งอ้างอิงตามระบบกฎหมายและระบบบริการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ เช่น restoration competency model ของสหรัฐอเมริกา¹⁰ และ care program approach ของสหราชอาณาจักร¹¹ ขณะที่ประเทศไทยมีบริการตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ แต่ยังคงขาดการบูรณาการบริการเหล่านี้ว่าเป็นระบบ นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาทบทวนลักษณะและระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชเพื่อนำมาเทียบเคียงกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติตามกฎหมาย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยมุ่งพัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติที่สอดคล้องกับบริบททางกฎหมายและระบบบริการจิตเวชของประเทศไทย โดยผนวกแนวทางการประเมินอาการทางจิตเวชกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติให้เกิดระบบบริการจิตเวชที่มีเกณฑ์ทางคลินิกสำหรับการประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติร่วมกับเกณฑ์ทางกฎหมาย และสามารถเชื่อมโยงกับการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพตามระยะและประเด็นปัญหาอย่างเป็นระบบ

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เลขที่ 1/2567 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 ดำเนินการเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ขั้นตอนที่ 1 - 5¹² ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาระบบ

ดำเนินการโดยทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยและการประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติของผู้ป่วยทางจิต ได้แก่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 35 และมาตรา 36 ตลอดจนอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง และประชุมสหวิชาชีพด้านนิติจิตเวช ประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด วิชาชีพละ 2 คน รวมทั้งพยาบาลจิตเวช ผู้รับผิดชอบงานพยาบาลนิติจิตเวชผู้ป่วยนอก งานพยาบาลนิติจิตเวชผู้ป่วยในชาย งานพยาบาลนิติจิตเวชผู้ป่วยในหญิง และงานพยาบาลนิติจิตเวชชุมชน หน่วยงานละ 1 คน เพื่อวิเคราะห์เจตนารมณ์ของกฎหมาย ช่องว่างและอุปสรรคของกระบวนการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติที่พบในการปฏิบัติงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการจากการเยี่ยมชมสำรวจของสถาบันรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล และรวบรวมข้อเสนอแนะของสหวิชาชีพเพื่อพัฒนากระบวนการให้เป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบ

ดำเนินการโดยใช้ผลจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ ระบบการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ ระบบบริการจิตเวชในต่างประเทศ และความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตเวชกับความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ พร้อมทั้งทบทวนเอกสารในปีงบประมาณ 2563 - 2565 ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เกี่ยวกับสถิติผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ และสุ่มเจาะระเบียบผู้ป่วยที่จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาลงความเห็นครั้งแรกภายใน 90 วัน นับแต่รับไว้ว่าไม่สามารถต่อสู้อัตโนมัติได้ จำนวน 10 ราย เพื่อระบุลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่สามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ ได้แก่ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาที่ได้รับ และอาการทางจิตเวชที่ยังไม่สามารถต่อสู้อัตโนมัติได้ ตามแบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS)¹³ และแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (positive and negative syndrome scale: PANSS)¹³

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่างระบบ

ผู้วิจัยใช้กระบวนการ appreciation-influence-control (A-I-C)¹⁴ ร่วมกับจิตแพทย์ 8 คน แบ่งเป็นผู้มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านนิติจิตเวชตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป 4 คน และมีประสบการณ์ 5 - 10 ปี 4 คน โดยจัดประชุม 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง กระบวนการประกอบด้วย การกำหนด

เป้าหมายในการพัฒนาระบบจากผลในขั้นตอนที่ 1 และ 2 (appreciation) การกำหนดเนื้อหาการดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิดจากขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่เชื่อมโยงกับความสามารถในการต่อสู้คดี การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา และการประชุมติดตามความก้าวหน้า (influence) และการยกย่องระบบตามกรอบแนวคิดและกำหนดบทบาทของจิตแพทย์ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (control) จากนั้นนำเสนอข้อมูลจากกระบวนการ A-I-C ต่อสหวิชาชีพ ในที่ประชุมสหวิชาชีพด้านนิติจิตเวช (ชุดเดียวกับขั้นตอนที่ 1) เพื่อกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพ และนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขเป็นต้นร่างระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

ผู้วิจัยนำต้นร่างจากขั้นตอนที่ 3 มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานด้านนิติจิตเวชตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย จิตแพทย์ 3 คน พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด วิชาชีพละ 1 คน โดยใช้วิธีเดลฟายประยุกต์ (modified Delphi method)¹⁵ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงระบบ ทั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญ 1 คนเป็นจิตแพทย์ที่ร่วมร่างในขั้นตอนที่ 3 ด้วย เนื่องจากเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามกฎหมายไทย จึงมีคุณสมบัติเหมาะสมกับการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ เพื่อให้การพัฒนาระบบเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย และไม่คลาดเคลื่อนไปจากหลักการทางนิติจิตเวชคลินิก

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

การดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

5.1 การทดลองใช้เฉพาะส่วนการดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยเริ่มจากการตรวจสอบความเข้าใจ (cognitive debriefing) ของระบบร่วมกับจิตแพทย์ผู้ประเมินอาการและเก็บข้อมูล 3 คน จากนั้นทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่าง

นิยามและเกณฑ์เป้าหมายของอาการกับการดูแลรักษาในแต่ละระยะ ว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ และดำเนินการปรับเป้าหมายของอาการในแต่ละระยะให้สอดคล้องกับนิยามและแนวทางการดูแลรักษา

5.2 การทดลองใช้ทั้งระบบ ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่พนักงานสอบสวนหรือศาลส่งมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี 3 รายแรก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจประเมินและบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และสื่อสารภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีโรคร่วมทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ โรคพาร์กินสัน หรือภาวะสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามจนกว่าจะมีความสามารถในการต่อสู้คดี แต่ไม่เกิน 180 วันนับแต่วันที่ถูกส่งตัวเพื่อรับการตรวจประเมิน ดำเนินการทดลองใช้โดยจิตแพทย์ 3 คน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ชุดเดียวกับในขั้นตอน 5.1

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการบำบัดรักษา ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะคดี การวินิจฉัย ระยะเวลาที่มีอาการทางจิต ระยะเวลาและการบำบัดรักษาในแต่ละระยะ บันทึกข้อมูลตลอดระยะเวลาที่ศึกษาโดยจิตแพทย์

2. แบบบันทึกความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ ผลการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี จำนวนวันที่ใช้ในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี และแผนการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีกรณีที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ภายใน 180 วัน บันทึกข้อมูลเมื่อลงความเห็นการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีโดยจิตแพทย์ ทั้งนี้ การลงความเห็นความสามารถในการต่อสู้คดีในแบบบันทึกนี้ อิงเกณฑ์ตามกฎหมายร่วมกับเกณฑ์ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ซึ่งเป็นอาการเป้าหมายที่สอดคล้องกับความสามารถในการต่อสู้คดีในกฎหมาย

3. แบบประเมินอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับความสามารถในการต่อสู้คดี ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมิน BPRS และ PANSS มี 16 ข้อ ได้แก่ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล อาการประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวง ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง เนื้อหา

ความคิดผิดปกติ ความคิดสับสน การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ความตึงเครียด ความรู้สึกไม่เป็นมิตร อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ร่วมมือ และความสามารถในการควบคุมแรงผลักดันไม่ดี แต่ละข้อแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่มีอาการ ถึง 7 คือ มีอาการรุนแรงมาก¹³ ประเมินโดยจิตแพทย์ตั้งแต่แรกเริ่ม จากนั้นทุก 1 สัปดาห์ หรือเมื่อลงความเห็นการประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ แบบประเมินทั้งฉบับผ่านการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการในขั้นตอนที่ 4 ในส่วนเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่เชื่อมโยงกับความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ และผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater agreement) จากสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient)¹⁶ ระหว่างจิตแพทย์ผู้เก็บข้อมูลจำนวน 3 คนกับจิตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านนิติจิตเวช ได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.87 - 1.00

4. แบบบันทึก case formulation ได้แก่ ปัญหาที่พบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการโดยสาขาวิชาชีพ บันทึกข้อมูลตลอดระยะเวลาที่ศึกษาโดยจิตแพทย์

การประเมินผลของระบบแผนเพื่อการพัฒนาฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ

พิจารณาจากตัวชี้วัด 2 ประการ ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติและอาการทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง โดยวัดจากความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติภายใน 90 วัน และการลดลงของอาการทางจิตตามเป้าหมายในแต่ละระยะ ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถต่อสู้อัตโนมัติได้ภายใน 90 วัน จะได้รับการติดตามจนถึง 180 วัน และ 2) ความเชื่อมั่นของแนวทางการประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ โดยคำนวณความสอดคล้องจากสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน ระหว่างจิตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติจิตเวชกับจิตแพทย์เจ้าของไข้แต่ละราย ซึ่งเป็นจิตแพทย์ผู้ทดลองใช้ระบบในขั้นตอนที่ 5

ผล

ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาระบบ

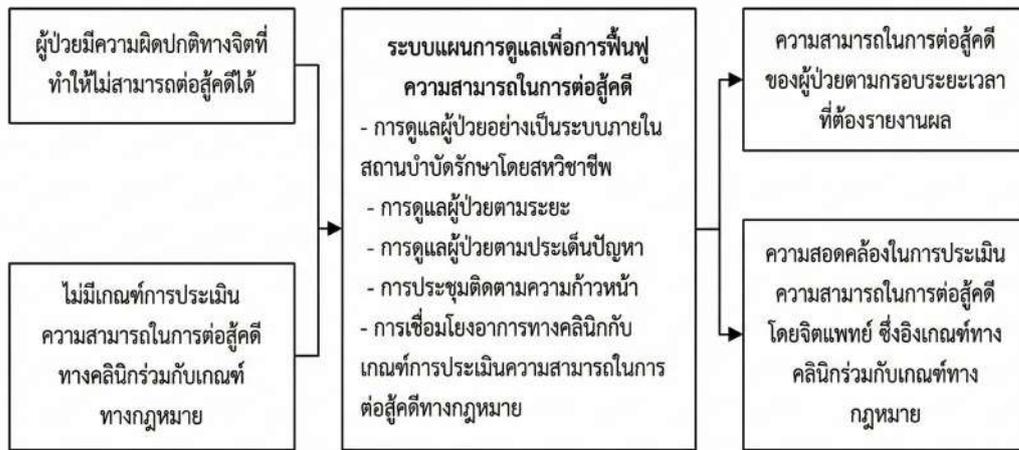
การทบทวนและประชุมสหวิชาชีพพบว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยและการประเมินความสามารถ

ในการต่อสู้อัตโนมัติของผู้ป่วยทางจิตมีเจตนาธรรมเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาที่มีอาการทางจิตและไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติจนสามารถเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมต่อได้^{1,2} อย่างไรก็ตาม พบช่องว่างของกระบวนการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติในประเทศไทย ดังนี้ 1) ยังไม่มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชในสถานบำบัดรักษาอย่างครบวงจร ที่ครอบคลุมการดูแลตามระยะการรักษา การตรวจประเมินทางคลินิกที่สอดคล้องกับความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ การดูแลตามประเด็นปัญหา และการติดตามความก้าวหน้า 2) ขาดการประเมินผลการดูแลรักษาตามกรอบระยะเวลาที่ต้องรายงานความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ และ 3) ยังไม่มีเกณฑ์ทางคลินิกที่จิตแพทย์สามารถใช้ควบคู่กับเกณฑ์ทางกฎหมายในการประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติของผู้ป่วย ทำให้การลงความเห็นเป็นแบบอัตวิสัยและมีโอกาสคลาดเคลื่อนสูง สาขาวิชาชีพจึงมีข้อเสนอให้มีการพัฒนาระบบใหม่เพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว โดยต้องสอดคล้องกับบริบทการดูแลรักษาของประเทศไทย และสามารถดำเนินการตามเจตนาธรรมของกฎหมายได้อย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบ

ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาโดยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต¹² ภายใต้ขอบเขตการประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติโดยอาศัยอาการทางคลินิกร่วมกับเกณฑ์ทางกฎหมาย และกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานบำบัดรักษา ดังแผนภาพที่ 1

การทบทวนสถิติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติในปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ร้อยละ 86 รองลงมาคือความผิดปกติของการใช้แอมเฟตามีน (amphetamine use disorder) ร้อยละ 10 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 90, 91 และ 82 วันตามลำดับ¹⁷ ส่วนการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถต่อสู้อัตโนมัติได้ภายใน 90 วัน จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิต พบอาการทางจิตเวชขณะยังไม่สามารถต่อสู้อัตโนมัติได้ 16 กลุ่ม ได้แก่ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล อาการ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

ประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวง ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง เนื้อหาความคิดผิดปกติ ความคิดสับสน การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ความตึงเครียด ความรู้สึกไม่เป็นมิตร อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย การไม่ร่วมมือ และความสามารถในการควบคุมแรงผลักดันไม่ดี ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยการปรับเพิ่มขนาดยารักษาโรคจิต การใช้ยา clozapine หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้มีความสามารถในการต่อสู้คดี ทั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ภายใน 1 ปียังมีอาการความคิดสับสน อาการด้านลบ หรือปัญหาความจำบกพร่อง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่องในระยะยาว

ต้นร่างระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ด้วยกระบวนการ A-I-C ร่วมกับคณะจิตแพทย์ กำหนดเป้าหมายของระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ ผู้ป่วยมีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มากที่สุดที่ต้องรายงานผลครั้งแรกตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และจิตแพทย์สามารถลงความเห็นการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีโดยใช้เกณฑ์การประเมินตามกฎหมายพร้อมกับเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชได้อย่างสอดคล้องกัน

ต้นร่างระบบฯ ภายใต้กรอบแนวคิด อิงลักษณะอาการของโรคจิตเภทและโรคจิตจากการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นการวินิจฉัยหลักที่พบมากที่สุด มีเนื้อหา ดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี โดยกำหนดให้ผู้ป่วยต้องมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชจากแบบประเมิน BPRS และ PANSS ทั้ง 16 อาการไม่เกินจุดตัดของแต่ละอาการ ร่วมกับมีความสามารถตามเกณฑ์ทางกฎหมาย จึงถือว่ามีความสามารถในการต่อสู้คดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

2. การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา กำหนดนิยามและเกณฑ์อาการเป้าหมายในระยะเร่งบำบัดระยะสงบอาการ และระยะคงที่ โดยจิตแพทย์ประเมินอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับร่วมกับพยาบาลจิตเวช จากนั้นประเมินอย่างน้อยทุก 1 สัปดาห์ เพื่อระบุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใด และให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

3. การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา ดำเนินการผ่านการทำ case formulation โดยใช้แนวทาง 5P + 1D (presenting problems, predisposing factors, precipitating factors, perpetuating factors, protective factors และ drivers)¹⁸⁻²⁰ เพื่อระบุประเด็นปัญหาและการวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม

4. การประชุมติดตามความก้าวหน้า ประกอบด้วย แนวทางการหาข้อมูลเพิ่มเติม วางแผน และติดตามผล

ตารางที่ 1 ความสามารถในการต่อสู้คดี ตามเกณฑ์ทางกฎหมายและการประเมินอาการทางจิตเวช

เกณฑ์ทางกฎหมาย	เกณฑ์การประเมินอาการทางจิตเวช
เกณฑ์ข้อที่ 1 มีความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่าง ๆ รอบตัว	1) อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล ≤ 1 คะแนน 2) อาการประสาทหลอน ≤ 3 คะแนน
เกณฑ์ข้อที่ 2 มีความเข้าใจ ตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา ความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่ถูกกล่าวหา และความสามารถในการพูดคุย และตอบคำถามได้ตรงคำถาม	1) ความรู้สึกหวาดระแวง ≤ 2 คะแนน 2) ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง ≤ 3 คะแนน 3) เนื้อหาความคิดผิดปกติ ≤ 3 คะแนน 4) ความคิดสับสน ≤ 2 คะแนน
เกณฑ์ข้อที่ 3 มีความสามารถในการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากคดี	1) การตัดสินใจและกรหยั่งรู้ตนเองเสีย ≤ 3 คะแนน
เกณฑ์ข้อที่ 4 มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง	1) ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ ≤ 3 คะแนน 2) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ ≤ 3 คะแนน 3) การแยกตัวทางอารมณ์ ≤ 4 คะแนน 4) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ≤ 3 คะแนน 5) ความตึงเครียด ≤ 3 คะแนน 6) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ≤ 1 คะแนน 7) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ≤ 2 คะแนน 8) การไม่ร่วมมือ ≤ 1 คะแนน 9) ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี ≤ 2 คะแนน

การดูแลรักษา โดยกำหนดให้มีการประชุมครั้งแรกภายใน 30 วันนับแต่รับตัวผู้ป่วยไว้ และดำเนินการประชุมติดตามความก้าวหน้าทุก 1 เดือน โดยมีจิตแพทย์เป็นประธานการประชุม ทำหน้าที่สำรวจปัญหา ความต้องการ และความเสี่ยงของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสม และมีพยาบาลจิตเวชประจำหอผู้ป่วยเป็นเลขานุการการประชุม

ผลการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีเดลฟาย ประยุกต์ ประเมินโดยสหวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ 7 คน พบว่า ผู้ประเมินทุกคนให้คะแนนแต่ละหัวข้อในระดับ 3 ขึ้นไป (เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างมาก) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 ผู้ประเมินซึ่งเป็นจิตแพทย์มีความเห็นว่า การพิจารณาอาการทางจิตเวชควบคู่กับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีทางกฎหมายน่าจะช่วยให้จิตแพทย์ลงความเห็นได้แม่นยำมากขึ้น ส่วน case formulation เป็นแนวคิดที่ปฏิบัติได้จริง ไม่ยุ่งยากเกินไป แต่จำเป็นต้องเชื่อมโยงไปสู่การวางแผนการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งเสนอให้เพิ่มบทบาทจิตแพทย์ในการประเมินภาวะแกล้งป่วย (malingering) ในระยะเร่งบำบัดและระยะสงบอาการ นอกจากนี้ ผู้ประเมินซึ่งเป็นสหวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่

พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด เสนอให้เพิ่มบทบาทวิชาชีพของตนในการดูแลรักษาแต่ละระยะ โดยผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มบทบาทของจิตแพทย์และสหวิชาชีพอื่น ๆ ตามข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ผลการทดลองใช้ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

การทำ cognitive debriefing พบว่า จิตแพทย์ผู้ประเมินอาการและผู้เก็บข้อมูลมีความเข้าใจนิยามเป้าหมาย และการดูแลตามระยะการรักษาเป็นอย่างดี จึงไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้เพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม การทดลองใช้เฉพาะส่วนการดูแลตามระยะการรักษา (ขั้นตอนที่ 5.1) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 ราย พบว่า การกำหนดเกณฑ์เป้าหมายในระยะสงบอาการโดยใช้คะแนนรวมของทั้ง 16 อาการยังไม่สอดคล้องกับนิยามและแนวทางการดูแลรักษาโดยสหวิชาชีพ เนื่องจากแม้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนรวมบรรลุเป้าหมายของระยะสงบอาการแล้ว แต่ยังคงขาดความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริงและยังต้องได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพในลักษณะเดียวกับระยะสงบอาการต่อไป ผู้วิจัยจึงได้ปรับเป้าหมายของระยะสงบอาการ โดยกำหนดให้พิจารณาเฉพาะระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก

ตารางที่ 2 นิยามและเกณฑ์อาการเข้าหายอาการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี และบทบาทของทนายวิชาชีพ จําแนกตามระยะการดูแลรักษา

ระยะการรักษา	เกณฑ์อาการเข้าหาย		บทบาทของทนายวิชาชีพ		
	เกณฑ์เดิม (ขั้นตอนที่ 3)	เกณฑ์ใหม่ (ขั้นตอนที่ 5.1)			
ระยะเร่งรีบ	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง ต้องได้รับการเร่งรีบบำบัดรักษาเพื่อสงบอาการและป้องกันภาวะอันตราย	ความวิตกกังวลหวาดระแวง ความรู้สึกไม่เป็นที่มิตร อาการตื่นตระหนก ภาวะว้าวาย และการไม่ร่วมมือ ≤ 4 ทุกอาการภายใน 14 วัน	อาการประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวง ความตื่นตระหนก ความวิตกกังวล การไม่ร่วมมือ และความสามารถภายใน 14 วัน	จิตแพทย์ ตรวจประเมินอาการทางจิตเวช ประเมินการรับรู้เหตุการณ์คดีและการเข้าสู้กระบวนการยุติธรรม ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงภายในสัปดาห์แรกนับแต่รับตัวไว้ ให้การรักษาด้วยยา/การรักษาด้วยไฟฟ้าที่ติดตามผลการรักษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือประเมินอาการและพบวางแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีผลข้างเคียงของยา	จิตแพทย์ ตรวจประเมินอาการทางจิตเวช ประเมินการรับรู้เหตุการณ์คดีและการเข้าสู้กระบวนการยุติธรรม ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงภายในสัปดาห์แรกนับแต่รับตัวไว้ ให้การรักษาด้วยยา/การรักษาด้วยไฟฟ้าที่ติดตามผลการรักษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือประเมินอาการและพบวางแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีผลข้างเคียงของยา
ระยะสงบอาการ	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตไม่ถึงขั้นรุนแรง ไม่มีภาวะอันตราย แต่ยังไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริง ยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อสงบอาการ และมีความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริง	คะแนนรวมอาการเข้าหาย 16 อาการ ≤ 64 ภายใน 60 วัน	อาการประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวง ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง เนื้อหาความคิดผิดปกติ ความคิดสับสน ความตื่นตระหนก ความวิตกกังวล การไม่ร่วมมือ และความสามารถควบคุมแรงผลักดัน ≤ 3 ทุกอาการภายใน 60 วัน	นักจิตวิทยาคลินิก ทำจิตบำบัดกรณีภาวะวิกฤตทางจิตใจ	นักจิตวิทยาคลินิก ทำจิตบำบัดกรณีภาวะวิกฤตทางจิตใจ
				นักสังคมสงเคราะห์ ทวนสอบวัตถุประสงค์การนำส่งและรวบรวมข้อมูลทางสังคม	นักสังคมสงเคราะห์ ทวนสอบวัตถุประสงค์การนำส่งและรวบรวมข้อมูลทางสังคม
				นักกิจกรรมบำบัด รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจกรรม	นักกิจกรรมบำบัด รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจกรรม
				จิตแพทย์ ติดตามผลการรักษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือประเมินอาการและพบทวนแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีผลข้างเคียงของยา ให้การรักษาด้วยยา/การรักษาด้วยไฟฟ้า วัตถุประสงค์ case formulation และวางแผนการจัดการปัญหาของผู้ป่วย ให้การบำบัดรักษาด้านจิตสังคมตามประเด็นปัญหา (เช่น การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ การสร้างความตระหนักในความเจ็บป่วย การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลที่เกิดจากดีและการให้ความร่วมมือกับกระบวนการยุติธรรม) ประสานงานกับสหวิชาชีพเพื่อรวบรวมข้อมูล ประเด็นปัญหา และวางแผนการบำบัดด้านจิตสังคมตามประเด็นปัญหา ประเมินภาวะเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	จิตแพทย์ ติดตามผลการรักษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือประเมินอาการและพบทวนแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีผลข้างเคียงของยา ให้การรักษาด้วยยา/การรักษาด้วยไฟฟ้า วัตถุประสงค์ case formulation และวางแผนการจัดการปัญหาของผู้ป่วย ให้การบำบัดรักษาด้านจิตสังคมตามประเด็นปัญหา (เช่น การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ การสร้างความตระหนักในความเจ็บป่วย การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลที่เกิดจากดีและการให้ความร่วมมือกับกระบวนการยุติธรรม) ประสานงานกับสหวิชาชีพเพื่อรวบรวมข้อมูล ประเด็นปัญหา และวางแผนการบำบัดด้านจิตสังคมตามประเด็นปัญหา ประเมินภาวะเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
				นักจิตวิทยาคลินิก ทำแบบทดสอบทางจิตวิทยาและประเมินภาวะเสี่ยงป่วย	นักจิตวิทยาคลินิก ทำแบบทดสอบทางจิตวิทยาและประเมินภาวะเสี่ยงป่วย
				นักสังคมสงเคราะห์ รวบรวมข้อมูลทางสังคม และประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและชุมชน	นักสังคมสงเคราะห์ รวบรวมข้อมูลทางสังคม และประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและชุมชน
				นักกิจกรรมบำบัด ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมและฟื้นฟูสมรรถภาพตามประเด็นปัญหา	นักกิจกรรมบำบัด ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมและฟื้นฟูสมรรถภาพตามประเด็นปัญหา

ตารางที่ 2 นิยามและเกณฑ์อาการเป้าหมายการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี และบทบาทของทนายวิชาชีพ (ต่อ)

ระยะการรักษา	เป้าหมาย	เกณฑ์เดิม (ขั้นตอนที่ 3)	เกณฑ์ใหม่ (ขั้นตอนที่ 5.1)	บทบาทของทนายวิชาชีพ
ระยะคงที่	ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตทุเลา สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ตามเป้าหมายระยะสงบอาการ ยังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีได้	16 อาการ คะแนนอาการเป้าหมาย 16 อาการ ตามเกณฑ์ทุกอาการ ร่วมกับมีสติสัมปชัญญะตามเกณฑ์ทุกอาการ	16 อาการ คะแนนอาการเป้าหมาย 16 อาการ ตามเกณฑ์ทุกอาการ ร่วมกับมีสติสัมปชัญญะตามเกณฑ์ทุกอาการ	<p>จิตแพทย์ ติดตามผลการรักษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือประเมินอาการและทบทวนแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีผลข้างเคียงของยา ให้การรักษาด้วยยา/การรักษาด้วยไฟฟ้า วิเคราะห์ case formulation และวางแผนการจัดการปัญหาของผู้ป่วย ให้การบำบัดรักษาตามจิตสังคมตามประเด็นปัญหา ประสานงานกับสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ดูแลและเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วย</p> <p>พยาบาลจิตเวช ให้การพยาบาลและการบำบัดด้านจิตสังคมตามประเด็นปัญหา และเตรียมเจ้าหน้าที่</p> <p>นักจิตวิทยาคลินิก ทำจิตบำบัดตามประเด็นปัญหา</p> <p>นักสังคมสงเคราะห์ วางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับครอบครัวและชุมชน รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม</p> <p>นักกิจกรรมบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพตามประเด็นปัญหา</p>

ตารางที่ 3 ความเห็นผู้เชี่ยวชาญต่อต้นร่างระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

เนื้อหา	ลำดับที่ของผู้ประเมิน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี	4	4	4	4	4	4	4
2. การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา							
- นಿಯาม เป้าหมาย และการดูแลในระยะเร่งบำบัด	4	4	4	4	4	4	4
- นಿಯาม เป้าหมาย และการดูแลในระยะสงบอาการ	4	3	4	4	4	4	4
- นಿಯาม เป้าหมาย และการดูแลในระยะคงที่	4	4	4	4	4	4	4
3. การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา							
- case formulation	4	4	4	4	4	4	4
- การวางแผนตามประเด็นปัญหา	4	4	3	4	4	3	4
4. การประชุมติดตามความก้าวหน้า							
- บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพในการประชุม	4	3	4	4	4	4	4
- ขั้นตอนการประชุม	4	3	4	4	4	4	4

หมายเหตุ : 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 2 คือ ไม่เห็นด้วย 3 คือ เห็นด้วย 4 คือ เห็นด้วยอย่างมาก

และด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมเป็นหลัก นอกจากนี้ยังพบว่า อาการด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งสะท้อนความเสี่ยงของการก่อความรุนแรงนั้น มีความสอดคล้องกับนิยามของระยะเร่งบำบัดเช่นเดียวกัน จึงได้เพิ่มอาการกลุ่มดังกล่าวไว้ในเป้าหมายระยะดังกล่าวด้วย ดังรายละเอียดดังตารางที่ 2

การทดลองใช้ทั้งระบบ (ขั้นตอนที่ 5.2) กับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย พบผลดังนี้

รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 37 ปี มีคดีฉ้อโกงประชาชน วินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติของการใช้แอมเฟตามีน ระยะเวลาระเบิดป่วยทางจิต 11 ปี แกรับมีกลุ่มอาการด้านบวก และด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ได้รับการรักษาด้วยยา (รวม clozapine) การสร้างความตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยและผลจากคดี การบำบัดภาวะเสพติด การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยอยู่ในระยะเร่งบำบัด 21 วัน ระยะสงบอาการ 28 วัน และระยะคงที่ 10 วัน รวมระยะเวลาฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี 59 วัน

รายที่ 2 เพศชาย อายุ 26 ปี มีคดีทำร้ายร่างกาย และพยายามฆ่า วินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติของการใช้แอมเฟตามีนและกัญชา (cannabis use disorder) ระยะเวลาระเบิดป่วยทางจิต 12 ปี แกรับมีกลุ่มอาการด้านบวก

และด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ได้รับการรักษาด้วยยา (รวม clozapine) การรักษาด้วยไฟฟ้า การสร้างความตระหนักรู้ การบำบัดภาวะเสพติด การสร้างแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยอยู่ในระยะเร่งบำบัด 17 วัน ระยะสงบอาการ 25 วัน และระยะคงที่ 24 วัน รวมระยะเวลาฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี 66 วัน

รายที่ 3 เพศชาย อายุ 49 ปี มีคดีความผิดต่อชีวิต วินิจฉัยโรคจิตเภท ระยะเวลาระเบิดป่วยทางจิต 26 ปี แกรับมีกลุ่มอาการด้านบวก ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และด้านการรู้คิดบกพร่อง ได้รับการรักษาด้วยยา (รวม clozapine) การรักษาด้วยไฟฟ้า การกระตุ้นการรับรู้สิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริง และการกระตุ้นกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยอยู่ในระยะเร่งบำบัด 70 วัน และยังคงอยู่ในระยะสงบอาการจนครบระยะติดตาม 180 วัน โดยยังไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดี และยังคงมีระดับความรุนแรงของอาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล และความคิดสับสนสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ในระยะนี้ผู้ป่วยได้รับแผนการฟื้นฟูเพิ่มเติม ได้แก่ การปรับยา การกระตุ้นการรู้คิดผ่านกิจกรรมบำบัด และการให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างจิตแพทย์เจ้าของไข้กับนิติจิตแพทย์ ในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี โดยใช้เกณฑ์ตามกฎหมายร่วมกับเกณฑ์ระดับความรุนแรงอาการเป้าหมาย พบว่า ผู้ประเมินสามารถ

ลงความเห็นตรงกันในทุกหัวข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาเท่ากับ 1.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้พัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ ซึ่งประกอบด้วย 1) เกณฑ์การประเมินอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ ซึ่งกำหนดเป็นเป้าหมายของการดูแลรักษา 2) การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา ครอบคลุมการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ 3) การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา และ 4) การประชุมติดตามความก้าวหน้า โดยจิตแพทย์มีบทบาทหลักในการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต ประเมินภาวะแก๊งป่วย บำบัดรักษาตามประเด็นปัญหา และประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีระบบที่ผนวกการประเมินอาการทางจิตเวชกับการประเมินและการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติตามเกณฑ์ทางกฎหมายมาก่อน ระบบแผนที่พัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับ restoration competency model ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งดำเนินการตามระยะเช่นกัน ระยะแรกมีเป้าหมายเพื่อสงวนอาการทางจิตของผู้ป่วยและให้เกิดการฟื้นคืนความสามารถในกระบวนการใช้ความคิด ส่วนระยะหลังมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมจนสามารถเข้าสู่กระบวนการต่อสู้อัตโนมัติได้ โดยการดูแลรักษาผู้ป่วยครอบคลุมประเด็นความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ ความเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดรักษาจิตสังคม¹⁰ และสอดคล้องกับ care program approach ในสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นระบบการบริการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง มีการดูแลผู้ป่วย

องค์รวมโดยสหวิชาชีพ และมีการติดตามความก้าวหน้าอย่างเป็นระบบ¹¹

ผลการทดลองใช้ระบบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยทางจิต 3 ราย พบว่า มี 2 รายที่มีความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติภายใน 90 วัน กล่าวคือ 59 และ 66 วัน ซึ่งน้อยกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยคดีสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ก่อนหน้านี้ ซึ่งมีวันนอนเฉลี่ย 82 - 91 วัน¹⁷ และใกล้เคียงกับการศึกษา restoration competency model ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 64.1 วันในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ¹⁰ อย่างไรก็ตาม ทั้ง 2 รายอยู่ในระยะเร่งบำบัดนานกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากมีประวัติใช้สารเสพติดและขาดการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาลดลง²¹ ทั้งนี้ ไม่พบอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระยะดังกล่าว ส่วนอีก 1 รายยังไม่มีความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติหลังรับไว้ 180 วัน แม้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งได้รับยา clozapine และการรักษาด้วยไฟฟ้าแล้ว เนื่องจากมีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน ขาดการรักษาต่อเนื่อง มีความรุนแรงของอาการด้านบวกในระดับสูง และไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดี²¹⁻²² นอกจากนี้ ยังมีอาการความคิดสับสนและการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการขาดความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ^{5,6,8,9} อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างรายนี้ยังมีการตอบสนองต่อการรักษาบางส่วน จึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติต่อไป

การศึกษานี้ได้พัฒนาเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวช เพื่อให้จิตแพทย์ใช้ประกอบการประเมินทางคลินิก ร่วมกับเกณฑ์การประเมิน

ตารางที่ 4 การลงความเห็นในการประเมินความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติของกลุ่มตัวอย่างโดยจิตแพทย์

เกณฑ์การประเมิน ความสามารถในการต่อสู้อัตโนมัติ	กลุ่มตัวอย่างรายที่ 1		กลุ่มตัวอย่างรายที่ 2		กลุ่มตัวอย่างรายที่ 3	
	จิตแพทย์ 1	นิติจิตแพทย์	จิตแพทย์ 2	นิติจิตแพทย์	จิตแพทย์ 3	นิติจิตแพทย์
ความสามารถและอาการตามเกณฑ์ข้อ 1	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
ความสามารถและอาการตามเกณฑ์ข้อ 2	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
ความสามารถและอาการตามเกณฑ์ข้อ 3	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
ความสามารถและอาการตามเกณฑ์ข้อ 4	มี	มี	มี	มี	มี	มี

ความสามารถในการต่อสู้คดีตามแบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (แบบ ผค.1) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้ตามกฎหมายไทย ส่งผลให้การลงความเห็นว่ามีความเป็นแบบภววิสัยมากขึ้น ผลการทดลองใช้ระบบพบว่า เกณฑ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในระดับสูง จึงสามารถนำไปใช้ในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีในระบบบริการนิติจิตเวชไทย

การศึกษานี้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะกระบวนการกลั่นกรองความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและการทดลองใช้อย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาช่วยปิดช่องว่างระบบบริการนิติจิตเวชไทย โดยปรับปรุงกระบวนการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชให้เป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งการบำบัดรักษาทางคลินิกและการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี มีการกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน และมีแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ภายใน 180 วัน ช่วยให้สถานบำบัดรักษาสามารถให้บริการนิติจิตเวชได้อย่างเหมาะสมและเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้ระบบมีจำนวนน้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีและตรงกับเกณฑ์การศึกษามีจำนวนน้อย 2) มีจิตแพทย์ 1 คนเป็นทั้งผู้ร่วมพัฒนาและผู้ประเมินคุณภาพของระบบ เนื่องจากในประเทศไทยมีผู้มีประสบการณ์ด้านนิติจิตเวชจำนวนจำกัด อีกทั้งยังไม่เคยมีระบบนี้ในประเทศไทยมาก่อน จึงจำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญจากจิตแพทย์ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญอื่นที่ร่วมตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการไม่ใช่ชุดเดียวกับผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมพัฒนาระบบในขั้นตอนก่อนหน้า จึงน่าจะช่วยลดอคติในการประเมินได้ 3) การพัฒนาระบบนี้ดำเนินการในสถานบำบัดรักษาระดับเหนือตติยภูมิที่มีความเป็นเลิศด้านนิติจิตเวชและมีสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านนิติจิตเวช และทดลองใช้ระบบเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภท จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในสถานบำบัดรักษาและในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่องและผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งมีการดำเนินโรคที่แตกต่างไป

เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการนำระบบไปใช้ หรือเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทและลักษณะของผู้ป่วย และ 4) การศึกษามุ่งเน้นเฉพาะการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี จึงควรมีการศึกษาในประเด็นอื่นเพิ่มเติม โดยเฉพาะการป้องกันการก่อกวนคดีซ้ำ เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชที่สอดคล้องกับเป้าหมายสูงสุดของกระบวนการยุติธรรม

สรุป

การศึกษานี้ได้พัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ซึ่งประกอบด้วย การปรับปรุงเกณฑ์เป้าหมายของความสามารถในการต่อสู้คดี โดยอิงกับลักษณะและความรุนแรงของอาการทางจิตเวช การกำหนดแนวทางและบทบาทการดูแลผู้ป่วยตามระยะและประเด็นปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการติดตามความก้าวหน้าผ่านการประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ระบบแผนดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีได้ภายใน 90 วัน และช่วยให้การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีมีมาตรฐานและความสอดคล้องมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความบกพร่องด้านการรู้คิดอาจจำเป็นต้องใช้เวลาฟื้นฟูนานกว่าเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบไปขยายผลเพิ่มเติมในสถานบำบัดรักษาอื่น ๆ และในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ และแพทย์หญิงอรรณพ ศิลปกิจ ที่ให้คำแนะนำในการวิจัย สมาชิกกลุ่มงานการแพทย์ และคณะทำงานบริการนิติจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ หอผู้ป่วยนิติภัทร และหอผู้ป่วยหญิง สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Prukkanone B, editor. Including subordinate laws according to the Mental Health Act B.E. 2008 and its amendments (No. 2) B.E. 2019. Nonthaburi: Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission; 2022. (in Thai)
2. Prukkanone B, editor. Manual for operations according to the Mental Health Act B.E. 2008 and its amendments

- (No. 2) B.E. 2019. Nonthaburi: Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission; 2023. (in Thai)
3. Frierson RL, Shea SJ, Shea ME. Competence-to-stand-trial evaluations of geriatric defendants. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2002;30(2):252-6.
 4. Mikolajewski AJ, Manguno-Mire GM, Coffman KL, Deland SM, Thompson JW Jr. Patient characteristics and outcomes related to successful outpatient competency restoration. *Behav Sci Law.* 2017;35(3):225-38. doi:10.1002/bsl.2287.
 5. Morris DR, Parker GF. Effects of advanced age and dementia on restoration of competence to stand trial. *Int J Law Psychiatry.* 2009;32(3):156-60. doi:10.1016/j.ijlp.2009.02.009.
 6. Porter Staats ML, Kivisto AJ, Connell RE. The role of cognitive functioning in predicting restoration among criminal defendants committed for inpatient restoration of competence to stand trial. *Int J Law Psychiatry.* 2021;74:101654. doi:10.1016/j.ijlp.2020.101654.
 7. Tartaro C, Duntley J, Medvetz S, Hafner N. Factors that predict murder defendants' competence to stand trial. *Int J Law Psychiatry.* 2018;59:31-7. doi:10.1016/j.ijlp.2018.05.009.
 8. Kois L, Pearson J, Chauhan P, Goni M, Saraydarian L. Competency to stand trial among female inpatients. *Law Hum Behav.* 2013;37(4):231-40. doi:10.1037/lhb0000014.
 9. Danzer GS, Wheeler EMA, Alexander AA, Wasser TD. Competency restoration for adult defendants in different treatment environments. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2019;47(1):68-81. doi:10.29158/JAAPL.003819-19.
 10. Rice K, Jennings JL. The ROC program: accelerated restoration of competency in a jail setting. *J Correct Health Care.* 2014;20(1):59-69. doi:10.1177/1078345813505067.
 11. Department of Health. Reviewing the care programme approach 2006 [Internet]. London: Department of Health; 2006 [cited 2025 May 10]. Available from: <https://www.bipsolutions.com/docstore/pdf/14895.pdf>
 12. Office of Mental Health Development. Manual of research and development for mental health technology. Nonthaburi: Office of Mental Health Development, Department of Mental Health; 2012. (in Thai)
 13. Department of Mental Health. Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of committing violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health Ministry of Public Health. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020. (in Thai)
 14. Cheamvarasart K, Khuandamrongtham P, Phimchaisai P, Moonrut J. The development of workshop plan based on the AIC processes for community health plan of village health volunteers. *Christian University of Thailand Journal.* 2013;19(1):198-210. (in Thai)
 15. Dhatsiwat C. The Delphi technique of researching. *Thai Journal of Public Administration.* 2010;8(1):185-223. (in Thai)
 16. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med.* 2005;37(5):360-3.
 17. Galya Rajanagarindra Institute. Galya Rajanagarindra Institute annual report 2022. Bangkok: Galya Rajanagarindra Institute; 2023. (in Thai)
 18. Delle-Vergini V, Day A. Case formulation in forensic practice: challenges and opportunities. *Journal of Forensic Practice.* 2016;18(3):240-50. doi:10.1108/JFP-01-2016-0005.
 19. de Vries Robbè M, de Vogel V, de Spa E. Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: a retrospective validation study of the SAPROF. *Int J Forensic Ment Health.* 2011;10(3):178-86. doi:10.1080/14999013.2011.600232.
 20. Graipaspong D, Graipaspong N. Counseling core curriculum for counselors in psycho-social counseling clinic in the court system. Bangkok: Galya Rajanagarindra Institute; 2021. (in Thai)
 21. Carbon M, Correll CU. Clinical predictors of therapeutic response to antipsychotics in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2014;16(4):505-24. doi:10.31887/DCNS.2014.16.4/mcarbon.
 22. Seppälä A, Pylvänäinen J, Lehtiniemi H, Hirvonen N, Corripio I, Koponen H, et al. Predictors of response to pharmacological treatments in treatment-resistant schizophrenia - a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2021;236:123-34. doi:10.1016/j.schres.2021.08.005.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ

วันรับ : 20 เมษายน 2568
วันแก้ไข : 14 สิงหาคม 2568
วันตอบรับ : 2 กันยายน 2568

ศุภเสก วิโรจนาภา, พ.บ.¹, ภัทรวรรณ สุขยิทธิ, ปร.ด.¹, กมลเนตร วรรณเสวก, พ.บ.²,
นพวรรณ ดันศิริมาศ, พ.บ.³, ญัฐกานต์ ใจบุญ, พย.ม.¹, ฉัตรดนัย ศรชัย, วท.ม.¹,
รัตน์ดา นราภักดิ์, พย.บ.¹, มณฑินี จุลละนันท์, ส.ม.¹, รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ, พย.ม.⁴
โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี¹,
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ²,
โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ กรุงเทพฯ³, เทศบาลเมืองเบตง จังหวัดยะลา⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมในบริบทประเทศไทย

วิธีการ : การศึกษามี 3 ระยะ ระยะที่ 1 พัฒนาแบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวม โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 การทดสอบนำร่องในกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวชและผู้ที่ไม่โรคจิตเวช กลุ่มละ 30 คน โดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงปรากฏ ความเชื่อมั่น และการวิเคราะห์ข้อคำถาม และระยะที่ 3 การทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช 248 คน และผู้ที่ไม่โรคจิตเวช 280 คน โดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคและค่า corrected item-total correlation (CITC)

ผล : แบบประเมินฉบับต้นร่างมีข้อคำถาม 111 ข้อ หลังการทดสอบนำร่อง เหลือข้อคำถาม 89 ข้อ และหลังตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติ ได้แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติร่างสุดท้าย จำนวน 73 ข้อ ครอบคลุมมิติสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ 0.968 และรายมิติ 0.628 - 0.926 และค่า CITC รายมิติ 0.289 - 0.714 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สรุป : แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ฉบับ 73 ข้อ มีคุณสมบัติทางจิตมิติระดับยอมรับได้ถึงดีมาก สามารถใช้ประเมินสุขภาวะได้ทั้งในผู้ที่มีโรคจิตเวชและผู้ที่ไม่โรคจิตเวช

คำสำคัญ : คุณสมบัติทางจิตมิติ, แบบประเมิน, โรคทางจิตเวช, สุขภาวะ

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

Original article

Development and validation of the Eight-Dimensional Wellness Assessment

Received : 20 April 2025

Revised : 14 August 2025

Accepted : 2 September 2025

Supasaek Virojanapa, M.D.¹, Pattarawat Sukyirun, Ph.D.¹,
Kamonnet Wannasewok, M.D.², Noppawan Tunsirimas, M.D.³,
Nattagan Jaiboon, M.N.S.¹, Chatdanai Sornchai, M.S.Ed.¹,
Ratda Narapuk, B.N.S.¹, Montinee Jullanun, M.P.H.¹,
Rattiyaporn Benjehma, M.N.S.⁴

Srithanya Hospital, Department of Mental Health, Nonthaburi Province¹,
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok²,
Siriraj Piyamaharajkarun Hospital, Bangkok³,
Betong Town Municipality, Yala Province⁴

Abstract

Objective: To develop and examine the psychometric properties of a comprehensive wellness assessment in the Thai context.

Methods: The study was conducted in three phases. Phase 1 involved the development of a holistic wellness assessment based on a review of relevant literatures. Phase 2 was a pilot test conducted with 30 participants with psychiatric disorders and 30 without, to assess content validity, face validity, reliability, and item analysis. Phase 3 evaluated the psychometric properties in 248 participants with psychiatric disorders and 280 without. Construct validity was analyzed using confirmatory factor analysis. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient and corrected item-total correlation (CITC).

Results: The first draft of the questionnaire consisted of 111 items. After the pilot study, 89 items remained. After testing psychometric properties, the final draft of the Eight-Dimensional Wellness Assessment consisted of 73 items, encompassing physical, psychological, social, environmental, spiritual, financial, occupational/educational, and access-to-welfare dimensions. The overall Cronbach's alpha was 0.968, with subscale alphas ranged from 0.628 to 0.926. The CITC by dimension ranged from 0.289 to 0.714. Confirmatory factor analysis indicated that the model demonstrated a good fit with the empirical data.

Conclusion: The Eight-Dimensional Wellness Assessment demonstrated acceptable to excellent psychometric properties and can be used to evaluate wellness among individuals both with and without mental disorders.

Key words: assessment tool, mental illness, psychometric property, wellness

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

ความรู้เดิม : สุขภาวะ (wellness) มีผลต่อความเป็นอยู่ของบุคคลและเป็นเป้าหมายสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีโรคทางจิตเวช การประเมินสุขภาวะในแต่ละประเทศมีความหลากหลายเนื่องจากนิยามและมิติที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและองค์ประกอบของสุขภาวะในบริบทสังคมไทยยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ที่พัฒนาจากผลการศึกษาในระยะก่อน มีข้อคำถาม 73 ข้อ ครอบคลุมมิติสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ การเงินและเศรษฐกิจ การงานและการเรียน และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ การทดสอบในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้และมีโรคทางจิตเวชพบว่า แบบประเมินมีความความตรงในระดับที่ยอมรับได้ และมีความเชื่อมั่นในระดับดีมาก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถใช้ประเมินสุขภาวะของบุคคลแบบองค์รวม รวมถึงติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มุ่งเน้นการฟื้นคืนสุขภาวะของผู้มีโรคทางจิตเวชไทย

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นิยามของ “สุขภาวะ” ว่าเป็น ประสพการณ์เชิงบวกของบุคคลหรือกลุ่มสังคม เช่นเดียวกับสุขภาพ ซึ่งถือเป็นทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน และถูกกำหนดจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม¹ สุขภาวะจึงมุ่งเน้นการตั้งศักยภาพสูงสุดของบุคคลทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ สอดคล้องกับนิยามของ “สุขภาพ” ตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ระบุว่า “สุขภาพคือสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ” ดังนั้น ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความพิการ หรือความบกพร่องทางกายและทางจิต ยังสามารถบรรลุสุขภาวะในขอบเขตของตนเองได้ ทั้งนี้ แนวคิดเรื่องสุขภาวะมิได้จำกัดอยู่เพียงมิติเดียว แต่เป็นแนวคิดเชิงองค์รวม ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนความหมายและจำนวนมิติตามยุคสมัย ตัวอย่างเช่น แนวคิดของ Swarbrick และ Yudof ได้มองสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม โดยประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อม การงานหรืออาชีพ และสติปัญญา^{1,2} แนวคิดนี้ถูกนำไปใช้โดยองค์กร Substance Abuse and Mental

Health Services Administration (SAMHSA) เพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสุขภาวะ (recovery-oriented model) ในผู้ที่มีโรคทางจิตเวช อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการคืนสู่สุขภาวะถูกมองเป็น “กระบวนการ” การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะจึงมีกรอบแนวคิดและนิยามของโครงสร้างที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การประเมินสุขภาวะมีความหลากหลายตามนิยามที่แต่ละการศึกษาเลือกใช้

ประเทศไทยได้มีการประยุกต์แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในหลากหลายรูปแบบ รวมถึงการนำเครื่องมือประเมินสุขภาวะต่าง ๆ มาใช้ในการวัดผล เช่น เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO quality of life brief - Thai: WHOQOL-BREF-THAI)³ ซึ่งใช้ประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม และแบบประเมิน life engagement test (LET)⁴ ซึ่งใช้วัดคุณค่าและเป้าหมายชีวิต อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินสุขภาวะในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดเนื่องจากมักวัดผลเฉพาะบางมิติเท่านั้น เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ⁵⁻⁹ ขณะที่มิติที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีพ เช่น การงาน การเรียน และการเงิน ยังไม่ได้รับการประเมินอย่างเป็นทางการ นอกจากนี้ แบบประเมินสุขภาวะที่ใช้ได้ทั้งในประชากรทั่วไปที่ไม่มีโรคทางจิตเวชและกลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวชยังมีจำนวนน้อย^{1,5-10} อีกทั้งการนำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นในต่างประเทศมาใช้ อาจไม่สะท้อนความเป็นจริงของประชากรไทยอย่างครบถ้วน เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมและบริบทสังคมอาจส่งผลต่อมุมมองและการตีความข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาวะในแบบประเมิน

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาองค์ประกอบสุขภาวะในบริบทสังคมไทย ด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน จาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้มีโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว หรือโรคซึมเศร้าที่ดำรงชีวิตอย่างอิสระ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้สูงกว่ารายได้ขั้นต่ำ และกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้ขั้นต่ำ ผลการศึกษาพบว่า สุขภาวะในบริบทสังคมไทย หมายถึง สถานะของการมีความสุข มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในมิติต่าง ๆ โดยมีอิสระในการตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

ประกอบด้วยมิติ 8 ด้าน ดังนี้ 1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีสุขภาพร่างกายที่ดี จากการดูแลร่างกายและใช้ร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) สุขภาวะทางจิตใจ หมายถึง อารมณ์ ความคิด การเผชิญและการจัดการความเครียดหรือปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกัน การแสดงพฤติกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสภาพปัญหาในสังคม และการแสดงบทบาทและหน้าที่ของบุคคล 4) สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม หมายถึง การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสุขอนามัย สะอาด ปราศจากสิ่งเสพติด 5) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง การนำเอาความเชื่อหรือคำสอนมาประยุกต์ใช้กับตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการให้ชีวิตตนเอง มีทิศทางที่ดีขึ้น ไม่เบียดเบียนผู้อื่น หรือการให้ความหมายของชีวิตตนเอง 6) สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ หมายถึง สถานภาพทางการเงินที่เหมาะสม มีความสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่ายของตนเอง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของตนเองและมีเงินออมสำหรับกรณีฉุกเฉินและอนาคตได้ 7) สุขภาวะทางการงานการเรียน หมายถึง การมีกิจกรรมที่สัมพันธ์กับงานของตนเอง เช่น การมีสัมพันธ์ภาพกับคนในที่ทำงานหรือสถานศึกษา ความสามารถในการงาน ลักษณะของงานที่บุคคลทำและรายได้หรือผลตอบแทนที่เหมาะสม และ 8) การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ หมายถึง การที่บุคคลสามารถเข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคมได้ทุกคนอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้ องค์ประกอบหลายมิติสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า เช่น สุขภาพร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ ขณะที่บางมิติมีความแตกต่าง ได้แก่ การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ ซึ่งไม่ปรากฏในการศึกษาอื่น¹¹

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมินสุขภาพ ที่ดำเนินการสืบเนื่องจากการศึกษานิยามและมิติสุขภาพจากงานวิจัยก่อนหน้าของผู้วิจัย¹¹ เพื่อให้สามารถใช้ประเมินสุขภาพในระดับบุคคลได้อย่างองค์รวมและสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย รวมถึงใช้ในการประเมินและติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีโรคจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่มีโรคทางจิตเวช

วิธีการ

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 047/2565

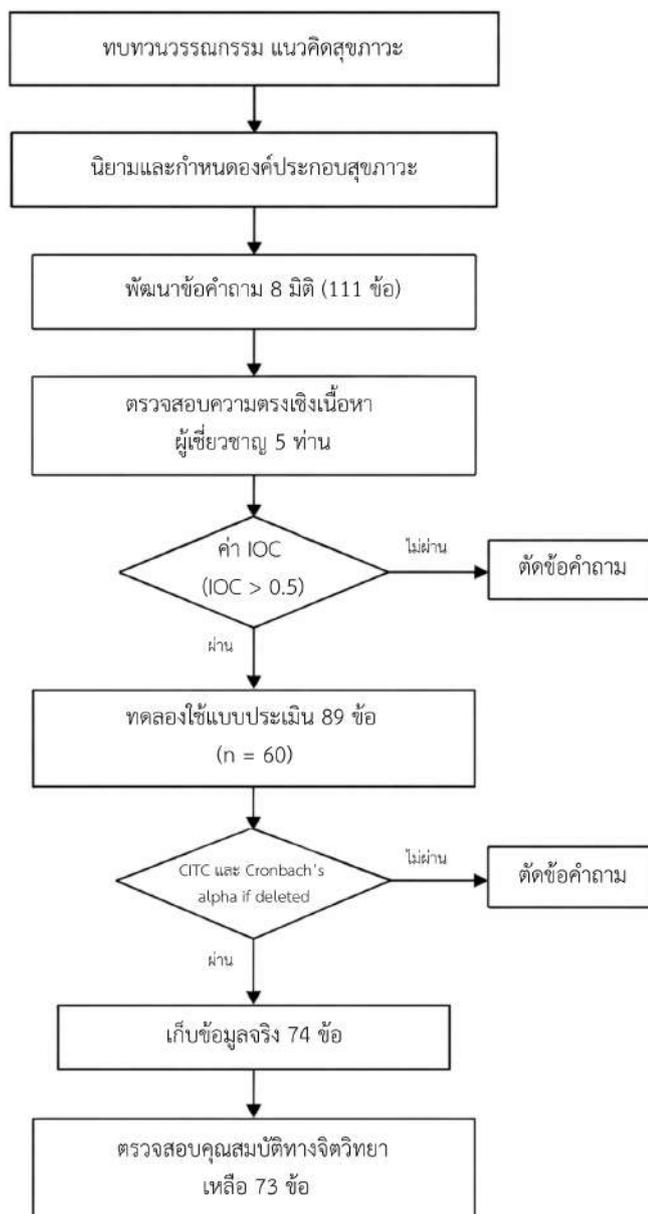
วันที่ 27 ธันวาคม 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.CO.A016/2567 วันที่ 8 มกราคม 2567

รูปแบบการวิจัย

การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือมีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (แผนภาพที่ 1)

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามแบบประเมินสุขภาพ 8 มิติ โดยอ้างอิงและต่อเนื่องจากการศึกษาก่อนหน้า¹¹ ร่วมกับการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา จากนั้นนำแบบประเมินต้นร่างให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ ผู้ทำงานด้าน peer support (เพื่อนร่วมทางสู่สุขภาพ) อาจารย์คณะกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ จิตแพทย์ทรงคุณวุฒิ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item - objective congruence index: IOC) เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป) ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ได้รับพิจารณาเพื่อปรับปรุงหรือคัดออก

ระยะที่ 2 การศึกษาในกลุ่มนำร่อง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงไปทดสอบในกลุ่มนำร่องจำนวน 60 คน ซึ่งประกอบด้วยประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง 30 คน และผู้ที่มีโรคจิตเวชที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตมิติด้านความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมิน โดยประเมินความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามที่เหลือ (corrected item-total correlation: CITC) ในแต่ละมิติสุขภาพ โดยข้อคำถามที่มีค่า CITC น้อยกว่า 0.3 และมีค่า Cronbach's alpha if deleted สูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของมิติสุขภาพนั้นได้รับการพิจารณาคัดออก นอกจากนี้ ยังได้ตรวจสอบความตรงเชิงปรากฏ (face validity) โดยพิจารณาจากความเข้าใจข้อคำถามและเวลาในการตอบแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่าง



แผนภาพที่ 1 กระบวนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 3 การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจริงเพื่อศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตมิติ ได้แก่ 1) ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลและสมการโครงสร้างสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดล (model fit indices) และค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) 2) การวิเคราะห์ข้อคำถาม (item analysis) โดยคำนวณค่า CITC ในแต่ละมิติสุขภาพ และ 3) ความสอดคล้องภายใน โดยการคำนวณ

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานน้อยกว่า 0.5 ค่า CITC น้อยกว่า 0.3 และค่า Cronbach's alpha if deleted สูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของมิติสุขภาพนั้นได้รับการพิจารณาคัดออก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อให้ครอบคลุมลักษณะของผู้เข้าร่วมที่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพและสภาวะจิตใจ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ไม่มีโรคทางจิตเวช มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี อาศัยในจังหวัดในภาคกลาง ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และอ่านและสื่อสารภาษาไทย

ได้ดี และ 2) กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ศิริรัฐธยา มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภท (schizophrenia รหัสโรค F20) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar affective disorder รหัสโรค F31) หรือ โรคซึมเศร้า (depressive disorder รหัสโรค F32 - F34) มาอย่างน้อย 2 ปี อ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ดี และไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณ สัดส่วนเมื่อไม่ทราบขนาดกลุ่มประชากรที่แน่นอน¹² ดังนี้

$$n = P(1 - P) Z^2 / d^2$$

โดยค่า Z คือ ความเชื่อมั่นตามการแจกแจงปกติ การศึกษานี้กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จึงได้ค่าเท่ากับ 1.96 ค่า P คือ สัดส่วนของประชากร ซึ่งกรณีไม่ทราบค่า ผู้วิจัยกำหนดที่ 0.5 และค่า d คือ ความผิดพลาดที่ยอมรับได้ กำหนดที่ 0.05 และคำนวณ แทนค่าได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ประมาณ 385 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 462 คน และเมื่อรวมกับกลุ่มตัวอย่างนักร้องอีก 60 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษา 522 คน จากนั้นแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนแต่ละกลุ่ม¹³ ดังนี้ กลุ่มที่ไม่มีโรคทางจิตเวช 261 คน แบ่งเป็น กลุ่มระยะนักร้อง 30 คน และระยะตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 231 คน ส่วนกลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช 261 คน แบ่งตามการวินิจฉัยโรคเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มโรคละ 87 คน โดยในแต่ละกลุ่มโรค แบ่งเป็นกลุ่มระยะนักร้อง 10 คน และระยะตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 77 คน

เครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ การวินิจฉัยโรคจิตเวช สถานภาพ โรคประจำตัวทางการศึกษาสูงสุด และรายได้ต่อเดือน

2) แบบประเมินสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินสุขภาพตามความหมายใน 8 มิติ ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ สุขภาพทางสังคม สุขภาพทางสิ่งแวดล้อม สุขภาพทางจิตวิญญาณ สุขภาพทางการเงินและเศรษฐกิจ สุขภาพทางการงานและการเรียน และสุขภาพด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ แบบประเมินเป็นแบบตอบด้วยตนเอง (self-report) คำตอบเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน โดยการแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมในแต่ละมิติแบ่งระดับสุขภาพ¹⁴ ดังนี้ 4.00 - 3.51 คือ มากที่สุด 3.50 - 2.51 คือ มาก 2.50 - 1.51 คือ น้อย 1.50 - 1.00 คือ น้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลทั้งกับกลุ่มนักร้องและกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ไม่มีโรคจิตเวช และกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช ดังนี้ กลุ่มผู้ไม่มีโรคจิตเวช ดำเนินการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์และติดป้ายประกาศ ทั้งภายในโรงพยาบาลศิริรัฐธยาและสถานที่ชุมชน จากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการเพื่อนัดหมายวันและเวลาสำหรับการเก็บข้อมูล ดำเนินการที่ศูนย์สนับสนุนการคืนสู่สุขภาพ โรงพยาบาลศิริรัฐธยา

ส่วนกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช คัดเลือกจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ศิริรัฐธยา ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ ในกรณีผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์ด้วยเอกสารและวาจา จากนั้นนัดหมายวัน เวลา สำหรับการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการต่อไป ดำเนินการที่ศูนย์สนับสนุนการคืนสู่สุขภาพ โรงพยาบาลศิริรัฐธยา กรณีผู้ป่วยใน ดำเนินการประชาสัมพันธ์ด้านเอกสารและวาจากับผู้ป่วยและญาติ และนัดหมายการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการที่หอผู้ป่วยในของผู้ป่วย ทั้งนี้ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกและจัดเก็บตามกระบวนการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว โดยไม่มีข้อมูลใดที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มนักร้อง ภายหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มนักร้องแล้ว ทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นจากการประเมินค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ร่วมกับวิเคราะห์ค่า CITC รายข้อ เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในกลุ่มตัวอย่างใหญ่

2) การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงข้อมูลของกลุ่มประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ พร้อมทั้งวิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะ

ประชากรระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) จากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยสถิติ Kaiser-Meyer-Olkin measurement of sampling adequacy (KMO) และ Bartlett's Test of Sphericity ก่อนดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วย CFA โดยประเมินความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดล (model fit) ได้แก่ relative χ^2 , goodness of fit index (GFI), comparative fit index (CFI), root mean square residual (RMR), standardized root mean square residual (SRMR) และ root mean square error of approximation (RMSEA) จากนั้นประเมินค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ของแต่ละข้อ พร้อมกับตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบประเมินอีกครั้ง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคและ CITC เพื่อพิจารณาคัดเลือกข้อคำถามเพิ่มเติม จากนั้นวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนสุขภาวะระหว่างกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีโรคจิตเวช (known-group technique) ด้วยสถิติ independent t-test

ผล

การพัฒนาเครื่องมือ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบประเมินสุขภาวะทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยได้ร่างข้อคำถามที่อ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้านี้¹¹ ได้ข้อคำถามทั้งหมด 111 ข้อ ซึ่งครอบคลุมสุขภาวะ 8 มิติ โดยแต่ละมิตินั้นมีข้อย่อย ดังนี้ 1) สุขภาวะทางกาย มี 2 หมวด ได้แก่ การดูแลร่างกาย และการใช้ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ 2) สุขภาวะทางจิตใจ มี 4 หมวด ได้แก่ การจัดการปัญหา การจัดการ/ควบคุมอารมณ์ของตนเอง การใช้ชีวิตประจำวัน และมุมมองต่อตนเองและปัญหา 3) สุขภาวะทางสังคม มี 4 หมวด ได้แก่ การอยู่ร่วมกัน การมีพฤติกรรมที่ดีต่อกัน การมีส่วนร่วมในชุมชน และการมีบทบาทที่ดีของตนเองและต่อผู้อื่น 4) สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม มี 2 หมวด ได้แก่ การจัดการมลพิษทางสิ่งแวดล้อม (เช่น ขยะ ความสะอาด) และความรู้สึกไม่เป็นสุขกับมลพิษทางสิ่งแวดล้อม 5) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ มี 4 หมวด ได้แก่ การมีสติ การใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และการใช้ชีวิตอยู่บนความเป็นจริง 6) สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ

มี 5 หมวด ได้แก่ สถานะทางการเงินที่เหมาะสม สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย ความสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและหนี้สิน การมีเงินออมเผื่ออนาคตและภาวะฉุกเฉิน และความรอบรู้ด้านการเงิน 7) สุขภาวะทางการงานและการเรียน มี 4 หมวด ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นในที่ทำงานหรือสถานศึกษา การงานหรือการเรียน ความสามารถในการทำงานหรือการเรียน และรายได้หรือผลตอบแทน และ 8) การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ มี 2 หมวด ได้แก่ เข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคม และประโยชน์จากการจัดสวัสดิการ

จากนั้นได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คนพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน พบว่ามีข้อคำถาม 20 ข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ภายหลังจากการพิจารณาข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ และตัดออกจำนวน 6 ข้อ เหลือข้อคำถามทั้งหมด 105 ข้อ โดยมีจำนวนข้อของแต่ละมิติ ดังนี้ สุขภาวะทางกาย 17 ข้อ สุขภาวะทางจิตใจ 14 ข้อ สุขภาวะทางสังคม 19 ข้อ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม 7 ข้อ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ 13 ข้อ สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ 13 ข้อ สุขภาวะทางการงานและการเรียน 9 ข้อ และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ 13 ข้อ

การศึกษาในกลุ่มนำร่อง

จากการเก็บข้อมูลกับกลุ่มนำร่อง 60 คน พบว่ามีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อที่มีค่า CITC น้อยกว่า 0.30 และมีค่า Cronbach's alpha if deleted มากกว่าค่าสัมประสิทธิ์ของมิติสุขภาวะนั้น จึงได้ตัดข้อคำถามเหล่านั้นออก โดยมีมิติสุขภาวะทางกาย หมวดการดูแลร่างกายถูกตัดออก 2 ข้อ หมวดการใช้ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพได้ถูกตัดออกทั้ง 4 ข้อ มิติสุขภาวะทางจิตใจ หมวดการจัดการปัญหาและการใช้ชีวิตประจำวันถูกตัดออกหมวดละ 1 ข้อ มิติสุขภาวะทางสังคม หมวดการอยู่ร่วมกันถูกตัดออก 1 ข้อ หมวดการมีพฤติกรรมที่ดีต่อกันถูกตัดออก 2 ข้อ มิติสุขภาวะทางสิ่งแวดล้อมถูกตัดออก 1 ข้อ มิติสุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมวดการตัดสินใจอย่างอิสระถูกตัดออก 1 ข้อ มิติสุขภาวะด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ หมวดการเข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคมถูกตัดออก 2 ข้อ และหมวดประโยชน์จากการจัดสวัสดิการถูกตัดออก 1 ข้อ จึงคงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 89 ข้อ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.957 การประเมินระยะเวลาการตอบคำถามพบว่า

ผู้เข้าร่วมใช้เวลา 5 - 36 นาที คิดเป็นเวลาเฉลี่ย 18.1 นาที
 ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความเข้าใจข้อคำถามเป็นอย่างดี

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมจำนวน 528 คน แบ่งเป็น
 ผู้ไม่มีโรคทางจิตเวช 280 ราย (ร้อยละ 53.0) และผู้ที่มีโรคจิตเวช
 248 ราย (เป็นร้อยละ 47.0) สำหรับกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวช
 ได้รับวินิจฉัยหลักเป็นโรคซึมเศร้า 99 คน (ร้อยละ 18.8)
 โรคจิตเภท 87 คน (ร้อยละ 16.5) และโรคอารมณ์สองขั้ว
 62 คน (ร้อยละ 11.7) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม
 มีคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ดังแสดงในตารางที่ 1
 โดยการวิเคราะห์ด้วย Pearson's chi-square พบว่า
 คุณลักษณะของประชากรทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน

การตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลเพื่อใช้
 สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง
 (second-order CFA) พบว่าข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างมี
 ความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Kaiser-
 Meyer-Olkin measurement of sampling adequacy =
 0.947; Barlett's test of sphericity, $p < .001$, approximate
 chi-square = 29,906.010, $df = 4,753$) จึงทำการวิเคราะห์
 องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง โดยโมเดลที่ 1 ซึ่ง
 ไม่อนุญาตให้ความคลาดเคลื่อนของการวัดตัวแปรมี
 ความสัมพันธ์กัน พบว่า โมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูล
 เชิงประจักษ์ โดยมีค่า RMR SRMR และ RMSEA สูงกว่า
 เกณฑ์ที่ยอมรับได้ จึงได้ยินยอมให้ความคลาดเคลื่อน
 ของการวัดตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเป็นโมเดลที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 528)

	ผู้ไม่มีโรคจิตเวช (n = 280) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่มีโรคจิตเวช (n = 248) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			< .001
ชาย	72 (25.7)	117 (42.7)	
หญิง	203 (72.5)	128 (51.6)	
อื่น ๆ	5 (1.8)	3 (1.2)	
สถานภาพ			< .001
โสด	177 (63.2)	186 (75.0)	
แต่งงาน	89 (31.8)	32 (12.9)	
หม้าย	6 (2.1)	16 (6.5)	
หย่าร้าง	7 (2.5)	14 (5.6)	
อื่น ๆ	1 (0.4)	-	
โรคทางกาย			< .001
มี	230 (82.1)	164 (66.1)	
ไม่มี	48 (17.1)	84 (33.9)	
ไม่ระบุ	2 (0.7)	-	
การศึกษาสูงสุด			< .001
น้อยกว่าประถมศึกษา	2 (0.7)	3 (1.2)	
ประถมศึกษา	16 (5.7)	34 (13.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	9 (3.2)	39 (15.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	31 (11.1)	57 (23.0)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	14 (5.0)	24 (9.7)	
ปริญญาตรี	170 (60.7)	76 (30.6)	
สูงกว่าปริญญาตรี	38 (13.6)	15 (6.0)	
รายได้			< .001
น้อยกว่า 10,000 บาท	41 (14.6)	154 (62.1)	
มากกว่า 10,000 บาท	237 (84.6)	94 (37.9)	
อื่น ๆ	2 (0.7)		

พบว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดล ดังตารางที่ 2

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ มีข้อคำถาม 15 ข้อ ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำกว่า 0.50 ได้ถูกตัดออกจากแบบประเมิน แบ่งเป็น มิติสุขภาวะทางกาย 4 ข้อ มิติสุขภาวะทางจิตใจ 2 ข้อ มิติสุขภาวะทางสังคม 4 ข้อ มิติสุขภาวะทางจิตวิญญาณ 1 ข้อ มิติสุขภาวะทางการเงิน และเศรษฐกิจ 1 ข้อ และมิติสุขภาวะด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ 3 ข้อ จึงเหลือข้อคำถาม 74 ข้อ ทั้งนี้ มิติสุขภาวะทางจิตวิญญาณ 1 ข้อได้ถูกย้ายหมวดหมู่ไปอยู่กับสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งทำให้แต่ละมิติมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

มาตรฐานระหว่าง 0.724 - 0.914 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ทุกข้อ โดยมิติที่สุขภาวะโดยรวมอธิบายได้ดีที่สุด คือ สุขภาวะทางสังคม ส่วนมิติที่สุขภาวะโดยรวมอธิบายได้น้อยที่สุด คือ การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ ดังตารางที่ 3

ลำดับต่อมาจึงทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคและค่าสัมประสิทธิ์ CITC พบว่าแบบประเมินมีสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.966 อย่างไรก็ตาม พบข้อคำถามในมิติสุขภาวะทางจิตใจ 1 ข้อที่มีค่า CITC เป็นลบ จึงตัดข้อคำถามนั้นออก คงเหลือข้อคำถาม 73 ข้อ ซึ่งมีค่า CITC เฉลี่ยรายมิติระหว่าง 0.289 - 0.714 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.968 และรายมิติระหว่าง 0.628 - 0.926

ตารางที่ 2 เกณฑ์ดัชนีวัดความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

	เกณฑ์การพิจารณา	โมเดลที่ 1	โมเดลที่ 2
chi-square/df	< 4.000	4.079	2.036
NFI	> 0.900	0.933	0.961
NNFI	> 0.900	0.952	0.978
CFI	> 0.900	0.953	0.980
RMR	< 0.800	0.082	0.072
SRMR	< 0.080	0.081	0.073
RMSEA	< 0.050	0.072	0.042

NFI = normed fit index; NNFI = non-normed fit index; CFI = comparative fit index; RMR = root mean square residual; SRMR = standardized root mean square residual; RMSEA = root mean square error of approximation

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การกำหนดของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

มิติ (หมวดย่อย)	น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (β)	สัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ (R^2)
สุขภาวะทางกาย (การดูแลร่างกาย)	0.760	0.785
สุขภาวะทางจิตใจ (การจัดการปัญหา, การจัดการ/ควบคุมอารมณ์ของตนเอง, การใช้ชีวิตประจำวัน, มุมมองต่อตนเองและปัญหา)	0.883	0.875
สุขภาวะทางสังคม (การอยู่ร่วมกัน, การมีพฤติกรรมที่ดีต่อกัน, การมีส่วนร่วมในชุมชน, การมีบทบาทที่ดีของตนเองและต่อผู้อื่น)	0.914	0.919
สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม (การจัดการมลพิษทางสิ่งแวดล้อม, ความรู้สึกไม่มีความสุขกับมลพิษทางสิ่งแวดล้อม)	0.841	0.866
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (การมีสติ, การใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย, การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ, การใช้ชีวิตอยู่บนความเป็นจริง)	0.852	0.917
สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ (สถานะทางการเงินที่เหมาะสม, สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย, ความสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและหนี้สิน, การมีเงินออมเพื่ออนาคตและภาวะฉุกเฉิน, ความรอบรู้ด้านการเงิน)	0.781	0.611
สุขภาวะทางการงานและการเรียน (ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นในที่ทำงานหรือสถานศึกษา, งานหรือการเรียน, ความสามารถในการทำงานหรือการเรียน, รายได้หรือผลตอบแทน)	0.874	0.764
สุขภาวะทางการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ (เข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคม, ประโยชน์จากการจัดสวัสดิการ)	0.724	0.525

โดยมิติที่มีค่าสูงสุด คือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ส่วนมิติที่มีค่าต่ำที่สุด คือ สุขภาวะทางกาย ดังตารางที่ 4

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนแบบประเมินระหว่างผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลและผู้ที่มีความวิตกกังวล (known-group technique) พบว่า กลุ่มผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลมีคะแนนสุขภาวะเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกมิติ ยกเว้นด้านการเข้าถึงรัฐสวัสดิการที่ไม่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตมิติของแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ซึ่งเป็นแบบวัดสุขภาวะแบบองค์รวม เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินที่มีใช้อยู่ในปัจจุบันมักมุ่งเน้นการวัดสุขภาวะในมิติจำเพาะ เช่น ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านร่างกาย หรือด้านจิตวิญญาณเท่านั้น^{9,10,15} โดยมีเพียง

แบบประเมินเพียงฉบับเดียวเท่านั้นที่วัดสุขภาวะครอบคลุมเกินกว่ามิติที่กล่าวมา² นอกจากนี้ แม้ที่ผ่านมามีการพัฒนาข้อคำถามเพื่อประเมินสุขภาวะสำหรับคนไทยหลายฉบับ แต่ส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นด้านจิตใจหรือสุขภาพจิตเป็นหลัก^{16,17} ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติขึ้น โดยอ้างอิงจากผลการศึกษาคำประกอบของสุขภาวะก่อนหน้านี้¹¹ เพื่อให้สามารถวัดสุขภาวะได้อย่างครอบคลุมและสะท้อนมิติของสุขภาวะที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

แบบประเมินนี้มีแนวคิดสอดคล้องกับแบบประเมินของ Swarbrick และ Yudof² แต่มีข้อแตกต่างสำคัญ คือ แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติให้มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบบเดียวกันตลอดทั้งฉบับ ทำให้ผู้ตอบสามารถทำแบบประเมินได้โดยง่าย และผู้ประเมินสามารถให้คะแนนและแปลผลได้สะดวก ไม่ซับซ้อน โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน short-form

ตารางที่ 4 จำนวนข้อคำถามและค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ

	จำนวน (ข้อ)	ค่า CITC	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
สุขภาวะทางกาย	7	0.244 - 0.418	0.628
สุขภาวะทางจิตใจ	10	0.481 - 0.686	0.869
สุขภาวะทางสังคม	12	0.424 - 0.674	0.864
สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม	6	0.421 - 0.601	0.780
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	10	0.650 - 0.773	0.926
สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ	12	0.455 - 0.764	0.913
สุขภาวะทางการงานและการเรียน	9	0.505 - 0.750	0.907
การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ	7	0.432 - 0.652	0.830
ทั้งหมด	73	0.289 - 0.714	0.968

CITC = corrected item-total correlation

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลและผู้ที่มีความวิตกกังวลด้วยสถิติ independent t-test

มิติสุขภาวะ	ผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล mean (SD)	ผู้ที่มีความวิตกกังวล mean (SD)	mean difference
สุขภาวะทางกาย	2.95 (0.51)	2.81 (0.62)	0.138**
สุขภาวะทางจิตใจ	3.20 (0.45)	2.93 (0.62)	0.270**
สุขภาวะทางสังคม	3.27 (0.42)	3.06 (0.58)	0.205**
สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม	3.29 (0.43)	3.12 (0.59)	0.169**
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	3.29 (0.48)	3.02 (0.77)	0.266**
สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ	3.03 (0.52)	2.66 (0.78)	0.379**
สุขภาวะทางการงานและการเรียน	3.29 (0.45)	2.99 (0.73)	0.292**
การเข้าถึงรัฐสวัสดิการ	2.13 (0.42)	2.12 (0.58)	0.015

* p-value < .05, ** p-value < .01

health survey-36 ซึ่งมีหลักการให้คะแนนและการแปลงค่าคะแนนที่ซับซ้อนกว่า¹⁸

ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินฉบับร่าง ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงถ้อยคำของข้อคำถามบางข้อเพื่อเพิ่มความชัดเจนของเนื้อหา รวมทั้งตัดข้อคำถามบางข้อที่ไม่เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการวัดออกไป ภายหลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังกล่าว ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีกครั้งพบว่า แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้

การศึกษากับกลุ่มนักร้องเพื่อประเมินและปรับปรุงข้อคำถามก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีข้อคำถามบางข้อในมิติสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางสังคม และการเข้าถึงรัฐสวัสดิการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะในมิติสุขภาวะทางกาย หมวดการใช้ร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถูกตัดออกทั้งหมด เนื่องจากข้อคำถามในหมวดนี้มีความสัมพันธ์กับข้อคำถามอื่นในมิติเดียวกันในระดับต่ำมาก สะท้อนว่าข้อคำถามเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายองค์ประกอบแฝง (latent factor) ร่วมกับข้ออื่นได้อย่างเหมาะสม สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากเนื้อหาของข้อคำถามในหมวดนี้ เช่น “โรคประจำตัวทำให้ฉันใช้ชีวิตลำบาก” หรือ “การรับประทานยาเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิต” ไม่มีความสัมพันธ์กับหมวดการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ แม้ผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่างกายที่ดีก็ยังคงอาจมีประสบการณ์ดังกล่าวได้ ขณะที่ข้อคำถามส่วนใหญ่ในหมวดการดูแลสุขภาพยังคงสอดคล้องกับมิติสุขภาวะทางกายในแบบวัดอื่น ๆ เช่น แบบวัด lifestyle assessment questionnaire (LAQ), lifestyle coping inventory (LCI) และ wellness evaluation of lifestyle (WEL) ซึ่งเน้นการวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย และโภชนาการ¹⁹ ภายหลังจากตัดข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ออกแล้ว พบว่าแบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ มีค่าความสอดคล้องภายในของทั้งฉบับอยู่ในระดับดีมาก

จากนั้นนำแบบประเมินไปทดสอบคุณสมบัติในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวชและผู้ที่มีโรคจิตเวชจำนวน 588 คน ซึ่งมีจำนวนเหมาะสมตามคำแนะนำของ Bentler²⁰, Muthen และ Muthen²¹ และ Marsh และ Hua²² ที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ควรมีจำนวน 3 - 20 เท่าของตัวแปรที่สังเกตเห็นได้และไม่น้อยกว่า 100 คน นอกจากนี้ ลักษณะข้อมูลยังผ่านเกณฑ์ประเมินความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน^{23,24} การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองเมื่อยินยอมให้ความคลาดเคลื่อนของการวัดสัมพันธ์กันได้ พบว่า มีบางข้อคำถามที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานต่ำกว่า 0.5 หรือมีค่า CITC เป็นลบ จึงตัดข้อเหล่านี้ทิ้ง ทำให้แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ที่คงเหลือข้อคำถาม 73 ข้อ มีความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับและรายมิติอยู่ในระดับดีและมีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับที่ยอมรับได้^{20,24} ซึ่งใกล้เคียงกับระดับความเชื่อมั่นของแบบประเมินสุขภาวะของอภิชัย มงคล และคณะ⁶ และ ธนกิจ รุ่งเรืองรัตนกุล และคณะ²⁴ ทั้งนี้ ข้อคำถามในมิติสุขภาวะทางจิตใจที่มีค่า CITC ติดลบ แม้ได้กลับค่าคะแนน (reverse scoring) แล้ว อาจเกิดจากคำถามมีความกำกวม และต้องใช้การตีความสูง (ฉันทปล่อยให้ตัวเองจมอยู่กับความกังวลเป็นเวลานาน) ทำให้ลักษณะการตอบไม่สอดคล้องกับข้ออื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นของแบบประเมิน²⁵ อย่างไรก็ตาม การตัดข้อคำถามนี้ออกไม่ได้ทำให้ระดับความเชื่อมั่นของแบบประเมินเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

แบบประเมินสุขภาวะ 8 มิติ ฉบับ 73 ข้อ ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ประเมินสุขภาวะของบุคคลได้อย่างครอบคลุม รวมถึงกลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของบุคคลได้โดยตรง²⁶ อีกทั้งอาจใช้เป็นการเลือกในการติดตามผลการดูแลสุขภาพ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างเป็นปรนัยได้ เห็นได้จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่ไม่มีโรคจิตเวชและผู้ที่มีโรคจิตเวชว่ามีระดับสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้รับบริการส่งเสริมการฟื้นคืนสุขภาวะจนมีระดับเท่าเทียมกับผู้ที่มีโรคจิตเวช อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นผลจากลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกันได้เช่นกัน²⁷

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแม้ขนาดจะเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งหมดได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคหรือปัญหาจิตเวชอื่น ๆ เช่น ผู้ที่มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด

ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลในหลายด้าน ทั้งด้านอารมณ์ สุขภาพจิต และสถานะทางการเงิน^{28,29} นอกจากนี้ การศึกษานี้ ยังไม่ได้ทดสอบความตรงเชิงเสมือน (convergence validity) กับแบบประเมินที่มีลักษณะใกล้เคียง^{9,16,17} รวมถึงยังไม่มี การประเมินความเชื่อมั่นจากการวัดซ้ำ (test-retest reliability) จึงควรใช้ความระมัดระวังในการแปลผลคะแนน และการกำหนดจุดตัดที่เหมาะสม³⁰ การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการทดสอบคุณสมบัติดังกล่าวเพิ่มเติม ในกลุ่มประชากร ที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่อาจมีอิทธิพล ต่อสุขภาพโดยรวมและในแต่ละมิติ เช่น เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ภูมิภาค และการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหา สุขภาพทางกายและจิตใจ เพื่อยืนยันความเหมาะสมและความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาพ 8 มิติ ในการนำไป ใช้ในบริบทต่าง ๆ ของประเทศไทย

สรุป

แบบประเมินสุขภาพ 8 มิติ ที่พัฒนาขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับผลการศึกษาในระยะก่อนหน้า นี้ มีข้อคำถามจำนวน 73 ข้อ ครอบคลุมมิติสุขภาพะดังนี้ สุขภาวะทางกาย 7 ข้อ สุขภาวะทางจิตใจ 10 ข้อ สุขภาวะ ทางสังคม 12 ข้อ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม 6 ข้อ สุขภาวะ ทางจิตวิญญาณ 10 ข้อ สุขภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ 12 ข้อ สุขภาวะทางการทำงานและการเรียน 9 ข้อ และการ เข้าถึงรัฐสวัสดิการ 7 ข้อ การทดสอบคุณสมบัติพบว่า แบบประเมินมีความตรงเชิงโครงสร้างที่ยอมรับได้และ ความเชื่อมั่นของทั้งฉบับระดับดีมาก แสดงถึงความเหมาะสม ของการนำแบบประเมินไปใช้เพื่อประเมินสุขภาพในระดับ บุคคล ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีโรคทางจิตเวช ทั้งนี้ ควรมี การศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติอื่นเพิ่มเติม โดยเฉพาะ ความตรงเชิงเสมือนและความเชื่อมั่นจากการวัดซ้ำ ในกลุ่ม ประชากรที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความเหมาะสมของการนำ แบบประเมินไปใช้ในบริบทที่กว้างขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกว.) ขอขอบคุณ พญ.มธุรดา สุวรรณโพธิ์ รศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรรณ พญ.สมรภัฏ ชูวานิชวงศ์ พญ.ดวงกมล

ตั้งวิริยะไพบูลย์ พญ.วัชรา รั้วไพบูลย์ ผศ.ดร.ศุภลักษณ์ เข็มทอง น.ส.เครือวัลย์ เทียงธรรม สำนักวิชาการสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญา สำหรับการสนับสนุนและ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัยนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ศุภเสก วิโรจนาภา : ออกแบบการวิจัย ทบทวน วรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; ภัทรวรรณ สุขยิธัญญ์ : ออกแบบการวิจัย ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล เขียนบทความ ; กมลเนตร วรรณเสวก : ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล ; นพวรรณ ตันศิริมาศ : ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล ; ณัฐกานต์ ใจบุญ : ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล ; ฉัตรดนัย ศรีชัย : ทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูล ; รัตนา นราภักดิ์ : เก็บข้อมูล ; มณฑินี จุลละนันท์ : จัดการโครงการ วิจัย ; รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ : ออกแบบงานศิลป์

เอกสารอ้างอิง

1. Swarbrick M. A wellness approach. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;29(4):311-4. doi:10.2975/29.2006.311.314.
2. Swarbrick M, Yudof J. Wellness in 8 dimensions [Internet]. New Jersey: Collaborative Support Programs of New Jersey; 2017 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://cspnj.org/wp-content/uploads/2021/09/Wellness-8-Dimensions.pdf>
3. Mahatnirunkul S, Tanthipiwatanakul W, Pumpisanchai W, Wongsuwan K, Prommanachirangkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2002 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf> (in Thai)
4. Scheier MF, Wrosch C, Baum A, Cohen S, Martire LM, Matthews KA, et al. The Life Engagement Test: assessing purpose in life. *J Behav Med*. 2006;29(3):291-8. doi:10.1007/s10865-005-9044-1.
5. Adams TB, Bezner JR, Steinhardt MA. The conceptualization and measurement of perceived wellness: integrating balance across and within dimensions. *Am J Health Promot*. 1997;11(3):208-18. doi:10.4278/0890-1171-11.3.208.
6. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanim W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai Mental Health Indicator (Version 2007). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2009. (in Thai)

7. Morosini P, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(4):323-9. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x.
8. Myers JE, Sweeney TJ, Witmer JM. The Wheel of Wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning. *J Couns Dev.* 2000;78(3):251-66. doi:10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x.
9. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
10. Thai Health Promotion Foundation. Annual report 2003 [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2003 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=197201> (in Thai)
11. Virojanapa S, Wannasewok K, Tunsirimas N, Sukyirun P, Sornchai C, Jaiboon N, et al. Wellness characteristics in rehabilitation for people with mental disorder: a qualitative study. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2024;32(2):138-52. (in Thai)
12. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1953.
13. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
14. Srisa-ard B. Fundamental research. 10th ed. Bangkok: Suviriyasan; 2017. (in Thai)
15. Jacob KS. Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian J Psychol Med.* 2015;37(2):117-9. doi:10.4103/0253-7176.155605.
16. Phattharayuttawat S, Ngamthipwattana T. Validity and reliability of the Thai Mental Health Questionnaire in psychiatric patients in the community. *Siriraj Med J.* 2002;54(9):540-6.
17. Thongthammarat Y. The developing of the psychological well-being scale (Thai version). *Rajanukul Journal.* 2022;34(2):13-22. (in Thai)
18. Leurmarnkul W, Meetam P. Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences.* 2005;29(1-2):69-88. doi:10.56808/3027-7922.2230. (in Thai)
19. Bart R, Ishak WW, Ganjian S, Jaffer KY, Abdelmehseh M, Hanna S, et al. The assessment and measurement of wellness in the clinical medical setting: a systematic review. *Innov Clin Neurosci.* 2018;15(9-10):14-23.
20. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull.* 1990;107(2):238-46. doi:10.1037/0033-2909.107.2.238.
21. Muthén LK, Muthén BO. How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power. *Struct Equ Modeling.* 2002;9(4):599-620. doi:10.1207/S15328007SEM0904_8.
22. Marsh HW, Hau KT. Confirmatory factor analysis: strategies for small sample size. In: Hoyle RH, editor. *Statistical strategies for small sample research.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1999. p. 251-84.
23. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika.* 1974;39(1):31-6. doi:10.1007/BF02291575.
24. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research.* New York: The Guilford Press; 2006.
25. Solis Salazar M. The dilemma of combining positive and negative items in scales. *Psicothema.* 2015;27(2):192-200. doi:10.7334/psicothema2014.266.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR.* 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
27. Soldevila-Domenech N, Forero CG, Alayo I, Capella J, Colom J, Malmusi D, et al. Mental well-being of the general population: direct and indirect effects of socioeconomic, relational and health factors. *Qual Life Res.* 2021;30(8):2171-85. doi:10.1007/s11136-021-02808-x.
28. Mahon C, Howard E, O'Reilly A, Dooley B, Fitzgerald A. A cluster analysis of health behaviours and their relationship to mental health difficulties, life satisfaction and functioning in adolescents. *Prev Med.* 2022;164:107332. doi:10.1016/j.ypmed.2022.107332.
29. Christensen ASP, Pisinger V, Krarup AF, Dalum P, Thygesen LC, Tolstrup JS. Alcohol consumption and well-being among 25,000 Danish high school students. *Prev Med Rep.* 2022;31:102072. doi:10.1016/j.pmedr.2022.102072.
30. Price LR. *Psychometric methods: theory into practice.* New York: The Guilford Press; 2017.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติก

วันรับ : 23 มิถุนายน 2568

วันแก้ไข : 15 ตุลาคม 2568

วันตอบรับ : 30 ตุลาคม 2568

สุภาพร เลาคำ, ค.บ., ณิชฐชณันท์ พัฒน์สิทธิโชค, ค.บ.,

กุลลาภ เนตรกันหา, ศษ.บ.

โรงพยาบาลอุประสาทไวยโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดลองใช้หลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติก

วิธีการ : การศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนากรอบแนวคิด การพัฒนาหลักสูตร และการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ และการทดลองใช้หลักสูตรกับผู้ปกครองและเด็กออทิสติกอายุ 4 - 10 ปี 20 คู่ วัดคะแนนความรู้และทักษะของผู้ปกครอง และความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการเข้าร่วมหลักสูตร เปรียบเทียบคะแนนด้วย Wilcoxon signed-ranks test

ผล : หลักสูตรอบรมแบบกลุ่ม ระยะเวลา 9 สัปดาห์ ประกอบด้วย การบรรยายและการฝึกปฏิบัติ โดยผู้ปกครองเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับความรู้และทักษะสำคัญ เช่น การดูแลเด็กออทิสติก การประเมินความสามารถ การวางแผนการสอน การใช้สื่อ และการจัดการพฤติกรรม ก่อนนำไปประยุกต์ใช้จริงในแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคลที่บ้านพร้อมส่งคลิปประเมินเป็นรายสัปดาห์ หลักสูตรมีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.94 การทดลองใช้พบว่า ค่ามัธยฐานความรู้และทักษะของผู้ปกครองหลังเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่ามัธยฐานความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กหลังฝึกปฏิบัติที่บ้านสูงกว่าก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป : หลักสูตรการเตรียมความพร้อมการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติกที่ออกแบบให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในทุกๆ มีแนวโน้มเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก และพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก

คำสำคัญ : ความพร้อมในการเรียนรู้, ทักษะการดูแล, ปฐมวัย, หลักสูตร, ออทิสติก

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุภาพร เลาคำ; e-mail : Jeabhanoi@gmail.com

Original article

Development of a parent-based curriculum for early childhood learning readiness skills in children with autism

Received : 23 June 2025

Revised : 15 October 2025

Accepted : 30 October 2025

Supaporn Laokam, B.Ed., Natcharuenan Phatsitthichok, B.Ed.,

Kularb Natkunha, B.Ed.

Yuwaprasart Waithayopatum Child and Adolescent Psychiatric Hospital,
Department of Mental Health, Samut Prakan Province

Abstract

Objective: To develop and assess the feasibility of a parent-based curriculum for preparing early childhood learning readiness in children with autism.

Methods: This study was conducted in Samut Prakan Province, divided into three phases: a literature review to establish the conceptual framework, curriculum development with expert validation, and a pilot implementation with 20 dyads of parents and children aged 4 - 10 years diagnosed with autism. Parental knowledge and skills, as well as the learning abilities of autistic children, were assessed before and after participation. The score changes were analyzed using the Wilcoxon signed-ranks test.

Results: A 9-week group-based training program was developed, combining lectures and hands-on practice. Parents received training in key knowledge and skills, including assessing learning abilities, planning instruction, using teaching materials, and managing behavioral problems. Parents then applied these skills in Individualized Education Programs (IEPs) at home and submitted weekly video assessments. The curriculum achieved an index of item-objective congruence (IOC) of 0.94. After the implementation, parental knowledge and skill scores were significantly higher than pre-intervention scores ($p < .001$). Additionally, children's learning ability score improved significantly during the home-based IEPs ($p < .001$).

Conclusion: The parent-based curriculum appears feasible and may help improve parental knowledge and skills, with potential positive effects on the learning abilities of children with autism.

Keywords: autism, curriculum, early childhood, learning readiness, parental skills

Corresponding author: Supaporn Laokam; e-mail: Jeabhanoi@gmail.com

ความรู้เดิม : การฝึกกระตุ้นพัฒนาการและเตรียมความพร้อมในการเรียนตั้งแต่ปฐมวัยช่วยให้เด็กออทิสติกพัฒนาทักษะใกล้เคียงเด็กทั่วไปได้มากที่สุด โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังขาดหลักสูตรหรือแนวทางที่ช่วยให้ผู้ปกครองสามารถฝึกเด็กที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องในทุกสถานการณ์

ความรู้ใหม่ : หลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติก ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในทุกขั้นตอน ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติทักษะผู้ปกครอง การจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล และการฝึกสอนตามแผนที่บ้าน หลักสูตรนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีมาก หลังการฝึกอบรมพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นทุกด้าน และเด็กมีความสามารถในการเรียนรู้โดยรวมสูงขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางสำหรับผู้ปกครองในการฝึกเด็กออทิสติกที่บ้าน เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาทักษะสำหรับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง แม้ในสถานการณ์ที่จำกัดการเข้าถึงบริการ

บทนำ

โรคออทิสซึมหรือออทิสติกเป็นความผิดปกติของพัฒนาการที่เกิดจากการทำงานผิดปกติของสมอง แม้ปัจจุบันยังไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน แต่เด็กมักมีอาการแสดงที่แตกต่างจากเด็กวัยเดียวกัน โดยมีความล่าช้าหรือบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และพฤติกรรม ซึ่งมักเริ่มสังเกตได้ก่อนอายุ 3 ปี^{1,2} ปัจจุบันโรคออทิสติกยังไม่มีวิธีการรักษาที่จำเพาะเจาะจงให้หายขาด การรักษาจึงจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน^{3,4} โดยการฝึกกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่วัยเยาว์ (early intervention) เป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการใกล้เคียงเด็กทั่วไปมากที่สุด ทั้งนี้ การฝึกต้องเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่เร่งรัดหรือกดดันเด็ก แต่ต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง พร้อมกับออกแบบให้เหมาะสมกับปัญหา ความสามารถจริง รวมทั้งความเร็วในการรับรู้เรียนรู้ที่แตกต่างกันของเด็กแต่ละคน นอกจากนี้ ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการฝึกเด็ก เนื่องจากหากผู้ปกครองคิดว่า

การฝึกเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเดียว ขาดการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน อาจทำให้การกระตุ้นพัฒนาการไม่ได้ผลเท่าที่ควร⁵

การเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้เป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่เหมาะสมต่อวัยและประสบความสำเร็จในการเรียนได้มากขึ้น โดยผู้ปกครองและครูจำเป็นต้องมีความเข้าใจรูปแบบการเรียนรู้ของเด็ก เพื่อให้สามารถวางแผนทางการช่วยเหลือผ่านรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสม และส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการการเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพ⁶

อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์สำคัญที่ผ่านมา เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และภัยพิบัติทางธรรมชาติ ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถพาเด็กออทิสติกมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ตามปกติ หรือมีระยะเวลาการคอยการบำบัดนานขึ้น อีกทั้งเด็กไม่สามารถไปโรงเรียนด้วยเช่นกัน ส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ ต้องปรับตัวเพื่อให้เด็กสามารถเข้าถึงระบบเตรียมความพร้อมได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการใช้สื่อออนไลน์ที่ผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ได้ด้วยตนเอง ดังเช่นในสหรัฐอเมริกาที่มีการรายงานเกี่ยวกับการจัดการศึกษาโดยครอบครัว (home school) สำหรับเด็กออทิสติกผ่านแพลตฟอร์มการเรียนและเกมออนไลน์ ซึ่งช่วยให้เด็กยังคงได้รับการฝึกและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) พ่อแม่ต้องมีการติดต่อกับครูการศึกษาพิเศษ แพทย์ และทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด เพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางในการดูแลเด็ก 2) การจัดตารางเวลาเรียน 3) การสร้างพื้นที่การเรียนรู้ และ 4) การจัดหัวข้อมาตรการเรียนที่เหมาะสมกับความสนใจของเด็กและใช้แหล่งการเรียนรู้ที่หลากหลาย ทั้งสื่อการสอนปกติและสื่อออนไลน์⁷

เพื่อให้การจัดการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กออทิสติกมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงควรมีการเตรียมความพร้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ และศักยภาพของเด็กแต่ละคน โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครอง ครู และทีมสหวิชาชีพ รวมถึงหลักสูตรวิธีการสอนที่เหมาะสม ทั้งนี้ หลักสูตรควรสามารถประยุกต์ใช้ได้ในช่วงที่มีสถานการณ์โรคระบาดหรือช่วงที่เด็กออทิสติกไม่สามารถเดินทางไปฟื้นฟูที่โรงพยาบาลได้ การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติก เพื่อให้ผู้ปกครองนำไปใช้

ฝึกเด็กที่บ้านได้ทุกวัน แม้ในช่วงเวลาที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล หรือในช่วงโรงเรียนปิดชั่วคราวเนื่องจากสถานการณ์ต่าง ๆ

วิธีการ

การวิจัยแบบการพัฒนาหลักสูตร (curriculum development) ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เอกสารรับรองโครงการ 007/65 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2565 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาหลักสูตร และการสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครอง 2) การพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติกและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร และ 3) การทดลองใช้และประเมินผลหลักสูตร

ขั้นที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยรวบรวมและทบทวนข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรการสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ โดยมุ่งเน้นในเด็กออทิสติกอายุ 4 - 10 ปี กลุ่มอาการปานกลาง (moderate autism) ซึ่งเป็นระดับที่ยังต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากความยากลำบากในการสื่อสารด้วยภาษาและท่าทาง และความยากลำบากในการเข้าสังคมแม้ว่าจะได้รับคำแนะนำ เช่น มีข้อจำกัดในการริเริ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแลกเปลี่ยนการสนทนากับผู้อื่น และการพูดด้วยประโยคที่ซับซ้อน หัวข้อที่ทบทวนได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มอาการออทิสซึม การเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัย การเตรียมความพร้อมในการสอนเด็กที่มีความต้องการพิเศษ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก เทคนิคที่จำเป็นต่อการฝึกเด็กออทิสติก สื่อการสอนในเด็กออทิสติก และแนวทางการจัดการเรียนสำหรับเด็กออทิสติก เช่น การสอนเด็กออทิสติก การจัดการศึกษาระดับปฐมวัย การจัดการเรียนร่วมในประเทศไทย และการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (individualized education program: IEP)⁸ รวมถึงแนวทางการจัดการเรียนสำหรับเด็กออทิสติกในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

ขั้นที่ 2 การพัฒนาหลักสูตร

ผู้วิจัยนำผลการทบทวนวรรณกรรมมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดโครงสร้างและเนื้อหาของหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัย เช่น ทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียน ขั้นตอนการประเมินปัญหาสำคัญทางการเรียน ขั้นตอนการวางแผนการสอน ขั้นตอนการดำเนินการสอน การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และแนวทางการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาระหว่างการสอน โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการฝึกเด็ก⁹ จากนั้นนำร่างหลักสูตรไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนได้แก่ ครูการศึกษาพิเศษ (สอนอยู่ในโรงเรียนเรียนร่วมระดับอนุบาล-ประถมศึกษา) นักวิชาการศึกษาพิเศษ (สอนอยู่ในสถาบันโรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิต) และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ในการสอนเด็กออทิสติกไม่ต่ำกว่า 5 ปี โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ร่วมกับใช้แบบสอบถามที่สร้างโดยผู้วิจัย เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบแผนการสอน โดยมีตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) แล้วนำค่าเฉลี่ยมาแปลความหมายเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมมากที่สุด 3.51 - 4.50 หมายถึง มีความเหมาะสมมาก 2.51 - 3.50 หมายถึง มีความเหมาะสมปานกลาง 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อย และ 1.00 - 1.50 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อยที่สุด¹⁰ โดยการศึกษาที่กำหนดเกณฑ์ความเหมาะสมของโปรแกรมคือ ค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 4.51 ขึ้นไป จากนั้นปรับปรุงร่างหลักสูตรตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลหลักสูตร

ผู้วิจัยนำหลักสูตรที่ได้รับการปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ปกครองอายุ 25 - 50 ปี ที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีอายุ 4 - 10 ปี เป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป สามารถอ่านเขียนภาษาไทย และคำนวณได้ โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 5 (DSM-5) ว่าเป็นกลุ่มอาการออทิสติกระดับ

ปานกลาง คัดเลือกตัวอย่างจากรายชื่อผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการงานการศึกษาพิเศษ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 20 คน

จากนั้นประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการสอนของผู้ปกครองก่อนและหลังการอบรมในแต่ละหัวข้อที่เรียนรู้และความสามารถทางการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการสอนที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบทดสอบความรู้ของผู้ปกครอง พัฒนาขึ้นสำหรับการศึกษาคั้งนี้โดยผู้วิจัย ครอบคลุมความรู้ 4 ด้าน ได้แก่ แนวทางการช่วยเหลือเด็กออทิสติก การเรียนรู้ระดับปฐมวัยในเด็กออทิสติกที่พ่อแม่ควรรู้ การทำสื่อการสอนในเด็กออทิสติก และการสอนทักษะการเรียนรู้และเทคนิคการสอนตามระดับความสามารถ แต่ละด้านมีข้อคำถาม 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน ประเมินก่อนและหลังการอบรมโดยผู้ปกครอง

2. แบบประเมินการฝึกปฏิบัติระหว่างการอบรม พัฒนาขึ้นสำหรับการศึกษาคั้งนี้โดยผู้วิจัย เพื่อประเมินทักษะของผู้ปกครองจากการฝึกปฏิบัติ 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินความสามารถทางการเรียนรู้ การวางแผนการสอนตามระดับความสามารถ การสอนทักษะการเรียนรู้ตามแผนที่วางไว้ การใช้สื่ออุปกรณ์ในการสอน และการจัดการพฤติกรรมของเด็กที่เป็นปัญหาในการเรียน ให้คะแนนตามเกณฑ์จากการสังเกตของผู้วิจัยหลัก แบ่งเป็น 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ทำได้ในระดับที่ต้องแก้ไขปรับปรุง และ 5 หมายถึง ทำได้ระดับดีมาก ประเมินก่อนและหลังการอบรมและหลังจากการฝึกสอนที่บ้านโดยผู้วิจัยหลัก

3. แบบประเมินความสามารถทางการเรียนรู้ของเด็กออทิสติก สร้างโดยผู้วิจัย โดยอิงตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยและหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานของกระทรวงศึกษาธิการ^{11,12} เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของความสามารถทางการเรียนรู้ 5 ด้าน ได้แก่ การพูด การฟัง การอ่าน การเขียน และการคำนวณ เกณฑ์การประเมินแต่ละด้านอิงจากพัฒนาการตามช่วงอายุ โดยผู้ปกครองประเมินในครั้งแรกเพื่อสรุปความสามารถขั้นสูงสุดที่ทำได้ เช่น ทักษะการพูดของเด็กอายุ 5 - 6 ปี ต้องสามารถ

บอกได้ว่าของสิ่งนั้นทำมาจากอะไร หากยังตอบไม่ได้ ข้อนี้คือข้อที่ต้องฝึกต่อและนำไปจัดทำแผน IEP จากนั้นประเมินซ้ำหลังการฝึกตามแผนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ การให้คะแนนแต่ละด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 3 คะแนน ทำได้ตามอายุจริง (ระดับทำได้เต็ม) 2 คะแนน ทำได้ในขั้นที่ต้องฝึกต่อ (ระดับทำไม่ได้เต็ม) และ 1 คะแนน ทำไม่ได้เลย (ระดับทำไม่ได้เลย) โดยคะแนนรวมสูงสุดของเด็กแต่ละคนเท่ากับ 15 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ความถี่และเวลาในการสอน และผลของการฝึก ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังอบรม และความสามารถทางการเรียนรู้ของเด็กออทิสติก ระหว่างก่อนและหลังการฝึกที่บ้าน ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ปกครองควรมีความเข้าใจถึงความสำคัญและบทบาทของตนในการเตรียมความพร้อมการเรียนรู้ระดับปฐมวัยในเด็กออทิสติก รวมถึงเทคนิคสำคัญในการฝึกเด็ก การใช้สื่อการสอน และแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสม สำหรับการเตรียมความพร้อมเด็กควรเริ่มจากการประเมินความสามารถที่แท้จริงของเด็ก จากนั้นจึงจัดการเรียนการสอนตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหาโดยใช้แผน IEP รูปแบบการจัดการกิจกรรมของผู้ปกครองควรประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็น ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดจากนักวิชาการการศึกษาพิเศษ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถประเมินปัญหาของเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้องและนำข้อมูลไปออกแบบแผน IEP ได้อย่างเหมาะสม การอบรมควรเป็นแบบกลุ่มแบบพบหน้า (onsite) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมถึงลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความเครียด¹³ ส่วนการฝึกปฏิบัติและการดำเนินตามแผน IEP ควรเป็นแบบรายเดี่ยว เพื่อให้ตอบสนองต่อความสามารถเฉพาะของเด็กแต่ละคน และเอื้อต่อการให้คำแนะนำเฉพาะกรณีโดยนักวิชาการการศึกษาพิเศษ¹⁴

ร่างหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของ

เด็กออทิสติกมีทั้งหมด 11 แผนการสอน ผลการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า หลักสูตรมีความเหมาะสมมากที่สุดทั้ง 11 แผนการสอน โดยมีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมในภาพรวมเท่ากับ 4.74 (SD = 0.13) และค่า IOC เท่ากับ 0.94 โดยมีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ ควรปรับเปลี่ยนคำหรือใช้คำให้ง่ายต่อความเข้าใจ ไม่ใช้คำภาษาอังกฤษหรือให้แปลเป็นภาษาไทยด้วย

หลักสูตรเป็นแบบ onsite โดยผู้ปกครองเข้าเรียนรู้พร้อมกันทั้งหมด การฝึกอบรมมีทั้งการสอนแบบบรรยายและการฝึกปฏิบัติ กำหนดระยะเวลาประมาณ 9 สัปดาห์ แผนการสอนแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ใช้เวลา 2 วัน ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ 4 เรื่อง ได้แก่ 1) แนวทางการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก 2) การเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติกที่พ่อแม่ควรรู้ 3) การทำสื่อการสอนสำหรับเด็กออทิสติก และ 4) การสอนทักษะการเรียนรู้และเทคนิคการสอนตามระดับความสามารถ

ระยะที่ 2 ใช้เวลา 3 วัน ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การเสริมสร้างพลังใจในผู้ปกครอง โดยใช้เกม “โดมิโน ร.เรียง”, “ปลูกต้นไม้ความคิด” และ “หวานอย่างไรได้อย่างนั้น” 2) การประเมินความสามารถทางการเรียนรู้ 3) การวางแผนการสอนตามระดับความสามารถ 4) การสอนทักษะการเรียนรู้ตามแผนที่วางไว้ 5) การใช้สื่ออุปกรณ์ในการสอน และ 6) การจัดการพฤติกรรมของเด็กที่เป็นปัญหาในการเรียน

ระยะที่ 3 เป็นการให้ผู้ปกครองกลับไปประเมินความสามารถและฝึกเด็กออทิสติกตามแผน IEP ที่บ้าน โดยให้ผู้ปกครองส่งคลิปวิดีโอและรูปถ่ายการสอนทุกหัวข้อทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) หรือทาง e-mail เป็นความยาวอย่างน้อย 3 - 5 นาที ส่งสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ ครั้งละ 3 - 5 คลิป ใช้เวลา 8 สัปดาห์ จากนั้นให้ผู้ปกครองประเมินความสามารถเด็กซ้ำ และนัดมาสรุปผลหลังการฝึกตามแผน IEP (onsite) ภายใต้การกำกับดูแลของนักวิชาการศึกษาพิเศษ รายละเอียด 1 ชั่วโมง

การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กออทิสติกจำนวน 20 คน เป็นเพศหญิง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 การศึกษา

อยู่ในระดับมัธยมปลาย/ปวช. และปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85 และประกอบอาชีพรับจ้างและเป็นแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 พบว่า หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคามัธยฐานความรู้และทักษะในภาพรวมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสามารถทางการเรียนรู้ในภาพรวมกด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test พบว่า หลังการฝึกตามแผน IEP เด็กออทิสติกมีคะแนนความสามารถในภาพรวมสูงกว่าก่อนการฝึก ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์การสอนทักษะการเรียนรู้ตามแผนที่วางไว้ของผู้ปกครอง พบว่า ในภาพรวมผู้ปกครองสามารถทำได้ตามแผนการสอนที่วางไว้ทุกคน ใช้วิธีตามแผนได้เหมาะสม เมื่อพิจารณาตามความถี่และเวลาของการสอน พบว่า มีเด็กที่ผู้ปกครองสอน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที จำนวน 5 คน รองลงมาเป็นเด็กที่ผู้ปกครองสอน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที จำนวน 4 คน เด็กที่ผู้ปกครองสอน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที และผู้ปกครองสอน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที อย่างละ 3 คน ทักษะที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่นำไปใช้มากที่สุดและดีที่สุดคือ การสอนตามแผนเป็นลำดับขั้นตอนที่วางไว้ การสอนจากง่ายไปหายาก และเทคนิคการใช้คำชมการให้รางวัล แต่เทคนิคที่ผู้ปกครองนำไปใช้น้อยหรือยังไม่คล่องคือการใช้สื่อการสอนและการจัดหาสื่อที่เหมาะสม

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติก โดยปรับรูปแบบจากการให้บริการเดิมที่มีนักวิชาการศึกษาพิเศษเป็นผู้ฝึกสอน ขณะที่ผู้ปกครองเป็นเพียงผู้สังเกตการณ์และได้รับคำแนะนำวิธีการฝึกเองที่บ้านหลังเสร็จสิ้นกระบวนการฝึกในแต่ละครั้ง เป็นการให้บริการโดยเน้นให้ผู้ปกครองเป็นผู้ฝึกเด็กด้วยตัวเอง โดยผ่านการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการประเมินปัญหาทางการเรียน การวางแผนการสอน วิธีการสอน การทำสื่อ/อุปกรณ์ที่เหมาะสม รวมทั้งเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่เป็น

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้และทักษะของผู้ปกครองก่อนและหลังการอบรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test (n = 20)

	ก่อนอบรม median (IQR)	หลังอบรม median (IQR)	Z	p-value
ความรู้ (รวมทุกด้าน)	12.00 (10.00 - 20.00)	17.00 (12.00 - 20.00)	-4.063	< .001
แนวทางการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก	2.00 (2.00 - 5.00)	5.00 (4.00 - 5.00)	-3.965	< .001
การเรียนรู้ระดับปฐมวัยในเด็กออทิสติกที่พ่อแม่ควรรู้	3.00 (2.00 - 5.00)	5.00 (4.00 - 5.00)	-4.056	< .001
การทำสื่อการสอนในเด็กออทิสติก	3.00 (2.00 - 5.00)	5.00 (4.00 - 5.00)	-4.056	< .001
การสอนทักษะการเรียนรู้และเทคนิคการสอนตามระดับความสามารถ	2.00 (2.00 - 5.00)	4.00 (4.00 - 5.00)	-4.176	< .001
ทักษะ (รวมทุกด้าน)	9.50 (9.00 - 25.00)	23.00 (20.00 - 25.00)	-3.938	< .001
การประเมินความสามารถทางการเรียนรู้	2.00 (1.00 - 5.00)	4.50 (4.00 - 5.00)	-4.093	< .001
การวางแผนการสอนตามระดับความสามารถ	1.00 (1.00 - 5.00)	5.00 (4.00 - 5.00)	-3.976	< .001
การสอนทักษะการเรียนรู้ตามแผนที่วางไว้	2.00 (2.00 - 5.00)	5.00 (4.00 - 5.00)	-4.099	< .001
การใช้สื่ออุปกรณ์ในการสอน	2.00 (2.00 - 5.00)	4.50 (4.00 - 5.00)	-4.005	< .001
การจัดการพฤติกรรมของเป็นปัญหาในการเรียน	2.00 (2.00 - 5.00)	4.00 (4.00 - 5.00)	-4.128	< .001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถทางการเรียนรู้ในภาพรวมก่อนฝึกและหลังฝึกของเด็กออทิสติก ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test (n = 20)

ความสามารถ	median	IQR	Z	p-value
ก่อนฝึก	6.00	5.00 - 9.00	-3.943	< .001
หลังฝึก	12.00	11.00 - 15.00		

IQR = interquartile range

ปัญหาของเด็กออทิสติก เพื่อนำองค์ความรู้เหล่านี้ไปฝึกเด็กได้ทุกวันที่บ้านของตนเอง

หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นนี้มีความสอดคล้องกับแนวทางการเตรียมความพร้อมในการเรียนของเด็กออทิสติกในต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของโปรแกรมระยะเริ่มต้น (early intervention programs) ซึ่งออกแบบมาเพื่อสร้างทักษะสำคัญในการเข้าชั้นเรียน (school readiness skill) โดยมีการบูรณาการหลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ (applied behavior analysis: ABA) ซึ่งเน้นการสอนทักษะใหม่และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างเป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁵ เช่น หลักสูตร academic readiness intervention system (ARIS) สำหรับเด็กออทิสติก และเด็กที่มีความต้องการพิเศษในสหรัฐอเมริกา ที่เน้นการเรียนรู้แบบองค์รวม เพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้เพื่อการเรียน (learning to learn) ได้แก่ การจดจ่อ (attending Skill) การสื่อสารและภาษา (communication and language) ทักษะทางสังคม (social skills) และการช่วยเหลือตนเองหรือ

การปรับตัว (self-help/adaptive skills)¹⁶ และหลักสูตร early intensive behavioral intervention (EIBI) สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 2 - 5 ปี ในประเทศแคนาดา ซึ่งเน้นการแทรกแซงพฤติกรรมที่เข้มข้นในช่วงปฐมวัย โดยอาศัยการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ปกครอง นักบำบัด และครูในโรงเรียน หลักสูตรดังกล่าวยึดหลักการ ABA โดยมุ่งเน้นการสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ผ่านการฝึกอย่างเป็นขั้นตอน (discrete trial training) การสอนในสภาพแวดล้อมธรรมชาติ (natural environment teaching) และการจัดการพฤติกรรมด้วยการเสริมแรง (reinforcement) เพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม¹⁷

หลักสูตรในต่างประเทศเหล่านี้ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ปกครองในฐานะหุ้นส่วน (partners) ในการจัดทำ IEP และการตัดสินใจทางการศึกษาของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ ที่ได้ปรับบทบาทของผู้ปกครองจากผู้รับบริการหรือผู้สังเกตการณ์

มาเป็นผู้มีส่วนร่วมโดยตรงในการจัดทำ IEP และการนำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน อย่างไรก็ตาม แม้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นนี้จะอิงแนวทางการสอนตามหลักสากลมากขึ้น แต่ระยะเวลาการฝึกอบรมโดยรวมยังสั้นกว่าในต่างประเทศ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและเศรษฐกิจของผู้ปกครอง ขณะที่ในต่างประเทศ ระบบการฝึกอบรมผู้ปกครองมักได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาครัฐบางส่วน

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการอบรมและฝึกปฏิบัติ ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะดีขึ้นทุกด้าน โดยสามารถประเมินปัญหาทางการเรียน วางแผนการสอน และนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการทดลองฝึกสอนเด็กด้วยตนเองทำให้ผู้ปกครองเข้าใจปัญหาของเด็กอย่างแท้จริง และสามารถเลือกจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อจัดทำแผนการสอนได้สอดคล้องกับความสามารถของเด็ก การทดลองฝึกสอนซ้ำ ๆ ยังช่วยเพิ่มความชำนาญและความมั่นใจในการสอน นอกจากนี้ กิจกรรมเพิ่มพลังใจก่อนการฝึกทักษะและกิจกรรมสะท้อนความรู้สึกหลังฝึกทักษะยังช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก และเพิ่มความพร้อมทางอารมณ์ของผู้ปกครองในการฝึกสอนเด็กอย่างต่อเนื่อง

การประเมินหลังการฝึกสอนที่บ้านพบว่า เด็กออทิสติกมีความสามารถทางการเรียนรู้โดยรวมดีขึ้น อาจเนื่องจากหลักสูตรช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจศักยภาพ ข้อจำกัด และความต้องการจำเพาะของเด็กออทิสติก ตลอดจนยอมรับธรรมชาติของพัฒนาการที่แตกต่างของเด็ก และมีความมั่นใจในการฝึกเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิดได้ด้วยตัวเอง โดยเฉพาะเมื่อผู้ปกครองมีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเป็นลำดับขั้นตอนจากง่ายไปหายาก นอกจากนี้ การรับรู้ถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กยังช่วยเพิ่มเพิ่มแรงจูงใจและแนวโน้มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดการเรียนรู้และการดูแลเด็กมากยิ่งขึ้น¹⁸

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในผู้ปกครองของเด็กออทิสติกระดับปานกลางที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะแตกต่างกัน อีกทั้งเป็นการศึกษาในเขตปริมณฑลที่เป็นเมืองอุตสาหกรรม ซึ่งมักพบข้อจำกัดด้านเวลาของผู้ปกครองและสภาพแวดล้อมในบ้าน ที่ส่งผลต่อ

ความต่อเนื่องของการปฏิบัติตามแผน IEP การนำไปใช้หรือการขยายผลอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัวและแต่ละพื้นที่¹⁹ นอกจากนี้ การศึกษานี้ใช้การวัดผลก่อนหลังเพียงกลุ่มเดียว ซึ่งทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนหรือเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมได้ จึงอาจส่งผลต่อความแม่นยำในการสรุปประสิทธิผลของหลักสูตรอย่างแท้จริง การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายมากขึ้นและเพิ่มกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของหลักสูตรในบริบทที่แตกต่างกัน

สรุป

หลักสูตรสำหรับผู้ปกครองเพื่อสอนทักษะการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยของเด็กออทิสติกพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในทุกขั้นตอน ประกอบด้วย 11 แผนการสอน ใช้เวลา 9 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือเด็กออทิสติก การเรียนรู้ระดับปฐมวัยที่ผู้ปกครองควรรู้ การผลิตสื่อการสอน และการสอนทักษะการเรียนรู้ตามระดับความสามารถของเด็ก ระยะที่ 2 การเสริมสร้างพลังใจในผู้ปกครอง ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการประเมินความสามารถทางการเรียนรู้ การจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแผน การใช้สื่ออุปกรณ์ประกอบการสอน และการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ และระยะที่ 3 การนำแผน IEP ไปใช้จริงที่บ้านเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้ปกครองส่งคลิปวิดีโอเพื่อประเมินการสอนรายสัปดาห์ ร่วมกับการสรุปผลการฝึกที่บ้านโดยนักวิชาการศึกษาพิเศษ

หลักสูตรนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีมาก และผู้ปกครองสามารถนำไปใช้เพื่อเตรียมความพร้อมเด็กออทิสติกในการเรียนรู้ระดับปฐมวัยต่อเนื่องที่บ้านได้ง่าย การทดลองใช้หลักสูตรพบว่า หลังการอบรม ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน และหลังการฝึกตามแผน IEP ต่อเนื่องที่บ้าน เด็กมีความสามารถทางการเรียนรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงวิรัชพัชร์ กิตติระระพันธ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลอุยประสาทไวทยภิรมย์

สำหรับการสนับสนุนและให้คำปรึกษา และขอขอบคุณ นายฉัตรมงคล ฉ่ำมาก นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สำหรับข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

สุภาพร เลาคำ : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; ณิชชฎนันท์ พัฒน์สิทธิโชค : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ; กุหลาบ เนตรกันหา : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Ongartsakulmun R, Muensuntorn S, Chammah C. Report on the survey: prevalence of autism spectrum disorder in Thai children aged 1-4 years. Samut Prakan: Yuwapasart Waithayopatham Child Psychiatric Hospital; 2019. (in Thai)
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Fuller EA, Oliver K, Vejnoska SF, Rogers SJ. The effects of the Early Start Denver Model for children with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Brain Sci.* 2020;10(6):368. doi:10.3390/brainsci10060368.
- Holmes N, Hemsley R, Rickett J, Likierman H. Parents as cotherapists: their perception of a home-based behavioral treatment for autistic children. *J Autism Dev Disord.* 1982;12(4):331-42. doi:10.1007/BF01538321.
- Hancock KJ, Shepherd CCJ, Zubrick SR. Parental involvement, literacy, numeracy and school readiness: evidence from the Longitudinal Study of Australian Children (LSAC). *J Popul Res.* 2018;35(2):161-81. doi:10.1007/s12546-017-9199-0.
- Boonsatirakul J. Learning styles of early childhood children. In: *Development and learning in early childhood*, unit 10. 2nd ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2014. (in Thai)
- Donahue MZ. At-home tools for parents of autistic children [Internet]. Washington, DC: National Geographic; 2020 Apr 21 [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://www.nationalgeographic.com/family/article/teaching-tools-autistic-children>
- Bureau of Special Education Administration. Manual for the preparation of individualized education plans (IEP). Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2009. (in Thai)
- Burrell TL, Borrego J Jr. Parents' involvement in ASD treatment: what is their role? *Cogn Behav Pract.* 2012;19(3):423-32. doi:10.1016/j.cbpra.2011.04.003.
- Srisa-ard B. Introduction to research. 10th ed. Bangkok: Suwiriyasan; 2017. (in Thai)
- Office of the Basic Education Commission. Guidelines for early childhood development assessment according to the Early Childhood Education Curriculum B.E. 2560 (A.D. 2017). Bangkok: Suksapha Lat Phrao; 2018. (in Thai)
- Ministry of Education. The Basic Education Core Curriculum B.E. 2551 (A.D. 2008). Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2008. (in Thai)
- Sukhodolsky DG, Maximo JO, Jiang H, Li Y, Miller A, Tang C, et al. Feasibility of group parent training for children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: a demonstration pilot. *J Autism Dev Disord.* 2016;46(4):1276-85. doi:10.1007/s10803-015-2666-0.
- Ishartiwi I, Handoyo RR, Prabawati W, Suseno A. The individualized instruction application for personal-social skills of students with intellectual disabilities. *J Cakrawala Pendidik.* 2023;42(2):280-94. doi:10.21831/cp.v42i2.49240.
- Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5(5):CD009260. doi:10.1002/14651858.CD009260.pub3.
- Stages Learning. ARIS curriculum manual: academic readiness intervention system. 4th ed. Vista (CA): Stages Learning; 2024.
- D'Entremont B, Flanagan HE, Ungar WJ, Waddell C, Garon N, den Otter J, et al. Comparing the impact of differing preschool autism interventions on parents in two Canadian provinces. *J Autism Dev Disord.* 2022;52(11):5018-32. doi:10.1007/s10803-021-05349-2.
- Gaspar CR, Sahay D. Expanding the concept of parent involvement to special education: considerations for inclusivity. *J Fam Theory Rev.* 2025. doi:10.1111/jftr.12634.
- Thonghem A, Piamkum P. Parental participation in promoting the development of autistic children at the Rajanagarindra Institute of Child and Adolescent Mental Health. *Journal of Research and Development in Special Education.* 2017;6(2):21-36. (in Thai)

บทความพิเศษ

กรอบการพัฒนาสุขภาพจิตของ OECD : บทวิเคราะห์เชิงนโยบายและนัยยะต่อระบบสุขภาพจิตไทย

วันรับ : 12 พฤศจิกายน 2568

วันแก้ไข : 14 ธันวาคม 2568

วันตอบรับ : 23 ธันวาคม 2568

อลิสา อุดมวีระเกษม, ศศ.ม.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

การประกาศเป้าหมายของประเทศไทยในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) ภายในปี พ.ศ. 2573 ก่อให้เกิดความจำเป็นในการปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติของประเทศให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขและสุขภาพจิต ซึ่งถือเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญในระยะแรกของกระบวนการเข้าเป็นสมาชิก ภายใต้กรอบข้อแนะนำจากคณะมนตรีของ OECD ที่เน้นการบูรณาการสุขภาพจิตในสี่เสาหลัก ได้แก่ ระบบสุขภาพ ระบบการศึกษาและเยาวชน สถานที่ทำงาน และระบบสวัสดิการสังคม ซึ่งสะท้อนแนวคิด “สุขภาพจิตในทุกนโยบาย” (Mental Health in All Policies)

เมื่อพิจารณาบริบทประเทศไทย พบว่ามีจุดแข็งด้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบคัดกรองและดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการดำเนินงานเชิงบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงเผชิญความท้าทายสำคัญ ได้แก่ ความเหลื่อมล้ำในการกระจายบุคลากรสุขภาพจิต ภาระโรคทางจิตเวชที่เพิ่มสูงขึ้น การตีตราทางสังคม และช่องว่างในการเข้าถึงการรักษาและการฟื้นฟู โดยเฉพาะในมิติการเชื่อมโยงสุขภาพจิตกับการศึกษา การจ้างงาน และระบบสวัสดิการ

บทความนี้เสนอแนวทางเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการยกระดับระบบสุขภาพจิตไทยให้สอดคล้องกับมาตรฐาน OECD ครอบคลุมการส่งเสริมความตระหนักรู้ การป้องกันการเลือกปฏิบัติ การจัดการปัญหาสุขภาพจิตในระบบการศึกษาและการทำงาน การพัฒนาทรัพยากรบุคคล และการบูรณาการข้อมูลและความร่วมมือระหว่างหลายกระทรวงและภาคส่วน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนและเสริมสร้างศักยภาพทุนมนุษย์ของประเทศอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การจ้างงาน, การศึกษา, นโยบายบูรณาการ, ระบบสุขภาพจิต, OECD

ติดต่อผู้พิมพ์ : อลิสา อุดมวีระเกษม; email: alisaudom@gmail.com

Special article

The OECD framework for mental health development: a policy analysis and implications for Thailand's mental health system

Received : 12 November 2025

Revised : 14 December 2025

Accepted : 23 December 2025

Alisa Udomweerakasem, M.A.

Strategy and Planning Division, Department of Mental Health,
Nonthaburi Province

Abstract

Thailand's declaration of its goal to join of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) by 2030 has created a pressing need to reform national laws, policies, and practices to align with international standards, particularly in the areas of public health and mental health. These issues represent the key priorities in the initial phase of the accession, under the OECD Council's recommendation emphasizing mental health integration across four key pillars: health systems, education and youth systems, workplaces, and welfare systems, reflecting the concept of "Mental Health in All Policies."

In the Thai context, its notable strengths include a comprehensive universal health coverage system, community-based mental health screening and care, the use of digital technologies, and integrated implementation through multi-sectoral partnerships. Nevertheless, Thailand continues to face major challenges, including disparities in the distribution of mental health professionals, a rising burden of certain mental disorders, persistent social stigma, and gaps in access to treatment and rehabilitation, particularly in relation to the integration of mental health with education, employment, and social welfare systems.

This article proposes policy and practical approaches to advance Thailand's mental health system in alignment with OECD standards. These include raising awareness, preventing discrimination, addressing mental health issues in education and workplace settings, developing human resources, and integrating data and collaboration across multiple ministries and sectors. Together, these efforts aim to improve population well-being and to sustainably enhance the country's human capital.

Keywords: education, employment, integrated policy, mental health system, OECD

Corresponding author: Alisa Udomweerakasem; email: alisaudom@gmail.com

ความรู้เดิม : ระบบสุขภาพจิตไทยมีจุดแข็งเรื่องหลักประกันสุขภาพและการคัดกรองในชุมชน แต่ยังมีเผชิญปัญหาความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงทรัพยากร การตีตรา และขาดการเชื่อมโยงกับระบบการศึกษาและการจ้างงาน

ความรู้ใหม่ : กรอบ OECD (OECD/LEGAL/0420) เน้นการพัฒนาแบบบูรณาการ 4 เสาหลัก ได้แก่ ระบบสุขภาพ การศึกษาและเยาวชน สุขภาพจิตในที่ทำงาน และสวัสดิการ โดยการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ใช้เป็นแนวทางปรับปรุงกฎหมาย และกำหนดนโยบายระดับชาติเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยให้กลับสู่การเรียน/การทำงาน และลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อยกระดับทุนมนุษย์สู่มาตรฐานสากล

บทนำ

จากการที่รัฐบาลได้ประกาศเป้าหมายที่จะนำประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) ภายในปี พ.ศ. 2573 เพื่อยกระดับประเทศสู่ความเป็นสากลมากขึ้น¹ จึงได้มีการประชุมคณะกรรมการกำกับการดำเนินงานในการเข้าเป็นสมาชิก OECD ของประเทศไทย ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2568² เพื่อกำหนดแนวทางและแผนการขับเคลื่อนการเข้าเป็นสมาชิก (accession roadmap) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข โดยรัฐบาลไทยได้ยื่นหนังสือแสดงเจตจำนง (letter of intent) ในการเข้าร่วม OECD ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 นับตั้งแต่นั้น ประเทศไทยต้องดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการ OECD ในการปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติของประเทศให้สอดคล้องกับมาตรฐานของ OECD โดยประเด็นการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเป็นหนึ่งในประเด็นเป้าหมายในระยะแรกของการปรับปรุงมาตรฐานดังกล่าว ซึ่งมีประเด็นงานสุขภาพจิตปรากฏอยู่ในข้อเสนอแนะว่าแนวทางการพัฒนา

OECD เป็นองค์การระหว่างประเทศที่ส่งเสริมการประสานงานด้านนโยบายและเสรีภาพทางเศรษฐกิจ

ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2504 โดยมีสำนักงานใหญ่อยู่ที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ทั้งนี้ OECD ได้พัฒนามาจากองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจยุโรป (Organisation for European Economic Co-operation: OEEC) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2491 เพื่อทำหน้าที่ติดตามและประสานการดำเนินงานด้านความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในประเทศยุโรปภายใต้แผนมาร์แชลของสหรัฐอเมริกาและแคนาดา³

ปัจจุบัน OECD มีประเทศสมาชิกทั้งหมด 38 ประเทศ กระจายอยู่ในภูมิภาคยุโรป อเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ และเอเชียแปซิฟิก โดย OECD มีบทบาทหลักในการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อปรับปรุงเศรษฐกิจโลกและส่งเสริมการค้าเสรี รวมถึงการทำงานร่วมกับประเทศประชาธิปไตยอื่น ๆ ที่มีความมุ่งมั่นร่วมกัน ในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในกลไกตลาดและสถาบันต่าง ๆ การสร้างสถานะทางการคลังสาธารณะที่มั่นคง การส่งเสริมการเติบโตอย่างยั่งยืนผ่านนวัตกรรมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการพัฒนาทักษะของกำลังแรงงาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของประชากร สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของ OECD คือ “นโยบายที่ดีกว่า เพื่อชีวิตที่ดีกว่า” (better policies, better lives)¹

กระบวนการเข้าร่วมเป็นสมาชิก OECD ของประเทศไทย⁴

การเข้าร่วมเป็นสมาชิก OECD ของประเทศไทย ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลัก ได้แก่ กระบวนการสมัครเข้าเป็นสมาชิก และกระบวนการเข้าเป็นสมาชิก รวม 10 ขั้นตอน ทั้งนี้ ประเทศไทยได้ดำเนินการสมัครเข้าเป็นสมาชิกเรียบร้อยแล้วเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 และปัจจุบันอยู่ระหว่างการดำเนินการเข้าเป็นสมาชิกในฐานะประเทศผู้สมัคร (accession candidate country)² ในระยะนี้ ประเทศไทยอยู่ในขั้นตอนการจัดทำเอกสารประเมินตนเองเบื้องต้น (Initial Memorandum) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างกฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติของประเทศไทยกับตราสาร (legal instruments) ของ OECD จำนวนทั้งสิ้น 253 ฉบับ ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ตราสารที่มีผลผูกพันทางกฎหมาย (legally binding

instruments) แบ่งเป็น ข้อตัดสินใจ (decisions) ซึ่งคณะมนตรีมีมติรับรองให้มีผลผูกพันทางกฎหมาย และความตกลงระหว่างประเทศที่มีการเจรจาและลงนาม (international agreements) และ 2) ตราสารที่ไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย (non-legally binding instruments) แบ่งเป็น คำแนะนำ (recommendations) ซึ่งคณะมนตรีมีมติรับรองแต่ไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย โดยประเทศผู้สมัครต้องแสดงความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามอย่างดีที่สุด เอกสารผลลัพธ์การประชุมของคณะมนตรี (substantive outcome documents) ที่ประเทศสมาชิกมีมติรับรอง ซึ่งกล่าวถึงหลักการทั่วไปหรือเป้าหมายระยะยาวของ OECD และข้อตกลง ความเข้าใจ และเอกสารอื่น ๆ (arrangements understanding and others) ซึ่งรวมถึงตราสารรูปแบบอื่น ๆ ภายใต้กรอบการดำเนินงานของ OECD

นอกเหนือจากการยื่น Initial Memorandum แล้วประเทศไทยยังต้องดำเนินการควบคู่ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรองตราสารทางกฎหมายของ OECD 2) การจัดทำผลการทบทวนนโยบาย (policy reviews) ในสาขาต่าง ๆ เพื่อประเมินและปรับปรุงนโยบายของประเทศให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล 3) การเพิ่มการมีส่วนร่วมของหน่วยงานไทยใน OECD ในฐานะสมาชิกหรือผู้สังเกตการณ์ในการประชุมคณะกรรมการด้านต่าง ๆ ซึ่งยกเว้นการประชุมที่เป็นความลับ โดยสามารถเข้าถึงเอกสารทั้งหมดแต่ไม่สามารถร่วมตัดสินใจได้ และ 4) การส่งเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานไทยไปปฏิบัติงานร่วมกับ OECD เป็นการชั่วคราว (secondment)

ทั้งนี้ ภายหลังจากที่คณะกรรมการ OECD พิจารณา Initial Memorandum ของประเทศไทยแล้ว คณะกรรมการย่อยของ OECD จำนวนประมาณ 30 คณะจะดำเนินการประเมินทางเทคนิคเชิงลึก (technical review) ผ่านการตอบแบบสอบถาม การประชุม และการสัมภาษณ์ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติของประเทศให้สอดคล้องกับมาตรฐาน OECD จนกว่าประเทศไทยจะปรับปรุงทุกด้านให้สอดคล้องกับมาตรฐานดังกล่าว หลังจากนั้น คณะกรรมการ OECD จะสรุปผลการดำเนินงานของประเทศไทยเพื่อเสนอต่อคณะมนตรี OECD สำหรับการพิจารณา รับประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิก

การเข้าเป็นสมาชิก OECD เต็มรูปแบบจะทำให้ประเทศไทยได้รับประโยชน์ในหลายด้าน³ เช่น การปฏิรูปโครงสร้างในหลายมิติตามมาตรฐานสากล การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและโอกาสเข้าถึงตลาดของประเทศสมาชิก การเข้าถึงฐานข้อมูลเศรษฐกิจโลกที่หลากหลาย การได้รับคำปรึกษาและความช่วยเหลือทางวิชาการจาก OECD ตลอดจนการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีและส่งเสริมบทบาทของประเทศไทยในเวทีโลก อย่างไรก็ตาม การเข้าเป็นสมาชิกอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในบางประเด็น โดยเฉพาะผลกระทบจากการเป็นภาคีในตราสารทางกฎหมายของ OECD ที่มีผลผูกพันภายในประเทศ เช่น การแข่งขันทางการค้าและบริการที่เพิ่มขึ้น ความผันผวนของอัตราแลกเปลี่ยนจากการไหลเข้าออกของเงินทุนระยะสั้น และการเปิดเสรีการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ ทั้งนี้ OECD เปิดให้ประเทศสมาชิกสามารถจัดทำข้อสงวน (reservation) เพื่อจำกัดการลงทุนบางกิจการให้เฉพาะผู้ประกอบการในประเทศ รวมถึงสามารถเจรจาขอจัดทำข้อสงวนอื่น ๆ เพื่อรักษาผลประโยชน์แห่งชาติได้ ดังนั้นประเทศไทยจำเป็นต้องวางมาตรการภายในประเทศเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นสมาชิก OECD เต็มรูปแบบ

กรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของ OECD

กรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของ OECD อยู่ภายใต้ Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy (ข้อแนะนำของคณะมนตรีเรื่องนโยบายบูรณาการด้านสุขภาพจิต ทักษะ และการทำงาน) (OECD/LEGAL/0420)^{4,5} ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้กรมสุขภาพจิตเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ข้อแนะนำดังกล่าวเน้นให้ประเทศสมาชิกพัฒนานโยบายที่บูรณาการด้านสุขภาพจิต ทักษะ และการทำงาน รวมถึงระบบการดูแลสุขภาพจิต ระบบการศึกษาเยาวชน สถานที่ทำงาน และระบบสวัสดิการสังคม เพื่อให้การดูแลสุขภาพ การศึกษา และการสนับสนุนด้านการจ้างงานแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม โดยมีหลักการที่ครอบคลุมหัวใจสำคัญของแนวทาง “สุขภาพจิตในทุกนโยบาย” (Mental Health in All Policies) 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพ (health systems) 2) ระบบ

การศึกษาและเยาวชน (education and youth systems) 3) สถานที่ทำงาน (workplaces) และ 4) ระบบสวัสดิการ (welfare systems) โดยแต่ละด้านเน้นการบูรณาการหลายภาคส่วน และการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการปัญหาสุขภาพจิต⁵ โดยมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานดังนี้

แนวทางที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน โดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชนในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อเพิ่มความตระหนักและลดการตีตราในการเข้ารับบริการสุขภาพจิต 2) การปรับปรุงการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยจัดให้มีการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตเวชระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ร่วมกันของสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อ 3) การบูรณาการมิติการจ้างงานในระบบการดูแลสุขภาพจิต โดยส่งเสริมความตระหนักถึงบทบาทของงานที่มีคุณภาพต่อกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพจิต และพัฒนาตัวชี้วัดด้านการจ้างงานทำ 4) การเพิ่มขีดความสามารถบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น แพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ด้านอาชีวอนามัย ในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยจิตเวช และการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างแพทย์ทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง และ 5) การให้การรักษาที่สนับสนุนการกลับมาสู่การเรียนหรือการทำงานของผู้ป่วย และจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรให้เพียงพอต่อการให้บริการ

แนวทางที่ 2 การดูแลสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน และเพิ่มโอกาสในการศึกษาต่อและการเข้าสู่ตลาดแรงงาน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพจิตที่ดี โดยปรับปรุงสภาพแวดล้อมในโรงเรียนทุกระดับเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ด้านสังคมและอารมณ์ และกำหนดมาตรการป้องกันความเครียด ความรุนแรง และการกลั่นแกล้งในโรงเรียน 2) การเพิ่มความตระหนักด้านสุขภาพจิตในกลุ่มครูและผู้ปกครอง โดยส่งเสริมการรับรู้และเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชน และจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตประจำสถานศึกษาเพื่อให้คำปรึกษาและดูแลนักเรียน 3) การสนับสนุนการเข้าถึงบริการ

สุขภาพจิตที่ทันเวลาและไม่สร้างการตีตรา โดยเชื่อมโยงบริการสุขภาพจิตระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงเรียน และชุมชน และลดเวลารอคอยในการรับบริการ 4) การป้องกันการออกจากระบบการศึกษาในเด็กทุกช่วงวัย พร้อมติดตามและสนับสนุนให้ผู้ที่ยังออกจากระบบการศึกษาสามารถกลับเข้าสู่การศึกษาหรือตลาดแรงงานได้ และ 5) การสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านสู่การศึกษาต่อและการทำงานของเยาวชน โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงเรียน สถาบันการศึกษา นายจ้าง และหน่วยงานด้านสุขภาพจิต

แนวทางที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน และสนับสนุนการกลับสู่การทำงาน ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงทางจิตสังคมในสถานที่ทำงาน โดยส่งเสริมให้สถานประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายด้านความปลอดภัยทางจิตสังคม และสนับสนุนบริการด้านอาชีวอนามัยในที่ทำงาน 2) การลดการตีตราในที่ทำงาน โดยส่งเสริมความตระหนักด้านสุขภาพจิตให้กับบุคลากร ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และสร้างสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพจิตที่ดี 3) การส่งเสริมความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตต่อศักยภาพในการทำงาน โดยพัฒนาแนวปฏิบัติในสถานที่ทำงานเพื่อช่วยเหลือและดูแลบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต 4) การส่งเสริมการกลับไปทำงานของบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยออกแบบนโยบายและแนวทางการทำงานที่ยืดหยุ่น และจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม และ 5) การลดการลาป่วยจากปัญหาสุขภาพจิต โดยสนับสนุนการเจรจาร่วมกันระหว่างนายจ้าง ลูกจ้าง และบุคลากรผู้รักษา เพื่อปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม

แนวทางที่ 4 การปรับปรุงระบบสวัสดิการสังคมและการจ้างงาน ได้แก่ 1) การลดการขอรับสิทธิประโยชน์จากปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถป้องกันได้ โดยใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำงานของผู้รับสิทธิประโยชน์ และมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 2) การพัฒนาระบบการเพื่อช่วยให้ผู้หางานที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงบริการการจ้างงานและการฝึกอบรมที่เหมาะสม 3) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะด้านสุขภาพจิตแก่เจ้าหน้าที่ด้านสวัสดิการ เพื่อเพิ่มความเข้าใจและความสามารถในการสนับสนุนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และ 4) การบูรณาการบริการด้านสุขภาพจิตกับการจ้างงาน

โดยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านการจ้างงาน และหน่วยงานด้านสุขภาพ และบูรณาการการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยากับกระบวนการจัดหางาน

การวิเคราะห์บริบทการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศไทย ตามข้อเสนอแนะด้านสุขภาพจิตของ OECD

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของ OECD มีแนวทางที่สอดคล้องกับแนวโน้มโลก โดยมุ่งปรับกระบวนการทัศน์จากการเน้นการรักษาทางการแพทย์เป็นหลัก ไปสู่แนวทางบูรณาการที่เชื่อมโยงสุขภาพจิตกับการเพิ่มทักษะและการทำงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่มิติด้านบริการสุขภาพจิต ที่เน้นการเข้าถึงที่รวดเร็วตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ เพื่อป้องกันไม่ให้ความเครียดระดับเล็กน้อยพัฒนาเป็นโรคเรื้อรัง มิติด้านเยาวชนและการศึกษา ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการออกกลางคันอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพจิต และระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน ตลอดจนมิติด้านแรงงาน ที่มุ่งส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน การป้องกันความเสี่ยงทางจิตสังคมของบุคลากร และการสนับสนุนการกลับเข้าสู่การทำงานของบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต

จากการทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่า มีความก้าวหน้าในหลายด้าน โดยเฉพาะโครงสร้างพื้นฐานและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC) ซึ่งครอบคลุมสิทธิการรักษาและยาจิตเวชพื้นฐาน รวมถึงมีระบบการคัดกรองค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ครอบคลุมทั้งในระดับชุมชน ภาครัฐเครือข่าย องค์กรปกครองท้องถิ่น และสถานพยาบาล ตลอดจนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดหลังจำหน่ายจากสถานพยาบาล เช่น การติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนในรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน การติดตามทางไกล (telemedicine/telepsychiatry) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (psychiatric home ward) และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ⁶

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้ดำเนินมาตรการเพื่อลดช่องว่างจากปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิตในการทำงานระดับชุมชน โดยการยกระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้การยอมรับว่าเป็นรากฐานที่แข็งแกร่งในการเข้าถึงประชาชน ให้เป็น “อสม. ผู้เชี่ยวชาญสุขภาพจิตชุมชน” พร้อมทั้งประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อลดข้อจำกัดที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤตและการตีตราทางสังคม ผ่านแพลตฟอร์มและแอปพลิเคชัน เช่น Sati App, OOCA, Mental Health Check-In, DMIND และต่อเติมใจ เพื่อให้บริการคัดกรองและให้การปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ที่ไม่สะดวกหรือไม่มีความพร้อมในการเดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาล⁶ การดำเนินการดังกล่าวช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน ให้สามารถรับบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู ตลอดจนเสริมสร้างระบบชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำในการกระจายตัวของจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ซึ่งกว่าร้อยละ 50 กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองใหญ่ ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ชนบทและห่างไกล ประสบความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ ขณะเดียวกัน ความผันผวนทางเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์และวิกฤตต่าง ๆ ยังเป็นปัจจัยระดับมหภาคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน ซึ่งมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของภาระโรค (burden of disease) ทั้งจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ⁷ นอกจากนี้ แม้ประเทศไทยมีมาตรการเพื่อลดการตีตราทางสังคม เช่น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในชุมชน แต่ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวชยังคงฝังรากลึกและเป็นอุปสรรคสำคัญ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 50 - 60 ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม⁶

เมื่อประเมินศักยภาพการดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทยในมิติด้านกฎหมาย นโยบาย และแนวทางปฏิบัติ

ตามข้อเสนอแนะ พบว่า ประเทศไทยมีศักยภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง เป็นระบบ และมีนวัตกรรม การดำเนินงานที่หลากหลายและสร้างสรรค์ โดยภาพรวมมีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ OECD⁸ สรุปได้ดังนี้

ด้านกฎหมาย (legislation) พบว่า ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 ที่รองรับสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมสิทธิการรักษา การคุ้มครองข้อมูล การเข้าถึงบริการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ตลอดจนมีกฎหมาย/มาตรการเฉพาะสำหรับเด็ก เยาวชน และผู้พิการ เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พระราชบัญญัติการศึกษา และพระราชบัญญัติคนพิการ ซึ่งเอื้อต่อการคุ้มครองประชาชนกลุ่มเปราะบาง

ด้านนโยบาย (policies) พบว่า มีคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับชาติและแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการระดับชาติ ทั้งแผนพัฒนาสุขภาพจิต แผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน ที่วางกรอบการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟู โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาทุนมนุษย์และการดูแลสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต

ด้านการปฏิบัติ (practices) พบว่า มีการให้บริการสุขภาพจิตผ่านสายด่วน 1323 Mental Health Check-In ระบบการคัดกรองที่ชุมชน (อสม./V-care) telepsychiatry/telemedicine การดำเนินงานฟื้นฟูในชุมชน (community recovery) รวมทั้งการเปิดศูนย์จิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมทุกจังหวัด สะท้อนถึงการขยายบริการเชิงนวัตกรรมและการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพจิต สำหรับงานสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน พบว่า มีการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต พฤติกรรม และอารมณ์ของเด็กนักเรียนผ่านระบบ School Health HERO โดยมีเครือข่ายที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต (HERO consultant) ช่วยให้การดูแล ฝ้าระวัง และประสานการส่งต่อ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งการฝึกอบรมระยะสั้นและระยะยาว เช่น หลักสูตรพยาบาลจิตเวช และการอบรมครูแนะแนว เพื่อเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเพิ่มเติมของประเทศไทยภายใต้ข้อเสนอแนะของ OECD

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงมีประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อยกระดับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตให้มีความครอบคลุม มีความเป็นสากลมากยิ่งขึ้น ตลอดจนมีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ OECD โดยการขับเคลื่อนดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น⁹ ดังตารางที่ 1

ข้อเสนอมาตรการ/กลยุทธ์/กิจกรรมการพัฒนางานสุขภาพจิตดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยกลไกการบริหารจัดการด้านกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติการ ดังนี้

ด้านกฎหมาย ได้แก่ 1) การแก้ไขหรือออกกฎหมายเพื่อรองรับการห้ามเลือกปฏิบัติด้านสุขภาพจิตในสถานประกอบการ รวมถึงการกำหนดมาตรการคุ้มครองการกลับไปทำงาน และกลไกทวงโทษหรือการเยียวยาในกรณีที่มีการเลือกปฏิบัติ 2) การกำหนดกรอบกฎหมายเพื่อเชื่อมโยงการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตกับสิทธิด้านสวัสดิการ โดยให้ระบบประกันหรือกองทุนที่เกี่ยวข้องครอบคลุมบริการฟื้นฟูระยะยาว รวมถึงการฝึกทักษะเพื่อสนับสนุนการกลับเข้าสู่การทำงาน และ 3) การประกาศข้อกำหนดขั้นต่ำสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตในสถานประกอบการในฐานะสวัสดิการแรงงาน พร้อมทั้งการกำหนดมาตรการคุ้มครองข้อมูลและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้ารับการประเมิน

ด้านนโยบาย ได้แก่ 1) การกำหนดให้การจ้างงานและส่งกลับสู่การทำงานสำหรับผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตเป็นนโยบายระดับชาติ โดยจัดให้มีมาตรการจูงใจนายจ้าง เช่น สิทธิประโยชน์ทางภาษี เงินอุดหนุนหรือทุนฝึกงาน การสนับสนุนปรับสภาพงานและสภาพแวดล้อมการทำงาน รวมถึงการจัดทำแนวปฏิบัติด้านการกลับเข้าทำงาน โดยหน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงแรงงาน และกรมสุขภาพจิต 2) การกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการเพิ่มจำนวนและการกระจายบุคลากรสุขภาพจิตที่ขาดแคลน เช่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาโรงเรียน และนักกิจกรรมบำบัด พร้อมทั้งจัดทำแผนงบประมาณและมาตรการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการไปปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ทุรกันดารอย่างต่อเนื่อง และ 3) การขยายมาตรการด้าน

ตารางที่ 1 การดำเนินงานที่ประเทศไทยพัฒนาเพิ่มเติม ภายใต้ข้อเสนอแนะของ OECD

การดำเนินงาน	มาตรการ/กลยุทธ์/กิจกรรม	หน่วยงานรับผิดชอบ
<p>การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การบูรณาการดูแลสุขภาพจิตและการจ้างงาน และการที่สนับสนุนการกลับสู่การเรียนรู้/การทำงานของผู้ป่วย 	<p>มาตรการ/กลยุทธ์/กิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผลักดันนโยบายการรับผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ผ่านการฝึกทักษะและกลับสู่สังคมการทำงานและการเรียน • กำหนดแนวทางการรักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช และการสนับสนุนให้กลับสู่การเรียนรู้/การทำงาน • ปรับปรุงคู่มือให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนให้เหมาะสมกับแต่ละตามช่วยวัย รวมถึงในสถานประกอบการ 	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต) • กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน/สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา) • กระทรวงแรงงาน (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน)
<p>การดูแลสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน</p> <ul style="list-style-type: none"> • การป้องกันการออกจากระบบการศึกษาในเด็กทุกช่วงวัย และสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านสู่การศึกษาต่อและการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> • บูรณาการความร่วมมือระหว่างกรมสุขภาพจิต กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงแรงงาน เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันการออกจากระบบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต) • กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน/สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา) • กระทรวงแรงงาน (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน)
<p>การส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • การลดการตีตราในที่ทำงาน และส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับ การสูญเสียศักยภาพในการทำงานเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพจิต 	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาศักยภาพผู้นำ/บุคลากรด้านการรับมือปัญหาสุขภาพจิตในที่ทำงาน • ส่งเสริมสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี • พัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานในการดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต • สร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับผลของปัญหาสุขภาพจิตต่อการสูญเสียศักยภาพในการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต)
<p>การปรับปรุงระบบสวัสดิการสังคมและการจ้างงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเพื่อลดความจำเป็นในการขอรับสิทธิประโยชน์และบูรณาการดูแลสุขภาพจิตเข้ากับกรจ้างงาน 	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาการออกแบบ/แนวทางการประเมินและสนับสนุนสุขภาพจิตของผู้สมัครงาน เพื่อป้องกันดูแลปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ต้น 	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวงแรงงาน (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน)

การป้องกันและการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต อย่างเป็นระบบ เช่น การรณรงค์ในระดับชาติเพื่อลดการตีตรา (anti-stigma campaigns) และการบูรณาการหลักสูตรทักษะ และสุขภาพจิตในระบบการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมและ ต่อเนื่อง

ด้านการปฏิบัติการ ได้แก่ 1) การสร้างเส้นทาง และโอกาสในการกลับสู่การศึกษาหรือการทำงานสำหรับผู้มี ปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช โดยจัดทำคู่มือและ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตที่บูรณาการการพัฒนา ทักษะชีวิตและทักษะอาชีพ การฝึกงานหรือการจ้างงาน แบบมีผู้สนับสนุน (supported employment) รวมถึง การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 2) การพัฒนา ศักยภาพบุคลากรและการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพจิต อย่างเป็นธรรม เช่น การสนับสนุนทุนฝึกอบรมสาขา จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น การเพิ่มอัตรากำลังนักจิตวิทยา ในสถานศึกษา การส่งเสริมการฝึกปฏิบัติงานในชุมชน และ การนำเทคโนโลยี telepsychiatry มาใช้เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 3) การจัดทำเครื่องมือเชิงปฏิบัติ (practical toolkits) สำหรับสถานประกอบการ ครอบคลุม แนวทางการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต การปรับตัวที่ เหมาะสม แผนการกลับสู่การทำงาน และการพัฒนาผู้นำ ด้านสุขภาพจิตในองค์กร (mental health leader) ควบคู่ กับมาตรการจูงใจให้นายจ้างหรือผู้ประกอบการรับผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิตกลับเข้าทำงาน และ 4) การบูรณาการระบบ ข้อมูลระดับชาติด้านสุขภาพจิตและสังคม เพื่อรวบรวมและ เชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการ การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต การหลุดออกจากระบบการศึกษา การเรียนรู้และการทำงาน การสูญเสียทรัพยากรทั้งด้านกำลังคนและงบประมาณ จากการเจ็บป่วย รวมถึงผลลัพธ์การรักษา การฟื้นฟู และการกลับเข้าสู่การศึกษาหรือการทำงาน เพื่อเป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ และการวางแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

บทสรุปและทิศทางอนาคตของการยกระดับระบบ สุขภาพจิตไทยสู่มาตรฐาน OECD

เจตจำนงของรัฐบาลในการนำพาประเทศไทยเข้าสู่ การเป็นสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการ พัฒนา (OECD) ภายในปี พ.ศ. 2573 เป็นแรงขับเคลื่อน

สำคัญให้เกิดการปฏิรูปกฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติ ของประเทศให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยเฉพาะ ด้านสาธารณสุขและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นหนึ่งในประเด็นเป้าหมาย ในระยะแรก ภายใต้กรอบข้อเสนอแนะของคณะมนตรี OECD “recommendation on integrated mental health, skills and work policy” ซึ่งเสนอให้มีการพัฒนาระบบ สุขภาพจิตที่เน้นการบูรณาการสุขภาพจิตในสี่เสาหลัก ได้แก่ ระบบสุขภาพ ระบบการศึกษาและเยาวชน สถานที่ทำงาน และระบบสวัสดิการ

การสมัครเข้าเป็นสมาชิก OECD ถือเป็นโอกาส สำคัญของประเทศไทยที่จะได้ปฏิรูปโครงสร้างและยกระดับ มาตรฐานการบริการด้านสุขภาพจิตของประเทศให้เทียบเท่า สากล สอดคล้องกับแนวทางบูรณาการและบรรลุนิยามทัศน์ ของ OECD “นโยบายที่ดีกว่า เพื่อชีวิตที่ดีกว่า” ทั้งนี้ การขับเคลื่อนให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมจำเป็นต้องอาศัย ความร่วมมือและการขับเคลื่อนจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการ สุขภาพจิตที่มีคุณภาพ เท่าเทียม และยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Economic and Social Development Council. The government aims for Thailand to become an OECD member by 2030 to further elevate the country to international standards [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2025 Mar 10 [cited 2025 Nov 30]. Available from: <https://www.nesdc.go.th/the-government-aims-for-thailand-to-become-an-oecd-member-by-2030-to-further-elevate-the-country-to-international-standards/>. (in Thai)
2. Strategy and International Cooperation Division, Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand's accession to the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2025 Aug 18 [cited 2025 Dec 9]. Available from: <https://inter.nesdc.go.th/download/factsheet-th2oecd-as-of-18-august-2025/>. (in Thai)
3. Lertjittam W. Why is the OECD important and why does Thailand need to join? [Internet]. Bangkok: The Standard; 2024 Jun 18 [cited 2025 Nov 30]. Available from: <https://thestandard.co/oecd-importance/>. (in Thai)

4. Organisation for Economic Co-operation and Development. Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 [cited 2025 Dec 9]. Available from: <https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/334/334.en.pdf>
5. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. Meeting documents on public health implementation for Thailand's accession to the OECD [Unpublished document]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025. (in Thai)
6. Pokpermddee P, Sukpatthanakul K, Phimla S, Pensuriya W, Charoensuntisuk N, Kongsueb P, et al. Health at a Glance Thailand 2022 - 2023. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2024. (in Thai)
7. International Health Policy Program. Report on the burden of disease and injuries of the Thai population 2022. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2023. (in Thai)
8. Strategy and Planning Division, Department of Mental Health. Self-assessment document (Initial Memorandum) under OECD/LEGAL/0420: Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2025. (in Thai)

ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 - 4
ประจำปี 2568

(Index: Journal of Mental Health of Thailand 2025
Volume 32 Number 1 - 4)

- ดัชนีชื่อเรื่อง (Title Index)
- ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author Index)



<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/announcement/view/2321>



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>



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2568

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	A
แก้ข้อความผิด	B
บทความพิเศษ	
สหพันธ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งเอเชีย: ประวัติและบทบาทของจิตแพทย์ไทย พิเชฐ อุดมรัตน์	430
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์ Bounce Back Bullying (BBB) ต่อพฤติกรรมการรังแกและความแข็งแกร่งในชีวิต ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อรัญญา จิตติถาวร, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข	433
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นเกมกับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นไทย วิชชพงศ์ อริยสุนทร, วัลลภา อัศจรรย์ะสิงห์	447
มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สุติวัฒน์ จรูญรักษ์, เมธีวัชร ชิตเดชะ	456
ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่สบฟันหลังกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุ: การศึกษาแบบภาคตัดขวางในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี วรุฒ ชลธิทิกุล, วิลาสินี วชิเจริญทรัพย์, กวินท์ จันทร์เนียม, จารุวรรณ ท่วงที, พรรรัตน์ ศักดิ์แพทย์	471

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ด



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

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