

១១. មេឃាយន ២៥៦៨

เรื่อง ขอบประชาสัมพันธ์วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๘

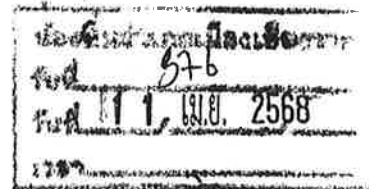
จำนวน ๑ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

22 12.8. 2568



บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ โทร.๐-๕๓๑๕-๐๑๖๕

ที่ ขร ๐๐๒๓.๖/ว ๙๕๕

วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๘

เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

ด้วยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า กรมสุขภาพจิตได้จัดทำวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Journal) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ เป็นสื่อการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพจิตและวารสารสุขภาพจิตฯ ได้รับการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI) ให้อยู่ในกลุ่มที่ ๒ (Tier ๒) ระยะเวลาตั้งแต่ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๒

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ จึงขอให้ท้องถิ่นอำเภอประชาสัมพันธ์วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๘ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ เพื่อการพัฒนาคุณภาพและบริการของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๕๔๐ ๘๒๕๔ และดาวน์โหลดสิ่งที่ส่งมาด้วยได้ที่เว็บไซต์ <https://shorturl.asia/C81q7> หรือ QR Code รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๒๑.๕/ว ๑๕๗๐ ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๘ ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

เพ็ญพักตร์ อ.เมือง.จ

- เพลอ ๐๕๓๑๕

- สก.จ. หน้า ปก.ร.เชียงใหม่

จากเรา สุพรรณจิต ๙

- เพ็ญพักตร์ อ.เมือง.จ

พิรณ

น/ม.ช.ใจ

(นายเจตณรงค์ อินกัน)
จังหวัดเชียงใหม่

- 11/๒๕๖๘

(นางอลิสา สกุตสมนต์ไช)
ท้องถิ่นอำเภอเมืองเชียงใหม่

11/๒๕-๖๘

ผู้ประสานงาน นางสาวสุจิตรา ดาวเรือง โทร. ๐๘ ๐๐๖๙ ๒๖๗๗

NEW ISSUE



วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ฉบับที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2565 /
Volume 33 Number 1 January - March 2020
www.jmhp.or.th/journal/index.php/jmhp

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อการรับรู้การวินิจฉัยโรคออทิซึมเด็กในเด็ก โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ตอนบน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศในระบบเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู

การวินิจฉัยและ การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ความรู้ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ตอนบน 9 จังหวัด (9 symptoms 9S)

ประสบการณ์ด้านจิตใจกับบาดแผลทางใจจากการรับฟังความทุกข์ของผู้ใช้บริการของนิตยสารส่งเสริมสุขภาพจิตและการแพทย์ไทย

การรับรู้ของชุมชน ปวงจันทร์เมืองจันทร์ และความเชื่อมโยงกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองปรางค์ 6 - 25 ปี

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของบิดามารดา ความบกพร่องทางสติปัญญา และการรับรู้การรับรู้ความเครียดในเยาวชน

Factors associated with stress in parents of children with congenital anomalies

Journal of
Mental Health of Thailand





กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2568

Volume 33 Number 1 January - March 2025

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

- ❶ ผลงานโปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึม spectrum ในเด็ก โรงพยาบาลอุบลราชธานี
- ❷ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู
- ❸ การพัฒนาและการทดสอบคุณสมบัติการวัดด้านจิตวิทยาของเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น 9 ข้อ (9 symptoms: 9S)
- ❹ ประสบการณ์ด้านจิตใจกับบาดแผลทางใจจากการรับฟังความทุกข์ของผู้ใช้บริการของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย
- ❺ การเลี้ยงดูเชิงบวก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์กับการติดเกมในเด็กและเยาวชนไทย อายุ 6 - 25 ปี
- ❻ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์การรับมือความเครียดในเยาวชน
- ❼ Factors associated with stress in parents of children with congenital anomalies

Journal of
Mental Health of Thailand

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

นพ.ปรีดิพัทธ์ สรรพธรรมสัมฤทธิ์

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พีเชษฐ อุดมรัตน์

รองประธานสมาคมโลกเพื่อการฟื้นฟู
ทางจิตสังคม

พญ.พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อชิบ ตันอารีย์

โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

นพ.สุทธา สุปัญญา

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง

สำนักวิชาการสุขภาพจิต

นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

นพ.ศุภเสก วิโรจนาภา

โรงพยาบาลศรีธัญญา

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สวดี อัมมวงค์กรชัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.พญ.ศิริจิตต์ สุทธิจิตต์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.พญ.พรจิรา ปรีวีชากุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภูขาว

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พญ.ดุชนันท์ จีระกุลวิทย์

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

พญ.เบญจพร ปัญญา

ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)

ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก

ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)

ดร.สุตา วงศ์สวัสดิ์

ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการ

สาธารณสุข)

บรรณาธิการต่างประเทศ

Dr.Alan Frederick Geater

Faculty of Medicine, Prince of
Songkla University

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทรีรัตน์ พงษ์ทิยะ

นางลือจรรยา ธนภักดิ์

นางสาวพาสณา คุณาธิวัฒน์

นางสาวศรีณณพิชญ์ อักษร

นางจิตติยา 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, 8561 โทรสาร 0-2149-5539

e-mail: jmht@dmh.mail.go.th jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของ
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

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

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้
แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

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. Medical Doctor, Advisory Level
(Retired government official)

Editor-in-Chief

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

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamkhang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs
Sujira Prechawit, M.D. Srinakharinwirot University
Supasaek Virojanapa, M.D. Srithanya Hospital

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaissal, M.D. Khon Kaen University
Prof.Sirijit Suttajit Chiang Mai University
Assoc.Prof.Pornjira Pariwatcharakul, M.D. Mahidol University
Assoc.Prof.Tawanchai Jirapramukpitak, M.D., Ph.D. Mahidol University
Asst.Prof.Darunee Phukao, Ph.D. Mahidol University
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Bureau of Mental Health Service Administration
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 Mrs.Luechanya Thanaphakawat
Ms.Passana Gunadhivadhana Ms.Sarunyapich Aksorn
Mrs.Thitiya Jantaprom

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, 8561 Fax. +66-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th
jmht.dmh@gmail.com

Remark:

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

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 1 มกราคม - มีนาคม 2568

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมในเด็ก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สุชาวลี พันธุ์พงษ์	1
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ราชนัย ท้าวพา, เยาวดี ศรีสถาน	12
การพัฒนาและการทดสอบคุณสมบัติการวัดด้านจิตวิทยาของเครื่องมือเฝ้าระวัง ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น 9 ข้อ (9 symptoms: 9S) อภิษฐา พลรักษ์, วีร์ เมฆวิสัย, ดุชนฎี จิงศิริกุลวิทย์	24
ประสบการณ์ด้านจิตใจกับบาดแผลทางใจจากการรับฟังความทุกข์ของผู้ใช้บริการของ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย ณธชา กำลังสิงห์, อีรวรรณ อีระพงษ์	34
การเลี้ยงดูเชิงบวก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์กับการติดเกมในเด็กและเยาวชน ไทย อายุ 6 - 25 ปี ปิยพร เตชะมณีสถิตย์, ชาญวิทย์ พรนภดล, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์	46
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์ การรับมือความเครียดในเยาวชน กรรติน์ เสมาทอง, อิดารัตน์ ปุณณชัยศิริ, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์	60
Factors associated with stress in Parents of children with congenital anomalies Siripuk Sawetchaikul, Paweena Wongborpid	70
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 33 Number 1 January - March 2025

CONTENTS PREFACE	Page
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
The effect of family empowerment program following a child's diagnosis of autism spectrum disorder, Yuwaprasart Waithayopathum hospital Suchawalee Punphong	1
Development of a care system with network participation for individuals with substance use disorders in Nong-bua Lamphu province Rachan Thaopha, Yaowadee Srisathan	12
Development and psychometric testing of a 9-item surveillance tool for mental health problems in Thai children and early adolescents (9 Symptoms: 9S) Apichaya Polrak, Wee Mekwilai, Dutsadee Juengsiragulwit	24
Psychological experiences and vicarious traumatization of Thai medical social workers Natasa Kamlangsing, Teerawan Teerapong	34
Positive parenting, associated factors, and relationship with game addiction among Thai children and adolescents aged 6 - 25 years Piyaphorn Techamaneesathit, Chanvit Pornnoppadol, Wanlop Atsariyasing	46
Relationships between gratitude, self-compassion and coping strategies in late adolescence Konrut Saemathong, Tidarat Puranachaikere, Wanlop Atsariyasing	60
Factors associated with stress in parents of children with congenital anomalies Siripuk Sawetchaikul, Paweena Wongborpid	70
INSTRUCTION TO AUTHORS	
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 ที่ผ่านมา ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) ได้ประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 (รับรองคุณภาพวารสารเป็นเวลา 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2568 - 2572) วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยได้ผ่านการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการโดยได้รับการรับรองเป็น “วารสารกลุ่มที่ 2” ทั้งนี้ วารสารจะยังคงพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของวารสารต่อไป คือ เผยแพร่ผลงานผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับที่ 1 ของปี พ.ศ. 2568 นี้มีบทความนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมด 7 เรื่องที่มีเนื้อหาหลากหลาย ครอบคลุมการพัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น การส่งเสริมพลังสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคออทิซึมสเปกตรัม ความเครียดของผู้ปกครองเด็กที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด การเลี้ยงดูเชิงบวกและการตีความในเด็กและเยาวชน ความรู้สึกสำนึกขอบคุณและกลยุทธ์การรับมือความเครียดในเยาวชน ประสบการณ์กับบาดแผลทางใจของนักสังคมสงเคราะห์จากการให้บริการ และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยในการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่พัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมในเด็ก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วันรับ : 9 สิงหาคม 2567

วันแก้ไข : 21 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 3 ธันวาคม 2567

สุชาวาลี พันธุ์พงษ์, พย.ม.

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมในเด็กวัยก่อนเรียน

วิธีการ : การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ศึกษา 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมเป็นครั้งแรก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมในเด็ก ระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม กลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแล ประเมินพลังอำนาจก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยการทดสอบที

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน อายุเฉลี่ย 31.5 ± 7.73 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นแม่ของเด็ก เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชายและได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเมื่ออายุ 3 - 4 ปี ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (65.38 ± 4.23 และ 66.00 ± 3.71 ตามลำดับ) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (87.31 ± 4.57 และ 70.56 ± 3.20 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่าคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยก่อนการทดลองของกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมในเด็กช่วยเพิ่มพลังอำนาจของผู้ปกครองในการดูแลของเด็กออทิซึมิก ภายหลังทราบผลการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก

คำสำคัญ : พลังอำนาจ, ผู้ปกครอง, โรคออทิซึมสเปกตรัม

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุชาวาลี พันธุ์พงษ์; e-mail: Suchawalee.peung2@gmail.com

Original article

The effect of family empowerment program following a child's diagnosis of autism spectrum disorder, Yuwaprasart Waithayopathum hospital

Received : 9 August 2024

Revised : 21 September 2024

Accepted : 3 December 2024

Suchawalee Punphong, M.N.S.

Yuwaprasart Waithayopathum Child and Adolescent Psychiatric Hospital,
Department of Mental Health

Abstract

Objective: To assess the effect of family empowerment program after a preschool child's diagnosis of autism spectrum disorder (ASD).

Methods: This study was a randomized controlled trial with a two-group pretest-posttest design, conducted in outpatient department of Yuwaprasart Waithayopathum hospital. Participants were family caregivers of preschool children newly diagnosed with ASD. The experimental group received a six-week family empowerment program, conducted once a week, while the control group received only standard nursing care, including individual counseling, psychoeducation, and parenting skills training. Empowerment was assessed pre- and post-intervention using an empowerment assessment scale. Differences in means scores were analyzed using t-tests.

Results: A total of 32 participants were randomly assigned to either the experimental ($n = 16$) or control group ($n = 16$). Participants were predominantly female and mothers, with a mean age of 31.5 ± 7.73 years. Their children were mostly male, with a first diagnosis occurring at the age of 3 - 4 years. There were no significant differences in baseline characteristics or pretest empowerment scores between the experimental (65.38 ± 4.23) and control groups (66.00 ± 3.71). After the intervention, the mean empowerment score of the experimental group (87.31 ± 4.57) was significantly higher than that of the control group (70.56 ± 3.20). Within the experimental group, the mean empowerment score showed a statistically significant increase when comparing pre- and post-intervention.

Conclusion: The family empowerment program effectively increases caregivers' empowerment in caring for their children following an ASD diagnosis, suggesting its potential benefit in supporting families during this challenging time.

Keywords: autism spectrum disorder, empowerment, family caregiver

Corresponding author: Suchawalee Punphong; e-mail: Suchawalee.peung2@gmail.com

ความรู้เดิม : การได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัมของเด็กก่อนวัยเรียนส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคมของผู้ปกครอง นำไปสู่ภาวะหมดพลังอำนาจในการดูแลเด็กออทิสติกได้

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัมในเด็กเน้นการส่งเสริมการปรับตัวทางอารมณ์ การยอมรับตนเอง การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยเพิ่มพลังอำนาจของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติกได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาบริการทางการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ปกครองเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลเด็กออทิสติกและรับมือกับความท้าทายต่าง ๆ ในระยะหลังได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคเป็นครั้งแรก

บทนำ

โรคออทิสซึมสเปกตรัม (autism spectrum disorder: ASD) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาทที่แสดงความบกพร่องทางด้านภาษาและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีลักษณะพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนซ้ำ ๆ ขาดความยืดหยุ่น มีความสนใจในกิจกรรม หรือมีแบบแผนที่จำกัดเฉพาะบางเรื่อง¹ ส่งผลทำให้พัฒนาการด้านภาษาและด้านสังคมไม่เป็นไปตามวัย รวมทั้งมีปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ตามมา ซึ่งเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัม (เด็กออทิสติก) แต่ละคนมีอาการหรือระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันไป²

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัม 204,477 คน คิดเป็นอัตรา 291.65 ต่อแสนประชากร³ กระทรวงสาธารณสุข รายงานเด็กออทิสติก รายใหม่ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 4,786 คน คิดเป็นอัตรา 8.09 ต่อแสนประชากร³ สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับบริการของเด็กออทิสติก รายใหม่ที่ได้รับการบริการที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2566 มี 455, 299, 203, 390 และ 442 คน ตามลำดับ รวม 1,789 คน ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มผู้ป่วยใหม่ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี และพบว่าเด็กที่ได้รับ

การวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัมครั้งแรกมีอายุ 3 ปีมากที่สุด พบ 489 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 อายุน้อยที่สุด คือ 1 ปี พบ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7⁴

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสซึมสเปกตรัมเป็นความท้าทายที่ส่งผลกระทบต่อพลวัตรของครอบครัว โดยเฉพาะใน 6 เดือนแรกหลังการวินิจฉัย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ปกครองเด็กออทิสติกต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวในหลายด้าน เช่น การทำความเข้าใจอาการของเด็ก การดูแล การบริหารเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ ตลอดจนการปรับตัวด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่าในระยะนี้ผู้ปกครองมักประสบความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสีย หรือภาวะซึมเศร้า⁵ ซึ่งความสามารถในการปรับตัวของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอายุของเด็กขณะได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ความคาดหวังที่ผู้ปกครองมีต่อเด็ก การรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดู รวมถึงอาการและปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็กออทิสติก⁷ ดังนั้นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม และข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้รับบริการที่เหมาะสมในระยะนี้จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถปรับตัว เตรียมความพร้อมในการดูแล และรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7,8}

พลังอำนาจ คือ ความสามารถหรืออำนาจในการมีอิทธิพลหรือควบคุมสิ่งต่าง ๆ การส่งเสริมพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มุ่งเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยการเสริมสร้างความสามารถในการคิดวิเคราะห์และตระหนักรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหาอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความตระหนักถึงศักยภาพที่มีอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของตนเองและสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่⁹ แนวคิดการส่งเสริมพลังอำนาจได้ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมพลังครอบครัวของเด็กออทิสติกอย่างแพร่หลาย การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศในผู้ปกครองเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมพลังครอบครัวช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลและจัดการกับความต้องการของเด็ก ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัว และช่วยให้พัฒนาการและอาการของเด็กดีขึ้น^{10,11}

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศไทยที่เน้นการส่งเสริมพลังครอบครัวเด็กออทิสติกในระยะหลังจากการได้รับการวินิจฉัยอย่างเฉพาะเจาะจง อีกทั้งการพยาบาลตามปกติแก่ผู้ปกครองในช่วงเวลาดังกล่าว มักเน้นไปที่การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลที่มีการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการเสริมสร้างพลังครอบครัวในบริบทที่เฉพาะเจาะจงที่ครอบคลุมการส่งเสริมความสามารถในการรับรู้และยอมรับอารมณ์ของตนเอง การปรับตัวต่อผลการวินิจฉัย การจัดให้มีข้อมูลที่จำเป็นและทรัพยากรที่เข้าถึงได้ และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการจัดการปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองให้การดูแลเด็กออทิสติกที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและลดผลกระทบด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคมของทั้งตัวเด็กและผู้ปกครอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัมในเด็ก ต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก

วิธีการ

การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) ศึกษา 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลองในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ หมายเลขรับรอง 002/67 วันที่รับรอง 5 มีนาคม 2567 ดำเนินการวิจัยในเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ได้รับการบริการรูปแบบผู้ป่วยนอก เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ รับทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึมสเปกตรัมของลูกเป็นครั้งแรกภายในระยะเวลา 6 เดือน ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และสามารถพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้ กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์และให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาได้รับการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากัน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม โดยใช้

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาที่ผ่านมาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน¹¹ ได้ขนาดอิทธิพลปานกลาง (0.6) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อชดเชยกรณีกลุ่มตัวอย่างสูญหาย (drop out) จึงเป็นกลุ่มละ 16 คน รวมทั้งหมด 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติกและผู้ปกครอง ข้อมูลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับที่ของบุตร และอายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ข้อมูลผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก

2) แบบประเมินพลังอำนาจของสุชาลี พันธุ์พงษ์ และคณะ¹² ใช้ประเมินพลังอำนาจผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก 2 ครั้ง ในช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที โดยดัดแปลงจากแบบประเมินของสุภาวดี ชุ่มจิตต์¹³ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller¹⁴ แบบประเมินมี 20 ข้อ แบ่งเป็น 6 มิติ ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 4) การรับรู้ต่อตนเอง 5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 6) บทบาทและสัมพันธ์ภาพกับสิ่งแวดล้อม โดยผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินตนเองและเลือกตอบเอง คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คิดเป็น 1 - 5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวม 100 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ค่าคะแนนพลังอำนาจในการดูแลอยู่ในระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านรู้เข้าใจอาการของโรคออทิสซึม (มิติการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย) ท่านมีเป้าหมายในการดูแลและพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้เต็มศักยภาพประสิทธิภาพ (มิติความสามารถในการจัดการกับปัญหา) และท่านมีความเชื่อมั่นว่าท่านสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้ดีขึ้น (มิติความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ) แบบประเมินมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ

0.90 ค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึมเด็ก ผู้วิจัยพัฒนาต้นแบบตาม modified model ของ Banach และคณะ¹⁵ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมพลังและสนับสนุนผู้ปกครองในระยะหลังทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึมเด็ก โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาในการใช้และปรับปรุงโปรแกรมให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับปัญหาทางจิตใจ การปรับตัว และความต้องการของผู้ปกครอง ในระยะนี้ตามบริบทประเทศไทย โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ร่วมประเมินความตรงด้านเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือและความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 และมีการปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและกำหนดเวลาให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ การดำเนินโปรแกรมนำโดยผู้วิจัย 1 คนและผู้ช่วย 1 คน โดยผู้ดำเนินโปรแกรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแล

เด็กออทิสติกและผู้ปกครองเป็นระยะเวลา 9 ปีและ 3 ปีตามลำดับ ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นหรือจบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมแล้ว โปรแกรมเป็นแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน มีระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับข้อมูลต่อเนื่องในแต่ละสัปดาห์และมีเวลาในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน โดยในกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งในระยะก่อนการวินิจฉัยระยะรับทราบผลการวินิจฉัย และระยะหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึมเด็กแล้ว ความคาดหวังที่มีต่อเด็กออทิสติก อาการและพฤติกรรมที่ท้าทายของเด็กออทิสติก เป้าหมายการดูแล ตลอดจนแนวทางในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างเหมาะสม รายละเอียดตามตารางที่ 1

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมที่พยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ปกครองของเด็กออทิสติกหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึมเด็กทุกราย ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยพยาบาลวิชาชีพ การให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลเด็กออทิสติก

ตารางที่ 1 กิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึมเด็ก

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	สื่อและอุปกรณ์
1	ยินดีต้อนรับ	• เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มส่งเสริมความไว้วางใจ และเสริมสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย	• บทกวี “ยินดีต้อนรับ” • ใบงานที่ 1.1 “ยินดีต้อนรับ”
2	ความฝันและการเติบโต	• เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังที่มีต่อเด็กออทิสติก	• ใบงานที่ 2.1 “ความฝันและการเติบโต”
3	เข้าใจตัวฉัน	• เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกได้เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาของตนเองหลังจากที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึมเด็ก	• ใบงาน 3.1 “ในวันนี้ ฉันก็เก่งเหมือนกัน” • ใบงานที่ 3.2 “การเติบโตของฉันไม่ใหญ่”
4	มุ่งสู่เป้าหมายด้วยกัน	• เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกได้ทำความเข้าใจเด็กออทิสติก วางเป้าหมายการดูแล และข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม	• ใบงานที่ 4.1 “เป้าหมายมีไว้พุ่งชน”
5	ก้าวใหม่	• เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนเรื่องราว ความหวังและความก้าวหน้าในการดูแลเด็กออทิสติก	• ใบงานที่ 5.1 “ภาพตอนนั้น กับ ภาพตอนนี้”
6	จดหมายถึงอนาคต	• เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงผล การปฏิบัติที่เกิดขึ้นในเชิงบวก การรับรู้คุณค่าของตนเอง	• กระดาษ ของจดหมาย ดินสอ ปากกา สี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบกลุ่มด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Pearson's chi-square test) หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) การตรวจสอบสมมติฐานของการใช้ parametric test ด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนพลังอำนาจมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบทีแบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน อายุเฉลี่ย 31.5 ± 7.73 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็กออทิสติก เด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชายและได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกเมื่ออายุ 3 - 4 ปี ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมครบโดยไม่มีการสูญหาย แสดงดังตารางที่ 2

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3 นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	รวม (n = 32)		กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มควบคุม (n = 16)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อมูลเด็ก							
เพศ							.846 ^a
ชาย	22	68.8	11	68.8	11	68.8	
หญิง	10	31.2	5	31.2	5	31.2	
อายุ							.661 ^b
อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.4 ± 0.66		3.4 ± 0.61		3.5 ± 0.72		
ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด	3.1; 5.3		3.2; 5.3		3.1; 5.1		
ลำดับที่ของบุตร							.192 ^a
1	23	71.9	11	68.8	12	75.0	
2	9	28.1	5	31.2	4	25.0	
อายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก							.332 ^b
3 - 4 ปี	24	75.0	11	68.8	13	81.2	
4 - 5 ปี	8	25.0	5	31.2	3	18.8	
ข้อมูลผู้ปกครอง							
เพศ							.486 ^a
ชาย	8	25.0	3	18.8	5	31.2	
หญิง	24	75.0	13	81.2	11	68.8	
อายุ (ปี)							.660 ^b
อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	31.5 ± 7.73		30.6 ± 3.74		32.4 ± 10.37		
ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด	22; 60		25; 37		22; 60		

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

	รวม (n = 32)		กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มควบคุม (n = 16)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อมูลผู้ปกครอง (ต่อ)							
สถานภาพสมรส							.907 ^a
คู่	24	75.0	13	81.2	11	68.8	
หย่าร้าง	8	25.0	3	18.8	5	31.2	
ระดับการศึกษา							.267 ^c
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.	6	18.8	5	31.3	1	6.2	
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	11	34.4	4	25.0	7	43.8	
ปริญญาตรี	13	40.6	6	37.5	7	43.8	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.2	1	6.2	1	6.2	
อาชีพ							.931 ^c
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.1	1	6.2	0	0.0	
รับจ้าง	24	75.0	12	75.0	12	75.0	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	21.9	3	18.8	4	25.0	
ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก							.491 ^c
พ่อ	8	25.0	4	25.0	4	25.0	
แม่	22	68.8	12	75.0	10	62.5	
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	2	6.2	0	0.0	2	12.5	
ระยะเวลาหลังทราบผลการวินิจฉัย							.438 ^c
1 เดือน	12	37.0	5	31.3	7	43.8	
2 เดือน	12	37.5	6	37.4	6	37.5	
3 เดือน	7	21.9	5	31.3	2	12.5	
5 เดือน	1	3.1	0	0.0	1	6.2	

a : Fisher's exact test, b : independent t-test, c : chi-square test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	n	mean	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	16	65.38	4.23	30	.445	.660
กลุ่มควบคุม	16	66.00	3.71			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	16	87.31	4.57	30	12.003	< .001
กลุ่มควบคุม	16	70.56	3.20			

SD = standard deviation, df = degrees of freedom

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนพลังอำนาจระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	16	65.38	4.23	15	11.876	< .001
หลังทดลอง	16	87.31	4.57			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนทดลอง	16	66.00	3.71	15	9.624	< .001
หลังทดลอง	16	70.56	3.20			

SD = standard deviation, df = degrees of freedom

วิจารณ์

ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพลังครอบครัวหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมในเด็กและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่าคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่าคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมฯ ถูกออกแบบมาเพื่อส่งเสริมพลังครอบครัวหลังทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมในเด็ก โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ปกครองเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่กล่าวว่า “หลังจากจบโปรแกรมนี้ **ฉันรู้สึกมั่นใจที่จะดูแลลูกให้ดีขึ้น รู้สึกว่าได้มองเห็นการสนับสนุนจากหลาย ๆ แหล่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาเหมือน ๆ กัน** ตอนนี้พลังของฉันเต็มเปี่ยมแล้ว เมื่อฉันยอมรับและสู้ไปกับลูกฉันก็เห็นว่าลูกมีอาการที่ดีขึ้นด้วย” สอดคล้องกับการศึกษาของ Banach และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมที่ใช้กระบวนการสนับสนุนรายกลุ่มร่วมกับการเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพลังอำนาจในการดูแลเด็กออทิซึมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถยอมรับและปรับตัวในการดูแลเด็กออทิซึมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Szlamka และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการเสริมพลังอำนาจมีส่วนสำคัญในการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลดีที่ต่อการดูแลเด็กออทิซึม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาวลี พันธุ์พงษ์¹² ที่พบว่าโปรแกรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กออทิซึมช่วยเพิ่มพลังอำนาจของผู้ปกครอง ส่งผลให้อาการของเด็กออทิซึมดีขึ้น และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของนาออนงค์ บำรุงชน และคณะ¹¹ ที่พบว่าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่เหมาะสม

โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสนับสนุนทางอารมณ์และส่งเสริมการยอมรับและการปรับตัว เริ่มต้นด้วยกิจกรรมที่ 1 ที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างสมาชิก ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์อย่างเปิดเผยและอิสระ เกิดเป็นการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเพิ่มพลังอำนาจภายในกลุ่ม^{17,18}

กิจกรรมที่ 2 และ 3 มุ่งเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความคาดหวังที่ผู้ปกครองมีต่อเด็กออทิซึม รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ปกครองเข้าใจตนเองและบทบาทของตนเองมากขึ้นหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิซึมสเปกตรัมของเด็ก ซึ่งระหว่างการทำโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีปฏิกิริยาทางจิตใจหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยที่หลากหลายตามแนวคิดการสูญเสียของ Kübler-Ross¹⁹ ได้แก่ การปฏิเสธ ความรู้สึกผิด การต่อรอง ความโศกเศร้า และการยอมรับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fernandez-Alcantara²⁰ ที่พบว่าภายหลังจากที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย ผู้ปกครองบางคนมีความรู้สึกสูญเสีย ความโศกเศร้า ความเครียด และความกลัว ในขณะที่บางคนสามารถให้การยอมรับผลการวินิจฉัยนั้นได้ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ปกครองเด็กออทิซึมมีความซับซ้อน อาจไม่เป็นลำดับที่ชัดเจน และสะท้อนลักษณะเฉพาะในการปรับตัวของแต่ละบุคคล²¹ การเสริมสร้างความมั่นใจและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับบทบาทและศักยภาพของผู้ปกครองในการสนับสนุนเด็กออทิซึมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการยอมรับและการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ²²

สำหรับกิจกรรมที่ 4 - 6 มุ่งเน้นการช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกันภายในกลุ่มและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจในการดูแล โดยเฉพาะกิจกรรม “มุ่งสู่เป้าหมายด้วยกัน” ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้าใจปัญหาในการดูแลเด็กออทิซึม การวางแผนเป้าหมายที่ชัดเจนในการดูแล และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผ่านการร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ปกครองรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและการสนับสนุนทั้งจากสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกันและผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ

เชิงอัตวิสัย (subjective wellbeing) ของผู้ปกครอง²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Keen และคณะ²⁴ ที่พบว่า ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอและบริการที่เหมาะสมหลังจากที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึมเปกตรัม การสนับสนุนกันอย่างต่อเนื่องยังมีแนวโน้มช่วยให้สมาชิกสามารถจัดการกับปัญหาและความท้าทายได้ดีขึ้น¹⁸

โปรแกรมฯ ในการศึกษาเป็นการบูรณาการกิจกรรมที่ส่งเสริมพลังอำนาจเป็นรายกลุ่มที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ปกครองเด็กออทิสติกในระยะหลังรับทราบการวินิจฉัย ขณะที่การพยาบาลตามปกติในปัจจุบันในระยะนี้มุ่งเน้นในด้านการให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลเด็กแบบผู้ปกครองมีส่วนร่วม ซึ่งแม้จะช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกและพบว่าช่วยเพิ่มพลังอำนาจของผู้ปกครองได้เช่นกัน แต่การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์อาจทำให้ผู้ปกครองยังมีความไม่มั่นใจ รู้สึกเครียด และวิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก การส่งเสริมพลังอำนาจควบคู่ไปกับการพยาบาลตามปกติจึงช่วยเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ปกครองทั้งในการดูแลตนเองและเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม¹²

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นแม่ของเด็ก จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ปกครองเด็กออทิสติกทั้งหมดได้ อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีบทบาทและภาระหน้าที่ทั้งในด้านส่วนตัวและการดูแลเด็กแตกต่างกัน เช่น พ่อแม่มีบทบาทหลักในการฝึกทักษะและให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ขณะที่สมาชิกคนอื่นอาจมีบทบาทสนับสนุนหรือช่วยเหลือในบางด้านเท่านั้น จึงอาจนำแนวทางการส่งเสริมพลังอำนาจไปใช้แตกต่างกัน นำไปสู่การเกิดตัวแปรกวนต่อผลการศึกษา ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่พบข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษานี้วัดผลลัพธ์เบื้องต้น (immediate outcome) ของโปรแกรมฯ คือ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ปกครองเท่านั้น ซึ่งยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าการรับรู้นี้จะส่งผลต่อการดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาโดยวัด

ผลสุดท้าย (intermediate/ultimate outcome) เช่น การดูแลของผู้ปกครอง พัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมเด็กต่อไป

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจผู้ปกครองหลังได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสซึมเปกตรัมในเด็กออทิสติกช่วยเพิ่มพลังอำนาจผู้ปกครองเด็กออทิสติก แสดงให้เห็นถึงโอกาสของบริการทางเลือกเพื่อพัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุนผู้ปกครองให้มีพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติกที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ ผศ.ดร.สุนิสา สุขตระกูล พว.ทิศพรพรหมประเสริฐ และพญ.อรรรัตน์ เชาวกุลจรัสสิริ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Giovagnoli G, Postorino V, Fatta LM, Sanges V, De Peppo L, Vassena L, et al. Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. Res Dev Disabil. 2015;45-46:411-21. doi:10.1016/j.ridd.2015.08.006.
3. Ministry of Public Health. Incidence rate of new autism cases 2023 [Internet]. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2023 Sep 22]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=cb099a81f928784fe3f2aa4abd773136 (in Thai)
4. Information Technology Department, Yuwaprasart Waithayopatham Hospital. Statistics on new autistic patients receiving services at Yuwaprasart Waithayopatham hospital in 2023. Bangkok: Yuwaprasart Waithayopatham Hospital; 2023. (in Thai)

5. McKenzie R, Dallos R, Stedmon J, Hancocks H, Vickery PJ, Barton A, et al. SAFE, a new therapeutic intervention for families of children with autism: a randomised controlled feasibility trial, *BMJ Open*. 2020;10(12):e038411. doi:10.1136/bmjopen-2020-038411.
6. Reed P, Picton L, Grainger N, Osborne LA. Impact of diagnostic practices on the self-reported health of mothers of recently diagnosed children with ASD. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(9):888. doi:10.3390/ijerph13090888.
7. Desquenne Godfrey G, Downes N, Cappe E. A systematic review of family functioning in families of children on the autism spectrum. *J Autism Dev Disord*. 2024;54(3):1036-57. doi:10.1007/s10803-022-05830-6.
8. Negri LM, Castorina LL. Family adaptation to a diagnosis of autism spectrum disorder. In: Tarbox J, Dixon DR, Sturmey P, Matson JL, editor. *Handbook of early intervention for autism spectrum disorders: research, policy, and practice*. New York: Springer; 2014. doi:10.1007/978-1-4939-0401-3_7.
9. Gibson CH. A concept analysis of empowerment, *J Adv Nurs*. 1991;16(3):354-61. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.
10. Suprajitno S. Effect of family empowerment in enhancing the capabilities of children with autism. *Belitung Nurs J*. 2017;3(5):533-40. doi:10.33546/bnj.113.
11. Bamrungchon N, Rattanapiroj P, Prada J. The development of empowerment program for caregivers of persons with developmental and intellectual disabilities. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2014;28(2):125-40. (in Thai)
12. Punphong S, Yunibhand J, Suktrakul S. The effect of enhancing family caregiving ability program on autistic symptoms among autistic preschooler. *Journal of Nursing Research, Innovation, and Health*. 2019;31(3):74-92. (in Thai)
13. Chumchit S. A study of the use of an empowerment program on the caregiving burden of parents of children with autism at Yuwaprasart Waithayopatum hospital, Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai)
14. Miller JF. *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness*. 2nd ed. Philadelphia: Davis; 2000.
15. Banach M, Iudice J, Conway L, Couse LJ. Family support and empowerment: post autism diagnosis support group for parents. *Social work with groups. Soc Work Groups*. 2010;33(1):69-83. doi:10.1080/01609510903437383.
16. Szlamka Z, Sebastián C, Hanlon C, Hoekstra RA. Caregiver-centred empowerment for families raising autistic children: a qualitative case study from Argentina. *Autism*. 2024;28(11):2768-2778. doi:10.1177/13623613241238254.
17. Weiss JA, MacMullin JA, Lunsy Y. Empowerment and parent gain as mediators and moderators of distress in mothers of children with autism spectrum disorders. *J Child Fam Stud*. 2015;24:2038-45. doi:10.1007/s10826-014-0004-7.
18. Webster A, Cumming J, Rowland S. *Empowering parents of children with autism spectrum disorder*. Singapore: Springer; 2017.
19. Kübler-Ross E, Kessler D. *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Scribner; 2005.
20. Fernández-Alcántara M, García-Caro MP, Pérez-Marfil MN, Hueso-Montoro C, Laynez-Rubio C, Cruz-Quintana F. Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Res Dev Disabil*. 2016;55:312-21. doi:10.1016/j.ridd.2016.05.007.
21. Keawkanfu P, Polthaya A, Sripetcharawut S. Parental acceptance of children with autism. *Academic Psychiatry and Psychology Journal*. 2019;35(1):1-16. (in Thai)
22. Zemantic PK, Kurtz-Nelson EC, Barton H, Safer-Lichtenstein J, McIntyre LL. Family empowerment: predicting service utilization for children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2022;52(11):4986-93. doi:10.1007/s10803-021-05329-6.

23. Bi XB, He HZ, Lin HY, Fan XZ. Influence of social support network and perceived social support on the subjective wellbeing of mothers of children with autism spectrum disorder. *Front Psychol.* 2022;13:835110. doi:10.3389/fpsyg.2022.835110.
24. Keen D, Couzens D, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Res Autism Spectr Disord.* 2010;4(2): 229-41. doi:10.1016/j.rasd.2009.09.009.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู

วันรับ : 15 สิงหาคม 2567

วันแก้ไข : 25 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 18 ตุลาคม 2567

ราชันย์ ท้าวพา, ส.ม., เยาวดี ศรีสถาน, ส.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

วิธีการ : การวิจัยเชิงพัฒนา ศึกษาทุกอำเภอในจังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนจำนวน 315 คน ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดกลุ่มละ 95 คน เครื่องมือวัดผล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคจิตเวชยาเสพติด การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ภาระการดูแล สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแล แบบติดตามผู้ป่วยในชุมชน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square test, Wilcoxon signed-rank test และ paired t-test

ผล : ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประกอบด้วย การกำหนดบทบาทเครือข่าย การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการ และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล หลังกิจกรรมพัฒนาพบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้และการมีส่วนร่วมดำเนินงานโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและมีภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น

สรุป : หลังพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู เครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : จิตเวชยาเสพติด, ชุมชน, ระบบการดูแล, การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ราชันย์ ท้าวพา; e-mail: thaopha_ra@hotmail.com

Original article

Development of a care system with network participation for individuals with substance use disorders in Nong-bua Lamphu province

Received : 15 August 2024

Revised : 25 September 2024

Accepted : 18 October 2024

Rachan Thaopha, M.P.H., Yaowadee Srisathan, B.P.H.

Nongbualamphu Provincial Public Health Office

Abstract

Objective: To develop and evaluate a substance use disorders care system, incorporating community network involvement.

Methods: This research and development study was conducted in Nong-bua Lamphu province. Participant consisted of 315 community mental health network staff, 95 individuals with substance use disorders, and their family caregivers. Research instrument included assessment of substance use disorders knowledge, network participation, caregiving burden and ability, and patients' daily functioning. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, the Wilcoxon signed ranks test, and paired t-test.

Results: The developed care system, which emphasized community network involvement, included defining community role network, enhancing network participation, improving service delivery, and building caregiver capacity. After the training, there was a significant increase in both knowledge and participation levels among community staff compared to pre-training assessments. Caregivers reported a significant reduction in burden and improvement in knowledge and caregiving ability. After development, patients demonstrated improvements in their daily activities.

Conclusion: The care system with community network participation for substance use disorders has potential to enhance community network participation, strengthen caregivers' abilities and improve patients' daily functioning.

Keywords: care system, community, network participation, substance use disorders

Corresponding author: Rachan Thaopha; e-mail: thaopha_ra@hotmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภูยังขาดองค์ความรู้และความเข้าใจถึงสาเหตุปัจจัยการติดสารเสพติด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่

ความรู้ใหม่ : ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นมี 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การกำหนดบทบาทเครือข่าย การพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการ กิจกรรมเสริมแรงทางบวก และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล หลังกิจกรรมพบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภูมีความรู้โดยรวมและมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวมีภาระลดลง และสมรรถภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการประจำวันเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมใช้สารแบบเสี่ยงลดลง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนและผู้ดูแลเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยและให้การดูแลที่เหมาะสม

บทนำ

ปัญหาเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ต่อทั้งผู้เสพ ครอบครัว และชุมชน การแก้ไขปัญหานี้จึงต้องเน้นการดูแลแก้ไขแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้เสพสามารถหยุดใช้สารเสพติด¹ โดยการบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้เสพควรมีความสอดคล้องตามแต่บริบทและผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การกำหนดข้อตกลงในชุมชน การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน วิธีการด้านจิตอาสา การคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของมนุษย์ และการจัดบริการในชุมชนที่เข้าถึงได้ง่าย และมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง²

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน รายงานตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ใช้สารเสพติด 234,901 คน เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู 120,163 คน (ร้อยละ 51.2) ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ใช้สารเสพติด 201,723 คน เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู 120,915 คน (ร้อยละ 59.9) และปี พ.ศ. 2566 มีผู้ใช้สารเสพติด 206,361 คน เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู 195,604 คน (ร้อยละ 94.8)³ ในเขตสุขภาพที่ 8

ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 19,047 คน 12,241 คน และ 18,317 คน เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู 17,115 คน (ร้อยละ 89.9) 11,922 คน (ร้อยละ 97.4) และ 17,252 คน (ร้อยละ 94.2) ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดอุดรธานีมีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด 5,753 คน จาก 5,931 คน (ร้อยละ 97.0) ส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูมีผู้เข้ารับการบำบัดน้อยที่สุด 1,250 คน จาก 1,593 คน (ร้อยละ 78.5) อำเภอที่มีผลการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟู ร้อยละ 100 ได้แก่ อำเภอศรีบุญเรืองและอำเภอสวรรคคูหา รองลงมาได้แก่ อำเภอเมือง ร้อยละ 97.4 อำเภอนาวัง ร้อยละ 89.3 อำเภอโนนสัง ร้อยละ 80.0 และอำเภอนากลาง ร้อยละ 77.8 ตามลำดับ⁴ การประเมินติดตามระหว่าง ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้กลับไปเสพติดซ้ำ 27, 25 และ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6, 1.5 และ 1.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดผู้ป่วยเพียง 565 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 และผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดมีการปฏิบัติกิจวัตรอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองไม่ได้ถึงร้อยละ 25.3⁵ การทบทวนปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดต่อเนื่องที่บ้านในจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่า ที่ผ่านมาการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมีการทำงานแยกส่วนของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่จังหวัดและขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ทำให้การแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนยังไม่เป็นระบบ

ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2565 ได้มีโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชน โดยจัดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนแบบยั่งยืน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตำรวจในชุมชน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการดำเนินงานโครงการเดิมต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงและทดสอบผลเบื้องต้นระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในจังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีการ

การวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) ศึกษาทุกอำเภอในจังหวัดหนองบัวลำภู ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่ 13/2567 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา

เพื่อประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหาร อปท. เจ้าหน้าที่ปกครองอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดต่อเนื่องที่บ้านที่ผ่านมาและชี้แจงแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วม กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และวิธีการประเมินผล

ระยะที่ 2 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง

เพื่อจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของ Orem⁶ ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช⁷ การสร้างการมีส่วนร่วมเครือข่ายของ Starkey⁸ ร่วมกับผลการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 กำหนดกรอบกิจกรรมที่ครอบคลุม 5 มาตรการ ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่าย การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมแรงทางบวกในการทำงานเป็นทีม และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 3 คน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และผู้แทนคณะกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลเบื้องต้น

เพื่อทดสอบผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนในประชากร 3 กลุ่ม ได้แก่

1. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ ผู้บริหาร อปท. อปพร. แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. คำนวณ

ขนาดตัวอย่างจากสูตรทดสอบค่าเฉลี่ย⁹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 315 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดไม่น้อยกว่า 6 เดือน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละอำเภอจนครบตามขนาดตัวอย่าง

2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัว มีบทบาทดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันโดยการจัดยาและพาผู้ป่วยไปรับบริการบริการในโรงพยาบาล และเป็น **ผู้ที่ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากที่สุด** กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 95 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละอำเภอจนครบตามขนาดตัวอย่าง

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททุกชนิดและอาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกับกลุ่มที่ 2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 95 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละอำเภอผ่านการอนุญาตจากผู้ดูแลในครอบครัวจนครบตามขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ประยุกต์จากการศึกษาของบำรุง วงษ์นิม และคณะ¹⁰ แบ่งเป็น 3 ส่วน **ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติด** ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติดและการดูแลผู้ป่วยจำนวน 15 ข้อ ตอบผิดให้ 0 ถูกให้ 1 แปลงคะแนนรวมเป็นค่าร้อยละจากคะแนนเต็ม แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ¹¹ ดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 33.33 (ต่ำกว่า 6 คะแนน) ระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 33.34 - 66.66 (6 - 10 คะแนน) ระดับพอใช้ และร้อยละ 66.67 **ขึ้นไป** (11 คะแนนขึ้นไป) ระดับดี **ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน** จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ เช่น นโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ด้านปัจจัยนำเข้า เช่น แผนงานระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยในพื้นที่ และด้านกระบวนการ เช่น

ได้รับการประชุมชี้แจงแนวทางการติดตามเยี่ยมและติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องตามนัดและมีแนวทางให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชนตามความจำเป็น คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹² ตั้งแต่ 1 ไม่เลย ถึง 5 มากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 1.00 - 25.00 คะแนน ระดับต่ำ 26.00 - 50.00 คะแนน ระดับปานกลาง และ 51.00 - 75.00 คะแนน ระดับสูง ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ใช้ประเมินระดับความคิดเห็นของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาผู้ป่วยในชุมชน การให้บริการจิตเวชยาเสพติด และการติดตามประเมินผล และการมีส่วนร่วมตามบทบาท จำนวน 25 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹² ตั้งแต่ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 1.00 - 41.66 คะแนน มีส่วนร่วมระดับต่ำ 41.67 - 83.33 คะแนน ระดับปานกลาง และ 83.34 - 125.00 คะแนน ระดับสูง

2. แบบสอบถามผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ใช้ประเมินความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล ประกอบด้วยภาระเชิงปรณัยและภาระเชิงอัตนัย จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹² ตั้งแต่ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 32.68 - 50 คะแนน มีภาระระดับสูง 16.34 - 32.67 คะแนน ระดับปานกลาง และ 1 - 16.33 คะแนน ระดับต่ำ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ใช้วัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติด การดำเนินโรค และการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 2 ตัวเลือก ตอบผิดให้ 0 ถูกให้ 1 คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 1.00 - 3.33 คะแนน มีความรู้ระดับน้อย 3.34 - 6.67 คะแนน ระดับพอใช้ และ 6.68 - 10.00 คะแนน ระดับดี ส่วนที่ 3 สมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ใช้ประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแล เช่น การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การเฝ้าระวังอาการกำเริบทางจิต (หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย นอนไม่หลับ เดินไปมา) และการกำกับการกินยา จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹² ตั้งแต่ 1 ไม่เลย ถึง 5 มากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 1.00 - 16.33 คะแนน มีสมรรถนะระดับต่ำ

16.34 - 32.67 คะแนน ระดับปานกลาง และ 32.68 - 50.00 คะแนน ระดับสูง

3. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน¹⁴ มี 10 ข้อ ได้แก่ อาการทางจิต การขาดยา ผู้ดูแล/ญาติ การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย การสื่อสาร ความสามารถเรียนรู้ และการใช้สารเสพติด ประเมินโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ไม่มีลักษณะผู้ป่วยตามข้อความนั้น 2) มีบ้างตามลักษณะผู้ป่วยในข้อความนั้น และ 3) มีบ่อยตามลักษณะผู้ป่วยในข้อความนั้น คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1 - 10 คะแนน สถานการณ์ระดับดี 11 - 20 คะแนน ทรงตัว และ 21 - 30 คะแนน ไม่ดี ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ใช้ประเมินทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การทำงาน การพักผ่อน และการใช้ชีวิตในชุมชน ด้านละ 9 ข้อ รวม 54 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ¹⁴ ตั้งแต่ 0 ไม่ทำ ถึง 5 ช่วยเหลือผู้อื่นได้ คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 - 90 คะแนน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/รบกวนความสงบผู้อื่น 91 - 180 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง/อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง และ 181 - 270 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้/อยู่ร่วมกับผู้อื่น/รับจ้างทำงานได้

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และผู้แทนคณะกรรมการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด มีผลการทดสอบดังนี้ การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเครือข่าย ผู้ดูแล และผู้ป่วย ได้ CVI เท่ากับ 1 การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ของเครือข่ายและผู้ดูแลด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ KR-20 เท่ากับ 0.95 และ 0.85 ตามลำดับ และการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินสถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ความสามารถของผู้ดูแล และความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยด้วยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.95, 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามอำเภอละ 2 คน รวม 12 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และวิธีการใช้เครื่องมือ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน จากนั้นผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มเครือข่ายและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้เวลาตัดสินใจลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยโดยการลงลายมือชื่อผ่านเจ้าหน้าที่พยาบาลในคลินิกสุขภาพจิตของโรงพยาบาลแต่ละอำเภอ ผู้ช่วยวิจัยนัดหมายวันเวลาและสถานที่เพื่อตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว โดยไม่กำหนดเวลาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา 3 เดือน ยกเว้นแบบสอบถามความรู้ของเครือข่ายและผู้ดูแลที่ให้ตอบ 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ นำข้อมูลมาลงรหัส และวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับความสามารถ ในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความแตกต่างของการติดตามผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนาด้วย chi-square test วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ของเครือข่ายและผู้ดูแลก่อนและหลังพัฒนาด้วย Wilcoxon signed-rank test และวิเคราะห์ความแตกต่างค่าระหว่างคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สถานการณ์การพัฒนาเครือข่าย การดูแล และสมรรถนะของผู้ดูแล ก่อนและหลังพัฒนา ด้วย paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

สถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการ

การประชุมตัวแทนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดระดับอำเภอ ร่วมกับกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) และคณะทำงานเครือข่าย

รวม 10 คน ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2567 พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนยังไม่ได้ได้รับการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่ชัดเจน ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติด ขาดระบบการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติด และยังไม่มี การวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดของจังหวัด

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

จากการประชุมตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดระดับอำเภอร่วมกับ พชอ. และคณะทำงานเครือข่ายในพื้นที่ได้จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดในชุมชน โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่เครือข่าย 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) แกนนำชุมชน ได้แก่ อสม. มีบทบาทสังเกตและเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติทางจิตตามมาตรา 23¹⁵ สร้างความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดให้แก่ชุมชน และเป็นแกนนำประชาสัมพันธ์แนวทางการสังเกตอาการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดในชุมชน 2) พนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และตำรวจ มีบทบาทตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว นำตัวบุคคลมีภาวะอันตรายไปยังโรงพยาบาล และใช้วิธีเฝ้าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติการณ์ในกรณีบุคคลนั้นขัดขวางหรือหลบหนี และ 3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อบต. และ อบพร. มีบทบาทคัดกรองค้นหา และช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน เฝ้าระวังในผู้ป่วยรายเก่า ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว และออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อนเพื่อแนะนำและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว

การประชุมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย กลุ่มเป้าหมาย 315 คน แบ่งเป็น 3 รุ่น รุ่นละ 3 ชั่วโมง ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีเนื้อหาหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การสร้างระบบการมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยและวิทยากรที่เป็นคณะกรรมการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู บรรยายเกี่ยวกับกระบวนการร่วมคิดร่วมทำและขั้นตอนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกับเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเน้นบรรยากาศที่ส่งเสริมความรู้สึกร่วมกัน มั่นคง และปลอดภัย 2) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมกำกับติดตามของเครือข่าย

โดยผู้วิจัยและวิทยากรบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับขอบเขต การบริการจิตเวชฉุกเฉินใน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู การกำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบ ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและในโรงพยาบาล แนวทาง การประสานงานกับพนักงานฝ่ายปกครอง เช่น ตำรวจ แนวทางการสังเกตและประเมินสาเหตุพฤติกรรมผู้ป่วย และ ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลหนองบัวลำภู และ 3) การเสริมแรงทางบวกการทำงานของเครือข่าย โดยประยุกต์ ใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ของ Orem⁶ การสร้างการมีส่วนร่วมเครือข่ายตามแนวคิด ของ Starkey⁹ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff¹⁶ เนื้อหาเกี่ยวกับการให้กำลังใจกันเองภายในทีม และการส่งเสริมความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย

การประชุมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล กลุ่มเป้าหมาย 95 คน แบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นละ 3 ชั่วโมง ณ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ โดยผู้วิจัยและวิทยากรที่เป็นคณะกรรมการบำบัด รักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู บรรยายความรู้ เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและสารเสพติด การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำโดยใช้หลัก 2ย 1ส และการเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน โดยการบันทึกสมรรถภาพกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง

ผลการดำเนินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

การพัฒนาเครือข่าย

หลังกิจกรรมการพัฒนา พบว่า เครือข่ายมีระบบ การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแล ในครอบครัว มีการติดตามเยี่ยมบ้านและหาแนวทางช่วยเหลือ แก่ครอบครัวผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การติดตาม กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 315 คน พบว่า หลังอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -6.391, p < .001$) มีคะแนนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.338, p < .001$) และมีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.877, p\text{-value} < .001$) ทั้งการมีส่วนร่วมโดยรวมและ ในแต่ละกระบวนการ ดังตารางที่ 1

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

การติดตามกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด 95 คน พบว่า หลังกิจกรรมพัฒนากลุ่มตัวอย่างมี คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.940, p = .003$) มีคะแนน ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.284, p < .001$) ทั้งภาระเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย และ

ตารางที่ 1 ความรู้ สถานการณ์การพัฒนา และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนา (n = 315)

	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ค่าทดสอบ	p-value
ความรู้ (median)	8.00	9.00	$z = -6.391$	$< .001^a$
การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (mean $\pm$ SD)	39.45 $\pm$ 20.14	40.10 $\pm$ 20.85	$t = -3.338$	.001 ^b
ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์	13.32 $\pm$ 6.95	13.56 $\pm$ 7.19	$t = -4.219$	.087 ^b
ด้านปัจจัยนำเข้า	12.93 $\pm$ 6.82	13.14 $\pm$ 7.05	$t = -2.951$	.003 ^b
ด้านกระบวนการ	13.20 $\pm$ 6.55	13.40 $\pm$ 6.76	$t = -2.602$	.071 ^b
การมีส่วนร่วม (mean $\pm$ SD)	65.41 $\pm$ 31.55	66.45 $\pm$ 32.63	$t = -3.877$	$< .001^b$
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช	12.20 $\pm$ 6.57	12.39 $\pm$ 6.74	$t = -4.048$	.069 ^b
บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน	10.42 $\pm$ 5.57	10.60 $\pm$ 5.75	$t = -2.748$	.066 ^b
บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง	8.60 $\pm$ 3.26	8.72 $\pm$ 3.39	$t = -3.472$	.097 ^b
บทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	7.96 $\pm$ 3.89	8.10 $\pm$ 4.03	$t = -2.763$	.006 ^b
ท้องถิ่นและอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน				
การมีส่วนร่วมในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	12.59 $\pm$ 6.50	13.78 $\pm$ 6.72	$t = -3.559$	$< .001^b$
แบบไร้รอยต่อ				
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	13.64 $\pm$ 6.88	14.87 $\pm$ 7.09	$t = -2.902$	.004 ^b

a = Wilcoxon signed ranks test, b = paired t-test

มีคะแนนสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.779, p < .001$) ดังตารางที่ 2

การติดตามผู้ป่วย

การติดตามที่ระยะ 3 เดือนในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 95 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานการณ์โดยรวมอยู่ในระดับดี (ดูแลตัวเองได้) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 48.4 เป็น 62.1 ($\chi^2 = 45.90, p < .001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการกำเริบ/ดำรงชีวิตในชุมชนได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.7 เป็น 67.4 ($\chi^2 = 15.03,$

$p = .001$) มีรายได้/การประกอบอาชีพได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.1 เป็น 31.6 ($\chi^2 = 15.41, p = .004$) มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.1 เป็น 33.7 ($\chi^2 = 55.08, p < .001$) และใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงสูงลดลงจากร้อยละ 51.6 เป็น 37.9 ($\chi^2 = 45.30, p < .001$) ดังตารางที่ 3 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตนเองได้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.7 เป็นร้อยละ 60.0 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ความรู้ ภาวะการดูแล และสมรรถนะด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนา (n = 95)

	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ค่าทดสอบ	p-value
ความรู้ (median)	4.88	5.28	$z = -2.940$	.003 ^a
ภาระในการดูแล (mean $\pm$ SD)	53.98 $\pm$ 17.20	47.93 $\pm$ 10.15	$t = 4.284$	< .001 ^b
ภาระเชิงอ่อนนัย	28.25 $\pm$ 10.01	25.11 $\pm$ 6.15	$t = 3.922$	< .001 ^b
ภาระเชิงปรนัย	25.73 $\pm$ 8.60	22.82 $\pm$ 6.52	$t = 4.682$	< .001 ^b
สมรรถนะการดูแล (mean $\pm$ SD)	40.98 $\pm$ 6.38	43.15 $\pm$ 3.89	$t = -5.779$	< .001 ^b

a = Wilcoxon signed ranks test, b = paired t-test

ตารางที่ 3 การติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนา 3 เดือน (n = 95)

	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. อาการทางจิต					15.03	.001
รู้เรื่อง ไม่มีอาการกำเริบ ดำรงชีวิตในชุมชนได้	51	53.7	64	67.4		
มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม ≥ 10 วันใน 1 เดือน	44	46.3	31	32.6		
2. การกินยา					1.94	.745
กินยาตามที่แพทย์สั่งครบทุกวัน	83	87.4	92	96.8		
กินยาไม่ครบทุกมื้อ/ไม่กินยาเลย	12	12.7	3	3.2		
3. ผู้ดูแล/ญาติ					9.52	.009
มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัวและมีศักยภาพในการดูแล	84	88.4	92	96.8		
มีผู้ดูแลเป็นคนนอกครอบครัว	11	11.6	3	3.2		
4. การทำกิจวัตรประจำวัน					6.03	.049
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	80	84.2	91	95.8		
สามารถทำได้แต่ต้องกระตุ้น/ช่วยเหลือบ้าง	15	15.8	4	4.2		
5. การประกอบอาชีพ					15.41	.004
มีรายได้จากอาชีพ/ช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้	20	21.1	30	31.6		
สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น	72	75.8	62	65.3		
ไม่สามารถช่วยครอบครัวประกอบอาชีพได้	3	3.2	3	3.2		
6. สัมพันธภาพในครอบครัว					55.08	< .001
ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวก	21	22.1	32	33.7		
ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบมีการตำหนิ ดุด่าบางครั้ง/ไม่พูดคุย	74	77.9	63	66.3		
7. สิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย					7.65	.022
มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	82	86.3	93	97.9		
มีที่อยู่อาศัย แต่แยกจากครอบครัว อยู่คนเดียว	13	13.7	2	2.1		

ตารางที่ 3 การติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนา 3 เดือน (n = 95) (ต่อ)

	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
8. การสื่อสาร/การแสดงพฤติกรรม					9.77	.008
สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้	79	83.2	91	95.8		
สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว	16	16.8	4	4.2		
9. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น					10.51	.005
บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้	78	82.1	91	95.8		
สอนซ้ำ ๆ หลายครั้งจึงสามารถทำตามได้	17	17.9	4	4.2		
10. การใช้สารเสพติด					45.30	< .001
ใช้/มีความเสี่ยง	46	48.4	59	62.1		
ใช้/มีความเสี่ยงสูง	49	51.6	36	37.9		
คะแนนรวม					45.90	< .001
1 - 10 อาการระดับดี (ดูแลตัวเองได้)	46	48.4	59	62.1		
11 - 20 อาการทรงตัว	47	49.5	35	36.8		
21 - 30 อาการไม่ดี	2	2.1	1	1.1		

ตารางที่ 4 ระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อนพัฒนาและหลังกิจกรรมพัฒนา 3 เดือน (n = 95)

	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	จำนวน	ร้อยละ	Median	จำนวน	ร้อยละ	median
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/รับทานความสงบผู้อื่น (1 - 90 คะแนน)	24	25.3	35.0	15	15.7	60.0
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง/อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง (91 - 180 คะแนน)	39	41.0	130.0	23	24.3	170.0
ช่วยเหลือตนเองได้/อยู่ร่วมกับผู้อื่น/รับจ้างทำงานได้ (181 - 270 คะแนน)	32	33.7	203.0	57	60.0	236.0

วิจารณ์

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่เครือข่าย การพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมแรงทางบวก การทำงานเป็นทีม และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การติดตามหลังกิจกรรมพัฒนาพบว่า เครือข่ายมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว มีการติดตามเยี่ยมบ้านและหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชชุมชน กิจกรรมการพัฒนาในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของอุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่าองค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนความรู้ และคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชน การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตเดิมของผู้ป่วย และการบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติดระดับดีขึ้น ข้อที่มีกลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพิ่มมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดคือผู้ที่ป่วยโรคจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย รองลงมาคือ ผู้ใช้สารเสพติดมักมีอาการก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ขาดเหตุผลและทำทุกทางเพื่อให้ได้ใช้สารเสพติดมากขึ้น และ การใช้สารเสพติดในปริมาณน้อยอย่างต่อเนื่องไม่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเวช ตามลำดับ หลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น และเครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Dana¹⁸ ที่พบว่าหลังจากดำเนินกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้และมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของกายสิทธิ์ แก้วยาศรี¹⁹ ที่พบว่าหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนช่วยให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

หลังกิจกรรมพัฒนาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภาระเชิงปริมาณ เช่น มีความรู้ในระดับดีและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และภาระเชิงอรรถ เช่น ความน้อยใจในชีวิตของตนเอง ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี ชุตินิมา²⁰ ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายช่วยเพิ่มทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ดูแล และการศึกษาของ Heward-Belle และคณะ²¹ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการควบคุมความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต เน้นการมีสัมพันธภาพในครอบครัว ความปลอดภัย และสวัสดิภาพของผู้ป่วย และมีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ พบว่าช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีสมรรถนะการดูแลเพิ่มขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้เพิ่มขึ้น

การติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ระยะ 3 เดือน หลังกิจกรรมพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น มีกิจวัตรประจำวัน/การประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการกำเริบเพิ่มขึ้น และใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงสูงลดลง อาจเนื่องจากกิจกรรมพัฒนาในการศึกษานี้ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้น มีมุมมองเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดลดลง และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้นและมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดลดลง²² สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ฤทธิศรี และคณะ²³ ที่พบว่า การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็งร่วมกับกระบวนการบำบัดและมาตรการในชุมชน ช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัด ไม่กลับไปเสพซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของกุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ²⁴ ที่พบว่า การประกอบอาชีพของผู้ป่วยร่วมกับการดูแลโดยมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบส่งต่อที่เข้มแข็งเป็นปัจจัยที่ช่วยลดการเสพติดซ้ำของผู้ติดสารเสพติด นอกจากนี้การให้คำปรึกษาด้านยารักษาและการมีส่วนร่วม

ของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษามากขึ้น²⁵

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในการศึกษานี้ เกิดจากการบูรณาการการทำงานของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม การพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่เป็นรูปธรรม และการแบ่งบทบาทการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้วัดผลก่อน - หลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากกิจกรรมพัฒนาโดยตรงหรือจากกิจกรรม/โครงการอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในช่วงเวลาเดียวกัน การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบผลกับประชากรกลุ่มควบคุมร่วมด้วย

สรุป

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การกำหนดบทบาทเครือข่าย การพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการ กิจกรรมเสริมแรงทางบวก และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล หลังกิจกรรมพัฒนา พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้ด้านจิตเวชยาเสพติดและมีส่วนร่วมตามบทบาทเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้ด้านจิตเวชยาเสพติดและความสามารถดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและมีภาระลดลง และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและลดการใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ราชันย์ ท้าวพา : ออกแบบการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; เยาวดี ศรีสถาน: ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Drugs (psychoactive) [Internet]. Geneva: World Health Organization; [Cited 2023 May 28]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>
- Homsombat S, Laosuankun A. Development of a system for caring for networked psychiatric patients Mekong River Basin, Loei Province. *Buddhasothorn Hospital Journal*. 2022;38(1):147-52. (in Thai)
- Narcotics Prevention and Suppression Administration Center Ministry of Public Health. Strategic plan for treatment and rehabilitation of drug patients for the fiscal year 2021-2023. Nonthaburi; 2021. (in Thai)
- Office of the Secretary of the Drug Addiction Treatment and Rehabilitation Committee. Report of a patient coming to receive treatment and rehabilitation services for drug addicts [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://ncmc.moph.go.th> (in Thai)
- Department of Mental Health. Report on patients receiving psychiatric services from the medical and health data warehouse. Ministry of Public Health (HDC) fiscal year 2022. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2022.
- Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th ed. Missouri: Mosby Year Book; 2001 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory>
- Lortrakul M. Manual for the use of psychiatric drugs, 5th ed. Bangkok: Morchonban; 2014. (in Thai)
- Starkey P. Networking for development. London: International Forum for Rural Transport and Development; 1997 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.academia.edu/93945844>
- Wayne WD. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
- Wongnim B, Deepiew S, Supuang S. Development of participatory and seamless psychiatric substance abuse care system Lopburi model: a case study of Khok Samrong district. *Academic Journal of Community Public Health*. 2024;10(1):223-33. (in Thai)
- Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
- Likert R. The method of constructing an attitude scale, reading in attitude theory and measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
- Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
- Songkhla Rajanarind Psychiatric Hospital. Manual for continuous monitoring of patients in the community for the network. Songkhla: Songkhla Rajanarind Psychiatric Hospital; 2023 [cited 2023 May 30]. Available from: https://www2.skph.go.th/?Pages=Download_form (in Thai)
- Mental Health Strategy Office, Department of Mental Health. Collection of laws of the Mental Health Act B.E. 2551 (2008), 6th ed. Bangkok: Lamom Company Limited; 2014. (in Thai)
- Cohen JM, Uphoff NT. Participations place in rural development: seeking clarity through specificity. New York: World Developments; 1980.
- Kerdsang U, Inthakamhaeng A, Puengphosap N, Kerdsang T. Beliefs in health participatory behavior and guidelines for community-based rehabilitation of schizophrenia patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2022;36(2):1-21. (in Thai)
- Dana K. Development of the roles for psychiatric patients care among family caregivers and partnership net-works in the community. *Journal of Health Science of Thailand*. 2021;30(3):406-14. (in Thai)
- Kaewyasri K. The model development of psychiatric patients' surveillance, screening and caring in the community Loei province. *Research and Development Health System Journal*. 2022;15(2): 328-42. (in Thai)
- Chudpimai R. Development of a care model for chronic psychiatric patients at-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplamat district, Buriram province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2022;16(3):851-67. (in Thai)

21. Heward-Belle SL, Kertesz M, Humphreys C, Tsantefski M, Isobe J. Participatory practice guideline development at the intersections of domestic and family violence, mental distress and/or parental substance use. *Adv Dual Diagn.* 2022;15(1):51-65. doi:10.1108/add-12-2021-0017.
22. Eddie D, Hoffman L, Vilsaint C, Abry A, Bergman B, Hoepfner B, et al. Lived experience in new models of care for substance use disorder: a systematic review of peer recovery support services and recovery coaching. *Front Psychol.* 2019;10:1052. doi:10.3389/fpsyg.2019.01052.
23. Ritsri N, Wattanaprapajit S, Junharn S. The community based treatment and care model for drug rehabilitation : a case study in a village , Mueang district, Mahasarakham province. *Mahasarakham Hospital Journal.* 2021;19(2):50-63. (in Thai)
24. Hanpatchaiyakul K, Kasemporn N, Thoin P, Thongkote N. Factors affecting the readmission of patients recovering from drug addiction. *BCNNON Health Science Research Journal.* 2021;15(2):1-12. (in Thai)
25. Englander H, Dobbartin K, Lind BK, Nicolaidis C, Graven P, Dorfman C, et al. Inpatient addiction medicine consultation and post-hospital substance use disorder treatment engagement: a propensity-matched analysis. *J Gen Intern Med.* 2019;34(12):2796-803. doi:10.1007/s11606-019-05251-9.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและการทดสอบคุณสมบัติการวัดด้านจิตวิทยาของเครื่องมือเฝ้าระวัง ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น 9 ข้อ (9 symptoms: 9S)

วันรับ : 2 กันยายน 2567
วันแก้ไข : 17 ตุลาคม 2567
วันตอบรับ : 19 พฤศจิกายน 2567

อภิษฎา พลรักษ์, พ.บ.¹, วีร์ เมฆวิสัย, ป.ด.²,
ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์, พ.บ.²
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต¹,
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติการวัดด้านจิตวิทยาของเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น

วิธีการ : เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และ 2) ทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือในนักเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 6 - 15 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี ประเมินความเที่ยงจากค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทดสอบความตรงตามสภาพด้วยการเปรียบเทียบกับแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (strengths and difficulties questionnaire: SDQ) ด้วยสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผล : เครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น (9S) มี 9 ข้อ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัญหาด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมและการกลั่นแกล้งรังแก มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.60 - 0.80 ค่าความเที่ยงจากค่าความสอดคล้องภายในทั้งฉบับเท่ากับ 0.52 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคะแนนรวมเครื่องมือ 9S และ SDQ ด้านจุดอ่อนเท่ากับ 0.81 ($p < .01$)

สรุป : เครื่องมือ 9S มีค่าความตรงและความเชื่อมั่นที่ดี ส่วนค่าความสอดคล้องภายในต่ำกว่าระดับยอมรับได้เล็กน้อยเนื่องจากการวัดหลายมิติ เครื่องมือมีความกระชับและใช้งานง่าย สามารถนำมาใช้เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นได้

คำสำคัญ : เครื่องมือเฝ้าระวัง, สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น, สุขภาพจิตโรงเรียน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อภิษฎา พลรักษ์; e-mail: zeous051089@gmail.com

Original article

Development and psychometric testing of a 9-item surveillance tool for mental health problems in Thai children and early adolescents (9 Symptoms: 9S)

Received : 2 September 2024

Revised : 17 October 2024

Accepted : 19 November 2024

Apichaya Polrak, M.D.¹, Wee Mekwilai, Ph.D.²,Dutsadee Juensiragulwit, M.D.²Prasimahabodi Hospital Department of Mental Health¹,Bureau of Mental Health Service Administration Department of Mental Health²

Abstract

Objective: To develop and psychometrically evaluate a brief surveillance tool for mental health problems in Thai children and early adolescents.

Methods: This research and development study was conducted in two phases. Phase 1 involved developing the surveillance tool using a transdiagnostic approach, a systematic literature review, and expert interviews, followed by a content validity assessment. Phase 2 focused on psychometric testing of the tool among elementary and junior high school students aged 6 - 15 years from Ubon Ratchathani Province. Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha, while concurrent validity was evaluated by comparing the tool with the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), using Pearson's correlation coefficient.

Results: The developed surveillance tool, a 9-Item Surveillance Tool for Mental Health Problems in Thai Children and Early Adolescents (9S), consisted of 9 items across three domains: behavioral problems, emotional problems, and social problems. The item-objective congruence (IOC) values ranged from 0.6 to 0.8. The internal consistency assessment with 46 participants revealed an overall Cronbach's alpha of 0.52. Concurrent validity assessed among 126 participants by comparison with the difficulties domains of SDQ showed an overall Pearson's correlation coefficient of 0.81 ($p < .01$).

Conclusion: The 9S surveillance tool demonstrates good content and concurrent validity. The internal consistency falls slightly below the acceptable threshold, which is expected due to multidimensional nature of the tool. This brief and user-friendly tool shows promise as an initial screening instrument for identifying mental health problems in student care systems.

Keywords: child and adolescent mental health, school mental health, surveillance tool

Corresponding author: Apichaya Polrak; e-mail: zeous051089@gmail.com

ความรู้เดิม : เครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดกรองปัญหาพฤติกรรม และสุขภาพจิตในโรงเรียนในปัจจุบัน เช่น แบบประเมิน จุดแข็งและจุดอ่อน (strengths and difficulties questionnaire: SDQ) มีความซับซ้อนและใช้เวลานาน ทำให้มีนักเรียนส่วนน้อยที่ได้รับการประเมิน

ความรู้ใหม่ : เครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตใน เด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น (9S) มี 9 ข้อ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัญหาด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และ ด้านสัมพันธ์ทางสังคมและการกลั่นแกล้งรังแก มีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ ยอมรับได้ และมีความตรงตามสภาพระดับดีเมื่อเทียบกับ SDQ ด้านจุดอ่อน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เครื่องมือเฝ้าระวังปัญหา สุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้นที่กระชับ ใช้งานง่าย และสามารถช่วยครูสังเกตปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่น ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งในด้าน คุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจ¹ วัยรุ่นไทยร้อยละ 51 เคยดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีค่าเฉลี่ยอายุที่เริ่มต้นดื่มอยู่ที่ 13 ปี ร้อยละ 30 เคยสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน และ ร้อยละ 28 สูบบุหรี่² นอกจากนี้ พบว่าเด็กไทยอายุ 10 - 19 ปี พยายามฆ่าตัวตาย 1,500 - 2,000 คนต่อปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ 140 - 160 คนต่อปี³ ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน แต่ยังส่งผลกระทบต่อไปถึงวัยผู้ใหญ่ ก่อให้เกิดปัญหาในที่ทำงาน การปรับตัว และปัญหาครอบครัว⁴ นอกจากนี้ การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นยังส่งผลให้ เกิดความเสียหายเชิงเศรษฐกิจอย่างมากจากการสูญเสีย ปีสุขภาวะ (DALY) ที่สูงกว่าการเจ็บป่วยที่เกิดในวัยผู้ใหญ่หรือ วัยสูงอายุ⁵

องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่วัยเด็กและวัยรุ่น โดยระบุว่า โปรแกรมและนโยบายป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ จะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างปัจจัยปกป้องของ โรคจิตเวชบางประเภทได้⁶ การลงทุนด้านสุขภาวะในวัยรุ่น

โดยเฉพาะการส่งเสริมและป้องกัน จะทำให้ได้ประโยชน์ทาง ด้านเศรษฐกิจและสังคมคืนกลับมาถึงสามเท่า⁷

ในประเทศไทย กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบการดูแล ช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษา โดยกำหนด ให้มีการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมในโรงเรียน⁸ อย่างไรก็ตาม ระบบนี้ยังประสบปัญหาในทางปฏิบัติ เนื่องจากครูบางส่วน ไม่แน่ใจว่าควรสังเกตพฤติกรรมใดเป็นพิเศษ⁹ และการนำ แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (strengths and difficulties questionnaire: SDQ) มาใช้คัดกรองนักเรียนทุกคนต้อง ใช้เวลามากและเพิ่มภาระงานของครู¹⁰ ส่งผลให้ในปัจจุบันมี นักเรียนเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ได้รับการคัดกรองปัญหา พฤติกรรมและอารมณ์¹¹ การคัดกรองยังขาดการเชื่อมโยงกับ ระบบช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ทำให้นักเรียนที่มีความเสี่ยง อาจไม่ได้รับการช่วยเหลือทันทั่วถึง และระบบปัจจุบันยังขาด กลไกในการเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการของนักเรียนอย่าง ต่อเนื่อง¹² จากความท้าทายเหล่านี้ จึงมีความจำเป็นในการ พัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังที่ใช้งานง่าย รวดเร็ว และสามารถ บูรณาการเข้ากับงานประจำของครูได้ โดยไม่เพิ่มภาระงาน มากเกินไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองและเฝ้าระวัง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และการเรียนรู้ของนักเรียนไทย

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหา สุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น ซึ่งเป็นระยะ หัวเลี้ยวหัวต่อของพัฒนาการจากการเผชิญความเครียดและ แรงกดดันทางสังคม จึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ครูสามารถ สังเกตพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของนักเรียนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ก่อนนำนักเรียนที่มีความเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการ ตรวจประเมินโดยละเอียดต่อไป การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติการวัดด้านจิตวิทยาของ เครื่องมือเฝ้าระวังดังกล่าว ที่ครอบคลุมความเสี่ยงด้าน สุขภาพจิต ได้แก่ ด้านอารมณ์ (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด) ด้านพฤติกรรม (พฤติกรรมก้าวร้าว เกร ปัญหาสมาธิสั้นและอยู่นิ่ง) และด้านสัมพันธ์ทางสังคม และการกลั่นแกล้งรังแก (ปัญหาการปรับตัว การถูกกลั่นแกล้ง การแยกตัว) เพื่อช่วยให้ครูและบุคลากรในโรงเรียนสามารถ สังเกตและบันทึกสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิตได้อย่าง ครอบคลุมและรวดเร็ว

วิธีการ

การพัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2563-024 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือ

กระบวนการพัฒนาเครื่องมือใหม่เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6 - 15 ปี จากแนวคิดทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ของการพัฒนาเครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตในต่างประเทศ มีขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดหัวข้อและวิธีการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น ดำเนินการตามหลักการ transdiagnostic approach¹³ ซึ่งมุ่งเน้นการระบุกลไกพื้นฐานร่วมของปัญหาแทนการแยกเป็นโรคหรืออาการเฉพาะ ช่วยให้สามารถเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาได้อย่างครอบคลุม และระบุความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
2. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบมีขอบเขต (scoping review) ดำเนินการโดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล PubMed, PsycINFO และ ThaiJO โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองหรือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ mental health screening, mental health surveillance, child and adolescent mental health, psychological assessment tools, early detection of mental health problems, behavioral screening tools และคำที่เกี่ยวข้องในภาษาไทย คัดเลือกบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปีพ.ศ. 2553 - 2566 และเป็นงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่มีการพัฒนาทดสอบหรือประเมินเครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น คัดกรองบทความที่สืบค้นได้โดยนักวิจัย 2 คน อย่างอิสระ โดยพิจารณาคุณภาพของบทความตามหลักเกณฑ์ ได้แก่ 1) ความชัดเจนของวัตถุประสงค์การวิจัย 2) วิธีการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือ 3) ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง 4) คุณสมบัติทางจิตมิติของเครื่องมือ และ 5) ความเหมาะสมของการนำไปใช้ในบริบทสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรณีนักวิจัยมีความคิดเห็นต่างกัน นักวิจัยคนที่ 3 เป็นผู้ตัดสิน นำบทความ

ที่ผ่านการคัดกรองมาสกัดข้อมูลในประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) องค์ประกอบของปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการประเมิน 2) ลักษณะและโครงสร้างของเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เช่น จำนวนข้อคำถาม วิธีการให้คะแนน และเกณฑ์การแปลผล 3) ข้อจำกัดและจุดแข็งของเครื่องมือ และ 4) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทของเด็กและวัยรุ่นไทย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นที่เหมาะสมกับการนำไปใช้จริง

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 9 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 3 คน นักจิตวิทยาคลินิก 3 คน และพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 3 คน จากโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไปที่มีแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ดำเนินการโดยนักวิจัย 2 คน ที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในประเด็นสุขภาพจิตที่ควรเฝ้าระวังในเด็กและวัยรุ่น พฤติกรรมสำคัญที่ควรสังเกต ข้อจำกัดของการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบัน และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเครื่องมือเฝ้าระวัง ดำเนินการสัมภาษณ์ทั้งแบบต่อหน้า ณ สถานพยาบาลของผู้ให้ข้อมูล และแบบออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มการประชุมทางไกล ใช้เวลา 60 - 90 นาทีต่อคน โดยมีการบันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาถอดความและวิเคราะห์โดยนักวิจัย 3 คน ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ (categorization) และสรุปประเด็นสำคัญ (thematic analysis) กรณีนักวิจัยมีความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการตีความข้อมูล มีการอภิปรายร่วมกันโดยใช้หลักฐานจากข้อมูลต้นฉบับ หากยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ ใช้ผู้เชี่ยวชาญภายนอก 1 คนช่วยพิจารณา

4. นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 - 3 มาสังเคราะห์และออกแบบเครื่องมือ โดยจัดประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 5 คน ที่มีประสบการณ์ด้านการตรวจรักษาและการทำงานร่วมกับครู ทั้งแบบต่อหน้า ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และแบบออนไลน์ผ่านระบบประชุมทางไกล 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง เพื่อพิจารณาสร้างค่าและประโยคที่ใช้เป็นข้อคำถามของเครื่องมือ โดยคำนึงถึงความกระชับ เข้าใจง่าย สะดวก และง่ายต่อการใช้งาน

5. ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ นักจิตวิทยาเชี่ยวชาญ 2 คน ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบการแนะแนว สำนักวิชาการ และมาตรฐานการศึกษา 1 คน ครูชำนาญการพิเศษ 1 คน และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน เพื่อหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (index of item-objective congruence: IOC) จากนั้นปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

6. นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้งานเครื่องมือ เช่น ความชัดเจนในการอธิบาย รวมถึงการบันทึกระยะเวลาเฉลี่ยที่ต้องใช้

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือ

นำเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นไทยที่สร้างขึ้นในระยะที่ 1 มาตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 6 - 15 ปี และ 2) ครูที่ทำแบบประเมินต้องรู้จักและใกล้ชิดนักเรียนที่ประเมินอย่างน้อย 3 เดือน ก่อนเก็บข้อมูลได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มให้ความยินยอมด้วยตนเองหลังจากได้รับการชี้แจงด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและไม่บังคับให้เข้าร่วมการวิจัยแม้ว่าผู้ปกครองยินยอมแล้ว สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) เก็บข้อมูลโดยครูประจำชั้นหรือครูที่ปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งการทดสอบเป็น 2 รอบ ดังนี้

1. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) จากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของ Cohen¹⁴ เท่ากับ 0.5 ค่าความผิดพลาดเท่ากับร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน เพิ่มจำนวน

ร้อยละ 10 เพื่อทดแทนกรณีกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 46 คน

2. ความตรงตามสภาพ (concurrent validity) โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นและเครื่องมือมาตรฐาน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ตามกฎ rule of thumb¹⁵ คือ กลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรอย่างน้อยเท่ากับ 10 : 1 ซึ่งจำนวนที่เหมาะสมในการทดสอบคือ 9 ข้อคำถาม ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 90 คนขึ้นไป จึงเกิดการประมาณค่าที่ดีที่สุด เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 เพื่อทดแทนกรณีกลุ่มตัวอย่างสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 108 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับที่ใช้ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในรอบที่ 1

เครื่องมือมาตรฐาน คือ แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อนของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนามาจากแบบประเมิน SDQ¹⁶ ซึ่งผ่านการทดสอบคุณสมบัติในการคัดกรองปัญหาเด็กและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น¹⁷ เหมาะสมสำหรับใช้กับเด็กอายุ 4 - 16 ปี ประเมินพฤติกรรมทั้งด้านบวกและลบ 5 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ (emotional symptoms) 5 ข้อ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (hyperactivity/inattention) 5 ข้อ พฤติกรรมเกร/ความประพฤติ (conduct problems) 5 ข้อ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (peer relationship problems) 5 ข้อ และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม (prosocial behavior) 5 ข้อ รวม 25 ข้อ คะแนนรวมของพฤติกรรมกลุ่มที่ 1 - 4 แสดงถึงจุดอ่อนของเด็ก (total difficulties score) ส่วนคะแนนในพฤติกรรมกลุ่มที่ 5 แสดงถึงจุดแข็งของเด็ก (strength score) โดยการศึกษาครั้งนี้คะแนน SDQ เฉพาะด้านจุดอ่อนมาทดสอบ แบบประเมินมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 ค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 80 และค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion-related validity) กับแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (child behavior checklist: CBCL) เท่ากับ 0.72

เก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

ผล

การทบทวนวรรณกรรมพบประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) แนวคิด transdiagnostic approach มีประสิทธิภาพในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตหลายประเภท¹⁸ 2) องค์ประกอบสำคัญของสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพทางสังคม¹⁹ และ 3) เครื่องมือควรกระชับและใช้งานง่าย²⁰ การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 9 คน พบประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) ประเด็นสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นไทย ได้แก่ ความวิตกกังวลทางสังคม ปัญหาการเรียน และพฤติกรรมติดหน้าจอ 2) พฤติกรรมที่ควรเฝ้าระวังในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ สัมพันธภาพทางสังคม ความก้าวร้าว ผลการเรียน และการนอน 3) เครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบันมีข้อจำกัด ได้แก่ ความซับซ้อนของแบบประเมิน เวลาที่ใช้ในการประเมิน และการขาดความเฉพาะเจาะจงกับบริบทไทย และ 4) เครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตควรใช้งานง่าย รวดเร็ว และสามารถใช้ได้โดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นและเกณฑ์วินิจัยตาม

DSM-5¹⁷ มากำหนดวัตถุประสงค์ นิยาม และองค์ประกอบของเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคมในเด็กนักเรียน โดยมุ่งเน้นให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นไทยและสอดคล้องกับบริบทการใช้งานในโรงเรียน ได้เครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น โดยกำหนดให้ครูประจำชั้นเป็นผู้ประเมิน เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีโอกาสสังเกตพฤติกรรม อารมณ์ และ สัมพันธภาพทางสังคมของนักเรียนได้อย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเรียนและสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน โดยเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น (9S) มี 9 ข้อ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัญหาด้านพฤติกรรม (behavioral problems) ด้านอารมณ์ (emotional problems) และด้านสัมพันธภาพทางสังคมและการกลั่นแกล้งรังแก (social problems) แต่ละข้อมีตัวเลือกตอบไม่ใช่ (0 คะแนน) และใช่ (1 คะแนน) รวม 9 คะแนน ดังตารางที่ 1

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือ 9S มีค่า IOC อยู่ที่ 0.6 - 0.8 แสดงดังตารางที่ 2 โดยผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำให้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับช่วงวัยและเรียงลำดับข้อคำถามตามอาการที่พบบ่อยในกลุ่มเป้าหมาย เมื่อนำไปสัมภาษณ์อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า เครื่องมือ 9S ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 3 นาที และพบข้อจำกัดเรื่องความชัดเจนของคำถามบางข้อที่อาจทำให้ผู้ตอบแบบประเมินเข้าใจคลาดเคลื่อน จึงได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความกระชับและชัดเจนมากขึ้น

ตารางที่ 1 รายการข้อคำถามเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น (9S)

หมวดหมู่	ข้อคำถาม
ปัญหาด้านพฤติกรรม	1) ขนเกินไป 2) ใจลอย 3) รอคอยไม่ได้
ปัญหาด้านอารมณ์	4) เครียด หงุดหงิดง่าย 5) ห่อแทะเบื่อหน่าย 6) ไม่อยากไปโรงเรียน
ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคมและการกลั่นแกล้งรังแก	7) ถูกเพื่อนแกล้ง 8) แกล้งเพื่อน 9) ไม่มีเพื่อนสนิท

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ 9S

ข้อ	คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ดัชนี IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
ปัญหาด้านพฤติกรรม	1	1	0	1	1	0.8
	2	1	0	1	1	0.8
	3	1	0	1	1	0.8
ปัญหาด้านอารมณ์	4	1	0	1	1	0.8
	5	1	0	1	0	0.6
	6	1	0	1	1	0.8
ปัญหาด้านสัมพันธ์ทาง	7	0	1	1	1	0.8
สังคมและการกลั่นแกล้งรังแก	8	0	1	1	1	0.8
	9	0	1	1	0	0.6

IOC = item-objective congruence

ความเชื่อมั่น

การทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 46 คน เป็นชาย 35 คน (ร้อยละ 76.1) อายุเฉลี่ย 12.26 ปี (SD = 2.79) พบว่า เครื่องมือ 9S มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.52 ดังตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของเครื่องมือ 9S เท่ากับ 2.52 (SD = 1.79) คะแนน สูงสุด 7 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน

ความตรงตามสภาพ

การทดสอบในกลุ่มตัวอย่างรอบที่ 2 ซึ่งเป็นคนละกลุ่ม กับที่ใช้ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในรอบที่ 1 จำนวน 129 คน เป็นชาย 81 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 อายุเฉลี่ย 12.27 ปี (SD = 2.81) ปี พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างคะแนนรวมของเครื่องมือ 9s และ SDQ ด้านจุดอ่อน เท่ากับ 0.81 ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความเชื่อมั่นจากการประเมินค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ 9S (n = 46)

	Cronbach's alpha	Cronbach's alpha based on standardized items	numbers of items
ด้านพฤติกรรม 3 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3)	0.18	0.23	3
ด้านอารมณ์ 3 ข้อ (ข้อ 4, 5, 6)	0.25	0.26	3
ด้านสัมพันธ์ทางสังคมและการกลั่นแกล้งรังแก (ข้อ 7, 8, 9)	0.17	0.17	3
รวมทั้งฉบับ 9 ข้อ	0.52	0.54	9

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติ การวัดด้านจิตวิทยาของเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ในเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น โดยใช้แนวคิด transdiagnostic approach¹³ ในการกำหนดหัวข้อและวิธีการประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการวินิจฉัยและการรักษาในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการระบุกลไกพื้นฐานร่วมของปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าการแยกเป็นโรคเฉพาะ¹⁷ และผสมผสานวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบกับการสัมภาษณ์

ผู้ปฏิบัติงานเพื่อวิเคราะห์หัวข้อองค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวทางการพัฒนาเครื่องมือที่เสนอโดย Worthington และ Whittaker²¹ ที่เน้นย้ำความสำคัญของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ นอกจากนี้การศึกษานี้ออกแบบให้เครื่องมือ มีความกระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และมีจำนวนข้อคำถามน้อย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Ebesutani และคณะ²² ที่กล่าวว่าเครื่องมือที่สั้นและใช้งานง่ายมีแนวโน้มที่จะถูกนำไปใช้จริงในโรงเรียนมากกว่าเครื่องมือที่ซับซ้อน

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง 9S และ SDQ ด้านจุดอ่อน*

9S	SDQ ด้านจุดอ่อน	Pearson correlation (r)	p-value
คะแนนรวม	คะแนนรวม	0.81	< .001
ปัญหาด้านพฤติกรรม (ข้อ 1, 2, 3)	ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	0.56	< .001
	ด้านปัญหาอารมณ์	0.55	< .001
	ด้านปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน	0.47	< .001
	ด้านพฤติกรรมเกร	0.56	< .001
ปัญหาด้านอารมณ์ (ข้อ 4, 5, 6)	ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	0.32	< .001
	ด้านปัญหาอารมณ์	0.57	< .001
	ด้านปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน	0.33	< .001
	ด้านพฤติกรรมเกร	0.52	< .001
ปัญหาด้านสัมพันธ์ทางสังคม และการกลั่นแกล้งรังแก (ข้อ 7, 8, 9)	ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	0.63	< .001
	ด้านปัญหาอารมณ์	0.50	< .001
	ด้านปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน	0.40	< .001
	ด้านพฤติกรรมเกร	0.57	< .001

* ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (hyperactivity/inattention), ด้านปัญหาอารมณ์ (emotional symptoms), ด้านปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (peer relationship problems), ด้านพฤติกรรมเกร (conduct problems); SDQ = strengths and difficulties questionnaire

เครื่องมือ 9S ที่พัฒนาขึ้นมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6 - 0.8 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²³ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกระบวนการพัฒนาเครื่องมือที่มีการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการใช้แนวคิด transdiagnostic approach¹³ ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้ข้อคำถามที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของเด็กและวัยรุ่นไทย สอดคล้องกับแนวคิดของ DeVellis²⁴ ที่เสนอว่าการพัฒนาเครื่องมือวัดควรเริ่มจากการกำหนดกรอบแนวคิดที่ชัดเจนและการทบทวนวรรณกรรมอย่างรอบด้าน

ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ 9S จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.52 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (0.7)²⁵ อย่างไรก็ตาม การที่ค่าความสอดคล้องภายในต่ำอาจเป็นผลมาจากลักษณะเฉพาะของเครื่องมือที่ถูกออกแบบให้มีข้อคำถามน้อยและครอบคลุมหลายมิติของปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเครื่องมือที่วัดหลายมิติ (multidimensional scale) อาจมีค่าความเชื่อมั่นภายในต่ำกว่าเครื่องมือที่วัดมิติเดียว²⁶ นอกจากนี้ การใช้มาตราวัดแบบ dichotomous (ใช่/ไม่ใช่) อาจส่งผลให้ค่าความสอดคล้องภายในต่ำลงเมื่อเทียบกับมาตราวัดแบบหลายระดับ²⁷

การวิเคราะห์ความตรงตามสภาพโดยเปรียบเทียบกับแบบประเมิน SDQ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.81 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง²⁸ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือ 9S ที่พัฒนาขึ้นมีความสามารถในการวัดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นได้ใกล้เคียงกับเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่าบางด้านมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.30 - 0.49$) ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างในการออกแบบข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ โดยเฉพาะด้านสังคมและการกลั่นแกล้งรังแกที่เครื่องมือ 9S เน้นการประเมินพฤติกรรมเชิงลบ ขณะที่ SDQ ด้านปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนเน้นการประเมินความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบวก

เครื่องมือ 9S ที่พัฒนาขึ้นมีจำนวนข้อคำถามเพียง 9 ข้อ ซึ่งสั้นกว่า SDQ ที่มี 25 ข้อ¹⁶ และใช้เวลาในการประเมินเฉลี่ยเพียง 3 นาที สอดคล้องกับเป้าหมายในการลดภาระของครูและเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนของไทยในปัจจุบัน⁸ อย่างไรก็ตาม จำนวนข้อคำถามที่น้อยอาจส่งผลกระทบต่อความละเอียดในการประเมิน ดังนั้นจึงควรพิจารณาใช้เครื่องมือนี้เป็นขั้นตอนการคัดกรองเบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อไปยังการประเมินที่ละเอียดมากขึ้นต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในด้านขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของผลการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยเฉพาะในการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นและความตรง นอกจากนี้ ยังไม่ได้มีการศึกษาความไวและความจำเพาะของเครื่องมือ ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญของเครื่องมือคัดกรอง ดังนั้น ในการศึกษาต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น ทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาเพิ่มเติม รวมถึงหาค่าปกติ (norm) สำหรับเด็กและวัยรุ่นไทย เพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพเครื่องมือและความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ในระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่น

สรุป

การพัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทยตอนต้น 9 ข้อ (9S) ใช้แนวคิด transdiagnostic approach¹³ ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย มีความกระชับ ใช้งานง่าย และครอบคลุมปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ การทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาพบว่า เครื่องมือ 9S มีความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงตามสภาพในระดับดี แม้มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งอาจเป็นผลจากการออกแบบให้วัดหลายมิติด้วยข้อคำถามที่จำกัด อย่างไรก็ตาม เครื่องมือ 9S ความเป็นไปได้ในการใช้เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นในระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้น รวมถึงทดสอบความไวและความจำเพาะของเครื่องมือ เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการนำไปใช้จริงในวงกว้างต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และนางสาววิมลวรรณ ปัญญาว่อง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้คำแนะนำในการออกแบบงานวิจัย ขอขอบคุณ นางสาวศุภลักษณ์ อุดรา ครูชำนาญการพิเศษ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ อุบลราชธานี และนางสาวสุพัฒน์ บัวหอม ครูชำนาญการพิเศษ โรงเรียนอุบลวิทยาคม ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน

อภิขญา พลรักษ์ : การออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการศึกษา เขียนบทความ ; วีร์ เมฆวิสัย : เขียนบทความ ตรวจสอบบทความ ; ดุษฐ์ จิ๊งศิริกุลวิทย์ : ออกแบบการวิจัย ตรวจสอบบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Department of Health. Report on the survey of health behaviors among Thai children and adolescents. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Report on the mental health situation of Thai children and adolescents 2014-2017. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2018. (in Thai)
4. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-98. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X.
5. World Health Organization. Adolescent mental health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2024 Aug 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
6. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
7. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-78. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.
8. Secondary Educational Service Area Office 12. Manual for implementing the student care and support system. Bangkok: Ministry of Education; 2019. (in Thai)

9. Office of the Basic Education Commission. Report on the implementation of the student care and support system for the academic year 2020. Bangkok: Office of the Basic Education Commission; 2021. (in Thai)
10. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):175-86. doi:10.1016/S2215-0366(17)30167-0.
11. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Report on the mental health situation of Thai children and adolescents 2021. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2021. (in Thai)
12. Assana S, Laohasiriwong W, Rangseekajee P. Quality of life, mental health and educational stress of high school students in the Northeast of Thailand. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(8):VC01-6. doi:10.7860/JCDR/2017/29209.10429.
13. Krueger RF, Eaton NR. Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*. 2015;14(1):27-9. doi:10.1002/wps.20175.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Netemeyer RG, Bearden WO, Sharma S. Scaling procedures: issues and applications. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
16. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.
17. Dalgleish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and future directions. *J Consult Clin Psychol*. 2020;88(3):179-95. doi:10.1037/ccp0000482.
18. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Sauer-Zavala S, Bentley KH, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(9):875-84. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164.
19. Ehrenreich-May J, Chu BC. Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice. New York: The Guilford Press; 2014.
20. Humphrey N, Wigelsworth M. Making the case for universal school-based mental health screening. *Emot Behav Difficulties*. 2016;21(1):22-42. doi:10.1080/13632752.2015.1120051.
21. Worthington RL, Whittaker TA. Scale development research: a content analysis and recommendations for best practices. *Couns Psychol*. 2006;34(6):806-38. doi:10.1177/0011000006288127.
22. Ebesutani C, Korathu-Larson P, Knakamura BJ, Higa-McMillan C, Chorpita B. The revised child anxiety and depression scale 25-parent version: Scale development and validation in a school-based and clinical sample. *Assessment*. 2017;24(6):712-28. doi:10.1177/1073191115627012.
23. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-5.
24. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2017.
25. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
26. McNeish D. Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychol Methods*. 2018;23(3):412-33. doi:10.1037/met0000144.
27. Chalmers RP. On misconceptions and the limited usefulness of ordinal alpha. *Educ Psychol Meas*. 2018;78(6):1056-71. doi:10.1177/0013164417727036.
28. Woerner W, Nuanmanee S, Becker A, Wongpiromsarn Y, Mongkol A. Normative data and psychometric properties of the Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of Mental Health of Thailand*. 2011;19(1):42-57. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์ด้านจิตใจกับบาดแผลทางใจจากการรับฟังความทุกข์ของผู้ใช้บริการ ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย

วันรับ : 23 กันยายน 2567
วันแก้ไข : 8 พฤศจิกายน 2567
วันตอบรับ : 19 พฤศจิกายน 2567

ณธษา กำลั่งสิงห์, วท.ม., ธีรวรรณ ธีระพงษ์, ศศ.ด.
ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และการพัฒนาทางจิตใจของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ

วิธีการ : การศึกษาเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 6 คน คัดเลือกแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567

ผล : พบประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ผลทางลบจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการต่ออารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) การพัฒนาทางจิตใจจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการในด้านการรับรู้ถึงคุณค่าภายใน คุณค่าของผู้คน คุณค่าของชีวิต และคุณค่าของงาน และ 3) การจัดการผลทางลบโดยการแสวงหาแหล่งสนับสนุนและค้นหาแนวทางจัดการความเครียด

สรุป : นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยประสบทั้งบาดแผลทางใจและการพัฒนาทางจิตใจจากการรับฟังความทุกข์ของผู้ใช้บริการ ควรมีการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาวะทางจิตของนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อลดผลกระทบทางลบจากการทำงาน ร่วมกับการส่งเสริมความเข้มแข็งและการพัฒนาทางจิตใจ

คำสำคัญ : การพัฒนาทางจิตใจ, นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, บาดแผลทางใจ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณธษา กำลั่งสิงห์; e-mail: natasa_soc@hotmail.com

Original article

Psychological experiences and vicarious traumatization of Thai medical social workers

Received : 23 September 2024

Revised : 8 November 2024

Accepted : 19 November 2024

Natasa kamlangsing, M.S. Teerawan Teerapong, Ph.D.

Psychology Department, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To explore the psychological experiences and growth of Thai medical social workers from perceiving suffering of service users

Methods: This qualitative study employed interpretative phenomenological analysis to examine the lived experiences of six Thai medical social workers, selected through snowball sampling. Data were gathered via semi-structured, in-depth interviews conducted between September 2023 and June 2024.

Results: Three key themes emerged from the analysis: 1) the negative effects of perceiving the suffering of service users on emotions, feelings, cognition, and daily life, 2) psychological growth from perceiving the suffering of service users in terms of internal values, relationships with others, the value of life, and the value of work, and 3) managing negative effects through seeking social support and adaptive coping strategies.

Conclusion: Thai medical social workers experience both the harmful impacts of vicarious traumatization and the constructive outcomes of vicarious posttraumatic growth. The findings underscore the critical role of social support and self-care practices in helping social workers mitigate the adverse effects of their profession, while fostering resilience and growth.

Keywords: medical social workers, psychological growth, traumatization

Corresponding author: Natasa kamlangsing; e-mail: natasa_soc@hotmail.com

ความรู้เดิม : ในต่างประเทศพบผลทางลบและการพัฒนาทางจิตใจจากการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์หลังรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ แต่ไม่พบการศึกษาวิจัยในบริบทประเทศไทย

ความรู้ใหม่ : นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยได้รับผลทางลบจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการต่ออารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการดำเนินชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกันก็มีการพัฒนาทางจิตใจจากการมีสัมพันธภาพทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของโลกทัศน์ต่อตนเอง ผู้อื่น และการทำงาน ตลอดจนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนและการพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การทำความเข้าใจประสบการณ์จากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตแก่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย

บทนำ

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการบริการทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ให้บริการในสถานพยาบาล เช่น การให้คำปรึกษา กลุ่มบำบัด การลงเยี่ยมบ้าน และการจัดการรายกรณี ตลอดจนการจัดการปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย¹ โดยคำนึงถึงการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่า การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีร่างกาย อารมณ์ และจิตใจที่อยู่ในสภาวะสมดุลเสมอ เพื่อให้การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด² แต่สถานการณ์ความเป็นจริงการรับรู้เรื่องราวที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะปัญหาสังคมที่พบได้บ่อยในบริบทไทย เช่น ความรุนแรงในครอบครัว การฆ่าตัวตาย การไร้บ้าน ยาเสพติด ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการ³ อาจทำให้นักสังคมสงเคราะห์ที่ไม่สามารถแยกตนออกจากความรู้สึกหรือประสบการณ์ของผู้ใช้บริการ⁴ และเกิดวิกฤตทางอารมณ์ ความรู้สึก และการดำเนินชีวิตประจำวัน⁵ ผลสำรวจพบว่า นักสังคมสงเคราะห์ร้อยละ 63.7 มีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 49.6 มีความเครียดจากความรู้สึกร่วม

กับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ ร้อยละ 26.2 มีโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) และร้อยละ 16.2 มีอาการโศกเศร้ารุนแรง⁶

ภาวะวิกฤตทางอารมณ์จากการรับรู้บาดแผลทางใจ เรื่องราวสะเทือนใจของผู้ใช้บริการซ้ำ ๆ เรียกว่า บาดแผลทางใจที่เกิดจากการรับฟังความทุกข์ของผู้ใช้บริการ (vicarious traumatization: VT)⁷ ความเครียดจากความรู้สึกร่วมกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ (secondary traumatic stress: STS)⁸ หรือความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue: CF)⁹ ซึ่งทั้ง 3 ภาวะนี้มักใช้อธิบายแทนกันได้¹⁰ หมายถึงการติดเชื่อทางจิตใจของผู้ให้บริการจากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางใจของผู้อื่น เมื่อผู้ให้บริการได้รับรู้รับฟังความต้องการทางอารมณ์และความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการไม่เพียงแค่รู้สึกถึงมันผ่านกระบวนการของความเห็นอกเห็นใจเท่านั้น แต่พบว่า มีแนวโน้มที่ผู้ให้บริการจะดูดซับบาดแผลนั้นเข้าไปในจิตใจของตนเองเช่นกัน การศึกษาอาการ VT ในนักสังคมสงเคราะห์พบความรู้สึกหดหู่ รู้สึกผิด รู้สึกเศร้า นอนไม่หลับ และวิตกกังวล¹¹⁻¹⁵ ซึ่งคล้ายคลึงกับอาการสำคัญของ PTSD¹⁶ อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถอนุมานว่าผู้ที่มี VT ทุกคนจะพัฒนาเป็นโรค PTSD ขึ้นอยู่กับกลไกการฟื้นคืนสภาพจิตใจ การได้รับแรงสนับสนุนทางวิชาชีพ และทักษะจัดการกับอารมณ์ซึ่งสามารถยับยั้งไม่ให้เกิดกลายเป็น PTSD ในผู้ปฏิบัติงาน¹⁷

ในทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาทางจิตใจจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ให้บริการ (vicarious posttraumatic growth: VPTG) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาเชิงบวกในบุคคลที่เกิดขึ้นจากผลของการทำงานร่วมกับผู้เผชิญเหตุการณ์กระทบกระเทือนทางจิตใจหรือมีบาดแผลทางใจ¹⁸ มี 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง 2) การมีสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งและเข้าใจผู้อื่น 3) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โลกทัศน์ส่วนตัวในแง่ของปรัชญาชีวิต และ 4) การเปลี่ยนแปลงด้านมุมมองการรับรู้เกี่ยวกับงานที่ทำ โดย VPTG เป็นการต่อยอดจากแนวคิดการพัฒนาภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (posttraumatic growth: PTG) แต่มีความแตกต่างกัน 2 ประการ ได้แก่ PTG เกิดขึ้นกับบุคคลที่

เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยตรง แต่ VPTG เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกับผู้ที่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญซึ่งถือเป็น การเผชิญเหตุการณ์โดยอ้อม และ VPTG มีมิติเฉพาะคือ ลักษณะการพัฒนาด้านมิติการทำงาน ซึ่งไม่พบใน PTG^{19,20} ทั้งนี้การเกิด VPTG ไม่จำเป็นต้องประสบกับ VT ก่อนและสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันหรือคู่ขนานกันไป โดยการเกิด VPTG ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง การมีกิจกรรมดูแล ตนเอง ความมุ่งมั่นในการทำงาน การเห็นอกเห็นใจผู้ให้บริการ และระยะเวลา¹⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษา ประเด็นดังกล่าวในนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานภายใต้ บริบทปัญหาสังคมไทย ซึ่งพบความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ระบบบริการสาธารณสุข และการศึกษา²¹ แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่ไม่พบปัญหาดังกล่าวในการทำงาน ร่วมกับผู้ใช้บริการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจ ประสบการณ์และการพัฒนาทางจิตใจของนักสังคมสงเคราะห์ ทางทางแพทย์ไทยจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์ทางทางแพทย์ไทย

วิธีการ

การศึกษาเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (interpretative phenomenological analysis: IPA) ซึ่งเน้นศึกษาประสบการณ์ส่วนบุคคลในบริบทเฉพาะ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในประเด็นที่ศึกษา²² ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ หนังสือรับรองเลขที่ COA 011/66 วันที่ 20 มกราคม 2566 ดำเนินการในเดือนกันยายน ถึง มิถุนายน 2567

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นักสังคมสงเคราะห์ทางทางแพทย์ที่มีใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ของสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 28 - 60 ปี มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการโดยตรง 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป และสามารถสื่อสารเป็นภาษาไทย ได้ เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (snowball sampling)

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อนายกสมาคมนักสังคมสงเคราะห์ ทางทางแพทย์ไทยเพื่อแนะนำผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 จากนั้นติดต่อ ผู้ให้ข้อมูลเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ และส่งเอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัยให้อ่านโดยเปิดโอกาสให้ เวลาตัดสินใจและสอบถามหากพบข้อสงสัย จากนั้นขอยินยอม เข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรและนัดหมายวันและเวลา สัมภาษณ์ตามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกและชี้แจงถึงการ รักษาความลับของข้อมูลการสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลแนะนำผู้ให้ข้อมูลคนต่อไปที่มีคุณสมบัติ ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงและขอ ความยินยอมเช่นเดียวกันทุกครั้งจนกระทั่งข้อมูลที่ได้รับ ไม่พบประเด็นใหม่และพบว่าข้อมูลสำหรับการอธิบายเพื่อ ทำความเข้าใจประเด็นสำคัญตรงกัน 3 คนขึ้นไป สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลคนละ 1 ครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ที่ห้องทำงานสังคมสงเคราะห์ ห้องรับรองขนาดเล็ก ห้องประชุม ขนาดเล็ก หรือภายนอกสถานที่ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เช่น ร้านกาแฟ ดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย 1 คน ร่วมกับการสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม โดยผู้วิจัยผ่านการ ศึกษาระเบียบวิธีการวิจัยทางจิตวิทยาการวัดผลทาง การศึกษาเชิงจิตวิทยา และการศึกษาเชิงคุณภาพ ในหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา เป็นระยะเวลา 1 ปี

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับ ประสบการณ์การให้บริการ การรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ ประสบการณ์การพัฒนาทางจิตใจ การค้นพบการเปลี่ยนแปลง การให้ความหมายต่อประสบการณ์ และการจัดการผลทางลบ เพื่อเฝ้าต่อการพัฒนาทางจิตใจ และ 3) แบบบันทึกภาคสนาม ได้แก่ อากัปกริยา สภาพแวดล้อม และเหตุการณ์ที่ปรากฏ นอกเหนือจากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ แนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (IPA)²² โดยนำ เสียงสัมภาษณ์มาถอดความแบบคำต่อคำ (verbatim)

จากนั้นอ่านบทสนทนาจนกระทั่งเกิดความเข้าใจเรื่องราว
เสมือนเป็นคนวงในกับผู้ให้ข้อมูล แล้วจึงบันทึกเชิงบรรยาย
(descriptive comments) บันทึกด้านภาษา (linguistic
comments) และบันทึกเชิงแนวคิด (conceptual comments)
ซึ่งคำนึงถึงรายละเอียดของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น นัยยะ
ของภาษาที่ใช้ และความหมายของประสบการณ์นั้นใน
มุมมองของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเชื่อมโยงข้อความที่มี
ความสัมพันธ์กันเข้าสู่ประเด็นต่าง ๆ และสรุปเป็นใจความ
สำคัญหลักเพื่อตอบคำถามการวิจัย โดยนำเสนอข้อมูลควบคู่
กับการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มความเข้าใจและ
เป็นการยืนยันความถูกต้องของการจัดกลุ่มเข้าสู่ประเด็น
ดังตัวอย่างที่แสดงในตารางที่ 1

ผล

หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 6 คน ไม่พบประเด็นใหม่
ในการสำรวจต่อ จึงยุติการเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่
เป็นหญิง อายุ 30 - 43 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ
ปริญญาตรี (สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต) ประสบการณ์
การทำงาน 5 - 17 ปี และมีลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน
เช่น การดูแลเด็กและวัยรุ่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยมะเร็ง
เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง แรงงานต่างชาติ และบุคคล
ที่ไม่มีหลักฐานทะเบียนราษฎร รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการบันทึกประเด็นและระบุใจความสำคัญ

บทสัมภาษณ์	บันทึกเชิงบรรยาย	บันทึกด้านภาษา	บันทึกเชิงแนวคิด	ใจความสำคัญ
ผู้วิจัย : แล้ว (ผู้ให้ข้อมูล) ได้ เรียนรู้อะไรบ้างจากการได้ทำงาน ร่วมกับเคสนี้	ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการที่จะรับสาย ผู้ให้บริการ แต่ตระหนักถึง บทบาทและหน้าที่ของตน จึง	“ปลดบทบาทการเป็นนักสังคม สงเคราะห์” ใช้คำว่า “ปลด”	ความรู้สึกทุกข์ อึดอัดและฝัน ให้บริการ จากความรู้สึก	ผลทางลบ
ผู้ให้ข้อมูล : การรับมือกับ ความรู้สึกของตัวเอง รับมือจาก ช่วงที่เราไม่อยากคุยแต่เรารู้หน้าที่ ที่เราต้องทำเพราะฉะนั้นนาง ความรู้สึกที่ไม่อยากทำแล้วก็ ทำตามบทบาทที่เราเป็น พอ วางสายเราก็ปลดบทบาทการ เป็นนักสังคมสงเคราะห์ เรียนรู้ อีกอย่างคือการตัดบท วันนี้ เท่านั้นนะแม่เนาะ เดียวพรุ่งนี้ ค่อยว่ากัน	เลือกจะให้บริการหลังเลิกงาน แต่เมื่อไม่พบเหตุเร่งด่วน จึงเลือก ที่จะยุติบทสนทนา โดยใช้ทักษะ การสื่อสาร และลดบทบาทออก กลับคืนสู่การให้เวลาพักผ่อนกับ ตนเอง	อาจแปลว่าขณะนี้กำลังอึดอัด จึงอยากจะพ้นจากความอึดอัดนี้ “เท่านั้นนะแม่เนาะ” ใช้คำว่า เนาะ ถึงสองครั้ง แสดงถึง ความอยากให้ <u>ผู้ให้บริการ</u> คล้อย ตามสิ่งที่พูด	ละทิ้งผู้ให้บริการไม่ได้ ขอบเขตการให้บริการ ไม่ไหว ไม่ฝืนคุยต่อ	ค่านิยมและความเชื่อ การจัดการผลทางลบ การพัฒนาทางจิตใจ

ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ให้ข้อมูล

ประเด็นที่ 1 การถูกครอบงำ

การถูกครอบงำ (being overwhelmed) เกิดจาก
การรับรู้ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของ
ผู้ให้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในกระบวนการทำงาน
การเข้าไปคลุกคลีสัมผัสกับความทุกข์ จนกระทั่งแยกตนออก
จากความทุกข์ทรมานเหล่านั้นไม่ได้ เมื่อพบว่าผู้ให้บริการรู้สึก
ถึงอารมณ์และความรู้สึกเชิงลบ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงความรู้สึก
เชิงลบไม่ต่างกัน เปรียบเสมือนว่าความคิด ความรู้สึก และ
ตัวตนถูกบังคับให้เป็นไปตามเรื่องราวของผู้ใช้บริการ ล่วงล้ำ
ไปสู่ผลทางอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการดำเนินชีวิต
ประจำวัน

1.1) ผลต่ออารมณ์และความรู้สึก

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเปิดเผยตรงกันถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น
ระหว่างการให้บริการ มีความรู้สึกเศร้าและหดหู่ต่อเรื่องราว
ของความทุกข์ของผู้ให้บริการ บางคนรู้สึกผิด เสียหาย และ
กล่าวโทษตนเองที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ให้บริการได้ตามที่
คาดหวัง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลบางคนตระหนักถึงความรู้สึก
ไม่สมดุลทางอารมณ์ของตนภายหลังการให้บริการ ล่วงเลย
ไปถึงช่วงเวลาที่ควรเป็นการผ่อนคลาย เนื่องจากยังมีความคิด
ติดอยู่กับเรื่องราวความทุกข์ของผู้ให้บริการและไม่สามารถ
ปล่อยวางความรู้สึกดังกล่าวได้

ตารางที่ 2 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล (n = 6)

	เพศ	อายุ	การศึกษา	ประสบการณ์	ลักษณะการปฏิบัติงาน
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1	ชาย	43 ปี	ปริญญาตรี	17 ปี	ทำงานในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ กระทรวงแห่งหนึ่ง ก่อนโอนย้ายมากระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด การทำงานที่ผ่านมาเน้นไปทางด้านบริการเพื่อช่วยเหลือเด็กและผู้ป่วยจิตเวช
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2	หญิง	42 ปี	ปริญญาตรี	13 ปี	ทำงานในองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์ก่อนเปลี่ยนสายงานมาทำงานสังคมสงเคราะห์ ในโรงพยาบาล ให้บริการด้านแรงงานต่างชาติและบุคคลที่ไม่มีหลักฐานทะเบียนราษฎร
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3	หญิง	30 ปี	ปริญญาตรี	6 ปี	ผ่านการทำงานทั้งในระดับศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีความทุกข์ใจจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งในเด็กและผู้ใหญ่
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4	หญิง	41 ปี	ปริญญาโท	15 ปี	เป็นนักสังคมสงเคราะห์คนเดียวในโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5	หญิง	40 ปี	ปริญญาตรี	16 ปี	มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6	หญิง	31 ปี	ปริญญาตรี	5 ปี	ให้บริการสังคมสงเคราะห์ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

“จริง ๆ อะเคสเนี่ยอยากทำให้ดีกว่านี้ **อีก** เราก็ยัง **รู้สึก**ผิดกับน้อง (ผู้ให้บริการ) อยู่ในเรื่องที่ว่าในตอนที่เรารักษาตัวที่โรงพยาบาลในหลายครั้งเนอะ แต่ว่ามันมีอยู่ครั้งหนึ่งที่น้องอยากจะออกจากโรงพยาบาลมาก ๆ เราก็ยอมให้น้องไปอะไรอย่างเงี้ย ถ้าเราย้อนกลับไปได้เราก็อยากที่จะพาน้องไปฉายแสงอะไรเงี้ย อยากที่จะทำแบบนั้นเหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“โทษตัวเองเนอะ **รู้สึก**ว่าแบบเหมือนตัวเองแบบน่าจะทำได้มากกว่านี้ สงสารเด็ก จะใช้คำว่าสงสารได้ไหม เพราะว่าเรา **รู้สึก**ว่าถ้าเด็กรอด มันก็เหมือนตายทั้งเป็นเนอะ ไม่รู้จะมีใครดูแลบ้าง แต่ก็คิดว่าสงสาร พอสงสารแล้วมันก็ทำให้ตัวเอง **รู้สึก**หดหู่ ช่วงนั้นที่จำได้ว่าเป็นช่วงอาทิตย์หลังจากที่ **รู้**เรื่องราวเคสเสียชีวิตเนี่ย พี่ก็ **ไม่**ถึงกับ **เครียด** แต่ **ก็** **รู้สึก**ว่าแบบมันคิดวนอยู่ว่า ทำไมวะ ทำไมไม่ทำให้มากกว่านี้ ไม่ฟังเขามากกว่านี้ **ไม่**ยอไว้ อะไรอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“อารมณ์ของเราไม่ปกติ แล้ว **ก็** **มัน** **ไม่** **ใช่** **แค** **ไ** **กร** **ธ** **น** **ะ** **ะ** บางทีมันก็เศร้าเนอะ แบบพอเวลาคุยเสร็จ แล้วเห็นอะไรที่มันเศร้า ๆ ขึ้นมาในเฟซบุ๊กหน้าเพจเรา มันก็แบบอยากร้องไห้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

1.2) ผลต่อความคิด

พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีมุมมองและความคิดทางลบต่อปัญหาของผู้ใช้บริการ ไม่ไว้วางใจต่อสถานการณ์ และ

คิดว่าสถานการณ์ของผู้ใช้บริการจะแย่ลงทุกเมื่อ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล **รู้สึก**กลัว กังวล และ **เครียด** แม้ในช่วงนอกเวลาให้บริการแล้วก็ตาม

“แล้วฉันจะคุยกับต่างอำเภอได้ไหม คือกังวล **เครียด** แล้วแบบคือถ้าน้องไม่ได้เลขบัตรละจะทำไง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ตัวเราเองอะ นึกถึงลุงทุกคืนเลยนะที่เรานอนอะ ทุกครั้งที่นอน แล้วก็แบบลุงจะเป็นยังไงนะ คือมันเหมือนมีความกลัวที่แגעะเสียชีวิต คิด ๆ แทบจะตลอดเวลาเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ถ้าไม่รับสายก็กลัวว่ามันเป็นฉุกเฉินอย่างอื่นอีกอะ เออ ด้วยความที่เรา **รู้**อยู่แล้วมันว่าเคสเนี่ย **มี** **เร** **ื่อ** **ง** **ของ** **การ** **ใช้** **ความ** **ร** **ู** **น** **ร** **เ** **ง** **ใน** **ตัว** **เด** **็** **ก** **อะ** **นะ** การ **ใช้** **ความ** **ร** **ู** **น** **ร** **เ** **ง** **ใน** **บ้าน** การที่ **เด** **็** **ก** **ทำ** **กับ** **ผู้** **ดู** **แล** **เรา** **เลย** **เป็น** **ก** **ัง** **ว** **ล**” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

1.3) ผลต่อการดำเนินชีวิต

พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความเหนื่อยล้าสะสมทางอารมณ์ ความคิด และร่างกายจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการจนรบกวนช่วงเวลาการพักผ่อนหลังเลิกงาน บางคนแสดงถึงความรู้สึกอยากหลีกเลี่ยงหรืออ้อนวอนภานาให้ผู้ให้บริการไม่ต้องติดต่อตนเลย เพราะ **รู้** **ดี** **ว** **่า** **ห** **าก** **ได้** **รับ** **การ** **ติด** **ต่อ** **มา** **ตน** **ก็** **ไม่** **สามารถ** **ละ** **ทิ้ง** **หร** **ือ** **น** **ึง** **ด** **ู** **เ** **น** **ย** ๆ ได้

“รู้สึกว่าจะไม่ต้องติดต่อดันเลย เพราะถ้าติดต่อก็ได้ก็
ไม่กล้าที่จะปล่อยทิ้ง ยังไม่กล้าทำแบบนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“คือกังวล กังวลนะเพราะว่ามันเครียดเสร็จแล้ว
มันเป็นแบบยังไม่มีระบบอำนวยความสะดวกแบบนี้นอนเครียด
ตายห่าแล้ว แล้วฉันจะคุยกับต่างอำเภอได้ไหม คือกังวล
เครียด แล้วแบบคือถ้าน้องไม่ได้เลขบัตรจะทำไม” (ผู้ให้
ข้อมูลคนที่ 2)

“เป็นผู้ให้บริการที่ชอบจะกริดแชนตัวเอง น้องจะมี
อารมณ์แบบนี้อายากริดแชนตัวเองในเวลากลางคืน พอเวลา
ผ่านไปสัปดาห์ที่ 2 เราารู้สึกแย่แล้ว เพราะมันไม่ได้พักผ่อน
มันเปลือง กับกลายเป็นเราเองที่ตอนนั้นรู้สึกตัวเองสุขภาพ
ไม่โอเค ทั้งการพักผ่อน ทั้งการนอน ทั้งการทำงานนะ
มันรวนไปหมด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

ประเด็นที่ 2 พัฒนาการทางจิตใจ

หลังจากเผชิญความทุกข์ระหว่างการทำงานร่วมกับ
ผู้ให้บริการ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์
ของตนเอง ดังต่อไปนี้

2.1) การรับรู้คุณค่าภายในตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลค้นพบมุมมองใหม่ที่มีต่อตนเองว่าตนมี
ความสามารถในการยอมรับความยากลำบาก การอดทน และ
การรักษาปกติสภาพของตนไว้ได้แม้เผชิญอุปสรรคที่เข้ามา
พร้อมทั้งไม่หยุดพัฒนาความสามารถในการบริการ ซึ่งมีผล
ต่อการรับรู้ตนเองว่าตนเป็นคนเข้มแข็ง แข็งแกร่ง และสามารถ
รับมือปัญหาต่าง ๆ รู้สึกภูมิใจ และนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

“ในทุกเคสที่เราทำ ณ ตอนนั้นมันเต็มไปด้วยกับภัย
ที่เราทำ ณ ตอนนั้นแล้วละ ถึงบางอย่างเนี่ย มันสิ้นด้วยซ้ำที่
แบบปกติ ฉันไม่เคยทำแบบนี้แต่ฉันก็แบบสู้ เพื่อเพื่อที่จะได้
ทำให้เขา (ผู้ให้บริการ)” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เราเจอมารุสุมทุกวัน เจอทั้งความโหดร้ายจากชีวิต
คนไข้ แล้วที่คิดว่ามันสังคมสงเคราะห์หลาย ๆ คนเจอมารุสุม
กับที่ทำงานด้วย... แต่พอเราเจอตรงนี้ เราก็พยายามที่จะ
พัฒนาอะไร พัฒนาตนเองต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“กูก็เก่งวะ คือพูดได้นะตอนนี ถ้าแต่ก่อนไม่พูดคำนี้
กับตัวเองนะ เพราะรู้สึกว่าเหมือนเราไม่สามารถสู้กับใครได้
เราเป็นตัวเล็กตัวน้อย... แต่ถ้ามาเทียบกับเรา เทียบกับเรื่องราว
ของคนไข้ เทียบกับหลายปีที่เราสู้ เราก็รู้สึกว่าเราก็เก่งขึ้น”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“เราก็เป็นคนที่เข้มแข็งนะ เรามีจุดดีอะส่วนใหญ่
ก็จะมองแบบจุดดีของตัวเอง ในวันที่เราเหนื่อย อาจจะมี
ข้อดีแค่ข้อเดียวนะ แต่มันก็เป็นหลักยึดเหนี่ยวที่ทำให้เรา
ในวันที่ท้อแท้เหมือนคุณธรรมในใจที่ยังทำให้เรายังก้าวต่อไป
ในแต่ละวัน ถึงจะมีด้านลบ มีปัญหาเข้ามา เราเชื่อมั่นใน
ศักยภาพของตัวเองความสามารถของตัวเอง ชีวิตเรานั้นมี
ปัญหาอยู่แล้ว มันต้องมีอะไรให้เราแก้ไข มันเป็นเรื่องท้าทาย
น่าสนุกดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.2) การรับรู้คุณค่าของผู้อื่น

ผู้ให้ข้อมูลเชื่อมั่นและยึดถือค่านิยมและหลักการ
ของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเน้นย้ำว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่า
มีสิทธิ และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่ากัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูล
มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ให้บริการ เปิดใจยอมรับความรู้สึก
อารมณ์ และปัญหาของผู้ให้บริการโดยไม่ตัดสิน และพยายาม
เข้าใจมุมมองและรู้สึกถึงความรู้สึกของผู้ให้บริการ จนกระทั่ง
พบความเข้าใจในธรรมชาติของผู้คนและมีความเห็นอกเห็นใจ
ผู้อื่นเพิ่มขึ้น

“ไม่ว่าจะใครเกิดมามันก็ต้องมีสิทธิที่ดีมาด้วยที่
ควรได้รับ แล้วการที่ noname (ในบริบทสังคมสงเคราะห์
ใช้เรียกแทนบุคคลไม่มีชื่อ สกุล ไม่พบข้อมูลในฐาน
ทะเบียนราษฎร และระบุสัญชาติไม่ได้) เนอะ บ้านนี้ก็ไม่ใช้
บ้านนั้นก็ไม่ใช้ มันก็ทุกชั้นจะไปใช้สิทธิกับเพื่อนมันก็ได้”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เราอยากที่จะสนับสนุนเขา ให้เขาได้มีสิทธิที่จะ
เลือกการตายของตัวเอง เนี่ยก็มองไปถึงตัวเองด้วยแหละว่า
แบบทุก ๆ เคสที่เราทำ เรามองไปถึงตัวเองหมดเลยนะ
ว่าเหมือน เอะถ้ากูเป็นแบบนี้บ้าง เอะกูเป็นแบบเคส กูจะ
เป็นยังไงวะ อะไอย่างเงี้ย เราก็เลยอยากที่จะสนับสนุนเขา
ให้เต็มที่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2.3) การรับรู้ความหมายของชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลนำเรื่องราวภายนอกมาสะท้อนชีวิตของ
ตนเอง ทำให้ตระหนักถึงความโชคดีในชีวิตและรู้สึกซาบซึ้ง
ต่อสิ่งที่มีและเป็นอยู่ในปัจจุบัน

“โห เนี่ยเนอะ มันชีวิตจริง ๆ กับคนที่เราเจอ มีเงิน
เพื่อซื้อข้าวเหนียวกับหมูปิ้งแค่นั้น แล้วหมูปิ้งแบบต้องแบ่งกิน
2 มื้อ แล้วแบบบางวันเรากินหมูปิ้งไม่หมดอย่างเนี่ย เรายังทิ้ง

กับคนหนึ่งที่เขาไม่มีจริง ๆ อะ ข้าวเหนียวห่อหนึ่งแบ่งกิน 2 มื้อ อย่างเนี่ย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“พอเรารู้สึกว่าบ้านเราหรือตัวเราเอง เราไม่ได้ถูกกระทำแบบนั้น เรารู้สึกว่าเหมือนว่าเราไม่ได้ประสบปัญหา เรายังโชคดี เหมือนยังโชคดีแล้ว เรารู้สึกว่าใช้คำว่า โชคดีกว่าเขาอะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2.4) การยอมรับตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเอง ข้อจำกัดของผู้ใช้บริการ และสิ่งที่ยูนอกเหนือการควบคุม ทำให้มีความเมตตาต่อตนเอง ยอมรับความผิดหวัง โดยที่ยังคงมีมุมมองเชิงบวกและมีความหวังต่อสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง

“ตอนแรกเราก็แข็งโปรแกรมบำบัด เราก็ทำดีแล้วนะ คุยในเชิงสังคม ครอบครัวบำบัด หรือว่าปรับเรื่องของ การสื่อสารแล้ว แต่ทำไมผู้ป่วยยังกลับไปใช้ยาเสพติดอยู่ มันก็คงมีมากกว่าปัจจัยเหล่านี้ ก็เลยคิดว่า เอ๊ะ เพื่อให้ตัวเราเอง มีกำลังใจในการทำงาน แทนที่เราจะโฟกัสในเรื่องที่เขาทำไม่ได้ เขาตั้งเป้าหมายร่วมกันกับเรา เช่น เรื่องของการเลิกใช้ยาเสพติด เราลองค้นหาสิ่งดี ๆ ที่อย่างน้อยเขาทำได้ บทเรียน ประสบการณ์ที่เขาได้จากครั้งล่าสุดที่เขาทำได้ดี จะดีกว่า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“เคลที่ไม่ได้ทำตามที่เราคิดหรือวางแผนไว้ เราไม่ได้รู้สึกกังวล เพราะว่าเราคิดว่าเราไม่ได้ทำไม่ถูกต้องอะไร เคลเลือกไม่ทำก็คือไม่ทำ แต่ให้เขารับรู้ผลที่ได้ รู้ใช้ไหมว่ามันจะเกิดอะไรขึ้น ถ้าเขารับได้ ก็โอเค ก็ผ่านไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“เรายังเป็นมนุษย์อยู่นะ คือความเป็นมนุษย์อะ มันห้ามไม่ได้ที่จะไม่รู้สึก ต่อให้เราจะเจอประสบการณ์มาเป็น 10 ปีของการทำงาน แต่ว่างานที่เราทำมันคือการทำงานร่วมกับมนุษย์ มันต้องรู้สึกอยู่แล้ว มันก็ต้องมีแบบอะไรหลาย ๆ อย่าง เราคิด เราโกรธ ไม่โห เสียใจ หรือว่าดีใจอะไรอย่างเงี้นะ แต่โดยรวม เราก็อยากให้ใช้สูตรที่เราเคยพูดไปนั่นแหละว่า มันต้องทำตัวให้เหมือนชักโครก สภาพจิตใจเราสำคัญสุด คือ ต่อให้เราช่วยเคลเนี่ย แล้วเรารู้สึกมาก มันก็ส่งผลกระทบกับตัวเราอะ ทำให้เราไปช่วยคนอื่นไม่ได้แล้วนะ เออ ถ้าเราแ่ในเคลเดียว ดังนั้นถ้าเรากลับมา heal (รักษาสภาพจิตใจ) ตัวเองได้ เราก็จะไปช่วยคนอื่นได้อีกเยอะ แล้วก็ไปทำงานเพื่อเขาได้อีกเยอะเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2.5) การรับรู้คุณค่าของงาน

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนตระหนักว่างานที่ทำมีความหมาย การสนับสนุนให้ผู้คนพ้นจากความทุกข์เป็นแรงเสริมทางบวก ที่สะท้อนกลับมาให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจ เพิ่มขึ้น และต้องการทุ่มเททำงานต่อไป

“เราก็มองงานอื่นให้จัดการนะ แต่ก็ต้องไปทำเคลนี้ด้วย เราเต็มใจ เขาเป็นระยะท้าย เรายากให้เขาได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“หากเราเห็นเขารอด ไม่ต้องถูกกระทำ ความรุนแรงซ้ำ เราจะได้ไม่ต้องห่วง มันก็เลยรู้สึกทำให้เต็มที่ ใช้วิธีการแบบ ทำให้ได้มากที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“เราต้องอยู่เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของเรา เราจะ ไม่ยอมให้ระบบหรือข้อจำกัดต่าง ๆ มาลดทอนสิทธิหรือกีดกัน การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ประเด็นที่ 3 การจัดการผลทางลบ

ผู้ให้ข้อมูลมีความพยายามให้ตนเองสามารถทำงาน และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยการแสวงหาทรัพยากรทั้ง ภายในและภายนอกตนเอง ที่ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นในการรับมือความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

3.1) การแสวงหาแหล่งสนับสนุน

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้เปิดเผยความทุกข์ใจกับเพื่อน ร่วมวิชาชีพที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันและได้รับการ ตอบสนองด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเอง รู้สึกปลอดภัย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และตระหนักถึงทางอารมณ์ นอกจากนี้ การได้แลกเปลี่ยนมุมมองและรับฟังความคิดเห็นจากบุคคล รอบข้างยังส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองความคิดต่อปัญหาที่ ต่างออกไปจากเดิม

“เหมือนได้เล่าเคลนะอะ ได้มุมมองที่หลากหลายคือ มีคนรับฟังนี้แหละ ว่าเออ เกิดสถานการณ์แบบนั้นอะ ได้เล่าเรื่อง ที่มันทุกข์ใจ ความไม่สบายใจอะ มีคนหนึ่งคนที่รับฟังเรื่องราว ได้ทุกเรื่องอย่างเงี้ย ให้คำแนะนำ หรืออย่างน้อยอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ เรานั่งทำอะไรไปเขาไปอยู่ข้าง ๆ อิม มันก็เป็นสิ่งที่แบบมีกำลังใจในการทำงาน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ว่าจะ เป็นเพื่อนในกลุ่มงาน ในตึก หรือว่าทีมต่าง ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“พอได้ยืนเคลเดิมกลับมาด้วยบริบทปัญหาแบบเดิม ๆ เราก็มองสงสัยละ เราไปไม่ถึงตรงจุดไหนวะ มีส่วนไหนที่

แก้ไม่ได้สักที แต่ก็มีทีมพี่ ๆ เขาบอกว่าอันนี้เราทำแล้ว อันนั้นทำแล้ว แต่ถ้ายังไปต่อไม่ได้ อาจเพราะฟังก์ชัน (คุณลักษณะ) ของเด็กและผู้ปกครองไม่สามารถก้าวข้ามข้อจำกัดที่เราได้ มันเลยรู้สึกว่าได้ทำอะไรอะไรมาอยู่แล้ว เพราะทีมเองก็บอกเราว่าทำได้เต็มที่ในส่วนของเราแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“เพื่อนร่วมงานก็จะบอกว่าเป็นอะไร เราก็แบบ อดคิดมาว่า มันไม่เหมือนเดิมเนอะ อารมณ์มันขึ้น ขึ้นได้ง่ายกว่าปกติที่เราเป็น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

3.2) การจัดการความเครียด

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวถึงการมองเห็นตนเองเพิ่มขึ้นและการละวางทัศนคติต่อเรื่องราวความทุกข์ของผู้ใช้บริการ โดยการกำหนดขอบเขตเวลาการทำงาน บริหารเวลาให้มีช่วงเวลาพักผ่อน ผ่อนคลาย หรือมีกิจกรรมเพื่อสร้างประโยชน์ต่อจิตใจและร่างกายของตนเอง

“อาจจะไปดูหนัง อ่านนิยายอะไรอย่างเงี้ย จะพยายาม delete (ลบ ขำระล้าง) ทุกวันค่ะ แล้วก็ restart (เริ่มต้นใหม่) ทุกวัน ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“สามารถปล่อยวางได้ ก็นั่นแหละ ดูหนังฟังเพลงเลย ออกไปตรงไหนก็ได้ที่พ้นตัวเองออกจากที่เดิม ไปเที่ยว ไปดูคอนเสิร์ต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ปล่อยวางเลิกงานล่ะไปทำอะไร หากิจกรรมอะไรที่ทำให้ตัวเราเองมีความสุขทางจิตใจ... เราโฟกัสในเรื่องอื่น ๆ จะได้ไม่ต้องมาสนใจในเรื่องงาน แล้วก็ใช้เวลาให้มันเกิดประโยชน์กับชีวิตตนเองในแต่ละวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

วิจารณ์

การศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 6 คน สะท้อนให้เข้าใจถึงผลทางลบเมื่อได้รับรู้เรื่องราว ประสบการณ์ความทุกข์ ความเจ็บปวด และความโหดร้ายของชีวิตผู้ใช้บริการ โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนเกิดอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดทางลบจากการให้บริการ สังคมสงเคราะห์ เช่น ความเครียด กังวล หดหู่ รู้สึกผิด และรู้สึกไร้อำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ซึ่งยังคงติดค้าง แฝงอกเหนือช่วงเวลาทำงานและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ความเหนื่อยล้าและปัญหาการนอน บางคนมีความรู้สึกร่วมไปกับผู้ใช้บริการราวกับว่าเรื่องราวนั้นเกิดขึ้น

กับตนเอง บางคนรู้สึกว่าจิตใจและความคิดของตนเองถูกครอบงำจนส่งผลให้มองเห็นตนเอง ผู้อื่น หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางลบ สอดคล้องกับผลการศึกษานักสังคมสงเคราะห์ในต่างประเทศที่พบความรู้สึกผิด สิ้นหวัง วิตกกังวล และการนอนไม่หลับจากความคิดวอกแวกเกี่ยวกับสวัสดิภาพของผู้ใช้บริการ^{11-15,18} ซึ่งเข้าได้กับอาการบาดเจ็บทางใจจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ (VT)⁶ โดยปัจจัยที่น่าจะส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เกิด VT ได้แก่ ลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับการทารุณกรรม ความทุกข์ทรมานของมนุษย์ และการไถ่มนุษยธรรม ซึ่งพบในการศึกษาในประเทศอิสราเอลเช่นกัน²³

ขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงผลทางบวกของประสบการณ์การรับรู้เรื่องราวผู้ใช้บริการต่อการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ของตนเอง ได้แก่ การรับรู้คุณค่าภายใน การยอมรับตนเอง การรับรู้คุณค่าผู้อื่น การรับรู้คุณค่าของชีวิต และแรงเสริมทางบวกต่อการทำงาน ร่วมกับการพัฒนาทักษะการจัดการผลทางลบ ได้แก่ การใช้แหล่งสนับสนุนและแนวทางการจัดการความเครียด โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงการตระหนักรู้และยอมรับอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดทางลบที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อจำกัดทั้งของตนเองและผู้ให้บริการ และปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุม ประกอบกับความต้องการให้ตนอยู่รอดในสถานะที่ร่างกายและจิตใจถูกกระทบกระเทือน ทำให้เกิดความเมตตาต่อตนเอง การนับถือตนเอง และการมีมุมมองความคาดหวังตามความเป็นจริง ขณะที่ยังคงความมุ่งมั่นและความหวัง จนสามารถรับมือและก้าวผ่านประสบการณ์ทางลบนั่นได้โดยใช้การเปิดเผยเรื่องราวความทุกข์ให้ผู้อื่นรับฟัง การแสวงหาแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และการบริหารความสมดุลระหว่างเวลาการทำงานและชีวิตส่วนตัว สอดคล้องกับกระบวนการสู่การพัฒนาภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTG)^{24,25} และการพัฒนาทางจิตใจจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ (VPTG)^{18,26,27} ซึ่งเป็นปรากฏการณ์เฉพาะของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้อื่น¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า นักบำบัดมีความมั่นคงทางอารมณ์ที่มีเพิ่มขึ้น ค้นพบจุดแข็งและความเข้มแข็งของตน สามารถปล่อยวางความคิดและให้ความเมตตาต่อตนเอง มีการเห็นอกเห็นใจที่เพิ่มขึ้น ค้นพบเหตุผลของการเลือกทำงาน และได้รับแรงสนับสนุนจาก

เพื่อนร่วมงาน^{7,13,18,19,27-29} ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการเปิดเผยประสบการณ์ส่วนตัวตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาของ Rogers³⁰ ที่กล่าวว่าเมื่อผู้ให้บริการสร้างสัมพันธภาพและความสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการด้วยความจริงใจ เห็นอกเห็นใจ และเต็มใจให้บริการ ผู้ให้บริการจะค้นพบความสามารถภายในตนเองในการทำความเข้าใจผู้อื่น ตลอดจนความสามารถในการรับรู้ถึงคุณค่าด้านต่าง ๆ และความเชื่อมั่นว่ามนุษย์ทุกคนมีความสามารถและศักยภาพ นอกจากนี้ค่านิยมทางวิชาชีพและในบริบทประเทศไทยที่ปลูกฝังให้นักสังคมสงเคราะห์ไม่ทอดทิ้งและเห็นใจผู้อื่นยังช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเปิดเผยความทุกข์และเปิดรับมุมมองใหม่จากเพื่อนร่วมวิชาชีพและรับรู้ว่าคุณค่าไม่ได้เผชิญความทุกข์อยู่ลำพัง

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีและวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง IPA โดยให้อิสระต่อการเข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึก ประสบการณ์ และการให้ความหมายต่อประสบการณ์ ในทัศนะของผู้ให้ข้อมูล²² ผลการศึกษาจึงสามารถสะท้อนถึงผลกระทบและการพัฒนาทางจิตใจของนักสังคมสงเคราะห์จากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ ซึ่งยังไม่พบว่าเคยมีการศึกษาในนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยมาก่อน อย่างไรก็ตาม ด้วยลักษณะการศึกษา IPA ที่เน้นศึกษาประสบการณ์ส่วนบุคคลในบริบทเฉพาะ ประกอบกับวิธีคัดเลือกตัวอย่างแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีแนวโน้มคุณลักษณะและประสบการณ์คล้ายคลึงกัน อาจส่งผลต่อความหลากหลายของข้อมูล จึงควรระมัดระวังในการนำผลการศึกษาไปอนุมานกับนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมด

สรุป

การรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการส่งผลให้นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เกิดวิกฤตทางอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการตอบสนองของร่างกาย จนอาจกลายเป็นบาดแผลทางจิตใจ ขณะเดียวกันการมีสัมพันธภาพทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการยังช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์รับรู้ถึงคุณค่าภายในตนเอง คุณค่าของชีวิตผู้อื่น คุณค่าของชีวิตตนเอง และคุณค่าของการทำงาน ตลอดจนพัฒนาแนวทางรับมือความเครียดและปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางการสร้างโปรแกรม

การส่งเสริมดูแลสุขภาพทางจิตของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นางเยาวเรศ คำมะนาด นายกสมาคม นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย นายศราวุธ หริกประโคน ประธานชมรมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้คำปรึกษาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ณธชา กำลังสิงห์ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ ; อีวรรณ อีระพงษ์ : ตรวจทานบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Khetjoi S, Moonma A, Raisanguan S, Thasa W. Social workers' roles in social welfare services in hospital. Pañña Panithan Journal. 2021;6(2):29-42. (in Thai)
2. Virgă D, Baciú EL, Lazăr TA, Lupșă D. Psychological capital protects social workers from burnout and secondary traumatic stress. Sustainability. 2020;12(6):2246. doi:10.3390/su12062246.
3. Chitsawang S, Phetmunee T, Chitsawang N, Kanthawong W. Violence in Thailand. Journal of Social Work. 2023;31(1):47-88. (in Thai)
4. Tasee P. The study and enhancement of social work student's self-compassion through group counseling [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2017. (in Thai)
5. Prasertsom P, Yotanyamaneewong S. Conditions and impacts of burnout in child protective service workers. Journal of Social Work. 2021;29(2):66-93. (in Thai)
6. Holmes MR, Rentrop CR, Korsch-Williams A, King JA. Impact of COVID-19 pandemic on posttraumatic stress, grief, burnout, and secondary trauma of social workers in the United States. Clinical Social Work Journal. 2021;49(4):495-504. doi:10.1007/s10615-021-00795-y.

7. Pearlman LA, McCann IL. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1990;3(1):131-49. doi:10.1007/BF00975140.
8. Bride BE. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Soc Work*. 2007;52(1):63-70. doi:10.1093/sw/52.1.63.
9. Figley CR. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel; 1995.
10. Arin N. The study of antecedents and consequences of psychological capital affecting psychological outcomes and work performance under adverse situation of public health officers in southern border provinces [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012, (in Thai)
11. Kreitzer L, Brintnell SE, Austin W. Institutional barriers to healthy workplace environments: from the voices of social workers experiencing compassion fatigue. *British Journal of Social Work*. 2020;50(7):1942-60. doi:10.1093/bjsw/bcz147.
12. Pollard LW. Social worker experience of fatal child abuse. *British Journal of Social Work*. 2018;48(7):1948-66. doi:10.1093/bjsw/bcx138.
13. Fixsen A, Ridge D, Evans C. "Mamma bear wants to protect": vicarious parenting in practitioners working with disturbed and traumatised children. *Counselling & Psychotherapy Research*. 2020;20(4):680-8. doi:10.1002/capr.12285.
14. Band-Winterstein T, Goldblatt H, Alon S. Social workers' encounters with elder abuse and neglect: giving meaning to their experiences. *British Journal of Social Work*. 2021;51(2):564-82. doi:10.1093/bjsw/bcaa165.
15. Cañas-Lerma AJ, Hidalgo-Andrade P, Araujo-Lugo V, Moya G, Verger S. Emotional experiences in palliative care and professional quality of life: a qualitative approach. *Palliat Care Soc Pract*. 2024;18:26323524241246531. doi:10.1177/26323524241246531.
16. Waegemakers Schiff J, Lane AM. PTSD symptoms, vicarious traumatization, and burnout in front line workers in the homeless sector. *Community Ment Health J*. 2019;55(3):454-62. doi:10.1007/s10597-018-00364-7.
17. Finklestein M, Stein E, Greene T, Bronstein I, Solomon Z. Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work*. 2015;40(2):e25-31. doi:10.1093/hsw/hlv026.
18. Arnold D, Calhoun LG, Tedeschi RG, Cann A. Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *J Humanist Psychol*. 2005;45(2):239-63. doi:10.1177/0022167805274729.
19. Manning-Jones S, de Terte I, Stephens C. Vicarious posttraumatic growth: a systematic literature review. *International Journal of Wellbeing*. 2015;5(2):125-39. doi:10.5502/ijw.v5i2.8.
20. Richard G, Tedeschi, Shakespeare-Finch J, Taku K. Posttraumatic growth: theory, research, and applications. New York, NY: Routledge; 2018.
21. Chankomut P. Inequality of Thailand: situation and policy solutions. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2024;9(6):1028-41. (in Thai)
22. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. Los Angeles: SAGE; 2009.
23. Peled-Avram M. The role of relational-oriented supervision and personal and work-related factors in the development of vicarious traumatization. *Clinical Social Work Journal*. 2017;45(1):22-32. doi:10.1007/s10615-015-0573-y.
24. Duangurai A. Psychological experiences of post-traumatic growth in veterans [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai)
25. Prohmpetch W, Taephant N, Pisitsungkagarn K. Factors predicting posttraumatic growth in university students in southernmost Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2022;30(4):331-44. (in Thai)
26. Tsirimokou A, Kloess JA, Dhinse SK. Vicarious post-traumatic growth in professionals exposed to traumatogenic material: a systematic literature review. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(3):1848-66. doi:10.1177/15248380221082079.

27. Deaton JD, Ohrt JH, Linich K, McCartney E, Glascoe G. Vicarious posttraumatic growth: a systematic review and thematic synthesis across helping professions. *Traumatology*. 2022;29(1): 17-26. doi:10.1037/trm0000375.
28. Ben-Porat A, Itzhaky H. Implications of treating family violence for the therapist: secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. *Journal of Family Violence*. 2009;24(7): 507-16. doi:10.1007/s10896-009-9249-0.
29. Bell H. Strengths and secondary trauma in family violence work. *Soc Work*. 2003;48(4):513-22. doi:10.1093/sw/48.4.513.
30. Rogers CR. *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1961.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเลี้ยงดูเชิงบวก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์กับการติดเกม ในเด็กและเยาวชนไทย อายุ 6 - 25 ปี

วันรับ : 9 สิงหาคม 2567

วันแก้ไข : 16 ตุลาคม 2567

วันตอบรับ : 9 มกราคม 2568

ปิยพร เตชะมณีสถิตย์, พ.บ., ชาญวิทย์ พรนภดล, พ.บ.,

วัลลภ อัจสิริยะสิงห์, พ.บ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์กับการติดเกมในเด็กและเยาวชนไทย

วิธีการ : การศึกษาแบบตัดขวางในเด็กและเยาวชนอายุ 6 - 25 ปีและผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักทั่วประเทศ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและแบบชั้นภูมิ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การใช้สื่อหน้าจอ แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก และแบบประเมินโรคติดเกม ทั้งฉบับที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA), univariate logistic regression และ univariate multinomial regression

ผล : กลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชน 1,235 คนและผู้ปกครอง 1,058 คน รายงานการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองระดับมาก ร้อยละ 62.0 และ 68.3 ตามลำดับ รายงานการติดเกมของเด็กและเยาวชนร้อยละ 4.3 และ 3.2 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับมาก ได้แก่ อายุเด็ก 6 - 12 ปี (OR = 2.56, 95% CI 1.40 - 4.70) ผลการเรียนเฉลี่ย 3.51 - 4.00 (OR = 9.07, 95% CI 2.78 - 29.58) การไม่มีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเอง (OR = 5.64, 95% CI 1.76 - 18.12) การมีทั้งบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (OR = 2.64, 95% CI 1.76 - 18.12) การศึกษาของผู้ปกครองระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (OR = 3.85, 95% CI 1.65 - 8.98) และรายได้ครัวเรือนต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (OR = 5.47, 95% CI 2.25 - 13.32) นอกจากนี้ การเลี้ยงดูเชิงบวกระดับน้อยเพิ่มโอกาสการติดเกมในมุมมองของเด็กและเยาวชน (OR = 4.23, 95% CI 1.57 - 11.4)

สรุป : การส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองอาจช่วยลดโอกาสเกิดปัญหาการใช้สื่อหน้าจอและการติดเกมของเด็กและเยาวชนไทย

คำสำคัญ : การติดเกม, การเลี้ยงดูเชิงบวก, เด็ก, เยาวชน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วัลลภ อัจสิริยะสิงห์; e-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

Original article

Positive parenting, associated factors, and relationship with game addiction among Thai children and adolescents aged 6 - 25 years

Received : 9 August 2024

Revised : 16 October 2024

Accepted : 9 January 2025

Piyaphorn Techamaneesathit, M.D., Chanvit Pornnoppadol, M.D.,

Wanlop Atsariyasing, M.D.

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

Abstract

Objective: To investigate the level and associated factors of positive parenting and its relationship with game addiction among Thai children and adolescents.

Methods: A cross-sectional survey was conducted with individuals aged 6 - 25 years and their parents from across Thailand, selected through a stratified, multi-stage sampling technique. The questionnaires collected data on sociodemographics, screen media use, the positive parenting scale, and the gaming disorders scale, both parent and child versions. Analyses included descriptive statistics, analysis of variance, and univariate multinomial and logistic regressions.

Results: A total of 1,235 children and adolescents and 1,058 parents participated in the survey. Among them, 62.0% of children and adolescents and 68.3% of parents reported high levels of positive parenting. Gaming disorder was reported by 4.3% of children and adolescents and 3.2% of parents. Child-related factors associated with a high positive parenting score included being 6 to 12 years (OR = 2.56, 95% CI 1.40 - 4.70), having GPA higher than 3.50 (OR = 9.07, 95% CI 2.78 - 29.58), not owning a mobile phone (OR = 5.64, 95% CI 1.76 - 18.12), having both parents as primary caregivers (OR = 2.64, 95% CI 1.76 - 18.12). Parent-related factors included having a bachelor's degree or higher (OR = 3.85, 95% CI 1.65 - 8.98), and a monthly household income exceeding 20,000 THB (OR = 5.47, 95% CI 2.25 - 13.32). Additionally, low positive parenting score is associated with a higher likelihood of gaming disorder (OR = 4.23, 95% CI 1.57 - 11.4).

Conclusion: Promoting positive parenting skills among parents can play a crucial role in reducing the risk of screen media problems and gaming addiction in Thai children and adolescents.

Keywords: adolescent, child, internet addiction disorder, positive parenting

Corresponding author: Wanlop Atsariyasing; e-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

ความรู้เดิม : รูปแบบการเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งเด็กและเยาวชนและผู้ปกครอง เช่น การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง การรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูเชิงบวก รายได้ครัวเรือน สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ผลการเรียนรู้ และการใช้สื่อน้ำจอ

ความรู้ใหม่ : ครอบครัวส่วนใหญ่ของเด็กและเยาวชนไทยมีการเลี้ยงดูเชิงบวกอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุของเด็กและเยาวชนที่น้อย ผลการเรียนรู้ที่ดี การไม่มีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเอง การมีบิดามารดาร่วมกันดูแล รายได้ครัวเรือนและระดับการศึกษาสูงของผู้ปกครอง โดยการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากมีความสัมพันธ์กับการติดเกมของเด็กและเยาวชนที่ลดลง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางการประเมินและส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในครอบครัวกลุ่มเสี่ยง

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลก (world health organization; WHO) ได้กำหนดให้การติดเกมจัดอยู่ในโรคทางจิตเวชและอยู่ในบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 (international statistical classification of diseases and related health problems; ICD-11) ในชื่อ gaming disorder ซึ่งหมายถึง อาการเสพติดทางจิตวิทยาที่เกิดจากการเล่นเกมชนิดต่าง ๆ อย่างมุ่งมั่น เอาใจจริงเอาใจในการเล่น และรู้สึกเลิกหรือหยุดเล่นได้ยากจนส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในด้านต่าง ๆ¹ ส่วนคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตเวชฉบับที่ 5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5) ได้จัดให้การติดเกมเป็นปัญหาที่อยู่ในหมวดโรคส่วนที่ 3 ซึ่งเป็นหมวดของโรคที่ยังต้องการศึกษาและวิจัยเพิ่มเติม ก่อนถูกจัดให้เป็นโรคทางจิตเวชอย่างเป็นทางการ ในชื่อ internet gaming disorder² ความชุกของการติดเกมแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย เครื่องมือประเมิน และกลุ่มตัวอย่าง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 8.5³ อังกฤษพบร้อยละ 14.6⁴ และ

สิงคโปร์พบร้อยละ 9⁵ ขณะที่การสำรวจโดยสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นกรมสุขภาพจิต ในกลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่น 20,000 คนจากทั่วประเทศไทย พบอัตราการติดเกมร้อยละ 13.1 และเล่นเกมร้อยละ 15.2⁶ การติดเกมมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การขาดการดูแล การควบคุมมากเกินไป ความไม่ปรองดองกันของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง⁷ ขณะที่สัมพันธภาพที่ตึงเครียดระหว่างบิดามารดาและบุตรช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาในการใช้อินเทอร์เน็ตหรือการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไป⁸⁻¹⁰

การเลี้ยงดูเชิงบวกเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนได้ โดยการเลี้ยงดูเชิงบวกสามารถลดความเครียดของผู้ปกครองซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนเมื่อโตขึ้น^{11,12} ลดการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มความสามารถด้านการเรียนของเด็กและเยาวชน¹³ นอกจากนี้การเลี้ยงดูเชิงบวกสามารถเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองและความยืดหยุ่นทางจิตใจของเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต⁷ ทั้งนี้การเลี้ยงดูเชิงบวกหมายถึงสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องของบิดามารดาและบุตร ประกอบด้วย การดูแล การสอน การเป็นผู้นำ การสื่อสาร และการตอบสนองความต้องการของเด็กและวัยรุ่น¹⁴ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวกมีหลากหลายมิติทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ปกครอง เช่น ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือน สถานภาพสมรส ความพอใจในการสมรส ความเครียด ความเชื่อมั่นแห่งตน บุคลิกภาพ บาดแผลทางใจในวัยเด็ก รูปแบบความผูกพันของบิดามารดา และการใช้สารเสพติด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น เพศ พัฒนาการ พันธุกรรม ความวิตกกังวล ผลการเรียนรู้ และเวลาการใช้สื่อน้ำจอ (screen time)¹⁵⁻²³ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตรในช่วงแรกของชีวิตและการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่มีความเกี่ยวข้องกับเวลาหน้าจอที่ลดลง ขณะที่เวลารวมในการสัมผัสหน้าจอเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจและรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม²⁴

การติดเกมของเด็กและเยาวชนมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูเชิงลบของผู้ปกครอง เช่น การขาดความใส่ใจ

ด้านอารมณ์ การสื่อสารกันน้อย และการควบคุมเกินไป²⁵⁻²⁷ ขณะที่การฝึกทักษะบิดามารดาในเลี้ยงดูเชิงบวกช่วยลดเวลาในการเล่นเกม การสัมผัสเกมที่มีความรุนแรง และอาการติเตียนของเด็ก²⁸ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการเลี้ยงดูโดยการให้ความรักความอบอุ่น การมีเวลาคุณภาพร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว และการฝึกระเบียบวินัยที่เหมาะสมเป็นปัจจัยป้องกันการติเตียน²⁹

จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงดูเชิงบวกส่งผลต่อทั้งเด็กและเยาวชนและผู้ปกครองในหลากหลายด้าน โดยเฉพาะสุขภาพจิต การศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเชิงบวกและการติเตียนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศตะวันตกที่มีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูแตกต่างจากประเทศในทวีปเอเชียรวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะบรรทัดฐานทางสังคม เช่น การตีเด็กเป็นพฤติกรรมที่ยอมรับได้ในสังคมไทยมากกว่าสังคมตะวันตก และการยอมรับกติกาของครอบครัว เช่น เด็กและเยาวชนในสังคมตะวันตกยอมรับการตั้งกติกาของบิดามารดามากกว่าเด็กและเยาวชนในสังคมไทย รวมถึงรูปแบบครอบครัว เช่น การเป็นครอบครัวขยายที่มีญาติมาช่วยเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยซึ่งต่างจากการเป็นครอบครัวเดี่ยวที่บิดามารดาเลี้ยงบุตรกันตามลำพังในสังคมตะวันตก บริบทที่แตกต่างกันเหล่านี้อาจส่งผลให้ผลการศึกษาไม่สามารถประยุกต์ใช้ในสังคมไทย³⁰ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์กับการติเตียนในเด็กและเยาวชนไทย เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกในบริบทประเทศไทย

วิธีการ

การศึกษาแบบตัดขวาง ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2565 หมายเลขรับรอง (COA) Si 209/2022

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เด็กและเยาวชนและผู้ปกครองจากทุกภูมิภาคของประเทศไทย เกณฑ์การคัดเข้าของเด็กและเยาวชน ได้แก่ อายุ 6 - 25 ปีและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ปกครอง ได้แก่ เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กและเยาวชนดังกล่าวและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณสัดส่วนกรณีทราบ

ขนาดประชากร (finite population proportion)^{31,32} คำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

อ้างอิงสัดส่วนการเลี้ยงดูเชิงบวก (p) จากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบผู้ปกครองรายงานการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับสูงร้อยละ 54.1³³ จำนวนเด็กและเยาวชนไทย (N) ณ ปี พ.ศ.2563 เท่ากับ 16,418,516 คน³⁴ กำหนดค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ .03 ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$) และค่า z (0.975) เท่ากับ 1.96 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 1,060 คน

สุ่มตัวอย่างแบบชั้นและแบบหลายขั้นตอน โดยกำหนดจำนวนจังหวัดที่ต้องการตามสัดส่วนประชากรในแต่ละภาคตามกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง 3 จังหวัด ภาคเหนือ 3 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5 จังหวัด และภาคใต้ 2 จังหวัด รวม 15 จังหวัด จากนั้นแต่ละภาคสุ่มเลือกจังหวัดแบบเจาะจงจากรายชื่อจังหวัดที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อความสะดวกกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเสี่ยงสูงต่อการติเตียน แต่ละจังหวัดสุ่ม 1 อำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แต่ละอำเภอสุ่มตัวอย่างจากในเขตเทศบาล 1 ตำบลและนอกเขตเทศบาล 1 ตำบล โดยแต่ละตำบลที่สุ่มเลือกอายุ 6 - 25 ปี อายุละ 2 คน เป็นชาย 1 คนและหญิง 1 คน รวมจังหวัดละ 80 คน

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น ข้อมูลผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และผู้ดูแลหลักของเด็กและเยาวชน ข้อมูลของเด็กและเยาวชน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ผลการเรียน การใช้โทรศัพท์มือถือ เวล่านั่งจอ และการใช้โซเชียลมีเดีย

2. แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (positive parenting scale: POPS)³³ เพื่อประเมินความถี่การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ 0 ไม่เคยทำเลย 1 ไม่ค่อยทำ 2 ทำบ้าง และ 3 ทำสม่ำเสมอ ข้อคำถามอิงหลักการเลี้ยงดูเชิงบวก 3 ด้าน ได้แก่ สัมพันธภาพ การเคารพในตัวตนของเด็ก และการตั้งกฎกติกา แบบประเมินแบ่งเป็น 2 ฉบับ ได้แก่

ฉบับผู้ปกครองประเมินตนเอง (POPS-P) และฉบับเด็ก ป.3 - ม.6 หรืออายุ 8 - 18 ปีประเมินผู้ปกครองของตนเอง (POPS-C) ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา เท่ากับ 0.88 และ 0.75 ตามลำดับ และมีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87 และ 0.86 ตามลำดับ³³ สำหรับเด็กอายุ 6 - 8 ปี ทีมผู้วิจัยใช้แบบสอบถามฉบับเดียวกันโดยให้ผู้เก็บข้อมูลอ่านและอธิบายข้อคำถามให้ฟัง โดยแบ่งระดับการเล็งดูเชิงบวกตามคะแนนรวมฉบับผู้ปกครองดังนี้ น้อย 0 - 32 คะแนน ปานกลาง 33 - 40 คะแนน และมาก 41 - 48 คะแนน ฉบับเด็กดังนี้ น้อย 0 - 27 คะแนน ปานกลาง 28 - 37 คะแนน และมาก 38 - 48 คะแนน

3. แบบประเมินโรคติดเกม (gaming disorder scale: GAME-S)³⁵ อิงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดเกมของ ICD-11 ประเมินกลุ่มอาการ 3 ด้าน ได้แก่ การควบคุมตัวเองไม่ให้เล่นเกมไม่ได้ การให้ความสำคัญกับการเล่นเกมเหนือกิจกรรมอื่น และการยังคงเล่นเกมแม้ได้รับผลกระทบเชิงลบ การประเมินใช้แบบประเมิน 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับเด็กประเมินตนเอง และฉบับผู้ปกครองประเมินเด็ก กรณีเด็กไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ให้ทีมผู้วิจัยอ่านให้ฟังและให้เด็กเลือกคำตอบที่ตรงที่สุด แต่ละฉบับมีข้อคำถาม 9 ข้อ ประเมินกลุ่มอาการติดเกม 3 กลุ่ม ได้แก่ การควบคุมตัวเอง การให้ความสำคัญกับการเล่นเกมเหนือกิจกรรมใด ๆ และการยืนยันที่จะเล่นเกมอย่างต่อเนื่องแม้ได้รับผลกระทบในเชิงลบ กลุ่มละ 3 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่ได้เลย 1 ไม่น่าใช่ 2 น่าจะใช่ และ 3 ใช่เลย คะแนนรวม 0 - 27 คะแนน โดยประเมินว่ามีการติดเกมเมื่อแต่ละกลุ่มอาการมีคำตอบระดับ 3 อย่างน้อย 1 ข้อทั้ง 3 กลุ่ม แบบประเมินฉบับเด็กและผู้ปกครองมีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (loading factor) เท่ากับ 0.65 - 0.81 และ 0.79 - 0.86 ตามลำดับ³⁵

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลทีมผู้วิจัยได้ประชุมกับทีมเก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจงานวิจัย แบบสอบถาม และ

กระบวนการลงเก็บข้อมูล จากนั้นทีมผู้วิจัยประสานกับทีมสภาเด็กและเครือข่ายในแต่ละจังหวัดเพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนอาสาสมัครในชุมชน ผู้สนใจที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าและยินดีเข้าร่วมได้รับแบบสอบถามซึ่งในหน้าแรกมีคำชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย โดยระบุว่า การตอบแบบสอบถามกลับมาถือเป็นการให้ความยินยอม (consent by action) เด็กและเยาวชนและผู้ปกครองตอบแบบสอบถามแยกกัน โดยทำพร้อมกันแต่คนละบริเวณ กรณีเด็กและเยาวชนและผู้ปกครองไม่อยู่พร้อมกันขณะนั้นทีมเก็บข้อมูลนัดหมายมาตอบแบบสอบถามอีกครั้งภายใน 1 สัปดาห์ กรณีเด็กและเยาวชนไม่เข้าใจข้อคำถามทีมเก็บข้อมูลช่วยอ่านหรืออธิบายให้ฟัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลทั่วไป การติดเกม และการเล็งดูเชิงบวกด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป และการเล็งดูเชิงบวกด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (analysis of variance: ANOVA) และ univariate multinomial logistic regression กำหนดตัวแปรตาม คือ การเล็งดูเชิงบวก 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย โดยการเล็งดูเชิงบวกระดับน้อยเป็น reference วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การเล็งดูเชิงบวกและการติดเกมด้วย univariate logistic regression กำหนดตัวแปรตาม คือ การติดเกม รายงาน odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) โดยการวิเคราะห์ปัจจัยของผู้ปกครองใช้ข้อมูลจาก POPS-P และ GAME-S ฉบับผู้ปกครอง ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยของเด็กและเยาวชนใช้ข้อมูลจาก POPS-C และ GAME-S ฉบับเด็ก

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม 1,058 คน อายุเฉลี่ย 43.0 ปี (SD = 0.3) เป็นหญิงร้อยละ 76.7 เป็นมารดาของเด็กและเยาวชนร้อยละ 58.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 32.7 และมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันกับคู่ครอง

ร้อยละ 63.8 เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่เลี้ยงดูโดยบิดาและมารดาาร่วมกันร้อยละ 67.7 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 94.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

เด็กและเยาวชนที่ตอบแบบสอบถาม 1,235 คน อายุเฉลี่ย 15.4 ปี (SD = 5.7) เป็นชายและหญิงเท่า ๆ กัน ยังเรียนหนังสืออยู่ร้อยละ 82.7 เกรตเฉลี่ยเทอมล่าสุด 3.51 - 4.00 ร้อยละ 31.7 เกรตเฉลี่ย 3.01 - 3.50 ร้อยละ 32.4 มีผู้ดูแลหลักเป็นบิดาและมารดาาร่วมกันร้อยละ 45.7 รายงานว่าตนเองเล่นทั้งโซเชียลมีเดียและเกมร้อยละ 71.2 มีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเองร้อยละ 86.3 ใช้เวลาอยู่กับหน้าจอเฉลี่ยวันละ 4 ชั่วโมง 28 นาที และใช้เวลาในการเล่นเกมเฉลี่ยวันละ 2 ชั่วโมง 5 นาที รายละเอียดดังตารางที่ 2

การเลี้ยงดูเชิงบวก

เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่รายงานการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองว่าอยู่ในระดับมากร้อยละ 62.0 ระดับปานกลางร้อยละ 30.9 และระดับน้อยร้อยละ 7.1 ส่วนผู้ปกครองรายงานการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากร้อยละ 68.3 ระดับปานกลางร้อยละ 26.7 และระดับน้อยร้อยละ 5.0

การติเตียน

ผลการประเมินด้วย GAME-S ฉบับผู้ปกครองพบว่า เด็กและเยาวชนเข้าเกณฑ์ติเตียนร้อยละ 3.2 และผลการประเมินด้วย GAME-S ฉบับเด็กพบว่า เด็กและเยาวชนเข้าเกณฑ์ติเตียนร้อยละ 4.3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวก

เมื่อเทียบกับโอกาสการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับน้อยพบว่า ผู้ปกครองที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีโอกาสที่มีการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับผู้ปกครองที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเพิ่มขึ้น 3.9 เท่า (OR = 3.85, 95% CI 1.65 - 8.98) และผู้ปกครองที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/อนุปริญญามีโอกาสที่มีการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับผู้ปกครองที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเพิ่มขึ้น 3.2 เท่า (OR = 3.23, 95% CI 1.04 - 9.99) ผู้ปกครองที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมีโอกาสที่มีการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับผู้ปกครองที่เป็นม่าย/หย่าร้างเพิ่มขึ้น 4.0 เท่า (OR = 3.98, 95% CI 2.03 - 7.79) ผู้ปกครองที่มีรายได้ครัวเรือนมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนมีโอกาสที่มีการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับ

ผู้ปกครองที่มีรายได้ครัวเรือนไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือนเพิ่มขึ้น 5.5 เท่า (OR = 5.47, 95% CI 2.25 - 13.32) ผู้ปกครองที่มีรายได้ครัวเรือน 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือนมีโอกาสที่มีการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับผู้ปกครองที่มีรายได้ครัวเรือนไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือนเพิ่มขึ้น 2.2 เท่า (OR = 2.16, 95% CI 1.14 - 4.09) และการมีทั้งบิดาและมารดาเป็นผู้ดูแลหลักมีโอกาสที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับการมีพี่เลี้ยงเป็นผู้ดูแลหลักเพิ่มขึ้น 25.3 เท่า (OR = 25.25, 95% CI 4.06 - 156.89) รายละเอียดดังตารางที่ 3

เมื่อเทียบกับโอกาสการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับน้อยพบว่า เด็กอายุ 6 - 12 ปี มีโอกาสที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับเยาวชนอายุมากกว่า 18 ปีเพิ่มขึ้น 2.6 เท่า (OR = 2.56, 95% CI 1.40 - 4.70) เด็กและเยาวชนที่มีเกรตเฉลี่ย 3.51 - 4.00 มีโอกาสที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับเด็กและเยาวชนที่มีเกรตเฉลี่ย 0.00 - 2.00 เพิ่มขึ้น 9.1 เท่า (OR = 9.07, 95% CI 2.78 - 29.58) และเด็กและเยาวชนที่มีเกรตเฉลี่ย 3.01 - 3.50 มีโอกาสที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับเด็กและเยาวชนที่มีเกรตเฉลี่ย 0.00 - 2.00 เพิ่มขึ้น 3.7 เท่า (OR = 3.69, 95% CI 1.21 - 11.22) เด็กและเยาวชนที่ทั้งบิดาและมารดาเป็นผู้ดูแลหลักมีโอกาสที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับเด็กและเยาวชนที่มีญาติ/พี่เลี้ยงเป็นผู้ดูแลหลักเพิ่มขึ้น 2.6 เท่า (OR = 2.64, 95% CI 1.48 - 4.72) และเด็กและเยาวชนที่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลหลักมีโอกาสที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับเด็กและเยาวชนที่มีญาติ/พี่เลี้ยงเป็นผู้ดูแลหลักเพิ่มขึ้น 1.8 เท่า (OR = 1.80, 95% CI 1.02 - 3.19) เด็กและเยาวชนที่ไม่มีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเองมีโอกาสที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากเทียบกับเด็กและเยาวชนที่มีโทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้น 5.6 เท่า (OR = 5.64, 95% CI 1.76 - 18.12) นอกจากนี้เด็กและเยาวชนที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับต่างกันมีค่าเฉลี่ยเวลาที่ใช้น้ำจอต่อด้าน เวลาที่ใช้โซเชียลมีเดียต่อวัน และจำนวนโซเชียลมีเดีย/แอปพลิเคชันที่ใช้ประจำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองจำแนกตามภูมิภาคและช่วงอายุเด็กและเยาวชน (n = 1,055)*

	จำนวน (ร้อยละ)	ภูมิภาค				ช่วงอายุเด็กและเยาวชน			
		กทม. (n = 118)	กลาง (n = 166)	เหนือ (n = 211)	อีสาน (n = 356)	ใต้ (n = 204)	6 - 12 ปี (n = 438)	13 - 18 ปี (n = 363)	19 - 25 ปี (n = 254)
เพศ									
ชาย	246 (23.3)	26 (22.0)	35 (21.1)	49 (23.2)	88 (24.7)	48 (23.5)	107 (24.4)	76 (20.9)	63 (24.8)
หญิง	809 (76.7)	92 (78.0)	131 (78.9)	162 (76.8)	268 (75.3)	156 (76.5)	331 (75.6)	287 (79.1)	191 (75.2)
อายุ (ปี) mean (SD)	43.0 (0.3)	42.7 (11.8)	43.5 (8.0)	42.5 (11.7)	44.3 (10.4)	40.9 (11.9)	39.6 (10.5)	43.4 (10.4)	48.2 (10.0)
สถานภาพสมรส									
โสด	181 (17.1)	26 (22.0)	15 (9.0)	34 (16.1)	68 (19.1)	38 (18.6)	84 (19.2)	57 (15.7)	40 (15.8)
อยู่ด้วยกัน	672 (63.7)	76 (64.4)	120 (72.3)	133 (63.0)	202 (56.8)	141 (69.1)	292 (66.7)	222 (61.2)	158 (62.2)
แยกกันอยู่	47 (4.5)	4 (3.4)	10 (6.0)	7 (3.3)	19 (5.3)	7 (3.5)	22 (5.0)	13 (3.6)	12 (4.7)
ม้าย/หย่าร้าง	147 (13.9)	11 (9.3)	21 (12.7)	36 (17.1)	61 (17.1)	18 (8.8)	36 (8.2)	68 (18.7)	43 (16.9)
ระดับการศึกษา									
ประถมศึกษา	207 (19.6)	34 (28.8)	14 (8.4)	39 (18.5)	74 (20.8)	46 (22.5)	65 (14.8)	80 (22.0)	62 (24.4)
มัธยมศึกษาตอนต้น	159 (15.1)	32 (27.1)	20 (12.0)	25 (11.8)	52 (14.6)	30 (14.7)	55 (12.6)	59 (16.3)	45 (17.7)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	245 (23.2)	27 (22.9)	37 (22.3)	55 (26.1)	85 (23.9)	41 (20.1)	103 (23.5)	85 (23.4)	57 (22.5)
ปวส./อนุปริญญา	118 (11.2)	13 (11.0)	31 (18.7)	12 (5.7)	47 (13.2)	15 (7.4)	48 (11.0)	44 (12.1)	26 (10.2)
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	325 (30.8)	12 (10.2)	64 (38.6)	80 (37.9)	98 (27.5)	71 (34.8)	167 (38.1)	94 (25.9)	64 (25.2)
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (บาท)									
0 - 10,000	395 (37.4)	20 (16.9)	32 (19.3)	91 (43.1)	141 (39.6)	111 (54.4)	158 (36.0)	141 (38.9)	96 (37.8)
10,001 - 20,000	343 (32.5)	59 (50.0)	57 (34.3)	56 (26.6)	108 (30.3)	63 (30.9)	151 (34.5)	109 (30.0)	83 (32.7)
20,001 ขึ้นไป	317 (30.1)	39 (33.1)	77 (46.4)	64 (30.3)	107 (30.1)	30 (14.7)	129 (29.5)	113 (31.1)	75 (29.5)
ผู้ดูแลหลักของเด็กและเยาวชน									
บิดาและมารดา	714 (67.7)	78 (66.1)	125 (75.3)	140 (66.3)	197 (55.3)	174 (85.3)	300 (68.5)	233 (64.2)	181 (71.2)
บิดาหรือมารดาคนเดียว	206 (19.5)	22 (18.6)	28 (16.9)	39 (18.5)	95 (26.7)	22 (10.8)	68 (15.5)	87 (24.0)	51 (20.1)
ญาติ	126 (11.9)	17 (14.4)	13 (7.8)	31 (14.7)	60 (16.9)	5 (2.4)	67 (15.3)	41 (11.3)	18 (7.1)
พี่เลี้ยง	9 (0.9)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.5)	4 (1.1)	3 (1.5)	3 (0.7)	2 (0.5)	4 (1.6)

SD = standard deviation; *มีแบบสอบถามฉบับผู้ปกครอง 3 ชุดที่ไม่สามารถจับคู่กับแบบสอบถามฉบับเด็กและเยาวชนได้ จึงเหลือแบบสอบถาม 1,055 ชุดที่มีข้อมูลเพียงพอในการจำแนกตามอายุของเด็กและเยาวชน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กและเยาวชนจำแนกตามภูมิภาคและช่วงอายุ (n = 1,235)

	จำนวน (ร้อยละ)	ภูมิภาค					ช่วงอายุเด็กและเยาวชน			
		กทม. (n = 160)	กลาง (n = 198)	เหนือ (n = 240)	อีสาน (n = 400)	ใต้ (n = 237)	6 - 12 ปี (n = 440)	13 - 18 ปี (n = 378)	19 - 25 ปี (n = 417)	
เพศ										
ชาย	618 (50.1)	80 (50.0)	97 (49.2)	121 (50.4)	201 (50.4)	119 (50.2)	221 (50.2)	192 (50.8)	205 (49.4)	
หญิง	615 (49.9)	80 (50.0)	100 (50.8)	119 (49.6)	198 (49.6)	118 (49.8)	219 (49.8)	186 (49.2)	210 (50.6)	
อายุ (ปี) mean (SD)	15.4 (5.7)	15.5 (5.8)	15.2 (5.6)	15.5 (5.8)	15.4 (5.7)	15.4 (5.8)	9.1 (2.0)	15.5 (1.7)	22.0 (2.0)	
การเรียนหนังสือ										
กำลังเรียนอยู่	1,021 (82.7)	130 (81.3)	173 (87.4)	203 (84.6)	323 (80.8)	192 (81.0)	439 (99.8)	367 (97.1)	215 (51.6)	
ไม่ได้เรียน/จบหลักสูตร	214 (17.3)	30 (18.7)	25 (12.6)	37 (15.4)	77 (19.2)	45 (19.0)	1 (0.2)	11 (2.9)	202 (48.4)	
ผลการเรียน										
0.00 - 2.00	27 (2.2)	3 (1.9)	8 (4.0)	5 (2.1)	9 (2.3)	2 (0.9)	7 (1.6)	14 (3.7)	6 (1.4)	
2.01 - 2.50	152 (12.3)	23 (14.4)	29 (14.7)	29 (12.1)	48 (12.0)	23 (9.7)	44 (10.0)	48 (12.7)	60 (14.4)	
2.51 - 3.00	265 (21.4)	26 (16.2)	43 (21.7)	60 (25.0)	77 (19.2)	59 (24.9)	89 (20.2)	67 (17.8)	109 (26.2)	
3.01 - 3.50	400 (32.4)	50 (31.2)	58 (29.3)	83 (34.6)	116 (29.0)	93 (39.2)	131 (29.7)	138 (36.6)	131 (31.4)	
3.51 - 4.00	391 (31.7)	58 (36.3)	60 (30.3)	63 (26.2)	150 (37.5)	60 (25.3)	170 (38.5)	110 (29.2)	111 (26.6)	
ผู้ดูแลหลักของเด็กและเยาวชน										
บิดาและมารดา	565 (46.1)	62 (38.8)	97 (49.5)	90 (37.5)	144 (36.7)	172 (72.6)	191 (43.6)	159 (42.3)	215 (52.2)	
บิดาหรือมารดาคนเดียว	438 (35.7)	55 (34.4)	67 (34.2)	99 (41.3)	166 (42.2)	51 (21.5)	154 (35.2)	149 (39.6)	135 (32.8)	
ญาติ	217 (17.7)	38 (23.7)	31 (15.8)	51 (21.2)	83 (21.1)	14 (5.9)	92 (21.0)	68 (18.1)	57 (13.8)	
พี่เลี้ยง	1 (0.1)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ตัวเอง	5 (0.4)	4 (2.5)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (1.2)	
การมีโทรศัพท์มือถือเป็นของตัวเอง										
มี	1,066 (86.3)	145 (90.6)	173 (87.4)	213 (88.8)	345 (86.3)	190 (80.2)	286 (64.9)	365 (96.8)	415 (99.5)	
ไม่มี	169 (13.7)	15 (9.4)	25 (12.6)	27 (11.2)	55 (13.7)	47 (19.8)	155 (35.1)	12 (3.2)	2 (0.5)	
เวลาที่ใช้น้ำจอต่อวัน (ชม:นาที) mean (SD)	4:28 (3:39)	6:01 (3:01)	4:32 (4:32)	5:12 (3:42)	3:10 (3:01)	4:46 (3:34)	3:34 (3:07)	4:36 (3:40)	5:16 (3:57)	
เวลาที่เล่นเกมต่อวัน (ชม:นาที) mean (SD)	2:05 (1:59)	2:24 (1:29)	2:16 (2:16)	2:19 (2:11)	1:32 (1:29)	2:27 (2:21)	1:54 (1:47)	2:11 (2:05)	2:12 (2:05)	
เวลาที่ใช้โซเชียลมีเดียต่อวัน (ชม:นาที) mean (SD)	2:51 (2:31)	3:15 (2:07)	3:19 (3:14)	3:20 (2:39)	2:03 (1:52)	3:07 (2:42)	2:00 (1:50)	2:59 (2:27)	3:36 (2:54)	
จำนวนโซเชียลมีเดีย/แอปพลิเคชันที่ใช้ประจำ mean (SD)	3.9 (1.7)	4.1 (1.6)	3.7 (1.7)	3.7 (1.7)	4.0 (1.7)	3.8 (1.6)	2.7 (1.3)	4.1 (1.5)	4.8 (1.5)	

SD = standard deviation

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสี่ยงดูเชิงบวกในมุมมองผู้ปกครอง (n = 1,058)

	การเสี่ยงดูเชิงบวก (POPS-P)			OR (95% CI) [†]		p-value
	น้อย (n = 53)	ปานกลาง (n = 282)	มาก (n = 723)	ปานกลาง (n = 382)	มาก (n = 765)	
เพศ						.189
ชาย	11 (20.8)	77 (27.3)	159 (22.0)	ref	ref	
หญิง	42 (79.2)	205 (72.7)	564 (78.0)	0.70 (0.34 - 1.42)	0.93 (0.47 - 1.85)	
อายุ (ปี) mean (SD)	43.1 (12.9)	43.8 (11.0)	42.7 (10.7)	F = 0.94		.390 [‡]
ระดับการศึกษา						< .001 [†]
ประถมศึกษา	16 (30.2)	78 (27.7)	114 (15.8)	ref	ref	
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (11.3)	46 (16.3)	108 (15.0)	1.57 (0.57 - 4.30)	2.53 (0.95 - 6.69)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	18 (34.0)	66 (23.4)	161 (22.3)	0.75 (0.36 - 1.59)	1.26 (0.61 - 2.57)	
ปวส./อนุปริญญา	4 (7.5)	22 (7.8)	92 (12.7)	1.13 (0.34 - 3.72)	3.23 (1.04 - 9.99)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	9 (17.0)	70 (24.8)	247 (34.1)	1.60 (0.66 - 3.84)	3.85 (1.65 - 8.98)	
สถานภาพสมรส						.003
โสด	11 (20.7)	47 (16.6)	123 (17.0)	1.91 (0.80 - 4.57)	2.07 (0.92 - 4.62)	
อยู่ด้วยกัน	22 (41.5)	179 (63.5)	474 (65.6)	3.64 (1.77 - 7.50)	3.98 (2.03 - 7.79)	
แยกกันอยู่	3 (5.7)	16 (5.7)	28 (3.9)	2.39 (0.61 - 9.29)	1.72 (0.47 - 6.32)	
ม่าย/หย่าร้าง	17 (32.1)	38 (13.5)	92 (12.7)	ref	ref	
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (บาท)						< .001
0 - 10,000	32 (60.4)	125 (44.3)	238 (32.9)	ref	ref	
10,001 - 20,000	15 (28.3)	90 (31.9)	241 (33.3)	1.54 (0.79 - 3.00)	2.16 (1.14 - 4.09)	
20,001 ขึ้นไป	6 (11.3)	67 (23.8)	244 (33.8)	2.86 (1.14 - 7.18)	5.47 (2.25 - 13.32)	
ผู้ดูแลหลักของเด็กและเยาวชน						< .001
บิดาและมารดา	30 (56.6)	181 (64.2)	505 (69.8)	4.53 (0.96 - 21.23)	25.25 (4.06 - 156.89)	
บิดาหรือมารดา	11 (20.7)	50 (17.7)	145 (20.1)	3.41 (0.67 - 17.45)	19.77 (2.98 - 131.05)	
ญาติ	9 (17.0)	47 (16.7)	71 (9.8)	3.92 (0.75 - 20.56)	11.83 (1.74 - 80.63)	
พี่เลี้ยง	3 (5.7)	4 (1.4)	2 (0.3)	ref	ref	

POPS-P = positive parenting scale-parents, GAME-S = gaming disorder scale, SD = standard deviation, OR = odds ratio, 95% CI = 95% confidence interval, ref = reference

[†] univariate multinomial regression ทำนายการเสี่ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองระดับมาก (POPS-P = 41-48 คะแนน) และปานกลาง (POPS-P = 33 - 40 คะแนน) เทียบกับระดับน้อย (POPS-P = 0 - 23 คะแนน)

[‡] analysis of variance (ANOVA)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสี่ยงดูเชิงบวกในมุมมองของเด็กและเยาวชน (n = 1,235)

	การเสี่ยงดูเชิงบวก (POPS-C)			OR (95% CI) [†]		p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	ปานกลาง	มาก	
เพศ						.385
ชาย	49 (55.7)	182 (47.9)	387 (50.6)	ref	ref	
หญิง	39 (44.3)	198 (52.1)	378 (49.4)	1.37 (0.86 - 2.18)	1.23 (0.79 - 1.91)	
อายุ						< .001
6 - 12 ปี	17 (19.3)	113 (29.6)	310 (40.5)	1.60 (0.85 - 3.02)	2.56 (1.40 - 4.70)	
13 - 18 ปี	37 (42.1)	128 (33.5)	213 (27.8)	0.83 (0.49 - 1.41)	0.81 (0.49 - 1.33)	
19 - 25 ปี	34 (38.6)	141 (36.9)	242 (31.6)	ref	ref	
การเรียนหนังสือ						.008
กำลังเรียนอยู่	65 (73.9)	305 (79.8)	651 (85.1)	1.40 (0.82 - 2.40)	2.02 (1.21 - 3.38)	
ไม่ได้เรียน/จบหลักสูตร	23 (26.1)	77 (20.2)	114 (14.9)	ref	ref	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงดูเชิงบวกในมุมมองของเด็กและเยาวชน (n = 1,235) (ต่อ)

	การเลี้ยงดูเชิงบวก (POPS-C)			OR (95% CI) [†]		p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	ปานกลาง	มาก	
ผลการเรียน						< .001
0.00 - 2.00	5 (5.7)	10 (2.6)	12 (1.6)	ref	ref	
2.01 - 2.50	13 (14.8)	67 (17.5)	72 (9.4)	2.58 (0.76 - 8.79)	2.31 (0.70 - 7.65)	
2.51 - 3.00	28 (31.8)	96 (25.1)	141 (18.4)	1.71 (0.54 - 5.43)	2.10 (0.69 - 6.43)	
3.01 - 3.50	29 (32.9)	114 (29.9)	257 (33.6)	1.97 (0.62 - 6.20)	3.69 (1.21 - 11.22)	
3.51 - 4.00	13 (14.8)	95 (24.9)	283 (37.0)	3.65 (1.08 - 12.38)	9.07 (2.78 - 29.58)	
ผู้ที่ดูแลเด็กและเยาวชนมากที่สุด						.008
บิดาและมารดา	29 (34.1)	169 (44.7)	367 (48.4)	1.77 (0.97 - 3.24)	2.64 (1.48 - 4.72)	
บิดาหรือมารดา	32 (37.6)	130 (34.4)	276 (36.4)	1.23 (0.68 - 2.25)	1.80 (1.02 - 3.19)	
ญาติ/พี่เลี้ยง	24 (28.2)	79 (20.9)	115 (15.2)	ref	ref	
การมีโทรศัพท์มือถือเป็นของตัวเอง						< .001
มี	85 (96.6)	343 (89.8)	638 (83.4)	ref	ref	
ไม่มี	3 (3.4)	39 (10.2)	127 (16.6)	3.22 (0.97 - 10.68)	5.64 (1.76 - 18.12)	
เวลาที่ใช้หน้าจอต่อวัน (ชม:นาที) mean (SD)	5:07 (4:00)	5:19 (3:59)	3:58 (3:20)	F = 18.56		< .001 [‡]
เวลาที่ใช้เล่นเกมต่อวัน (ชม:นาที) mean (SD)	2:20 (2:20)	2:15 (1:54)	1:58 (1:57)	F = 2.79		.062 [‡]
เวลาที่ใช้โซเชียลมีเดียต่อวัน (ชม:นาที) mean (SD)	3:12 (2:34)	3:21 (2:48)	2:34 (2:19)	F = 12.08		< .001 [‡]
จำนวนโซเชียลมีเดีย/แอปพลิเคชันที่ใช้ประจำ mean (SD)	4.31 (1.71)	3.97 (1.67)	3.75 (1.65)	F = 5.75		.003 [‡]

POPS-C = positive parenting scale-child, GAME-S = gaming disorder scale, SD = standard deviation, OR = odds ratio, 95% CI = 95% confidence interval, ref = reference

[†] univariate multinomial regression ทำนายการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองระดับมาก (POPS-C = 38 - 48 คะแนน) และปานกลาง (POPS-C = 28 - 37 คะแนน) เทียบกับระดับน้อย (POPS-C = 0 - 27 คะแนน)

[‡] analysis of variance (ANOVA)

ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกและการติดเกม

ในมุมมองเด็กและเยาวชนพบว่า เด็กและเยาวชนที่ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับน้อยมีโอกาสติดเกมมากกว่าเด็กและเยาวชนที่ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับมาก 4.2 เท่า (OR = 4.23, 95% CI 1.57 - 11.4) และเด็กและเยาวชนที่ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับปานกลางมีโอกาสติดเกมมากกว่าเด็กและเยาวชนที่ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับมาก 3.4 เท่า (OR = 3.37, 95% CI 1.67 - 6.80) ในมุมมองผู้ปกครองพบว่า เด็กและเยาวชนที่ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับน้อยมีโอกาสติดเกมไม่แตกต่างจากเด็กและเยาวชนที่ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับมาก (OR = 0.48, 95% CI 0.06 - 3.58) และระดับปานกลาง (OR = 1.59, 95% CI 0.86 - 2.96) รายละเอียดดังตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.0 และ 68.3 จากแบบประเมินฉบับเด็กและผู้ปกครองตามลำดับ) รายงานระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของณฐมน สีธิแก้ว และคณะ³⁶ ที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนปฐมวัยส่วนใหญ่รายงานว่าตนมีการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับที่มาก (ร้อยละ 78.1) ทั้งนี้ สัดส่วนการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับมากที่ประเมินโดยผู้ปกครองสูงกว่าที่ประเมินโดยเด็กและเยาวชนอาจเนื่องจากผู้ปกครองบางส่วนอาจรายงานการเลี้ยงดูของตนเองตามความคาดหวังของสังคม ดังเช่นการศึกษาของ Huang และคณะ¹² ที่พบว่าผู้ปกครองรายงานระดับการเลี้ยงดูแบบควบคุมต่ำกว่าที่เด็กและเยาวชนรายงาน

ปัจจัยของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูเชิงบวก ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือน และสถานภาพสมรส สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครอง

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกและการติดเกม

	การติดเกม (GAME-S)		OR (95% CI) ¹	p-value
	เข้าเกณฑ์	ไม่เข้าเกณฑ์		
การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง มุมมองเด็กและเยาวชน (POPS-C)				
น้อย	6 (15.0)	82 (6.9)	4.23 (1.57 - 11.44)	< .001
ปานกลาง	21 (52.5)	361 (30.2)	3.37 (1.67 - 6.80)	
มาก	13 (32.5)	752 (62.9)	ref	
การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง มุมมองผู้ปกครอง (POPS-P)				
น้อย	1 (2.2)	52 (5.1)	0.48 (0.06 - 3.58)	.214
ปานกลาง	17 (36.9)	265 (26.2)	1.59 (0.86 - 2.96)	
มาก	28 (60.9)	695 (68.7)	ref	

POPS-C = positive parenting scale-child, POPS-P = positive parenting scale-parents, GAME-S = gaming disorder scale, OR = odds ratio, 95% CI = 95% confidence interval, ref = reference

¹ univariate multinomial regression

ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตเมืองของ Yang และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของบิดาและรายได้ครัวเรือนต่อปี ซึ่งอาจอธิบายได้จากผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาและรายได้สูงมีการเข้าถึงความรู้และแหล่งสนับสนุนในการเลี้ยงดูเชิงบวกมากกว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ การที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันมีความสัมพันธ์กับระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากอาจอธิบายได้จากผลการศึกษาของ Lui และคณะ³⁷ ที่พบว่าความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการลงโทษที่รุนแรง ซึ่งในครอบครัวที่มีทั้งบิดาและมารดาอยู่ด้วยกันและช่วยกันเลี้ยงดูบุตรอาจมีความเครียดและการลงโทษรุนแรงน้อยกว่าครอบครัวที่มีเพียงบิดาหรือมารดาเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Fang และคณะ¹⁷ ไม่พบว่าระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูของบิดามารดา ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูของบิดามารดาอาจไม่ได้บ่งบอกถึงการเลี้ยงดูเชิงบวกทั้งหมด จึงไม่อาจเทียบเคียงกันได้โดยตรง

ปัจจัยของเด็กและเยาวชนที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูเชิงบวกได้แก่ ช่วงอายุ 6 - 12 ปี เกรดเฉลี่ยปัจจุบันมากกว่า 3.5 และการไม่มีโทรศัพท์มือถือของตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนที่ดีกับการเลี้ยงดูเชิงบวกสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ซึ่งเป็นการเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับ

ผลการเรียนที่ดี²⁰⁻²² และการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ในวัยเด็กยังมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนที่ดีเมื่อเด็กโตขึ้นเป็นวัยรุ่นอีกด้วย³⁸ ขณะที่การเลี้ยงดูแบบลงโทษรุนแรง เข้มงวด และตามใจ ซึ่งเป็นการเลี้ยงดูเชิงลบมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนที่ไม่ดี^{20,39} อาจอธิบายได้จากผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กและเยาวชนแบบเชิงบวกมักให้เวลาและความเอาใจใส่ในเรื่องการศึกษาและระเบียบวินัยของเด็กและเยาวชน นอกจากนี้การเลี้ยงดูเชิงบวกยังส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีความมั่นใจทางจิตใจ⁴⁰ จึงส่งผลให้มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเรียน

เด็กและเยาวชนที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากใช้เวลาหน้าจอซึ่งรวมทั้งเกมและโซเชียลมีเดียที่น้อยกว่าและมีจำนวนแอปพลิเคชันที่ใช้ประจำน้อยกว่าเด็กและเยาวชนที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ปกครองของวัยรุ่นประเทศเนเธอร์แลนด์ของ Geurts และคณะ²³ ที่พบว่า การเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้โซเชียลมีเดียที่มีปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ⁴¹ ที่พบว่า การปล่อยปละละเลยและการใช้อารมณ์รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการติดโซเชียลมีเดีย อาจเนื่องจากการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยส่งผลให้ไม่มีการควบคุมดูแลการใช้โซเชียลมีเดียของเด็กและเยาวชน

การเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมากของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการลดโอกาสการติดเกมในมุมมองเด็กและเยาวชน อาจเนื่องจากการมีเวลาคุณภาพร่วมกันในครอบครัวและการฝึกระเบียบวินัยที่เหมาะสมส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีการคุมตนเองและแบ่งเวลาได้ดี ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกัน

การติเตียน²⁶ ขณะที่การเลี้ยงดูที่ปล่อยปละละเลย ขาดการฝึกระเบียบวินัยที่เหมาะสม มีการควบคุมมากเกินไป และใช้การลงโทษแบบรุนแรงเพิ่มโอกาสเกิดการติเตียน^{25,26,42,43} อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกกับการติเตียนในมุมมองของผู้ปกครอง อาจเป็นไปได้ว่าเด็กและเยาวชนบางส่วนใช้เวลาในการเล่นเกมส์ส่วนใหญ่ที่โรงเรียนหรือห้องส่วนตัว ทำให้ผู้ปกครองไม่เห็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกมของเด็กและเยาวชน ขณะที่ผู้ปกครองบางส่วนอาจรายงานระดับการเลี้ยงดูของตนเองและการติเตียนของเด็กและเยาวชนตามความคาดหวังของสังคม เห็นได้จากผลการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ปกครองรายงานการติเตียนต่ำกว่าที่เด็กและเยาวชนประเมินตนเอง แต่รายงานการเลี้ยงดูเชิงบวกของตนเองสูงกว่าที่เด็กและเยาวชนประเมิน จึงทำให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ชัดเจนในมุมมองผู้ปกครอง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาเป็นแบบตัดขวางไม่สามารถระบุความเป็นเหตุและผลได้ การประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูและการติเตียนเป็นการรายงานตนเองโดยไม่มีการสังเกตพฤติกรรมหรือการสัมภาษณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ และแม้ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลัก แต่ก็อาจมีผู้ปกครองที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักตอบแบบสอบถามได้ จึงอาจไม่สะท้อนพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่แท้จริง นอกจากนี้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี อีกทั้งยังไม่เคยมีการทดสอบคุณสมบัติของ POPS ในเด็กอายุ 6 - 8 ปีมาก่อน การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการประเมินการเลี้ยงดูและการติเตียนด้วยวิธีการและมุมมองที่หลากหลาย รวมทั้งควรเปรียบเทียบรูปแบบการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์กับการติเตียนในเชิงลึก เช่น ในครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันและผู้ดูแลที่มีบทบาทในครอบครัวแตกต่างกัน

สรุป

ครอบครัวเด็กและเยาวชนไทยส่วนใหญ่รายงานการเลี้ยงดูเชิงบวกระดับมาก การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับเด็กและเยาวชนที่อายุน้อยกว่า ผลการเรียนรู้ที่ดี การไม่มีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเอง การอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา และสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ปกครองที่ดี

การเลี้ยงดูเชิงบวกระดับน้อยของผู้ปกครองยังมีความสัมพันธ์กับการติเตียนของเด็กและเยาวชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับสนับสนุนทุนการวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 ขอขอบคุณสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทยและเครือข่ายใน 14 จังหวัดที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานและเก็บข้อมูล ขอขอบคุณนางสาวณัฐพร กังสวิวัฒน์ ผู้ประสานงานโครงการวิจัย และนางสาวนาถทิพย์ สงวนพานิช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ปรึกษาด้านสถิติ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ปิยพร เตชะมณีสถิตย์ : ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; ชาลวิทย์ พรนภดล : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจทานบทความ ; วัลลภ อัจสิริยะสิงห์ : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจทานบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The ICD-11 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Gentile D. Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: a national study. Psychol Sci. 2009;20(5):594-602.
4. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano ML, Baguley T, Griffiths MD. Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: towards the exploration of internet gaming disorder symptomatology. Comput Human Behav. 2014;41:304-12.
5. Gentile DA, Choo H, Liau A, Sim T, Li D, Fung D, et al. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. Pediatrics. 2011;127(2):e319-29.
6. Healthy Gamer Project. Situation analysis of children addicted to games 2014 [internet]. Bangkok: Healthy Gamer; 2014 [cited 2021 Aug 20]. Available from: https://www.healthygamer.net/manage/uploads/review_of_game_addictions_situation_05-2557.pdf (in Thai)

7. Karaer Y, Akdemir D. Parenting styles, perceived social support and emotion regulation in adolescents with internet addiction. *Compr Psychiatry*. 2019;92:22-7. doi:10.1016/j.comppsy.2019.03.003.
8. Casalo LV, Escario J-J. Predictors of excessive internet use among adolescents in Spain: the relevance of the relationship between parents and their children. *Comput Human Behav*. 2019;92:344-51. doi:10.1016/j.chb.2018.11.042.
9. Bleakley A, Morgan E, Romer D. The role of parents in problematic internet use among US adolescents. *Media and Communication*. 2016;4(3):24-34. doi:10.17645/mac.v4i3.523.
10. Dong B, Zhao F, Wu XS, Wang WJ, Li YF, Zhang ZH, et al. Social anxiety may modify the relationship between internet addiction and its determining factors in Chinese adolescents. *Int J Ment Health Addict*. 2019;17(6):1508-20. doi:10.1007/s11469-018-9912-x.
11. 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.jped.2024.02.003.
12. Carroll P. Effectiveness of positive discipline parenting program on parenting style, and child adaptive behavior. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022;53(6):1349-58. doi:10.1007/s10578-021-01201-x.
13. Peng B, Hu N, Yu H, Xiao H, Luo J. Parenting style and adolescent mental health: the chain mediating effects of self-esteem and psychological inflexibility. *Front Psychol*. 2021;12:738170. doi:10.3389/fpsyg.2021.738170.
14. Seay A, Freysteinson WM, McFarlane J. Positive parenting. *Nurs Forum*. 2014;49(3):200-8. doi:10.1111/nuf.12093.
15. Huang CY, Hsieh YP, Shen AC, Wei HS, Feng JY, Hwa HL, et al. Relationships between parent-reported parenting, child-perceived parenting, and children's mental health in Taiwanese children. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(6):1049. doi:10.3390/ijerph16061049.
16. Vafaenejad Z, Elyasi F, Moosazadeh M, Shahhosseini Z. Psychological factors contributing to parenting styles: a systematic review. *License*. 2018;7:906. doi:10.12688/f1000research.14978.1
17. Fang Y, Boelens M, Windhorst DA, Raat H, van Grieken A. Factors associated with parenting self-efficacy: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2021;77(6):2641-61. doi:10.1111/jan.14767.
18. Yang JLX, Zhang Y, Feng WW, Tang H, Shao J, Wang NR, et al. Practice of parenting and related factors on children aged 0-5 in the urban areas of China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2019;40(4):422-26. (in Chinese) doi:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2019.04.010.
19. Bolsoni-Silva AT, Loureiro SR. Behavioral problems and their relationship to maternal depression, marital relationships, social skills and parenting. *Psicol Reflex Crit*. 2020;33(1):22. doi:10.1186/s41155-020-00160-x.
20. Ali N, Ullah A, Khan AM, Khan Y, Ali S, Khan A, et al. Academic performance of children in relation to gender, parenting styles, and socioeconomic status: what attributes are important. *PLoS One*. 2023;18(11):e0286823. doi:10.1371/journal.pone.0286823.
21. Yu JJ. Relations among parenting, academic performance, and psychopathology: an investigation of developmental cascades and their interplay with maternal and paternal parenting. *Dev Psychopathol*. 2024;36(1):325-37. doi:10.1017/S0954579422001225.
22. Hayek J, Schneider F, Lahoud N, Tueni M, de Vries H. Authoritative parenting stimulates academic achievement, also partly via self-efficacy and intention towards getting good grades. *PLoS One*. 2022;17(3):e0265595. doi:10.1371/journal.pone.0265595.
23. Geurts SM, Koning IM, Vossen HGM, van den Eijnden RJM. Rules, role models or overall climate at home? relative associations of different family aspects with adolescents' problematic social media use. *Compr Psychiatry*. 2022;116:152318. doi:10.1016/j.comppsy.2022.152318.
24. Detnakarintra K, Trairatvorakul P, Pruksananonda C, Chonchaiya W. Positive mother-child interactions and parenting styles were associated with lower screen time in early childhood. *Acta Paediatr*. 2020;109(4):817-26. doi:10.1111/apa.15007.
25. Chung SA, Bae S, Kim HJ, Lee JW, Hwang H, Han DH. Mediating effects of attention problems on the link between parenting style and internet gaming disorder in adolescents. *Front Psychiatry*. 2023;14:1211889. doi:10.3389/fpsy.2023.1211889.

26. Rodríguez-Ruiz F, Mari-Sanmillán MI, Benito A, Castellano-García F, Sánchez-Llorens M, Almodóvar-Fernández I, et al. Relationship of gaming disorder with parenting based on low affection-communication and personality trait of neuroticism in adolescents. *Front Psychol*. 2023;14:1147601. doi:10.3389/fpsyg.2023.1147601.
27. Görgülü Z, Özer A. Conditional role of parental controlling mediation on the relationship between escape, daily game time, and gaming disorder. *Curr Psychol*. 2023;1-9. doi:10.1007/s12144-023-04557-6.
28. Li AY, Chau CL, Cheng C. Development and validation of a parent-based program for preventing gaming disorder: the game over intervention. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(11):1984. doi:10.3390/ijerph16111984.
29. Pornnoppadol C, Ladawan Na Ayudhaya S, Surapongphiwattana T, Sasaluksananont C, Promchuay P. Identifying protective factors for game addiction in children and adolescents. Bangkok: National Research Council of Thailand; 2009. (in Thai)
30. Lansford JE. Annual research review: cross-cultural similarities and differences in parenting. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022;63(4):466-79. doi:10.1111/jcpp.13539.
31. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: sample size and power calculations for iOS. Songkla: Prince of Songkla University; 2014. (in Thai)
32. Daniel W. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. New Jersey: John Wiley&Sons, Inc; 1995.
33. Chanpen S, Thanaariyapaisan P, Pornnoppadol C, Thongseiratch T, Chaiudomsom C, Jeerasup N, et al. The development of positive parenting scale (POPS). Bangkok: Mahidol University; 2021. (in Thai)
34. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior (Thailand). Demographic Statistics Population and Housing: Population from registration, classified by age, gender, region and province, year 2020 [internet]. Bangkok: Department of Provincial Administration; 2020 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.nso.go.th/nsoweb/index> (in Thai)
35. Sangkhaphan T, Pornnoppadol C, Hataiyusuk S. The Development of Gaming Disorder Scale (GAME-S). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2023;68(1):50-61. (in Thai)
36. Seethikaew N, Kodyee S, Moonpanane K, Pitchalard K, Reangsing C, Tripathi S. Factors related to positive parenting behaviors and executive function in preschool-age children, Chiang Rai province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2022;32(3):122-33. (in Thai)
37. Liu L, Wang M. Parenting stress and harsh discipline in China: the moderating roles of marital satisfaction and parent gender. *Child Abuse Negl*. 2015;43:73-82. doi:10.1016/j.chiabu.2015.01.014.
38. Watson A, Dumuid D, Maher C, Fraysse F, Mauch C, Tomkinson GR, et al. Parenting styles and their associations with children's body composition, activity patterns, fitness, diet, health, and academic achievement. *Child Obes*. 2023;19(5):316-31. doi:10.1089/chi.2022.0054.
39. Wang W, Li D, Li X, Wang Y, Sun W, Zhao L, et al. Parent-adolescent relationship and adolescent internet addiction: a moderated mediation model. *Addict Behav*. 2018;84:171-7. doi:10.1016/j.addbeh.2018.04.015.
40. Yap MBH, Schwartz OS, Byrne ML, Simmons JG, Allen NB. Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms: Adolescent emotion regulation as a mediator. *J Res Adolesc*. 2010;20(4):1014-43. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00665.x.
41. Lee G, Kim S. Relationship between Mother's emotional intelligence, negative parenting behaviour, Preschooler's attachment instability, and smart device overdependence. *BMC Public Health*. 2022;22(1):752. doi:10.1186/s12889-022-13171-3.
42. Oliveira TDO, Costa DS, Alvim-Soares A, de Paula JJ, Kestelman I, Silva AG, et al. Children's behavioral problems, screen time, and sleep problems' association with negative and positive parenting strategies during the COVID-19 outbreak in Brazil. *Child Abuse Negl*. 2022;130(Pt 1):105345. doi:10.1016/j.chiabu.2021.105345.
43. Cuong VM, Assanangkornchai S, Wichaidit W, Minh Hanh VT, My Hanh HT. Associations between gaming disorder, parent-child relationship, parental supervision, and discipline styles: Findings from a school-based survey during the COVID-19 pandemic in Vietnam. *J Behav Addict*. 2021;10(3):722-30. doi:10.1556/2006.2021.00064.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์การรับมือความเครียดในเยาวชน

วันรับ : 16 กันยายน 2567

วันแก้ไข : 1 พฤศจิกายน 2567

วันตอบรับ : 9 มกราคม 2568

กรรณิ์น เสมาทอง, วท.บ.¹, อติรัตน์ ปุณณชัยศิริ, พ.บ.², วัลลภ อัจฉริยะสิงห์, พ.บ.²

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตจิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว

โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล¹ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์การรับมือความเครียดในเยาวชนไทย

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวางแบบออนไลน์ ในวัยรุ่นตอนปลายอายุ 18 - 21 ปีที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป มาตรฐานความถี่ มาตรฐานความเมตตากรุณาต่อตนเอง และมาตรวัดกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผล : กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบ 434 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุ 21 ปี และศึกษาอยู่สถาบันของรัฐบาล มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกสำนึกขอบคุณ 29.04 (SD = 5.20) ความเมตตากรุณาต่อตนเอง 19.92 (SD = 2.99) กลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสม 48.31 (SD = 7.33) และกลยุทธ์การรับมือที่ไม่เหมาะสม 29.93 (SD = 5.58) ความรู้สึกสำนึกขอบคุณมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง ($r = .31, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับกลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสม ($r = .36, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับเล็กน้อยกับกลยุทธ์การรับมือที่ไม่เหมาะสม ($r = -.20, p < .001$)

สรุป : เยาวชนที่มีความรู้สึกสำนึกขอบคุณสูงมีแนวโน้มมีความเมตตากรุณาต่อตนเองและใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการรับมือกับความเครียด ควรส่งเสริมความรู้สึกสำนึกขอบคุณของเยาวชนด้วยกิจกรรมที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อช่วยพัฒนาทักษะการดูแลจิตใจตนเองและการรับมือกับความเครียด

คำสำคัญ : กลยุทธ์การรับมือความเครียด, ความรู้สึกสำนึกขอบคุณ, ความเมตตากรุณาต่อตนเอง, เยาวชน

ติดต่อผู้พิมพ์ : วัลลภ อัจฉริยะสิงห์; e-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

Original article

Relationships between gratitude, self-compassion and coping strategies in late adolescence

Received : 16 September 2024

Revised : 1 November 2024

Accepted : 9 January 2025

Konrut Saemathong, B.Sc.¹, Tidarat Puranachaikere, M.D.², Wanlop Atsariyasing, 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 University¹

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University²

Abstract

Objective: To examine the relationships between gratitude, self-compassion, and coping strategies in Thai late adolescents.

Methods: An online cross-sectional study was conducted with adolescents, aged between 18 and 21 years, from educational institutions in Bangkok and its metropolitan area. The questionnaires included demographic data, the Gratitude Questionnaire, the Self-Compassion Scale, and the Brief Coping Orientation to Problems Experienced Inventory. Data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman's rank correlation.

Results: A total of 438 participants completed the questionnaires. Most were female, aged 21 years, and enrolled in government institutions. The average scores were as follows: gratitude 29.04 (SD = 5.20), self-compassion 19.92 (SD = 2.99), adaptive coping strategies 48.31 (SD = 7.33), and maladaptive coping strategies 29.93 (SD = 5.58). The gratitude demonstrated a moderate positive correlation with self-compassion ($r = .31, p < .001$) and adaptive coping strategies ($r = .36, p < .001$), as well as a weak negative correlation with maladaptive coping strategies ($r = -.20, p < .001$).

Conclusion: Late adolescence with a higher level of gratitude are more likely to show greater self-compassion and employ more adaptive coping strategies. These findings suggest the potential for designing accessible activities that promote gratitude, which can help adolescents improve their mental well-being and develop more effective stress management skills.

Keywords: adolescent, coping skills, gratitude, self-compassion

Corresponding author: Wanlop Atsariyasing; e-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

ความรู้เดิม : ความรู้สึกสำนึกขอบคุณเป็นคุณสมบัติที่สามารถพัฒนาได้และช่วยส่งเสริมความเมตตากรุณาต่อตนเองซึ่งเป็นทักษะในการดูแลจิตใจตนเองและกลยุทธ์การจัดการปัญหาในบริบทของประเทศแถบตะวันตก

ความรู้ใหม่ : วัยรุ่นไทยตอนปลายที่มีความรู้สึกสำนึกขอบคุณเพิ่มขึ้นมีแนวโน้มมีความเมตตากรุณาต่อตนเองเพิ่มขึ้น ใช้กลยุทธ์การรับมือความเครียดที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น และใช้กลยุทธ์การรับมือความเครียดที่ไม่เหมาะสมลดลง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การส่งเสริมความรู้สึกสำนึกขอบคุณให้วัยรุ่นตอนปลายเพื่อพัฒนาความเมตตากรุณาต่อตนเองและกลยุทธ์รับมือความเครียดที่เหมาะสม

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และความคิด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น การเรียน โรงเรียน และกลุ่มเพื่อน¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นตอนปลายที่ยังต้องฝึกฝนทักษะต่าง ๆ เพื่อเตรียมตัวรับมือกับประสบการณ์และความรับผิดชอบที่ท้าทายในวัยผู้ใหญ่ เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบความสัมพันธ์กับผู้ปกครองจากการพึ่งพาอาศัยไปสู่การพึ่งพาตนเอง การค้นหาอัตลักษณ์ รวมถึงการพัฒนาทักษะและคุณค่าที่จำเป็น² ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด วัยรุ่นจึงควรได้รับการสนับสนุนให้มีทักษะการดูแลจิตใจตนเอง การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และการจัดการปัญหา ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต³

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) เป็นทักษะที่ช่วยดูแลจิตใจตนเองเมื่อเกิดปัญหา⁴ โดยเน้นการรับมือเชิงรุกด้วยการตระหนักรู้ สำรวจ และเข้าใจอารมณ์ของตนเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการปรับตัวทางปัญญาที่ดี เช่น การปรับความคิดเชิงบวก การยอมรับ และการค้นหาความหมายเมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์⁵ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนากลยุทธ์การรับมือความเครียด (coping strategies) ที่ช่วยให้วัยรุ่นรับมือกับปัญหาการเรียน การถูกกลั่นแกล้ง และปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า⁶⁻⁹ ขณะที่การใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับความก้าวร้าว ปัญหาพฤติกรรม และภาวะซึมเศร้า¹⁰

นอกจากการส่งเสริมทรัพยากรภายในบุคคลและกลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสมแล้วนั้น การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นก็ช่วยให้วัยรุ่นรับมือกับปัญหาหรืออุปสรรคอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ความรู้สึกสำนึกขอบคุณ (gratitude) เป็นทรัพยากรทางอารมณ์ที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมความมั่นคงและเชื่อมโยงทางสังคมที่ช่วยในการเข้าสังคมและความเป็นมิตรต่อกัน¹¹⁻¹³ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณและความเมตตากรุณาต่อตนเอง โดยพบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองมีอิทธิพลส่งผ่านในความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณและพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาฆ่าตัวตาย (non-suicidal self-injury) ในวัยรุ่น¹⁴ และยังพบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณและการยอมรับตนเอง¹⁵ รวมถึงมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้สึกสำนึกขอบคุณมีความสำคัญต่อการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมของวัยรุ่นในการรับมือกับความเครียดทางการเรียนและลดการใช้กลยุทธ์การจัดการปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติด¹⁶ ทั้งนี้ความรู้สึกสำนึกขอบคุณสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ผ่านการฝึกฝนและกิจกรรม เช่น การบันทึกความรู้สึกสำนึกขอบคุณ (gratitude journaling) การเขียนจดหมายแสดงความรู้สึกสำนึกขอบคุณ (gratitude letter) และการจดบันทึก 3 สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น (three good things)¹⁷⁻²¹

การศึกษานี้สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์การรับมือความเครียดในวัยรุ่นตอนปลาย เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนสำหรับการประยุกต์ใช้กิจกรรมส่งเสริมความรู้สึกสำนึกขอบคุณใช้ในหลายบริบท ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้เยาวชนไทยเกิดความเมตตากรุณาต่อตนเองและใช้กลยุทธ์การรับมือความเครียดที่เหมาะสม

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2566 หมายเลขรับรอง (COA) Si 731/2023 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เยาวชนที่ศึกษาในสถาบันการศึกษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 - 21 ปี ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) หรือปริญญาตรี ณ สถาบันการศึกษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Cochran²² โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (e) เท่ากับ 0.05 และ ค่า z ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96 ได้จำนวน 384 คน เก็บเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อทดแทนความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล คิดเป็น 442 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ผ่านการประกาศและประชาสัมพันธ์ทางสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก Facebook กลุ่มของนักศึกษา มหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชนที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยผู้วิจัยแนบลิงก์เว็บไซต์ให้แก่ผู้สนใจเข้าร่วมทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ชื่อหัวหน้าโครงการและผู้วิจัยร่วม ช่องทางการติดต่อสอบถาม หากมีข้อสงสัย ข้อคำถามคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินที่ได้รับการปรับเป็นรูปแบบออนไลน์ ผู้สนใจที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยสามารถกดคลิกที่ช่องด้านหน้าประโยคที่เขียนว่า “ต่อไป” ซึ่งถือเป็นการให้ความยินยอมโดยการกระทำ (consent by action) จากนั้นระบบเข้าสู่หน้าคำถามคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกสามารถตอบแบบสอบถามในหน้าถัดไป

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ คณะที่ศึกษา และสถาบันการศึกษา
2. มาตรการวัดความกตัญญู ฉบับภาษาไทย²³ ซึ่งพัฒนามาจาก gratitude questionnaire-6 (GQ-6)¹² มี 6 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง มาตรการวัดฉบับนี้มีการแปลผลด้วยค่าอ้างอิง percentile ในกลุ่มตัวอย่างชาวตะวันตก แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาในกลุ่มประชากรชาวไทย ผู้วิจัยจึงใช้

คะแนนรวมในการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยคะแนนรวมสูงแสดงถึงความรู้สึกสำนึกขอบคุณในระดับสูง มาตรการวัดฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ (Cronbach's alpha = 0.71)²³

3. มาตรการวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง ฉบับภาษาไทย²⁴ ซึ่งพัฒนามาจาก self-compassion scale (SCS)²⁵ มี 26 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 แทบจะไม่เคยเลย ถึง 5 แทบจะทุกครั้ง ประเมินความเมตตากรุณาต่อตนเอง 6 ด้าน แบ่งเป็นเชิงบวก 3 ด้าน ได้แก่ การใจดีต่อตนเอง (self-kindness) ความเป็นมนุษย์ทั่วไป (common humanity) และการมีสติรับรู้ตามความเป็นจริง (mindfulness) และเชิงลบ 3 ด้าน ได้แก่ การตัดสินตนเอง (self-judgment) ความโดดเดี่ยวแปลกแยก (isolation) และการจมอยู่กับความทุกข์ (over-identification) คะแนนรวมสูงแสดงถึงความเมตตากรุณาตนเองในระดับสูง มาตรการวัดฉบับภาษาไทยนี้มีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha = 0.88)²⁴

4. มาตรการวัดกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น ฉบับภาษาไทย²⁶ ซึ่งพัฒนามาจาก coping orientation to problems experienced inventory (Brief-COPE)²⁷ มี 28 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1 ไม่ได้ทำเช่นนี้เลย ถึง 4 ได้ทำเช่นนี้อย่างมาก ประเมินกลยุทธ์ 2 ด้าน ได้แก่ การรับมือที่เหมาะสม (adaptive coping) ประกอบด้วย การจัดการปัญหาในเชิงรุก การวางแผน การมองหาการสนับสนุนทางอารมณ์ การมองหาความช่วยเหลือ การตีความหมายใหม่ในเชิงบวก การใช้อารมณ์ขัน การยอมรับ และการพึ่งพาตนเอง และการรับมือที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping) ประกอบด้วย การระบายอารมณ์ความรู้สึก การปฏิเสธ การใช้สารเสพติด การไม่แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การเบี่ยงเบนความสนใจ และการตำหนิตนเอง²⁸⁻³⁰ คะแนนรวมกลยุทธ์แต่ละด้านแสดงถึงการใช้กลยุทธ์นั้นบ่อยครั้ง มาตรการวัดฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ (Cronbach's alpha = 0.70)²⁶

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ในการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ความรู้สึกสำนึกขอบคุณ

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์การรับมือความเครียด ใช้สถิติเชิงอนุमान ได้แก่ สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์การรับมือความเครียด กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

ผู้ตอบแบบสอบถาม 442 คน มีข้อมูลสมบูรณ์ที่นำมาวิเคราะห์ 434 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 68.4) อายุ 21 ปี (ร้อยละ 53.7) ศึกษาอยู่สถาบันการศึกษาของรัฐบาล (ร้อยละ 71.4) และศึกษาคณะในกลุ่มสังคมศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ และกลุ่มคณะที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 67.1) ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกสำนึกขอบคุณเท่ากับ 29.04 (SD = 5.20) ความเมตตากรุณาต่อตนเองโดยรวมทุกด้าน 19.92 (SD = 2.99) กลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสม 48.31 (SD = 7.33) และกลยุทธ์การรับมือที่ไม่เหมาะสม 29.93 (S.D. = 5.58) ดังตารางที่ 2

การตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่าทั้งความรู้สึกสำนึกขอบคุณ ความเมตตา

กรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์การรับมือความเครียดมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ความรู้สึกสำนึกขอบคุณมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับกลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับเล็กน้อยกับกลยุทธ์การรับมือที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .001$) ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้สึกสำนึกขอบคุณเท่ากับ 29.04 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในกลุ่มเยาวชนของ Anand และคณะ³¹ ที่พบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.51 ส่วนของค่าเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองเท่ากับ 19.92 ใกล้เคียงกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนิสิตนักศึกษาไทยที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.49³² เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกันของช่วงอายุ กลุ่มตัวอย่างและบริบทวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าค่าเฉลี่ยของกลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสมเท่ากับ 48.31

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 434)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	120	27.7
หญิง	297	68.4
อื่น ๆ	17	3.9
อายุ		
18 ปี	39	9.0
19 ปี	59	13.6
20 ปี	103	23.7
21 ปี	233	53.7
สถาบันการศึกษา		
รัฐบาล	310	71.4
เอกชน	109	25.6
อื่น ๆ	13	3.0
คณะ		
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	129	29.7
กลุ่มสังคมศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ และศึกษาศาสตร์	291	67.1
อื่น ๆ	14	3.2

ตารางที่ 2 ความรู้สึกสำนึกขอบคุณ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์การรับมือความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 434)

	ค่าเฉลี่ย	SD
ความรู้สึกสำนึกขอบคุณ	29.04	5.20
ความเมตตากรุณาต่อตนเอง		
รวมทุกด้าน	19.92	2.99
การใจดีต่อตนเอง	3.64	0.69
การมีสติรับรู้ตามความเป็นจริง	3.70	0.73
ความเป็นมนุษย์ทั่วไป	3.50	0.79
การตัดสินตนเอง	3.08	0.82
ความโดดเดี่ยวแปลกแยก	3.12	0.93
การระบุตนเองเกินความเป็นจริง	2.77	0.91
กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด		
การรับมือที่เหมาะสม	48.31	7.33
การรับมือที่ไม่เหมาะสม	29.93	5.58

SD = standard deviation

ตารางที่ 3 สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และกลยุทธ์การรับมือความเครียด (n = 434)

	ความรู้สึกสำนึก ขอบคุณ	ความเมตตากรุณา ต่อตนเอง	กลยุทธ์การรับมือ ที่เหมาะสม	กลยุทธ์การรับมือ ที่ไม่เหมาะสม
ความรู้สึกสำนึกขอบคุณ	1			
ความรู้สึกเมตตากรุณาต่อตนเอง	.31**	1		
กลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสม	.36**	.34**	1	
กลยุทธ์การรับมือที่ไม่เหมาะสม	-.20**	-.42**	.16*	1

** p < .001, * p < .05

ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรีของ Tran และ Lumley³³ ที่พบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.00 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่มีประวัติโรคกลุ่มวิตกกังวลหรือซึมเศร้าซึ่งมักมีข้อจำกัดของกรอบความคิด การจัดการอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงมีแนวโน้มเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมลดลงเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ตึงเครียด^{10,34} ขณะที่ค่าเฉลี่ยของกลยุทธ์การรับมือที่ไม่เหมาะสมในการศึกษาดังกล่าวเท่ากับ 28.50 ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ที่พบค่าเฉลี่ย 29.93

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกสำนึกขอบคุณสูงมีแนวโน้มมีความเมตตากรุณาต่อตนเองในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Homan และ Hosack¹⁵ นอกจากนี้ Jiang และคณะ¹⁴ ยังพบว่าความรู้สึกสำนึกขอบคุณมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาฆ่าตัวตาย อาจเนื่องจากการมีความรู้สึกสำนึกขอบคุณช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงผลลัพธ์

เชิงบวกที่ตนได้รับจากปัจจัยภายนอกและสะท้อนกลับมายังตนเองว่าตนเองก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดผลลัพธ์เหล่านั้นเช่นกัน^{12,35} ซึ่งการมีมุมมองที่ดีต่อโลกและต่อผู้คนรอบข้างส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ถึงความเป็นมนุษย์ร่วมกันและมีความเมตตากรุณาต่อตนเองในเหตุการณ์ต่าง ๆ ในทางกลับกันความเมตตากรุณาต่อตนเองเชิงบวกทั้ง 3 ด้านยังช่วยให้บุคคลนั้นมองเห็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีความใจดีต่อตนเอง และรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็นปกติของมนุษย์ ทำให้บุคคลมีความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นและแผ่ความเมตตาใจดีที่มีต่อตนเองนั้นไปสู่ผู้อื่นในสังคมได้^{14,36}

กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกสำนึกขอบคุณสูงมีแนวโน้มในการใช้กลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสมบ่อยครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นของ Lin และ Yeh³⁷ และการศึกษาในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดของ Leung และ Tong³⁰ ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้สึกสำนึกขอบคุณ

และกลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสมเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากบุคคลที่มีความรู้สึกสำนึกขอบคุณมักมีมุมมองที่ดีต่อสังคมและผู้คนรอบข้างและให้ความสำคัญกับประสบการณ์ด้านบวกที่เกิดขึ้น ขณะเดียวกันก็รับรู้ถึงความช่วยเหลือความปรารถนาดี และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยเพิ่มความผูกพัน มิตรภาพ และสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น³⁸⁻⁴⁰ จึงมีแนวโน้มมองหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อขอความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางอารมณ์เมื่อเผชิญความเครียดหรือปัญหา ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสม นอกจากนี้การมีความรู้สึกสำนึกขอบคุณที่เป็นอารมณ์เชิงบวกนั้นยังมีส่วนในการพัฒนาการกำกับควบคุมตนเอง การคิดอย่างยืดหยุ่น และการคิดสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของกลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสมเช่นกัน^{41,42}

กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกสำนึกขอบคุณสูงมีแนวโน้มในการใช้กลยุทธ์การรับมือที่ไม่เหมาะสมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun และคณะ⁴³ และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Wood และคณะ¹⁶ ที่พบว่าความรู้สึกสำนึกขอบคุณมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิเสธ และการตำหนิตนเอง ซึ่งเป็นกลยุทธ์การรับมือที่ไม่เหมาะสม อาจเนื่องจากบุคคลที่ขาดความรู้สึกสำนึกขอบคุณมีแนวโน้มขาดความผูกพันทางสังคม มองไม่เห็นถึงสิ่งที่ตนได้รับจากปัจจัยภายนอก และมองไม่เห็นถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่อาจช่วยเหลือตนได้เมื่อเกิดปัญหา⁴⁴ นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มจำกัดกรอบของการตอบสนองทางความคิดและพฤติกรรมของตนให้น้อยที่สุดเพื่อให้หลุดพ้นจากสถานการณ์คุกคามอย่างรวดเร็ว³⁴ ส่งผลให้ไม่ได้พิจารณากลยุทธ์การจัดการปัญหาอย่างถี่ถ้วน นำไปสู่ความล้มเหลวและความเครียดเพิ่มขึ้น⁴³

ทั้งนี้ การศึกษานี้ก็พบว่าการใช้กลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กลยุทธ์การรับมือที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meyer²⁹ อาจเนื่องจากกลยุทธ์การรับมือความเครียดเป็นกระบวนการคิดและการกระทำที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ ซึ่งบางครั้งอาจแตกต่างจากความเคยชิน ลักษณะนิสัย หรือคุณลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล¹⁶ นอกจากนี้บุคคลอาจพึ่งพากลยุทธ์การรับมือทั้งที่มีความเหมาะสมและไม่เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในขณะนั้น⁴⁵

การศึกษานี้สนับสนุนแนวโน้มประโยชน์ของกิจกรรมส่งเสริมความรู้สึกสำนึกขอบคุณในเยาวชน ทั้งนี้ควรมีความเข้าถึงได้ง่าย เน้นรูปแบบการฝึกปฏิบัติ และสอดแทรกในกิจกรรมตามปกติ เช่น ในคาบเรียน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การเก็บแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ทำให้ไม่สามารถยืนยันตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้ว่าเข้าเกณฑ์คัดเข้าหรือไม่ จำนวนข้อคำถาม 65 ข้อ ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามอาจเหนื่อยล้า ซึ่งอาจส่งผลต่อความตั้งใจในการตอบแบบสอบถาม และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาหญิงในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จึงอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรอื่น ๆ ได้เต็มที่ การศึกษาครั้งต่อไปควรครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งที่ศึกษาอยู่และไม่ได้อยู่ในสถาบันการศึกษา เพิ่มช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดอัตราส่วนระหว่างเพศที่เหมาะสม และเก็บข้อมูลทั้งรูปแบบออนไลน์และแจกแบบสอบถาม เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ครอบคลุมขึ้น และสำรวจความสัมพันธ์กับตัวแปรทางจิตใจอื่น ๆ เช่น ความเครียดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เพื่อทำความเข้าใจบทบาทของการมีความรู้สึกสำนึกขอบคุณต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทยมากขึ้น

สรุป

วัยรุ่นตอนปลายอายุ 18 - 21 ปีที่มีความรู้สึกสำนึกขอบคุณในระดับสูงมีแนวโน้มมีความเมตตากรุณาต่อตนเองในระดับสูง ใช้กลยุทธ์การรับมือความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น และใช้กลยุทธ์การรับมือความเครียดที่ไม่เหมาะสมลดลง ผู้เกี่ยวข้องควรฝึกฝนเยาวชนให้มีความรู้สึกสำนึกขอบคุณโดยจัดกิจกรรมที่เข้าถึงง่าย เพื่อส่งเสริมให้เยาวชนสามารถดูแลจิตใจตนเองและมีการรับมือกับความเครียดที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.ปรีญาพร จิระกิตติกุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

กรรณัน เสมาทอง : ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; ธิธาร์ณัน ปุณณชัยศิริ : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบบทความ ;

วัลลภ อัจฉริยะสิงห์ : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล
ตรวจทานบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Arnett JJ. Adolescent storm and stress, reconsidered. *Am Psychol.* 1999;54(5):317-26. doi:10.1037//0003-066x.54.5.317.
2. Zarrett N, Eccles J. The passage to adulthood: challenges of late adolescence. *New Dir Youth Dev.* 2006;(111):13-28. doi:10.1002/yn.179.
3. Byrne DG, Davenport S, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: the development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *J Adolesc.* 2007;30(3):393-416. doi:10.1016/j.adolescence.2006.04.004.
4. Neff K. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity.* 2003;2(2):85-101. doi:10.1080/15298860309032.
5. Yang Y, Kong X, Guo Z, Kou Y. Can self-compassion promote gratitude and prosocial behavior in adolescents? A 3-year longitudinal study from China. *Mindfulness.* 2021;12(6):1377-86. doi:10.1007/s12671-021-01605-9.
6. Chu X-W, Fan C-Y, Liu Q-Q, Zhou Z-K. Cyberbullying victimization and symptoms of depression and anxiety among Chinese adolescents: examining hopelessness as a mediator and self-compassion as a moderator. *Comput Human Behav.* 2018;86:377-86. doi:10.1016/j.chb.2018.04.039.
7. Kyeong LW. Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Pers Individ Dif.* 2013;54(8):899-902. doi:10.1016/j.paid.2013.01.001.
8. Whitman CN, Gottdiener WH. Implicit coping styles as a predictor of aggression. *J Aggress Maltreat Trauma.* 2015;24(7):809-24. doi:10.1080/10926771.2015.1062447.
9. Noh S, Kaspar V. Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *Am J Public Health.* 2003;93(2):232-8. doi:10.2105/ajph.93.2.232.
10. Folkman S, Lazarus RS. Stress processes and depressive symptomatology. *J Abnorm Psychol.* 1986;95(2):107-13. doi:10.1037//0021-843x.95.2.107.
11. McCullough ME, Kilpatrick SD, Emmons RA, Larson DB. Is gratitude a moral affect? *Psychol Bull.* 2001;127(2):249-66. doi:10.1037/0033-2909.127.2.249.
12. McCullough ME, Emmons RA, Tsang J-A. The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *J Pers Soc Psychol.* 2002;82(1):112-27. doi:10.1037//0022-3514.82.1.112.
13. Watkins PC. Gratitude and the good life: toward a psychology of appreciation. Nairobi: Springer Science + Business Media; 2014.
14. Jiang Y, Ren Y, Zhu J, You J. Gratitude and hope relate to adolescent nonsuicidal self-injury: Mediation through self-compassion and family and school experiences. *Curr Psychol.* 2020;41(2):935-42. doi:10.1007/s12144-020-00624-4.
15. Homan K, Hosack L. Gratitude and the self: amplifying the good within. *J Hum Behav Soc Environ.* 2019;29(7):874-86. doi:10.1080/10911359.2019.1630345.
16. Wood AM, Joseph S, Linley PA. Coping style as a psychological resource of grateful people. *J Soc Clin Psychol.* 2007;26(9):1076-93. doi:10.1521/jscp.2007.26.9.1076.
17. Froh JJ, Miller DN, Snyder S, editors. Gratitude in children and adolescents: development, assessment, and school-based intervention. *Sch Psychol Forum Res Pract.* 2007;2(1):1-13.
18. Davis DE, Choe E, Meyers J, Wade N, Varjas K, Gifford A, et al. Thankful for the little things: a meta-analysis of gratitude interventions. *J Couns Psychol.* 2016;63(1):20-31. doi:10.1037/cou0000107.
19. Froh JJ, Kashdan TB, Ozimkowski KM, Miller N. Who benefits the most from a gratitude intervention in children and adolescents? examining positive affect as a moderator. *J Posit Psychol.* 2009;4(5):408-22. doi:10.1080/17439760902992464.
20. Khanna P, Singh K. Do all positive psychology exercises work for everyone? replication of Seligman et al.'s (2005) interventions among adolescents. *Psychol Stud.* 2019;64(1):1-10. doi:10.1007/s12646-019-00477-3.

21. Jans-Beken L, Jacobs N, Janssens M, Peeters S, Reijnders J, Lechner L, et al. Gratitude and health: an updated review. *J Posit Psychol.* 2019;15(6): 743-82. doi:10.1080/17439760.2019.1651888.
22. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1977.
23. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Gratitude Questionnaire-6, GQ-6 [Internet]. Chiang Mai: publisher unknown; 2017 [cited 2023 March 28]. Available from: <https://www.wongpakaran.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=2147592983> (in Thai)
24. Attasarakanya P. Relationships among self-esteem, self-compassion, body mass index, self-objectification, and body image satisfaction in female adolescents. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
25. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity.* 2003;2(3):223-50. doi:10.1080/15298860309027.
26. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the brief COPE inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2018;63(2):189-98. (in Thai)
27. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6.
28. Moore BC, Biegel DE, McMahon TJ. Maladaptive coping as a mediator of family stress. *J Soc Work Pract Addict.* 2011;11(1):17-39. doi:10.1080/1533256X.2011.544600.
29. Meyer B. Coping with severe mental illness: relations of the brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *J Psychopathol Behav Assess.* 2001;23(4):265-77. doi:10.1023/A:1012731520781.
30. Leung C-C, Tong EMW. Gratitude and drug misuse: role of coping as mediator. *Subst Use Misuse.* 2017;52(14):1832-9. doi:10.1080/10826084.2017.1312449.
31. Anand P, Bakhshi A, Gupta R, Bali M. Gratitude and quality of life among adolescents: the mediating role of mindfulness. *Trends in Psychol.* 2021;29(4): 706-18. doi:10.1007/s43076-021-00077-z.
32. Boonsrangsom W. The relationship between perceived stress and happiness in university students with self-compassion as a mediator. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
33. Tran AWY, Lumley MN. Internalized stigma and student well-being: the role of adaptive and maladaptive coping. *Soc Work Ment Health.* 2019;17(4):408-25. doi:10.1080/15332985.2018.1563023.
34. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol.* 2001;56(3):218-26. doi:10.1037//0003-066x.56.3.218.
35. Emmons RA, Crumpler CA. Gratitude as a human strength: appraising the evidence. *J Soc Clin Psychol.* 2000;19(1):56-69. doi:10.1521/jscp.2000.19.1.56.
36. Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self identity.* 2013;12(2):160-76. doi:10.1080/15298868.2011.649546.
37. Lin C-C, Yeh Y-c. How gratitude influences well-being: A structural equation modeling approach. *Soc Indic Res.* 2014;118(1):205-17. doi:10.1007/s11205-013-0424-6.
38. Watkins PC, Woodward K, Stone T, Kolts RL. Gratitude and happiness: development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being. *Social Behavior and Personality: An International Journal.* 2003;31(5): 431-51. doi:10.2224/sbp.2003.31.5.431.
39. Adler MG, Fagley NS. Appreciation: individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *J Pers.* 2005;73(1):79-114. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00305.
40. Lin C-C. The roles of social support and coping style in the relationship between gratitude and well-being. *Pers Individ Dif.* 2016;89:13-8. doi:10.1016/j.paid.2015.09.032.

41. Tugade MM, Fredrickson BL. Positive emotions and emotional intelligence. In: Barrett LF, Salovey P, editors. *The wisdom in feeling: psychological processes in emotional intelligence*. New York: The Guilford Press; 2002. p. 319-40.
42. Lin C-C. Impact of gratitude on resource development and emotional well-being. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2015;43(3): 493-504. doi:10.2224/sbp.2015.43.3.493.
43. Sun P, Sun Y, Jiang H, Jia R, Li Z. Gratitude and problem behaviors in adolescents: the mediating roles of positive and negative coping styles. *Front Psychol*. 2019;10:1547. doi:10.3389/fpsyg.2019.01547.
44. McCullough ME, Tsang J-A, Emmons RA. Gratitude in intermediate affective terrain: links of grateful moods to individual differences and daily emotional experience. *J Pers Soc Psychol*. 2004;86(2):295-309. doi:10.1037/0022-3514.86.2.295.
45. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Princeton: Springer Publishing Company; 1984.

Original article

Factors associated with stress in parents of children with congenital anomalies

Received : 20 August 2024

Revised : 30 November 2024

Accepted : 9 January 2025

Siripuk Sawetchaikul, M.D., Paweena Wongborpid, M.D.,

Kanokluck Songking, B.Sc.

Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok

Abstract

Objective: To assess the stress levels and associated factors in parents of children with congenital anomalies.

Methods: A cross-sectional survey was conducted with parents of children aged 1 month to 12 years with congenital anomalies who visited Nopparat Rajathanee Hospital between April 2023 and March 2024. Parents who were unable to read or write in Thai were excluded. Stress levels were measured using the Thai version of the Parenting Stress Index - Fourth Edition - Short Form (PSI-4-SF). Data were analyzed using descriptive statistics and odds ratios.

Results: Thirty parents were included in the study. Among them, 6.7% reported high stress levels, and 23.3% reported significant stress levels. Higher PSI-4-SF scores were more common among parents with lower education, those living without a partner, those unemployed, and those lacking support, as well as parents of older children, those diagnosed after birth, and those with longer hospital stays. However, no statistically significant risk factors were identified.

Conclusion: Parents of children with anomalies experience higher stress levels compared to parents of unaffected children. Early identification and intervention targeting modifiable factors, particularly within the first year of the child's life, may help alleviate stress and improve outcomes for parents and families.

Keywords: congenital anomalies, parents, stress

Corresponding author: Siripuk Sawetchaikul; e-mail: sawetchaikul.s@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ปกครองของเด็กที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด

วันรับ : 20 สิงหาคม 2567

วันแก้ไข : 30 พฤศจิกายน 2567

วันตอบรับ : 9 มกราคม 2568

ศิริพัทธ์ เสวตชัยกุล, พ.บ., ปวีณา วงศ์พิธ, พ.บ.,

กนกลักษณ์ ชองกิ่ง, วท.บ.

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ปกครองเด็กที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือนถึง 12 ปีที่มีความพิการแต่กำเนิดและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้ปกครองต้องสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ วัดระดับความเครียดด้วยเครื่องมือ parenting stress index - fourth edition - short form (PSI-4-SF) ฉบับภาษาไทย นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและระดับความเครียดด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และความเครียดด้วย odds ratio

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ร้อยละ 6.7 มีความเครียดสูงกว่าระดับปกติ และร้อยละ 23.3 มีความเครียดระดับรุนแรง กลุ่มที่มีแนวโน้มระดับความเครียดสูงถึงรุนแรง ได้แก่ ผู้ปกครองที่มีการศึกษาต่ำ อาศัยอยู่โดยไม่มีคู่ชีวิต ว่างงาน และขาดแหล่งสนับสนุน รวมถึงผู้ปกครองของเด็กที่อายุมากกว่า 1 ปี ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกหลังคลอด และรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตาม ไม่พบปัจจัยเสี่ยงของความเครียดระดับสูงถึงรุนแรงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผู้ปกครองเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดมีความเครียดสูงกว่าผู้ปกครองเด็กทั่วไป ควรมีการคัดกรองและให้การดูแลโดยเน้นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะในช่วงขวบปีแรกของเด็ก เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองและครอบครัว

คำสำคัญ : ความเครียด, ความผิดปกติแต่กำเนิด, ผู้ปกครอง

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ศิริพัทธ์ เสวตชัยกุล; e-mail: sawetchaikul.s@gmail.com

Previous knowledge: Parents of children with congenital anomalies are more vulnerable to higher stress levels compared to parents of unaffected children.

New knowledge: Nearly one-third of parents of children with congenital anomalies experience high to significant stress. This is more common among parents with lower education, living without a partner, unemployed, and lacking support, as well as parents of children with older age, diagnosed after birth, and with longer hospital stays.

Application: The findings highlight the need for early identification and interventions for parents of children with such conditions, focusing on possible modifiable risk factors.

Introduction

A child's birth, while considered as a fundamental process in human life, can be profoundly disrupted by the unexpected occurrence of congenital anomalies. These anomalies, defined as structural or functional abnormalities during intrauterine development, affect approximately 3 - 5% of live births.¹ They may be diagnosed prenatally or manifest at birth or later in life.

Congenital anomalies can affect various systems, including cardiovascular, craniofacial, neurological, and gastrointestinal systems. Parents of children with these conditions experience distinct emotional challenges. Parents of children with congenital heart defects reported high levels of psychological distress, particularly during the first year of life.² Repeated surgical operations could also be a significant predictor for psychological impact on these families.³ Cleft lip and palate demonstrates unique stressors for parents, particularly

concerning feeding difficulties.⁴ Neural tube defects tend to cause higher levels of stress in mothers compared to fathers.⁵ Gastrointestinal anomalies pose specific challenges related to feeding, nutrition, and growth. A large case-control study found that mothers of children with congenital diaphragmatic hernia had an increased risk of depression compared to controls.⁶ Furthermore, post-traumatic stress disorder (PTSD) has been found in parents of children with anomalies.⁷ However, it is also noted that anxiety and stress tend to decrease over time as families adjust to their child's condition.⁸

Previous studies have identified factors contributing to parental stress, including severity and treatment of the anomalies. Parents of children with more severe or complex anomalies tend to report higher stress levels due to the uncertainty surrounding long-term outcomes and potential disabilities.^{8,9} Intensive medical care, frequent hospitalizations, and ongoing therapies can further exacerbate this stress.^{10,11} Additionally, parental characteristics such as age, socioeconomic status, and the availability of social support can modify the stress experiences.^{6,12}

These stressors are well-documented in western countries, which may differ contextually from other regions, particularly Southeast Asia, in terms of sociocultural influence on illness beliefs, parenting norms, and relationships with service providers. This study aims to explore parental stress related to congenital anomalies and identify associated factors within the Thai context.

Methods

A cross-sectional study was conducted with parents of children with congenital anomalies who visited Nopparat Rajathanee Hospital between April 2023 and March 2024. The study was approved

by the Research and Ethics Committee of Nopparat Rajathanee Hospital on February 20, 2023.

Population and sample

Participants included mothers, fathers, or legal guardians of children aged 1 month to 12 years, who had a confirmed diagnosis of any congenital anomaly.¹ Eligible participants were required to be fluent in Thai and provide informed consent to complete the questionnaire. All potential participants from both the outpatient and inpatient departments at the hospital were recruited for the study.

Parental stress

Parental stress was assessed using the Parenting Stress Index - Fourth Edition - Short Form (PSI-4-SF). The Thai version of PSI-4-SF has been validated and tested for reliability with parents of children aged 1 month to 12 years.¹³ Three domains across 36 items were identified from the original version: parental distress (items 1 - 12), parent-child dysfunctional interaction (items 13 - 24) and difficult child (items 25 - 36). Total scores of 54 - 109, 110 - 113, and above 113 indicated normal stress, high stress, and significant stress, respectively. Defensive responding was assessed by the sum of items 1, 2, 3, 7, 8, 9 and 11. A score of 10 or lower may suggest that respondents are minimizing the problems/stress or not fully engaging in the parenting roles. Alternatively, this could reflect a high level of competence in managing the parent-child relations and responsibilities.

Independent variables

The independent variables included the parental and child socio-demographics, the child's anomalies and consequences, and parental perceptions regarding anomalies and treatments. The supporting system experience in caring for the child, awareness of treatment plans, percentage

of the child's life spent in hospital, sufficiency of received information, expectations for the child after treatment, and the child's daily functioning were based solely on participants' responses.

Statistical analysis

Descriptive statistics were presented as frequencies and percentages for categorical variables, and as means with standard deviations (SD) for continuous variables, as the data followed a normal distribution. Odds ratio was used to examine relationships between independent variables and stress. The statistical significance was accepted for p-value less than .05.

Results

The study included 30 parents, with an average age of 30.9 years (SD = 6.2), ranging from 19 to 46 years old. A majority of them were mothers (76.7%), had attained mandatory secondary education or less (70.0%), lived with a partner (83.3%), were employed (60.0%), and had no underlying diseases (76.7%) or family psychiatric issues (83.3%). Some parents (6.7%) reported receiving insufficient information about treatment plans from healthcare providers.

Three of the four (76.7%) children were boys. Their mean age was 26 months (SD = 16.5), ranging from 1 month to 8 years. Anomalies included hydrocephalus, gastrointestinal tract atresia, cleft lip/palate, and hypospadias. Slightly more than half (53.3%) of the affected children were expected to fully recover without complications after treatment.

None of the participants responded defensively to the PSI-4-SF. All domain scores followed a normal distribution, with a mean total score of 101.7 (SD = 9.8). Average scores for the domains of parental distress, parent-child dysfunctional interaction, and difficult child were

37.2 (SD = 10.3), 31.1 (SD = 11.6), and 33.4 (SD = 10.8), respectively.

High to significant levels of stress were reported by 6.7% and 23.3% of parents, respectively. Parents with lower educational attainment, those living without a partner, unemployed parents or housewives, parents with more than one child, those lacking a supporting system, and those perceiving insufficient information from healthcare providers were more likely to report high to significant stress. Additionally, parents of children over one year old, diagnosed after birth, and those with longer

hospital stays were also more likely to report high to significant stress. However, no statistical significant factors were identified. Due to the small sample size, multivariate analysis was not performed. (Table 1)

The mean score of the parental distress domain was slightly higher than that of the parent-child dysfunctional interaction and difficult child domains. The contribution of each domain to the total PSI-4-SF score was proportionally comparable between the normal stress and higher stress groups. (Table 2)

Table 1 Factor associated with parental stress (n = 30)

	Total	Stress level		Odds ratio	95% CI
		Normal (n = 21)	High to significant stress (n = 9)		
Parents factors					
Sex					
Male	7 (23.3%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)	1	-
Female	23 (76.7%)	16 (53.3%)	7 (23.3%)	1.1	0.2 - 7.1
Age (year)					
≤35	23 (76.7%)	15 (50.0%)	8 (26.7%)	1	-
>35	7 (23.3%)	6 (20.0%)	1 (3.3%)	0.3	0.0 - 3.1
Relationship with the child					
Father or mother	28 (93.3%)	20 (66.7%)	8 (26.7%)	1	-
Others	2 (6.7%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2.5	0.1 - 45.0
Highest level of education					
Secondary or below	21 (70.0%)	13 (43.3%)	8 (26.7%)	1	-
Vocational/Bachelor's degree	9 (30.0%)	8 (26.7%)	1 (3.3%)	0.2	0.0 - 1.9
Living status					
Couple	25 (83.3%)	18 (60.0%)	7 (23.3%)	1	-
Single	5 (16.7%)	3 (10.0%)	2 (6.7%)	1.70	0.2 - 12.6
Occupation					
Employed	18 (60.0%)	14 (46.7%)	4 (13.3%)	1	-
Housewife/unemployed	12 (40.0%)	7 (23.3%)	5 (16.7%)	2.5	0.5 - 12.4
Underlying disease					
Yes	7 (23.3%)	6 (20.0%)	1 (3.3%)	1	-
No	23 (76.7%)	15 (50.0%)	8 (26.7%)	3.2	0.3 - 31.4
Family psychiatric problems					
Yes	5 (16.7%)	2 (6.7%)	3 (10.0%)	1	-
No	25 (83.3%)	19 (63.3%)	6 (20.0%)	0.2	0.0 - 1.6

Table 1 Factor associated with parental stress (n = 30) (continued)

	Total	Stress level		Odds ratio	95% CI
		Normal (n = 21)	High to significant stress (n = 9)		
Parents factors (continued)					
Financial status*					
In debt	14 (46.7%)	8 (26.7%)	6 (20.0%)	1	-
No debt	12 (40.0%)	9 (30.0%)	3 (10.0%)	0.4	0.1 - 2.4
Supporting system*					
Yes	23 (76.7%)	17 (56.7%)	6 (20.0%)	1	-
No	6 (20.0%)	3 (10.0%)	3 (10.0%)	2.8	0.5 - 18.0
Number of children*					
1	14 (46.7%)	12 (40.0%)	2 (6.7%)	1	-
> 1	15 (50.0%)	8 (26.7%)	7 (23.3%)	5.3	0.9 - 32.0
Experience in take care of anomaly child					
Yes	9 (30.0%)	5 (16.7%)	4 (13.3%)	1	-
No	21 (70.0%)	16 (53.3%)	5 (16.7%)	0.4	0.1 - 2.0
Awareness of treatment plans					
Yes	20 (66.7%)	20 (66.7%)	8 (26.7%)	1	-
No	10 (33.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2.5	0.1 - 45.0
Sufficiency of information from health providers					
Yes	28 (93.3%)	9 (30.0%)	7 (23.3%)	1	-
No	2 (6.7%)	11 (36.7%)	2 (6.67%)	0.2	0.0 - 1.4
Expectations for the child after treatment*					
As if no anomaly before	16 (53.3%)	14 (46.7%)	6 (20.0%)	1	-
Living without help	13 (43.3%)	7 (23.3%)	3 (10.0%)	1	0.2 - 5.2
Child factors					
Sex					
Male	23 (76.7%)	16 (53.3%)	7 (23.3%)	1	-
Female	7 (23.3%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)	0.9	0.1 - 5.9
Age (month)					
< 12	13 (43.3%)	7 (23.3%)	6 (20.0%)	1	-
> 12	17 (56.7%)	14 (46.7%)	3 (10.0%)	0.3	0.1 - 1.3
Category of anomaly					
Nervous system	3 (10.0%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	-	-
Orofacial anomaly	3 (10.0%)	3 (10.0%)	0 (0.0%)	-	-
Genitourinary system	6 (20.0%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)	-	-
Gastrointestinal system	9 (30.0%)	7 (23.3%)	2 (6.7%)	-	-
Limb's anomaly	1 (3.3%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	-	-
Abdominal wall defect	3 (10.0%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	-	-
Cardiac anomaly	1 (3.3%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	-	-
Multiple abnormalities	3 (10.0%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)	-	-
Prenatal Diagnosis					
Yes	10 (33.3%)	8 (26.7%)	2 (6.7%)	1	-
No	20 (66.7%)	13 (43.3%)	7 (23.3%)	2.2	0.4 - 13.1

Table 1 Factor associated with parental stress (n = 30) (continued)

	Total	Stress level		Odds ratio	95% CI
		Normal (n = 21)	High to significant stress (n = 9)		
Child factors (continued)					
Percentage of life spent in hospital					
0 - 25	17 (56,7%)	13 (43,3%)	4 (13,3%)	1	-
> 25	13 (43,3%)	8 (26,7%)	5 (16,7%)	2,0	0,3 - 5,2
Surgical correction of anomaly					
Yes	21 (70,0%)	17 (56,7%)	4 (13,3%)	1	-
No	9 (30,0%)	4 (13,3%)	5 (16,7%)	2,0	0,4 - 9,9
Previous life-threatening events					
Yes	7 (23,3%)	5 (16,7%)	2 (6,7%)	1	-
No	23 (76,7%)	16 (53,3%)	7 (23,3%)	1,1	0,2 - 7,1
Daily functioning					
Full	23 (76,7%)	17 (56,7%)	6 (20,0%)	1	-
Partial	7 (23,3%)	4 (13,3%)	3 (10,0%)	2,1	0,4 - 12,4

* Some participants did not answer the question

Table 2 The average scores of total stress and each domain

	Stress level	
	Normal (n = 21) Mean (SD)	High to significant (n = 9) Mean (SD)
Parental distress	32.5 (7.3)	48.2 (7.5)
Parent-child dysfunctional interaction	25.5 (6.3)	44.2 (10.6)
Difficult child	28.8 (7.6)	44.2 (9.6)
Total stress	86.8 (29.9)	136.7 (32.0)

SD = standard deviation

Discussion

According to the result from the PSI-4-SF, we found that 30% of parents exhibited high to significant levels of stress. In the normal population, 15% of parents (85th - 100th percentile) was categorized as having high to significant stress levels.¹³ Studies from Jordan and Portugal also reported abnormally high levels of psychological distress in this parents group.^{14,15} A French study founded that PTSD rates were as high as 59% in parents of children with congenital esophageal atresia.¹⁶ However, a Swedish study found the stress levels of parents of children with congenital diaphragmatic hernia were

similar to those of parents of children without congenital conditions.¹⁷ Our finding that the parental distress domain scored higher than parent-child dysfunctional interaction and difficult child domains suggests that the participants' own feelings of inadequacy or personal difficulties may be the largest contributor to their overall stress, compared to the perceived quality of their relationship with their child or the child's characteristics. However, this pattern was observed in both normal stress group and high to significant stress group. Comparison with parents of unaffected children may warrant further investigation.

The stress may result from a combination of parental and child-related factors. While many studies found that mothers experienced higher stress than fathers when dealing with congenital malformation and surgical newborn,^{8,15,17,18} our study did not observe any significant difference between fathers and mothers. The difference in stress between parental genders may vary across socioeconomic and cultural backgrounds. Other parental factors that tended to increase likelihood of high to significant stress include living without a partner and being unemployed or a housewife. Single parents generally bear both in paternal and maternal responsibilities. An unemployed parent may experience financial stress but an advantage is that they have more time to care for their children. Some participants reported receiving insufficient information, and one third indicated that they were unaware of their child's treatment plan. Improving two-way communication and involving a third party may help bridge the gap between healthcare providers and families.

Our finding that parents of children with a prenatal diagnosis were more likely to report high to significant stress levels than parents of children diagnosed after birth, although not statistically significant, is consistent with previous studies.^{8,19} Knowing the diagnosis may cause earlier psychological distress for parents, however, this may be alleviated by repeated consultations.¹⁹ Furthermore, the severity of child's illness, impairment of daily functioning, and prolonged hospital stays likely contributed to stress, as seen in previous study.¹⁹ Typically, congenital anomalies are diagnosed within the first year of life. As children grow older, however, parents often adjust to their circumstance,^{20,21} which is reflected in the decreased parental stress observed in our data.

Aside from the limited statistical power due to rarity of the conditions, the lack of significant risk factors for parental stress may suggest that all parents and families of children with anomalies are vulnerable to certain levels of stress. Early identification and supportive interventions could help alleviate this situation.²² Additionally, the study's generalizability could be limited due to its tertiary setting and the exclusion of potential participants with language barriers. Future research should involve larger, more representative samples and explore additional factors, such as coping strategies.

Conclusion

This study highlights the elevated stress levels experienced by parents of children with congenital anomalies in Thailand and identifies potential risk factors. Interventions targeting modifiable factors may help alleviate family stress. However, larger studies are needed to confirm these findings and guide clinical practice.

Acknowledgement

We would like to thank our colleagues from the Paediatric and Surgical Departments for their assistance with data collection.

Author contributions

Siripuk Sawetchaikul : data collection, data analysis, writing of the manuscript ; Paweena Wongborpid : revision of the manuscript ; Kanokluck Songking : revision of the manuscript.

Reference

1. European Registry of Congenital Anomalies and Twins. EUROCAT Description of the Congenital Anomaly Subgroups (vs.31.05.2022) [Internet]. Luxembourg: European commission; 2022 [cited 2022 Sep 1]. Available from: https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/data-collection/guidelines-for-data-registration_en

2. Golfenshtein N, Hanlon AL, Deatrick JA, Medoff-Cooper B. Parenting stress in parents of infants with congenital heart disease and parents of healthy infants: the first year of life. *Compr Child Adolesc Nurs*. 2017;40(4):294-314. doi:10.1080/24694193.2017.1372532.
3. Jaschinski C, Knetsch V, Parzer P, Meyr J, Schroeder B, Fonseca E, et al. Psychosocial impact of congenital heart diseases on patients and their families: a parent's perspective. *World J Pediatr Congenit Heart Surg*. 2022;13(1):9-15. doi:10.1177/21501351211044127.
4. Chinchai S, Trevittaya P, Rattakorn P, Sonswan N, Khwanngern K, Lekmool S. Feeding problems and treatment in cleft lip and cleft palate children. *Journal of Associated Medical Sciences*. 2017;50(3):533-43. (in Thai)
5. Al-Akour NA, Khader YS, Hamlan A. Stress among parents of infants with neural tube defect and its associated factors. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(2):149-55. doi:10.1111/ijn.12049.
6. Urichuk M, Singh C, Zrinyi A, Lum Min SA, Keijzer R. Mental health outcomes of mothers of children with congenital gastrointestinal anomalies are similar to control mothers: a longitudinal retrospective cohort study. *J Pediatr Surg*. 2024;59(5):918-23. doi:10.1016/j.jpedsurg.2024.01.011.
7. Roorda D, van der Steeg AFW, van Dijk M, Derikx JPM, Gorter RR, Rotteveel J, et al. Distress and post-traumatic stress in parents of patients with congenital gastrointestinal malformations: a cross-sectional cohort study. *Orphanet J Rare Dis*. 2022;17(1):353. doi:10.1186/s13023-022-02502-7.
8. Skreden M, Skari H, Malt UF, Haugen G, Pripp AH, Faugli A, et al. Long-term parental psychological distress among parents of children with a malformation-a prospective longitudinal study. *Am J Med Genet A*. 2010;152(9):2193-202. doi:10.1002/ajmg.a.33605.
9. Golfenshtein N, Srulovici E, Medoff-Cooper B. Investigating parenting stress across pediatric health conditions - a systematic review. *Compr Child Adolesc Nurs*. 2016;39(1):41-79. doi:10.3109/01460862.2015.1078423.
10. Lemacks J, Fowles K, Mateus A, Thomas K. Insights from parents about caring for a child with birth defects. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(8):3465-82. doi:10.3390/ijerph10083465.
11. Mazer P, Gischler SJ, Koot HM, Tibboel D, Van Dijk M, Duivenvoorden HJ. Impact of a child with congenital anomalies on parents (ICCAP) questionnaire: a psychometric analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:102. doi:10.1186/1477-7525-6-102.
12. Roach MA, Orsmond GI, Barratt MS. Mothers and fathers of children with Down syndrome: parental stress and involvement in childcare. *Am J Ment Retard*. 1999;104(5):422-36. doi:10.1352/0895-8017(1999)104<0422:MAFOCW>2.0.CO;2.
13. Srikosai S, Moanchai P, Kamfou C, Taweewattanaprecha S, Saipanish R. Validity and reliability of the parenting stress index of children aged 1 month to 12 years. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2020;28(1):56-71. (in Thai)
14. Dua'a F, Kawafha MM, Abdullah KL, Shawish NS, Kamel AM, Basyouni NR. Psychological problems among parents of children with congenital anomalies. *J Neonatal Nurs*. 2023;29(6):846-50. doi:10.1016/j.jnn.2023.07.005.
15. Fonseca A, Nazaré B, Canavarro MC. Parental psychological distress and quality of life after a prenatal or postnatal diagnosis of congenital anomaly: a controlled comparison study with parents of healthy infants. *Disabil Health J*. 2012;5(2):67-74. doi:10.1016/j.dhjo.2011.11.001.
16. Le Gouëz M, Alvarez L, Rousseau V, Hubert P, Abadie V, Lapillonne A, et al. Posttraumatic stress reactions in parents of children esophageal atresia. *PLoS One*. 2016;11(3):e0150760. doi:10.1371/journal.pone.0150760.
17. Öst E, Nisell M, Frenckner B, Mesas Burgos C, Öjmyr-Joelsson M. Parenting stress among parents of children with congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Surg Int*. 2017;33(7):761-9. doi:10.1007/s00383-017-4093-4.

18. Peters NJ, Kaur K, Dogra S, Kaur R, Malik MA, Solanki S, et al. Factors affecting stress levels in parents of surgical neonates: a prospective observational study. *J Pediatr Surg.* 2022;57(12): 870-5. doi:10.1016/j.jpedsurg.2022.07.013.
19. Aite L, Trucchi A, Nahom A, Zaccara A, La Sala E, Bagolan P. Antenatal diagnosis of surgically correctable anomalies: effects of repeated consultations on parental anxiety. *J Perinatol.* 2003;23(8):652-4. doi:10.1038/sj.jp.7210992.
20. Pope AW, Tillman K, Snyder HT. Parenting stress in infancy and psychosocial adjustment in toddlerhood: a longitudinal study of children with craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofac J.* 2005;42(5):556-9. doi:10.1597/04-066r.1.
21. Hunfeld JA, Tempels A, Passchier J, Hazebroek FW, Tibboel D. Brief report: parental burden and grief one year after the birth of a child with a congenital anomaly. *J Pediatr Psychol.* 1999;24(6): 515-20. doi:10.1093/jpepsy/24.6.515.
22. Calero Plaza J, Grau Sevilla MD, Martínez Rico G, Morales Murillo CP. Parenting stress and coping strategies in mothers of children receiving early intervention services. *J Child Fam Stud.* 2017;26(11): 3192-202. doi:10.1007/s10826-017-0802-9.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (Instruction to Authors)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่หรือมีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัด ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหาด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บไซต์ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน หากมีการนำระบบ AI (artificial intelligence) หรือระบบปัญญาประดิษฐ์มาใช้ประกอบการเขียนบทความ ต้องแจ้งรายละเอียดต่อกองบรรณาธิการ ทั้งนี้ บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน (บทความนิพนธ์ต้นฉบับ 3 ท่าน) บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้นิพนธ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

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

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

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

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

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

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

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

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

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

6. ปกิณกะ (Miscellany)

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

การเตรียมต้นฉบับ

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

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

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

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

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

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

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

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์	
1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)	Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma treatment. <i>Am J Orthopsychiatry</i> . 2006;76(4):482-8. doi:10.1037/00029432.76.4.482.
1.6.2 บทความไม่มี DOI	Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. <i>J Pediatr Psychol</i> . 1990;15:437-58. Available from: http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437
2. หนังสือ	
2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป	
2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ	Detkong T. Motivational counseling. Bangkok: Moh-Chac-Ban Publishing House; 2012. (in Thai)
2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ	American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์	World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Mental health and psychosocial relief efforts after the tsunami in South-East Asia. New Delhi: WHO Regional Office for South- East Asia; 2005.
2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ	Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of mindfulness. In: Didonna F, editor. <i>Clinical handbook of mindfulness</i> . New York: Springer; 2009. p. 153-65.
2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ	Tadee R. Life of female adolescent as mothers. In: Thaweesit S, Vajanasara K, editor. 13 th National Academic Conference on Population and Society 2017: Sexual and Reproductive “Autonomy” and “Justice” The Unfinished Challenges; 2017 Jun 30; Bangkok, Thailand. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2017. p. 159-72. (in Thai)
3. รายงานทางวิชาการ	
3.1 รายงานวิจัย	Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamalik P, Arunpongpaissal S. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2010. (in Thai)

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์	Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [dissertation]. London: University of London; 1998. Jongsomjit P. Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2008. (in Thai)
4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์	
4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาใช้คำว่า Available from: ใส่ URL และหลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย “.” ยกเว้น URL นั้น จบด้วย เครื่องหมาย “/”	Wibulpolprasert S. Thailand health profile 2005 - 2007 [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2007 [cited 2020 Mar 21]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/health_50/ . (in Thai) Merriam-Webster medical dictionary [Internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005 [cited 2006 Nov 16]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html Thai Health Promotion Foundation. Prepare for cyber-bullying [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2021 [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/เตรียมทัพรับมือ-cyber-bullying-2/ . (in Thai) World Health Organization. Depression: let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 May 12]. Available from: http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/ .
4.2 โสมเพจ/เว็บไซต์	
5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น	
5.1 บทความหนังสือพิมพ์	Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ	Stedman's medical dictionary. 26 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

1. สมัครสมาชิก (register) สร้าง username/password และสร้าง profile
2. การส่งบทความ (submission)

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ Word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล author, title, abstract, keyword, references

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (revision)

ส่งบทความได้ทาง

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



โครงการแลกเปลี่ยนการพิมพ์สารบัญระหว่างวารสารสุขภาพจิตฯ และวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2568

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	A
จดหมายถึงบรรณาธิการ	
การดูแลและส่งผู้ป่วยจิตเวชต่างชาติข้ามประเทศ เกษม ตันติผลาชีวะ	1
เจ็ดทศวรรษวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : เหลียวหลังไปแล้วแลหน้า พิเชฐ อุคมรัตน์	3
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ธนชัย รินไธสง, สุวิทย์พร พลชุมแสง, คมเคียว จันทรวราช	7
บทบาทตัวแปรคั่นกลางของความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในนักเรียนมัธยมที่ถูกกลั่นแกล้งในประเทศไทย ชื่นกมล ปุรินทรวงกุล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์	19
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู ในนิสิตแพทย์ ชั้นปริศณีกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ณัฐธยาน์ ขวดีชัยกุล, ปองขวัญ ยิ้มสะอาด	32
ผลการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง สรณศิริ วัฒนเรืองชัย	45
ผลการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นต่อการลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง อรอุมา ประสงค์สำเร็จ	54
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า นิพนธ์ นครน้อย	71
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของผู้ใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทย ศักดิ์จุฑา บินชัย, พิชชาพร งามทิพย์วัฒนา	79
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ กฤตินี หวานณรงค์, ศิโรจน์ กอเจริญพาณิชัย, ทศนีย์ สุริยะไชย	95
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจ กองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง ปวัฒน์ จันทร์ศิริทิติกุล, วิษุวัต เพศยนาวิน, เมธีวัชร ชิตเดชะ, ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์	108
คุณภาพการนอนของผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 ณัฐฐา หนองพันธ์, เมตตา เลิศเกียรติวิรัชตะ, มาลี เกตแก้ว	121

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ด



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

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