



วารสาร จิตวิทยาคลินิกไทย Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

Vol. 54 No. 3 September - December 2023

ISSN 2774-1087 (Online)



วารสาร จิตวิทยาคลินิกไทย

Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2566

ISSN-2774-1087 (Online)

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การศึกษาแนวโน้มความสามารถทางสมองของผู้ป่วยที่มีภาวะความสามารถของ
สมองบกพร่องเล็กน้อยที่มารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา 1
จิตรจิรา ฤทธิกุลสิทธิชัย
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี 13
มหาวิทยาลัยรามคำแหง ภายใต้การดำเนินชีวิตในยุควิถีใหม่
รพีภรณ์ เปี่ยมพิช
- ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ 25
(Parental Burnout Assessment: PBA) ฉบับภาษาไทย
แสงเดือน ยอดอัครมณีวงศ์, อัสระ บุญญะฤทธิ, อัครวิน นาคพงศ์พันธ์, ดรณี จันทรห้ำ
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรคหลายบุคลิกภาพในผู้ใหญ่ 39
ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011-2018
เรียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ธนยศ สุมาลัยโรจน์, เจลิมพล เทศพันธ์
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองลาด อำเภอเมือง 53
จังหวัดสกลนคร
ยาหย์ สินธุระวิทย์, ยีหว่า สินธุระวิทย์, พิชยา บัวแดง, อชฌาธิดา วิริพันธ์, นววรรณ ศรีนา,
ธนาถล คงประเสริฐผล, ศุภชัย จอมสวรรค์, สุริยา บัวระภา, พิสมัย อุปรี, อุทัยทิพย์ พิมพ์มีลาย,
ไพไลดดา ทองใบใหญ่, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ, สุนทรย์ โอรัตนสถาพร

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- อยู่ก็ได้ ตายก็ได้: ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน 65
ปิยภรณ์ กรวยทอง, ณัฐกานต์ พงศ์บริพัตร, พนมพร พุ่มจันทร์, สุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์,
เอื้ออนุช ถนอมวงษ์, มณทิรา บุญทิพย์



Thai Journal of Clinical Psychology

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

Vol. 54 No. 3 September–December 2023

ISSN-2774-1087 (Online)

Table of Contents

Editorial statement

Original Articles

- **The Study of Cognitive Function's Incline in Mild Cognitive Impairment (MCI) Patients of Prasat Neurological Institute** 1
Chitjira Rittikoonsittichai
- **Factors Related to Academic Burnout among Undergraduates at Ramkhamhaeng University in the New Normal Living Style** 13
Rapeekorn Piampuech
- **Validity and Reliability of the Parental Burnout Assessment (PBA) Thai Version** 25
Saengduean Yotanyamaneewong, Itsara Boonyarit, Assawin Narkpongphun, Daranee Junla
- **The Systematic Review of Dissociative Identity Disorder on Adult 2011-2018** 39
Thienchai Ngamthipwattana, Thanayot Sumalrot, Chaloeiphon Thedpun
- **Factors Related to Depression Among Older Adults in Nong Lad Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province** 53
Yayee Sinthurawit, Yiwha Sinthurawit, Patchaya Buadaeng, Achatida Wiripan, Nawawan Srina, Tanadol Kongprasertpol, Supachai Chomsawan, Suriya Buarapa, Pissamai Ouppee, Uthathip Pimmeeline, Pailadda thongbaiyai, Ratchadaporn Ungcharoen, Soonthree Oratanasataporn

Review Article

- **When Life is Considered Not Worth Living: Passive Suicidal Ideation** 65
Piyabhorn Kruaithong, Nattakarn Phongboriphat, Panomporn Phoomchan, Suchada Sakolkijrunroj, Uea-anut Tanomwong, Monthira Boonthip

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ปี 2566-2567

คณะที่ปรึกษา

ม.ล.นพ.สมชาย
ผศ.(พิเศษ) สมทรง
วัลลี
วันชัย
ภัทรະ

จักรพันธ์
สุวรรณเลิศ
ธรรมโกสิทธิ์
ไชยสิทธิ์
แจ่งศิริเจริญ

นายกะเบียน

ประเสริฐ
กรทิพย์

จุฑา
วิทยากาญจน์

ปฏิคม

สิริจันทร์

เดชปัญญาวัฒน์

นายกสมาคม

สุภาวดี

นวลมณี

ประชาสัมพันธ์

เอกลักษณ์

วงศ์อภัย

อุปนายก

วนิดา
ภูมิพงษ์
ว่าที่ ร.ต.ไพรัช

ชวินทยุทธวงศ์
ขุนฉนมฉ่า
นิภานันท์

สิริยา

อนุสนธิ์

ธีระ

เพ็ชรภา

กรรมการจัดหาทุน

ศศกร

วิชัย

คณะกรรมการวิชาการ

รศ.ดร.มานีกา
ผศ.ดร.สมบุญ
ดร.จันทน์
ดร.ญาดา
ดร.ภัทรวรรณ
ดร.รัตนศักดิ์
ดร.แสงเดือน
ดร.เอื้ออนุช
กฤษณะ
ชนิดา
ฉัตรมงคล
ดิษยา
นพวรรณ
ปวีธ
พิชุลุตม์
โยธิน
วราภา
สุพรรณิ

วิเศษสาธิต
จารุเกษมทวี
มุ่งเขตกลาง
ธงธรรมรัตน์
สุชัยรัญ
สันติธาดากุล
ยอดอัณมณีวงศ์
ถนอมวงษ์
พวงทอง
วิชัยคำ
ฉ่ำมาก
มีเพียร
บัวทอง
สิริเกียรติกุล
สุนาโท
จารุจุฑารัตน์
สยงกุล
ศิริอรภาวิวัฒน์

เหรียญชัย

จิตรพรรณ

โพธิ์โพโรจน์

เลขานุการ

ประภาศรี

ปัญญาวิชชัย

วีร์

เมฆวิไลย์

คณะกรรมการกลาง

ผศ.ดร.กุลยา

พิสิษฐ์สังฆการ

นาวาเอก (พิเศษ) หญิงพรทิพย์

อินทวิเชียร

ดร.จารุวรรณ

สกุลคู

ดร.นรัญชญา

ศรีบุรพา

กมลีน

อุ๋นจิตติกุล

กานดา

ผางค์

ชฎานภัส

จิตร์รัตน์

ดรุณี

พัฒนขจร

ธิดารัตน์

ศรีสุโข

นารีรัตน์

พงษ์สิทธิถาวร

ปภาวิน

พินชมภู

วิชญา

โมฬีชาติ

นาวาโทสมบูรณ์

ดอนสนธิ์

สมยศ

วุฒิชิราภรณ์

อมรรัตน์

คงชูป

อุษา

ลิ้มชิว

กิจการต่างประเทศ

ดร.ปรีสุทธิ

สำราญทรัพย์

สารานุกรม

ผศ.วัฒน์

พรหมเพชร

Executive Committee of The Thai Clinical Psychologist Association 2023-2024

Advisory Board

ML.Somchai	Charkrabhan, MD
Asst.Prof.Somsong	Suwanlert
Wallee	Thammakosit
Wanchai	Chaiyasit
Pattara	Changjarean

President

Supavadee

Vice President

Vanida
Phupong
Acting Sub Lt.Pairat

Scientific Section

Assoc.Prof.Manika	Wisessathorn, PhD
Asst.Prof.Somboon	Jarukasemthawee, PhD
Chantanee	Mungketklang, PhD
Yada	Thongthamarat, PhD
Pattarawat	Sukyirun, PhD
Rattanasak	Santitadaku, PhD
Saengduean	Yotanyamaneewong, PhD
Auranuch	Tanomwong, PhD
Krishna	Puangthong
Chanida	Vichaikum
Chatmongkol	Chammak
Disaya	Meepien
Noppawan	Buathong
Pawit	Sirikiattikul
Pitchayut	Sunato
Yothin	Charuchutharat
Warapa	Sayounggoon
Supanee	Siriapawiwat

International Affair

Parisuth Sumransab, PhD

Editorial

Asst.Prof.Wattana Prohmpetch

Registrar

Prasert Chutha
Kornthip Wittayakarn

House Master

Sirichan Dechpanyawat

Public Relation

Akaluck Wong-apai
Sidhaya Anuson
Teera Phetchphar

Financial Manager

Sasakorn Wichai

Treasurer

Jitrapun Popairoj

Secretary

Prapasri Punyavachirachai
Wee Mekwilai

Affair

Asst.Prof.Kullaya Pisitsungkagarn, PhD
Capt.Porntip Intravichien WRTN
Jarawan Sakulku, DPsych(Clin)
Narunchaya Sriburapha, PhD
Kamalin Aunchittikul
Kanda Phawong
Chayanapat Jittarat
Darunee Phatanakajorn
Thidarat Srisukho
Nareerat Phongsittithaworn
Paphawin Pueanchompoo
Witchayar Moleechart
Cdr.Somboon Donson
Somyot Wuttichiragorn
Amornrat Khongchub
Usa Limsiew

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

เจ้าของวารสาร:

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ที่ปรึกษา:

สุภาวดี

นวลมณี

นายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

บรรณาธิการ:

ผศ.วัฒน์

พรหมเพชร

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

กองบรรณาธิการ:

ผศ.ดร.เพ็ญประภา

ปริญญาพล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.ไชยันต์

สกุลศรีประเสริฐ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.อารยา

ผลัญญา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.ภัทรวรรณ

สุขยิธัญญา

โรงพยาบาลศรีธัญญา

พินภกาญจน์

ศรีศรากร

สถาบันประสาทวิทยา

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจผลงานนิพนธ์ต้นฉบับ:

ศ.ดร.ดวงมณี

จงรักษ์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

รศ.ดร.สุชีรา

ภัทราวุฒวรรตน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.ภมรพรรณ

ยุระยาตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.มานิกา

วิเศษสาร

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

รศ.พวงสร้อย

วารกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.กุลยา

พิสิษฐ์สังฆการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.สมบุญ

จารุเกษมทวี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร

พุ่มจันทร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.อรพิน

สริธรม

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.ณัฐภูมิ

อรินทร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.นิรันดร์

เงินแย้ม

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.ดร.สร้อยสุดา

อิมอรุณรักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ธนยศ

สุมาลย์โรจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.จิระวัฒน์

ต้นสกุล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

อ.ดร.เอื้ออนุช

ถนอมวงษ์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อ.ดร.แสงเดือน

ยอดอัญมณีวงศ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ.ดร.กุลวดี

ทองไพบุลย์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อ.ดร.นัฐพร

โอภาสานนท์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

อ.ดร.พีร

วงศ์อุปราช

มหาวิทยาลัยบูรพา

อ.ดร.สุพัทธ

แสนแจ่มใส

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.เมธี

วงศ์วีระพันธุ์

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.ปิยาพัทธ์

อารีญาติ

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.พินภภา

หมวกยอด

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ.ดร.สมชาย

เตียวสกุล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ดร.จันทน์

มุงเขตกลาง

สถาบันราชานุกูล

ดร.นพ.นพพร

ตันติรังสี

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

ดร.รัตนศักดิ์

สันติธาดากุล

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชานุกูล

ดร.ปริสุทธิ์

สำราญทรัพย์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ศศกร

วิชัย

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชานุกูล

Boby S.

Kappen, PhD

James Cook University, Singapore

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย:

ตึก 10 ชั้น 3 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

181 ถนนเจริญประดิษฐ์ ตำบลสุระสมิแล อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000

โทร.+66 7331 3928-45, +66 62 226 2026 อีเมล: thajoclippsy@gmail.com

Thai Journal of Clinical Psychology

Publisher:

The Thai Clinical Psychologist Association

Consulting Editor:

Supavadee Nuanmanee President of the Thai Clinical Psychologist Association

Editor:

Asst.Prof.Wattana Prohmpetch Prince of Songkla University, Pattani Campus

Editorial Board:

Asst.Prof.Penprapa Prinyapol, PhD Prince of Songkla University, Pattani Campus
Asst.Prof.Chaiyun Sakulsriprasert, PhD Chiang Mai University
Asst.Prof.Araya Pontanya, PhD Chiang Mai University
Pattarawat Sukyirun, PhD Srithanya Hospital
Pinnakorn Srisarakorn Prasat Neurological Institute

Board of Reviewers:

Prof.Doungmani Chongruksa, PhD Prince of Songkla University, Pattani Campus
Assoc.Prof.Sucheeera Phattharayuttawat, PhD Mahidol University
Assoc.Prof.Phamornpun Yurayat, PhD Mahasarakham University
Assoc.Prof.Manika Wisessathorn, PhD Ramkhamhaeng University
Assoc.Prof.Puangsoi Worakul Prince of Songkla University, Pattani Campus
Asst.Prof.Kullaya Pisitsungkagarn, PhD Chulalongkorn University
Asst.Prof.Somboon Jarukasemthawee, PhD Chulalongkorn University
Asst.Prof.Panomporn Phoomchan, PhD Kasetsart University
Asst.Prof.Orapin Sathiramon, PhD Kasetsart University
Asst.Prof.Nattawut Arin, PhD Chiang Mai University
Asst.Prof.Nirun Ngenyam, PhD Narasuan University
Asst.Prof.Soisuda Imaroonrak, PhD Mahidol University
Asst.Prof.Thanayot Sumalrot, PhD Mahidol University
Asst.Prof.Jirawat Tunsakul, PhD Prince of Songkla University, Pattani Campus
Auranuch Tanomwong, PhD Kasetsart University
SaengDuean Yotanyamaneewong, PhD Chiang Mai University
Kulvadee Thongpibul, PsyD Thammasat University
Nattaporn Opasanon, PhD Narasuan University
Peera Wongupparaj, PhD Burapha University
Supat Sanjamsai, PhD Mahidol University
Metee Wongweerapun, PhD Maejo University
Piyapat Areeyay, PhD Maejo University
Pinnapa Muakyod, PhD Maejo University
Somchai Teawkul, PhD Saint Louis College
Chantanee Mungkhethklang, PhD Rajanukul Institute
Nopporn Tantirangsee, M.D., PhD Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health
Rattanasak Santitadukul, PhD Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute
Parisuth Sumransab, PhD Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment
Sasakorn Wichai Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute
Boby S. Kappen, PhD James Cook University, Singapore

Editorial Address:

Building 10, Floor 3, Faculty of Education, Prince of Songkla University, Pattani Campus
181 Charoenpradit Road, Rusamelae, Maung, Pattani 94000
Phone +66 7331 3928-45, +66 62 226 2026 e-mail: thajoclippsy@gmail.com

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ฉบับย่อ) Guide for Authors

ต้นฉบับที่ผู้พิมพ์ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์และเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยแล้วถือเป็นลิขสิทธิ์การเผยแพร่โดยสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยแต่เพียงผู้เดียว การตีพิมพ์หรือเผยแพร่ซ้ำในที่อื่นต้องได้รับอนุญาตจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ก่อน

เอกสารต้นฉบับจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในด้านนั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาอย่างน้อย 2 ท่าน การพิจารณานี้หมายถึงการพิจารณาเชิงเนื้อหา ระเบียบวิธีวิจัย ความถูกต้องของการใช้สำนวนการเขียน การสะกดคำ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ตลอดจนการใช้ไวยากรณ์ทางภาษาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการจะนำข้อคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิกลับไปยังผู้พิมพ์เพื่อการปรับปรุงแก้ไข ทั้งนี้การพิจารณาดังกล่าวจะดำเนินการโดยเจ้าของผลงานและผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาผลงานจะไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน ตลอดจนชื่อหน่วยงานของแต่ละฝ่าย เพื่อความเป็นธรรมและการปราศจากอคติในการพิจารณาผลงานวิชาการ

ประเภทของบทความที่วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย ตีพิมพ์เผยแพร่มี 2 ประเภท ได้แก่

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) หรือบทความรายงานการวิจัย

2. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article) หรือบทความวิชาการ เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน

การเตรียมต้นฉบับเบื้องต้น (สำหรับบทความทุกประเภท)

- พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Windows ตัวอักษร Browallia UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 โดยให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว)
- มีเลขหน้ากำกับทุกหน้าที่มุมขวาล่าง
- คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่
- จำนวนหน้าของบทความทั้งหมดไม่ควรเกิน 18 หน้า

การเตรียมต้นฉบับและเอกสารเพื่อส่งกองบรรณาธิการ

- บทความต้นฉบับ ใช้ตามรูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ (Template) ตามประเภทที่ส่งเพื่อขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ โดยทางวารสารจะทำรูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับของบทความวิจัยไว้เป็นหลัก (Template) สามารถปรับเป็นประเภทอื่น ๆ ตามประเภทบทความที่ต้องการส่ง
 - ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ขึ้นต้นคำด้วยพิมพ์ใหญ่)
 - บทคัดย่อให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ พร้อมระบุคำสำคัญ (key word) 3-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ Keyword ภาษาอังกฤษขึ้นต้นพิมพ์ใหญ่ คั่นระหว่างคำด้วย ,
 - เนื้อเรื่องสำหรับนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นงานวิจัย ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผล วิจัย และสรุป สำหรับเนื้อเรื่องบทความฟื้นฟูวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ บทปริทัศน์ อาจมีบทวิจารณ์แยกอีก หัวข้อต่างหาก และสรุป

- กิตติกรรมประกาศความยาวไม่เกิน 5 บรรทัด (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง (References) ใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 7th edition (2020) ทั้งหมด
- **แบบฟอร์มส่งตีพิมพ์** (ใบปะหน้า) โดยระบุ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ คุณวุฒิสูงสุดและสถาบันของผู้นิพนธ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมระบุชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ
- **เอกสารอื่น ๆ** (ถ้ามี) ได้แก่ เอกสารรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ในกรณีที่ทำ การวิจัยหรือทดลองในมนุษย์

การส่งบทความ

1. นิพนธ์สามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์ได้ตลอดทั้งปี หรือตามช่วงเวลาที่ยาวสารกำหนด (ติดตามระยะเวลาการส่งบทความได้ที่เมนูข่าวประกาศ) ทางระบบวารสารออนไลน์เท่านั้น เอกสารส่งผ่าน ทางระบบวารสารออนไลน์ (หากเข้าใช้ครั้งแรกให้ลงทะเบียนก่อนที่: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/login>) ดังรายการต่อไปนี้
 - 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ (รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ (Template))
 - 2) แบบฟอร์มส่งตีพิมพ์
 - 3) เอกสารอื่น ๆ เช่น เอกสารรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์พร้อมทั้งนี้ ผู้นิพนธ์ต้องกรอกรายละเอียดข้อมูลการส่งพิจารณาบทความของผู้นิพนธ์ในระบบวารสารออนไลน์: Publication ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ Title & Abstract, Contributors, Metadata, และ References ให้ครบถ้วนก่อนส่งบทความ
2. เมื่อผู้นิพนธ์ส่งบทความเข้ามาในระบบแล้ว ต้องรอการแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นจากบรรณาธิการก่อนว่า อยู่ในขอบข่ายของวารสารและรูปแบบของบทความถูกต้องหรือไม่ เป็นต้น จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 เดือน
3. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน หากผลการพิจารณาให้ปรับแก้ไขเพิ่มเติม ผู้นิพนธ์จะต้องดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามแบบฟอร์มการปรับแก้ไข โดยการติดต่อกับผู้นิพนธ์จะดำเนินการผ่านทางกระตุ้มของเลขบทความ (ID) ที่ผู้นิพนธ์ส่งเข้ามาในระบบครั้งแรก และให้ผู้นิพนธ์ตอบกลับหรือส่งไฟล์การแก้ไขต่าง ๆ ของบทความ ในกระตุ้มของเลขบทความเดียวกัน เท่านั้น
4. เมื่อผู้นิพนธ์ได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมส่งผลการปรับแก้ผ่านเรียบร้อยแล้วนั้น บรรณาธิการจะแจ้งตอบรับการตีพิมพ์เผยแพร่ จากนั้นผู้นิพนธ์จะต้องชำระเงินค่าตีพิมพ์เผยแพร่ผ่าน ชื่อบัญชีสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ติวานนท์ เลขที่บัญชี 142-0-29451-2 พร้อมทั้งส่งหลักฐานการโอนเงินผ่านระบบวารสารออนไลน์ผ่านในกระตุ้มดังกล่าว

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย กำหนดให้ผู้นิพนธ์ใช้การอ้างอิงและเขียนรายการเอกสารอ้างอิงโดยใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 7th edition (2020) ตามรายละเอียดดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา (In-text citation)

1.1 การอ้างอิงใช้ระบบนาม-ปี ให้เขียนเฉพาะชื่อสกุลของผู้แต่ง ในกรณีที่ชื่อผู้แต่งเป็นภาษาไทยให้แปลงเป็นภาษาอังกฤษ เป็นการเขียนมี 2 ลักษณะ คือ

ผู้แต่ง	หน้าข้อความ		ท้ายข้อความ	
	ชื่อสกุล (ปีที่พิมพ์)		(ชื่อสกุล, ปีที่พิมพ์)	
	อ้างอิงครั้งแรก	อ้างอิงต่อมา	อ้างอิงครั้งแรก	อ้างอิงต่อมา
1 คน	Prohmpetch (2021)	Prohmpetch (2021)	(Prohmpetch, 2021)	(Prohmpetch, 2021)
2 คน	Pontanya and Thongpibul (2016)	Pontanya and Thongpibul (2016)	(Pontanya & Thongpibul, 2016)	(Pontanya & Thongpibul, 2016)
3 คนขึ้นไป	Seeley et al. (2016)	Seeley et al. (2016)	(Seeley et al., 2016)	(Seeley et al., 2016)
หน่วยงาน	Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute (2018)	Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute (2018)	(Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018)	(Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018)
หน่วยงาน (โดยใช้ชื่อย่อ)	Centre for Equity & Innovation in Early Childhood (CEIEC, 2008)	CEIEC (2008)	(Centre for Equity & Innovation in Early Childhood [CEIEC], 2008)	(CEIEC, 2008)

หากผู้แต่งเป็นชาวต่างชาติ ให้เขียนชื่อสกุลทับศัพท์เป็นภาษาไทยก่อนแล้วตามด้วยชื่อสกุลภาษาอังกฤษตามด้วย , และตามด้วยปีพิมพ์ เช่น แบนดูรา (Bandura, 1977)

1.2 การอ้างอิงข้อมูลที่มีมากกว่า 2 แหล่งขึ้นไป ให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร A-Z แต่ละแหล่งคั่นด้วย ; ดังนี้

..... ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Dvorak et al., 2014; Hosiri et al., 2016; Ottonello et al., 2019)

..... ดังเช่น การวิจัยของ Anchuen et al. (2020) และ Srikosai et al. (2018) พบว่า ลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และระดับความเครียดลดลง

1.3 การอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ หรืออ้างอิงถึงเอกสารที่ไม่สามารถหาเอกสารหรือต้นฉบับดั้งเดิมได้ เนื่องจากไม่มีการพิมพ์หรือให้บริการตามปกติแล้ว ให้ระบุชื่อเอกสารต้นฉบับแล้วตามด้วยคำว่า “as cited in” ตามด้วยชื่อสกุลผู้แต่งที่ถูกลำนำข้อมูลมาอ้างอิงและปีพิมพ์

หน้าข้อความ: Arnett (2000, as cited in Claiborne & Drewery, 2010)

ท้ายข้อความ: (Arnett, 2000 as cited in Claiborne & Drewery, 2010)

1.4 การอ้างอิงข้อมูลกรณีที่ไม่มีชื่อผู้เขียน

1.4.1 สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)

หน้าข้อความ: "Title of work" (Year)

ท้ายข้อความ: ("Title of work," Year)

1.4.2 สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

หน้าข้อความ: *Title of work* (Year)

ท้ายข้อความ: (*Title of work*, Year)

1.5 การอ้างอิงราชกิจจานุเบกษาในเนื้อหา ให้ใช้ชื่อกฎหมายและตามด้วยปี กรณีที่เป็นกฎหมายไทยให้อ้างอิงท้ายข้อความโดยระบุชื่อกฎหมายไทยก่อนแล้วตามด้วยชื่อกฎหมายที่แปลงเป็นภาษาอังกฤษตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (Mental Health Act B.E. 2551, 2008) ระบุไว้ว่า.....ในสหราชอาณาจักรมี Employment Rights Act 1996 (1996) ที่กล่าวถึงเรื่อง.....

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (References)

- ให้เรียงลำดับเอกสารแต่ละรายการตามตัวอักษรภาษาอังกฤษ (A-Z)
- ถ้าเอกสารภาษาไทย ให้แปลรายการอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้น
- เอกสารที่มีชื่อผู้แต่งหรือกลุ่มผู้แต่งหรือหน่วยงานและปีที่พิมพ์ผลงานเหมือนกันแต่มีชื่อเรื่องต่างกันตั้งแต่ 2 ขึ้นขึ้นไป ให้ระบุอักษร a, b, c, . . . ตามหลังปี เช่นเดียวกับเอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหานั้น ๆ ด้วย เช่น Judge, T. A., & Kammeyer-Mueller, J. D. (2012a) และ Judge and Kammeyer-Mueller (2012b)
- หาก URL มีความยาวและซับซ้อนมาก ให้นำ URL นั้นมาย่อ URL ผ่านเว็บย่อลิงค์ (URL shortener) ก่อน

2.1 หนังสือ

2.1.1 หนังสือในรูปแบบเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ (Book/eBook)

Author, A. A., Author, B. B., & Author, C. C.* หรือ Organization Name. หรือ Editor, E. E., & Editor, F. F. (Ed. or Eds.). (Year**). *Title of book: Subtitle* (edition***). Publisher****. URL หรือ <https://doi.org/xxx> (ถ้ามี)

* ถ้าผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นแต่ละชื่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และใส่ "&" ก่อนชื่อคนสุดท้าย หากผู้แต่งมากกว่า 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนที่ 1-19 คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วย . . . เว้นวรรคและตามด้วยชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

** กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.)

*** กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 (1st Edition) ไม่ต้องระบุ

**** กรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่ (n.p.)

Assanangkornchai, S., & Arunpongpaisal, S. (2014). *Alcohol use disorders and related problems: Significance and management in Thailand*. Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. <https://dmh-elibrary.org/items/show/174> (in Thai).

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1994). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life*. Pocket Books.

2.1.2 บทในหนังสือ (Book chapter)

Chapter Author, A. A., & Chapter Author, B. B. (Year). Title of chapter or entry: Subtitle. In A. Editor, B. Editor, & C. Editor (Ed. or Eds.), *Title of book: Subtitle* (edition*, pp. xxx-xxx). Publisher. URL
หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

* กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 (1st Edition) ไม่ต้องระบุ

Phakdee, W. (2002). Personality. In J. Ngerndee & T. Surinya (Eds.), *General psychology* (8th ed., pp. 259-279). Jamjuree Product. https://kukr2.lib.ku.ac.th/kukr_es/kukr/search_detail/download_digital_file/197452/74162 (in Thai).

Volk, A. A., Farrell, A. H., Franklin, P., Mularzyk, K. P., & Provenzano, D. A. (2016). Adolescent bullying in schools: An evolutionary perspective. In D. Geary & D. Berch (Eds.), *Evolutionary perspectives on child development and education* (pp. 167-191). Springer International Publishing.

2.1.3 หนังสือแปล (Translations)

Author, A. A. (Year). *Title of the original book* [Translation of book title] (A. A. Translator, Trans.). Publisher. (Original work published Year)

Samuel, J. (2020). *Greif works: Stories of life, death and surviving* [คู่มือหัวใจสลาย] (W. Wongchat, Trans.). OMG Books. (Original work published 2017) (in Thai).

Sigmund Freud. (2021). *Dream Psychology* [จิตวิทยาความฝัน] (M. Chaikuna, Trans.). Arrow. (Original work published 1920) (in Thai).

Ylinen, J. (2008). *Stretching therapy: For sport and manual therapies* (J. Nurmenniemi, Trans.). Churchill Livingstone. (Original work published 2007)

2.1.4 หนังสือชุด/หนังสือที่มีหลายเล่มจบ (Several volumes in a multivolume work)

มีเลขที่เล่ม แต่ไม่มีชื่อหนังสือเฉพาะเล่ม

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book series* (Edition, Vol. XXX.). Publisher. URL (ถ้ามี)

มีเลขที่เล่มและชื่อหนังสือแต่ละเล่ม

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book series: Vol. XXX. Title of book*. Publisher. URL (ถ้ามี)

Fiske, S. T., Gilbert, D. T., & Lindzey, G. (2021). *Handbook of social psychology* (5th ed., Vol. 1). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470561119>

Travis, C. B., & White, J. W. (Eds.). (2018). *APA handbook of the psychology of women: Vol. 1. History, theory, and battlegrounds*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000059-000>

2.2 หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์ (Newspaper)

Author, A. A., & Author, B. B.* (Year, Month Day). Title of article: Subtitle. *Newspaper Name*, pp-pp (ถ้ามี). URL (ถ้ามี)

Carey, B. (2019, March 22). Can we get better at forgetting? *The New York Times*.
<https://www.nytimes.com/2019/03/22/health/memory-forgetting-psychology.html>
Killick, D. (2012, June 25). Housing is a problem beyond politics. *The Press*, 17.

2.3 บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ (Journal article/eJournal)

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle. *Title of Journal*, Volume number(Issue number), pp-pp. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

มีหมายเลขบทความหรือ eLocator

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle. *Title of Journal*, Volume number(Issue number), Article number หรือ eLocator. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle [Special section]. *Title of Journal* [Special issue], Volume number(Issue number), pp-pp. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

ฉบับเพิ่มเติม

Author, A. A. & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle. *Title of Journal*, Volume number(Suppl. number), pp-pp. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

de Boer, M. J., Steinhagen, H. E., Versteegen, G. J., Struys, M. M. R. F., & Sanderman, R. (2014). Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PloS One*, 9(1), Article e87445. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087445>

Dilkes-Frayne, E., Savic, M., Carter, A., Kakanovic, R. & Lubman, D. I. (2019). Going online: The affordances of online counseling for families affected by alcohol and other drug issues. *Qualitative Health Research*, 29(14), 2010-2022. <https://doi.org/10.1177/1049732319838231>

Haney, C., & Wiener, R. L. (Eds.). (2004). Capital punishment in the United States [Special issue]. *Psychology, Public Policy, and Law*, 10(4).

Hosiri, T., Sumalrot, T., Meechanphet, V., Imaroonrak, S., & Auampradit, N. (2020). Wechsler intelligence quotient profiles of children and adolescents with specific learning disorder. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 1-12. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/250648/168387> (in Thai).

Phattharayuttawat, S., Tuntatead, H., Auampradit, N., Manussirivithaya, V., & Ngamthipwatthana, T. (2018). The development of the Thai psychological capital inventory: Version 44 items. *J Med Assoc Thai*, 101(Suppl. 1), S80-4. <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/9343>

2.4 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโท (Doctoral dissertation or Master's thesis)

ไม่ได้ตีพิมพ์

Author, A. A. (Year). *Thesis title* [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. Name of Institution.

จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

Author, A. A. (Year). *Thesis title* [Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, Name of Institution]. Name of Website. URL

จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

Author, A. A. (Year). *Thesis title* (Publication No.*) [Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, Name of Institution]. Name of Database.

* หากไม่มี ไม่ต้องระบุ

LaCava, A. (2017). *Grit: the moderator between workaholism and work-family conflict* [Unpublished master's thesis]. Xavier University.

Loysongkroa, R. (2009). *The effect of the therapeutic art on self-esteem of male substance dependent patients at Thanyarak Institute* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/18409> (in Thai).

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University-Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

2.5 รายงาน (Report)

Author, A. A., & Author, B. B. หรือ Organization Name. (Year). *Title of report: Subtitle*. Publisher. URL (ถ้ามี)

* ถ้าชื่อสำนักพิมพ์ (Publisher) เป็นชื่อเดียวกับชื่อหน่วยงานหรือองค์กร (Organization Name) ให้ตัดออก

Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). *A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade*. Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

Ministry of Health. (2019). *Progress on gambling harm reduction 2010 to 2017: Outcomes report- New Zealand strategy to prevent and minimise gambling harm*.

National Cancer Institute. (2019). *Taking time: Support for people with cancer* (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf>

2.6 การประชุมวิชาการ (Conference)

2.6.1 เอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceeding (Symposium)

Contributor, A. A., & Contributor, B. B. (Year, Month Date). Title of Contribution. In C. C. Chairperson (Chair), *Title of the Symposium* [Symposium]. Conference Name, Location.

Sathienluckana, T., & Paholpak, P. (2023, March 12). Memantine, efficacy and safety in moderate to severe Alzheimer's disease. In S. Chulakadabba (Chair), *Positive Psychotherapy* [Symposium]. Siriraj Psychiatric Practice 2023, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand.

2.6.2 การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

Presenter, A. A. & Presenter, B. B. (Year, Month Date). *Title of conference paper or poster* [Paper หรือ Poster presentation]. Conference Name, Location. URL (ถ้ามี)

Khayankij, S. (2016, July). *Mandalas as a tool to enhance self-awareness for early childhood student teachers* [Paper presentation]. Pacific Early Childhood Education Research Association, Bangkok, Thailand.

McDonald, E., Manassis, R., & Blanksby, T. (2019, July 7-10). *Peer mentoring in nursing - improving retention, enhancing education* [Poster presentation]. STARS 2019 Conference, Melbourne, Australia. <https://unistars.org/papers/STARS2019/P30-POSTER.pdf>

2.6.3 รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี Proceeding

รูปเล่มหนังสือ

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of paper: Subtitle. In A. Editor & B. Editor (Eds.), *Title of proceedings* (pp. xxx-xxx). Publisher. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

วารสาร

Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article: Subtitle. *Title of Journal*, Volume number(issue number), pp-pp. URL หรือ <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

Bowles, T., Musgrove, E., & Hornsby, Z. (2009). The consistency of attachment styles: An experiment eliciting a response to acceptance or rejection. In Z. J. Hazelwood (Ed.), *Connecting research and practice in relationships: Conference proceedings* (pp. 9-14). Australian Psychological Society.

Duckworth, A. L., Quirk, A., Gallop, R., Hoyle, R. H., Kelly, D. R., & Matthews, M. D. (2019). Cognitive and noncognitive predictors of success. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 116(47), 23499-23504. <https://doi.org/10.1073/pnas.1910510116>

2.7 เว็บไซต์ (Website) และเอกสารที่ดาวน์โหลดจาก Website เป็น pdf files

ปรากฏวันเดือนปีที่เผยแพร่

Author, A. A., & Author, B. B. **หรือ** Organization Name. (Year, Month Date). *Title of web page*. Website Name*. URL

ไม่ปรากฏวันเดือนปีหรือปีที่เผยแพร่

Author, A. A., & Author, B. B. **หรือ** Organization Name. (n.d.). *Title of web page*. Website Name*. Retrieved Month Day, Year, from URL

* กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

Chailek, C. (2021, May 03). *Who have severe risk with COVID-19?*. The Standard. <https://thestandard.co/who-have-severe-risk-with-covid-19/> (in Thai).

Australian Psychological Society. (n.d.). *Anxiety disorders*. Retrieved September 25, 2022, from <https://www.psychology.org.au/for-the-public/Psychology-Topics/Anxiety>

2.8 สารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง (No author)

2.8.1 สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น เช่น บทในหนังสือ หนังสือพิมพ์ บทความในวารสาร นิตยสาร และสารานุกรม ให้นำชื่อเรื่องมาแทนที่ชื่อผู้แต่ง กลุ่มผู้แต่ง หรือหน่วยงาน ตามด้วยปีและองค์ประกอบอื่น ๆ ตามชนิดของเอกสารนั้น ๆ

บทในหนังสือ

Title of chapter or entry: Subtitle. (Year). In A. Editor, B. Editor, & C. Editor (Ed. or Eds.), *Title of book: Subtitle* (edition, pp. xxx-xxx). Publisher. URL **หรือ** <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

หนังสือพิมพ์

Title of article: Subtitle. (Year, Month Day). *Newspaper Name*, pp-pp (ถ้ามี). URL (ถ้ามี)

บทความในวารสาร

Title of article: Subtitle. (Year). *Title of Journal, Volume number*(Issue number), pp-pp. URL **หรือ** <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

สารานุกรม

Title of entry. (Year). A. Editor, B. Editor, & C. Editor (Ed. or Eds.), *Name of encyclopedia or dictionary* (edition). URL **หรือ** <https://doi.org/DOI No.> (ถ้ามี)

Does class size affect student achievement? (2020). In G. L. Koonce (Ed.), *Taking Sides: Clashing views on educational issues* (20th ed., pp. 229-231). McGraw Hill Education.

Meeting the needs of counsellors. (2001, May 5). *The Courier Mail*, 22.

Vitamin K for newborns. (2016). *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(5), 675-676. <http://doi.org/10.1111/jmwh.12550>

2.8.2 สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น เช่น หนังสือ เว็บไซต์ ให้นำชื่อหนังสือ ชื่อบทความเว็บไซต์ มาแทนที่ชื่อผู้แต่ง กลุ่มผู้แต่ง หรือหน่วยงานโดยพิมพ์ด้วยตัวเอน (*Italic*) ตามด้วยปีและองค์ประกอบอื่น ๆ ตามชนิดของเอกสารนั้น ๆ

หนังสือ

Title of book: Subtitle (edition). (Year). Publisher. URL หรือ <https://doi.org/xxx> (ถ้ามี)

เว็บไซต์

Title of web page/article. (Year, Month Day). Website Name. URL

** กรณีที่ไม่ปรากฏวันหรือเดือนที่เผยแพร่หรือทั้ง 2 อย่าง ให้ระบุปี ค.ศ. เท่านั้น

*** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

Merriam-Webster's collegiate dictionary (11th ed.). (2003). Merriam-Webster.

Coronavirus: Tesla donates hundreds of ventilators to New York. (2020, March 27). BBC News.

<https://www.bbc.com/news/technology-52071314>

2.9 ราชกิจจานุเบกษา (Thai Government Gazette)

Name of Law. (Year, Month Day). *Thai Government Gazette*. Vol. XXX, Part XXX. pp. xxx-xxx. URL (ถ้ามี)

Mental Health Act (No. 2), B.E. 2562 (2019). (2019, April 15). *Thai Government Gazette*. Vol. 136, Part 50 gor. pp. 210-219. <https://www.pph.go.th/uploads/pdfFile/พรบใหม่.pdf>

3. การระบุที่มาของภาพหรือตารางที่นำมาจากแหล่งข้อมูลอื่น

กรณีที่น่าภาพหรือตารางจากแหล่งข้อมูลหรือเอกสารอื่นมาใช้ แพล หรือดัดแปลง ให้เขียนอ้างอิงในเนื้อหา โดยระบุแหล่งที่มาไว้ในส่วนท้ายของหมายเหตุใต้ภาพ/ตาราง และนำไปใส่ไว้ในรายการอ้างอิงท้ายบทความตามรูปแบบของแหล่งข้อมูล

การระบุรายละเอียดแหล่งที่มาของภาพหรือตาราง มีวิธีการเขียนที่แตกต่างจากการเขียนรายการอ้างอิงในแต่ละประเภทของสารสนเทศ และจะต้องระบุข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลิขสิทธิ์และการอนุญาตตามรายละเอียดดังนี้

- ลักษณะการนำภาพหรือตารางมาใช้ หากเป็นการพิมพ์ภาพหรือตารางซ้ำให้ระบุ “จาก” แต่ถ้ามีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงภาพหรือตารางใด ๆ ให้ระบุ “ดัดแปลงจาก”
- ข้อมูลของแหล่งที่มาตามประเภทของสารสนเทศ
- สถานะลิขสิทธิ์ของผลงานที่นำมา โดยระบุ “สงวนลิขสิทธิ์/ปี/โดย/ชื่อเจ้าของผลงาน.” หรือ “CC BY-NC-ND” สำหรับการสงวนลิขสิทธิ์บางประการ (Creative Commons) หรือ “สาธารณสมบัติ” สำหรับงานสร้างสรรค์ที่หมดความคุ้มครองด้านทรัพย์สินทางปัญญาแล้ว
- ข้อความการอนุญาต ให้ระบุเฉพาะกรณีที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น
- การระบุที่มานี้ ใช้แทนการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) จึงไม่จำเป็นต้องระบุซ้ำ

3.1 ตาราง (Table)

3.1.1 การระบุที่มาของตาราง ให้พิจารณาว่าตารางนั้นมาจากแหล่งใด ลักษณะการนำตารางนั้นมาใช้เป็นการพิมพ์ซ้ำหรือดัดแปลง จากนั้นให้ระบุรายละเอียดแหล่งที่มา ลิขสิทธิ์ และการขออนุญาตตามตารางด้านล่างนี้ ซึ่งในที่นี่จะใช้ตารางดังกล่าวเป็นตัวอย่งในการระบุที่มาของตารางด้วย

ตัวอย่าง การระบุที่มาของตาราง

ตาราง 1

รูปแบบการระบุที่มาของภาพหรือตาราง

แหล่งที่มา*	การนำมาใช้	รายละเอียดแหล่งที่มา	ลิขสิทธิ์	ข้อความการขออนุญาต
หนังสือ	ไทย จาก หรือ ปรับปรุงจาก	คู่มือ 3.1.2.1	ไทย สงวนลิขสิทธิ์/ปี/ชื่อเจ้าของผลงาน. หรือ สาธารณสมบัติ.	ไทย พิมพ์ซ้ำโดยได้รับ อนุญาต หรือ ดัดแปลงโดย ได้รับอนุญาต
บทในหนังสือ		คู่มือ 3.1.2.2	หรือ CC BY-NC**	
วารสาร	อังกฤษ From หรือ Adapted from	คู่มือ 3.1.2.3	ไทย Copyright/year/by/ ชื่อเจ้าของผลงาน. หรือ	อังกฤษ Reprinted with permission. หรือ
เว็บไซต์		คู่มือ 3.1.2.4	In the public domain. หรือ CC BY-NC**	Adapted with permission.

* สำหรับสารสนเทศอื่นที่ไม่อยู่ในตารางนี้ ให้ระบุรายละเอียดของแหล่งที่มา คือ ชื่อเรื่อง ผู้แต่ง ปีที่เผยแพร่ และแหล่งข้อมูลตามความเหมาะสม

** ขึ้นกับประเภทของ Creative Commons licenses เช่น CC BY 4.0, CC BY-NC, CC BY-NC-ND

หมายเหตุ. จาก *Information Citations According to the “Publication Manual of the American Psychological Association” (7th Edition)* (p. 21), โดย Centre for Educational Innovation, Print and Online Media, 2021. Faculty of Education Chulalongkorn University (<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/153329/111738>). สงวนลิขสิทธิ์ 2021 โดย Faculty of Education Chulalongkorn University.

รายการอ้างอิง (References)

Centre for Educational Innovation, Print and Online Media. (2021). *Information Citations According to the “Publication Manual of the American Psychological Association” (7th Edition)*. Faculty of Education Chulalongkorn University (<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/153329/111738>) (in Thai).

3.1.2 รายละเอียดแหล่งที่มา

3.1.2.1 หนังสือ

จาก หรือ ดัดแปลงจาก *Title of book: Subtitle* (p. XXX), by A. A. Author and B. B. Author หรือ Organization Name, Year, Publisher (URL หรือ <https://doi.org/xxx>). Copyright Year by Permission text (ถ้ามี).

จาก *The handbook of clinical neuropsychology* (2nd ed., p. 38), โดย J. M. Gurd, U. Kischka, and J. C. Marshall, 2010, Oxford University Press. Copyright 2010 by Oxford University Press.

รายการอ้างอิง (References)

Gurd, J. M., Kischka, U., & Marshall, J. C. (2010). *The handbook of clinical neuropsychology* (2nd ed.). Oxford University Press.

3.1.2.2 บทในหนังสือ

จาก หรือ ดัดแปลงจาก “Title of chapter: Subtitle,” by A. A. Author and B. B. Author, In C. C. Editor and D. D. Editor (Ed. หรือ Eds.), *Title of book* (edition, p. XXX), Year, Publisher (URL (ถ้ามี)). Copyright Year by Permission text (ถ้ามี).

จาก “Behavior supports in Nonclassroom settings,” by L. Newcomer, G. Colvin and T. J. Lewis, In W. Sailor, G. Dunlop, G. Sugai and R. Horner (Eds.), *Handbook of Positive Behavior Support* (p. 513), 2009, Springer. Copyright 2009 by Springer Science + Business Media, LLC.

รายการอ้างอิง (References)

Newcomer, L., Colvin, G., & Lewis, T. J. (2009). Behavior supports in Nonclassroom settings. In W. Sailor, G. Dunlop, G. Sugai, & R. Horner (Eds.), *Handbook of Positive Behavior Support* (pp. 513). Springer.

3.1.2.3 วารสาร

จาก หรือ ดัดแปลงจาก “Title of article: Subtitle,” by A. A. Author and B. B. Author, Year, *Title of Journal*, Volume number(Issue number), p. XXX (URL (ถ้ามี)). Copyright Year by Permission text (ถ้ามี).

ดัดแปลงจาก “Trauma: Screening and trauma-informed assessment for clinical psychologists,” by A. Pontanya and K. Thongpibul, 2021, *Thai Journal of Clinical Psychology*, 52(1), p. 51-54 (<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/252921/169332>).

รายการอ้างอิง (References)

Pontanya, A. & Thongpibul, K. (2021). Trauma: Screening and trauma-informed assessment for clinical psychologists. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 41-61. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/252921/169332> (in Thai).

3.1.2.4 เว็บไซต์

จาก **หรือ** ดัดแปลงจาก *Title of web page*, by A. A. Author and B. B. Author **หรือ** Organization Name, Year **หรือ** n.d., Website Name (URL (ถ้ามี)). Copyright Year by Permission text.

จาก *What Parents Can Expect in Behavior Therapy*, by Centers for Disease Control and Prevention, 2017 (<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/infographics/what-parents-expect.html>). In the public domain

รายการอ้างอิง (References)

Centers for Disease Control and Prevention. (2017). What parents can expect in behavior therapy. <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/infographics/what-parents-expect.html>

3.2 รูปภาพ (Figure)

3.2.1 การระบุที่มาของรูปภาพ ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการระบุที่มาของตาราง

ตัวอย่าง การระบุที่มาของรูปภาพ

รูปภาพ 1

Shuttle-box apparatus for dogs



หมายเหตุ. จาก “On the solution of the traumatic avoidance learning model approached by the Banach fixed point theorem,” by A. Turab and W. Sintunavarat, 2020, *Journal of Fixed Point Theory and Applications*, 22, Article number: 50. (<https://doi.org/10.1007/s11784-020-00788-3>).

รายการอ้างอิง (References)

Turab, A. & Sintunavarat, W. (2020). On the solution of the traumatic avoidance learning model approached by the Banach fixed point theorem. *Journal of Fixed Point Theory and Applications*. 22, 50. <https://doi.org/10.1007/s11784-020-00788-3>

*** ผู้นิพนธ์สามารถศึกษาการอ้างอิงและการเขียนรายการเอกสารอ้างอิงโดยใช้ระบบ APA 7th edition เพิ่มเติมที่



การอ้างอิงสารสนเทศตามแบบ APA (7th edition) (ศูนย์นวัตกรรมทางการศึกษา สิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์, 2564)

<http://bit.ly/3ZjRk9t>



Citing and referencing: APA 7th (Monash University Library, n.d.)

<http://bit.ly/40l1oQM>

จริยธรรมการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

กองบรรณาธิการมีกระบวนการดำเนินการและแจ้งให้ผู้ทบทวนรวมถึงผู้นิพนธ์ดำเนินการตามเกณฑ์จริยธรรมการเผยแพร่ผลงาน ซึ่งกองบรรณาธิการอ้างอิงตามแนวทางของ The Committee on Publication Ethics (COPE guidelines) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บทบาทของบรรณาธิการ

- บรรณาธิการของวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความที่ขอรับการตีพิมพ์ที่วารสารในความรับผิดชอบ การพิจารณาต้องปราศจากการเลือกปฏิบัติ (discriminate) กับผู้นิพนธ์ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ ศาสนา ชาติพันธุ์ เพศ การตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธบทความขึ้นอยู่กับคุณภาพของบทความ ได้แก่ ความสำคัญ ความริเริ่ม ความชัดเจน รวมถึงความสอดคล้องกับนโยบายของวารสาร
- ในระหว่างการทบทวนบทความ กองบรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับบทความที่ส่งเข้ามาขอรับการตีพิมพ์ให้แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะป็นเนื้อหาบทความ ข้อมูลของผู้เขียน ผู้ทบทวน และกองบรรณาธิการที่ให้คำแนะนำ
- ในประเด็นการเปิดเผยและหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน (conflicts of interest) บรรณาธิการพยายามไม่นำข้อมูลจากบทความที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยส่วนตัวนอกเหนือจากจะได้รับคำอนุญาต เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้นิพนธ์ รวมถึงไม่นำข้อเสนอจากผู้ทบทวนไปใช้เป็นประโยชน์ส่วนตัว นอกจากนี้การคัดเลือกผู้ทบทวนบทความนั้น กองบรรณาธิการหลีกเลี่ยงผู้ทบทวนที่มีส่วนได้เสียกับบทความไม่ว่าจะเป็นในแง่ของการเป็นคู่แข่ง การเป็นเพื่อนร่วมงาน หรือการมีความสัมพันธ์อื่น ๆ กับผู้นิพนธ์หรือหน่วยงานของผู้นิพนธ์
- บรรณาธิการมีหน้าที่ในการจัดการกับข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

- การมีชื่อการเป็นผู้นิพนธ์ (authorship of the paper) ควรจำกัดเพียงบุคคลที่มีส่วนร่วมในบทความอย่างมีนัยสำคัญในแง่การวางกรอบบทความ การออกแบบระเบียบวิธีวิจัย การบริหารโครงการวิจัย การวิเคราะห์ และอภิปรายผลการวิจัย นอกจากนี้ทุกคนที่มีส่วนร่วมในบทความอย่างมีนัยสำคัญควรมีรายชื่อเป็นผู้นิพนธ์ร่วม
- ความริเริ่มและการคัดลอกผลงาน (originality and plagiarism) ผู้นิพนธ์มีหน้าที่รับผิดชอบในเนื้อหา ภาษา และความริเริ่มของบทความ ผู้นิพนธ์ต้องไม่นำการค้นคว้าหรือผลงานของผู้อื่นมาใช้โดยปราศจากการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การคัดลอกผลงานไม่ว่าจะจากบุคคลอื่นหรือของผู้นิพนธ์ถือว่าการผิดจรรยาบรรณในการเผยแพร่ผลงานและยอมรับไม่ได้ในวงวิชาการ
- หากบทความได้รับทุนสนับสนุน ผู้เขียนต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนเอาไว้เหมาะสม
- ผู้นิพนธ์มีหน้าที่เปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษ แหล่งทุนสนับสนุนโครงการทั้งหมด ควรได้รับการเปิดเผย ผลประโยชน์ทับซ้อนอื่น ๆ ที่มีความเป็นไปได้ (potential conflicts of interest) ที่ควรได้รับการเปิดเผย เช่น การเป็นผู้จ้างงาน การเป็นที่ปรึกษา การเป็นเจ้าของกิจการ การได้รับเงินค่าธรรมเนียมวิชาชีพ การเป็นเจ้าของสิทธิบัตร ซึ่งการเปิดเผยนั้นควรทำให้เร็วที่สุดที่เป็นไปได้
- ในการนำเสนอผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรนำเสนอข้อมูลตามความจริง ข้อมูลในงานวิจัยควรมีรายละเอียดที่เพียงพอต่อการทดลองซ้ำ (replicate) การบิดเบือน ปกปิดหรือรายงานข้อมูลที่เป็นเท็จเป็นการผิดจรรยาบรรณ
- ผู้นิพนธ์อาจถูกร้องขอให้ส่งข้อมูลดิบที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยให้กองบรรณาธิการทบทวน ดังนั้น ผู้นิพนธ์ควรเก็บรักษาข้อมูลดิบไว้ภายหลังที่บทความได้รับการตีพิมพ์แล้วตามสมควรแก่ลักษณะงานวิจัย

- ผู้นิพนธ์ไม่ควรส่งบทความที่อยู่ระหว่างการทบทวนกับวารสารอื่นมายังวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย การตีพิมพ์บทความฉบับกับวารสารมากกว่า 1 ฉบับถือว่าผิดจรรยาบรรณทางการเผยแพร่ผลงาน
- เมื่อผู้นิพนธ์พบข้อผิดพลาดที่สำคัญในบทความที่ตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์มีหน้าที่แจ้งและทำงานร่วมกับกองบรรณาธิการเพื่อแก้ไขหรือเพิกถอนบทความ

บทบาทหน้าที่ของผู้ทบทวน

- หากพบว่าบทความอยู่นอกเหนือจากความถนัดหรือความสนใจของผู้ทบทวน หรือตระหนักถึงผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบและปฏิเสธการทบทวนบทความฉบับนั้นโดยเร็ว
- ในระหว่างการทบทวนบทความ ผู้ทบทวนต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความ
- ผู้ทบทวนควรประเมินบทความที่ตนเองเชี่ยวชาญ และวางหลักการประเมินอยู่บนคุณภาพของบทความ ควรหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ไปยังตัวบุคคลและการใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับ
- หากผู้ทบทวนพบว่ามีการวิจัยที่ผู้นิพนธ์นำมาใช้แล้วไม่ได้อ้างอิงหรือพบการคัดลอกผลงาน รวมถึงพบว่าบทความที่ขอตีพิมพ์มีความซ้อนทับกับบทความอื่น ๆ ที่ตีพิมพ์ไปแล้ว โปรดแจ้งกองบรรณาธิการให้ทราบด้วย

สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

“สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย มีหน้าที่สร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ กฎ ระเบียบ ของสมาคมฯ เพื่อให้การช่วยเหลือส่งเสริม และเผยแพร่กิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคมฯ ให้บรรลุเป้าหมาย”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิก
2. ส่งเสริมและควบคุมคุณภาพงานด้านจิตวิทยาคลินิกและจิตวิทยาแก่สมาชิกทั้งด้านการปฏิบัติและวิชาการ
3. เพื่อร่วมมือกันผลิตผลงานการวิจัยทางด้านจิตวิทยาคลินิก และสุขภาพจิตให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิตแก่ประชาชน
5. ร่วมมือกับสมาคมและสถาบันอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์คล้ายคลึงกันทั้งในประเทศและต่างประเทศ
6. ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง

ประเภทและคุณสมบัติของสมาชิก กำหนดไว้ 4 ประเภท

1. สมาชิกสามัญ บุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่นักจิตวิทยาคลินิก
2. สมาชิกวิสามัญ บุคคลที่ทำงานติดต่อเกี่ยวข้องกับงานด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิต
3. สมาชิกสมทบ นักศึกษาที่กำลังศึกษาจิตวิทยาในสถานศึกษาต่าง ๆ ตลอดจนผู้ที่สนใจ
4. สมาชิกกิตติมศักดิ์ บุคคลที่มีความรู้ความสามารถทำประโยชน์ทางด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิต ซึ่งคณะกรรมการบริหารมีมติเชิญเข้าเป็นสมาชิก

สิทธิและหน้าที่ของสมาชิก

1. มีสิทธิสมัครและได้รับเลือกเป็นกรรมการบริการ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
2. มีสิทธิออกเสียง 1 เสียง ในที่ประชุมใหญ่ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
3. มีสิทธิวิจารณ์และเสนอแนะใด ๆ ต่อคณะกรรมการบริหารหรือต่อที่ประชุมใหญ่
4. ได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมทางด้านวิชาการอื่น ๆ เท่าที่คณะกรรมการเห็นสมควร
5. ได้รับเอกสารหนังสือของสมาคม และประดับเครื่องหมายของสมาคมในโอกาสอันสมควรตลอดอายุการเป็นสมาชิก
6. มีสิทธิจะขออนุญาตตรวจสอบทรัพย์สินของสมาคมฯ และขอเปิดอภิปรายแสดงความไม่ไว้วางใจคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ ได้ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)

การสมัครสมาชิกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

1. ช่องทางหลัก

สมัครผ่านระบบออนไลน์ i-Regist ที่หน้าเว็บไซต์ของสมาคมฯ

<http://thaiclinicpsy.org/new/index.php/member/member-4>

โปรดเตรียมเอกสารแนบเป็นไฟล์นามสกุล .jpg, .png หรือ PDF แล้วส่งกลับมายัง

อีเมลของนายทะเบียน E-mail: registrar.tcpa@gmail.com หรือ Line ID:

tcpa.regis



2. ช่องทางรอง

2.1 สมัครผ่านทาง internet โดยการ save file word ไปพิมพ์ข้อมูล เสร็จแล้วส่งกลับมายัง e-mail ของนายทะเบียน E-mail: registrar.tcpa@gmail.com หรือ Line ID: tcpa.regis

2.2 สมัครผ่านทางไปรษณีย์ โดยการ download ใบสมัครและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ส่งไปที่

คุณจิตรพรรณ โพธิ์ไพโรจน์
กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
คลองสาน กรุงเทพฯ 10600
เบอร์โทร 086 9909385

หลักฐานประกอบการสมัคร มีดังนี้

- 1) สำเนา transcript 1 ฉบับ
- 2) สำเนาใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก 1 ฉบับ (ถ้ามี)

รอทราบผลตอบรับ ทางจดหมาย หรือ e-mail หลังจากผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติและผ่านความเห็นชอบจากอนุกรรมการพิจารณาคุณสมบัติสมาชิก ภายใน 1 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันยื่นใบสมัคร

รายละเอียดวิธีการชำระเงิน (หลังจากผ่านความเห็นชอบ)

ชำระโดยวิธีโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์

เลขที่บัญชี 142-0-29451-2 ชื่อบัญชี **สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย**

สมาชิกสามัญ สมาชิกในประเทศ, Internship ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 500 บาท สมาชิกต่างประเทศ 1,000 บาท

สมาชิกวิสามัญ แพทย์ สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 300 บาท

สมาชิกสมทบ นักศึกษา สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 200 บาท

พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่ Email: jitrapun.popairoj@gmail.com

อดีตประธานชมรมนักจิตวิทยาคลินิก และนายกสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย

สมทรง สุวรรณเลิศ	2512 - 2514	ณรงค์ศักดิ์ ตະละภัญญ์	2515 - 2516
ละเอียด ชูประยูร	2517 - 2518	อุ้นเรื่อน อำไพพัสเตอร์	2519 - 2520
วัลลก ปิยะมโนธรรม	2521 - 2522	สมทรง สุวรรณเลิศ	2523 - 2524
ละเอียด ชูประยูร	2525 - 2526	วันชัย ไชยสิทธิ์	2527 - 2528
ศิริวรรณ สังข์สุวรรณ	2529 - 2530	กิติกร มีทรัพย์	2531 - 2532
จริยา วัฒนโสภณ	2533 - 2535	อัมพร รัตนวิทย์	2536 - 2539
วัลลี ธรรมโกสิทธิ์	2540 - 2543	นคร ศรีสุโข	2544 - 2547
ศศิธร ภาระตะศิลป์	2548 - 2549	สุจิตรา อูสาหะ	2550 - 2553
จินตนา สิงขรอาจ	2554 - 2557	เมธี วงศ์วีระพันธุ์	2558 - 2559
จินตนา สิงขรอาจ	2560 - 2561	จินตนา สิงขรอาจ	2562 - 2563



สุภาวดี นวลมณี
2564 - ปัจจุบัน

นายกสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทยคนปัจจุบัน

ประวัติบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

2512 – 2513	ยวดี	กิติคุณ	
2513 – 2514	ณรงค์ศักดิ์	ตะละภักดิ์	
2515 – 2516	ดวงมालย์	เริกสำราญ	
2517 – 2522	กิติกร	มีทรัพย์	
2523 – 2524	วันชัย	ไชยสิทธิ์	
2525 – 2526	สมบัติ	ตาปัญญา	
2527 – 2530	ชัยวัฒน์	วงศ์อาษา	
2531 – 2532	อมรากล	อินโชนานนท์	
2533 – 2535	อุษา	ชูชาติ	และ อมรากล อินโชนานนท์
2536 – 2537	สุชีรา	ภัทรายุตวรรตน์	
2538 – 2539	จุฑาทิพย์	วงศ์สุวรรณ	
2540 – 2543	ชนิษฐา	บำเพ็ญผล	
2544 – 2545	สุชีรา	ภัทรายุตวรรตน์	
2546 – 2547	จริยา	จันทร์ระ	
2548 – 2549	สร้อยสุดา	อิมอรุณรักษ์	
2550 – 2553	ปราณี	ชาญณรงค์	
2554 – 2555	จริยา	จันทร์ระ	
2556 – 2557	วิลาสินี	ชัยสิทธิ์	
2558 – 2559	แสงเดือน	ยอดอัษฎมณีวงศ์	
2560 – 2561	แสงเดือน	ยอดอัษฎมณีวงศ์	และ ส่องโสม พึ่งพงศ์
2562 – 2563	ไชยันต์	สกุลศรีประเสริฐ	
2564 – ปัจจุบัน	วัฒน์ะ	พรหมเพชร	

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online) ฉบับนี้เป็นปีที่ 54 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2566) มีเรื่องที่น่าสนใจอย่างหลากหลาย ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ 5 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาแนวโน้มความสามารถทางสมองของผู้ป่วยที่มีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยที่มารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา โดย จิตรจิรา ฤทธิกุลสิทธิชัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง ภายใต้การดำเนินชีวิตในยุควิถีใหม่ โดย รพีภรณ์ เปี่ยมพิช ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (Parental Burnout Assessment: PBA) ฉบับภาษาไทย โดย แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์, อิศระ บุญญะฤทธิ, อศวิณ นาคพงศ์พันธุ์, ดรณิ จันทร์หล้า การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรคหลายบุคลิกภาพในผู้ใหญ่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011-2018 โดย เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ธนยศ สุมาลย์โรจน์, เฉลิมพล เทศพันธุ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดย ยาหิ สินธุระวิทย์, ยีหาว สินธุระวิทย์, พัชยา บัวแดง และคณะ และบทความฟื้นฟูวิชาการ 1 เรื่อง คือ อยู่ก็ได้ตายก็ดี: ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน โดย ปิยภรณ์ กรวยทอง, ณัฐกานต์ พงศ์บริพัตร, สุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์ และคณะ

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ทบทวนบทนิพนธ์ และการสนับสนุนของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้ส่งบทความเข้ารับการพิจารณาเพื่อเผยแพร่ในวารสารเล่มดังกล่าวนี้ รวมทั้งผู้อ่านผู้สนใจที่ติดตามอ่านบทความของวารสารตลอดมา และกองบรรณาธิการขอเชิญชวนสมาชิกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจทุกท่านได้ส่งบทความที่เกี่ยวข้องกับงานจิตวิทยาคลินิก เพื่อจะได้เผยแพร่บทความองค์ความรู้ต่าง ๆ ในวารสารจิตวิทยาคลินิกไทยฉบับออนไลน์ อันจะเป็นประโยชน์ต่อวงการจิตวิทยาคลินิกต่อไป และขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

วัฒน์ะ พรหมเพชร

บรรณาธิการ

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่เป็นทัศนะของ
กองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาแนวโน้มความสามารถทางสมองของผู้ป่วยที่มีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยที่มารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา

จิตรจิรา ฤทธิกุลสิทธิชัย^{1*}

¹ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. rchitjira@gmail.com

รับบทความ: 22 มิถุนายน 2566 | แก้ไขบทความ: 4 สิงหาคม 2566 | ตอรับบทความ: 30 สิงหาคม 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวโน้มของลักษณะคะแนนความสามารถทางสมองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย MCI ของสถาบันประสาทวิทยาที่มาทำการรักษาต่อเนื่องในปีที่ 1 และปีที่ 5 **วัสดุและวิธีการ** การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของสถาบันประสาทวิทยาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ MCI และรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี และได้รับการทดสอบจาก Montreal Cognitive Assessment - Thai Version (MoCA-Th) ในปีที่ 1 และ ปีที่ 5 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาย้อนหลังครั้งนี้มีจำนวน 68 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test และ one-way ANOVA **ผลการศึกษา** พบว่าคะแนนรวมความสามารถทางสมองในปีที่ 1 จำแนกตามกลุ่มเพศ อายุ และการศึกษา พบว่ามีคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในปีที่ 5 พบว่า เฉพาะกลุ่มอายุ มีคะแนนรวมความสามารถทางสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และพบว่าคะแนนรวมของความสามารถทางสมองของผู้ป่วยในปีที่ 1 และปีที่ 5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยผลการเปรียบเทียบของคะแนนความสามารถทางสมองด้านย่อยชุด memory, executive function, visuospatial, attention/concentration และ orientation มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ด้าน language มีคะแนนลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุป** กลุ่มผู้ป่วย MCI ที่มีอายุมากจะมีแนวโน้มความสามารถทางสมองลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยเมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี โดยเฉพาะในด้าน memory, executive function, visuospatial, attention/concentration และ orientation อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษากิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถของสมองและชะลอการลดลงของความสามารถทางสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย, ความสามารถของสมอง, MoCA-Th



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

The Study of Cognitive Function's Incline in Mild Cognitive Impairment (MCI) Patients of Prasat Neurological Institute

Chitjira Rittikoonsittichai^{1*}

¹ Professional Clinical Psychologist, Neurological Institute of Thailand

* Corresponding author, e-mail. rchitjira@gmail.com

Received: 22 June 2023 | Revised: 4 August 2023 | Accepted: 30 August 2023

Abstract

Objectives: This research studied the incline of the cognitive function by comparing the Montreal Cognitive Assessment - Thai Version (MoCA-Th) of MCI patients in the 1st and 5th year. **Materials and methods:** This is the retrospect study based on historical data from outpatient medicine record of the MCI patients who had continuous treatment at Prasat Neurological Institute and had score of MoCA-Th at the 1st and 5th year after treatment. The data of 68 samples was analyzed by descriptive statistics, t-test, and one-way ANOVA test. **Results:** The MoCA-Th score was not significantly different when classified by sex, age group and education level at the 1st year. At the fifth year, the MoCA-Th score was significantly different in the age group. Comparison of MoCA-Th score between the 1st and 5th year was significantly different at .001 which the score of the memory, executive function, visuospatial, attention/concentration and orientation was reduce at the 5th year. The language function was also reduced but not significantly different. **Conclusion:** At the 5th year after treatment, the cognitive function was different in the age group, with the older would reduce than younger, the cognitive function could be further reduced, especially the memory, executive function, attention/ concentration, visuospatial and orientation. However, the activities that promote cognitive function and decrease the cognitive decline in the elderly should be studied.

Keywords: MCI, Cognitive function, MoCA-Th

บทนำ

ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของสังคมปัจจุบัน และความก้าวหน้าทางวิทยาการทำให้มนุษย์มีอายุที่ยืนยาวขึ้น ทำให้โครงสร้างทางประชากรมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และสิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ ปัญหาคุณภาพด้านสุขภาพ เนื่องจากความเสื่อมของวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ และการเจ็บป่วยเรื้อรัง สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีประมาณ 6 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) โดยส่วนหนึ่งมักเข้ามาสู่ระบบการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกเมื่อมีปัญหาด้านความจำที่ค่อนข้างรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เด่นชัด มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเสีย ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตทั้งของตัวผู้ป่วยเองและบุคคลรอบข้าง (Psychology Division, 2018) แต่อย่างไรก็ตาม ก่อนหน้าที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมนั้น กลุ่มผู้ป่วยส่วนหนึ่งเหล่านี้มักได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) หรือที่เรียกในชื่อใหม่ว่าเป็น minor neurocognitive disorder (Minor NCD) (American Psychiatric Association, 2022) ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาการคงที่หรือดีขึ้น แต่กว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือแนะนำในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดสมองเสื่อมที่เร็วมากขึ้นภายใน 5 ปีเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุและการศึกษาเดียวกัน (Gauthier et al., 2006) โดยผู้ป่วยที่มี MCI มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงของโรคนี้นี้ 3-8 เท่า (Muangpaisan, 2018) และจากการศึกษาในแง่ระบาดวิทยาของ MCI ในภูมิภาคต่าง ๆ ไม่พบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง (Sachdev et al., 2015) แต่ผู้ที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่ความสามารถของสมองจะถดถอยมากกว่า (Praison & Chuajedton, 2017) และผู้ที่มีการศึกษาน้อยก็มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากกว่า (Rattanawat et al., 2018) ซึ่งการมีภาวะสมองเสื่อมก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลงและมีปัญหาในชีวิตประจำวัน

MCI เป็นภาวะสูญเสียความสามารถของสมองในระดับเล็กน้อย โดยมีอาการสำคัญคือ การลดลงของความสามารถของสมองอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป คือ ความใส่ใจแบบซับซ้อน ทักษะการจัดการ การเรียนรู้และความจำ ภาษา มิติสัมพันธ์ หรือการรับรู้ทางสังคม โดยอาการเหล่านี้ยังไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตมากนัก และยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (American Psychiatric Association, 2022) โดยแบบทดสอบที่นิยมใช้ในการคัดกรอง MCI ในประเทศไทยฉบับหนึ่งคือ แบบทดสอบประเมินภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย (MoCA-Th) (Hemrungronj, 2011) โดยสามารถประเมินหน้าที่สมองเกี่ยวกับการรู้คิด (cognitive function) ประกอบด้วยด้านทักษะทางสมองในการบริหารจัดการ (executive) ด้านการรับรู้ทิศทาง (visuospatial) ด้านสมาธิ (attention) ด้านภาษา (language) เป็นการพูด ความคล่องแคล่วในการใช้คำ และการเรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ (repeat, word fluency, naming) ด้านความคิดรวบยอดทางภาษา (abstraction) ด้านความจำ (delay recall) และ ด้านการวัดสภาวะการรับรู้รอบตัว (orientation)

สถาบันประสาทวิทยาเป็นหน่วยงานที่ให้บริการรักษาโรคเฉพาะทางระบบประสาท และมีนโยบายที่จะสนับสนุนในการรักษา รวมทั้งส่งเสริมป้องกัน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนที่มารับบริการ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกที่มีผู้มารักษามากที่สุด โดยก่อนที่จะมีภาวะสมองเสื่อม จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MCI มาก่อน แต่ผู้ป่วย MCI จำนวนหนึ่งมักไม่ได้ทำการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากอุปสรรคด้านการเดินทาง เวลา หรือค่าใช้จ่าย (Statistic Division, 2018; Psychology Division, 2018) ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาคลินิกของสถาบันประสาทวิทยาและทำหน้าที่ประเมินความสามารถทางสมองของผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของการประเมินและป้องกันรักษา จึงได้ทำการศึกษาแนวโน้มความสามารถทางสมองของผู้ป่วยที่มีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยที่มารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งจะช่วยให้เราทราบถึงแนวโน้มของความสามารถทางสมองด้านต่าง ๆ ในผู้ป่วย MCI ทำให้เราสามารถวางแผน และแนะนำผู้ป่วยในการดูแลด้านพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวและต่อเนื่องด้วยตนเอง และ

ประยุกต์ผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนากิจกรรมเพื่อกระตุ้นความสามารถของสมองที่เหมาะสมตามช่วงอายุและการศึกษา เพื่อชะลอการเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว คงความสามารถในชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด เพื่อเป็นการลดผลเสียและปัญหาคุณภาพชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวโน้มของลักษณะคะแนนความสามารถทางสมองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย MCI ของสถาบันประสาทวิทยาที่มาทำการรักษาต่อเนื่องในปีที่ 1 และปีที่ 5 จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถทางสมองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย MCI ของสถาบันประสาทวิทยาที่มาทำการรักษาต่อเนื่องในปีที่ 1 และปีที่ 5 จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความสามารถทางสมองของผู้ป่วย MCI ที่มาทำการรักษาต่อเนื่องในปีที่ 1 และปีที่ 5 มีความแตกต่างกันเมื่อจำแนกตามเพศ อายุ และการศึกษา
2. เมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี คะแนนความสามารถทางสมองของผู้ป่วย MCI ที่มาทำการรักษาต่อเนื่องน่าจะลดลงจากปีที่ 1 ในทุก ๆ ด้าน

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันประสาทวิทยา ตามหมายเลขโครงการ 62020 เอกสารเลขที่ 024/2562 อนุญาตให้เก็บข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ที่มารักษาที่สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557 และมีการติดตามการรักษาหลังจากนั้นอย่างน้อย 5 ปี ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก

ประสาทอายุแพทย์ว่ามีภาวะ MCI ทั้งชายและหญิง 2) มีผลการทดสอบ MoCA-Th ทั้งในปีที่ 1 และปีที่ 5 ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ 1) ไม่ติดตามการรักษาในทุก ๆ ปี ภายในระยะเวลา 5 ปี หรือมีการรักษาไม่ถึง 5 ปี 2) มีประวัติติดสารเสพติด 3) มีประวัติโรคทางจิตเวช จากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 68 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการบันทึกข้อมูลและใช้คะแนน MoCA-Th ในปีที่ 1 และปีที่ 5 ของแต่ละคนเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ประกอบไปด้วย การศึกษา ประวัติการเจ็บป่วย อายุ เพศ วันที่ทดสอบ
2. แบบบันทึกคะแนน The Montreal cognitive assessment - Thai Version (MoCA-Th)

MoCA-Th เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองการทำงานของสมอง (cognitive function) โดยถูกสร้างขึ้นโดย Dr. Zaid S. Nasreddine และคณะ ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ และพัฒนาในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 (Hemrungronj, 2011) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อทดสอบที่วัดความสามารถด้านต่าง ๆ ของสมอง เช่น trail making ใช้ในการวัด cognitive flexibility และ executive function การทดสอบ copy cube ใช้ในการวัด visuospatial skill การทดสอบ clock drawing ใช้ในการวัด executive function และ visuospatial skill การทดสอบ naming ใช้ในการวัดความสามารถด้านภาษาในการเรียกชื่อ การทดสอบ digit forward และ backward รวมทั้ง tapping ใช้ในการวัด attention และ concentration การทดสอบ serial 7s เป็นการให้ผู้ป่วยคิดคำนวณ ใช้ในการวัด concentration การทดสอบ sentence repetition ใช้ในการวัดภาษาด้านการพูด การทดสอบ word fluency ใช้ในการวัดความคล่องแคล่วของการใช้ภาษา การทดสอบ abstraction ใช้ในการวัดเรื่องของการมีความคิดรวบยอดทางภาษา การทดสอบ delay recall ใช้ในการวัด memory การทดสอบ orientation ใช้ในการวัดการรับรู้สภาวะรอบตัว (Julayanont et al., 2013) โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปจึงถือว่าปกติ และบวกหนึ่งคะแนนสำหรับผู้มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับหกปี

คุณสมบัติของแบบทดสอบ MoCA-Th มีความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.74 ค่าสหสัมพันธ์ Pearson's correlation coefficient = 0.91 มีค่า sensitivity และ specificity เท่ากับ 0.70 และ 0.95 ตามลำดับ (Tangwongchai et al., 2009)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS version 16.0 ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ การศึกษา โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน MoCA-Th ในปีที่ 1 และปีที่ 5 ระหว่างผู้ป่วยที่ MCI เพศชายและหญิง โดยใช้สถิติ independent sample t-test
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน MoCA-Th ในปีที่ 1 และปีที่ 5 ระหว่างกลุ่มอายุ และการศึกษา โดยใช้สถิติ one way ANOVA ทดสอบภายหลังด้วยวิธี LSD
4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน MoCA-Th ในปีที่ 1 และปีที่ 5 โดยใช้สถิติ dependent sample t-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะ MCI ทั้งหมด 68 คน พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 47.1 และ เพศหญิงร้อยละ 52.9 ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ 71 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 45.6 ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุเฉลี่ย 68 ปี 1 เดือน (SD = 7.8) ซึ่งอายุน้อยที่สุดคือ 52 ปี 7 เดือน อายุสูงสุดคือ 81 ปี 11 เดือน โดยเพศชายมีอายุเฉลี่ย 69 ปี 11 เดือน (SD = 6.77) มีอายุน้อยที่สุด 52 ปี 9 เดือน อายุสูงสุด 78 ปี 10 เดือน ส่วนเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 66 ปี 5 เดือน (SD = 8.31) มีอายุน้อยที่สุด 52 ปี 7 เดือนและอายุสูงสุด 81 ปี 11 เดือน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า จบระดับชั้น ปวส.-ปริญญาตรีขึ้นไปมีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมาคือจบระดับมัธยมศึกษา-ปวช. จำนวน

20 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 และไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา มีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 25

ความสามารถทางสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย MCI จำนวน 68 คนที่มาทำการรักษาในปีที่ 1 ได้ทดสอบด้วยแบบทดสอบ MoCA-Th โดยรวมมีคะแนน MoCA-Th เฉลี่ย 20.07 (SD = 3.96) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ โดยพบว่ามีผู้ได้คะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ (25-30 คะแนน) จำนวน 11 คน เมื่อพิจารณาคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมีจำนวนทั้งสิ้น 57 คน ได้แก่ ช่วงคะแนน 19-24 มีจำนวน 40 คน ช่วงคะแนน 13-18 มีจำนวน 16 คน และช่วงคะแนน 7-12 มีจำนวน 1 คน ส่วนในปีที่ 5 พบว่า โดยรวมมีคะแนน MoCA-Th โดยเฉลี่ย 18.38 (SD = 18.38) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ โดยมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ (25-30 คะแนน) จำนวน 6 คน เมื่อพิจารณาคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมีจำนวนทั้งสิ้น 62 คน ได้แก่ ช่วงคะแนน 19-24 มีจำนวน 28 คน ช่วงคะแนน 13-18 มีจำนวน 24 คน ช่วงคะแนน 7-12 มีจำนวน 9 คน และช่วงคะแนน 0-6 มีจำนวน 1 คน

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลคะแนนรวมความสามารถทางสมองที่ได้จากการทำแบบทดสอบ MoCA-Th ในปีที่ 1 และปีที่ 5 จำแนกตาม เพศ อายุ และการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบคะแนนรวมความสามารถทางสมองจากแบบทดสอบ MoCA-Th ในปีที่ 1 เมื่อจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และระดับการศึกษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในปีที่ 5 เมื่อจำแนกตามเพศและระดับการศึกษา ไม่พบความแตกต่างของคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 1) จึงทำการทดสอบภายหลังด้วยวิธี LSD

ผลการทดสอบภายหลังด้วยวิธี LSD เพื่อเปรียบเทียบรายกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 61-70 ปี มีคะแนนแตกต่างกับกลุ่มอายุ 51-60 ปี และกลุ่มอายุ 71-80 ปีขึ้นไปมีคะแนนแตกต่างกับกลุ่มอายุ 61-70 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบของคะแนนรวมความสามารถทางสมองจากแบบทดสอบ MoCA-Th ในปีที่ 1 และ ปีที่ 5 จำแนกตามเพศ อายุ และระดับชั้นการศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนน MoCA-Th ปีที่ 1					คะแนน MoCA-Th ปีที่ 5				
	\bar{x}	SD	Min/Max	t/F	p-value	\bar{x}	SD	Min/Max	t/F	p-value
เพศ										
หญิง	20.53	4.54	12/29	1.21	.231	18	4.54	8/27	.65	.517
ชาย	21.07	3.16	14/28			18.81	5.3	0/28		
อายุ										
51-60 ปี	21.5	3.96	14/28	1.52	.226	17.07	4.72	0/26	3.37	.044*
61-70 ปี	22.04	4.67	14/28			20.60	4.85	8/28		
71 - 80 ปีขึ้นไป	20.20	3.31	12/29			17.45	5.12	11/26		
การศึกษา										
ไม่ได้เรียน- ประถมศึกษา	20.18	3.76	14/28	.18	.167	17.59	4.40	9/26	1.79	.176
มัธยมศึกษา - ปวช	22.45	4.45	14/29			19.05	6.69	0/29		
ปวส-ปริญญาตรีขึ้นไป	20.17	3.62	12/28			18.39	4.36	8/26		
รวมกลุ่มตัวอย่าง (n = 68)	20.07	3.96	12/29			18.38	5.11	0/28		

* $p < .05$, Min = คะแนนต่ำสุด, Max = คะแนนสูงสุด

ตารางที่ 2 การทดสอบภายหลังด้วยวิธี LSD เพื่อเปรียบเทียบรายคู่ของแต่ละกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	51-60 ปี	61-70 ปี	71-80 ปีขึ้นไป
51-60 ปี	-		
61-70 ปี	.037*	-	
71-80 ปีขึ้นไป	.805	.026*	-

* $p < .05$

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนรวมของความสามารถทางสมองและความสามารถด้านต่าง ๆ ที่ได้จากแบบทดสอบ MoCA-Th ในปีที่ 1 กับปีที่ 5

คะแนนรวมของปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 21.07 (SD = 3.96) ส่วนคะแนนรวมของปีที่ 5 อยู่ที่ 18.38 (SD = 5.11) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว พบว่าคะแนนมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 เมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนแต่ละการทดสอบ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโดยลดลงในด้านการทดสอบย่อย clock, recall, orientation, และ tapping อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และพบว่าการเปลี่ยนแปลงลดลงในด้านการทดสอบย่อย cube, digit span, calculate และ trail making อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมและคะแนนด้านต่าง ๆ จากแบบทดสอบ MoCA-Th ในปีที่ 1 และ ปีที่ 5 (n = 68)

ชุดทดสอบย่อยจาก MoCA-Th	ปีที่ 1		ปีที่ 5		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
trail making	0.59	0.50	0.44	0.50	2.306*	.024
cube	0.43	0.50	0.25	0.44	2.546*	.013
clock	2.32	0.82	2	0.91	2.948**	.004
naming	2.85	0.50	2.69	0.74	1.954	.055
digit span	1.79	0.41	1.63	0.57	2.491*	.015
tapping	0.93	0.26	0.81	0.40	2.638**	.010
calculate	3.82	1.44	3.38	1.58	2.492*	.015

ชุดทดสอบย่อยจาก MoCA-Th	ปีที่ 1		ปีที่ 5		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
repeat	1.19	0.76	1.06	0.86	1.320	.191
word fluent (จำนวน)	9.25	4.66	8.54	4.30	1.498	.139
abstract	0.62	0.77	0.53	0.70	.843	.402
recall	1.632	1.59	1	1.40	2.905**	.005
orientation	5.63	0.91	5.11	1.34	2.73**	.008
คะแนนรวม	21.07	3.96	18.38	5.11	5.807***	.000

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

วิจารณ์

1. ลักษณะคะแนนความสามารถทางสมองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย MCI ในปี 1 และปีที่ 5

ในปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีความสามารถทางสมองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนรวมตามกลุ่ม อายุ เพศ และการศึกษา พบว่ามีคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ในปีที่ 5 ส่วนใหญ่มีความสามารถทางสมองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนรวมตามกลุ่ม เพศ และการศึกษา พบว่ามีคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีคะแนนรวมแตกต่างกันในกลุ่มอายุ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 61-70 ปี มีคะแนนแตกต่างกับกลุ่มอายุ 51-60 ปี และกลุ่มอายุ 71-80 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนกลุ่มอายุ 51-60 ปี และ กลุ่มอายุ 71-80 ปี ขึ้นไปมีคะแนนไม่แตกต่างกับกลุ่มอายุ 61-70 ปี

จากการศึกษาครั้งนี้ ในตัวแปรเพศของผู้ป่วยพบว่า คะแนนความสามารถทางสมองโดยรวมของเพศหญิงและเพศชายไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีการศึกษาที่สอดคล้องในทำนองเดียวกัน เช่น การศึกษาความชุกของภาวะ MCI ของ Rattanawat et al. (2018) ที่ได้ลองควบคุมตัวแปรทางด้านการศึกษา พบว่าคะแนนความสามารถที่ได้จากแบบทดสอบ MoCA นั้น ไม่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง หรือการศึกษาภาพรวมระดับวิทยาของ MCI ในภูมิภาคต่าง ๆ ของอเมริกา ยุโรป เอเชีย และออสเตรเลียของ Sachdev et al. (2015) ก็ไม่พบความแตกต่างของเพศชายและหญิง

ด้านตัวแปรระดับการศึกษาของผู้ป่วย ไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนความสามารถทางสมองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญในการศึกษานี้ ซึ่งต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยมีอัตราความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง โดย Rattanawat et al. (2018) ได้ศึกษาบุคลากรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในวัยก่อนเกษียณช่วงอายุ 50-60 ปี 260 ราย พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยมีอัตราความเสี่ยงต่อภาวะ MCI มากกว่า 2.7 เท่าของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ส่วน Deetong-on et al. (2013) และ Knopman and Selnes (2012) พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่า 9 ปีมีอัตราการเกิดภาวะ MCI มากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษา 13 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับ Suwan and Trakulsithichok (2016) กับ Sharp and Gatz (2011) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าผู้มีการศึกษาสูง โดยการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่พบความแตกต่างอาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่น เช่น พฤติกรรมการใช้ชีวิต คุณภาพของการศึกษา และลักษณะนิสัยในการเรียนรู้ ซึ่ง Knopman and Selnes (2012) ได้กล่าวว่าไม่ว่าใครก็ตาม หากมีพฤติกรรมส่งเสริมความสามารถของสมอง ก็จะส่งผลต่อความสามารถทางสมองของบุคคลนั้น ๆ ในทางที่ดีได้

ด้านตัวแปรกลุ่มอายุ พบว่าคะแนนรวมของกลุ่มอายุ 71-80 ปีขึ้นไป ไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุ 51-60 ปี แต่ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่ม 61-70 ปี อย่างเด่นชัด โดยคะแนนรวมของกลุ่มอายุ 71-80 ปีขึ้นไปน้อยกว่ากลุ่มอายุ 61-70 ปี ซึ่งอาจเกิดจากความเสื่อมถอยไปตามวัยที่ผู้อายุมากกว่ามักจะเสื่อมถอยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Prasion and Chuajedton (2017) และ O'Bryant et al.

(2013) พบว่า บุคคลเมื่ออายุยิ่งมากขึ้น ความสามารถของสมองจะถดถอยเนื่องจากการเสื่อมของร่างกายตามกาลเวลา รวมทั้งเซลล์สมองและประสาทที่มีจำนวนลดลง โดยผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปมีการลดลงของความสามารถสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงคล้ายคลึงกับการศึกษาอื่นที่กล่าวมาส่วนหนึ่งคือเมื่อเวลาผ่านไป 5 ปีจากการทดสอบครั้งแรก ทุกกลุ่มอายุมีคะแนนลดลง โดยคะแนนรวมของกลุ่มอายุ 71-80 ปีขึ้นไปน้อยกว่ากลุ่มอายุ 61-70 ปี แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มอายุ 51-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่น้อยที่สุดกลับมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มอายุ 61-70 ปี ซึ่งเป็นไปได้ว่าการศึกษานี้ อาจมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น การละเลยหรือการใส่ใจดูแลสุขภาพ และการมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ส่งเสริมความสามารถทางสมอง ซึ่ง Knopman and Selnes (2012) ได้ทำการค้นคว้าและพบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ส่งเสริมความสามารถทางสมอง เช่น การมีงานอดิเรก กิจกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งดูแลสุขภาพร่างกาย ก็จะทำให้มีความสามารถของสมองที่ดีมากกว่าคนที่ละเลยหรือไม่ใส่ใจในกิจกรรมเหล่านี้

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมความสามารถทางสมองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย MCI ในปีที่ 1 และปีที่ 5

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถทางสมองโดยรวม ในปีที่ 1 และปีที่ 5 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยด้าน memory และ orientation มีคะแนนลดลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ส่วน executive function, visuospatial, attention/concentration มีคะแนนลดลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนด้าน language พบว่า มีคะแนนลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาในครั้งนี้ ในปีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวม 21.07 คะแนน และเมื่อติดตามคะแนนความสามารถทางสมองในปีที่ 5 ซึ่งมีระยะห่างเฉลี่ย 4 ปี 9 เดือน พบว่ามีคะแนนลดลงอยู่ที่ 18.38 โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับ

งานวิจัยอื่นก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาติดตามผลความสามารถทางสมองโดยรวมของ Edith et al. (2018) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วย MCI 502 คน พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปโดยเฉลี่ย 1 ปี 11 เดือน ผู้ป่วย 144 คนมีคะแนนจากแบบทดสอบลดลง และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาของ Petersen et al. (1999) ที่ติดตามผลการรักษาผู้ป่วย MCI ในระยะเวลา 4 ปี โดยพบว่าทุก ๆ ปี ผู้ป่วย MCI จะมีแนวโน้มในการเป็นโรคอัลไซเมอร์ 12% และเมื่อเวลาผ่านไป 4 ปี พบว่า 50% กลายเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease: AD) ขณะเดียวกันในการศึกษาติดตามผลของความสามารถทางสมองของผู้ป่วย MCI ด้วยแบบทดสอบ MoCA ในระยะเวลา 2-5 ปี (ค่าเฉลี่ย 3.5 ปี) ของ Krishnan et al. (2017) พบว่ามีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากคะแนนเฉลี่ยรวม 23.3 เป็น 21.5 และจาก systematic review และ meta-analysis ของ Belleville et al. (2017) พบว่า ในระยะเวลา 3 ปี จะเห็นการลดลงของความสามารถทางสมองของผู้ป่วย MCI ได้ถึง 60% และถ้าติดตามเป็นระยะเวลา 4 ปี จะเห็นการลดลงถึง 80% จากความสามารถเดิม และผู้ป่วย MCI จะพัฒนาเป็น AD ในระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 2 ปี 7 เดือน

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนด้านต่าง ๆ ในปีที่ 1 และปีที่ 5 พบว่าทุกการทดสอบมีคะแนนลดลง แต่การทดสอบที่คะแนนลดลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01-.05 ได้แก่ ด้าน memory, executive function/visuospatial, attention/concentration และ orientation ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aretouli and Brandt (2010) ที่พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปความสามารถทางสมองของผู้ป่วย MCI มีแนวโน้มลดลง ซึ่งส่วนใหญ่มีการลดลงในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะความสามารถด้าน memory, executive function, visuospatial, attention ซึ่ง Paul et al. (2011) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถจากแบบทดสอบ MoCA กับ neuroimaging พบว่าการลดลงของความสามารถทางสมองของ MCI เกิดจากความเสื่อมของสมองหลาย ๆ ส่วน สอดคล้องกับ Yanhong et al. (2013) ได้ศึกษารูปแบบของการฝ่อของสมองในผู้ป่วย MCI และพบว่า 2 ใน 3 มีการฝ่อของสมองหลายส่วน และเป็นสาเหตุทำให้หน้าที่ความสามารถของสมองลดลง ทั้งนี้ในกิจกรรมชีวิตประจำวัน หรือการทดสอบ

cognitive function ด้านใดด้านหนึ่งมีการใช้สมองหลายส่วนในการทำงาน ซึ่งเหตุนี้เองจึงอาจทำให้เห็นความบกพร่องของ cognitive function ในผู้ป่วย MCI ได้ในหลายด้าน

การเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของ executive / visuospatial function เป็นสิ่งที่พบได้มากที่สุด ใน MCI ซึ่งการศึกษาของ Yanhong et al. (2013) และ Nordlund et al. (2005) พบว่า executive function มีอิทธิพลกับ cognitive หลาย ๆ ด้าน ทำให้ผู้ป่วย MCI มีความเสียหายของความสามารถของสมองด้านอื่น ๆ ตามมา นอกจากนี้ในกิจกรรมชีวิตประจำวันหรือหลาย ๆ การทดสอบไม่ได้ใช้งานของ cognitive function เพียงด้านใดด้านหนึ่งและไม่ได้ใช้สมองเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งในการทำงาน อย่างเช่นความสามารถด้าน visuo-construction จะมีการใช้ความสามารถด้าน spatial perception, planning, visual-motor coordination, attention และ executive function เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การที่ผู้ป่วย executive function ไม่ดี ก็มักจะมี ความเสียหายของ visuospatial และ attention ตามมา

ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนน attention/concentration อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากที่ผู้ป่วย MCI บางรายเข้าสู่ภาวะ AD จึงทำให้มีความสามารถลดลง ซึ่งจากการศึกษาของ Julayanont et al. (2013) พบว่า attention/concentration ของผู้ป่วยในกลุ่มโรคภาวะสมองเสื่อมจะลดลงไปตามการดำเนินโรค และแสดงออกให้เห็นได้ชัดเจนเมื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ทำงานที่ต้องใช้ทักษะอย่างน้อย 2 ทักษะขึ้นไป โดย Knopman and Selnes (2012) กับ Menon et al. (2000) พบว่าผู้ป่วย MCI ที่ทำงานที่ต้องใช้ทักษะควบคู่ 2 อย่างขึ้นไป เช่น การลบเลขต่อเนื่องที่ต้องใช้ความสามารถของ attention/concentration และ working memory จะทำได้ไม่ดีขึ้น เพราะต้องใช้สมาธิจดจ่อ และต้องจดจำผลลัพธ์ที่ได้ในครั้งก่อนด้วย Remy et al. (2004) พบว่า การบกพร่องในเรื่องของสมาธิเป็นพื้นฐานของการเสียความสามารถสมองด้าน executive ด้วย

ด้านความสามารถด้าน memory ซึ่งเป็นเรื่อง ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ พบว่าเมื่อเวลาผ่านไป คะแนน

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งในการศึกษานี้ มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยอื่น ๆ เช่น Nordlund et al. (2005) และ Lopez et al. (2006) ที่พบว่าผู้ป่วย MCI มักจะมีคะแนนความสามารถของความจำที่ลดลงไป ซึ่ง Fouquet et al. (2012) และ Chetelat et al. (2003) พบว่าผู้ที่มีปัญหาความจำอาจมีความผิดปกติตั้งแต่ การ encoding การมีปัญหาของการเรียกความจำ (retrieval) โดย Yanhong et al. (2013) และ Bennett et al. (2002) พบว่าผู้ป่วย MCI ส่วนใหญ่แล้วมักจะเสีย ใน episodic memory ก่อนโดยเป็นการจำเรื่องราวใหม่ ๆ ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ ซึ่งเป็นที่มาของการบ่นถึงปัญหา ความจำของตนเอง เช่น จำไม่ได้ว่าเมื่อวานนัดหมายใครไว้ วันหยุดที่ผ่านมาไปที่ไหนมา ลืมว่าของที่ซื้อ มาใหม่เอาไปไว้ที่ไหน ต่อมาผู้ป่วยอาจมีความจำที่แยลง มากขึ้น เสี่ยงต่อการเป็น AD และเริ่มมีการเสียใน semantic memory เช่น ความจำความรู้ทั่วไปในอดีต

ความสามารถด้าน orientation ในการศึกษานี้ พบว่าในปีแรก กลุ่มตัวอย่างมักไม่ผิดพลาดในส่วนนี้ มากนัก แต่ในปีที่ 5 มีผู้ที่มีคะแนนผิดพลาดในส่วนนี้ มากขึ้น และเมื่อดูอัตราการเปลี่ยนแปลงของคะแนน พบว่ามีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาของ Razani et al. (2007) และ Razani et al. (2009) พบว่าความสามารถด้าน orientation ที่เสีย มากจะเป็นตัวที่บอกความรุนแรงของความสามารถ ของสมองที่บกพร่องได้ระดับหนึ่ง การมี orientation ที่บกพร่อง มักเป็นตัวทำนายที่ดีในการเกิด AD เพราะ เป็นตัวหนึ่งที่บอกสถานะของการรับรู้สิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับผู้ป่วย MCI ในการศึกษาครั้งนี้ที่มีการเสื่อม ถอยมากขึ้นตามกาลเวลา ก็จะมีเริ่มมี orientation ไม่ดี ตามไปด้วย และมีแนวโน้มที่จะพัฒนากลายเป็น AD เป็นไปได้ว่า ในการศึกษานี้ อาจมีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง มีแนวโน้มของการเป็น AD จึงทำให้ความสามารถนี้ลด น้อยลง

ในส่วนด้าน language นั้น ในการศึกษานี้ พบว่า มีอัตราในการเปลี่ยนแปลงน้อย โดยไม่พบการ เปลี่ยนแปลงของคะแนนอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่าผู้ป่วย MCI ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่นี้มากนัก โดยการศึกษา ของ Belleville et al. (2017) และ Nordlund et al. (2005) ที่พบว่า ผู้ป่วย MCI มักมีความบกพร่องในเรื่อง

ของ language ให้เห็นได้ทั่วไปและเมื่อเวลาผ่านไป มักจะมีการลดลง แต่แทบจะไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนนักเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วย AD ระยะต้น ซึ่ง Knopman and Selnes (2012) ได้ศึกษาว่าคลังคำศัพท์ที่เรียนรู้มามักเก็บไว้อย่างมั่นคงตั้งแต่เข้าวัยกลางคน แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเมื่อเข้าสู่วัยชรา

สรุป

ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความสามารถของสมองของผู้ป่วย MCI เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มการศึกษา และเพศ แต่พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 5 ปีกลุ่มที่มีอายุมากจะมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย ผู้ป่วย MCI มีคะแนนความสามารถของสมองโดยรวมลดลงไปอย่างชัดเจนระหว่างช่วงเวลาที่ผ่านมาไป 1 ปีและ 5 ปี โดยเฉพาะด้าน memory, executive function, visuospatial, attention/concentration และ orientation ซึ่งน่าจะเกิดจากความเสื่อมตามกาลเวลาของการดำเนินโรค แต่อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการส่งเสริมความสามารถของสมองในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาศึกษาเพิ่มเติมในงานวิจัยต่อไป

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย และมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ขาดการศึกษาตัวแปรด้านอาชีพ ประวัติโรคทางสมองอื่น การมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมความสามารถทางสมอง เช่น การออกกำลังกาย การมีงานอดิเรกนอกเหนืองานประจำ พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และคุณภาพทางการศึกษา เป็นต้น ว่ามีผลต่อการทำแบบทดสอบเพียงใด ในการศึกษาครั้งต่อไป หากมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาตัวแปรเหล่านี้ จะทำให้ผลการศึกษารอบคอบและมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ยิ่งขึ้น

2. ควรนำผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการเฝ้าระวัง ติดตาม สังเกตอาการ หรือทำการคัดกรองเพื่อเข้าสู่การรักษา

ตั้งแต่เนิ่น ๆ รวมถึงนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์การให้ความรู้หรือพัฒนากิจกรรมเพื่อป้องกันสมองเสื่อมให้กับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถระหว่างผู้ป่วย MCI กับกลุ่มโรคสมองเสื่อมและกลุ่มปกติ เพื่อศึกษาแนวโน้มความสามารถของ cognitive function ด้านต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ในการวินิจฉัย และวางแผนบำบัดรักษา

เอกสารอ้างอิง (References)

- American Psychiatric Association. (2022, November). *DSM-5-TR™ neurocognitive disorders supplement updated excerpts for delirium codes major and mild neurocognitive disorders*. Psychiatry Online. https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM-5-TR_Neurocognitive-Disorders-Supplement_2022_APA_Publishing.pdf
- Aretouli, E., & Brandt, J. (2010). Everyday functioning in mild cognitive impairment and its relationship with executive cognition. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(3), 224-233.
- Bennett, D. A., Wilson, R. S., Schneider, J. A., Evan, D. A., Beckett L. A., & Aggarwal, N. T. (2002). Natural history of mild cognitive impairment in older person. *Neurology, 59*(2), 198-205.
- Belleville, S., Fouquet, C., Hudon, C., Zomahoun, H. T. V., & Croteau, J. (2017). Neuropsychological measure that predicts progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's type dementia in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev, 27*, 328-353.
- Chetelat, G., Desgranges, B., de la Sayette, V., Viader, F., Berkouk, K., Landeau, B., Lalevee, C., Le Doze, F., Dupuy, B., Hannequin, D., Baron, J. C., & Eustache, F. (2003). Dissociating atrophy and hypometabolism impact on

- episodic memory in mild cognitive impairment. *Journal of Neurology*, 126(9): 1955-1967.
- Deetong-on, T., Puapornpong, P., Pumipichet, S., Benyakorn, S., & Kitporntheranunt, M. (2013). Prevalence and risk factors of mild cognitive impairment in menopausal women at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21, 110-116.
- Edith, L., Marina, C., Bruno, B., Luis, C., & Marcelo, S. (2018). Longitudinal follow-up of a population with MCI: Predictive value of the MIS test with delayed recall for progression to dementia. *Advance in Alzheimer's Disease*, 7, 183-196.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018, January 12). *Situation of Thai elder 2016*. Thaitgri. <http://thaitgri.org/?p=38427>
- Fouquet, M., Desgranges, B., La Joie, R., Riviere, D., Margin, J. F., Landeau, B., Mezenge, F., Pelerin, A., La Sayette, V., Viader, F., Baron, J. C., Eustache, F., & Chetelat, G. (2012). Role of hippocampal CA1 atrophy in memory encoding deficits in amnesic mild cognitive impairment. *NeuroImage*, 59(4), 3309-3315.
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Peterser, R. C., Ritchie K, Broich K, Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J. L., de Leon, M. J., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M. C., Whitehouse, P., & Winblad, B. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367, 1262-70.
- Hemrungronj, S. (2011). *Montreal cognitive assessment (MOCA)*. MoCA Cognition. <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/test-instructions/MoCA-Instructions/MoCA-Test-Thai.pdf>
- Julayanont, P., Phillips, N., Chertkow, H., & Nasreddine, Z. S. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Concept and clinical review. In A. J. Larner (Ed.), *Cognitive screening instruments: A practical approach* (pp. 111-151). Springer-Verlag Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2452-8_6
- Knopman, D., & Selnes, O. (2003). Neuropsychology of dementia. In K. M. Heilman, & E. Valenstein (Eds.), *Clinical neuropsychology* (pp.574-616). Oxford University Press.
- Krishnan, K., Rossetti, H., Hynan, L. S., Carter, K., Falkowski, J., Lacritz, L., Cullum, C. M., & Weiner, M. (2017). Change in Montreal cognitive assessment score over time. *Assessment*, 24(6), 772-777.
- Lopez, O. L., Becker, J. T., Jagust, W. J., Fitzpatrick, A., Carlson, M. C., DeKosky, S. T., Breitner, J., Lyketsos, C. G., Jones, B., Kawas, C., & Kuller, L. H. (2006). Neuropsychological characteristics of mild cognitive impairment subgroups. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77(2), 159-165.
- Menon, V., Rivera, S. M., White, C. D., Glover, G. H., Reiss, A. L. (2000). Dissociating prefrontal and parietal cortex activation during arithmetic processing. *NeuroImage*, 12(4), 357-365.
- Muangpaisan, W. (2018). *The dementia diagnostic criteria*. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_2.html#. (in Thai)
- Nordlund, A., Rolstad, S., Hellstrom, P., Sjogren, M., Hansen, S., & Wallin, A. (2005). The Goteborg MCI study: Mild cognitive Impairment is a heterogeneous condition. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 1485-1490.
- O'Bryant, S. E., Johnson, L., Reisch, J., Edward, M., Hal, I. J., Barber, R., Devous, M. D., Royall, D., & Singh, M. (2013). Risk factor for mild cognitive impairment among Mexican American. *Alzheimer Dement*, 9, 622-631.

- Paul, R., Lane, E. M., Tate, D. F., Heaps J., Romo, D. M., Akbudak, E., Niehoff, J., & Conturo, T. E. (2011). Neuroimaging signature and cognitive correlate of the Montreal cognitive assessment screen in a nonclinical elderly sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26, 454-460.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E.G., & Kokmem, E. (1999). Mild cognitive impairment, clinical characterization, and outcome. *ARCH NEUROL*, 56, 303-308.
- Praison, P., & Chuajedton, P. (2017). Factors relate to mild cognitive impairments in elderly people in Chiang Rai Province. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(1), 64-80. (in Thai).
- Psychology Division. (2018). *The patient's registration of cognitive screening 2014-2018*. Psychology Division of Neurology Institute. (in Thai).
- Rattanawat, W., Nakawiro, D., & Visajan, P. (2018). Prevalence of mild cognitive impairment (MCI) in pre-retirement period of hospital staff. *J Psychiatric Association Thailand*, 63(1), 55-64. (in Thai).
- Razani, J., Kakos, B., Orieta, B. C., Wong, J. T., Casas, R., Lu, P., Alessi, C., & Josephson, K. (2007). Predicting caregiver burden from daily function abilities of patients with mild dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9), 1415-1420.
- Razani, J., Wong, J. T., Dafaeeboini, N., Edwards, L. T., Lu, P., Alessi, C., & Josephson, K. (2009). Predicting everyday functional abilities of dementia patients with the mini-mental state examination. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 22(1), 62-70.
- Remy, F., Mirrashed, F., Campbell, B., & Richter, W. (2004). Mental calculation impairment in Alzheimer's disease: A functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience Letters*, 358(1), 25-28.
- Sachdev, P. S., Lipnicki, D. M., Kochan, N. A., Crawford, J. D., Thalamuthu, A., Andrews G., Brayne, C., Matthews, F. E., Stephan, B. C., Lipton, R. B., Katz, M. J., Ritchie, K., Carriere, I., Ancelin, M. L., Lam, L. C., Wong, C. H., Fung, A. W., Guaita, A., Vaccaro, R., & ... Santabarbara, J. (2015). The prevalence of mild cognitive Impairment in diverse geographical and ethnocultural region. *PLoS ONE*, 5, 10(11), e0142388. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4634954/>.
- Sharp, E. S. & Gatz, M. (2011). The relationship between education and dementia an updated systematic review. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 25(4), 289-304. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21750453/>
- Statistic Division. (2018). *The medical records: Classified by diseases 2012-2018*. Statistic Division of Neurology Institute. (in Thai)
- Suwan, A., & Trakulsitthichok, S. (2016). Prevalence and factors associated with dementia among elderly in Lukhok Subdistrict, Muang District, Pathumtani Province. *APHEIT Journal*, 2, 21-32. (in Thai)
- Tangwongchai, S., Phanasathit, M., Charenboon, T., Akkayagorn, L., Hemrungronj, S., Phanthumchinda, K., & Nasreddine, Z. A. (2009, Sep 1-5). *The validity of Thai version of the Montreal cognitive assessment (MoCA-T)* [Poster presentation]. International Psychogeriatric Association 14th International Congress, Montreal, Canada.
- Yanhong O., Chandra M., & Venkatesh D. (2013). Mild cognitive impairment in adult: A neuropsychological review. *Ann Indian Acad Neural*, 16(3), 310-318.



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง ภายใต้การดำเนินชีวิตในยุควิถีใหม่

รพีภรณ์ เปี่ยมพีช^{1*}

¹ อาจารย์ สังกัดภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. rapeekorn.p@rmail.ru.ac.th

รับบทความ: 8 กรกฎาคม 2566 | แก้ไขบทความ: 21 สิงหาคม 2566 | ตอรับบทความ: 25 กันยายน 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟทางการเรียนกับความสามารถในการเผชิญปัญหา อุปสรรค การรับรู้ความเครียด ความวิตกกังวลต่อโควิด-19 และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาภายใต้การดำเนินชีวิตในยุควิถีใหม่ **วัตถุประสงค์และวิธีการ** กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 494 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน **ผลการศึกษา** พบว่า 1) การรับรู้ความเครียด และความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟทางการเรียนระดับปานกลาง ($r = .41; p < .01$) และระดับต่ำ ($r = .09; p < .05$) ตามลำดับ ส่วนภาวะหมดไฟในการเรียนกับความสามารถในการเผชิญปัญหาอุปสรรค 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมสถานการณ์ การรับรู้สาเหตุและความรับผิดชอบต่อปัญหา การรับรู้ผลกระทบของปัญหา และความอดทนต่อปัญหา สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟทางการเรียนระดับต่ำ ($r = -.17, r = -.15, r = -.29, r = -.26; p < .01$) ตามลำดับ 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ความเครียด การรับรู้ผลกระทบของปัญหา และความอดทนต่อปัญหาอุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟทางการเรียนได้ร้อยละ 19 มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .37, -.23$ และ $.14; p < .01$) ตามลำดับ **สรุป** การรับรู้ความเครียด การรับรู้ผลกระทบของปัญหา และการควบคุมสถานการณ์ปัญหา เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟทางการเรียนได้ ข้อเสนอแนะเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาในอนาคตได้

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟทางการเรียน, นักศึกษาปริญญาตรี, การดำเนินชีวิตในยุควิถีใหม่



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

Factors Related to Academic Burnout among Undergraduates at Ramkhamhaeng University in The New Normal Living Style

Rapeekorn Piampuech^{1*}

¹ Lecturer, Department of Psychology, Ramkhamhaeng University

* Corresponding author, e-mail. rapeekorn.p@rumail.ru.ac.th

Received: 8 July 2023 | Revised: 21 August 2023 | Accepted: 25 September 2023

Abstract

Objectives: 1) To investigate the relationship between academic burnout and the ability to cope with adversity, perceive stress, and experience anxiety related to COVID-19, and 2) to investigate the factors associated with academic burnout among students during the era of the new normal. **Materials and methods:** The samples group consisted of undergraduate students from Ramkhamhaeng University, totaling 494 individuals. The sample size was determined by the G*Power program and data were collected through online questionnaires. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis. **Results:** The study found that 1) perceived stress and anxiety related to COVID-19 were correlated with academic burnout at a moderate level ($r = .41$; $p < .01$), and a low level ($r = .09$; $p < .05$), respectively. Meanwhile, academic burnout had an inverse correlated at a low level with the ability to cope adversity in four dimensions: (1) Control, (2) Original and Ownership (3) Reach and (4) Endurance ($r = -.17$, $r = -.15$, $r = -.29$, $r = -.26$; $p < .01$), respectively 2) Factors related to the perceived stress, reach and control collectively predict academic burnout by 19.0% at a statistically significant ($\beta = .37$, $-.23$, and $.14$; $p < .01$), respectively. **Conclusion:** The perceived stress, reach and control were variables that can able to predict academic burnout. Base on this conclusion, these findings can be used as a guideline for organizing curriculum enhancement activities aimed at preventing future occurrences of academic burnout among students.

Keywords: Academic burnout, Undergraduate, New normal life style

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 หรือ COVID-19 ถูกพบครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม ปี 2562 ณ เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ได้มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก นับว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่มีแนวทางในการรักษาที่เฉพาะเจาะจง แต่เป็นการรักษาไปตามอาการ National Research Institute (2022) ได้รายงานข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนาวันที่ 30 กันยายน 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกจำนวน 622,370,893 คน และมีผู้เสียชีวิตสะสมทั่วโลกจำนวน 6,547,074 คน สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานยอดผู้ติดเชื้อสะสม 4,681,309 คน ผู้เสียชีวิตสะสมรวม 32,764 คน และได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยรายงานสถานการณ์โรคโควิด-19 ตั้งแต่ช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 19 สิงหาคม 2566 พบไทยมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสะสมเพิ่มขึ้น 32,232 คน และมีผู้เสียชีวิตสะสมเพิ่มขึ้น 784 คน (Ministry of Public Health, 2023)

สำหรับนโยบายภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกมาตรการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ด้วยการรณรงค์ให้ประชาชนปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยการเว้นระยะห่างทางสังคม ลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น ทำงานที่บ้าน สวมหน้ากากอนามัย ทุกครั้งที่ออกจากบ้าน เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อและการเสียชีวิตลง จากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านการทำงาน/การเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ การจำกัดการเดินทางตามมาตรการประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ย่อมส่งผลให้ประชาชนเกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากการปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินชีวิตในยุควิถีใหม่

ความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการประเมินผลกระทบของโรคติดเชื้อโควิด-19 ว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองมากน้อยเพียงใด ในขณะที่การรับรู้ความเครียดเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรค ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น จากการสำรวจ

ผลกระทบด้านสุขภาพจิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของเยาวชนไทยที่มีอายุ 15-24 ปี พบว่าร้อยละ 70 มีความเครียดและความวิตกกังวลเรื่องการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียน นักศึกษามีความเครียดอยู่ในระดับสูงร้อยละ 29.29 และมีภาวะหมดไฟทางการเรียน (academic burnout) ร้อยละ 16.67 บางรายมีการเรียนรู้ถดถอยลง ความเครียดและความวิตกกังวลที่สะสมอยู่เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและอารมณ์ บุคคลจึงเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนขึ้นได้ (Ministry of Public Health, Department of Mental Health, 2021)

ภาวะหมดไฟทางการเรียน หมายถึง ภาวะที่ทำให้บุคคลเกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากการมีความเครียดเรื้อรังและไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะอาการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) รู้สึกเหนื่อยล้า หมดพลัง 2) มีระยะห่างกับการเรียน ปฏิเสธการเรียนและมีทัศนคติเชิงลบต่อการเรียน 3) ประสิทธิภาพการเรียนลดลง (Maslach & Leiter, 1997; Asghari et al., 2015) ซึ่งเป็นอาการสำคัญบ่งชี้ถึงปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ระบบการศึกษาเป็นระบบหนึ่งที่ได้รับผลกระทบ

มหาวิทยาลัยรามคำแหง ได้ออกประกาศให้ปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ทั้งหมดตั้งแต่ภาคเรียนฤดูร้อน ปีการศึกษา 2562 จนถึงภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 นักศึกษาจำเป็นต้องปรับตัวตามตามรูปแบบการเรียนการสอนในสังคมยุควิถีใหม่ (new normal) ทำให้ไม่สามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนปกติได้ ต้องเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์รวมทั้งการเร่งระยะเวลาเรียน ปริมาณงานเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการเร่งระยะเวลาการสอบวัดความรู้เพื่อชดเชยชั่วโมงที่ขาดหาย ส่งผลให้นักศึกษาต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดความเหนื่อยล้าจากการเรียนออนไลน์ จากการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะความเครียดมีงานวิจัยหลายฉบับที่แสดงให้เห็นว่าในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 นักศึกษาได้รับผลกระทบต่อด้าน

เศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านการเรียน และด้านปัญหาสุขภาพจิต โดยมีความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ ทั้งนี้มาจากจำนวนปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น การอยู่กับหน้าจอคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟนเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดความเครียดและสมองจะปิดรับข้อมูลต่าง ๆ ไม่สามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ นักศึกษาต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจบทเรียนมากกว่าปกติ หากไม่สามารถจัดสรรเวลาที่เหมาะสมระหว่างการเรียนและการทำกิจกรรมส่วนตัวได้ จะส่งผลให้ชีวิตขาดความสมดุล รวมทั้งยังเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการเรียนออนไลน์ ส่งผลให้ร่างกายและอารมณ์ไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้าจากการเรียนออนไลน์ นำไปสู่การเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนขึ้นได้ (Fosslien & Duffy, 2020) ผลกระทบจากภาวะหมดไฟทางการเรียน ทำให้นักศึกษาใช้ศักยภาพในการเรียนได้ไม่เต็มที่ ผลการเรียนแยกลง รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงานในอนาคตด้วย ปัจจัยปกป้องหนึ่งที่สำคัญคือ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจเพื่อให้นักศึกษาสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรค (adversity quotients-AQ) เป็นความสามารถของบุคคลในการอดทนต่อปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ และพยายามหาวิธีการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยไม่เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง สามารถปรับตัวและสร้างกำลังใจให้ตนเองจนเอาชนะกับปัญหาหรืออุปสรรคได้ (Stoltz, 1997) มี 4 องค์ประกอบหลักสำคัญ คือ การควบคุมสถานการณ์ (control: C) การรับรู้สาเหตุและความรับผิดชอบต่อปัญหา (origin and ownership: OW) การรับรู้ผลกระทบและการจำกัดขอบเขตของปัญหา (reach: R) และการมีความอดทนต่อปัญหา (endurance: E) แต่ละบุคคลจะมีคุณลักษณะด้านต่าง ๆ แตกต่างกันไป โดยความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรคยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยนักศึกษาประสบความสำเร็จในชีวิต หากได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม จะช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ท้าทายต่าง ๆ ภายใต้การดำเนินชีวิตยุควิถีใหม่ได้โดยไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ที่นำไปสู่การเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สอน

สามารถประเมินปัญหาของนักศึกษาเป็นรายบุคคลได้ (Verma et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการดำเนินชีวิตชีวิตในยุควิถีใหม่ (new normal) นักศึกษาที่ต้องปรับตัวกับการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดที่นำไปสู่ภาวะหมดไฟทางการเรียนและอาจเป็นสาเหตุให้นักศึกษาหลุดออกจากระบบการศึกษาได้ นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ทั้งในและต่างประเทศส่วนใหญ่เน้นการศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มนักศึกษาทางสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล เกษษ เป็นต้น ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟทางการเรียนกับความสามารถในการเผชิญปัญหาอุปสรรค การรับรู้ความเครียด ความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาภายใต้การดำเนินชีวิตในยุควิถีใหม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความเครียด และความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟทางการเรียน
2. ความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความเครียด และความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 สามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟทางการเรียนได้

วัสดุและวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้

ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 106,910 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มีนาคม 2564) (Ramkhamhaeng University, 2021)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อาศัยโปรแกรมการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง G*Power โดยกำหนดค่า parameters ที่เกี่ยวข้องกับ การวิเคราะห์เพื่อการทำนาย (regression analysis) ดังนี้ จำนวนตัวแปรทำนาย (predictors) เป็น 6 ตัวแปร ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (type-1 error; α) เป็น 0.01 ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 2 (type-2 error; β) เป็น 0.01 และค่า power เป็น 0.99 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ คือ 484 คน (Sanitlou et al., 2019) อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลอันเนื่องจากการตอบแบบสอบถามที่ฉบับไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงกำหนดให้เก็บขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น 500 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์เป็นเวลา 2 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling method) จากนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 13 คณะ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันทางประชากรศาสตร์ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าอาสาสมัคร (inclusion criteria) ได้แก่ 1) นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง 2) มีอายุระหว่าง 18-25 ปี 3) มีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ถูกออกแบบเพื่อสำรวจลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ คณะ ระดับชั้นปี การศึกษา สถานภาพทางการศึกษา สุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจรายการ (check list) และแบบเติมคำ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะหมดไฟทางการเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของมาสลาช (Maslach & Leiter, 1997) ออกแบบให้เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 27 ข้อ โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การเหมินเฉยต่อการเรียน (cynicism) และประสิทธิภาพในการเรียน (professional efficacy) ตรวจสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นจึงได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุง และตรวจสอบคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ความคงที่ภายในกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 43 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของสตอลท์ (Stoltz, 1997) โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การควบคุมสถานการณ์ (control: C) การรับรู้สาเหตุและความรับผิดชอบต่อปัญหา (origin and ownership: OW) การรับรู้ผลกระทบและการจำกัดขอบเขตของปัญหา (reach: R) และการมีความอดทนต่อปัญหา (endurance: E) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นจึงได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงและตรวจสอบคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ความคงที่ภายในกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 43 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความเครียด Thai perceive stress scale-10 (T-PSS-10) พัฒนาโดย ฌนทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpagarun & Wongpagarun, 2010) จำนวน 10 ข้อ เพื่อวัดระดับความเครียดจากประหมื่นเหตุการณ์ในชีวิตตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลว่าเป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้ ควบคุมไม่ได้

และหนักเกินไป ทำให้มีความเครียด ตรวจสอบคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ความคงที่ภายในกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 43 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.83 ส่วนที่ 5 แบบคัดกรองความกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (Ministry of Public Health, Department of Mental Health, 2020) เพื่อใช้คัดกรองความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ตรวจสอบคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ความคงที่ภายในกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 43 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรามคำแหง (หมายเลขใบรับรอง RU-HRE 65/0056 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์เป็นระยะเวลา 2 เดือนและติดตามการตอบกลับจนครบตามจำนวนที่กำหนด โดยแบ่งการเผยแพร่แบบสอบถามเป็น 2 ช่องทาง ได้แก่ 1) เผยแพร่ QR code ในชั้นเรียน และ 2) เผยแพร่ QR code ผ่านระบบเครือข่ายออนไลน์ เช่น เพจ PR มหาวิทยาลัยรามคำแหง เป็นต้น ทั้งนี้ในการเผยแพร่แบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยจะแนบไฟล์เอกสารชี้แจงผู้ตอบแบบสอบถามและใบอนุญาตจาก

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละเกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 494)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	104
	หญิง	390
2. อายุ (M = 21.40; SD = 1.97)	18-19 ปี	88
	20-21 ปี	166
	22-23 ปี	158
	24-25 ปี	82
3. ระดับชั้นปีการศึกษา	ชั้นปีที่ 1	74
	ชั้นปีที่ 2	154
	ชั้นปีที่ 3	104
	ชั้นปีที่ 4	90
	มากกว่าชั้นปีที่ 4	72

คณะกรรมการจริยธรรมฯ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้พิจารณารายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟทางการเรียน ความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความเครียด และความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient
3. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความเครียด และความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 ต่อภาวะหมดไฟทางการเรียน โดยการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 390 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 อายุเฉลี่ย 21.40 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในคณะศึกษาศาสตร์ จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 49.0 ระดับชั้นปีที่ 2 จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 31.2 เรียนเต็มเวลาจำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 58.7 และไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 384 คน คิดเป็นร้อยละ 77.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

คุณลักษณะทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
4. คณะ	นิติศาสตร์	38	7.7
	บริหารธุรกิจ	28	5.7
	มนุษยศาสตร์	16	3.2
	ศึกษาศาสตร์	242	49.0
	วิทยาศาสตร์	8	1.6
	รัฐศาสตร์	44	8.9
	เศรษฐศาสตร์	8	1.6
	สื่อสารมวลชน	12	2.4
	วิศวกรรมศาสตร์	78	15.8
	ธุรกิจบริการ	20	4.0
	5. สถานภาพทางการศึกษา	เรียนเต็มเวลา	290
เรียนและทำงานบางเวลา		150	30.4
ทำงานเต็มเวลา		54	10.9
6. สุขภาพ	มีโรคประจำตัว	110	22.3
	ไม่มีโรคประจำตัว	384	77.7

**ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ
ภาวะหมดไฟทางการเรียน ความสามารถในการ
เผชิญปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความเครียด และ
ความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 ของนักศึกษา
ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง**

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟทางการเรียนจัดอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .41; p < .01$) และความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟทางการเรียนอยู่ในระดับต่ำ ($r = .09, p < .05$)

ส่วนความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมสถานการณ์ ($r = -.17; p < .01$) การรับรู้สาเหตุและความรับผิดชอบต่อปัญหาและอุปสรรค ($r = -.15; p < .01$) การรับรู้ผลกระทบของปัญหา ($r = -.29; p < .01$) และความอดทนต่อปัญหาและอุปสรรค ($r = -.26; p < .01$) มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟทางการเรียนระดับต่ำในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะหมดไฟทางการเรียน ความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความเครียด และความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19

ตัวแปร	1	2.1	2.2	2.3	2.4	3	4
1. ภาวะหมดไฟทางการเรียน	-						
2. ความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค							
2.1 ด้านการควบคุมสถานการณ์	-.17**	-					
2.2 ด้านการรับรู้สาเหตุและความรับผิดชอบ	-.15**	.68**	-				
2.3 ด้านการรับรู้ผลกระทบของปัญหา	-.29**	.68**	.67**	-			
2.4 ด้านความอดทนต่อปัญหาและอุปสรรค	-.26**	.96**	.63**	.76**	-		
3. การรับรู้ความเครียด	.41**	-.43**	-.25**	-.43**	-.51**	-	
4. ความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19	.09*	-.16**	-.13*	-.14*	-.13**	.14**	-

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$; (เกณฑ์ระดับความสัมพันธ์ (r) โดยที่ค่า r ตั้งแต่ .10 - .39 = ระดับต่ำ, .40 - .69 = ระดับปานกลาง, .70 - 1.0 = ระดับสูง, และ 0.00 = ไม่มีความสัมพันธ์) (Simmonds, 2017)

**ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนาย
ของความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค
ระดับการรับรู้ความเครียด ความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อ
โควิด-19 ที่มีต่อภาวะหมดไฟทางการเรียน ของ
นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง**

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการทดสอบความ
เหมาะสมของข้อมูลของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
ความถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)
ตามเงื่อนไขดังนี้

ตัวแปรภาวะหมดไฟทางการเรียนมีแนวโน้ม
การแจกแจงปกติ จากผลการทดสอบโดยวิธี
Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญมากกว่า
0.05 และการแจกแจงจะมีลักษณะใกล้เคียงการแจก
แจงปกติมากขึ้นตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น ไม่ว่า
ประชากรจะมีการแจกแจงแบบใด ๆ เมื่อมีขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างเท่ากับหรือมากกว่า 30 ตัวอย่างจะมีการแจก
แจงแบบปกติ (Jirawatkul, 2015)

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
อิสระ (multicollinearity) จากการตรวจสอบโดยใช้
การวิเคราะห์องค์ประกอบความแปรปรวน (VIF) ค่า

tolerance พบว่าค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.54-5.56 ซึ่งมี
ค่าน้อยกว่า 10 และค่า tolerance อยู่ระหว่าง 0.18-
0.65 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.10 แสดงว่าไม่มีปัญหา
multicollinearity กล่าวคือ ไม่พบความสัมพันธ์กันเอง
ระหว่างตัวแปรอิสระ

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน
เพื่อวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความสามารถใน
การเผชิญปัญหาและอุปสรรค (แบ่งเป็นด้านการควบคุม
สถานการณ์ ด้านการรับรู้สาเหตุและความรับผิดชอบ
ต่อปัญหาและอุปสรรค ด้านการรับรู้ผลกระทบของ
ปัญหา และด้านความอดทนต่อปัญหาและอุปสรรค)
ระดับการรับรู้ความเครียด ความวิตกกังวลต่อโรคติด
เชื้อโควิด-19 ที่มีต่อภาวะหมดไฟทางการเรียนของ
นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง
พบว่าตัวแปรที่มีค่า β สูงสุดคือ ($\beta = .37$) แสดงว่าการ
รับรู้ความเครียดมีความสำคัญอันดับแรกในการทำนาย
ภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
มหาวิทยาลัยรามคำแหง และรองลงมาคือการรับรู้
ผลกระทบของปัญหา และการควบคุมสถานการณ์
($\beta = -.23$ และ $.14$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการทำนายภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ตัวแปรทำนาย	b	β	SE _b	t
1. การรับรู้ความเครียด	1.544	.370	.192	8.033**
2. การรับรู้ผลกระทบของปัญหา	-1.374	-.231	.337	-4.075**
3. การควบคุมสถานการณ์	.808	.143	.319	2.533*

ค่าคงที่ = 17.467; R = .442; R² = .190; SE_{est} = 21.252;
F = 39.552; p < .001; n = 494

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

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณสามารถ
นำมาเขียนสมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบและ
คะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\text{ภาวะหมดไฟในการเรียน} = 17.467 + 1.544 (\text{การรับรู้ความเครียด}) - 1.374 (\text{การรับรู้ผลกระทบของปัญหา}) + .808 (\text{การควบคุมสถานการณ์})$$

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$\text{ภาวะหมดไฟทางการเรียน} = .370 (\text{การรับรู้ความเครียด}) - .231 (\text{การรับรู้ผลกระทบของปัญหา}) + .143 (\text{การควบคุมสถานการณ์})$$

วิจารณ์

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ
หมดไฟทางการเรียนกับความสามารถในการเผชิญ
ปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความเครียด และความ
วิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 สามารถอภิปรายได้
ดังนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ภาวะหมดไฟทางการเรียนกับความสามารถในการ
เผชิญปัญหาและอุปสรรค พบว่าความสามารถในการ
เผชิญปัญหาและอุปสรรคทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการควบคุม

สถานการณ์ การรับรู้สาเหตุและความรับผิดชอบต่อปัญหา การรับรู้ผลกระทบของปัญหา และความอดทนต่อปัญหา มีความสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกับภาวะหมดไฟทางการเรียน กล่าวคือ เมื่อนักศึกษามีความสามารถด้านการควบคุมสถานการณ์ ด้านการรับรู้สาเหตุและความรับผิดชอบต่อปัญหา ด้านการรับรู้ผลกระทบของปัญหา และด้านความอดทนต่อปัญหาสูง ส่งผลให้การเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนลดลง ดังนั้น นักศึกษาที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคสูงจึงมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนได้น้อยกว่า ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะนักศึกษาที่มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับสูงจะมีความอดทน และมีความพยายามแสวงหาวิธีการเพื่อจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเรียน โดยปรับตัว และสร้างกำลังใจให้ตนเองจนสามารถเอาชนะกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Aung and San (2020) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคกับความเครียดทางการเรียน (academic stress) ของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย พบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามกับความเครียดทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.462$) นอกจากนี้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค ยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาด้วย โดยผลสัมฤทธิ์การเรียนเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการเรียนของนักศึกษาซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของภาวะหมดไฟทางการเรียน (Fortin, 2019; Safii et al., 2021)

1.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟทางการเรียนกับการรับรู้ความเครียดพบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางเดียวกับภาวะหมดไฟทางการเรียนในระดับปานกลาง ($r = 0.41$) อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ความเครียดเกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษา ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความเครียดย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟทางการเรียนด้วยเช่นกัน เป็นไปในแนวทางเดียวกับการวิจัยของ Safarzaie et al. (2017) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะหมดไฟทางการเรียนและความเครียดจากการเรียนกับการรับรู้ความสามารถ

ของนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พบว่าภาวะหมดไฟทางการเรียนและระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของนักศึกษาในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ หากนักศึกษารับรู้ถึงความสามารถของตนเองได้ดีจะมีความเครียดจากการเรียนและภาวะหมดไฟทางการเรียนในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจสืบเนื่องจากการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการเรียนต่ำจะมองว่าปัญหาทุกอย่างที่เกิดขึ้นมาจากการเรียน และมีความยุ่งยากเกินกว่าที่จะแก้ไขได้ ส่งผลให้นักศึกษามีความเครียดเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนขึ้น ทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจต่อการเรียน และประสิทธิภาพในการเรียนลดลงเพราะรู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Jung et al., 2015) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเรียนมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความเครียดจากการเรียนและภาวะหมดไฟทางการเรียนเช่นกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าความเครียดจากการเรียนมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับภาวะหมดไฟทางการเรียนในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความเครียดจากการเรียนที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาได้

1.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟทางการเรียนกับความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด ทำให้รูปแบบการเรียนถูกปรับเปลี่ยนจากเดิมเป็นการเรียนในชั้นเรียนเป็นการเรียนแบบออนไลน์ ส่งผลให้นักศึกษาต้องอยู่กับหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลาอันยาวนาน การเรียนถูกเร่งรัดจากระยะเวลาที่สั้นลง รวมทั้งปริมาณงานที่ได้รับมอบหมายที่เพิ่มขึ้น นักศึกษาจึงต้องปรับตัวเพื่อจัดสรรตารางเรียนและกิจวัตรประจำวันให้สมดุล ส่งผลให้นักศึกษามีระดับความเครียดเพิ่มสูงขึ้น สร้างแรงกดดันต่อกระบวนการรู้คิด ไม่สามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพ เป็นเหตุให้นักศึกษาต้องใช้ระยะเวลาในการทำความเข้าใจบทเรียนมากกว่าปกติ ดังนั้น นักศึกษาที่ไม่สามารถจัดสรรเวลาที่เหมาะสมระหว่างการเรียนและการทำกิจกรรมส่วนตัวได้จะรบกวนสมดุลของการใช้ชีวิต รวมทั้งเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการเรียนออนไลน์ ส่งผลให้ร่างกายและอารมณ์ไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นปัจจัย

สำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนในที่สุด (Fosslien & Duffy, 2020) ในขณะที่ปัจจัยปกป้องสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษารับมือกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ คือ การส่งเสริมความสามารถในการควบคุมตนเองและทักษะในการจัดการกับความเครียด รวมทั้งการทำความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหารุนแรงมากขึ้น รวมทั้งการแบ่งเวลาระหว่างการเรียนและการพักผ่อนอย่างเพียงพอจะช่วยลดการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาได้ (West et al., 2016)

2. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาปริญญาตรีในการศึกษานี้ พบว่าตัวแปรด้านการรับรู้ความเครียดและตัวแปรด้านความสามารถในเผชิญปัญหาและอุปสรรค 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ผลกระทบของปัญหา และด้านการควบคุมสถานการณ์ สามารถทำนายภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะหมดไฟทางการเรียนซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความสนใจในการเรียนลดลง และรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน จะทำให้นักศึกษาไม่สามารถจัดการกับการเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเนื่องจากการขาดความสนใจในการเรียน ทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าภาวะหมดไฟทางการเรียนมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเรียนของนักศึกษา (Jung et al., 2015; Safarzaie et al., 2017; Promsan, 2021)

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนทำให้ทราบว่า การรับรู้ความเครียด การรับรู้ผลกระทบของปัญหา และการควบคุมสถานการณ์ สามารถทำนายภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาได้ ดังนั้น การประเมินภาวะหมดไฟของนักศึกษาในระหว่างเรียนจะช่วยให้ผู้สอนทราบถึงระดับความเครียด และเป็นการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียน และเป็นแนวทางในทางให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยเหลือและติดตามนักศึกษาได้

2. จากข้อค้นพบในการวิจัยนี้พบว่าหากบุคคลมีความสามารถในการรับรู้ผลกระทบของปัญหาและสามารถควบคุมสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเรียนได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ระดับความเครียดลดลง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนได้ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความสามารถในการประเมินระดับของปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการเรียนตามการรับรู้ของตนเองและประเมินความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการเรียนว่าสามารถทำได้มากน้อยเพียงใด รวมทั้งพิจารณาทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับระดับความสามารถของตนเองจะช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดความเครียด และป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนได้

3. ผู้สอนควรพัฒนาวิธีการสอน รูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย สำหรับผู้เรียนที่มีระดับความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน รวมทั้งพัฒนาวิธีการวัดประเมินผลผู้เรียนที่ไม่เรียกร้องผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากเกินไป เช่น การวัดผลจากการลงมือปฏิบัติ การวัดผลจากการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ การวัดผลจากการมีส่วนร่วมในชั้นเรียนของผู้เรียน การวัดผลจากการบูรณาการความรู้ผ่านการทำกิจกรรม เป็นต้น เพื่อลดความกดดันทางการเรียนและสร้างแรงจูงใจในการเรียนช่วยให้นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการประเมินการรับรู้ผลกระทบของปัญหาให้สอดคล้องกับระดับความสามารถของตนเอง และสามารถควบคุมสถานการณ์ปัญหาในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนแก่นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง โดยเฉพาะในนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียน

2. ควรนำปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษา เช่น ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ฐานะทางเศรษฐกิจ ทักษะด้านการปรับตัว และทักษะด้านการจัดการอารมณ์ เข้ามาศึกษา

เพิ่มเติมในการวิจัยครั้งต่อไปเพื่ออธิบายถึงสิ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนในเชิงลึกมากขึ้น และใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหงต่อไป

สรุป

การรับรู้ความเครียดและความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค 2 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้ผลกระทบของปัญหา และ (2) ความอดทนต่อปัญหาและอุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง ภายใต้การดำเนินชีวิตในยุควิถีใหม่ได้ ดังนั้น การรับรู้ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนได้ง่ายขึ้น การส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะในการรับมือกับปัญหาและอุปสรรคเพิ่มมากขึ้น จะช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเรียน โดยทำความเข้าใจและหาแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้นักศึกษาใช้ศักยภาพในการเรียนรู้ได้อย่างเต็มความสามารถ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟทางการเรียนได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความร่วมมือของบุคลากรหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และที่ปรึกษางานวิจัยทุกท่านที่ให้การปรึกษาแนะนำขอบคุณผู้ที่ให้การสนับสนุนท่านอื่น ๆ ที่มีได้เอื้อยมน ณ ที่นี้ และขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหงที่อนุมัติทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณรายจ่ายจากรายได้ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ประเภทมหาวิทยาลัย โดยสถาบันวิจัยและพัฒนา งบประมาณประจำปี 2565

เอกสารอ้างอิง (References)

Asghari, A., Saadati, S. M., Ghodsi, A., & AzizFard, F. (2015). Review the academic burnout and its relationship with self-esteem in students

of medical sciences university at Neyshabour. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 3(9C), 3329-3334.

Aung, P., & San, A. (2020). Adversity quotient and academic stress of students from universities of education. *Journal of the Myanmar Academy of Arts and Science*, 18, 647-658.

Fortin, V. T. (2019). *Adversity quotient and academic performance of senior high school: Basis for an intervention program* [Unpublished master's thesis]. St. Michael's college Iligan.

Fosslien, L., & Duffy, M. W. (2020). How to combat zoom fatigue. *Harvard Business Review*, 29, 1-6.

Jirawatkul, A. (2015). *Statistics in health science for research*. Wittayapat. (in Thai).

Jung, I., Kim, J. H., Ma, Y., & Seo, C. (2015). Mediating effect of academic self-efficacy on the relationship between academic stress and academic burnout in Chinese adolescents. *International Journal of Human Ecology*, 16(2), 63-77.

Maslach, C., & Leiter, M. P., (1997). *The truth about burnout*. Jossey-Bass Publishers.

Ministry of Public Health, Department of Mental Health. (2020). *Screening form for anxiety about the COVID-19 virus*. <https://www.dmh.go.th/test/covid19/covid19/> (in Thai).

Ministry of Public Health, Department of Mental Health. (2021). *The result of the mental health survey: Studying online makes children burnout*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31151> (in Thai).

Ministry of Public Health. (2023). *Coronavirus infection situation daily update*. <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/> (in Thai).

National Research Institute. (2022). *Report on the situation of COVID-19 infection*. <https://covid19.nrct.go.th/daily-report-30sep2022/> (in Thai).

- Promsan T. (2021). Academic burnout of medical student in the 4th Naresuan. *CMU Journal of education*, 5(3), 1-10. (in Thai).
- Ramkhamhaeng University. (2021). *The report is statistics about undergraduate students*. <http://www.regis.ru.ac.th/10-2021-12-20-06-46-50/20-stat>. (in Thai).
- Safarzaie, H., Nastiezaie, N., & Jenaabadi, H. (2017). The relationship of academic burnout and academic stress with academic self-efficacy among graduate students. *The New Educational Review*, 49, 65-76.
- Safii, A., Muttaqin, I., Hamzah, N., Chotimah, C., Junaris, I., & Rifa'i, M. K. (2021). The effect of the adversity quotient on student performance, student learning autonomy and student achievement in the COVID-19 pandemic era: Evidence from Indonesia. *Heliyon*, 7(12), e08510.
- Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Calculating sample size with G*Power program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)*, 5(1), 496-507.
- Simmonds, P. (2017). Testing the preliminary agreement of linear regression analysis. *Journal of Research and Curriculum Development*, 7(2), 20-37. (in Thai).
- Stoltz, P.G. (1997). *Adversity quotient: Turning obstacles into opportunities*. John Wiley & Son.
- Verma, S., Aggarwal, A., & Bansal, H. (2017). The relationship between emotional intelligence (EQ) and adversity quotient (AQ). *IOSR Journal of Business and Management*, 19(1), 49-53.
- Wongpagarun, N., & Wongpagarun, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Biopsychosocial Medicine*, 4(6). 4-6.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281.



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (Parental Burnout Assessment: PBA) ฉบับภาษาไทย

แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์¹, อิสระ บุญญะฤทธิ์¹, อัครวิน นาคพงศ์พันธุ์², ดรณี จันทร์หล้า¹

¹ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. saengduean.y@cmu.ac.th

รับบทความ: 8 สิงหาคม 2566 | แก้ไขบทความ: 29 สิงหาคม 2566 | ตอรับบทความ: 13 ตุลาคม 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลแบบประเมิน parental burnout assessment ฉบับภาษาอังกฤษ เป็นภาษาไทย ด้วยกระบวนการแปลข้ามวัฒนธรรมตามแนวทางมาตรฐานของการประเมินแบบรายงานตนเอง ร่วมกับการแปล การสังเคราะห์การแปล การแปลย้อนกลับ และการเทียบเท่าทางวัฒนธรรม และทดสอบคุณสมบัติทางการวัดทางจิตวิทยาได้แก่ ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินฉบับภาษาไทย **วัสดุและวิธีการ** แบบประเมินประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (ความอ่อนล้าในการเป็นพ่อแม่ ความเป็นพ่อแม่ที่ต่างไปจากเมื่อก่อน ความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการเป็นพ่อแม่ และความห่างเหินทางอารมณ์กับลูก) จำนวน 23 ข้อคำถาม โดยกระบวนการพัฒนาดังนี้ แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ วิเคราะห์ผลการแปล และใช้การประชุมผู้เชี่ยวชาญ แบบประเมินฉบับภาษาไทยที่ได้มีการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยทดสอบกับพ่อแม่ชาวไทยจำนวน 517 คน และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างทฤษฎีและความเชื่อมั่น **ผลการศึกษา** แบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทย มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างทั้ง 4 องค์ประกอบเหมือนต้นฉบับและมีความเชื่อมั่นในระดับดี **สรุป** แม้แบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทยจะมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและมีความเชื่อมั่นในระดับดี อย่างไรก็ตาม หากนำมาใช้จริงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เช่น การปรับคำในบางข้อคำถามหรือมีการกลับข้อคำถามให้อยู่ในรูปประโยคทางบวก

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่, แบบประเมิน, ความเที่ยงตรง, ความเชื่อมั่น



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

Validity and Reliability of the Parental Burnout Assessment (PBA) Thai Version

Saengduean Yotanyamaneewong^{1*}, Itsara Boonyarit¹, Assawin Narkpongphun², Daranee Junla¹

¹ Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

² Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

* Corresponding author, e-mail. saengduean.y@cmu.ac.th

Received: 8 August 2023 | Revised: 29 August 2023 | Accepted: 13 October 2023

Abstract

Objectives: The aims of this study were to translate the Parental Burnout Assessment (PBA) to Thai with the process of cross-cultural adaptation of self-report measures' standard guidelines, including forward translation, synthesis of the translation, back translation, cross-cultural adaptation, and pretesting and to examine its psychometric properties, i.e., validity and reliability. **Materials and methods:** The PBA consist of 4 dimensions (exhaustion in one's parental role; contrast with previous parental self, feelings of being fed up one's parental role and emotional distancing from one's children) 23 items. The PBA was developed by using the following methods: forward translation, synthesis of the translations, back translation, expert panel committee. The PBA-Thai version was validated in 517 Thai parents for the construct validity and reliability through a confirmatory factor analysis. **Results:** When the measurement model of PBA -Thai version was adjusted to rectify the problem of wording redundancy, the results showed the model fit with an empirical data with consists of 4 dimensions as the original model and its reliability was in a good level. **Conclusion:** Though the Parental Burnout Assessment-Thai version shows satisfactory construction validity and reliability. However, there should be further studies in adapting some words among the items and reversed items into a positive sentence.

Keywords: Parental burnout, Assessment, Validity, Reliability

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงในช่วงต่าง ๆ ของชีวิตอาจก่อให้เกิดความตื่นตัว กังวล ไปจนถึงความตึงเครียดได้ ไม่ว่าจะเป็นการเกิด การเสียชีวิต การย้ายถิ่นฐาน และอื่น ๆ การเป็นพ่อแม่ (parenthood) ก็เป็นความเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิตหนึ่งของความเป็นมนุษย์เช่นกัน แม้การเป็นพ่อแม่เป็นงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและเป็นงานที่สร้างความภาคภูมิใจและความสุขใจให้กับคนที่ เป็นพ่อแม่ แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นงานที่ใช้ทรัพยากรทั้งทางกายและจิตใจอย่างมาก อีกทั้งคนที่ เป็นพ่อแม่อาจต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต (life style) และต้องปรับตัวต่อการใช้ชีวิตที่มีลูกที่ต้องรับผิดชอบ ดังนั้น ความเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นพ่อแม่ (parenthood) สามารถทำให้เกิดความตึงเครียดได้ เช่นเดียวกับการทำงาน (Cmic et al., 2005; Latson, 1995; Ostberg & Hagekull, 2000)

ในประเทศไทย จากการศึกษาของ Prasopkittikun et al. (2010) พบว่าปัจจัยด้านการศึกษ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาชีพ และความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่าย มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูลูก และเช่นเดียวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ความตึงเครียดที่เรื้อรังของความเป็นพ่อแม่ ร่วมกับความท้าทายที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงลูกและลักษณะบุคลิกภาพบางประการของตัวพ่อแม่เองก็อาจนำไปสู่ภาวะการหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ได้ (Vigouroux et al., 2017) และเมื่อพ่อแม่อยู่ในภาวะที่เครียดจากการเลี้ยงลูก สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตัวพ่อแม่เองเท่านั้น (Kwok & Wong, 2000) หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเลี้ยงลูก (Assel et al., 2002) ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูก และพัฒนาการของเด็กได้อีกด้วย (Cmic et al., 2005; Deater-Deckard, 2005; Feldman et al., 2004)

ในสภาวะทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่ทั้งชายและหญิงต่างออกทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ การอยู่เป็นครอบครัวขนาดเล็กมากขึ้น อาจส่งผลให้การเตรียมตัวเป็นพ่อแม่มีความจำเป็นมากขึ้น เพราะการเป็นพ่อแม่ส่วนใหญ่จะต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ ร่วมกับการเลี้ยงดูลูกซึ่งเป็นงานที่แทบจะไม่มีวันหยุด

ทำให้พ่อแม่อาจเสี่ยงต่อการประสบปัญหาทางสุขภาพจิต ดังนั้น การป้องกันหรือการช่วยเหลือจึงเป็นสิ่งสำคัญ ด้วยเหตุนี้ การมีเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินหรือติดตามความเปลี่ยนแปลงของพ่อแม่ที่ประสบกับภาวะนี้ อาจช่วยเหลือพ่อแม่ผู้ปกครองที่อยู่ในภาวะกำลังหมดไฟ เพื่อจะได้ทำการช่วยเหลือและป้องกันไม่ให้เกิดผลลบต่อตัวพ่อแม่เอง และตัวลูกในที่สุด

แม้ภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ และภาวะซึมเศร้า อาจมีผลกระทบคล้ายคลึงในบางเรื่อง เช่น ก่อให้เกิดอาการติดเหล้า มีปัญหาการนอนไม่หลับ มีอาการทางกายบางอย่าง แต่ผลกระทบภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่และภาวะหมดไฟในการทำงานที่แตกต่างจากภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่อาจก่อให้เกิดการทอดทิ้งลูก หรือการมีพฤติกรรมรุนแรงกับลูก และภาวะหมดไฟในการทำงาน อาจจะทำให้เกิดการอยากลาออกจากงาน ซึ่งไม่ใช่ลักษณะของภาวะซึมเศร้า (Mikolajczak et al., 2020) นอกจากนี้ ในการศึกษาลักษณะของแบบประเมิน parental burnout inventory (Roskam et al., 2017) พบว่าช่วงของค่าสหสัมพันธ์มีคะแนนอยู่ระดับต่ำ-กลางกับการภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะเครียดในพ่อแม่ และภาวะซึมเศร้า จึงมีข้อเสนอแนะว่าภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ไม่ใช่ภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือความเครียด หรือซึมเศร้า (Roskam et al., 2017)

อย่างไรก็ตาม แบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (parental burnout) ยังไม่มีการสร้างขึ้นในประเทศไทยหรือแม้แต่ในต่างประเทศเอง จนกระทั่ง Roskam et al. (2017) ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (parental burnout inventory: PBI) ขึ้น PBI เป็นเครื่องมือที่ถูกออกแบบและพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ มีการศึกษาคุณภาพของแบบวัดชุดนี้ มีความเที่ยงตรง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน CFI = 0.95, RMSEA = 0.06 และความเชื่อมั่นทั้งฉบับด้วยการศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.91 มีจำนวนข้อคำถาม 22 ข้อ ต่อมาในปี 2018 Roskam et al. (2018) ได้ตรวจสอบสังกัดของภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่และวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบประเมินภาวะหมดไฟ (parental burnout inventory:

PBI) อีกครั้ง โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่ที่อยู่ในสภาวะหมดไฟ ทำให้ได้พบว่ามีมิติของภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่สามารถแบ่งออกเป็น 4 มิติ ประกอบด้วย 1. มิติของความอ่อนล้าในการเป็นพ่อแม่ (emotional in one's parental role) 2. ความเป็นพ่อแม่ที่ต่างไปจากเมื่อก่อน (contrast with previous parental self) 3. ความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการเป็นพ่อแม่ (feelings of being fed up with one's parental role) และ 4. ความห่างเหินทางอารมณ์กับลูก (emotional distancing from one's children) และมีการเพิ่มจำนวนข้อคำถามรวมเป็น 23 ข้อ และเรียกแบบประเมินชุดนี้ว่า parental burnout assessment (PBA)

จากเหตุผลที่กล่าวไว้ข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาแบบประเมินชุดนี้ โดยการแปลแบบประเมิน parental burnout assessment แบบ translation, cross cultural-adaptation ร่วมกับการศึกษาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน หวังว่าจะช่วยในการศึกษาภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ในบริบทประเทศไทยที่มีความแตกต่างหลายด้านจากประเทศในแถบทวีปยุโรป ซึ่งเป็นต้นฉบับของแบบประเมินชุดนี้ อาทิ ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อและวิถีปฏิบัติของคนในสังคมนั้น ๆ และอาจรวมถึงความเชื่อ ค่านิยมและวิถีปฏิบัติในการเป็นพ่อแม่ด้วย ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ในประเทศไทย รวมถึงสามารถใช้ข้อมูลจากแบบประเมินเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนป้องกันหรือช่วยเหลือพ่อแม่หรือผู้ปกครองต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อแปลแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (parental burnout assessment: PBA) เป็นภาษาไทยและศึกษาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน
2. เพื่อศึกษาค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (parental burnout assessment: PBA) ฉบับภาษาไทย

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พ่อแม่ที่มีลูกอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 18 ปี และมีทั้งพ่อและแม่อาศัยอยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกัน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากพ่อแม่ในจังหวัดเชียงใหม่ คือ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้คำแนะนำของ Hair et al. (2006) ที่ระบุว่าควรใช้กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 300 คนเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวิเคราะห์ เนื่องจาก Heywood case ที่ทำให้ความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนมีค่าน้อยกว่าศูนย์ นอกจากนี้ ยังพิจารณาจากการคำนวณโดยใช้ข้อคำถามคุณด้วยสิบ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีข้อคำถามทั้งสิ้น 23 ข้อในการตรวจสอบโครงสร้างองค์ประกอบเชิงยืนยัน ดังนั้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 240 คน โดยการเก็บข้อมูลครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 517 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ พ่อแม่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามยินยอมในเอกสารเพื่อเข้าร่วมวิจัย และเป็นผู้ใช้ภาษาไทยเป็นหลักในการสื่อสารสามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้อย่างคล่องแคล่ว โดยเป็นพ่อแม่ที่ให้การอบรมเลี้ยงดูลูก และอาศัยอยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกันที่ลูกเรียนอยู่ในโรงเรียนระดับประถมและมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เกณฑ์คัดออก คือ พ่อแม่ที่ไม่ประกอบอาชีพหรือไม่สามารถหาเลี้ยงครอบครัวได้ รวมถึงพ่อแม่ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย/จิต

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. โครงสร้างของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่

แบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (parental burnout assessment: PBA) ต้นฉบับ (Roskam et al., 2018) เป็นแบบสอบถามชนิดที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง (self-reported) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ วัดภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความอ่อน

ล้าในการเป็นพ่อแม่ (exhaustion in one's parental role: EX) มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ องค์กรประกอบที่ 2 ความเป็นพ่อแม่ที่ต่างจากที่เคยเป็น (contrast with previous parental self: CO) มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ องค์กรประกอบที่ 3 ความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการเป็นพ่อแม่ (feelings of being fed up with one's parental role: FU) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และองค์กรประกอบที่ 4 ความห่างเหินทางอารมณ์กับลูก (emotional distancing from one's children: ED) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ มีการตอบเป็นมาตรลิเคิร์ต โดยให้คะแนนอยู่ระหว่าง 0 คะแนน (ไม่เคย) ถึง 7 คะแนน (ทุกวัน)

2. กระบวนการแปลและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน

2.1 ผู้วิจัยขออนุญาตผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อแปล จากนั้นทำการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย (forward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษกลุ่มที่ 1 ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกรณีวิจัยนี้ จำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทำการเปรียบเทียบผลของการแปล หากมีความแตกต่างในการแปลจะถูกอภิปรายและหาข้อยุติ จากนั้นทำการแปลเครื่องมือย้อนกลับ (back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษกลุ่มที่ 2 ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ จำนวน 2 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่แปลในขั้น forward translation และ back-translation ทำการพิจารณาให้มีความเทียบเท่ากัน (equivalence) ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหมาย (semantic) ด้านสำนวน (idiomatic) ด้านประสบการณ์ (experiential) และด้านแนวคิด (conceptual) สำหรับความแตกต่างในการแปลหรือการแก้ไขจะถูกอภิปราย และหาข้อยุติด้วยมติของที่ประชุม และได้เครื่องมือคือแบบประเมิน PBA ภาษาไทย ฉบับทดลอง

2.2 จากนั้นศึกษาหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและจิตวิทยา ประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกและนักวิชาการทางจิตวิทยา รวม 5 ท่าน ด้วยการคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index-CVI) รายข้ออยู่ในช่วง .80 - 1.00 เมื่อ

พิจารณาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ .95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่ควรมากกว่า .80 ขึ้นไป (Cronbach, 1952 cited in Boateng et al., 2018)

2.3 นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (tryout) กับพ่อแม่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อศึกษาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบวัด โดยเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ซึ่งค่าดังกล่าวควรเกิน .70 ขึ้นไปถึงจะยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคในกลุ่มทดลองใช้นี้พบว่ามีความเท่ากับ .96

2.4 การตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาอันได้แก่ ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างทฤษฎีและความเชื่อมั่น โดยนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 517 คน ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบในกระดาษแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพื้นฐาน จำนวน ค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยใช้โปรแกรม LISREL สำหรับการตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาได้แก่ ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างทฤษฎีของแบบจำลองการวัด 4 องค์กรประกอบในกลุ่มตัวอย่างคนไทย และความเชื่อมั่นขององค์ประกอบ (composite reliability) (Hair et al., 2006)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย CMUREC 61/046

ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทย โดยอาศัยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง

เชิงโครงสร้างทฤษฎี โดยพิจารณาว่าโครงสร้างองค์ประกอบ (factor structure) และความเชื่อมั่นขององค์ประกอบ (composite reliability) โดยเก็บข้อมูลจากพ่อแม่คนไทยที่มีลูกอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 18 ปี อาศัยอยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกันที่ลูกเรียนอยู่ในโรงเรียน อำเภอเมือง จำนวน 517 คน

กลุ่มตัวอย่างมีฐานะเป็นพ่อและแม่ไล่เลี่ยกัน คือ เป็นแม่จำนวน 269 คน คิดเป็นร้อยละ 52.03 เป็นพ่อจำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 47.97 ส่วนใหญ่มี

อายุอยู่ในช่วงอายุ 40-45 ปี รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 35-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.82 และ 25.92 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 52.42 รองลงมาคือระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 20.50 และส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 2 คน รองลงมาคือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 59.38 และ 29.98 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	248	47.97
	หญิง	269	52.03
อายุ	ต่ำกว่า 35 ปี	31	6
	35-39 ปี	134	25.92
	40-44 ปี	180	34.82
	45-49 ปี	98	18.96
	50-54 ปี	54	10.44
	55-60 ปี	14	2.71
	60 ปีขึ้นไป	4	0.77
	ไม่ระบุ	1	0.19
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	22	4.26
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	58	11.22
	ปริญญาตรี	271	52.42
	ปริญญาโท	106	20.50
	ปริญญาเอก	13	2.51
	อื่น ๆ	39	7.54
	ไม่ระบุ	8	1.55
จำนวนบุตร	1 คน	155	29.98
	2 คน	307	59.38
	3 คน	40	7.74
	4 คน	9	1.74
	5 คน	1	0.19
	ไม่ระบุ	5	0.97

การแปลไปข้างหน้าและการแปลย้อนกลับโดยผู้แปลที่มีความเชี่ยวชาญทั้งสองภาษาและคุ้นเคยกับสองวัฒนธรรม รวมถึงการเทียบเคียงทางความหมายสำนวน ประสบการณ์ และแนวคิดโดยผู้แปลทั้ง 4 คน และนักวิจัยที่มีความคุ้นเคยกับการใช้แบบประเมินทางจิตวิทยา 3 คน ได้แบบประเมินก่อนนำไปใช้จริง เพื่อ

นำไปหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น ดังแสดงตัวอย่างในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการแปลไปข้างหน้าและการแปลย้อนกลับของแบบประเมินชุดก่อนนำไปใช้

ข้อความจากต้นฉบับ	การแปลไปข้างหน้า คนที่ 1 (F1)	การแปลไปข้างหน้า คนที่ 2 (F2)	ข้อความ หลังการสังเคราะห์	การแปลย้อนกลับ คนที่ 1 (B1)	การแปลย้อนกลับ คนที่ 2 (B2)	ข้อความหลังการเทียบเคียงทางความหมาย สำนวน ประสพการณ์ แนวคิด
PBA32: I have the sense that I'm really worn out as a parent	ข้าพเจ้าสัมผัสได้ว่าไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำหน้าที่ผู้ปกครอง	ฉันรู้สึกว่าย่ำแย่ในในฐานะพ่อแม่	ฉันสัมผัสได้ว่าฉันเหนื่อยล้ามากในฐานะพ่อแม่	I know that I am burned out in my status as a parent.	I sense that I am very tired as a parent.	EX2 ฉันสัมผัสได้ว่าฉันเหนื่อยล้ามากในฐานะพ่อแม่
PBA16: I feel as though I've lost my direction as a dad/mum	ข้าพเจ้ารู้สึกหลงทางในการทำหน้าที่พ่อแม่	ฉันรู้สึกหลงทางในบทบาทของความเป็นพ่อ/แม่	ฉันรู้สึกว่าย่ำแย่ ไร้ทิศทางในการทำหน้าที่พ่อแม่	I feel directionless in my role as a parent.	I feel that I am lost as a parent.	CO6 ฉันรู้สึกว่าย่ำแย่ไร้ทิศทางในการทำหน้าที่พ่อแม่
PBA34: I don't enjoy being with my child(ren)	ข้าพเจ้าไม่มีความสุขเวลาอยู่กับบุตร	ฉันไม่ชอบอยู่กับลูก	ฉันไม่มีความสุขเวลาที่ได้อยู่กับลูกของฉัน	I don't feel happy when I am with my children.	I do not feel happy when being with my child.	FU3 ฉันไม่ได้เพลิดเพลินเวลาอยู่กับลูก
PBA49: I'm no longer able to show my child(ren) how much I love them	ข้าพเจ้าไม่สามารถแสดงความรักให้บุตรได้อีกต่อไป ข้าพเจ้ารักบุตรมากแค่ไหน	ฉันไม่สามารถแสดงความรักต่อลูกได้อีกต่อไป	ฉันไม่สามารถแสดงให้ลูกรู้ได้อีกต่อไปว่าฉันรักเขามากแค่ไหน	I can no longer express to my child how much I love them.	I cannot my child how much I love him/her any longer.	ED3 ฉันไม่สามารถแสดงให้ลูกรู้ได้อีกต่อไปว่าฉันรักเขามากแค่ไหน

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการแจกแจงปกติของตัวแปรสังเกตในการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 23 ตัวแปรสังเกต ซึ่งเป็นคะแนนของข้อคำถามทั้ง 23 ข้อของแบบวัดฉบับภาษาไทย เพื่อตรวจสอบการแจกแจงโดยพิจารณาจากค่าความเบ้ร่วมกับความโด่ง (skewness and kurtosis combined) ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรสังเกตทั้ง 23 ตัวแปรมีความเบ้กับความโด่งระหว่าง 54.26-588.70 และมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าความเบ้เป็นค่าบวกซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาจากการแจกแจงแบบเบ้ขวา (right skewed) ของข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการแปลงคะแนนของตัวแปรสังเกตทั้งหมดเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว (Tabachnick & Fidell, 2007) โดยใช้คำสั่งแปลงเป็นคะแนนปกติ ผลการแปลงคะแนนดังกล่าว พบว่าค่าความเบ้และความโด่งดีขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาของการแจกแจงแบบเบ้ขวาอยู่ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวเป็นไปตามที่ผู้พัฒนา

แบบวัดฉบับภาษาไทยได้คาดไว้และเป็นไปตามงานวิจัยในอดีต (Roskam et al., 2017) ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของการตอบตัวชี้วัดในแบบวัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบุคคล นอกจากนี้ยังตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตทุกคู่ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่ามีความนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง .19 จนถึง .89

ผลการตรวจสอบดังกล่าวแสดงถึงข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยใช้ข้อคำถาม 23 ข้อ ปรับแก้แบบจำลองการวัดโดยพิจารณาค่าดัชนีปรับแก้ (modification index) ในโปรแกรม LISREL ร่วมกับการปรึกษาจากผู้พัฒนาแบบวัดต้นฉบับ ผู้วิจัยจึงปรับแก้โดยอนุญาต

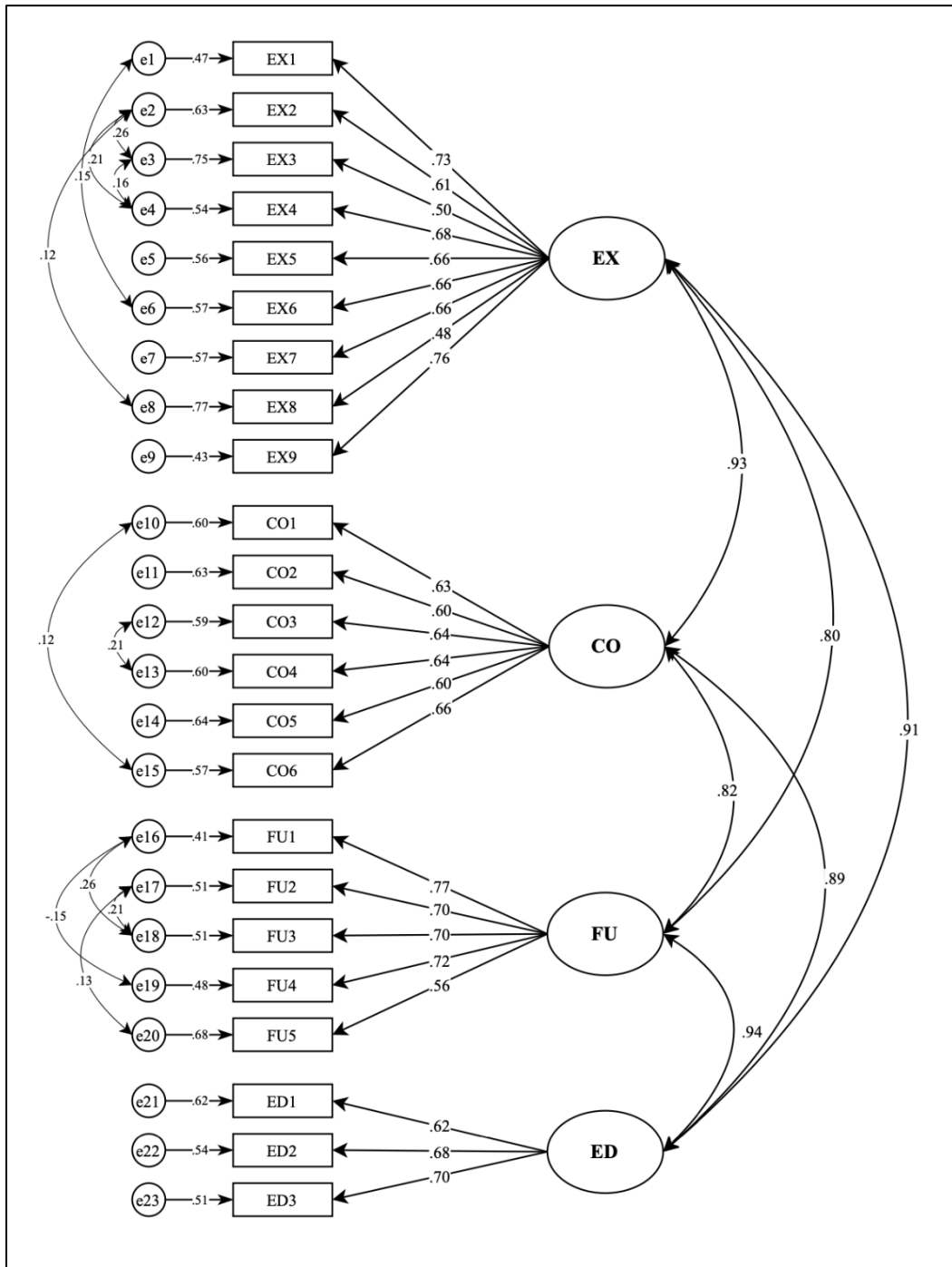
ให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กันทั้งสิ้น 11 คู่ พบว่า แบบจำลองการวัดภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ที่ปรับแก้แล้วมีค่าดัชนีความกลมกลืนทุกตัวอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 และภาพที่ 1 แสดงว่าหลังจากดำเนินการปรับแบบจำลองการวัดแล้ว พบว่า แบบจำลองการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากกลุ่มตัวอย่างพ่อแม่คนไทย ($\chi^2 = 877.55$, $df = 213$, $p < .01$; $NC = 4.16$; $CFI = .97$; $NNFI = .96$; $RMSEA = .079$; $AIC = 1003.55$; $ECVI = 2.02$) ถึงแม้ว่าค่าไคสแควร์ที่ใช้สำหรับการทดสอบความกลมกลืนแบบวิธีการดั้งเดิมจะมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าดังกล่าวอาจได้รับผลกระทบอันเนื่องมาจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ ทั้งนี้ Tabachnick and Fidell (2007) กล่าวว่าในกรณีที่ตรวจสอบความกลมกลืนจะต้องพิจารณาค่าปรับแก้ของค่าไคสแควร์ ได้แก่ normed chi-square (NC) ซึ่งควรมีค่าน้อยกว่า 5 ก็เป็นระดับที่ยอมรับได้ (Bollen, 1989) นอกจากนี้ยังพิจารณาค่าดัชนีอื่น ๆ ตามคำแนะนำมาตรฐานของ Kline (2016) ได้แก่ ดัชนีวัดกลุ่ม incremental fit index ที่เปรียบเทียบความ

กลมกลืนแบบจำลองในการวิจัยกับแบบจำลองพื้นฐานที่สมมุติว่าตัวแปรไม่สัมพันธ์กัน ซึ่งในการวิจัยนี้เลือกใช้ค่าดัชนี comparative fit index (CFI) ที่ควรสูงกว่า .90 และดัชนี non-normed fit index (NNFI) ที่ควรสูงกว่า .80 นอกจากนี้ยังพิจารณาจากค่าดัชนี root mean square error of approximation (RMSEA) ที่สะท้อนถึงการขาดความสอดคล้อง (lack of fit) และการกำหนดแบบจำลองการวัดที่ผิด ค่า RMSEA สำหรับการวัดที่ดีควรเข้าใกล้ศูนย์ โดยทั่วไปแล้วควรมีค่าต่ำกว่า .08 จากข้อค้นพบข้างต้นพบว่าค่าดัชนีวัดทุกตัวอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจแสดงว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยยังพิจารณาค่าดัชนีกลุ่ม predictive fit indices สำหรับใช้เปรียบเทียบแบบจำลอง ได้แก่ ค่า Akaike information criteria (AIC) และค่า expected cross-validation index (ECVI) แบบจำลองการวัดที่นำมาเปรียบมีค่าดัชนีทั้งสองน้อยกว่าแสดงว่ามีความกลมกลืนมากกว่า จากผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลองหลังปรับแล้วมีความกลมกลืนดีกว่าแบบจำลองของ Roskam et al. (2018) และแบบจำลองการปรับ

ตารางที่ 3 แสดงการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองทฤษฎีการวัดก่อนและหลังปรับแบบจำลอง

แบบสอบถาม	χ^2	df	NC	CFI	NNFI	RMSEA	AIC	ECVI
แบบสอบถาม PBA ต้นฉบับ (Roskam et al. 2018)	1391.07	224	6.21	.94	.94	.10	1495.07	3.00
ก่อนปรับแบบจำลอง	1939.15	230	8.43	.92	.92	.12	2031.15	4.08
หลังปรับแบบจำลอง	887.55	213	4.16	.97	.96	.07	1003.55	2.02



ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ที่ปรับแก้แล้ว จำนวน 23 ข้อ โดย EX คือ ความอ่อนล้าในการเป็นพ่อแม่; CO คือ ความเป็นพ่อแม่ที่ต่างไปจากเมื่อก่อน; FU คือ ความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการเป็นพ่อแม่; ED คือความท้อแท้ทางอารมณ์กับลูก

ความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทย

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทยจากหลักฐานของความเชื่อมั่นขององค์ประกอบ (composite reliability: CR) ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่นำความ

แปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการวัดมาคำนวณร่วมด้วย เป็นการวัดค่าความเชื่อมั่นที่แก้ไขปัญหาของค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคที่ค่อนข้างเคร่งครัดและมีการประมาณค่าต่ำเกินไปเพราะยึดถือสมมติฐานของ Tau-equivalent model (Raykov, 1997) ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการศึกษานี้

การใช้ค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบมีความเหมาะสมมากกว่า ค่าดังกล่าวถ้าคำนวณได้ .70 ขึ้นไปแสดงถึงความเชื่อมั่นที่ดีขององค์ประกอบการวัด อีกทั้งเป็นหลักฐานหนึ่งของความเที่ยงเชิงเหมือน (convergent validity) อีกด้วย

สูตรในการคำนวณค่าความเชื่อมั่นจะใช้ค่าน้ำหนักขององค์ประกอบมาตรฐาน (standardized factor loading) และความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการวัดของตัวแปรสังเกตแต่ละตัว (Hair et al., 2006) ดังนี้

$$CR = \frac{(\sum \lambda)^2}{(\sum \lambda)^2 + (\sum \delta)}$$

เมื่อคำนวณค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบตามสูตรข้างต้น พบว่า ค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบ

(composite reliability: CR) ของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทย ในองค์ประกอบที่ 1 ความอ่อนล้าในการเป็นพ่อแม่ มีค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบเท่ากับ .86 องค์ประกอบที่ 2 ความเป็นพ่อแม่ที่ต่างไปจากเมื่อก่อน มีค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบเท่ากับ .92 องค์ประกอบที่ 3 ความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการเป็นพ่อแม่ มีค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบเท่ากับ .95 และองค์ประกอบสุดท้ายด้านความห่างเหินทางอารมณ์กับลูก มีค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบเท่ากับ .80 โดยสรุปแล้วแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อคำถามและค่าน้ำหนักองค์ประกอบของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทยที่ปรับแก้แล้ว จำนวน 23 ข้อ

องค์ประกอบและข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน
องค์ประกอบที่ 1 ความอ่อนล้าในการเป็นพ่อแม่: EX (CR = .86)	
EX1 ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรงในบทบาทของการเป็นพ่อแม่	.73
EX2 ฉันสัมผัสได้ว่าฉันเหนื่อยล้ามากในฐานะพ่อแม่	.61
EX3 ฉันรู้สึกเหนื่อยจากบทบาทพ่อแม่มากถึงขั้นที่วานอนเท่าไรก็ไม่พอ	.50
EX4 เมื่อฉันตื่นเช้าขึ้นมาและต้องเผชิญกับอีกวันในการเลี้ยงลูก ฉันก็มีความรู้สึกเหนื่อยล้าก่อนที่จะเริ่มต้นเสียอีก	.68
EX5 เพียงแค่อคิดถึงทุกอย่างที่ต้องทำเพื่อลูก ฉันก็รู้สึกเหนื่อยล้าแล้ว	.66
EX6 ฉันสูญเสียกำลังใจในการเลี้ยงดูลูกของฉัน	.66
EX7 บทบาทการเป็นพ่อแม่ของฉันทันที ได้ผลลาญทรัพยากรทั้งหมดของฉันทันทีไปจนหมด	.66
EX8 บางครั้งฉันรู้สึกว่าฉันกำลังเลี้ยงลูกตามความเคยชิน	.48
EX9 ฉันกำลังอยู่ในสภาพการที่ต้องเอาตัวรอดไปวัน ๆ ในฐานะบทบาทการเป็นพ่อแม่	.76
องค์ประกอบที่ 2 ความเป็นพ่อแม่ที่ต่างไปจากเมื่อก่อน: CO (CR = .92)	
CO1 ฉันคิดว่าตอนนี้ฉันไม่ได้เป็นพ่อ/แม่ที่ดีดังที่เคยเป็น	.63
CO2 ฉันบอกกับตัวเองว่า ฉันไม่ใช่พ่อแม่แบบที่เคยเป็นอีกต่อไป	.60
CO3 ฉันรู้สึกละอายใจกับการเป็นพ่อแม่อย่างที่ฉันกำลังเป็นอยู่	.64
CO4 ฉันหมดความภาคภูมิใจกับตัวเองในฐานะพ่อแม่แล้ว	.64
CO5 ฉันมีความรู้สึกที่ฉันไม่เป็นตัวของตัวเองอีกต่อไปเมื่ออยู่กับลูก	.60
CO6 ฉันรู้สึกว่าฉันไร้ทิศทางในการทำหน้าที่พ่อแม่	.66
องค์ประกอบที่ 3 ความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการเป็นพ่อแม่: FU (CR = .95)	
FU1 ฉันไม่สามารถรับบทบาทการเป็นพ่อแม่ได้อีกต่อไป	.77
FU2 ฉันทนกับการเป็นพ่อแม่ไม่ไหวแล้ว	.70
FU3 ฉันรู้สึกเหมือนว่าฉันไม่สามารถทนการเป็นพ่อแม่ได้แล้ว	.70
FU4 ฉันรู้สึกเหมือนว่า ฉันไม่สามารถรับมือกับการเป็นพ่อแม่ได้	.72
FU5 ฉันไม่ได้เพลิดเพลินเวลาอยู่กับลูก	.56

องค์ประกอบและข้อความ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน
องค์ประกอบที่ 4 ความห่างเหินทางอารมณ์กับลูก ED (CR = .80)	
ED1 ฉันแค่ทำในสิ่งที่ฉันต้องทำเพื่อลูกของฉัน แต่ไม่ทำมากเกินไป	.62
ED2 นอกเหนือจากกิจวัตรทั่วไป (เช่น พาขึ้นรถ ป้อนอาหาร พาเข้านอน) ฉันไม่สามารถทุ่มเทเรื่องอื่น ๆ เพื่อลูกได้อีกต่อไป	.68
ED3 ฉันไม่สามารถแสดงให้ลูกรู้ได้อีกต่อไปว่าฉันรักเขามากแค่ไหน	.70

โดยสรุปแล้ว หลักฐานจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตามทฤษฎีและการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นขององค์ประกอบแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทยที่แปลจาก Roskam et al. (2018) จำนวน 23 ข้อ มีองค์ประกอบที่เป็นไปตามทฤษฎีซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบตามแบบวัดดั้งเดิม ทั้งนี้การปรับปรุงแบบวัดดังกล่าวทำให้แบบจำลองการวัดและคุณสมบัติของการวัดทางจิตวิทยามีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างพ่อแม่ไทยมากขึ้น

วิจารณ์

การแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทย และการแปลย้อนกลับ

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์หลักการแปลและพัฒนาเครื่องมือจาก The American Association of Orthopedic Surgeons: AAOS (Beaton et al., 2000) และวิธีการแปลแบบประเมิน aberrant behavior checklist-community (ABC-C) ของ Narkpongphun and Charmsil (2019) ซึ่งนอกเหนือจากมีกระบวนการแปลแบบ forward-backward translation แล้ว มีการพิจารณาให้มีความเทียบเท่ากัน (equivalence) โดยใช้การเทียบเท่า 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหมาย (semantic), ด้านสำนวน (idiomatic), ด้านประสบการณ์ (experiential) และด้านแนวคิด (conceptual) เพื่อให้การแปลที่ได้สามารถรักษาแนวคิด เนื้อหา และประสิทธิภาพของเครื่องมือไว้ได้มากที่สุด และยังมีความเหมาะสมและตรงตามเนื้อหาเชิงวัฒนธรรมของผู้ที่จะใช้แบบประเมิน (Beaton et al., 2000; Beaton et al., 2007)

ในวิธีการแปล การศึกษาครั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญการแปลทั้ง 4 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี ซึ่งการที่ผู้แปลมีคุณสมบัติที่

เหมาะสม มีผลอย่างมากที่จะทำให้ผลการแปลแบบประเมินจะสามารถคงเนื้อหาได้ใกล้เคียงกับแบบประเมินต้นฉบับได้มาก (Puttapaun & Sriphetcharawut, 2017) ทั้งยังเป็นบุคคลที่ไม่เคยเห็นแบบประเมินต้นฉบับมาก่อน ทำให้ลดอคติการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และการแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ

การเทียบเท่ากัน (equivalence)

นอกเหนือจากการแปลแล้ว การพิจารณาให้มีความเทียบเท่ากัน (equivalence) โดยใช้การเทียบเท่า 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหมาย (semantic), ด้านสำนวน (idiomatic), ด้านประสบการณ์ (experiential) และด้านแนวคิด (conceptual) ได้ทำให้แบบประเมินชุดนี้ได้รับการปรับข้อความให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย โดยไม่ทำให้เสียความหมายของต้นฉบับ เช่น ในข้อ EX8 “บางครั้งฉันรู้สึกกำลังเลี้ยงลูกตามความเคยชิน” มาจากคำถามต้นฉบับ “I sometimes have the impression that I’m looking after my child (ren) on autopilot” แม้ในแบบประเมินต้นฉบับได้พยายามสื่อให้เห็นว่ารูปเอกพจน์และพหูพจน์ของคำว่า child (ren) แต่ภาษาไทยไม่มีรูปของคำนามที่เป็นเอกพจน์หรือพหูพจน์ ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงแนะนำให้เป็นคำว่า “ลูก” เพราะเป็นที่เข้าใจในบริบทไทย

นอกจากนั้นคำว่า “autopilot” ในด้านทั้งความหมายและด้านสำนวน เมื่อแปลแล้วไม่สามารถใช้คำที่เป็นความหมายตรงตัวว่า “ระบบขับเคลื่อนอัตโนมัติ” ได้ เนื่องจากเมื่อวางในรูปประโยคของภาษาไทยแล้ว ทำให้ไม่ตรงความหมายที่ต้องการสื่อ จึงต้องลงศึกษาในแง่แนวคิดของ autopilot ที่ถูกสร้างขึ้นมาให้นักบินได้มีโอกาสในการขับเครื่องบินในระยะไกล เนื่องจากเป็นระบบที่สามารถขับเคลื่อนได้เอง นักบินไม่ต้องคิด ทำให้สามารถพักได้ เปรียบเสมือนกับการกระทำที่ทำซ้ำ ๆ ที่ทำอย่างคุ้นเคย จนเกิดเป็น

ความเคยชิน และสมองได้พัก ถ้าเปรียบเป็นแนวคิดของภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ที่พ่อแม่มีพลังในการดูแลลูกมีปริมาณน้อย แต่ยังคงต้องดูแลลูก แต่เป็นการดูแลลูกแบบประหยัดพลัง ทำให้ที่ประชุมการเทียบเท่าด้านแนวคิดแล้ว จึงเลือกใช้คำว่า “เคยชิน” เพื่อใช้ในบริบทประเทศไทย

จะเห็นได้ว่าคุณสมบัติที่ผู้ทำหน้าที่แปลเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความสามารถทั้งภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) และภาษาเป้าหมาย (ภาษาไทย) อย่างเท่าเทียมกัน ร่วมกับการประชุมแต่ละชั้น รวมถึงการเทียบเท่าทำให้ได้ผลของการแปลที่มีลักษณะของเนื้อหาและแนวคิดใกล้เคียงกับต้นฉบับ (Beaton et al., 2007; Sawasdiapanich & Tiansawad, 2011; Puttapaun & Sriphetcharawat, 2017)

ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างแบบประเมิน

แบบจำลองการวัดภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทย ที่ปรับแก้แล้วมีค่าดัชนีความกลมกลืนอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ และมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างที่มีคุณภาพตามทฤษฎีใน 4 องค์ประกอบ ($\chi^2 = 887.55$, $df = 213$, $p < .01$, $CFI = .97$, $RMSEA = .079$) สอดคล้องกับคุณสมบัติของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ต้นฉบับ (Roskam et al., 2018) แบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ฉบับภาษาฟินนิช (Aunola et al., 2020) และฉบับภาษาโรมาเนีย (Stănculescu et al., 2020) อย่างไรก็ตาม Cheng et al. (2020) พบว่าแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ฉบับภาษาจีนมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างแบบองค์ประกอบเดียว ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาจีนมีลักษณะของความสัมพันธ์กันของทั้ง 4 องค์ประกอบ (inherently correlated) และสามารถรวมสี่องค์ประกอบนี้เข้าเป็นปัจจัยเดียวกัน อีกการอธิบายหนึ่งคือพ่อแม่ชาวจีนอาจมองภาพภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่แบบองค์รวม จึงทำให้ไม่สามารถแยกเป็น 4 องค์ประกอบตามต้นฉบับได้ (Cheng et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเปรียบเทียบความกลมกลืนรายข้อแบบจำลองหลายองค์ประกอบจากข้อค้นพบในการศึกษานี้กับ

แบบจำลององค์ประกอบเดียวของ Cheng et al. (2020) ต่อไป

ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

แบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทยทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเชื่อมั่นระหว่าง .80-.95 อยู่ในระดับดี

สรุป

แบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ ฉบับภาษาไทย มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและมีความเชื่อมั่นในระดับดี น่าจะเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้ทางคลินิกและทางวิจัยเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ อย่างไรก็ตาม หากจะนำแบบประเมินไปใช้จริง อาจมีการศึกษาเพิ่มเติม เช่น การปรับค่าในบางข้อคำถาม หรือมีการกลับข้อคำถามให้อยู่ในรูปประโยคทางบวก ส่วนแนวทางในการทำการศึกษาต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มประชากรไทยที่มีเศรษฐฐานะหลากหลาย เนื่องจาก การวิจัยใช้การสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลในโรงเรียนขนาดใหญ่ ลักษณะของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยมีการศึกษาสูง และควรรหาเกณฑ์ปกติในกลุ่มพ่อแม่ชาวไทย นอกจากนี้ บทบาทของพ่อและแม่อาจมีความแตกต่างกันในการเลี้ยงดู ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปผู้ที่สนใจอาจศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติการวัดของภาวะหมดไฟระหว่างพ่อและแม่โดยใช้การวิเคราะห์เชิงยืนยันพหุกลุ่ม (multiple group CFA) เพื่อตอบคำถามดังกล่าวได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

Assel, M. A., Landry, S. H., Swank, P. R., Steelman, L., Miller-Loncar, C., & Smith, K. E. (2002). How do mothers' childrearing histories, stress, and parenting affect children's behavioural

- outcomes? *Child: Care, Health, and Development*, 28(5), 359-368.
- Aunola, K., Sorkkila, M., & Tolvanen, A. (2020). Validity of the Finnish version of the parental burnout assessment (PBA). *Scandinavian Journal of Psychology*, 61, 714-722.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, 25(24), 3186-91.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures*. Institute of Work and Health. http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf.
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. John Wiley & Sons, Inc.
- Cheng, H., Wang, W., Wang, S., Li, Y., Liu, X., & Li, Y. (2020). Validation of a Chinese version of the parental burnout assessment. *Frontiers in Psychology*, 11, 321.
- Cnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 117-132.
- Deater-Deckard, K. (2005). Parenting stress and children's development: Introduction to the special issue. *Infant and Child Development*, 14, 111-115.
- Feldman, R., Eidelman, A. I., & Rotenberg, N. (2004). Parenting stress, infant emotion regulation, maternal sensitivity, and the cognitive development of triplets: A model for parent and child influences in a unique ecology. *Child Development*, 75(6), 1774-1791.
- Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Barbin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Pearson Education, Inc.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Kwok, S., & Wong, D. (2000). Mental health of parents with young children in Hong Kong: The Roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Child & Family Social Work*, 5(1), 57-65.
- Latson, S. R. (1995). *Preventing parent burnout: Model for teaching effective coping strategies to parents of children with learning disabilities*. Selective Mutism Association. <http://www.selectivemutism.org/wp-content/uploads/2016/06/Preventing-Parent-Burnout.pdf>
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., Stinglhamber, F., Norberg, A. L., & Roskam, I. (2020). Is parental burnout distinct from job burnout and depressive symptoms? *Clinical Psychological Science*. 8(4), 673-689. <https://doi.org/10.1177/2167702620917447>
- Narkpongphun, A., & Charmsil, C. (2019). Cross-cultural translation and psychometric properties study of aberrant behavior checklist-community, Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 64(2), 197-206. (in Thai).
- Ostberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 615-625.
- Prasopkittikun, T., Tilokskulchai, F. & Vipuro, N. (2010). Relationship between selected factors

- and parenting stress in mothers. *Nursing Science Journal of Thailand*, 28(1), 19-27. (in Thai).
- Puttapaun, P., & Sriphetcharawut, S. (2017). Cross cultural validity and reliability of the kid play profile assessment for children aged 6-9 years: Thai version. *Journal of Associated Medical Sciences*, 50(3), 347-359. (in Thai).
- Raykov, T. (1997). Scale reliability, Cronbach's coefficient alpha, and violations of essential tau-equivalence with fixed congeneric components. *Multivariate Behavioral Research*, 32(40), 329-353.
- Roskam, I., Brianda, M.- E., & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The parental burnout assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>.
- Roskam, I., Raes, M.- E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00163>.
- Sawasdipanich, N., & Tiansawad, S. (2011). Instrument translation for cross-cultural research: Technique and issues to be considered. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(1), 19-28. (in Thai).
- Stănculescu, E., Roskam, I., Mikolajczak, M., Muntean, A., & Gurza, A. (2020). Parental burnout in Romania: Validity of the Romanian version of the parental burnout assessment (PBA-RO). *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2020(174), 119-136.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Pearson Education, Inc.
- Vigouroux, S. L., Scola, C., Raes, M.- E., Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2017). The big five personality traits and parental burnout: Protective and risk factors. *Personality and Individual Differences*, 119, 216-219.



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

นิพนธ์ต้นฉบับ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรคหลายบุคลิกภาพในผู้ใหญ่ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011-2018

เอียรชัย งามทิพย์วัฒนา¹, ธนยศ สุมาลย์โรจน์², เฉลิมพล เทศพันธุ์^{3*}

¹ ศาสตราจารย์คลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

³ นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. aunthedpun.ct@gmail.com

รับบทความ: 22 สิงหาคม 2566 | แก้ไขบทความ: 8 กันยายน 2566 | ตอรับบทความ: 3 พฤศจิกายน 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ Dissociative Identity Disorder (DID) ในแง่ประเด็นศึกษาเกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค การประเมินและวินิจฉัย และการบำบัดรักษา **วัสดุและวิธีการ** งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ DID ในผู้ใหญ่ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 2011 ถึง 2018 ใน 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ Embase, PubMed, ScienceDirect, Scopus และ PsycINFO โดยสืบค้นตามแนวทาง PICo จากนั้นคัดเลือกบทความซ้ำ พิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ประเมินคุณภาพของบทความด้วย JBI's critical appraisal tools และสกัดข้อมูลด้วยการสังเคราะห์เนื้อหา **ผลการศึกษา** งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกมี 28 บทความ สกัดข้อมูลพบ 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัยและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 2) การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค ทำความเข้าใจ และแยกระหว่างผู้ป่วยจริงกับกลุ่มแก๊งผู้ป่วย 3) ตัวแปรที่สัมพันธ์กับโรค DID 4) การเปรียบเทียบระหว่าง DID และโรคจิตเวชอื่น ๆ 5) สาเหตุของการเกิดโรคโดยเฉพาะสัณฐานวิทยาของสมอง และ 6) การรักษาด้วยจิตบำบัด เช่น จิตบำบัดตามแนวทางของ International Society for The Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) จิตบำบัดแบบเปลี่ยนโครงสร้างพลวัต (dynamic deconstructive psychotherapy: DDP) และอาชีพบำบัด โดยการวิง **สรุป** การศึกษาค้นคว้านี้ทำให้ทราบประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับ DID ที่ทันสมัยมากขึ้น ในเชิงสาเหตุการป่วย มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองซึ่งมีการอธิบายสาเหตุการป่วยที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้นและเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไปในอนาคต การประเมินและวินิจฉัยนิยมใช้ SCID-D สำหรับการบำบัดรักษามีเป้าหมายเพื่อลดภาวะ dissociation ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลายบุคลิกภาพ, ผู้ใหญ่, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

The Systematic Review of Dissociative Identity Disorder on Adult 2011-2018

Thienchai Ngamthipwattana¹, Thanayot Sumalrot², Chaloeiphon Thedpun^{3*}

¹ Clinical professor at Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

² Assistant professor at Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

³ Graduate student, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

* Corresponding author, e-mail. aunthedpun.ct@gmail.com

Received: 22 August 2023 | Revised: 8 September 2023 | Accepted: 3 November 2023

Abstract

Objectives: To study focusing on dissociative identity disorder (DID) with the emphasis on the disorder, etiology, assessment and diagnosis, and treatment. **Materials and methods:** Research include a systematic literature review on DID in adults that were published from 2011 to 2018 under five databases, namely Embase, PubMed, ScienceDirect, Scopus, and PsycINFO, using the PICO framework for the review. Moreover, the duplicate articles were excluded according to inclusive-and-exclusive criteria. The quality of the articles was assessed using JBI's critical appraisal tools and the data was extracted using research synthesis. **Results:** The total of 28 articles were included, revealing six key areas: 1) the negative impact of diagnosis on patients and their daily lives, 2) assessment for diagnosis, understanding, and differentiating DID patients from the mimic group, 3) variables related to DID, 4) comparisons between DID and other psychiatric disorders, 5) specific causes of the disorder, focusing on brain morphology, and 6) psychotherapeutic treatment, including International Society for The Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) psychotherapy, dynamic deconstructive psychotherapy (DDP), and occupational therapy. **Conclusion:** This study discovers the most current research topics related to DID. Regarding the etiology of the disorder, there is an increasing emphasis on brain morphology that provide more scientific explanations which can lead to better further studies. It is now known that assessment and diagnosis commonly involve the use of SCID-D where the treatment aims to reduce dissociation, helping patients to improve the quality of their daily lives.

Keywords: Dissociative identity disorder, Adult, Systematic review

บทนำ

Dissociative Identity Disorder (DID) เป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่ม dissociative disorders (DDs) โดยผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกันอย่างน้อย 2 บุคลิกภาพขึ้นไป (American Psychiatric Association, 2013) แต่ละบุคลิกภาพมีความสามารถต่างกัน สลับออกมามีผลต่อพฤติกรรม โดยมักเกิดขึ้นเมื่อประสบกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่กระทบจิตใจ การเปลี่ยนบุคลิกภาพเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด และเมื่อเกิดการสลับบุคลิกภาพขึ้น บุคลิกเดิมมักไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลิกอื่นได้ ซึ่งอาการของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ ค่อนข้างยากลำบาก ทั้งในแง่ของการสร้างสัมพันธภาพ การทำงานและความสามารถในการจัดการปัญหาต่าง ๆ รอบตัว (Sadock & Sadock, 2007) DID ไม่ค่อยพบในเด็กทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคค่อนข้างน้อยและยากต่อการศึกษาและทำความเข้าใจ (Boysen & VanBergen, 2013) อีกทั้งบุคลิกภาพยังพัฒนาไม่คงที่ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย ซึ่งต่างจากผู้ใหญ่ที่พัฒนาบุคลิกภาพคงที่แล้วและได้รับการวินิจฉัย DID ในสัดส่วนที่มากกว่า อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคนี้นี้ยังคงยากและซับซ้อนเมื่อเทียบกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ระดับความชุกของโรคในกลุ่มชุมชนขนาดเล็กของประเทศสหรัฐอเมริกา มีค่าประมาณร้อยละ 1.5 (American Psychiatric Association, 2013) เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่นแล้วถือว่ามีส่วนค่อนข้างน้อย

นอกจาก DID จะพบและวินิจฉัยยากแล้ว การรักษาที่ท้าทายและซับซ้อนเช่นเดียวกัน ในอดีตองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้นี้ยังมีน้อยทั้งในแง่สาเหตุการเกิด กลไกการพัฒนาบุคลิกภาพใหม่ การวินิจฉัยและการรักษา เมื่อเวลาผ่านไปมนุษย์มีความรู้มากขึ้น มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาโรครวมถึงการประเมินที่แม่นยำมากขึ้น ผลการศึกษาจึงถูกตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ประเด็นศึกษามีทั้งที่เคยมีการศึกษามาก่อนเพื่อสนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้า และที่แตกต่างจากเดิม จึงทำให้ได้ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับ DID

เมื่องานวิจัยมีมากขึ้นและการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันไม่มากนักน้อย ส่งผลให้ผลการศึกษาที่มีความกระจัดกระจายและยากต่อการสรุปข้อมูล Boysen

and VanBergen (2013) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ DID ผลการศึกษาพบประเด็นแรก คือ ประเด็นที่ศึกษาเกี่ยวกับ DID แบ่งเป็น 6 ประเด็น ได้แก่ 1) อาการทางคลินิก 2) กระบวนการทางร่างกายของบุคลิกที่ต่างกัน 3) การรักษา 4) สาเหตุการเกิด 5) กระบวนการรู้คิด และ 6) ปัจจัยทางชีววิทยา ประเด็นที่สอง คือ สาเหตุของโรคพบสมมติฐานที่ใช้อธิบายทั้งหมด 2 สมมติฐาน คือ (1) คำอธิบายในเชิงของชีววิทยา ได้แก่ การทำงานของสมอง และ (2) คำอธิบายในแง่ผลจากบาดแผลทางจิตใจ (post-traumatic) ประเด็นที่สาม คือ การประเมินและวินิจฉัย พบว่า Diagnostic Manual and Statistical of Mental Disorders (DSM criteria) เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยมากที่สุด และสุดท้าย คือ การรักษา พบว่ามี 3 แนวทางที่นำมาประยุกต์ใช้ได้แก่ 1) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) 2) การปรึกษาแนววิเคราะห์สัมพันธภาพ (transactional analysis counselling) และ 3) การบำบัดด้วยการวิเคราะห์ความคิด (cognitive analytic therapy: CAT) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึง 2010 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเวลาที่ค่อนข้างนาน ประกอบกับบทความวิจัยที่นำมาศึกษาไม่ได้ประเมินคุณภาพบทความ (Boysen & VanBergen, 2013) ทำให้ผู้วิจัยสนใจทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ DID ซึ่งตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2011 ถึง ค.ศ. 2018 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต่อยอดและทันสมัยมากขึ้น อีกทั้งมีการประเมินคุณภาพบทความเพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นองค์ความรู้ที่น่าเชื่อถือซึ่งอาจมีประโยชน์ในการทำความเข้าใจโรค วินิจฉัยและบำบัด รักษา รวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในอนาคต นอกจากนี้จากการสืบค้นงานวิจัยฉบับภาษาไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับ DID ก็ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงอาจช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก ตลอดจนผู้ที่สนใจมีความรู้เกี่ยวกับ DID มากขึ้นและอาจเป็นแนวทางในการศึกษาโรคนี้ต่อไป

คำถามการทบทวนวรรณกรรม

1. การศึกษาเกี่ยวกับ DID มีการศึกษาในประเด็นใดบ้าง

2. การศึกษาเชิงสาเหตุของโรคเป็นอย่างไร
3. แนวทางในการประเมินและวินิจฉัย DID มีอะไรบ้าง
4. การบำบัดรักษามีวิธีหรือแนวทางใดที่ก็นำมาใช้กับผู้ป่วย DID บ้าง

วัสดุและวิธีการ

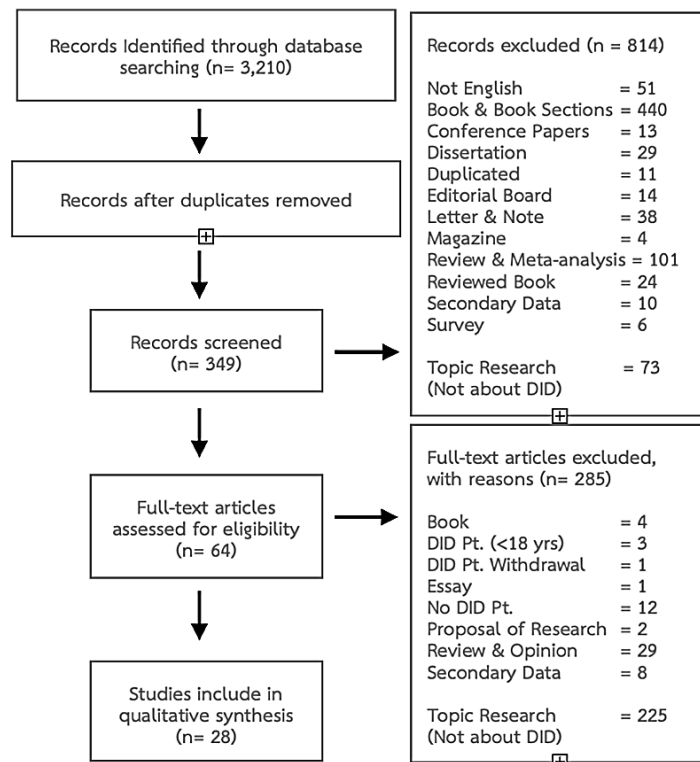
การศึกษามีขั้นตอนการสืบค้นตามแนวทางของกรอบแนวคิด PICO โดยงานวิจัยต้องตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในปี ค.ศ. 2011 ถึง 2018 จาก 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ Embase, PubMed, ScienceDirect, Scopus และ PsycINFO คำสำคัญที่ใช้สืบค้น ได้แก่ “dissociative identity disorder”, “multiple personality disorder” และ “multiple personality” การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดลในเดือนสิงหาคม 2562 (เลขที่เอกสาร Si 594/2562 (exempt))

เกณฑ์คัดเลือกงานวิจัย ได้แก่ (1) งานวิจัยต้นฉบับที่ศึกษาเกี่ยวกับ DID (2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป) (3) ระบุว่าผู้ป่วยอย่าง

น้อย 1 คนที่วินิจฉัยเป็น DID (4) สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็ม หลังผ่านขั้นตอนการอ่านบทคัดย่อแล้ว เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) งานที่นำข้อมูลทุติยภูมิมาใช้ศึกษา เช่น narrative review, systematic review และ meta-analysis เป็นต้น (2) หนังสือหรือบทในหนังสือ (3) มีเนื้อหาซ้ำซ้อน

การสืบค้น คัดเลือกและประเมินงานวิจัย

หลังสืบค้นด้วยคำสำคัญจาก 5 ฐานข้อมูล พบงานวิจัยทั้งหมด 3,210 บทความ เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกบทความซ้ำเหลือจำนวน 1,163 บทความ และเมื่อคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือกเบื้องต้น เหลือจำนวน 349 บทความที่เข้าสู่ขั้นตอนการหาบทความฉบับเต็ม ขั้นตอนนี้และมีการคัดเลือกซ้ำอีกครั้ง ทำให้เหลือ 64 บทความที่ถูกประเมินคุณภาพงานวิจัย เครื่องมือสำหรับใช้ประเมินคุณภาพ คือ JBI’s critical appraisal tools (Joanna Briggs Institute, 2019) หลังจากประเมินเหลืองานวิจัยจำนวน 28 บทความที่ผ่านการพิจารณาตามเกณฑ์ของ JBI ว่ามีคุณภาพเพียงพอที่จะถูกนำมาสกัดข้อมูล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสืบค้น คัดเลือก และประเมินงานวิจัยโดยดัดแปลงจาก PRISMA flow diagram (Moher et al., 2009)

การสังเคราะห์ข้อมูล

บทความที่ผ่านขั้นตอนการประเมินถูกจัดหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับคำถามการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ประเด็นที่ศึกษาของบทความ สาเหตุการเกิดโรค การประเมินและการวินิจฉัย และการบำบัดรักษา จากนั้นจึงสรุปข้อมูลเป็นองค์ความรู้ ตลอดจนอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคนี้ในประเด็นที่ยังไม่มีการศึกษาหรือศึกษาน้อย

ผลการศึกษา

จากงานวิจัยทั้งหมด 28 บทความนำมาสกัดข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยโดยนำเสนอตามประเด็นคำถาม ดังนี้

1. การศึกษาเกี่ยวกับ DID แบ่งได้ 6 ประเด็น ดังนี้

1) ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัยและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึ่งเกี่ยวกับการถูกเหมารวมของโรค DID ที่ถูกทำให้ดูน่ากลัวเกินจริง เมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรค DID จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและผู้ป่วยยังถูกล่วงละเมิดและใช้ความรุนแรงจากครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการป่วยแย่ลง (Floris & McPherson, 2015; Snyder, 2018)

2) การประเมินเพื่อทำความเข้าใจและแยกแยะระหว่างผู้ป่วยจริงกับกลุ่มแกล้งป่วย พบแบบประเมินที่ใช้ศึกษา 4 แบบทดสอบ ได้แก่ (1) test of memory malingering (TOMM) ประเมินความจำผ่านการมองภาพ ออกแบบมาเพื่อวัดความสามารถด้านความรู้คิดที่เกี่ยวกับความจำ โดยนำมาใช้ประเมินคนที่แกล้งป่วย (malingering) มีความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .98$) (Brand et al., 2018), (2) structured interview of reported symptoms, 2nd edition (SIRS-2) แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ประเมินการแกล้งป่วยทางโรคจิตเวชสำหรับในบริบททางกฎหมาย (sensitivity = .80, specificity = .975) (Rogers et al., 2010), (3) Minnesota multiphasic personality inventory-2 (MMPI-2) แบบประเมินทางจิตเวชที่ใช้กันอย่างกว้างขวางและมีความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .58 - .92$) (Butcher et al., 1989) และ (4) Rorschach performance assessment system (R-PAS) เป็นระบบการคิดคะแนนและแปลผลของแบบทดสอบ Rorschach

บนระบบคอมพิวเตอร์ มีความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .9$) (Meyer & Eblin, 2012) ข้างต้นพบว่า TOMM, SIRS-2 และ MMPI-2 นำมาศึกษาเพื่อแยกกลุ่มผู้ป่วย DID จากกลุ่มแกล้งป่วยซึ่งพบว่า TOMM แยกผู้ป่วย DID ได้แม่นยำกว่า SIRS-2 และ MMPI-2 ส่วน R-PAS นำมาใช้ทำความเข้าใจโรคให้มากยิ่งขึ้น (Brand et al., 2014, 2018; Brand & Chasson, 2015; Hartmann & Benum, 2017) 3) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ DID ได้แก่ (1) ความสัมพันธ์การนอนและอาการของ DID พบว่าปัญหาการนอนแปรผันตรงกับภาวะ dissociation และ (2) ความผูกพัน (attachment) พบว่าความผูกพันมีแนวโน้มเป็นปัจจัยเสี่ยงของการป่วยเป็นโรคในกลุ่ม DDs (Barlow et al., 2012; Chalavi et al., 2015a, 2015b; Van Heugten-van der Kloet et al., 2014) 4) การเปรียบเทียบระหว่าง DID และโรคจิตเวชอื่น ๆ / คนทั่วไปแบ่งเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ (1) อาการของโรคและโรคร่วม พบว่าภาวะ dissociation พบได้ในโรคทางจิตเวชอื่น ได้แก่ schizophrenia และ borderline personality disorder (BPD) อย่างไรก็ตาม สันนิษฐานว่ากลไกการเกิดมีความแตกต่างกัน นอกจากอาการของโรคแล้วยังพบว่าผู้ป่วย DID ส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมอื่น ๆ อีกอย่างน้อย 4 โรค ที่พบบ่อย ได้แก่ PTSD, panic syndrome, somatization และ conversion (Laddis & Dell, 2012; Laddis et al., 2017; Rodewald et al., 2011) (2) ความจำ พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจำเรื่องราวได้น้อยกว่าเมื่อเทียบกับคนทั่วไป โดยเฉพาะสถานการณ์เกี่ยวกับความกลัว (Barlow, 2011; Huntjens et al., 2014) (3) สมอ พบว่าปริมาตรโดยรวมและส่วนย่อยมีน้อยกว่าคนทั่วไป (Chalavi et al., 2015a, 2015b; Reinders et al., 2012, 2014, 2016; Schlumpf et al., 2013, 2014) (4) ประเด็นอื่น ๆ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกละอายใจ, ความสามารถในการใช้ชีวิตโดยทั่วไปบกพร่องและความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบได้ค่อนข้างสูงเทียบกับคนทั่วไปและโรคจิตเวชอื่น ๆ (DePrince et al., 2015; Dyer et al., 2017; Mueller-Pfeiffer et al., 2012; Tanner et al., 2017) สำหรับประเด็น 5) การศึกษาเชิงสาเหตุ และ 6) การบำบัดรักษา สอดคล้องกับข้อคำถามในการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาข้อที่ 2 และ 4 ดังต่อไปนี้

2. การศึกษาเชิงสาเหตุของ DID พบงานวิจัยที่ศึกษาสาเหตุของโรค จึงได้สมมติฐานใหม่ที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น คือ ปริมาตรของสมองน้อยกว่าคนปกติ อาจสัมพันธ์กับการป่วยเป็น DID ได้แก่ ส่วน insular, cingulate cortex, prefrontal cortex (บริเวณ dorsolateral, superior, medial และ orbitofrontal) และ temporal lobe (บริเวณ superior และ inferior) (Reinders et al., 2018) สมองอีกส่วนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ dissociation คือ hippocampus พบว่าสมองส่วนนี้ของผู้ป่วยมีปริมาตรน้อยกว่าคนทั่วไปเช่นกัน (Chalavi et al., 2015b; Vermetten et al., 2006) และมีความสัมพันธ์กับประสพการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจด้วย (Chalavi et al., 2015a)

3. การประเมินและการวินิจฉัย DID พบว่าส่วนใหญ่ใช้ structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D) เป็นเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยมากที่สุด โดย SCID-D เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างที่นิยมใช้เพื่อช่วยวินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคในกลุ่ม DDs ซึ่งคำถามทั้ง 277 ข้อเกี่ยวกับอาการของภาวะ dissociation ได้แก่ amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion และ identity alteration ใช้เวลาประเมิน 45-180 นาที คำถามส่วนใหญ่ให้อธิบายประสพการณ์/เหตุการณ์ ยกตัวอย่างและความถี่ของเหตุการณ์ ตลอดจนผลกระทบต่อความสามารถในชีวิตประจำวันและการทำงาน (Steinberg & Hall, 1997) ส่วนผู้ที่ใช้ SCID-D จำเป็นต้องฝึกอบรมเพื่อให้ทราบรายละเอียดสำหรับการวินิจฉัยได้ถูกต้องและแม่นยำ

4. การบำบัดรักษา พบ 3 แนวทางที่ประยุกต์ใช้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหลอมรวมบุคลิกภาพ (integration) และลดภาวะ dissociation ได้แก่ 1) จิตบำบัดตามแนวทางของ International Society for The Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) เป็นองค์กรที่ศึกษาเกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจและภาวะ dissociation สำหรับผู้ป่วย DID ซึ่งแนวทางนี้แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การสร้างความรู้สึกปลอดภัย การสร้างเสถียรภาพ (stabilization) 2) การเผชิญหน้ากับบาดแผลทางจิตใจ 3) การรวมบุคลิกภาพและฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (International Society for The Study of Trauma and Dissociation

[ISSTD], 2011; Pollock et al., 2017) 2) จิตบำบัดแบบเปลี่ยนโครงสร้างพลวัตร พัฒนาเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วย BPD ซึ่งนำมาปรับใช้กับผู้ป่วย DID พบว่าช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักและจัดการกับอารมณ์ทางลบได้ดีขึ้นและลดภาวะ dissociation ได้ (Chlebowski & Gregory, 2012) และ 3) อาชีวบำบัดโดยการวิ่ง ซึ่งช่วยหลอมรวมบุคลิกภาพผู้ป่วย โดยจัดลำดับช่วงเวลาวิ่งของแต่ละบุคลิกภาพซึ่งเอื้อให้บุคลิกภาพภายในมีการสื่อสารซึ่งกันและกัน หลังจากบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เวลาและจัดการความเครียดได้ดีขึ้น ภาวะหลงลืม (amnesia) มีน้อยลง (Precin, 2011)

วิจารณ์

1. ประเด็นศึกษาเกี่ยว DID ในช่วง ค.ศ. 2011 ถึง 2018 จำแนกได้ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัยและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 2) การประเมินเพื่อทำความเข้าใจ และแยกระหว่างผู้ป่วยจริงกับกลุ่มแก๊งป่วย 3) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ DID 4) การเปรียบเทียบระหว่าง DID และโรคจิตเวชอื่น ๆ /คนทั่วไป ได้แก่ อาการของโรคและโรคร่วม, ความจำ, สมอง และประเด็นอื่น ๆ 5) การศึกษาเชิงสาเหตุ และ 6) การบำบัดรักษา ซึ่งบางประเด็นคล้ายกับ Boysen and VanBergan (2013) ได้แก่ สาเหตุการเกิดและการรักษา จะให้รายละเอียดในข้อวิจารณ์ 2 และ 4 ส่วนประเด็นอื่นที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาอาการทางคลินิกของ DID เช่น ภาวะ dissociation บาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก, กระบวนการทางร่างกายของบุคลิกภาพที่ต่างกัน เช่น ความถนัดมือซ้าย-ขวาของบุคลิกภาพต่างกัน, กระบวนการรู้คิด เช่น สมาธิ ความจำระยะสั้น และปัจจัยทางชีววิทยาของผู้ป่วย เช่น ระดับคอเลสเตอรอลในร่างกาย การทำงานของระบบประสาท เป็นต้น

1.1 ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัยและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย พบว่า DID ถูกเหมารวมเป็นโรคที่น่ากลัวโดยเฉพาะในภาพยนตร์/หนังสือ (Keyes, 1981) ทำให้ถูกตีตราจากคนในสังคม รวมถึงตนเองส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่มั่นใจ แยกตัวจากสังคม และกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Floris & McPherson, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า DID เป็นโรค

ทางจิตเวชที่มีการถูกตีตราในระดับสูง (Reisinger & Gleaves, 2023) ความรุนแรงและการถูกล่วงละเมิดเป็นสิ่งที่รายงานบ่อยครั้งโดยเฉพาะในวัยเด็ก (Chlebowski & Gregory, 2012; Hartmann & Benum, 2017; Howell, 2011; Pollock et al., 2017; Precin, 2011; Snyder, 2018) ในผู้ใหญ่ยังมีการรายงานเกี่ยวกับความรุนแรงเช่นกัน เช่น ความรุนแรงระหว่างคู่รัก (intimate partner violence) ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ภาวะ dissociation แย่ลง (Snyder, 2018) เนื่องจากสถานการณ์เช่นนี้ส่งผลให้เกิดภาวะตึงเครียดหรือมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย (Sadock & Sadock, 2007)

1.2 การประเมินเพื่อทำความเข้าใจ และ แยกแยะระหว่างผู้ป่วยจริงกับกลุ่มแก๊งป่วย โดย TOMM สามารถแยกผู้ป่วยออกจากผู้ที่แก๊งป่วยได้แม่นยำ (Brand et al., 2018) เมื่อเทียบกับ SIRS-2 (Brand et al., 2014) และ MMPI-2 (Brand & Chasson, 2015) ดังนั้น TOMM จึงมีประโยชน์ในทางคลินิกและทางกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ทั้ง 3 แบบทดสอบไม่ได้พัฒนาขึ้นสำหรับประเมิน complex trauma หรือ dissociation (Brand et al., 2018) ฉะนั้นจึงควรระมัดระวังหากใช้ทดสอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับ R-PAS นำมาศึกษาเพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยโรคนี้นี้ (Hartmann & Benum, 2017) มิได้ใช้เพื่อการวินิจฉัย แม้ว่าโดยทั่วไป Rorschach เป็นแบบประเมินด้านจิตวิทยาคลินิกที่ถูกนำมาใช้เพื่อให้ข้อมูลในการวินิจฉัยและวางแผนในการรักษาทางจิตเวชก็ตาม (Thongpibul & Asawathaweboon, 2019) จากข้างต้นสนับสนุนว่า การป่วยเป็น DID มิได้เกิดจากการเลียนแบบหรือสร้างกระทำ (Boysen & VanBergen, 2014) เนื่องจากช่วงเวลาหนึ่งโรคนี้นี้เป็นที่สงสัยว่าอาจเกิดจากการแก๊งป่วย

1.3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ DID: การนอนและความผูกพัน โดยปัญหาการนอนเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะ dissociation ของผู้ป่วยแย่ลงและส่งผลต่อความสามารถด้านการจดจำ (van Heugten-van der Kloet et al., 2014, 2015) ซึ่งปัญหาการนอนสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (American Psychiatric Association, 2013) ส่วนผู้ป่วย DID ที่มีความผูกพันกับสัตว์ในระดับสูงซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสัมพันธภาพหรือความผูกพันแบบไม่เป็นระเบียบ (disorganized attachment) ที่เกิดจากผู้เลี้ยงดูมีรูปแบบความสัมพันธ์

ที่มีปัญหา (Howell, 2011) ดังนั้น ความผูกพันแบบนี้จึงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคในกลุ่ม DDs และการเกิดภาวะ dissociation (Carlson, 1998; Howell, 2011; Ogawa et al., 1997)

1.4 การเปรียบเทียบระหว่าง DID และโรคจิตเวชอื่น ๆ /คนทั่วไป แบ่งเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1) อาการของโรคและโรคร่วม ภาวะ dissociation เป็นอาการหนึ่งพบในผู้ป่วย DID อย่างไรก็ตาม ภาวะนี้พบได้ในโรคทางจิตเวชอื่น เช่น schizophrenia และ BPD จึงอาจเป็นเหตุผลทำให้มีการศึกษาเพื่อพิสูจน์ข้อสันนิษฐานที่ว่าภาวะนี้ของทั้งสองโรคแตกต่างกับโรคในกลุ่ม DDs สำหรับ schizophrenia ผู้ป่วยมีภาวะหลงผิด (delusion) ซึ่งเป็นเกณฑ์วินิจฉัยหนึ่งของโรคจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะคล้าย dissociation (American Psychiatric Association, 2013; Laddis & Dell, 2012) สำหรับ BPD สามารถพบภาวะนี้ได้เช่นกัน (American Psychiatric Association, 2013; Conklin & Westen, 2005; Ross, 2007) แต่การเกิดภาวะนี้ของ BPD และ DID มีความแตกต่างกันโดย BPD เป็นผลมาจากปัญหาความจำ ภาวะ (trance-like state) และอารมณ์ซึ่งปัญหาการจัดการอารมณ์เป็นลักษณะเด่นที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (American Psychiatric Association, 2013) ส่วน DID เกิดจากปัญหาทางความจำและ ego (Laddis et al., 2017)

ผู้ป่วย DID ส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) ที่นอกเหนือจาก DID (American Psychiatric Association, 2013) อีกประมาณ 4 โรค ดังนั้น ขั้นตอนการวางแผนการรักษาควรคำนึงถึงโรคร่วมเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละคน

2) ความจำ ผู้ป่วยมีแนวโน้มจดจำเรื่องราวหรือประสบการณ์ (autobiographical episodic memory) เกี่ยวกับความกลัวได้น้อยกว่าคนทั่วไปซึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนบุคลิกโดยส่งผลให้การสังเกต เรียนรู้และจดจำสิ่งเร้า/ข้อมูลใหม่รอบตัวแย่ลง (Barlow, 2011) ปัจจัยที่เป็นเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนบุคลิก คือ การถูกกระตุ้นโดยความเครียดทางจิตสังคม (psychosocial stress) (American Psychiatric Association, 2013) อีกปัจจัยที่มีส่วนทำให้ระบบการทำงานเกี่ยวกับความ

ทรงจำของผู้ป่วย อาจเพราะปริมาตรของสมองส่วน hippocampus น้อยกว่าคนทั่วไป (Chelavi et al., 2015b)

3) สมองและการทำงานของสมอง จากการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วย DID พบว่า ปริมาตรสมองโดยรวม (whole-brain) และส่วนย่อย ได้แก่ frontal, temporal, insular (Chelavi et al., 2015a; Reinders et al., 2018), cingulate cortex (Reinders et al., 2018) hippocampus (Chelavi et al., 2015b; Vermetten et al., 2006) และ amygdala (Vermetten et al., 2006) มีขนาดเล็กกว่าปกติซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของสมอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 บุคลิกภาพ ได้แก่ แบบ neutral identity state (NIS) หรือ apparently normal part (ANP) และ แบบ trauma identity state (TIS) หรือ emotional part (EP) พบว่า NIS/ANP มีการทำงานของสมองส่วน cerebral cortex เป็นส่วนใหญ่

ในขณะที่ TIS/EP จะเป็นส่วน subcortical area (Reinders et al., 2012) เมื่อถูกกระตุ้นเร้าสมองของทั้งสองบุคลิกตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นแตกต่างกัน ผู้วิจัยได้รวบรวมและนำเสนอตามที่แสดงใน ตาราง 1 นอกจากนี้ข้อมูลในตารางยังแสดงส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับภาวะ dissociation ของผู้ป่วยไว้ด้วย

แม้ว่าการศึกษานี้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าสมองส่วนใดเกี่ยวข้องกับภาวะ dissociation ของผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากมีสมองหลายส่วนที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะนี้ (Reinders et al., 2018) แต่อาจเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อเข้าใจโรคได้มากขึ้นเนื่องจากศึกษาของ Boysen and VanBergan (2013) พบว่ายังไม่ค่อยมีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยมากนัก

ตาราง 1 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับสมองและการทำงานของสมองของผู้ป่วย DID

สมองส่วนที่เล็กกว่าคนทั่วไป	whole-brain, frontal, temporal, insular, cingulate, hippocampus, amygdala		
การทำงานของสมอง	ปราศจากสิ่งกระตุ้นเร้า	NIS/ANP → cerebral cortex	thalamus: NIS/ANP > TIS/EP
		TIS/EP → subcortical area	DMPFC*: TIS/EP > NIS/ANP
	มีสิ่งกระตุ้นเร้า	NIS/ANP → cingulate cortex, frontal gyrus	
		TIS/EP → amygdala, caudate nucleus, insular	
	สิ่งเร้าที่คลุมเครือ	NIS/ANP → ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ	
	TIS/EP → dorsal brainstem, parahippocampal gyrus, occipital-temporal junction, motor-related areas		
ภาวะ dissociation	dorsal striatum, pallidum, inferior parietal, hippocampus, prefrontal cortex		

หมายเหตุ: “→” แสดงส่วนของสมองที่ทำงานมากในบุคลิกภาพนั้น, “>” แสดงส่วนของสมองของบุคลิกภาพหนึ่งมากกว่าอีกบุคลิกภาพหนึ่ง, DMPFC* = dorsomedial prefrontal cortex

4) ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในส่วนนี้ประกอบด้วย 3 หัวข้อย่อย ได้แก่ 1) ความละเอียดของผู้ป่วย DID มีความรู้สึกละเอียดอยู่ในระดับสูงส่งผลให้เกิดการหลีกหนี/แยกตัว ไม่เผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นและเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (Dyer et al., 2017) ปัจจัยหนึ่งอาจเพราะข้อมูลที่ไม่ถูกต้องโดยภาพยนตร์/หนังสือมักมีการนำเสนอร่วมกับคดีอาชญากรรม (Keyes, 1981) ทำให้ผู้ป่วยดูน่ากลัวและอันตรายซึ่งทำให้เกิดการตีตราและส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Floris, & McPherson, 2015; Reisinger & Gleaves, 2023) 2) ความสามารถ

ในการใช้ชีวิต (global functioning) ภาวะ dissociation ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเช่นกัน เนื่องจากภาวะนี้เกี่ยวกับความจำและอัตลักษณ์ (American Psychiatric Association, 2013; Mueller-Pfeiffer et al., 2012) ทำให้ความสามารถด้านต่าง ๆ บกพร่อง และ 3) การฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่พบในกลุ่ม DDs (Foote et al., 2008) สำหรับในผู้ป่วย DID พบว่า 70% มีประวัติการฆ่าตัวตาย (Ross & Norton, 1989) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมประกอบด้วย โรคร่วม (comorbidity) หลายโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่ง PTSD และความรุนแรงของการถูกละเมิดทางร่างกายและทางเพศ

(Chlebowski & Gregory, 2012; Snyder, 2018; Tanner et al., 2017)

การศึกษาประเด็นที่แตกต่างจาก Boysen and VanBergan (2013) สังเกตพบว่า หลายประเด็นยังมีข้อมูลน้อยหรือยังไม่มีการศึกษาในช่วงนั้น ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปอาจทำให้เกิดประเด็นการศึกษาใหม่หรือคล้ายกับการศึกษาเดิม เช่น ผลกระทบหลังได้รับวินิจฉัย การแยกผู้ป่วยจากกลุ่มแก๊งผู้ป่วย การนอนและความผูกพันที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นต้น บางประเด็นเป็นข้อมูลต่อยอดจากการศึกษาเดิม เช่น ภาวะ dissociation โดยทำการศึกษากลไกที่แตกต่างกันระหว่างโรคจิตเวชอื่น อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้ต่างก็เป็นประโยชน์และมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจโรคนี้ดีขึ้น

2. การศึกษาเชิงสาเหตุ Boysen and VanBergan (2013) พบข้อสันนิษฐาน 2 ข้อ ได้แก่ (1) การทำงานของสมองที่ต่างจากคนทั่วไป (2) บาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก การศึกษาครั้งนี้พบความต่างเล็กน้อยโดยเริ่มศึกษาเกี่ยวกับสมองมากขึ้น พบว่า ปริมาตรสมองน้อยกว่าคนทั่วไปและสมองหลายส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะ dissociation โดยเฉพาะบริเวณ orbitofrontal cortex (Reinders et al., 2018) ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการแสดงออกและควบคุมพฤติกรรมที่เกี่ยวกับอารมณ์ (Forrest, 2001) และเป็นสมองส่วนที่พัฒนาตั้งแต่แรกเกิด เกี่ยวข้องกับการผลิตและตัดแต่งระหว่างเซลล์ประสาทในช่วง 2 ขวบปีแรกและพัฒนาเต็มที่ในช่วง 12 ปี (Forrest, 2001; Huttenlocher, 1990) เมื่อประกอบกับข้อมูลที่ผู้ป่วยมักประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกิดในช่วง 5 ขวบปีแรก (ISSTD, 2011) ซึ่งสภาพแวดล้อมที่ถูกล่วงละเมิด (abusive environment) อาจส่งผลต่อการพัฒนาของสมองส่วนนี้ได้

สมองอีกส่วน คือ hippocampus ปริมาตรของสมองส่วนนี้สัมพันธ์ทางลบกับเหตุการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจ (Chalavi et al., 2015a) พบว่ามีปริมาตรของสมองส่วนนี้เล็กกว่าคนทั่วไป (Chalavi et al., 2015b; Vermetten et al., 2006) ซึ่งบริเวณนี้ประกอบด้วย glucocorticoid receptor จำนวนมาก (Sapolsky, 1993) และเมื่อประสบกับสถานการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจส่งผลให้เกิดความเครียดและหลั่งกลูโคคอร์ติคอยด์ (main stress-related hormones) ออกมาจำนวนมาก

จนอาจมีผลทำให้สัญญาณของสมองเปลี่ยนแปลงไป (Teicher et al., 2012) และก่อให้เกิดปัญหาด้านความทรงจำ

3. การประเมินและการวินิจฉัย SCID-D (Steinberg & Hall, 1997) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้วินิจฉัยผู้ป่วย DID มากที่สุดโดยพัฒนามาจาก DSM criteria ซึ่งสอดคล้องกับ Boysen and VanBergan (2013) SCID-D เป็นแบบประเมินมาตรฐานอยู่ในระดับดีเยี่ยม (gold standard level) น่าเชื่อถือมาก อย่างไรก็ตามผู้ที่นำแบบประเมินมาใช้จะต้องทราบอาการที่แตกต่างกันในกลุ่มโรคย่อยของ DDs ในระดับแม่นยำ (ISSTD, 2011) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและได้รับการรักษาที่เหมาะสม

4. การบำบัดรักษา การศึกษาของ Boysen and VanBergan (2013) พบ 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย 2) การปรึกษาแนววิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน และ 3) การบำบัดด้วยการวิเคราะห์ความคิด จะเน้นทำความเข้าใจหรือจัดการกับประสบการณ์ในวัยเด็กที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตในปัจจุบัน

การบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการหลอมรวมบุคลิกภาพเข้าด้วยกันโดยใช้จิตบำบัด การศึกษาครั้งนี้พบ 3 แนวทาง ได้แก่ จิตบำบัดตามแนว ISSTD (Pollock et al., 2017) จิตบำบัดแบบเปลี่ยนโครงสร้างพลวัต (Chlebowski & Gregory, 2012) และอาชีพบำบัดโดยการวิ่ง (Precin, 2011) ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะ dissociation ได้ อย่างไรก็ตาม การสร้างความรู้สึกปลอดภัยก่อนเริ่มบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญ (ISSTD, 2011; Pollock et al., 2017; Precin, 2011) เนื่องจากผู้ป่วยเคยประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจ (Chlebowski & Gregory, 2012; Hartmann & Benum, 2017; Pollock et al., 2017; Precin, 2011; Snyder, 2018) จึงทำให้ผู้ป่วยระมัดระวังตัวมาก อาจต้องใช้เวลาร่วมสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัยค่อนข้างนาน (Precin, 2011)

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ พบประเด็นที่แตกต่างและคล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ สำหรับประเด็นใหม่ที่เพิ่งเริ่มให้ความสำคัญ เช่น ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัย, การทำความเข้าใจและแยกผู้ป่วยจริงออกจากกลุ่มแกล้งป่วย, การทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ เป็นต้น สาเหตุของโรคเริ่มมีคำอธิบายในเชิงวิทยาศาสตร์ โดยเกี่ยวกับสัญญาณของสมอง การประหม่นและวินิจฉัย SCID-D ยังคงนิยมใช้วินิจฉัยมากที่สุด สำหรับการบำบัดยังไม่พบแนวทางที่พัฒนาขึ้นสำหรับ DID โดยเฉพาะ แต่เป็นการนำแนวทางบำบัดอื่น ๆ มาปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้แทน

ข้อจำกัด

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินทั้งหมดเป็นงานวิจัยจากต่างประเทศแถบตะวันตกซึ่งอาจมีข้อจำกัดต่อการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วย DID ที่อาจพบได้ในประเทศแถบตะวันออกหรือเอเชีย หากนำไปประยุกต์ใช้อาจต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคต ควรเพิ่มประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิด การศึกษาเกี่ยวกับสมอง อาจมีการนำ Rorschach มาร่วมศึกษาผู้ป่วยเพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ ปัจจุบันยังไม่มีการทำจิตบำบัดสำหรับโรค DID โดยเฉพาะหากมีการศึกษาเพื่อพัฒนาการบำบัดที่เฉพาะต่อโรค น่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง (References)

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Barlow, M. R. (2011). Memory for complex emotional material in dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD)*, 12(1), 53-66. <https://doi.org/10.1080/15299732.2010.496144>
- Barlow, M. R., Cromer, L. D., Caron, H. P., & Freyd, J. J. (2012). Comparison of normative and diagnosed dissociation on attachment to companion animals and stuffed animals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 501-506. <https://doi.org/10.1037/a0028134>
- Boysen, G. A., & VanBergen, A. (2013). A review of published research on adult dissociative identity disorder: 2000-2010. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(1), 5-11. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827aaf81>
- Boysen, G. A., & VanBergen, A. (2014). Simulation of multiple personalities: A review of research comparing diagnosed and simulated dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 14-28.
- Brand, B. L., & Chasson, G. S. (2015). Distinguishing simulated from genuine dissociative identity disorder on the MMPI-2. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(1), 93-101. <https://doi.org/10.1037/a0035181>
- Brand, B. L., Tursich, M., Tzall, D., & Loewenstein, R. J. (2014). Utility of the SIRS-2 in distinguishing genuine from simulated dissociative identity disorder. *Psychological Trauma: Theory,*

- Research, Practice, and Policy*, 6(4), 308-317. <https://doi.org/10.1037/a0036064>
- Brand, B. L., Webermann, A. R., Snyder, B. L., & Kaliush, P. R. (2018). Detecting clinical and simulated dissociative identity disorder with the test of memory malingering. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 11(5), 513-520. <https://doi.org/10.1037/tra0000405>
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota multiphasic personality inventory: MMPI-2*. University of Minnesota Press.
- Carlson E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R., Draijer, N., Barker, G. J., Veltman, D. J., & Reinders, A. A. (2015a). Similar cortical but not subcortical gray matter abnormalities in women with posttraumatic stress disorder with versus without dissociative identity disorder. *Psychiatry Research*, 231(3), 308-319. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.014>
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R., Draijer, N., Cole, J. H., Dazzan, P., Pariante, C. M., Madsen, S. K., Rajagopalan, P., Thompson, P. M., Toga, A. W., Veltman, D. J., & Reinders, A. A. (2015b). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human Brain Mapping*, 36(5), 1692-1704. <https://doi.org/10.1002/hbm.22730>
- Chlebowski, S. M., & Gregory, R. J. (2012). Three cases of dissociative identity disorder and co-occurring borderline personality disorder treated with dynamic deconstructive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 66(2), 165-180. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.2.165>
- Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 867-875. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.867>
- DePrince, A. P., Huntjens, R. J., & Dorahy, M. J. (2015). Alienation appraisals distinguish adults diagnosed with DID from PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(6), 578-582. <https://doi.org/10.1037/tra0000069>
- Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Corry, M., Black, R., Matheson, L., Coles, H., Curran, D., Seager, L., & Middleton, W. (2017). Comparing shame in clinical and nonclinical populations: Preliminary findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(2), 173-180. <https://doi.org/10.1037/tra0000158>
- Floris, J., & McPherson, S. (2015). Fighting the whole system: Dissociative identity disorder, labeling theory, and iatrogenic doubting. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 16(4), 476-493. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.990075>
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 29-36.
- Forrest, K. A. (2001). Toward an etiology of dissociative identity disorder: A neurodevelopmental approach. *Consciousness and Cognition*, 10(3), 259-293. <https://doi.org/10.1006/ccog.2001.0493>
- Hartmann, E., & Benum, K. (2017). Rorschach assessment of two distinctive personality states of a person with dissociative identity disorder. *Journal of Personality Assessment*,

- 101(2), 213-228. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1391273>
- Howell, E. F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach (Vol. 49)*. Routledge.
- Huntjens, R. J., Wessel, I., Hermans, D., & van Minnen, A. (2014). Autobiographical memory specificity in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(2), 419.
- Huttenlocher, P. R. (1990). Morphometric study of human cerebral cortex development. *Neuropsychologia, 28*(6), 517-527. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(90\)90031-i](https://doi.org/10.1016/0028-3932(90)90031-i)
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD), 12*(2), 115-187. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Joanna Briggs Institute. (2019). *Critical appraisal tools*. Joanna Briggs. <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>.
- Keyes, D. (1981). *The minds of Billy Milligan*. Random House.
- Laddis, A., & Dell, P. F. (2012). Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD), 13*(4), 397-413. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.664967>
- Laddis, A., Dell, P. F., & Korzekwa, M. (2017). Comparing the symptoms and mechanisms of "dissociation" in dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD), 18*(2), 139-173. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1194358>
- Meyer, G. J., & Eblin, J. J. (2012). An overview of the Rorschach performance assessment system (R-PAS). *Psychological Injury and Law, 5*, 107-121.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med. 6*(7), e1000097.
- Mueller-Pfeiffer, C., Rufibach, K., Perron, N., Wyss, D., Kuenzler, C., Prezewowsky, C., Pitman, R. K., & Rufer, M. (2012). Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Research, 200*(2-3), 475-481. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.028>
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology, 9*(4), 855-879. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001478>
- Pollock, B. E., Macfie, J., & Elledge, L. C. (2017). Evidence for phase-based psychotherapy as a treatment for dissociative identity disorder comorbid with major depressive disorder and alcohol dependence. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD), 18*(4), 595-609. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1241853>
- Precin, P. (2011). Return to work: A case of PTSD, dissociative identity disorder, and satanic ritual abuse. *Work (Reading, Mass.), 38*(1), 57-66. <https://doi.org/10.3233/WOR-20111104>
- Reinders, A. A., Chalavi, S., Schlumpf, Y. R., Vissia, E. M., Nijenhuis, E., Jäncke, L., Veltman, D. J.,

- & Ecker, C. (2018). Neurodevelopmental origins of abnormal cortical morphology in dissociative identity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 157-170. <https://doi.org/10.1111/acps.12839>
- Reinders, A. A., Willemsen, A. T., den Boer, J. A., Vos, H. P., Veltman, D. J., & Loewenstein, R. J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder: A PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research*, 223(3), 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.005>
- Reinders, A. A., Willemsen, A. T., Vissia, E. M., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2016). The psychobiology of authentic and simulated dissociative personality states: The full monty. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 445-457. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000522>
- Reinders, A. A., Willemsen, A. T., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS ONE*, 7(6), e39279. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039279>
- Reisinger, B. A., & Gleaves, D. H. (2023). Comparing social stigma of dissociative identity disorder, schizophrenia, and depressive disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(2), 171-184.
- Rodewald, F., Wilhelm-Göling, C., Emrich, H. M., Reddemann, L., & Gast, U. (2011). Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 122-131. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318208314e>
- Rogers, R., Sewell, K. W., & Gillard, N. D. (2010). *Structured interview of report symptoms-2 (SIRS-2) and professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Ross, C. A. (2007). Borderline personality disorder and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD)*, 8(1), 71-80. https://doi.org/10.1300/J229v08n01_05
- Ross, C. A., & Norton, G. R. (1989). Suicide and parasuicide in multiple personality disorder. *Psychiatry*, 52(3), 365-371.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.)*. Lippincott, Williams and Wilkins.
- Sapolsky, R. M. (1993). Potential behavioral modification of glucocorticoid damage to the hippocampus. *Behavioural Brain Research*, 57(2), 175-182. [https://doi.org/10.1016/0166-4328\(93\)90133-b](https://doi.org/10.1016/0166-4328(93)90133-b)
- Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., La Marca, R., Reinders, A. A., & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *NeuroImage: Clinical*, 3, 54-64. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.07.002>
- Schlumpf, Y. R., Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R., Luechinger, R., van Osch, M. J., & Jäncke, L. (2014). Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder: A controlled fMRI perfusion study. *PLoS ONE*, 9(6), e98795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098795>
- Snyder, B. L. (2018). Women with dissociative identity disorder who experience intimate partner violence. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(5),

- 26-32. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180212-06>
- Steinberg, M., & Hall, P. (1997). The SCID-D diagnostic interview and treatment planning in dissociative disorders. *Bulletin of The Menninger Clinic*, 61(1), 108-120.
- Tanner, J., Wyss, D., Perron, N., Rufer, M., & Mueller-Pfeiffer, C. (2017). Frequency and characteristics of suicide attempts in dissociative identity disorders: A 12-month follow-up study in psychiatric outpatients in Switzerland. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 235-239. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.005>
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., & Polcari, A. (2012). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(9), E563-E572. <https://doi.org/10.1073/pnas.1115396109>
- Thongpibul, K., & Asawathaweboon, B. (2019). Comparative study of the Rorschach inkblot test interpretation between the Klopfer system and the Rorschach performance assessment system (R-PAS). *J Psychiatr Assoc Thailand*, 64(2), 139-148. (in Thai).
- van Heugten-van der Kloet, D., Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2015). Sleep loss increases dissociation and affects memory for emotional stimuli. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 47, 9-17.
- van Heugten-van der Kloet, D., Huntjens, R., Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2014). Self-reported sleep disturbances in patients with dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder and how they relate to cognitive failures and fantasy proneness. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 19. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00019>
- Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. J., & Bremner, J. D. (2006). Hippocampal and amygdala volumes in dissociative identity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 630-636. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.630>



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

ยาหิ สิ้นธุระวิทย์¹, ยิวหา สิ้นธุระวิทย์¹, พัชยา บัวแดง¹, อัจฉมาธิดา วิริพันธ์¹, นววรรณ ศรีนา¹, ธนาตล คงประเสริฐผล¹, ศุภชัย จอมสวรรค์¹, สุริยา บัวระภา¹, พิสมัย อูปรี⁴, อุทัยทิพย์ พิมพ์มีลาย⁵, ไพรัตน์ ทอญใหญ่⁶, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ³, สุนทรี โอรัตนสถาพร^{2*}

¹ นักศึกษาระดับปริญญาตรี, คณะสาธารณสุขศาสตร์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาชั้นคว่ำอิสระหลัก, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาชั้นคว่ำอิสระร่วม, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแคนใต้

⁵ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองลาดใต้

⁶ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองลาดใต้

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. soonthree.o@ku.th

รับบทความ: 6 กันยายน 2566 | แก้ไขบทความ: 10 ตุลาคม 2566 | ตอรับบทความ: 5 พฤศจิกายน 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและศึกษาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร **วัสดุและวิธีการ** เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองลาด ตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 170 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน **ผลการศึกษา** พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกันกับด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยด้านสมองเสื่อม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุระดับประถมศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.20 เริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37.60 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.10 **สรุป** การศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าอายุ อาชีพ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและส่งเสริมรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, สัมพันธภาพ, ผู้สูงอายุ



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

Factors Related to Depression Among Older Adults in Nong Lat Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province

Yayee Sinthurawit¹, Yiwha Sinthurawit¹, Patchaya Buadaeng¹, Achatida Wiripan¹, Nawawan Srina¹, Tanadol Kongprasertpol¹, Suphachai Jomsawan¹, Suriya Buarapa¹, Pissamai Ouppee⁴, Uthaitip Pimmeeline⁵, Pailadda Thongbaiyai⁶, Ratchadaporn Ungcharoen³, Soonthree Oratanasataporn^{2*}

¹ Undergraduate student, Faculty of Public Health, Bachelor of Public Health Program, Kasetsart University, Chaloeam Phrakiat Campus, Sakon Nakhon Province

² Assistant Professor, Major Advisor, Faculty of Public Health, Kasetsart University

³ Assistant Professor, Co-Advisor, Faculty of Public Health, Kasetsart University

⁴ Registered Nurses, Professional Level, Ban Don Can Tai Sub-district Health Promoting Hospital

⁵ Registered Nurses, Professional Level, Ban Nong Lat Tai Sub-district Health Promoting Hospital

⁶ Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Nong Lat Tai Sub-district Health Promoting Hospital

* Corresponding author, e-mail. soonthree.o@ku.th

Received: 6 September 2023 | Revised: 10 October 2023 | Accepted: 5 November 2023

Abstract

Objectives: To study factors related to depression and study the severity of depression among older adults in the community. Nong Lat Subdistrict Municipality, Mueang District, Sakon Nakhon Province. **Materials and methods:** The study was a cross-sectional descriptive study. The sample consisted of 170 elderly people under the care of Ban Nong Lat Tai Sub-district Health Promoting Hospital, Nong Lat Sub-district, Mueang District, Sakon Nakhon Province. The sample was randomly drawn by simple random sampling. Data were collected using Data were collected by using a questionnaire, Including Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), Family Relationship Questionnaire, and Mini-Mental State Examination-Thai version (MMSE-Thai). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-squared correlation analysis and spearman correlation coefficient. **Results:** found that personal factors such as age occupation and congenital diseases were related to depression. Economic factors such as monthly income of the elderly were negatively related to depression. Family relationship factors were related to depression especially the aspect of mutual assistance and generosity and the aspect of expressing attachment between family members was negatively related to depression. Dementia factors including elementary-level groups of the elderly were associated with depression. The overall level of severity of depression was found to be in the sample group, No depression at 58.20%, Started to have depression at 37.60% and had depression at 4.10%. **Conclusion:** This study indicates that age, occupation, and comorbidities are associated with depression in the elderly. Insufficient monthly income and decreased family relationships were associated with increased depression. Therefore, health care for the elderly should be promoted. Strengthen family relationships and promote income for the elderly.

Keywords: Depression, Relationships, The elderly

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี 2548 เนื่องจากมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 และมีเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรที่เป็นผู้สูงอายุมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นไป จะมีคนไทยอายุถึง 60 ปี ปีละล้านคนรวมถึงในปี 2576 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มสูงถึงร้อยละ 28 เข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2022)

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในทุก ๆ ด้านที่เป็น การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ร่างกายอ่อนแอ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย และรุนแรงกว่ากลุ่มอายุอื่น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่รักษาไม่หาย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคสมองเสื่อม ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ รู้สึกเบื่อหน่ายในการรักษาจากวิธีการรักษา และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความผิดปกติของเนื้อสมองหรือสารสื่อประสาทผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อ การควบคุมอารมณ์ อาจมีอาการเชิงซ้ำกว่าปกติ ไม่ค่อยมีพลังงาน ลดการมีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก พุดซ้ำ คิดซ้ำ ความจำบกพร่อง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีภาวะทางกายคล้ายโรคซึมเศร้า (Chutikankosol, 2020)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ความเสื่อมของสมอง และระดับฮอร์โมนในร่างกายไม่สมดุลเหมือนเดิม ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการแปรปรวน มีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด หวาดระแวง วิดกกังวล โกรธง่าย (Wongtrakulruang, 2020)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุ จากการที่เคยมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว ต้องลดบทบาทมาเป็นผู้อาศัยหรือสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น สูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ทำให้ไม่กล้าเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญ ไม่ให้ความสำคัญเคารพนับถือผู้สูงอายุเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและผู้สูงอายุลดลง ถูกทะเลาะ ขาดการปฏิสัมพันธ์ จนเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย และความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันกันสูง ทำให้สมาชิกที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือทำงานที่ห่างไกล ทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง มีเวลาให้ผู้สูงอายุน้อยลง ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวดำเนินชีวิตตามลำพัง (Thai Health Promotion Foundation, 2018)

จากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในวัยผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากข้อมูลสถิติภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 71.54 ไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมาร้อยละ 17.00 มีความผิดปกติแต่ยังไม่มีการซึมเศร้า ร้อยละ 9.09 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 1.74 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และร้อยละ 0.63 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และพบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (Lotrakul, 2019)

ภาวะซึมเศร้ามีการแสดงออกถึงความผิดปกติในแต่ละด้าน โดยด้านอารมณ์จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้ค่า ด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหวเฉื่อยชา ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หงุดหงิดง่ายมีอาการเศร้าร่วมกับเบื่อหน่าย หมดความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรมที่เคยชอบทำ เบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง อาการซึมเศร้ารุนแรงอาจจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายได้ ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ และยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวและบุคคลในสังคม (Supasitthumrong, 2022)

ดังนั้น โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญปัญหาหนึ่งที่ต้องเฝ้าระวังและดูแลอย่างเร่งด่วน โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพ ความคิด ความจำ และความสามารถทางสังคม รวมทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตาย ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Malai et al., 2019) จากการศึกษาพบว่าความสำเร็จในการฆ่าตัวตายของผู้สูงวัยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น ๆ ได้มากถึง 10-20 เปอร์เซ็นต์ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และยิ่งมีอายุมาก ความเสี่ยงยิ่งเพิ่มมากขึ้น (Chutikankosol, 2020)

จากการศึกษาปัญหาดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเพิ่มความเข้าใจปรากฏการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและนำไปสู่การหาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและศึกษาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ปัจจัยด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว 7 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ ด้านที่ 2 ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ด้านที่ 3 ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ด้านที่ 4 ด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ด้านที่ 5 ด้านการแก้ปัญหาและการขัดแย้ง ด้านที่ 6 ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน

ด้านที่ 7 ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว และปัจจัยภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละระดับการศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ประถมศึกษา สูงกว่าประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study design) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2566 - พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองลาดใต้ จำนวน 508 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ได้กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง (medium) กำหนดค่า r ที่ 0.30 (Cohen, 1977) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ ที่ 0.95 และกำหนดค่าสำหรับสมมติฐานหลักเท่ากับ 0 (Sanitluea et al., 2019) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสูญหาย (drop out) ของผู้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยและไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงทำการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23 ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากการจับฉลากจากทั้งหมด 5 หมู่บ้านได้ 3 หมู่บ้านซึ่งอยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองลาดใต้ ดังนี้ บ้านหนองลาดน้อย หมู่ที่ 6 จำนวน 47 คน, บ้านหนองลาด หมู่ที่ 7 จำนวน 63 คน, บ้านหนองลาดใต้ หมู่ที่ 8 จำนวน 60 คน รวมทั้งหมดจำนวน 170 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วนด้วยกัน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Koolnaphadol, 2004) และได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามสัมพันธภาพครอบครัวเท่ากับ 0.75 (Prakobchai, 2018) มีจำนวน 21 ข้อ โดยแบบสอบถามประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่, ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว, ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว, ด้านการให้ความช่วยเหลือเพื่อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน, ด้านการแก้ปัญหาและการขัดแย้ง, ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน, ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ จริงที่สุดให้ 4 คะแนน, จริงให้ 3 คะแนน, ไม่จริงให้ 2 คะแนน, ไม่จริงเลยให้ 1 คะแนน รวมคะแนนนำมาหาค่าเฉลี่ยและแปลความหมายคะแนนค่าเฉลี่ย ดังนี้ คะแนน 3.51-4.00 หมายถึงสัมพันธภาพครอบครัวระดับดีมาก, คะแนน 2.51-3.50 หมายถึงสัมพันธภาพครอบครัวระดับดี, คะแนน 1.51-2.50 หมายถึงสัมพันธภาพครอบครัวระดับปานกลาง, คะแนน 1.00-1.50 หมายถึงสัมพันธภาพครอบครัวระดับไม่ดี จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามสัมพันธภาพครอบครัวเท่ากับ 0.76 (Prakobchai, 2018)

ตอนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai geriatric depression scale: TGDS (Sheikh & Yesavage, 1986) พัฒนาโดย ญหทัย วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran, 2016) จำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนคือ ให้คะแนน 1 คะแนน หากตอบว่าใช่ในข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 และ 15 ให้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ในข้อ 1, 5, 7, 11 และ 13 จากนั้นรวมคะแนน

และแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 0-4 หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า, คะแนน 5-10 หมายถึงเริ่มมีภาวะซึมเศร้า, คะแนน 11-15 หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า และความเชื่อมั่นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยเท่ากับ 0.82

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะทางสมอง ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 (Folstein, 1975) พัฒนาโดย The Committee Prepared the Preliminary Brain Test Thai version (1999) มีจำนวน 11 ข้อ ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 การแปลผลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดย แบ่งได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนนจากคะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม หากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษาที่มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม หากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาที่มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม หากได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม และความเชื่อมั่นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานและทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองลาดใต้ ตำบลหนองลาด อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

2. คณะผู้วิจัยรอผู้รับบริการที่จะมาขอติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองลาดใต้ ช่วงเวลา 9:00-17:00 น. ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ของเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2566 โดยได้สุ่มสอบถามประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยได้มีการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วน ไม่มีการปกปิด ใช้ภาษาที่อาสาสมัครเข้าใจได้โดยง่าย ครอบคลุมเนื้อหา และมีอิสระในการที่จะตัดสินใจให้

ความยินยอม รวมทั้งให้มีสิทธิที่จะถอนความยินยอมได้ ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมหรือรู้สึกลำบากใจในการตอบแบบสอบถามต่อไปสามารถยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ในระหว่างสอบถามผู้ตอบมีอิสระในการตัดสินใจเลือกที่จะตอบหรือไม่ตอบก็ได้ รวมทั้งสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล เมื่ออาสาสมัครยินยอมจึงได้นัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามต่อไป

3. เมื่อถึงวันเวลานัดหมาย คณะผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมขอความร่วมมือ และลงนามยินยอมร่วมวิจัย จากนั้นคณะผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อจนเสร็จ และขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถาม

4. ตรวจสอบข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนน และเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านสมองเสื่อม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analytics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพ สมรส อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) หาค่าความสัมพันธ์ของข้อมูล ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (chi-square)

การวิเคราะห์ตัวแปรที่เป็นมาตรรระดับ (ordinal scale) ได้แก่ ปัจจัยด้าน อายุ การศึกษา รายได้ ต่อเดือน สัมพันธภาพในครอบครัว ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's coefficient) โดยใช้โปรแกรม SPSS และ Microsoft Excel

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 170 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.10, ช่วงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 43.5, มีสถานภาพสมรสร้อยละ 58.80, ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ

67.60, จบประถมศึกษาร้อยละ 93.50, ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.40, รายได้ต่อเดือนประมาณ 500-1,000 บาทร้อยละ 62.40, รูปแบบรายได้แบบรายรับน้อยกว่ารายจ่ายร้อยละ 80.60 และไม่มีหนี้สินร้อยละ 47.60 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.20, เริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37.60, มีภาวะซึมเศร้า, ร้อยละ 4.10 ดังตารางที่ 1

จากผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ, ปัจจัยด้านสัมพันธภาพครอบครัว และปัจจัยด้านสมองเสื่อม พบผลการศึกษาดังนี้

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ดังนี้

อายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.90 โดยกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.20 เริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.20 เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 0.60 และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r_s = 0.24, p = 0.001$)

อาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.60 ประกอบอาชีพเกษตรกร, ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.50, เริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.90, เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.20 และพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 15.49, p = 0.017$)

โรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 52.40 มีโรคประจำตัว, ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.30, เริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.10, เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.90 และพบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 7.69, p = 0.021$)

นอกจากนี้ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (n = 170)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับภาวะซึมเศร้า						รวม	χ^2	r_s	p-value	
	ไม่มี		เริ่มมี		มี						
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)			
เพศ									0.17	-	0.917 ^a
ชาย	36.00	(21.20)	23.00	(13.50)	2.00	(1.20)	61.00	(35.90)			
หญิง	63.00	(37.10)	41.00	(24.10)	5.00	(2.90)	109.00	(64.10)			
อายุ									-	0.24**	0.001 ^b
60 - 69 ปี	53.00	(31.20)	19.00	(11.20)	1.00	(0.60)	73.00	(42.90)			
70 - 79 ปี	35.00	(20.60)	35.00	(20.60)	4.00	(2.40)	74.00	(43.50)			
80 - 89 ปี	10.00	(5.90)	8.00	(4.70)	1.00	(0.60)	19.00	(11.20)			
90 ปีขึ้นไป	1.00	(0.60)	2.00	(1.20)	1.00	(0.60)	4.00	(2.40)			
สถานภาพสมรส									3.82	-	0.701 ^a
โสด	5.00	(2.90)	2.00	(1.20)	0.00		7.00	(4.10)			
สมรส	62.00	(36.50)	35.00	(20.60)	3.00	(1.80)	100.00	(58.80)			
หย่าร้าง	3.00	(1.80)	2.00	(1.20)	0.00		5.00	(2.90)			
หม้าย	29.00	(17.10)	25.00	(14.70)	4.00	(2.40)	58.00	(34.10)			
อาชีพ									15.49*	-	0.017 ^a
เกษตรกรกรรม	74.00	(43.50)	39.00	(22.90)	2.00	(1.20)	115.00	(67.60)			
รับจ้างทั่วไป	4.00	(2.40)	3.00	(1.80)	0.00		7.00	(4.10)			
ค้าขาย/ธุรกิจ	5.00	(2.90)	1.00	(0.60)	0.00		6.00	(3.50)			
ว่างงาน	16.00	(9.40)	21.00	(12.40)	5.00	(2.90)	42.00	(24.70)			
การศึกษา									-	-0.003	0.968 ^b
ไม่ได้เรียน	2.00	(1.20)	0.00		0.00		2.00	(1.20)			
ประถมศึกษา	88.00	(53.50)	61.00	(35.90)	7.00	(4.10)	159.00	(93.50)			
มัธยมต้น	3.00	(1.80)	0.00		0.00		3.00	(1.80)			
มัธยมปลาย/ปวช.	1.00	(0.60)	3.00	(1.80)	0.00		4.00	(2.40)			
อนุปริญญา/ปวส.	1.00	(0.60)	0.00		0.00		1.00	(0.60)			
สูงกว่าปริญญา	1.00	(0.60)	0.00		0.00		1.00	(0.60)			
โรคประจำตัว									7.69*	-	0.021 ^a
มีโรคประจำตัว	43.00	(25.30)	41.00	(24.10)	5.00	(2.90)	89.00	(52.40)			
ไม่มีโรคประจำตัว	56.00	(32.90)	23.00	(13.50)	2.00	(1.20)	81.00	(47.60)			
ภาพรวม	99.00	(58.20)	64.00	(37.60)	7.00	(4.10)	170.00	(100.00)	-	-	-

หมายเหตุ * มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, ** มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01, ^a = Chi-Square, ^b = Spearman's correlation

จากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่ารายได้ต่อเดือนในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.40 มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 500-1,000 บาท, ไม่มีภาวะซึมเศร้าย้อยละ 32.40, เริ่มมีภาวะซึมเศร้าย้อยละ 27.60, มีภาวะซึมเศร้าย้อยละ 2.40 และปัจจัยรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = -0.17, p = 0.022$) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (n = 170)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความสัมพันธ์	ระดับภาวะซึมเศร้า			r _s	p-value
		ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	เริ่มมี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)		
1. ด้านภารกิจที่สมาชิก รับผิดชอบตามบทบาท และหน้าที่	ดีมาก	40.00 (23.50)	23.00 (13.50)	0.00	- 0.14	0.067 ^b
	ดี	54.00 (31.80)	44.00 (25.90)	5.00 (2.90)		
	ปานกลาง	2.00 (1.20)	0.00	1.00 (0.60)		
	ไม่ดี	0.00	0.00	1.00 (0.60)		
2. ด้านการสื่อสารระหว่าง สมาชิกในครอบครัว	ดีมาก	51.00 (30.00)	29.00 (17.10)	1.00 (0.60)	- 0.13	0.073 ^b
	ดี	42.00 (24.70)	37.00 (21.80)	5.00 (2.90)		
	ปานกลาง	3.00 (1.80)	1.00 (0.60)	1.00 (0.60)		
	ไม่ดี	0.00	0.00	0.00		
3. ด้านการแสดงออกถึงความ ผูกพันระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว	ดีมาก	54.00 (31.80)	27.00 (15.90)	0.00	- 0.23**	0.002 ^b
	ดี	42.00 (24.70)	39.00 (22.90)	6.00 (3.50)		
	ปานกลาง	0.00	1.00 (0.60)	1.00 (0.60)		
	ไม่ดี	0.00	0.00	0.00		
4. ด้านการให้ความช่วยเหลือ เอื้อเพื่อเผื่อแผ่ซึ่งกันและ กัน	ดีมาก	52.00 (30.60)	27.00 (15.90)	1.00 (0.60)	- 0.18*	0.016 ^b
	ดี	43.00 (25.30)	39.00 (22.90)	5.00 (2.90)		
	ปานกลาง	1.00 (0.60)	0.00	1.00 (0.60)		
	ไม่ดี	0.00	1.00 (0.60)	0.00		
5. ด้านการแก้ปัญหาและการ ขัดแย้ง	ดีมาก	43.00 (25.30)	27.00 (15.90)	1.00 (0.60)	- 0.09	0.238 ^b
	ดี	51.00 (30.00)	39.00 (22.90)	5.00 (2.90)		
	ปานกลาง	2.00 (1.20)	1.00 (0.60)	1.00 (0.60)		
	ไม่ดี	0.00	0.00	0.00		
6. ด้านการใช้เวลาว่างในการ ทำกิจกรรมร่วมกัน	ดีมาก	21.00 (12.40)	12.00 (7.10)	0.00	- 0.10	0.170 ^b
	ดี	57.00 (33.50)	40.00 (23.50)	4.00 (2.40)		
	ปานกลาง	18.00 (10.60)	15.00 (8.80)	3.00 (1.80)		
	ไม่ดี	0.00	0.00	0.00		
7. ด้านการปฏิบัติตาม กฎระเบียบของครอบครัว	ดีมาก	40.00 (23.50)	23.00 (13.50)	1.00 (0.60)	- 0.11	0.123 ^b
	ดี	55.00 (32.40)	43.00 (25.30)	5.00 (2.90)		
	ปานกลาง	1.00 (0.60)	1.00 (0.60)	1.00 (0.60)		
	ไม่ดี	0.00	0.00	0.00		
คะแนนรวมทั้ง 7 ด้าน	ดีมาก	46.00 (27.10)	19.00 (11.20)	0.00	- 0.23**	0.002 ^b
	ดี	53.00 (31.20)	44.00 (25.90)	6.00 (3.50)		
	ปานกลาง	0.00	1.00 (0.60)	1.00 (0.60)		
	ไม่ดี	0.00	0.00	0.00		

หมายเหตุ * มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, ** มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01, b = Spearman's correlation

จากปัจจัยด้านสมองเสื่อม พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เป็นภาวะสมองเสื่อม ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.80, เริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.90, เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 9.40 และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 2.69, p = 0.260$)

กลุ่มผู้สูงอายุการศึกษาระดับประถมศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เป็นภาวะสมองเสื่อม ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57.10, เริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.10, เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 0.80 และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุระดับประถมศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\chi^2 = 9.58, p = 0.008$)

กลุ่มผู้สูงอายุการศึกษาระดับสูงกว่า ประถมศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่เป็นภาวะ สมองเสื่อมและไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 100.00 และ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุระดับสูงกว่าประถมศึกษาไม่มี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยด้านสมองเสื่อมของกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละระดับการศึกษา (n = 170)

กลุ่มผู้สูงอายุ	ภาวะสมอง เสื่อม	ระดับภาวะซึมเศร้า						χ^2	p-value
		ไม่มี		เริ่มมี		มี			
		จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ (< 14 เป็นสมองเสื่อม)	เป็น	2.00	(6.30)	4.00	(12.50)	2.00	(6.30)	2.69	0.260 ^a
	ไม่เป็น	14.00	(43.80)	7.00	(21.90)	3.00	(9.40)		
ประถมศึกษา (< 17 เป็นสมองเสื่อม)	เป็น	2.00	(1.50)	5.00	(3.80)	1.00	(0.80)	9.58**	0.008 ^a
	ไม่เป็น	76.00	(57.10)	48.00	(36.10)	1.00	(0.80)		
สูงกว่าประถมศึกษา (< 22 เป็นสมองเสื่อม)	เป็น	0.00		0.00		0.00		0.00	0.000
	ไม่เป็น	5.00	(100.00)	0.00		0.00			

หมายเหตุ ** มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01, ^a = Chi-Square

วิจารณ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน ชุมชน เทศบาลตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัด สกลนคร จากสมมติฐานที่ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ต่อเดือน และปัจจัยด้านสัมพันธภาพภายใน ครอบครัว ได้แก่ ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตาม บทบาทและหน้าที่ ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่าง สมาชิกในครอบครัว ด้านการให้ความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ด้านการแก้ปัญหาและ การขัดแย้ง ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรม ร่วมกัน ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว และปัจจัยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุอ่านไม่ ออกเขียนไม่ได้ กลุ่มผู้สูงอายุระดับประถมศึกษา กลุ่ม ผู้สูงอายุสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มี การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไป ในทางเสื่อมลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหา

สุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่ง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Sonthitham (2020) พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุทำให้ไม่ สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม และผู้สูงอายุจำนวนมากมีภาวะโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่ พบคือการยึดติดกับความคิดของตนเอง เรียนรู้ช้า หลงลืม มีอารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า และด้านสังคมมี การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ครอบครัวจากหัวหน้า ครอบครัวกลายเป็นผู้อาศัย การทำกิจวัตรประจำวัน ลดลง ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ หดหู่ ไม่กล้าเข้าสังคม หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น อยากแยกตัวออกจากผู้อื่น จนเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจาก โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุใน ชุมชนประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นอันดับหนึ่ง และ อันดับที่สองคือว่างงาน ลักษณะอาชีพเกษตรกรของ ผู้สูงอายุต้องทำงานหนักและมีรายได้ที่ไม่มั่นคง และ รongลงมาคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่ว่างงาน อาจทำให้เกิด ความรู้สึกหมดคุณค่าในตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ Sookkul (2019) ซึ่งอธิบายว่าการทำงาน ที่รายได้ไม่มั่นคงและการว่างงานย่อมนำมาซึ่งการ สูญเสียรายได้หรือไม่พอใช้ในขณะที่ยังมีภาระรายจ่าย

อยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความเครียดและอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ รู้สึกเบื่อหน่ายในการรักษาที่ยืดเยื้อ ยุ่งยาก เจ็บตัว มีค่าใช้จ่ายที่สูง โดยที่มีผลการรักษาไม่หายขาด ผู้สูงอายุจึงไม่ยอมรับร่วมมือในการรักษา ทำให้อาการทรุดหนัก ทนทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตแย่งลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Singhard (2017) พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจพบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรซึ่งมีรายได้น้อยกว่าอาชีพอื่น และรายจ่ายที่มากขึ้นจากอัตราเงินเพื่อเพิ่มสูงขึ้นของประเทศไทย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกกังวลเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Saelim (2019) พบว่ารายได้นี้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพครอบครัว ผลรวมสัมพันธภาพครอบครัวทั้งหมด 7 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 จากการประเมินผลความสัมพันธ์ของแต่ละด้านพบว่าด้านที่ 3 ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และด้านที่ 4 ด้านการให้ช่วยเหลืออื้อเพื่อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการวิจัยของ Malai (2019) พบว่าการที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่ต่างคนต่างอยู่ และมีความขัดแย้งในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าการที่บุคคลในครอบครัวมีความรักใคร่กันดี ความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวจากความแตกต่างของ

ช่วงวัยทำให้บางครั้งเกิดความคิดเห็นไม่ตรงกัน ซึ่งส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ปัจจัยด้านสมองเสื่อม ในกลุ่มผู้สูงอายุระดับประถมศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทและสมอง ทำให้สารเคมีในสมองหรือสารสื่อประสาทในสมองทำงานไม่สมดุล และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้มีปัญหาสุขภาพ มีปัญหาการควบคุมอารมณ์และความคิด อารมณ์แปรปรวน ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Kleebua (2018) พบว่าภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต้องพบกับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นปรับอารมณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

จากผลการศึกษาสรุปว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชุมชน ตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ได้แก่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น อาชีพและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจพบว่ารายได้ต่อเดือนที่ลดลงส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น 3. ปัจจัยด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัวพบว่าภาพรวมทั้งหมด 7 ด้านมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 4. ปัจจัยภาวะสมองเสื่อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ ครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เนื่องจากโรคประจำตัวมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไร้ค่าทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ควรส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยการรักษาความรักความห่วงใย การมีปฏิสัมพันธ์ และช่วยเหลือเกื้อกูล

กัน ซึ่งจะมีส่วนช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองในผู้สูงอายุ และควรส่งเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้ทำงาน ทำกิจกรรม และมีส่วนร่วมในสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เห็นคุณค่าความสำคัญของตัวเองและช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในครอบครัว

เอกสารอ้างอิง (References)

- Cohen, J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed). Academic Press.
- Chutikankosol, T. (2020, September 9). *Depression in the elderly is more dangerous than you think*. Samitivej Hospital. <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ> (in Thai).
- Folstein. (1999, January 3). *The mini-mental state examination (MMSE)*. PDF4PRO. <https://pdf4pro.com/amp/view/the-mini-mental-state-examination-mmse-tiffany-care-6af797.html>
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2022, December 31). *Statistics of Thai elderly people*. <https://ltc-older.dop.go.th/th/know/1> (in Thai).
- Koolnaphadol, P. (2004). *A study and development of family member functioning in families of depressed patients [Master's thesis Srinakharinwirot University]*. Central Library Srinakharinwirot University. http://search.swu.ac.th:1701/permalink/f/1hfhn9m/ALEPH_MONO000079398 (in Thai).
- Kleebbua, T. (2018). Factors predicting the severity of depressive symptoms in dementia patients with depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(2), 145-160. (in Thai).
- Lotrakul, M. (2019). *Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017> (in Thai).
- Malai, C. (2019). Factors related to depression among the elderly in the community of Ratchaburi Province. *Songkhla Nakarin Journal of Nursing*, 39(3), 67-76. (in Thai).
- Prakobchai, S. (2018). *The factors related to the happiness among sexual-and gender-diverse persons*. National Research Council of Thailand (NRCT). https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/TU.the.2018.749 (in Thai).
- Saelim, S. (2019). Prevalence and associated factors of depression in the elderly in Muang District, Ranong Province. *Journal of Medical Sciences Region 11*, 33(1), 193-102. (in Thai).
- Sheikh, J. I., and Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version (pp. 165-173). In T. L. Brink (Ed.). *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, Haworth Press.
- Singhard, S. (2017). Nursing of the elderly with depression, *Science and Technology Journal Ubon Ratchathani University*, 18(3), 15-24. (in Thai).
- Sanitluea, N. Satphet, W. Napha-arak, Y. (2019). Sample size calculation using G*Power program. *academic journal Suvarnabhumi Institute of Technology*, 41(1), 497 - 507 (in Thai).
- Sookkul, K. (2019). Depression in the working-age population: relevant factors and approaches to care. *Journal of Phrapokklao College of Nursing Chanthaburi*, 30(2), 229-238. (in Thai).
- Sonthitham, K. (2020). Factors correlated with depression among the elderly people with chronic disease in community. *Roi Et Rajabhat University Journal*, 14(2), 192-204. (in Thai).
- Supasitthumrong, T. (2022). *Depression test*. MedPark Hospital. <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/depression-tests>
- The Committee Prepared the Preliminary Brain Test-Thai Version, (1999). *The mini-mental*

examination Thai-2002 (MMSE-2002). Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Thailand; 2002. (in Thai).

Thai Health Promotion Foundation. (2018, April 5).

Changes in the elderly.

<https://www.thaihealth.or.th/การเปลี่ยนแปลงในผู้สูง-2/> (in Thai).

Wongpakaran, N. (2016). *Handbook of caring for the elderly: Antidepressant recipes*. Health Systems Research Institute. (in Thai).

Wongtrakulruang, P. (2021, May 17). *Elderly people with depression family members should understand*. Nakornthon Hospital.

<https://www.nakornthon.com/article/detail/>

ผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

บทความพื้นฟูวิชาการ

อยู่ก็ได้ ตายก็ดี: ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

ปิยภรณ์ กรวยทอง^{1*}, ณัฐกานต์ พงศ์บริพัตร¹, พนมพร พุ่มจันทร์², สุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์², เอื้ออนุช ถนอมวงษ์³, มณฑิรา บุญทิพย์⁴

¹ นิสิตปริญญาตรี ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

³ อาจารย์ประจำ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

⁴ นักวิจัย ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. piyabhorn.kt@gmail.com

รับบทความ: 9 กรกฎาคม 2566 | แก้ไขบทความ: 5 สิงหาคม 2566 | ตอรับบทความ: 26 กันยายน 2566

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคนจำนวนมากซึ่งพบได้ในทั่วโลก และยังคงมีการศึกษาจำนวนมากถึงสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย โดยหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ความคิดอยากตาย บทความนี้จึงสนใจที่จะทำความเข้าใจผู้ที่มีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน เนื้อหานำเสนอประกอบด้วยความหมายและนิยามของความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน แนวคิด ทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน กระบวนการคัดกรองความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน และกระบวนการด้านจิตบำบัดที่เกี่ยวข้อง โดยผู้เขียนมุ่งหวังให้บทความนี้เป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจและนำข้อมูลไปช่วยเหลือดูแลให้บุคคลที่มีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน, ความคิดอยากตาย, การฆ่าตัวตาย



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Review Article

When Life Is Considered Not Worth Living: Passive Suicidal Ideation

Piyabhorn Kruaithong^{1*}, Nattakarn Phongboriphat¹, Panomporn Phoomchan², Suchada Sakolkijrunroj¹,
Uea-anut Tanomwong³, Monthira Boonthip⁴

¹ Bachelor of Sciences, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

³ Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

⁴ Researcher, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

* Corresponding author, e-mail. piyabhorn.kt@gmail.com

Received: 9 July 2023 | Revised: 5 August 2023 | Accepted: 26 September 2023

Abstract

Suicide remains a serious public health problem found throughout the world. There have been many studies into the causes leading to suicide. One of the main reasons for successful suicide is suicidal ideation. In this article we aim to arrive at a better understanding of people with passive suicidal ideation. We explore the meaning and definition of passive suicidal ideation; the concepts, theories, and factors related to passive suicidal ideation; the screening process for passive suicidal ideation; and the related psychotherapeutic processes. The insight so generated will be useful for practitioners and allow them to better understand and help people with passive suicidal ideation.

Keywords: Passive suicidal ideation, Suicidal ideation, Suicide

บทนำ

การฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้น มีความซับซ้อน โดยการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่รุนแรง ในทุกปีผู้คนกว่า 703,000 รายจบชีวิตของตนเองและมีผู้คนอีกจำนวนมากที่พยายามจะฆ่าตัวตาย (World Health Organization [WHO], 2021) ซึ่งความคิดในการฆ่าตัวตายนั้นยังคงเป็นจุดเริ่มต้นและปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายตามมาได้ (Franklin et al., 2017) โดยความคิดอยากตายนั้นสามารถแบ่งได้ออกเป็นความคิดอยากตายแบบมีแผนชัดเจน (active suicidal ideation) และความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation)

เมื่อเปรียบเทียบกับความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน (active suicidal ideation) ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation) ยังคงมีการกล่าวถึงในจำนวนน้อยกว่าและความสำคัญในเชิงคลินิกยังคงคลุมเครือ (Liu et al., 2020) โดยทั่วไป ความปรารถนาที่จะตายหรือความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนมักจะไม่นำไปพิจารณาเป็นความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายนี่รุนแรงขึ้น โดย 1 ใน 3 ของคนที่เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายในอดีตนั้นเคยมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน และในเวชปฏิบัติทางจิตเวชเองยังมีความเชื่ออย่างแพร่หลายว่าความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่าความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน (Baca-Garcia et al., 2011; Simon, 2014)

การศึกษาเรื่องความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนในประเทศไทยยังคงมีอยู่อย่างจำกัด แต่ในต่างประเทศมีการศึกษาเรื่องนี้อยู่เป็นจำนวนมาก (Baca-Garcia et al., 2011; Beck et al., 1979; Liu et al., 2020; May et al., 2015; Wastler et al., 2023) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการนำเสนอเรื่องความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนในบริบทของความคิดอยากตายหรือการฆ่าตัวตายเป็นไปด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมายและนิยาม แนวคิดทฤษฎี ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การคัดกรอง รวมถึงกระบวนการในการช่วยเหลือและบำบัดรักษาทางจิตวิทยา เพื่อให้ผู้ที่สนใจหรือบุคลากรทางการแพทย์ได้เห็นความสำคัญในการทำความเข้าใจและเห็นถึงประโยชน์ของการประเมิน

ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนในบริบทของความคิดอยากตายหรือการฆ่าตัวตายเป็นเชิงการประเมินความเสี่ยงและการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

ความหมายและนิยามของความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

ความคิดอยากตาย (suicidal ideation)

ในภาษาอังกฤษมีคำศัพท์ที่ใช้อธิบายได้หลายคำด้วยกัน เช่น suicidal ideation, suicidal idea, suicidal thought, suicidal thinking และ death wish โดยทั่วไปแล้วมักเป็นที่เข้าใจว่าความคิดอยากตายเป็นความคิดหรือการพิจารณาอย่างจริงจังในการปลิดชีวิตของตนเอง และอาจนับรวมถึงแต่การคิดแค่เพียงชั่ววูบถึงการวางแผนในการลงมือฆ่าตัวตายและอาจนำไปสู่การกระทำความรุนแรงต่อตนเอง (self-directed violence) (Ashkanazi, 2018; Crosby et al., 2011) ยกตัวอย่างเช่น “ฉันคิดว่าคงไม่มีอะไรดีสำหรับฉันในอนาคต” “ฉันคิดว่าชีวิตนี้คงไม่มีคุณค่ามากพอที่จะมีชีวิตอยู่” “ฉันคิดเกี่ยวกับการตายและภาวะใกล้ตาย” “ครอบครัวคงดีขึ้นถ้าไม่มีฉัน” “ฉันนึกถึงการฆ่าตัวตาย” (Rozanov & Rakhimkulova, 2017) โดยความคิดอยากตายสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน (active suicidal ideation)
2. ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation)

ความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน (active suicidal ideation)

ความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจนเป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะตาย โดยบุคคลที่มีความคิดนี้มีการวางแผนในการทำให้ตนเองตาย (Booniam et al., 2020) มีความตั้งใจในการกระทำเพื่อฆ่าตัวตายโดยมีวิธีการ (Turecki & Brent, 2016) เช่น การรับประทานยาเกินขนาด การรมควัน การใช้อาวุธ เป็นต้น ระดับความรุนแรงของความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจนนี้แบ่งออกได้ ดังนี้ (Posner et al., 2008)

- active suicidal ideation with some intent to act, without specific plan มีความคิดอยากตายและมีแผนการที่ไม่ระบุถึงเวลา สถานที่ หรือรายละเอียดถึงวิธีการที่จะลงมือกระทำอย่างชัดเจน (มีวิธีที่จะใช้ลงมือฆ่าตัวตายแต่ไม่มีแผนอย่างเจาะจง) เช่น “ฉันมีความคิดที่จะกินยาเกินขนาด แต่ฉันไม่ได้วางแผนว่าจะกระทำเมื่อไหร่ ที่ไหน อย่างไร”

- active suicidal ideation with specific plan and intent มีความตั้งใจอย่างชัดเจนและมีแผนอย่างเฉพาะเจาะจงในการฆ่าตัวตาย

ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation)

ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน เป็นความปรารถนาหรือความคิดที่อยากจะทำและไม่ต้องการมีชีวิตอยู่อีกต่อไป มีความต้องการที่จะหลับแล้วไม่ตื่นอีก (Davis, 2018; Posner et al., 2011) มองเรื่องการตายหรือการทำร้ายตัวเองในแง่ดี โดยมองว่าตนเองนั้นไม่มีคุณค่ามากพอที่จะมีชีวิตอยู่หรือทำร้ายตนเอง รวมถึงมองว่าคนในครอบครัวจะมีชีวิตที่ดีกว่าหากตนเองตายไป (May et al., 2015; Raue et al., 2007) บุคคลนั้นไม่มีแผนในการลงมือกระทำการฆ่าตัวตายด้วยตนเอง ไม่มีแผนการหรือความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองจบชีวิตด้วยตนเอง มีความคาดหวังให้ปัจจัยอื่น ๆ มาทำให้ตนเองเสียชีวิต เช่น ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เมินเฉยต่อการตายโดยไม่รู้ตัว เป็นต้น ความคิดอยากตายที่ผุดขึ้นมาชั่วคราว (fleeting suicidal ideation) มักเกิดขึ้นได้บ่อยพร้อมไปกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนและทำให้เกิดการฆ่าตัวตายตามมาได้ (Harmer et al., 2023; Simon, 2014)

ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนเกิดจากการเผชิญความเจ็บปวด สิ้นหวัง และการไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้น ความคิดอยากตายประเภทนี้จึงเป็นระยะแรกของการฆ่าตัวตาย และความคิดนี้จะไม่พัฒนาไปสู่ความคิดอยากตายโดยมีแผนที่ชัดเจนหากบุคคลมีความเชื่อมโยงทางสังคมที่มากพอ ซึ่งทำให้เห็นถึงเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ (Klonsky & May, 2015)

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

การศึกษาเกี่ยวกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน มีผู้ศึกษาอยู่ด้วยกันหลายแนวคิดทฤษฎีและมักถูกกล่าวถึงในแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (the interpersonal psychological theory of suicidal behaviour: IPT)

ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Joiner (2005) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ในผลงานหนังสือที่ชื่อว่า Why People Die by Suicide (2005) (Joiner, 2005; Knizek & Hjelmeland, 2018) แนวคิดสำคัญของทฤษฎีนี้มีสิ่งที่เหนือกว่าทฤษฎีอื่น ๆ ที่เคยมีมา คือ การอธิบายและให้เหตุผลว่าเพราะเหตุใดคนส่วนมากที่มีความคิดอยากตายถึงไม่ลงมือพยายามฆ่าตัวตาย (Chu et al., 2017)

นอกจากนี้ Van Orden และคณะ (Van Orden et al., 2010) ซึ่งหนึ่งในนั้นรวมถึง Joiner (2005) ได้ทำการศึกษาทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตายโดยละเอียด และได้สรุปว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้นเกิดจาก 3 ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

1. ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (thwarted belongingness) การที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองนั้นไม่ถูกให้ความสำคัญหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยรวมถึงความโดดเดี่ยว (loneliness) และการขาดการดูแลซึ่งกันและกัน (the absence of reciprocal care) เป็นระดับของสภาวะทางจิตใจที่เป็นผลมาจากความรู้สึกเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่อยู่ (Chu et al., 2017; Van Orden et al., 2012) การแยกตัวทางสังคม (social isolation) เป็นหนึ่งในปัจจัยในการทำนายที่เชื่อถือได้ของความคิดอยากตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ร้ายแรงในทุกช่วงวัย

2. การรับรู้ว่าคุณเป็นภาระ (percieved burdensomeness) มักเกิดขึ้นเมื่อเกิดความขัดแย้งในครอบครัว การตกงาน และการเจ็บป่วย บุคคลจะมีการประเมินตนเองโดยมองว่าการตายย่อมมีคุณค่ามากกว่าการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิด

การรับรู้ว่าคุณเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว และมีความรู้สึกเกลียดตนเอง (self-hate)

3. ความสามารถในการฆ่าตัวตาย (acquired capability for suicide) การฆ่าตัวตายไม่อาจทำได้โดยง่าย หากบุคคลนั้นมีความกลัวในการลงมือฆ่าตัวตาย แม้ว่าตามสัญชาตญาณของมนุษย์แล้วจะมีกลไกในการกลัวต่อการฆ่าตัวตายและความตาย แต่ในบุคคลที่ฆ่าตัวตาย มักจะมีความสามารถในการเอาชนะกับความกลัวเหล่านั้น ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ความกลัวการฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ การอดทนต่อความเจ็บปวดทางกายได้ และการลดความกลัวตายลงผ่านวิธีการที่ทำให้เกิดความเคยชินและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความกลัวซ้ำ ๆ

โดยมีสมมติฐานว่าความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนนั้นเกิดจากการที่บุคคลรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีการรับรู้ว่าคุณเป็นภาระ ซึ่งถ้าหากว่าบุคคลนั้นมีความคิดหรือการรับรู้ของสองปัจจัยนี้เป็นเวลานาน โดยหากมองว่าเป็นสิ่งที่คงที่และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (เช่น หมดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่) จะพัฒนาไปสู่ความคิดอยากตายโดยมีแผนการชัดเจนได้

ทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย (the three-step theory (3ST) of suicide)

แนวคิดทฤษฎีนี้ Klonsky and May (2015) ได้กล่าวว่า ความคิดอยากตายเกิดจากองค์ประกอบของความเจ็บปวด (pain) และความสิ้นหวัง (hopelessness) และยังกล่าวถึงความเชื่อมโยงของบุคคลต่อสังคม ความสนใจ งาน หรือสิ่งที่มีความหมายสำหรับการมีชีวิตอยู่ของบุคคลนั้น ๆ โดยถ้าบุคคลมีความเจ็บปวดและสิ้นหวัง แต่ยังมีเชื่อมโยง บุคคลนั้น ๆ ก็จะมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation)

โดยทฤษฎีอธิบายถึงความคิดอยากตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบไปด้วย ความเจ็บปวด ความสิ้นหวัง การเชื่อมโยงทางสังคม และความสามารถในการฆ่าตัวตายใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาของความคิดอยากตาย (the development of suicidal ideation)

ความคิดอยากตาย เกิดจากองค์ประกอบร่วมกันของความเจ็บปวดและความสิ้นหวัง ความเจ็บปวดในที่นี้มักหมายถึงความเจ็บปวดทางจิตวิทยา หรือความเจ็บปวดทางอารมณ์ อาจรวมถึงความเจ็บปวดในกรณีอื่นได้เช่นกัน ถ้ามีเพียงความเจ็บปวดหรือความสิ้นหวังอย่างใดอย่างหนึ่ง บุคคลจะไม่เกิดความคิดอยากตายได้ เช่น บุคคลเผชิญความเจ็บปวดแต่ยังมีความหวังก็จะมุ่งมั่นเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลที่สิ้นหวังแต่ไม่ได้เผชิญความเจ็บปวดในแต่ละวันก็จะไม่มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ดังนั้น การมีความคิดอยากตายจึงต้องมีความเจ็บปวดและความสิ้นหวังร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 ความเข้มข้นของความคิดอยากตายในระดับสูงหรือปานกลาง (strong versus moderate suicidal ideation)

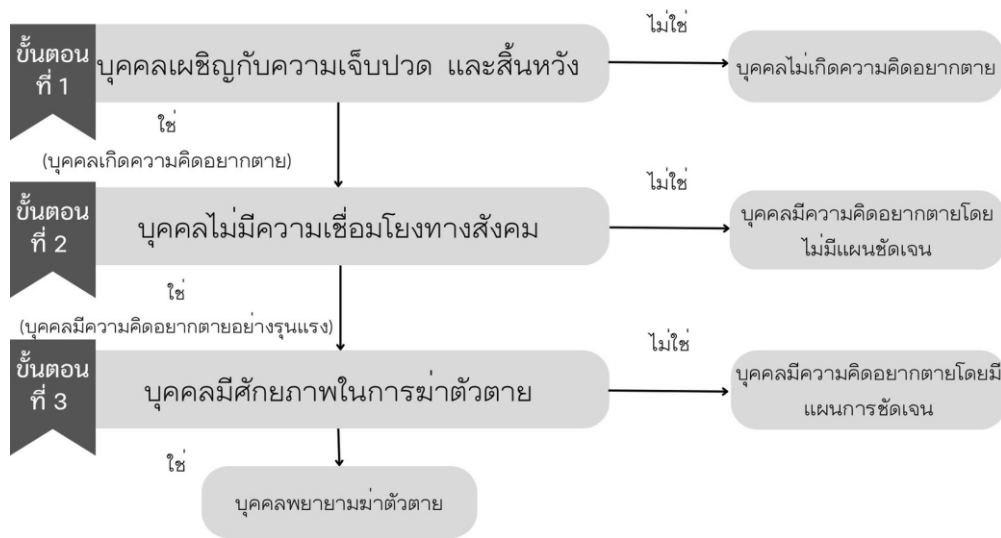
ขั้นตอนนี้กล่าวถึงความเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคม ความสนใจ งาน หรืออะไรก็ตามที่มีความหมายสำหรับการมีชีวิตอยู่ของบุคคลนั้น ๆ มีความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยถ้าบุคคลเผชิญความเจ็บปวดและสิ้นหวังแล้วตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่มีการเชื่อมโยงทางสังคมมาก ความเข้มข้นของความคิดอยากตายจะอยู่ในระดับปานกลาง เช่น บุคคลเผชิญกับความเจ็บปวดและสิ้นหวังในแต่ละวัน แต่ยังมีเชื่อมโยงผูกพันต่อลูกของตนเอง จะมีความเข้มข้นของความคิดฆ่าตัวตายน้อย ต่างจากบุคคลที่เผชิญความเจ็บปวดและรู้สึกสิ้นหวัง รวมถึงมีการเชื่อมโยงทางสังคมน้อย ทั้งครอบครัว สังคมรอบข้าง งาน ความสนใจ จะมีความเข้มข้นของความคิดอยากตายสูงขึ้น ถ้ามีความเชื่อมโยงทางสังคมที่มากกว่าความเจ็บปวดที่บุคคลนั้นได้รับ บุคคลนั้น ๆ จะมีความคิดอยากตายแบบไม่มีแผนชัดเจน อย่างไรก็ตาม หากบุคคลมีทั้งความเจ็บปวดและความสิ้นหวัง และมีความเชื่อมโยงทางสังคมขาดหายไปหรือน้อยกว่าความเจ็บปวด บุคคลนั้นจะมีความคิดอยากตายที่รุนแรงและความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะจบชีวิตของตน ดังนั้น ความเชื่อมโยงทางสังคมในทฤษฎีนี้จึงเป็นเครื่องมือในการป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการจากความคิดสู่การพยายามฆ่าตัวตาย (progression from ideation to suicide attempt)

ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย คือ ความสามารถของบุคคลในการพยายามฆ่าตัวตาย โดย Joiner (2005) ให้เหตุผลตามหลักชีววิทยาและวิวัฒนาการ โดยปกติแล้วบุคคลจะมีการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด การบาดเจ็บและความตาย จึงเป็นเรื่องยากที่ผู้คนที่พยายามฆ่าตัวตายแม้จะมีความคิดอยากตายที่รุนแรง ในขั้นตอนที่ 3 นี้ได้อธิบายครอบคลุมถึงสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการพยายามฆ่าตัวตาย คือ ลักษณะติดตัว (dispositional factors) ซึ่งตัวแปรที่ถูกควบคุมโดยพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่ เช่น ความไวต่อความเจ็บปวด โรคกลัวเลือด บุคคลที่มีความอดทนต่อความเจ็บปวดทางกายสูง (physical

pain endurance) จะมีแนวโน้มในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่า เช่นเดียวกับบุคคลที่เป็นโรคกลัวเลือดก็จะมีความสามารถในการพยายามฆ่าตัวตายต่ำกว่าคนที่ไม่เป็นโรคกลัวเลือด

จึงเห็นได้ว่าจากทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนเกิดจากการเผชิญความเจ็บปวดและความสิ้นหวัง โดยมีความเชื่อมโยงทางสังคมเป็นปัจจัยป้องกันที่จะไม่ทำให้ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนเปลี่ยนไปเป็นความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน ซึ่งภาพรวมของทฤษฎีนี้สามารถอธิบายได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สรุปภาพรวมของทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย

หมายเหตุ. Adapted from “suicide, suicide attempts, and suicidal Ideation”, by E. D. Klonsky, A. M. May, & B. Y. Saffer, 2016, *Annual review of clinical psychology*, 12, pp.307-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-09320>

ทฤษฎีรูปแบบการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior: IMV)

ทฤษฎีนี้ O’Connor and Kirtley (2018) ได้บูรณาการรูปแบบระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย รวมถึง

หลักการของ stress-diathesis model โดยทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็นรูปแบบ 3 ระยะที่แสดงถึงบริบทชีวจิตสังคม (biopsychosocial context) ของแนวทางสู่ความคิดอยากตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ ระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ ระยะแรงจูงใจ และระยะตั้งใจ โดยกล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ ในขณะที่ระยะแรงจูงใจกล่าวถึงการเกิดความคิดอยากตายจากความรู้สึกสับสนและ ความรู้สึกถูกลดคุณค่า ก่อนจะเปลี่ยนจากความคิดไปสู่

การกระทำในระยะตั้งใจจากการรับรู้ความสามารถและความตั้งใจ

1. ระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ (pre-motivational phase) เป็นระยะก่อนที่ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้น โดยมีปัจจัยทางด้านชีววิทยา พันธุกรรม หรือความเปราะบางในการรับรู้ (cognitive vulnerability) หรือเรียกว่า diathesis ตามทฤษฎี stress-diathesis model รวมถึงความแตกต่างของลักษณะเฉพาะบางอย่าง เช่น ระดับสารสื่อประสาทเซโรโตนิน บุคลิกภาพแบบสมบูรณ์แบบ (perfectionist) รวมกับความเครียด (stress) ที่มักเป็นผลจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตและสภาพแวดล้อม เช่น การตกงาน การสูญเสีย การได้รับบาดเจ็บที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น ทำให้เกิดแรงจูงใจที่นำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายขึ้นมา

2. ระยะแรงจูงใจ (motivational phase) มีพื้นฐานจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) (Ajzen, 1991) ซึ่งกล่าวว่าความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรม และการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ การขาดทักษะ การแก้ปัญหา การจัดการที่ไม่เหมาะสม อคติ และการครุ่นคิดซ้ำ ๆ เป็นสิ่งที่เปราะบางต่อการควบคุมตนเอง (threat to self-moderators) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดอยากตาย ได้แก่ ความรู้สึกล้มเหลว (defeat) และความรู้สึกถูกลดคุณค่า (humiliation) โดยถ้าบุคคลมองไม่เห็นถึงทางออกของปัญหาจะนำไปสู่ความรู้สึกถูกกักขัง (entrapment) เกิดความปั่นป่วนทางจิตใจ ซึ่งเป็นแรงจูงใจและปัจจัยที่สามารถก่อให้เกิดความคิดอยากตายได้

ดังนั้น ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ว่าเป็นภาระ การไม่มีอนาคต ไม่มีเป้าหมาย กฎเกณฑ์ทางสังคมที่เข้มงวดมากเกินไป การขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทัศนคติที่ไม่ดี และการขาดการสนับสนุนทางสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนผ่านจากความรู้สึกถูกกักขังไปสู่ความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจนหรือไม่มีแผนชัดเจนได้

3. ระยะตั้งใจ (volitional phase) ปัจจัยที่ควบคุมการเปลี่ยนแปลงจากความคิดอยากตายสู่การพยายาม

ฆ่าตัวตายหรือทำให้ตนเองเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย เช่น ความสามารถในการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย ความกล้าในการฆ่าตัวตาย ความหุนหันพลันแล่น ความไวต่อความเจ็บปวดทางร่างกาย ความไร้ความกลัวเกี่ยวกับความตาย การจินตนาการ และพฤติกรรมในอดีต เป็นต้น ก่อให้เกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนผ่านจากความคิดอยากตายสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้

แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎี IMV โดย O'Connor and Kirtley (2018)

1. ความเปราะบางหรือความอ่อนไหวรวมกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต (รวมถึงความทุกข์ยากลำบากในวัยเด็ก) เป็นพื้นฐานของการพัฒนาความคิดฆ่าอยากตาย

2. การกำเนิดของปัจจัยในระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ (เช่น ความสมบูรณ์แบบที่สังคมกำหนด) จะเพิ่มความไวต่อสัญญาณของความรู้สึกพ่ายแพ้

3. ความพ่ายแพ้ (defeat) ความรู้สึกถูกลดคุณค่า (humiliation) และการถูกกักขัง (entrapment) เป็นตัวแปรหลักต่อการเกิดความคิดอยากตาย

4. ความรู้สึกถูกกักขังเป็นสิ่งที่เชื่อมระหว่างความพ่ายแพ้และความคิดอยากตาย

5. ปัจจัยในระยะตั้งใจเป็นสิ่งที่ควบคุมการเปลี่ยนจากความคิดหรือเจตนาไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

6. บุคคลที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองจะแสดงระดับของตัวแปรในระยะแรงจูงใจและระยะตั้งใจในระดับที่สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

7. ความรู้สึกเป็นทุกข์จะมีมากขึ้นในผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ และเมื่อเวลาผ่านไป และความตั้งใจจะถูกแปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนด้วย 4P model และบริบทชีวิตสังคม (biopsychosocial context)

จากการศึกษา พบว่ามีปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการมีความคิดอยากตายและการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมาก เช่น ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การถูกทอดทิ้งหรือกลั่นแกล้ง (Harmer et al., 2023) รวมถึงปัจจัยที่เป็นไป

ตามลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความสิ้นหวังโดดเดี่ยว ซึ่งปัจจัยอื่น ๆ เหล่านี้จะต้องมีการพิจารณาร่วมด้วย จึงเห็นได้ว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงปัจจัยเดียวอาจไม่สามารถทำนายการเกิดความคิดอยากตายและการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Wong et al., 2021 ; Franklin et al., 2017)

ดังนั้น การพิจารณาให้เห็นภาพรวมทั้งรูปแบบปัจจัยชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) และปัจจัย

4P (The 4P's) ต่อการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน จะทำให้เห็นภาพปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุม ซึ่งเป็นตัวอย่างของปัจจัยต่อการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคิดอยากตายและการฆ่าตัวตายได้เช่นกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงตัวอย่างปัจจัยต่อการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนตามรูปแบบ 4P และปัจจัยทางชีวจิตสังคม

4P	ปัจจัยทางชีวภาพ	ปัจจัยทางจิตวิทยา	ปัจจัยทางสังคม
predisposing factors ปัจจัยเสี่ยงเดิมก่อนเกิด ความคิดอยากตายโดย ไม่มีแผนชัดเจน	- อายุ - พันธุกรรม - โรคทางกาย - โรคทางจิตเวช - ประวัติการทำร้าย ร่างกายตนเอง	- อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด - ทักษะการคิดต่อความตาย ทักษะคิดไม่ดี ต่อการมีชีวิตอยู่ - ประสบการณ์ที่เคยได้รับความรุนแรง หรือกระทบกระเทือนต่อจิตใจ - กลไกการป้องกันตนเอง เช่น somatization	- ครอบครัวยากลำบากความอบอุ่น - การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม - ฐานะขัดสน ขาดสภาพคล่อง - สภาพสังคมที่เต็มไปด้วยความตึง เครียด
precipitating factors ปัจจัยกระตุ้นให้เกิด ความคิดอยากตายโดย ไม่มีแผนชัดเจน	- การใช้สารเสพติด เพิ่มขึ้น	- ความเครียด - ความคาดหวังในตนเอง - สัมพันธภาพแตกแยก	- การถูกทอดทิ้งหรือลั่นแกล้ง - เศรษฐกิจความเป็นอยู่ - เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ สำคัญ เช่น ตกงาน สูญเสียบุคคล อันเป็นที่รัก
perpetuating factors ปัจจัยที่ทำให้ความคิด อยากตายโดยไม่มีแผน ชัดเจนคงอยู่	- การเจ็บป่วยเรื้อรัง - การไม่เข้ารับการรักษา - การติดสารเสพติด	- ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม - รู้สึกเป็นภาระ - ความรู้สึกล้มเหลว ถูกลดคุณค่า - ความรู้สึกเจ็บปวด - ความสิ้นหวัง - การหาทางแก้ไขปัญหาไม่ได้ หรือการ แปลความหมายของเหตุการณ์ใน มุมมองของบุคคลนั้น ๆ ในแง่ลบ	- ไม่ได้ได้รับความสนใจหรือความ ช่วยเหลือ
protective factors ปัจจัยป้องกันความคิด อยากตายโดยไม่มีแผน ชัดเจน	- สุขภาพดี - การเข้ารับการรักษา	- การปรับตัว - ความหมายและเหตุผลในการใช้ชีวิต - ความรู้สึกไม่ติดค้างในใจ - การยินยอมเข้ารับการรักษา	- การมีความเชื่อมโยงทางสังคม - มีคนสนิทใกล้ชิด

การคัดกรองความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

ตามความเป็นจริงแล้ว ไม่มีใครสามารถรับรู้ได้ว่าบุคคลไหนที่กำลังมีความคิดอยากตาย หากบุคคลนั้นไม่มีการเปิดเผยออกมาโดยทันทีทันใดหรือถูก

สอบถามจากคนใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ จึงต้องมีวิธีการในการประเมินความคิดเหล่านั้น (Husky et al., 2016) ซึ่งวิธีการที่นิยมใช้เพื่อประเมินในปัจจุบัน ได้แก่ การสังเกตสัญญาณเตือนถึงความคิดอยากตาย การสัมภาษณ์หรือสอบถาม การใช้แบบทดสอบ หรือแบบสอบถาม หรือมาตรวัดที่เกี่ยวข้องที่มีการถามถึง

เรื่องของความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจนและไม่มีแผนชัดเจน

การสังเกต ในการสังเกตนั้น จะดูจากพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนทั้งสี่หน้า แวดตา น้ำเสียง ท่าทางการแสดงออก (American Foundation for Suicide Prevention, 2023; National Institute of Mental Health, 2023) ได้แก่

- พฤติกรรมซึ่งแสดงออกถึงความวิตกกังวล
- นอนหลับมากขึ้นหรือน้อยลงอย่างผิดสังเกต
- มีการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ
- ประสบกับเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การถูกทอดทิ้ง

การหย่าร้าง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

- ประสบกับความเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- มีความเครียดสะสมเป็นระยะเวลายาวนานจากการถูกคุกคาม การถูกกลั่นแกล้ง ปัญหาความสัมพันธ์หรือการว่างงาน

• บอกเล่าถึงความรู้สึกหรือความสิ้นหวังไร้จุดมุ่งหมาย ถูกกักขัง หรือเจ็บปวด รู้สึกเหมือนว่าตนเองนั้นเป็นภาระของบุคคลอื่น รวมถึงไม่มีเหตุผลในการใช้ชีวิตอีกต่อไป ไม่มีทางออกสำหรับปัญหาที่เกิดขึ้น

- อารมณ์แปรปรวนอย่างผิดสังเกต
- มีความโกรธหรือพูดถึงการล้างแค้นผู้อื่น
- แยกตัวออกไปอยู่คนเดียวตัดขาดจากครอบครัวและเพื่อน

• พูดหรือบอกว่ามีความต้องการที่จะตายหรืออยากจบชีวิตของตนเอง

- จัดการธุระส่วนตัวต่าง ๆ เช่น ทำพินัยกรรม
- ออกไปเยี่ยมเยียนหรือเรียกให้ผู้อื่นมาหาเพื่อบอกลา

• ระบุถึงลักษณะและวิธีการต่าง ๆ ที่อาจจะเลือกใช้ เช่น สืบค้นข้อมูลด้านยาพิษหรือยาต่าง ๆ จากอินเทอร์เน็ต ซื้อมัน เป็นต้น

• มีแนวโน้มในการทำพฤติกรรมประมาทหรือเสี่ยงต่อชีวิตมากขึ้น

การสัมภาษณ์ผู้ที่ความคิดอยากตาย ในการถามคำถามต่าง ๆ จะยึดองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน ได้แก่ ความคิด

อยากตาย แผนการ การเข้าถึงวิธีการ เจตนา โอกาสที่จะเสียชีวิต ปัจจัยป้องกัน และการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า และใช้คำถามปลายเปิด (Harmer et al., 2023) เช่น

- คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง
- อะไรทำให้คุณมีความคิดที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่
- คุณ คิดฆ่าตัวตายหรือไม่ หรือมีแผนการอย่างไรในการฆ่าตัวตาย

• มีอะไรทำให้คุณรู้สึกว่ายังอยากมีชีวิตอยู่บ้าง
วิธีการสุดท้าย **การใช้แบบสอบถาม** ปัจจุบันยังไม่มีแบบสอบถามโดยเฉพาะสำหรับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน จึงต้องใช้วิธีการประเมินความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนในแบบสอบถามหรือแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีข้อความคำถามที่เกี่ยวกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนโดยถามถึงความปรารถนาที่จะตาย ตัวอย่างเช่น

the scale for suicide ideation โดย Beck et al. (1979) เป็นมาตรวัดประเมินความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย ตัวอย่างข้อความเช่น

- คุณจะใช้ชีวิตอยู่บนความไม่ประมาท
- คุณจะใช้ชีวิตหรือจะตายให้เป็นที่ไปตามโอกาสที่จะเกิดขึ้น
- คุณหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นในการรักษาหรือการคงอยู่ของชีวิต

the passive ideation scale suicidal โดย May et al. (2015) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการจำแนกผู้ที่มีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน ตัวอย่างข้อความเช่น

- คุณรู้สึกดีกว่า หากตนเองตายไป
 - ครอบครัวของฉันคงจะดีกว่านี้ หากฉันตายไป
- Columbia-suicide severity rating scale โดย Posner et al. (2008) มีข้อความคำถามเกี่ยวกับความปรารถนาที่จะตาย เช่น

- คุณนึกถึงการตายหรือคิดจะว่าเป็นอย่างไร หากคุณตายไป
- คุณเคยปรารถนาที่จะตายหรือปรารถนาที่จะนอนหลับและไม่ตื่นอีกเลยไหม

ในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีแบบสอบถามที่ถามเกี่ยวกับประเด็นการมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนการชัดเจนโดยตรง แต่มีแบบประเมินการฆ่าตัว

ตาย 8 คำถาม (8Q) (Department of Mental Health, n.d.) ที่มีข้อความบางข้อที่เกี่ยวข้องกับการมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนการชัดเจน ตัวอย่างข้อความเช่น

- ในเดือนที่ผ่านมาผมทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า
- ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
- ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย (ซึ่งบุคคลที่มีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนจะไม่ได้มีการวางแผนไว้ตามทฤษฎีข้างต้น)

กระบวนการในการช่วยเหลือและบำบัดรักษาทางจิตวิทยาสำหรับผู้ที่มีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

ในการให้การช่วยเหลือโดยทั่วไปนั้นสำหรับบุคคลที่มีความไม่สบายใจไม่มาก ให้ตั้งใจรับฟังเรื่องราวเปิดโอกาสให้บุคคลนั้นได้เล่าระบายความรู้สึก โดยผู้ที่ให้การบำบัดรักษาและผู้ที่ไม่สบายใจร่วมกันหาทางออกของความทุกข์และความไม่สบายใจนั้น นอกจากนี้แล้วจากหลาย ๆ การศึกษาพบว่ามียุทธวิธีในการบำบัดรักษาเพื่อลดหรือไม่ให้เกิดความคิดอยากตาย ทั้งเป็นการใช้ยาและการทำจิตบำบัด ในที่นี้จึงขอแนะนำเสนอการทำจิตบำบัด 3 รูปแบบที่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนดังนี้

cognitive behavior therapy (CBT) เป็นรูปแบบของการรักษาทางจิตที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีในการเปลี่ยนแปลงความคิด เช่น ความสิ้นหวัง ความไม่มั่นใจในตนเอง และพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยง การหนีปัญหา ฯลฯ โดยในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมนั้นจะเป็นการให้รับรู้ถึงความคิดที่เป็นปัญหาและประเมินใหม่ตามความเป็นจริง เพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ เรียนรู้การผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ และการใช้บทบาทสมมติเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับสถานการณ์ที่ยากลำบาก เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมปัญหาและสามารถเผชิญหน้าและแก้ไขปัญหาคิด ซึ่งสามารถช่วยลดความคิดอยากตาย

โดยไม่มีแผนชัดเจน โดยการเปลี่ยนแปลงความคิดและการทำให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา หรือรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีความหวัง

ตัวอย่างการบำบัดแบบ CBT โดย Stanley et al. (2009)

ระยะเริ่มต้นของการบำบัด ในช่วง session ที่ 1-3 ของการบำบัด

- chain analysis เป็นการหาปัจจัยเสี่ยงและเหตุการณ์กระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดอยากตาย ตลอดจนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านี้

- safety planning เป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดจัดลำดับความสำคัญในการรับมือและขอความช่วยเหลือเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- psychoeducation การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายแก่ผู้รับการบำบัด

- addressing reasons for living and building hope การทำให้เกิดความหวังและหาเหตุผลในการใช้ชีวิตอยู่ต่อไป

- case conceptualization เป็นการทำความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับกลไกความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการคิดฆ่าตัวตายกับผู้รับการบำบัด โดยวางแผน ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ดำเนินตามแผนการบำบัดและปรับแก้ไขตามความเหมาะสม

ระยะกลางของการบำบัด session ที่ 4-9 ฝึกทักษะแก้ไขปัญหาคิด

- individual skill modules เช่น การหากิจกรรมเพื่อช่วยในการผ่อนคลาย การตรวจจับอารมณ์ของตนเอง การควบคุมอารมณ์และการฝึกความอดทนต่อความเครียด เป็นต้น

- family skill modules ด้วยการฝึกการแก้ไขปัญหาภายในครอบครัวและการแก้ไขรูปแบบการสื่อสารของครอบครัว

ระยะท้ายของการบำบัด session ที่ 10-12 เป็นการทบทวนทักษะต่าง ๆ ที่ได้ฝึกฝนมาเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

- relapse prevention task เป็นการทดสอบทักษะและความสามารถในการรับมือพฤติกรรมก้าวร้าวตัวตายในอนาคต ถ้าหากผู้รับการบำบัดมีปัญหาในการนำทักษะที่ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ นักบำบัดอาจจะช่วยทำให้เห็นปัญหาและอาจพบทวนทักษะที่สอนไปแล้วหรือเพิ่มทักษะใหม่

- continuation phase เป็นระยะที่นักบำบัดอาจช่วยเหลือผู้รับการบำบัดและครอบครัวต่อในการเรียนรู้และนำทักษะที่แนะนำไปใช้ต่อไป เมื่อสิ้นสุดการบำบัดจะมีการสรุปในภาพรวม การทบทวนทักษะที่ประสบความสำเร็จที่ได้เรียนรู้การบำบัดและเป้าหมายที่บรรลุ ตลอดจนอภิปรายว่าจำเป็นต้องมีการบำบัดรักษาสำหรับปัญหาอื่น ๆ หรือไม่

interpersonal psychotherapy (IPT) เป็นการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาที่เน้นการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จากทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (Joiner, 2005) กลไกของ IPT มีผลต่อโครงสร้าง 2 อย่างที่สำคัญ คือ การไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการรับรู้การเป็นภาระ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ของ 2 อย่างรวมกับความสิ้นหวังอาจนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวตัวตายได้ โดย IPT จะปรับปรุงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคล และลดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่สร้างความเครียด วิธีการบำบัด IPT นี้ ช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมโยงทางสังคมมากขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ลดหรือไม่เกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนได้

ตัวอย่างการบำบัดแบบ IPT แบบย่อ โดย Klomek et al. (2021)

ระยะเริ่มต้นของการบำบัด

- risk assessment ประเมินอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายด้วยแบบสอบถาม
- safety plan จัดลำดับความสำคัญในการรับมือและขอความช่วยเหลือเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- chain analysis สรุปและมองหาถึงเหตุการณ์ก่อนหน้าที่จะเกิดความคิดอยากตาย
- presenting the intervention ทำความเข้าใจถึงแผนการให้ความช่วยเหลือกับบุคคลที่มีความ

เกี่ยวข้องกับบทบาทของแต่ละฝ่าย และข้อจำกัด เช่น ตัวผู้รับการบำบัด ผู้ปกครอง

- psychoeducation ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น โรควิตกกังวล การฆ่าตัวตาย

ระยะกลางของการบำบัด

- closeness circle ใช้แผนภาพวงกลมเพื่อแสดงถึงความใกล้ชิดสนิทสนมของบุคคลรอบข้างผ่านการวางตำแหน่งชื่อของแต่ละคนไว้ในวงกลมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน
- มองหาถึงปัญหาที่จะปรับแก้ไขลงในแผนการให้ความช่วยเหลือ
- ฝึกเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงทักษะในการจัดการอารมณ์และพฤติกรรม

ระยะท้ายของการบำบัด สรุปภาพรวมในกระบวนการบำบัดและให้คำแนะนำในการรักษาอื่น ๆ ต่อไป

problem-solving therapy (PST) เป็นการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสนับสนุน มุ่งให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้หรือพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา และสามารถนำทักษะเหล่านี้ไปใช้กับปัญหาชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตและกาย โดยการบำบัดนี้มีฐานจากทฤษฎีการแก้ปัญหาทางสังคม (social problem-solving theory) ซึ่งระบุขั้นตอนการแก้ไขปัญหา 3 ขั้นตอนได้แก่

1. การค้นพบ (การหาวิธีแก้ไขปัญหา)
2. ประสิทธิภาพ (การนำวิธีแก้ไขปัญหาไปใช้)
3. การตรวจสอบ (การประเมินผลลัพธ์)

ตัวอย่างการบำบัดแบบ PST โดย Eskin et al. (2008)

- definition of problems การระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อเจอกับปัญหา
- goal setting กำหนดเป้าหมายที่สามารถทำได้ชัดเจน และเป็นไปตามความเป็นจริง นอกจากนี้ยังเป็น การระบุ ถึงจุดแข็ง (strengths) และทรัพยากร (resources) ที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล
- generating alternative solutions การหาแนวทางที่หลากหลายเพื่อแก้ปัญหา มีการระดมความคิด (brainstorming) และให้จินตนาการถึงการให้คำแนะนำกับบุคคลที่มีปัญหาแบบเดียวกัน ให้หาแนว

ทางการแก้ปัญหา นั้นให้ได้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าแนวทางนั้นดีหรือไม่

- decision making หาแนวทางที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
- solution implementation ฝึกฝนการแก้ปัญหาด้วยแนวทางที่เลือกไว้ โดยมีการสอนทักษะที่จำเป็นสำหรับการแก้ปัญหาร่วมด้วย
- assessment and verification ประเมินและตรวจสอบผลลัพธ์ในการแก้ไข้ปัญหา

การบำบัดด้วยวิธี PST จะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดกำหนดปัญหาและจัดการปัญหาที่ละปัญหา ผู้บำบัดคอยสนับสนุนให้เผชิญหน้าและแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สามารถลดการมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนได้จากการส่งเสริมทักษะแก้ไข้ปัญหา เสริมพฤติกรรมเชิงบวก แก้ไขความรู้สึกการเป็นภาระและความสิ้นหวังที่เป็นสาเหตุของการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

จากแนวทางจิตบำบัดทั้ง 3 รูปแบบที่ได้นำเสนอในข้างต้นนั้น สามารถสรุปออกมาเป็นจุดเด่นและประสิทธิภาพของจิตบำบัดแต่ละรูปแบบได้ ดังนี้

- การบำบัดแบบ CBT มีจุดเด่น คือ เป็นการบำบัดรายบุคคลเป็นหลัก มีความยืดหยุ่นในแผนการบำบัดตามความต้องการของผู้รับการบำบัด ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ความคิดอยากตาย การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ สามารถช่วยลดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน โดยการเปลี่ยนแปลงความคิดและการทำให้บุคคลสามารถแก้ไข้ปัญหา เพิ่มทักษะ

การจัดการแก้ไข้เมื่อต้องเจอกับความเครียดและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีความหวัง

- การบำบัดแบบ IPT มีจุดเด่น คือ เป็นการบำบัดที่เน้นที่ประเด็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งผู้มีความคิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตายมักมีปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์และมีความยากลำบากในการแบ่งปันหรือระบายความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่น มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้รับการบำบัด เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะช่วยลดหรือไม่เกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนได้ และใช้ระยะเวลาไม่นาน

- การบำบัดแบบ PST มีจุดเด่น คือ เป็นการบำบัดที่ส่งเสริมแนวทางการแก้ไข้ปัญหาที่ผู้รับการบำบัดสามารถทำได้ เพิ่มทักษะในการรับมือและการจัดการกับปัญหา เพิ่มความกล้าแสดงออก เพิ่มความมั่นใจในตนเองของผู้รับการบำบัดซึ่งเป็นปัจจัยในการป้องกันโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ลดความรู้สึกการเป็นภาระและความสิ้นหวังที่เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนการชัดเจน

นอกจากนี้ ในประเทศไทยนั้นยังมีโทรศัพท์สายด่วนฉุกเฉิน หรือช่องทางโซเชียลมีเดีย สำหรับผู้ที่มีความคิดอยากตาย ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ต้องการผู้รับฟังหรือผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งผู้เขียนได้ทำการรวบรวมไว้ดังภาพที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้ผู้รับฟังและคำปรึกษา รวมถึงแนวทางการแก้ไข้ในเบื้องต้น ซึ่งลดความตึงเครียดและบรรเทาความสิ้นหวัง ณ ขณะนั้น



ภาพที่ 2 สรุปภาพรวมโทรศัพท์สายด่วนฉุกเฉิน และช่องทางโซเชียลมีเดียสำหรับให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดอยากตายในประเทศไทย

สรุป

ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนเกิดจากการเผชิญความเจ็บปวดและสิ้นหวัง ความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนจึงเป็นระยะแรกของการฆ่าตัวตาย และความคิดนี้จะไม่พัฒนาไปสู่ความคิดอยากตายโดยมีแผนการ หากมีความเชื่อมโยงทางสังคมที่มากพอ ซึ่งการมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ทั้งด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมที่ส่งผลต่อการเกิดการพัฒนาของความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน ซึ่งในการประเมินความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนนิยมใช้ 3 วิธี คือ การสังเกต การสัมภาษณ์และการใช้แบบประเมินหรือแบบสอบถามทางจิตวิทยา รวมถึงสามารถบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การบำบัดแบบ cognitive behavior therapy, interpersonal psychotherapy และ problem-solving therapy รวมถึงการให้การช่วยเหลือด้วยสายด่วนต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความสิ้นหวังและความตึงเครียด

ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนอยู่อย่างจำกัด จึงคาดหวังว่าบทความนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในอนาคตต่อไป และมีส่วนช่วยในการตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนที่สามารถช่วยในการประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายและการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่าในเนื้อหาทฤษฎีต่าง ๆ มักกล่าวถึงความเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล เพื่อน ครอบครัว รวมถึงสังคมนอกข้างที่มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดอยากตาย หากผู้คนในสังคมยังมองว่าเรื่องของการตั้งคำถามถึงการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ไม่สมควรถาม หรือตัดสินบุคคลที่มีความคิดอยากตายไปก่อนว่า “คิดสั้น” ย่อมมีโอกาสทำให้เกิดความสูญเสียตามมาได้ แต่การรับฟังบุคคลนั้นอย่างตั้งใจ มีความใส่ใจ สังเกตถึงน้ำเสียง สีหน้า

ท่าทางของบุคคลที่ท่านกำลังรับฟังอยู่ อาจเป็นสิ่งที่มีความหมายอย่างมากสำหรับผู้ที่ยังสิ้นหวัง มีความคิดอยากตายให้กลับมาใช้ชีวิตและสามารถช่วยเหลือให้บุคคลนั้นกลับมาใช้ชีวิตได้

นอกเหนือจากคนใกล้ชิดที่มีบทบาทในการช่วยเหลือแล้ว หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระยังมีความจำเป็นอย่างมากในการให้บริการเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดอยากตายเช่นเดียวกัน หากมีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรเพื่อให้บริการในด้านการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมมากขึ้น มีการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจควบคู่กัน รวมถึงประชาสัมพันธ์ช่องทาง การบำบัดรักษาและให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดอยากตายมากขึ้น ซึ่งนับว่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อทุกภาคส่วน

เอกสารอ้างอิง (References)

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- American Foundation for Suicide Prevention. (2023). *Risk factors, protective factors, and warning signs*. <https://afsp.org/risk-factors-protective-factors-and-warning-signs#warning-signs>
- Ashkanazi, G. A. (2018). Suicidal ideation. In J. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan, (Eds). *Encyclopedia of clinical neuropsychology*. Springer, Cham. 343-352. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56782-2_2136-2
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 327-332. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.026>

- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
- Booniam, S., Wongpakaran, T., Lerttrakarnnon, P., Jiraniramai, S., Kuntawong, P., & Wongpakaran, N. (2020). Predictors of passive and active suicidal ideation and suicide attempt among older people: A study in tertiary care settings in Thailand. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 16*, 3135-3144. <https://doi.org/10.2147/NDT.S283022> (in Thai).
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin, 143*(12), 1313-1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Crosby, A. E., Han, B., Ortega, L. A., Parks, S. E., Gfroerer, J., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011). Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years-United States, 2008-2009. Morbidity and mortality weekly report. *Surveillance Summaries (Washington, D. C.: 2002), 60*(13), 1-22.
- Davis, S. J. (2018, August 1). *The sad truth about passive suicidal ideation and actions*. Thrive Global. <https://community.thriveglobal.com/the-sad-truth-about-passive-suicidal-ideation-and-actions/>
- Department of Mental Health. (n.d.). *Manual for suicide behaviors screening*. Retrieved April 5, 2023, from <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202301161330193317.pdf> (in Thai).
- Eskin, M., Ertekin, K. & Demir, H. (2008) Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research, 32*(2), 227-245. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9172-8>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin, 143*(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A. (2023). *Suicidal ideation*. StatPearls Publishing.
- Husky, M. M., Zablith, I., Alvarez Fernandez, V., & Kovess-Masfety, V. (2016). Factors associated with suicidal ideation disclosure: Results from a large population-based study. *Journal of Affective Disorders, 205*, 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.054>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press
- Klomek, A. B., Catalan, L. H., & Apter, A. (2021). Ultra-brief crisis interpersonal psychotherapy-based intervention for suicidal children and adolescents. *World Journal of Psychiatry, 11*(8), 403-411. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i8.403>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the 'ideation-to-action' framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 307-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). To die or not to die: A qualitative study of men's suicidality in Norway. *BMC Psychiatry, 18*(1),

263. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1843-3>
- Liu, R. T., Bettis, A. H., & Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological Medicine*, *50*(3), 367-383. <https://doi.org/10.1017/S003329171900391X>
- May, C. N., Overholser, J. C., Ridley, J., & Raymond, D. (2015). Passive suicidal ideation: A clinically relevant risk factor for suicide in treatment-seeking veterans. *Illness, Crisis & Loss*, *23*(3), 261-277. <https://doi.org/10.1177/1054137315585422>
- National Institute of Mental Health. (2023). *Frequently asked questions about suicide*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of The Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, *373*(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., Zalazny, J., Burke, A., Oquendo, M., & Mann, J. (2008). *Columbia-suicide severity rating scale (CSSRS)*. The Columbia Lighthouse Project. https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS_Pediatric-SLC_11.14.16.pdf
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Raue, P. J., Meyers, B. S., Rowe, J. L., Heo, M., & Bruce, M. L. (2007). Suicidal ideation among elderly homecare patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 32-37. <https://doi.org/10.1002/gps.1649>
- Rozanov, V. A., & Rakhimkulova, A. S. (2017). Suicidal ideation in adolescents—a transcultural analysis. In U. Kumar (Ed.), *Handbook of suicidal behaviour*. (pp.267-285). Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6_15
- Simon, R. I. (2014). Passive suicidal ideation: Still a high-risk clinical scenario. *Current Psychiatry*, *13*(3), 13-15.
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(10), 1005-1013. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, *387*(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)002342](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)002342)
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E., Jr. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. *Psychological Assessment*, *24*(1), 197-215. <https://doi.org/10.1037/a0025358>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide.

Psychological Review, 117(2), 575-600.

<https://doi.org/10.1037/a0018697>

Wastler, H. M., Khazem, L. R., Ammendola, E., Baker, J. C., Bauder, C. R., Tabares, J., Bryan, A. O., Szeto, E., & Bryan, C. J. (2023). An empirical investigation of the distinction between passive and active ideation: Understanding the latent structure of suicidal thought content. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 53(2), 219-226. <https://doi.org/10.1111/sltb.12935>

Wong, A., Chan, I., Tsang, C. H. C., Chan, A. Y. F., Shum, A. K. Y., Lai, E. S. Y., & Yip, P. (2021). A local review on the use of a bio-psycho-social model in school-based mental health promotion. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 691815. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.691815>

World Health Organisation (WHO). (2021, June 17). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การศึกษาแนวโน้มความสามารถทางสมองของผู้ป่วยที่มีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยที่มารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา
(The Study of Cognitive Function's Incline in Mild Cognitive Impairment (MCI) Patients of Prasat Neurological Institute)
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง ภายใต้การดำเนินชีวิตในยุควิวีทีใหม่
(Factors Related to Academic Burnout among Undergraduates at Ramkhamhaeng University in the New Normal Living Style)
- ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (Parental Burnout Assessment: PBA) ฉบับภาษาไทย
(Validity and Reliability of the Parental Burnout Assessment (PBA) Thai Version)
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างระบบเกี่ยวกับโรคหลายบุคลิกภาพในผู้ใหญ่ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011-2018
(The Systematic Review of Dissociative Identity Disorder on Adult 2011-2018)
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองลาด อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
(Factors Related to Depression Among Older Adults in Nong Lad Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province)

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- อยู่ก็ได้ ตายก็ดี: ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน
(When Life is Considered not Worth Living: Passive Suicidal Ideation)



สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 02-5908017 มือถือ 081-8762440 แฟกซ์ 02-1495542