



# วารสาร จิตวิทยาคลินิกไทย Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 56 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568 Vol. 56 No. 3 September - December 2025

ISSN 2774-1087 (Online)



# วารสาร จิตวิทยาคลินิกไทย

Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 56 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568

ISSN-2774-1087 (Online)

## สารบัญ

### บรรณาธิการแถลง

### นิพนธ์ต้นฉบับ

- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของ  
ผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020-2024 1  
ชนนิกานต์ ส. ประวานนท์
- ผลของการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเพศนิยมความจริงต่อพลังสุขภาพจิตและ  
ความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา 15  
พัลลภานา อับดุลรอหมัน, ปรีนภา สุรัตน์, สรินภา ปุติ
- การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นให้เหมาะสม 30  
กับบริบทไทย : วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก อายุ  
6-18 ปี  
รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, วิมลวรรณ ปัญญาว่อง
- การพัฒนาบอร์ดเกมเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า: การศึกษาเบื้องต้น 47  
ณัฐพร เพียรการ, ลินณรีย์ บุญอ่อน, สุรมณ เสริมสิริรัตน์, ชนิกานต์ พันธุ์หล้า,  
พนมพร พุ่มจันทร์, เอื้ออนุช ถนอมวงษ์, สุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์

### บทความพิเศษวิชาการ

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ  
รุนแรงจังหวัดภูเก็ต 61  
ภาสกร คุ่มศิริ, เจรตีย์ วุฒิชชาญ, ทยากร คันธิวิวัฒน์
- ภาพเหมารวมทางเพศ: ความท้าทายทางสุขภาพจิตของกลุ่มคนเพศหลากหลาย 75  
ภายหลังการประกาศใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียมในประเทศไทย  
ธนวัฒน์ สุวรรณ มณี



# **Thai Journal of Clinical Psychology**

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

Vol. 56 No. 3 September–December 2025

ISSN-2774-1087 (Online)

## **Table of Contents**

### **Editorial statement**

### **Original Articles**

- **A Systematic Review of Factors Associated with Parental Participation in the Treatment of Children with Autism Spectrum Disorder from 2020 to 2024** 1  
Chonnikarn S. Prapavanond
- **The Effects of Individual Counseling Based on Reality Therapy on Resilience and Stress among Drug Detoxification Patients** 15  
Falsana Abdulrahman, Preenapa Choorat, Sarinda Puti
- **Development of Norm the Thai Child and Adolescent Behavior Checklist appropriated for Thai context Confirmatory: Confirmatory Factor Analysis of the Thai youth Checklist** 30  
Rattanasak Santitadaku, Wimonwan Panyawong
- **The Development of a Board Game to Enhance Understanding of Depression: A Preliminary Study** 47  
Nutthaporn Phiankan, Linnaree Boonon, Suramon Sermsirirat, Chanikarn Panlar, Panomporn Phoomchan, Uae-anut Tanomwong, Suchada Sakolkijrungrroj

### **Review Article**

- **Guidelines for the Service of Serious Mental Illness and Substance Abuse with High Risk to Violence in Phuket Province** 61  
Passakorn Koomsiri, Jirati Wuttichan, Tayakorn Khantivivorn
- **Gender Stereotype: Mental Health Challenges of LGBTQ+ After the Adoption of the Marriage Equality Law in Thailand** 75  
Thanawat Suwan Manee

## คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย ปี 2568-2569

<b>นายกสมาคม</b>	ดร.กุลวดี	ทองไพบูลย์
<b>อุปนายก</b>	พลเรือตรีหญิง พรทิพย์ ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร ผศ.ดร.อารยา	อินทรวีเชียร พุ่มจันทร์ ผลธัญญา
<b>กรรมการวิชาการ</b>	ผศ.ดร.ไชยันต์ ผศ.นนทิมา อ.ดร.ศจีแพรว ตรีประดับ เทพสุดา ปริญญาภรณ์ อิสริย์	สกุลศรีประเสริฐ สิริเกียรติกุล โอบีกุล อุทัยเศรษฐวัฒน์ พุ่มเมืองปาน ศรีพรหมมาศ บุญยิ่งสถิตย์
<b>กิจการต่างประเทศ</b>	รสมา	สมไชย
<b>สารานุกรม</b>	รศ.ดร.มานิกา	วิเศษสาธิต
<b>นายทะเบียน</b>	ปวีตรา	คัมปิยะผล
<b>ปฏิคม</b>	พ.ต.ท.หญิง วรณิศา	เนียมบาง
<b>ประชาสัมพันธ์</b>	ณัฐนิช	เหลื่องโพธิ์แมน
<b>กรรมการจัดหาทุน</b>	ธีระ	เพ็ชรภา
<b>เหรียญกษาปณ์</b>	สุนิสา	คินทรักษ์
<b>เลขานุการ</b>	จิตรัตน์ ชณัฏพร	ศรีวิเลิศ ชลไพโร
<b>คณะกรรมการกลาง</b>	กนิษฐา ณิชนานต์ พัชรินทร์ รดา วิมลรัตน์ ศิววงศ์ อัจจิมา	เสาวลักษณ์ วรรณูปถัมภ์ อรุณเรือง วงศ์ศิลปากร ชัยปราการ เพชรรัตน์ ศิริพิบูลย์ผล

## Executive Committee of The Thai Clinical Psychologist Association 2025-2026

<b>President</b>	Kulvadee	Thongpibul, PsyD
<b>Vice President</b>	R.Adm.Porntip	Intravichien
	Asst.Prof.Maj.Panomporn	Phoomchan, PhD
	Asst.Prof.Araya	Pontanya, PhD
<b>Scientific Section</b>	Asst.Prof.Chaiyun	Sakulsriprasert, PhD
	Asst.Prof.Nontima	Sirikiattikul
	Sajeepraew	Potikul, PhD
	Treepradab	Utaisedtawat
	Thepsuda	Foomuangpan
	Pariyaporn	Sriprommas
	Isaree	Boonyingsathit
<b>International Affair</b>	Rossama	Somchai
<b>Editorial</b>	Assoc.Prof.Manika	Wisessathorn, PhD
<b>Registrar</b>	Pawittra	Khumpiyaphon
<b>House Master</b>	Pol.Lt.Col.Wannisa	Niambang
<b>Public Relation</b>	Natthanit	Leongpoman
<b>Financial Manager</b>	Teera	Phetchphar
<b>Treasurer</b>	Sunisa	Kintarak
<b>Secretary</b>	Jittarat	Srivilert
	Chanatiporn	Chonprai
<b>Affair</b>	Kanittha	Saowaluk
	Nitchakarn	Wannoopatam
	Patcharin	Arunruang
	Rada	Wongsilapakarn
	Wimolrat	Chaiprakarn
	Siwawong	Petcharat
	Adjima	Siriphiboonphol

## วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

### เจ้าของวารสาร:

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

### ที่ปรึกษา:

ดร.กุลวดี

ทองไพบูลย์

นายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

### บรรณาธิการ:

รศ.ดร.มานิกา

วิเศษสาร

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

### กองบรรณาธิการ:

ผศ.ดร.ไชยันต์

สกุลศรีประเสริฐ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.นนทิมา

สิริเกียรติกุล

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผศ.วัฒน์

พรหมเพชร

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ดร.ภัทรวรรณ

สุขยิธัญญา

โรงพยาบาลศรีธัญญา

ดร.รัตนศักดิ์

สันติธาดากุล

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

พิณกาญจน์

ศรีศรากร

สถาบันประสาทวิทยา

### คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจผลงานนิพนธ์ต้นฉบับ:

ดร.กุลวดี

ทองไพบูลย์

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

รศ.ดร.ภรตพร

ยุระยาตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.มณฑิรา

จารุเพ็ง

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รศ.ศักดิ์พัฒน์

งามเอก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.จิรภัทร

รวีภัทรกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.พีร

วงศ์อุปราชา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร

พุ่มจันทร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.เอื้ออนุช

ถนอมวงษ์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.ไชยันต์

สกุลศรีประเสริฐ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.อารยา

ผลธัญญา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.ดร.นัฐพร

โอภาสานนท์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ผศ.ดร.นิรันดร์

เงินแย้ม

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ผศ.ดร.ธนายศ

สุมาลย์โรจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.สร้อยสุดา

อิมอรุณรักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.เมธี

วงศ์วีระพันธุ์

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ผศ.ดร.ปิยพงศ์

แช่ตั้ง

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผศ.ดร.เพ็ญประภา

ปริญญาพล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.บุรชัย

อัศวทวิบูลย์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผศ.ปวิธ

สิริเกียรติกุล

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผศ.วัฒน์

พรหมเพชร

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ดร.สมรรถพงศ์

ขจรมณี

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ดร.วีร์

เมฆวิไลย์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ดร.ภัทรวรรณ

สุขยิธัญญา

โรงพยาบาลศรีธัญญา

ดร.รัตนศักดิ์

สันติธาดากุล

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

พิณกาญจน์

ศรีศรากร

สถาบันประสาทวิทยา

### สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย:

อาคารนครชุม ชั้น 4 ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ถนนรามคำแหง แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

โทร.+66 62 226 2026 อีเมล: thajoclipsoy@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 วิจารณ์ 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 กรณีที่เป็นกฎหมายไทยให้อ้างอิงท้ายข้อความโดยระบุชื่อกฎหมายไทยก่อนแล้วตามด้วยชื่อกฎหมายที่แปลงเป็นภาษาอังกฤษ .....ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 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](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 ซึ่งในที่นี้จะใช้ตารางดังกล่าวเป็นตัวอย่งในการระบุที่มาของตารางด้วย

#### ตัวอย่าง การระบุที่มาของตาราง

##### ตาราง 1

รูปแบบการระบุที่มาของภาพหรือตาราง

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

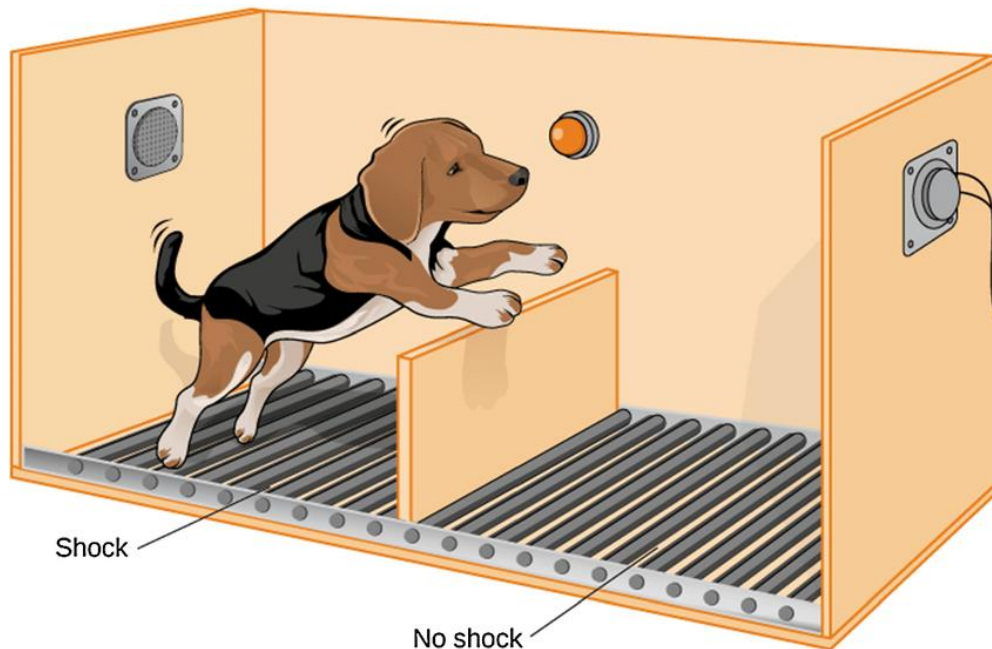
### 3.2 รูปภาพ (Figure)

#### 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 สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์, 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
- หากผู้ทบทวนพบว่าม้งานวิจัยที่ผู้นิพนธ์นำมาใช้แล้วไม่ได้อ้างอิงหรือพบการคัดลอกผลงาน 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

สมัครผ่านระบบออนไลน์ i-Regist ที่เว็บไซต์ของสมาคมฯ  
<https://tcpa.i-regist.com/index.php?r=member/register> (หรือสแกน QR-Code)

ก่อนสมัครสมาชิกสมาคม แนะนำให้ศึกษาข้อมูลและเลือกสมัครตามประเภทที่เหมาะสมกับท่าน โปรดเตรียมเอกสาร แนบเป็นไฟล์นามสกุล .jpg, .png หรือ PDF แล้วส่งมายังอีเมลของนายทะเบียน [thaiclinicpsy.regist@gmail.com](mailto:thaiclinicpsy.regist@gmail.com)



**สมาชิกร่วมใจ**  
ผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรจิตวิทยาคลินิก จากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิกให้การรับรอง และปฏิบัติงานในขอบเขตงานของวิชาชีพจิตวิทยาคลินิกตามมาตรฐานวิชาชีพ

**สมาชิกร่วมใจ**  
ผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรอื่นที่ไม่ใช่จิตวิทยาคลินิก แต่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในสถาบันหรือหน่วยงานที่คณะกรรมการวิชาชีพจิตวิทยาคลินิกให้การรับรอง

**สมาชิกร่วมใจ**  
บุคคลที่มีสถานภาพเป็นนิสิต นักศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือปริญญาโท หลักสูตรจิตวิทยาคลินิกในสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิกให้การรับรอง

**หลักฐานประกอบการสมัคร**  
- ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก  
- กรณีไม่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก สามารถใช้ transcript เพื่อยืนยันคุณสมบัติของสมาชิก

**หลักฐานประกอบการสมัคร**  
- transcript เพื่อยืนยันคุณสมบัติของสมาชิก

**หลักฐานประกอบการสมัคร**  
- บัตรประจำตัวนักศึกษา เพื่อยืนยันคุณสมบัติของสมาชิก

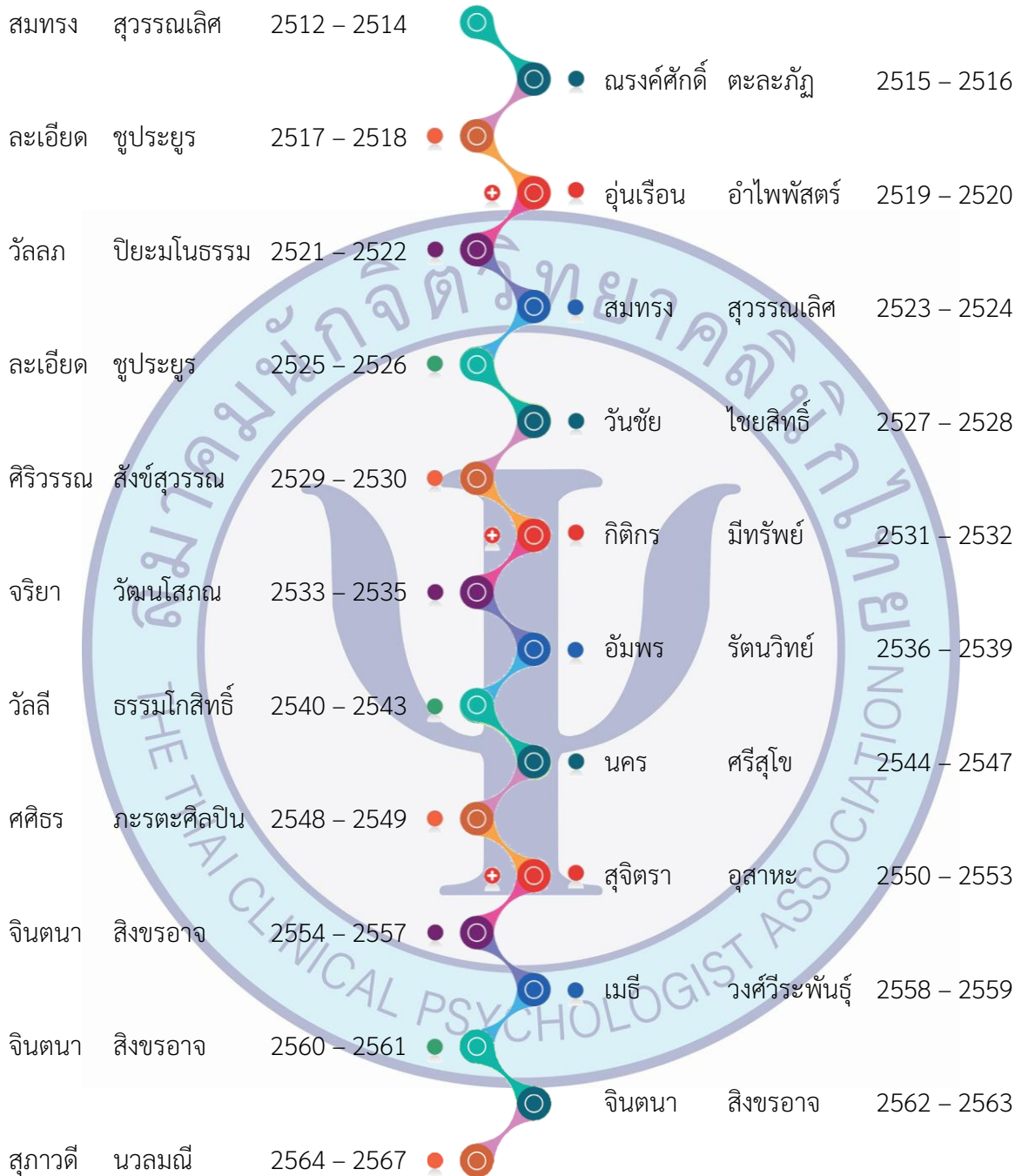
- สมาชิกร่วมใจ** (สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 500 บาท สมาชิกต่างประเทศ 1,000 บาท) เอกสารประกอบการสมัคร คือ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก หรือ Transcript ที่ระบุว่าจบสาขาจิตวิทยาคลินิก เพื่อยืนยันคุณสมบัติของสมาชิก
- สมาชิกร่วมใจ** (แพทย์, Internship สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 300 บาท) เอกสารประกอบการสมัคร คือ Transcript
- สมาชิกร่วมใจ** (นักศึกษา สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 200 บาท) เอกสารประกอบการสมัคร คือ บัตรประจำตัวนักศึกษา

### รายละเอียดการชำระเงินค่าสมัครสมาชิกสมาคมฯ

หลังจากสมัครสมาชิกแล้ว ชำระเงินตามประเภทสมาชิกที่ท่านเลือก โดยโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี นางกุลวดี ทองไขพลู และ น.ส.สุณิสา คินทรักษ์ เลขที่บัญชี 000-3-32092-8 พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่ Email: [thaiclinicpsy.finance@gmail.com](mailto:thaiclinicpsy.finance@gmail.com)

หลังจากนายทะเบียนได้รับหลักฐานการสมัครครบทั้งหมด จะดำเนินการอนุมัติการเป็นสมาชิกภายใน 1 สัปดาห์ หากท่านยังไม่ได้รับการอนุมัติการเป็นสมาชิก สามารถติดต่อสอบถามนายทะเบียนได้ที่ email: [thaiclinicpsy.regist@gmail.com](mailto:thaiclinicpsy.regist@gmail.com)

## อดีตประธานชมรมนักจิตวิทยาคลินิก และนายกสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย



ดร.กุลวดี ทองไพบูลย์  
2568 – 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	จรรยา	จันทร์ระ	
2548 – 2549	สร้อยสุดา	อิมอรุณรักษ์	
2550 – 2553	ปราณี	ชาญณรงค์	
2554 – 2555	จรรยา	จันทร์ระ	
2556 – 2557	วิลาสินี	ชัยสิทธิ์	
2558 – 2559	แสงเดือน	ยอดอัษฎมณีวงศ์	
2560 – 2561	แสงเดือน	ยอดอัษฎมณีวงศ์	และ ส่องโสม พึ่งพงศ์
2562 – 2563	ไชยันต์	สกุลศรีประเสริฐ	
2564 – 2567	วัฒน์นะ	พรหมเพชร	
2568 – ปัจจุบัน	มานิกา	วิเศษสาร	

## บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย ฉบับนี้เป็นวารสารประจำปี ที่ 56 ฉบับที่ 3 จัดพิมพ์ภายใต้การดำเนินงานของ ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) วารสารกลุ่มที่ 1 สำหรับรอบปี พ.ศ. 2568–2572 นับเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ผลักดันให้ทีมบรรณาธิการมุ่งมั่นรักษาและยกระดับมาตรฐานของวารสารให้คงความน่าเชื่อถือในแวดวงวิชาการและวิชาชีพจิตวิทยาคลินิกอย่างต่อเนื่อง

ในฉบับนี้ วารสารได้รวบรวมบทความจำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยและบทความฟื้นฟูวิชาการที่สะท้อนประเด็นร่วมสมัยทางสุขภาพจิตและพฤติกรรมมนุษย์อย่างรอบด้าน เนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก การประยุกต์แนวคิดการปรึกษาเพื่อเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยยาเสพติด การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นในบริบทไทย การใช้บอร์ดเกมเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า การจัดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงในชุมชน ตลอดจนการสำรวจภาพเหมารวมทางเพศในฐานะความท้าทายทางสุขภาพจิตของกลุ่มเพศหลากหลายภายหลังการประกาศใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียม บทความทั้งหมดสะท้อนความพยายามบูรณาการองค์ความรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์

ท้ายที่สุด กองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิกไทย ขอขอบพระคุณสมาชิกสมาคมฯ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้อ่านทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและติดตามวารสารอย่างต่อเนื่อง พร้อมขอเชิญชวนทุกท่านร่วมส่งบทความวิจัยหรือบทความฟื้นฟูวิชาการเพื่อเผยแพร่ในวารสารฉบับถัดไป ผ่านระบบออนไลน์ของวารสารได้ตลอดทั้งปี

ด้วยความเคารพอย่างสูง  
รองศาสตราจารย์ ดร.มานิกา วิเศษสาธิต  
บรรณาธิการ

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่เป็นทัศนะของ  
กองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป



## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020-2024

ชนนิกันต์ ส. ประภาวนนท์\*

นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ สถาบันราชานุกูล

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: fonncsp@gmail.com

วันที่รับบทความ: 21 เมษายน 2568 | วันที่แก้ไขบทความ: 21 พฤษภาคม 2568 | วันที่ตอบรับบทความ: 21 กรกฎาคม 2568

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก

**วัสดุและวิธีการ** การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติกที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020-2024 จากฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต 8 แห่ง ได้แก่ 1) AccessMedicine 2) Cambridge Core 3) CEIC 4) EBSCO 5) Emerald 6) McGraw-Hill 7) Scopus และ 8) Wiley โดยสืบค้นตามแนวทาง PICO และกำหนดคำในการค้นหาแบบ Boolean จากนั้นคัดเลือกบทความซ้ำออกพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก ประเมินคุณภาพบทความด้วย The Critical Appraisal Skills Programme และสกัดข้อมูลด้วยการสังเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา** งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกมีจำนวน 18 บทความ สกัดข้อมูลพบ 3 ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองคือ 1) ปัจจัยด้านผู้ปกครอง พบว่าสุขภาพจิตของผู้ปกครองมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ปกครองที่มีสุขภาพจิตดี มีทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการจัดการปัญหา และมีความยืดหยุ่นทางจิตใจจะมีส่วนร่วมในการรักษา ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ ขณะที่ความเครียดและความวิตกกังวลทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ผู้ปกครองที่มาจากรอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดี และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจจะมีส่วนร่วมในการรักษา การวินิจฉัยและการเข้าไปส่งเสริมความร่วมมือในผู้ปกครองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำให้เกิดการร่วมมือรักษาต่อเนื่อง และ 3) ปัจจัยทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครองและเด็กช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพทำให้ผู้ปกครองมีความเชื่อมั่นในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครอง และโปรแกรมสนับสนุนทำให้ผู้ปกครองเกิดความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น

**สรุป** ปัจจัยด้านผู้ปกครอง ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคมประกอบกันทำให้เกิดความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก

**คำสำคัญ:** เด็กออทิสติก, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, ความร่วมมือของผู้ปกครอง, การรักษา

## Original Article

# A Systematic Review of Factors Associated with Parental Participation in the Treatment of Children with Autism Spectrum Disorder from 2020 to 2024

Chonnikarn S. Prapavanond\*

*Clinical Psychologist (Professional Level), Rajanukul Institute*

\* Corresponding author, e-mail: fonncsp@gmail.com

Received: 21 April 2025 | Revised: 21 May 2025 | Accepted: 21 July 2025

---

## Abstract

**Objectives:** The objective of this study was to review and synthesize empirical evidence on the factors that influence parent participation in the treatment of children with autism spectrum disorder (ASD).

**Materials and methods:** A systematic review of literature was conducted on studies published between 2020 and 2024. The research focused on articles from eight databases: Access Medicine, Cambridge Core, CEIC, EBSCO, Emerald, McGraw-Hill, Scopus, and Wiley. The PICO framework was used for the review, and Boolean to define terminology. Duplicate articles were excluded based on inclusion and exclusion criteria. The quality of the articles was assessed using the Critical Appraisal Skills Program, and data were extracted using research synthesis methods.

**Results:** A total of 18 articles were included in the review, and the findings highlighted three key areas. 1) Parental Factors: The psychological well-being of parents plays a significant role in their engagement with therapeutic interventions. Parents who experience better mental health and resilience are more likely to positively engage in treatment, whereas stress and anxiety hinder effective participation. Emotional regulation and the ability to confront challenges are crucial in promoting successful participation. 2) Family Factors: Family dynamics, including strong familial ties and financial conditions, also influence parental involvement. Parents with financial stability tend to be more cooperative in executing treatment programs. Early diagnosis and access to effective interventions further promote ongoing collaboration in treatment. 3) Social Factors: Social support is crucial for fostering a sense of community for both parents and children. The effectiveness of treatments enhances parental confidence in the treatment process, and positive therapeutic relationships have a beneficial impact on parents' mental health. Additionally, support programs play a role in enhancing collaboration among parents during the treatment process.

**Conclusion:** Parental, familial, and social factors collectively contribute to parent participation in the treatment of children with autism spectrum disorder.

**Keywords:** Autistic children, Systematic review, Parent participation, Treatment

## บทนำ

กลุ่มอาการออทิสติกเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางสมองที่มีความบกพร่อง 1) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) ด้านภาษาและการสื่อสาร 3) มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมซ้ำ ๆ (American Psychiatric Association, 2022) โดยอาการจะแสดงตั้งแต่วัยเด็กเล็กและเป็นต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ อาการเหล่านี้จะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างต่อเนื่อง (Lord et al., 2018) ข้อมูลทางระบาดวิทยาระบุว่าอัตราการชุกของการเกิดภาวะออทิสติกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (National Center for Health Statistics (US), 2017) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเข้าถึงข้อมูลของผู้ปกครอง การสร้างความตระหนักรู้ในสังคม นโยบายการคัดกรองทางสาธารณสุข หรือปัจจัยอื่น ๆ ในทางการแพทย์ การวินิจฉัยออทิสติกสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่อายุ 18-24 เดือน และเป็นที่ทราบกันดีว่าการพาเด็กเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็วจะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา (Chakrabarti & Fombonne, 2005) กล่าวคือ เด็กที่ได้รับวินิจฉัยตั้งแต่วัยแรกเริ่ม (อายุต่ำกว่า 3 ปี) ตอบสนองต่อกระบวนการรักษา (Filipek et al., 2000) และมีพัฒนาการที่ดีกว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า (Haine-Schlagel et al., 2022) การเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้าจะทำให้เด็กเสียโอกาสในการได้รับการกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่วัยน้อย (Howlin & Asgharian, 1999) ดังนั้น เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดการวินิจฉัย จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความร่วมมือในผู้ปกครองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อสร้างความตระหนักรู้ การยอมรับ และความร่วมมือในการรักษาเด็กของผู้ปกครอง

เด็กเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การวินิจฉัยออทิสติกในเด็กจึงส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองทั้งทางตรง และทางอ้อม ผู้ปกครองเด็กออทิสติกควรได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดการความพร้อมในการดูแลเด็กอย่างเป็นองค์รวม ที่นอกจากจะดูแลร่างกาย จิตใจ และสังคม (Bio-Psycho-social) ของเด็กแล้ว ยังต้องดูแลไปถึงครอบครัวของเด็กด้วย เพื่อให้การดูแลเด็กมีประสิทธิภาพและได้รับความร่วมมือ

ในการพาเด็กเข้าสู่กระบวนการรักษา ด้วยความร่วมมือในการรักษาของผู้ปกครอง (parent participation) เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการให้บริการทางสุขภาพจิตแก่เด็กและครอบครัว (Filipek et al., 2000) การศึกษาก่อนหน้านี้ได้ระบุว่าการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ปกครองเด็กออทิสติก โดยเฉพาะการสนับสนุนให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพจิตของตน และปรับตัวกับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม (Department of Health, 2004) ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี (Guralnick et al., 2008; Banach et al., 2010) และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก (Pisula & Kossakowska, 2010) ผู้วิจัยต้องการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก จึงทำการศึกษาในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (the systematic literature review) (Aveyard, 2007; Bowling, 2009) ในการค้นหางานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2020-2024 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต่อยอดในการศึกษาที่นำไปสู่การส่งเสริมปัจจัยที่จะทำให้เกิดความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก ดังนั้น ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือสหวิชาชีพมีแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือของผู้ปกครองเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติกที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2020-2024

## วิธีการวิจัย

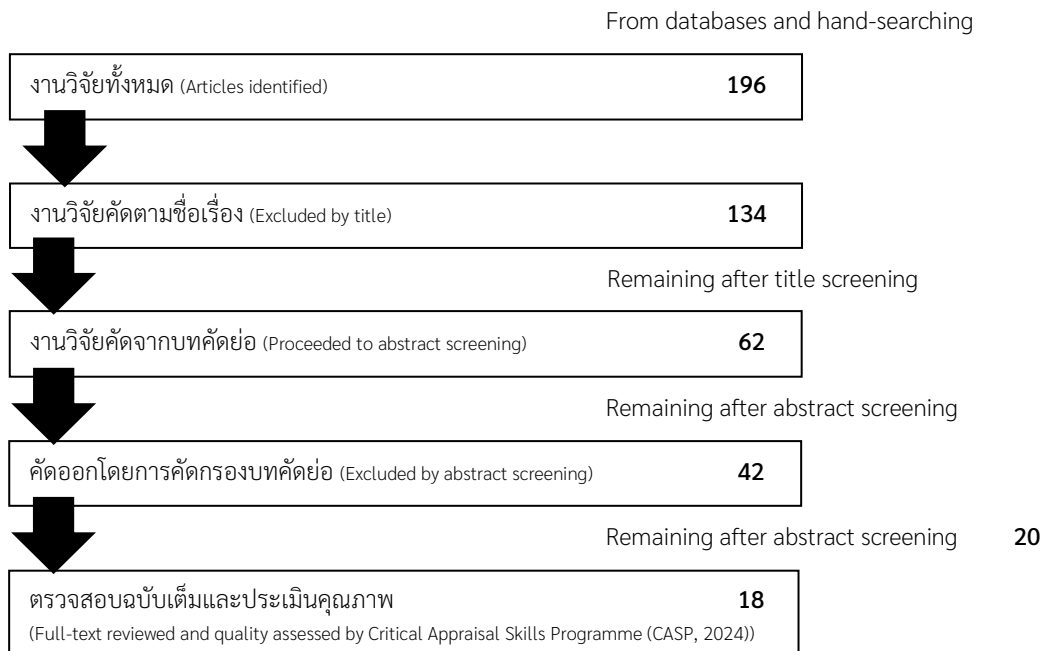
การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ตามแนวทางการกำหนดขอบเขตการสืบค้นงานวิจัย (Aveyard, 2007; Bowling, 2009) กำหนดคำถามวิจัยใช้กรอบ PICO (population, intervention, context) โดยงานวิจัยตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ

ในปี ค.ศ. 2020-2024 จาก 8 ฐานข้อมูล ได้แก่ 1) Access Medicine 2) Cambridge Core 3) CEIC 4) EBSCO 5) Emerald 6) McGraw-Hill 7) Scopus และ 8) Wiley คำที่ใช้ในการสืบค้น คือ ผู้ปกครองเด็กออทิสติก (parents of children with autism spectrum disorders) และความร่วมมือในการรักษาเด็กออทิสติก (parent participation in with autism spectrum disorders) โดยใช้การสืบค้นใช้คำสำคัญและตรรกะบูลีน (Boolean logic) เพื่อหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในฐานข้อมูลได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นด้วยการเชื่อมด้วยคำ ดังนี้: (“parental” OR “parent participation”) AND (“ASD” OR “autistic spectrum disorder”)

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ได้แก่ 1) งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ปกครองเด็กออทิสติก และความร่วมมือในการรักษาเด็กออทิสติก 2) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา (descriptive statistic method) 3) บทความวิจัยตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2020-2024 4) งานวิจัยเป็น research articles หรือ journal articles ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ เกณฑ์คัดออกประกอบด้วย: (1) บทความที่ไม่ใช่งานวิจัย เช่น บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ และบทบรรณาธิการ (2) งานวิจัยที่ไม่ได้ระบุรายละเอียดวิธีการศึกษาชัดเจน (3) งานวิจัยที่ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยต่ำกว่าระดับปานกลาง

**ภาพที่ 1**

ขั้นตอนการสืบค้น และคัดเลือกงานวิจัย



**การสืบค้นคัดเลือกและประเมินงานวิจัย**

หลังสืบค้นด้วยคำสำคัญจาก 8 ฐานข้อมูล พบงานวิจัยทั้งหมด 196 บทความ เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกบทความซ้ำ เหลือจำนวน 62 บทความ และเมื่อคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือกในเบื้องต้นโดยสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากบทคัดย่อเหลือจำนวน 20 บทความที่เข้าสู่ขั้นตอนการหาบทความฉบับเต็ม และประเมินคุณภาพงานวิจัย เครื่องมือสำหรับใช้ประเมินคุณภาพ คือ Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2024) เริ่มต้นด้วยการเลือกใช้ CASP checklist ที่เหมาะสม กับประเภทของงานวิจัยแต่ละฉบับ ดังนี้ CASP systematic review checklist, CASP randomised controlled trial (RCT) checklist, CASP qualitative studies checklist, CASP cohort study checklist และ CASP case-control study checklist หลังจากนั้นจะประเมินบทความตามเกณฑ์ CASP โดยพิจารณา 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความถูกต้อง (validity) ของการออกแบบและดำเนินการวิจัย, ผลลัพธ์ (results) ทั้งขนาดและความแม่นยำ, และ ความเกี่ยวข้อง/การนำไปใช้ (relevance/applicability) ในบริบทที่สนใจ จนเหลืองานวิจัยจำนวน 18 บทความที่ผ่านการพิจารณาตามเกณฑ์ของ CASP ว่ามีคุณภาพเพียงพอที่จะถูกนำมาสกัดข้อมูล ดังภาพที่ 1

## ผลการศึกษา

จากงานวิจัยทั้งหมด 18 บทความนำมาสกัดข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยโดยนำเสนอ ผลการ

วิเคราะห์ปัจจัยที่ค้นพบว่าส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก ดังตารางสรุปผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ดังตารางที่ 1

### ตาราง 1

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก ปี 2020-2024

ลำดับ	แหล่งอ้างอิง	วิธีการศึกษา	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่งผลต่อการเข้าร่วมรักษา	ระดับความน่าเชื่อถือ
1	Smith et al., 2020 (สหรัฐอเมริกา)	การทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 175 เรื่อง คัดเหลือ 11 เรื่อง	เชื้อชาติ, ฐานะทางเศรษฐกิจ, การศึกษา และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	สูง
2	Leadbitter et al., 2020 (สหราชอาณาจักร)	เชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview schedule) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 18 คนจาก 12 ครอบครัว	คุณค่าในตนเอง, การสนับสนุนจากกลุ่ม, สิ่งแวดล้อม, ความสัมพันธ์กับนักบำบัด และโปรแกรม PACT ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และช่วยให้ผู้ปกครองร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น	ปานกลาง
3	Pyszkowska & Wrona, 2021 (โปแลนด์)	เชิงปริมาณ (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่าง 76 คน	ความเห็นอกเห็นใจในตนเอง, ความยืดหยุ่น, องค์ประกอบภาระปัญหา, คุณภาพชีวิตของผู้ปกครอง และการบำบัดด้วยวิธี ACT ช่วยให้ผู้ปกครองมีสุขภาพจิตดีขึ้น	สูง
4	Eapen et al., 2022 (ออสเตรเลีย)	เชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง 97 คน	ระดับอาการออทิสติก, รายได้ครอบครัว, ความคาดหวังของผู้ปกครอง, คุณภาพชีวิตของผู้ปกครอง	สูง
5	Wang et al., 2021 (จีน)	เชิงปริมาณ (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่าง 79 คน	สติ, ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, คุณภาพชีวิตครอบครัว, การควบคุมอารมณ์ และภาระทางการเงิน	สูง
6	Haine-Schlagel et al., 2022 (สหรัฐอเมริกา)	วิธีวิจัยผสม กลุ่มตัวอย่าง 60 คนที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี	ความพร้อมทางอารมณ์ของผู้ปกครอง, การเข้าถึงระบบสุขภาพ, ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และเศรษฐกิจ	ปานกลาง
7	Gholipour et al., 2022 (อิหร่าน)	เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลแบบ (focus group) กลุ่มตัวอย่าง นักวิชาชีพที่ให้บริการ 48 คน และผู้ปกครอง 50 คน ที่มีบุตรอายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป	ความเชื่อทางวัฒนธรรม, ความรู้, เศรษฐฐานะ, ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และระยะเวลาในการรอรับบริการ	สูง
8	Meads et al., 2022 (นิวซีแลนด์)	วิธีวิจัยผสม กลุ่มตัวอย่าง 291 คน	อายุเด็ก, ความล่าช้าในการวินิจฉัย, ความเครียด, และความสะดวกในการเข้ารับบริการ	สูง
9	Vitale et al., 2022 (สหรัฐอเมริกา)	เชิงปริมาณ (cross-sectional design) กลุ่มตัวอย่าง 408 คนที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี	ภาวะซึมเศร้า, พฤติกรรมเด็ก, สถานภาพสมรส, การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการ	สูง
10	Krieger et al., 2024a (สวีเดน)	เชิงปริมาณ (cross-sectional design) กลุ่มตัวอย่าง 115 คนที่ดูแลบุตรอายุ 5 ถึง 17 ปี	ทัศนคติของผู้ปกครอง, สภาพแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคม	สูง

ลำดับ	แหล่งอ้างอิง	วิธีการศึกษา	ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยส่งผลกระทบต่อความร่วมมือ	ระดับความ น่าเชื่อถือ
11	Vosough Matin & Sari, 2023 (ตุรกี)	เชิงทดลอง (causal comparison design) กลุ่มตัวอย่าง 445 คน	การเสริมพลัง, ความเข้าใจอาการ และ ความไว้วางใจในหน่วยบริการ	สูง
12	Almendingen & Pilkington, 2024 (ออสเตรเลีย)	เชิงปริมาณ (cross-sectional design) กลุ่มตัวอย่าง 122 คน	สมรรถนะในการเลี้ยงดู, รายได้, ความ มั่นใจ, ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเศรษฐกิจฐานะ	สูง
13	Krieger et al., 2024b (สวีตเซอร์แลนด์)	เชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง 115 คน	การตระหนักรู้, ทัศนคติของผู้ปกครอง, ความ ต้องการของครอบครัว และการสนับสนุน ของชุมชน	สูง
14	Smith et al., 2023 (สหรัฐอเมริกา)	เชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง 7 ครอบครัว	การปรับตัว, ความยืดหยุ่น, การสนับสนุน ทางสังคม, สภาพแวดล้อมที่เข้าใจ, และ การยอมรับภายในครอบครัว	สูง
15	Godfrey et al., 2023 (ฝรั่งเศส)	การทบทวนวรรณกรรม จำนวน 62 บทความ	การปรับตัวของครอบครัว, ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม	ปานกลาง
16	Nemati et al., 2023 (อิหร่าน)	เชิงปริมาณ (cross-sectional design) กลุ่มตัวอย่าง 101 คน	ความเห็นอกเห็นใจในตนเอง และความ แข็งแกร่งทางจิตใจ	สูง
17	Horan et al., 2023 (สหรัฐอเมริกา)	เชิงปริมาณ (cross-sectional design) ใช้ ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจสุขภาพเด็ก แห่งชาติ 2017/2018 (NSCH)	ระบบ Medical Home และการสนับสนุน บริการด้านสุขภาพจิต	สูง
18	Chepngetich, 2024 (ฟิลิปปินส์)	เชิงคุณภาพ ปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง 9 คน ที่ดูแลบุตรอายุระหว่าง 3 ถึง 12 ปี	ทัศนคติของผู้ปกครอง, การรับมือกับ อารมณ์เชิงลบ, การวินิจฉัยล่าช้า บทบาท ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และเศรษฐกิจฐานะ	ปานกลาง

หมายเหตุ การพิจารณาระดับความน่าเชื่อถือของบทความ: พิจารณาจากจำนวนและลักษณะของข้อบกพร่องที่พบ จากการประเมินด้วย CASP Checklist โดยมีเกณฑ์ดังนี้:

ระดับสูง (High): งานวิจัยที่มีความชัดเจนในคำถามวิจัย ใช้วิธีการวิจัยที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และผลลัพธ์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทที่กว้างขวาง

ระดับปานกลาง (Moderate): งานวิจัยที่มีความชัดเจนในบางส่วนของคำถามวิจัย วิธีการวิจัยมีความเหมาะสมในระดับหนึ่ง การ วิเคราะห์ข้อมูลมีข้อจำกัดบางประการ และผลลัพธ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบางบริบท

ระดับต่ำ (Low): งานวิจัยที่มีความไม่ชัดเจนในคำถามวิจัย วิธีการวิจัยไม่เหมาะสม การวิเคราะห์ข้อมูลมีข้อจำกัดหลายประการ และ ผลลัพธ์ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบ 3 ปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือของผู้ปกครอง ในการรักษาเด็กออทิสติก ดังนี้

1) ปัจจัยด้านผู้ปกครองที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาเด็กออทิสติก คือปัจจัยด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ความสามารถในการจัดการอารมณ์ การเผชิญปัญหา คุณภาพชีวิต และระดับการศึกษา ผู้ปกครองเด็กออทิสติกต้องเผชิญกับความท้าทายทางอารมณ์ เช่น ความผิดหวัง ความเหนื่อยล้า และความกังวลเกี่ยวกับอนาคต (Vitale et al., 2022) โดยมักเผชิญภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา (Blacher &

McIntyre, 2005; Carter et al., 2009; (Fido & Al Saad, 2013; Krieger et al., 2024b) สุขภาวะจิตที่ดีและความเข้มแข็งทางใจของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญต่อการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง (Nemati et al., 2023) การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความมั่นใจ และการตระหนักรู้ ส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีบทบาทในกระบวนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (Leadbitter et al., 2020) นอกจากนี้ ความเครียดที่ลดลงยังช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตและความสัมพันธ์ในครอบครัว (Desquenne Godfrey et al., 2023; Smith et al., 2023) ผู้ปกครองที่มีพื้นฐานจิตใจเข้มแข็งสามารถรับมือกับปัญหาได้ตรงจุด โดยใช้ทักษะการคิดยืดหยุ่น EQ และการปรับตัวที่เน้นเด็กเป็น

ศูนย์กลาง (Wang et al., 2021; Desquenne Godfrey et al., 2023; Smith et al., 2023; Chepngetich, 2024) ผู้ปกครองกลุ่มนี้มักมีความพร้อมทางอารมณ์สูง และตอบสนองต่อความต้องการของเด็กได้ดีกว่า คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองได้รับผลกระทบจากต้นทุนด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการจัดการปัญหา โดยความเห็นอกเห็นใจในตนเองและความยืดหยุ่นมีบทบาทในการทำนายคุณภาพชีวิต (Pyszkowska & Wrona, 2021) การรับมืออย่างมีสติช่วยลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจในการดูแลบุตร และส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว (Blacher & McIntyre, 2005; Wang et al., 2021) สุดท้าย ระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีผลต่อการตัดสินใจและความเข้าใจในออทิสติก ผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาได้ดีกว่า ในขณะที่ผู้มีการศึกษาต่ำมักเผชิญข้อจำกัดในการทำ ความเข้าใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษา ล่าช้า (Gholipour et al., 2022; Haine-Schlagel et al., 2022; Krieger et al., 2024a; Chepngetich, 2024)

2) ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาเด็กออทิสติก คือความสัมพันธ์ภายใน ครอบครัว เศรษฐฐานะ ความรุนแรงของอาการออทิสติก และระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยภาวะออทิสติก ส่งผลทั้งต่อเด็กและผู้ดูแล ซึ่งต้องเผชิญกับความเครียด เรือรังและภาวะซึมเศร้าจากการดูแลที่ต่อเนื่อง (Dillon-Wallace et al., 2014; Fareo, 2015) ผู้ปกครอง บางรายจำเป็นต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลลูกมักเผชิญกับภาวะรายได้ลดและค่าใช้จ่ายเพิ่ม อันเป็นเหตุ ให้ครอบครัวเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Eapen et al., 2022; Horan et al., 2023) การดูแลที่เข้มข้นมักส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ และสัมพันธ์กับความขัดแย้งในครอบครัวหรือ ปัญหาทางจิตใจ (Blacher & McIntyre, 2005; Carter et al., 2009) ครอบครัวที่สามารถจัดการความสัมพันธ์ ภายในได้ดีมักมีแนวโน้มร่วมมือในการรักษามากกว่า (Wang et al., 2021) ในด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวที่มี เด็กออทิสติกมักแบกรับค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ทั้งค่า รักษา ค่าเดินทาง และค่าอุปกรณ์เสริม โดยเฉพาะกรณี ที่ต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับเด็ก แต่ประกันสุขภาพ

ส่วนใหญ่มักไม่ครอบคลุมบริการสุขภาพจิต (Haine-Schlagel et al., 2022; Krieger et al., 2024a) นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของอาการออทิสติกมีผลต่อภาระ ของผู้ปกครอง โดยเด็กที่มีพฤติกรรมรุนแรงต้องการ การดูแลมากกว่าปกติ สัมพันธ์กับความเครียดหรือ ภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น (Desquenne Godfrey et al., 2023) ในขณะที่เด็กในวัยเรียนมักทำให้ผู้ปกครองปรับตัวได้ ง่ายกว่าเด็กวัยรุ่น (Estes et al., 2009) การประเมิน และวางแผนการรักษาแบบเฉพาะบุคคล รวมถึงการ เข้าโปรแกรมเสริมพฤติกรรมสามารถลดภาระและเพิ่ม ความร่วมมือได้ (Vosough Matin & Sari, 2023) การ วินิจฉัยเร็วส่งผลต่อโอกาสในการฟื้นฟูพัฒนาการของ เด็ก ผู้ปกครองมักสังเกตความผิดปกติได้ตั้งแต่เด็กอายุ 2 ปี แต่หลายกรณีได้รับการวินิจฉัยช้ากว่าอายุ 5 ปี ทำให้พลาดช่วงเวลาทองในการบำบัด (Meads et al., 2022; Chepngetich, 2024) การให้ข้อมูลและสนับสนุนอย่าง เหมาะสมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจะช่วยให้ผู้ปกครองเข้าสู่ ระบบการรักษาได้เร็วขึ้น และเกิดความร่วมมือในการ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

3) ปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อความร่วมมือในการ รักษาเด็กออทิสติก คือ การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพ ของบริการสาธารณสุข สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด และผู้ปกครอง ความเชื่อทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติ และโปรแกรมสนับสนุนให้ผู้ปกครองเกิดความร่วมมือ ในการรักษา การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มผู้ปกครอง และชุมชน ช่วยลดความเครียดและ ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง (Vitale et al., 2022; Desquenne Godfrey et al., 2023) พร้อมส่งเสริมการ มีส่วนร่วมของเด็กในกิจกรรมสังคม และช่วยให้ ผู้ปกครองมีพื้นที่ส่วนตัวในการจัดการอารมณ์ (Krieger et al., 2024b) ในทางกลับกัน การขาดการสนับสนุน อาจเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการทางสังคมของเด็ก (Smith et al., 2023) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนจึง เป็นปัจจัยสำคัญ (Chepngetich, 2024) คุณภาพของ บริการสาธารณสุขโดยทีมสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญใน ความเชื่อมั่นของผู้ปกครองต่อการรักษา (Blacher & McIntyre, 2005; Smith et al., 2020) หากบริการมี คุณภาพ ผู้ปกครองจะมีแนวโน้มเข้าร่วมการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง (Taylor & Warren, 2012) อย่างไรก็ตาม ความ

กังวลด้านค่าใช้จ่าย ความสะอาด หรือความปลอดภัย ยังคงเป็นอุปสรรคที่ต้องพิจารณาตามบริบทของแต่ละพื้นที่ (Gholipour et al., 2022; Leadbitter et al., 2020) นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ปกครอง เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา โดยเฉพาะเมื่อมีการสื่อสารอย่างเข้าใจ และสร้างความไว้วางใจร่วมกัน (Smith et al., 2020; Vosough Matin & Sari, 2023) ความร่วมมือที่ดีทำให้ผู้ปกครองรู้สึกมีพลังและพร้อมมีส่วนร่วมมากขึ้น ความเชื่อทางวัฒนธรรมและเชื่อบุคคลก็มีอิทธิพลต่อทัศนคติของผู้ปกครองในการเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะในบริบทเอเชียที่การเปิดเผยความผิดปกติยังเป็นเรื่องอ่อนไหว (McCabe, 2007; Gholipour et al., 2022) การไม่มีความเข้าใจร่วมกันทางวัฒนธรรมระหว่างทีมบำบัดกับครอบครัวอาจลดประสิทธิภาพของการสื่อสารและความร่วมมือ (Eapen et al., 2022) การเปิดกว้างทางวัฒนธรรม และการสื่อสารอย่างไม่ตัดสินช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ปกครองได้ (Smith et al., 2020) นอกจากนี้ มีการทดลองโปรแกรมสนับสนุนผู้ปกครองต่าง ๆ เช่น การอบรมทักษะการดูแล หรือการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยเสริมศักยภาพในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก (Patra et al., 2015) โดยเฉพาะโปรแกรม medical home และการใช้แนวคิดความเห็นอกเห็นใจในตนเอง (self-compassion) มีผลเชิงบวกต่อการลดความเครียดและเสริมสุขภาพจิตของมารดา (Pyszkowska & Wrona, 2021; Horan et al., 2023) นอกจากนี้ตัวอย่างโปรแกรม PACT (preschool autism communication trial) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Leadbitter et al., 2020) ดังนั้น การมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่รอบด้านและเข้าใจความต้องการของผู้ปกครอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในกระบวนการรักษาเด็กออทิสติกอย่างยั่งยืน

องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์รายงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกสามารถตอบคำถามการศึกษาได้ว่าปัจจัยด้านผู้ปกครอง ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคมล้วนเป็นองค์ประกอบที่ทับซ้อนและส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะออทิสติก มักเผชิญกับภาระด้านสุขภาพจิตที่ท้าทายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ ความเปราะบางทางจิตใจของผู้ปกครอง อาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ลดทอนความสม่ำเสมอในการเข้ารับบริการ และส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลบุตรในชีวิตประจำวัน งานวิจัยก่อนหน้าได้เน้นย้ำว่าการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเห็นผล (Dillon-Wallace et al., 2014) ดังนั้น การออกแบบแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ปกครอง เช่น การพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะออทิสติก ตลอดจน การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาของผู้ปกครอง จึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการบูรณาการไว้ในระบบบริการสุขภาพอย่างจริงจัง

นอกจากนี้ ผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นช่องว่างที่สำคัญในองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของเพศของผู้ปกครองกับระดับของความร่วมมือในการรักษา โดยพบว่ามารดามักรับหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก มีความเข้าใจในพฤติกรรมของเด็ก และมีความอดทนต่อการกระตุ้นทางอารมณ์ของเด็กมากกว่าบิดา (Willis et al., 2016; Wang et al., 2021) ซึ่งยังไม่ได้รับการศึกษาด้านวิชาการอย่างเพียงพอ บริบททางวัฒนธรรมและบทบาททางสังคมที่กำหนดลักษณะหน้าที่ของพ่อและแม่ในครอบครัวอาจมีอิทธิพลต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในระดับครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาที่เน้นเจาะลึกในประเด็นเพศภาวะจะช่วยให้สามารถออกแบบรูปแบบการแทรกแซงที่มีความละเอียดอ่อนและตอบสนองต่อความแตกต่างเฉพาะกลุ่มได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ในด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นเด็กที่มีภาวะออทิสติก มักประสบภาระทางการเงินอย่างหนักหน่วง โดยเฉพาะจากค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา

ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาพิเศษ และการดูแลรายวัน ซึ่งมักสูงกว่าครอบครัวทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ (Krieger et al., 2024a; Chepngetich, 2024) ภาระเหล่านี้ยังรวมถึงผลกระทบทางอ้อม เช่น การลดชั่วโมงการทำงานของผู้ปกครองเพื่อดูแลบุตร ซึ่งนำไปสู่การลดลงของรายได้ครัวเรือน และอาจส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและความมั่นคงในระยะยาว (Horan et al., 2023) ปรากฏการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นของการสนับสนุนเชิงโครงสร้างผ่านนโยบายของรัฐ เช่น การให้สวัสดิการแก่ผู้ดูแล การให้บริการบำบัดแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย และการสนับสนุนการจ้างงานแบบยืดหยุ่นสำหรับผู้ปกครอง

ขณะเดียวกัน การวินิจฉัยและการเข้าไปส่งเสริมความร่วมมือในผู้ปกครองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้รับการยอมรับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม (Chakrabarti & Fombonne, 2005) อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการแทรกแซงไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวเด็ก แต่ยังขึ้นอยู่กับระดับความร่วมมือของผู้ปกครองในการปฏิบัติตามคำแนะนำจากนักวิชาชีพอย่างเคร่งครัด ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบทางสังคมหลากหลายประการ เช่น ความพร้อมของระบบสนับสนุนจากเครือข่าย การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ความเชื่อมั่นในผู้ให้บริการ และทัศนคติทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับภาวะออทิสติก (Gholipour et al., 2022) การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักบำบัดและผู้ปกครองช่วยเพิ่มระดับความไว้วางใจ ซึ่งนำไปสู่การร่วมมือที่มีคุณภาพในการดูแลเด็ก (Smith et al., 2020)

นอกจากนี้ ความหลากหลายทางวัฒนธรรมยังเป็นปัจจัยที่ไม่อาจมองข้าม ความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ปกครองเกี่ยวกับสาเหตุของอาการออทิสติก เช่น ความเชื่อทางจิตวิญญาณ หรือค่านิยมเกี่ยวกับการเลี้ยงดู อาจส่งผลต่อการตัดสินใจในการแสวงหาการวินิจฉัยหรือการบำบัด (Willis et al., 2016; Chamak & Bonniau, 2013) ส่งผลให้บางกลุ่มประชากรอาจได้รับบริการล่าช้าหรือไม่ได้รับเลย การตระหนักรู้ในหลากหลายเหล่านี้จึงจำเป็นสำหรับนักวิชาชีพในการออกแบบแนวทางการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะบุคคล (individualized care) และให้ความเคารพต่อบริบทของครอบครัว

ท้ายที่สุด ความสำเร็จของการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสติก จำเป็นต้องพิจารณาจากบริบทของครอบครัว การให้การสนับสนุนผู้ปกครองตั้งแต่ระยะแรกของการวินิจฉัยจึงเป็นกลยุทธ์ที่ควรได้รับการส่งเสริม (Patra et al., 2015) การกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเด็กออทิสติกของผู้ปกครองควรเริ่มจากการสนับสนุนทางสุขภาพจิตและทักษะการจัดการอารมณ์ การดูแลครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม รวมถึงการให้ข้อมูลและบริการที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการยกระดับคุณภาพของบริการสุขภาพจิตและระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม ให้สามารถรองรับความต้องการที่หลากหลายของครอบครัวแต่ละกลุ่มได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน การพัฒนานโยบายด้านสุขภาพจิตโดยเน้นการบูรณาการระหว่างการสนับสนุนด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของครอบครัว เพื่อให้ระบบการดูแลสามารถตอบสนองต่อชีวิตจริงของผู้ปกครองและเด็กที่มีภาวะออทิสติกอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น

## สรุป

องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์รายงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกสามารถตอบคำถามการศึกษาได้ว่า ความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัม (ASD) เป็นผลลัพธ์ของปัจจัยหลายมิติ ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวผู้ปกครอง 2) ปัจจัยภายในครอบครัว และ 3) ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยภายในตัวผู้ปกครอง เช่น สุขภาพจิต ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และทักษะในการจัดการอารมณ์ มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับความร่วมมือในการรักษา ผู้ปกครองที่มีสุขภาพจิตที่ดีมักมีแนวโน้มเข้าร่วมในกระบวนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่ภาวะความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตอาจลดทอนการมีส่วนร่วม

ปัจจัยภายในครอบครัว ได้แก่ สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว และสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นตัวกำหนดความสามารถในการสนับสนุนเด็กในระยะยาว ครอบครัวที่มีความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ

และมีการวินิจฉัยพร้อมการส่งเสริมความร่วมมือของผู้ปกครองตั้งแต่ระยะแรก มักสามารถดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยทางสังคม ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ และบริบททางวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการเข้าถึงบริการ ทั้งนี้แม้จะมีการสนับสนุนบางส่วนจากชุมชน แต่ยังคงพบว่ายังไม่เพียงพอต่อความต้องการ นอกจากนี้ ความเชื่อทางวัฒนธรรมยังมีบทบาทสำคัญต่อการยอมรับและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ดังนั้น การออกแบบโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวได้อย่างยั่งยืน

องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์บทความวิจัยทำให้ทราบว่าประเด็นที่ควรใช้ในการออกแบบโปรแกรมบริการ หรือการวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือของผู้ปกครองเด็กออทิสติกในบริบทประเทศไทย ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมต้นทุนทางสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กออทิสติก 2) การสนับสนุนเชิงโครงสร้างผ่านนโยบายของรัฐ เพื่อช่วยเหลือครอบครัวของเด็กโดยมุ่งเน้นการดูแลเด็กอย่างเป็นองค์รวม 3) การให้โปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในผู้ปกครองเพื่อให้การรักษาเด็กออทิสติกอย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

1) การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษามุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ปกครองหลักของเด็กออทิสติก เช่น พ่อหรือแม่ของเด็กออทิสติก ทำให้องค์ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้คัดเลือกกรายงานการวิจัยที่ศึกษาในผู้ปกครองอื่นที่รับภาระในการดูแลเด็กออทิสติก เช่น พ่อหรือแม่บุญธรรม ญาติ เจ้าหน้าที่ บุคลากร เป็นต้น จึงทำให้ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่พ่อแม่ไม่ได้ถูกกล่าวถึงในการศึกษาครั้งนี้

2) รายงานการวิจัยที่ถูกคัดเลือกและเป็นกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยต่างประเทศทั้งหมด เนื่องจากงานวิจัยในประเทศไทยที่

ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติกมีค่อนข้างจำกัด แต่มีบางงานที่เริ่มศึกษา เช่น Sinthuan et al. (2018) พบว่า ความรู้ ทักษะ และ การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อการตัดสินใจของมารดาในการเข้ารับบริการบำบัด ส่วน Phongmanotham (2014) พบว่า ภาระในการดูแลที่สูงสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความเครียดของผู้ปกครอง ซึ่งอาจกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา งานวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษาบริบทในประเทศไทยเพื่อพัฒนาระบบการสนับสนุนที่เหมาะสม ประเด็นดังกล่าวจึงเป็นความท้าทายสำหรับผู้ศึกษาที่จะนำองค์ความรู้ที่ศึกษาในบริบทต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ปกครองเด็กออทิสติกในประเทศไทย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงนพวรรณ ศรีวงศ์พานิช อาจารย์วันดา ชนินทุยทรวงศ์ และอาจารย์ประเสริฐ จุฑา สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนและคำแนะนำในการดำเนินงานวิจัยนี้จนสำเร็จด้วยดี

### ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้เขียนขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความฉับนี้

### การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ผู้เขียนเป็นผู้ดำเนินการทุกขั้นตอนของบทความฉบับนี้ รวมถึงการออกแบบการศึกษา สืบค้นและคัดเลือกบทความ วิเคราะห์ข้อมูล และเรียบเรียงต้นฉบับ

### เอกสารอ้างอิง

Almendingen, A., & Pilkington, P. D. (2024). Parenting self-efficacy and psychological distress in parents of children with an autism

- spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(7), 2604-2614. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-05939-2>
- American Psychiatric Association. (2022) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition, text revision (DSM-5TR)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aveyard, H. (2007). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. Open University Press.
- Banach, M., Iudice, J., Conway, L., & Couse, L. J. (2010). Family support and empowerment: post autism diagnosis support group for parents. *Social Work with Groups*, 33(1), 69-83.
- Blacher, J., & McIntyre, L. L. (2005). Syndrome specificity and behavioural disorders in young adults with intellectual disability: Cultural differences in family impact. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 184-198.
- Bowling, A. (2009). *Research methods in health: Investigating health and health services* (3rd ed.). Open University Press
- Carter, A. S., Martinez-Pedraza, F. L. & Gray, S. A. (2009) Stability and individual change in depressive symptoms among mothers raising young children with ASD: Maternal and child correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1270-1280.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *The American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1133-1141.
- Chamak, B., & Bonniau, B. (2013). Changes in the diagnosis of autism: How parents and professionals act and react in France. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 37(3), 405-426. <https://doi.org/10.1007/s11013-013-9323-1>
- Chepngetich, V. (2024). The impact of autism on parents' lived experiences. *Journal of Sociology, Psychology & Religious Studies*, 6(1), 38-57.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2024). *CASP qualitative research checklist*. <https://casp-uk.net/casp-checklists/CASP-checklist-qualitative-2024.pdf>
- Department of Health. (2004) *National service framework for children, young people and maternity services: Executive summary*. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DH-40496PDF.pdf>
- Desquenne Godfrey, G., Downes, N., & Cappe, É. (2023). A systematic review of family functioning in families of children on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(3), 1036-1057.
- Dillon-Wallace, J., McDonagh, S. H., & Fordham, L. (2014). How stable is the well-being of Australian mothers who care for young children with special health care needs? *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1215-1226.
- Eapen, V., Islam, R., Azim, S. I., Masi, A., Klein, L., & Karlov, L. (2022). Factors impacting parental quality of life in preschool children on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(3), 943-954. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05848-w>
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X.-H., & Abbott, R. D. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.
- Fareo, D. O. (2015). Counselling intervention and support programmes for families of children with special educational needs. *Journal of Education and Practice*, 6(10), 103-109.

- Fido, A., & Al Saad, S. (2013). Psychological effects of parenting children with autism prospective study in Kuwait. *Open Journal of Psychiatry, 3*, 5-10.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Ashwal, S., Baranek, G. T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J. S., Johnson, C. P., Kallen, R. J., Levy, S. E., Minshew, N. J., Ozonoff, S. J., Prizant, B. M., Rapin, I., Rogers, S. J., Stone, W. L., Teplin, S. W., Tuchman, R., & Volkmar, F. R. (2000). Practice parameter: Screening and diagnosis of autism report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology, 55*(4), 468-479.
- Gholipour, K., Ghiasi, A., Shahrokhi, H., Dadashi, Z., Javanmard, S., Tabatabaei, S. H., & Iezadi, S. (2022). Perceptions of the professionals and parents of children with autism spectrum disorders about autism services: A qualitative study. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 53*(1), 96-109.
- Guralnick, M. J., Hammond, M. A., Neville, B., & Connor, R. T. (2008). The relationship between sources and functions of social support and dimensions of child- and parent-related stress. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*(12), 1138-1154.
- Haine-Schlagel, R., Corsello, C., Caplan, B., Gould, H. M., & Brookman-Frazee, L. (2022). Setting families up for success: A pilot study of a toolkit to enhance the autism spectrum disorder (ASD) diagnostic evaluation process. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 54*(1), 1221-1230. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05601-3>
- Horan, M. R., Latendresse, S. J., & Limbers, C. A. (2023). Mental health in mothers of autistic children with a medical home: The potentially mechanistic roles of coping and social support. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 54*(7), 2682-2692.
- Howlin, P., & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: Findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine & Child Neurology, 41*(12), 834-839.
- Krieger, B., Moser, A., Morgenthaler, T., Beurskens, A. J. H. M., & Piškur, B. (2024a). Parents' perceptions: Environments and the contextual strategies of parents to support the participation of children and adolescents with autism spectrum disorder—A descriptive population-based study from Switzerland. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 54*(3), 871-893.
- Krieger, B., Piškur, B., Beurskens, A. J. H. M., & Moser, A. (2024b). Parents' perceptions: Participation patterns and desires for change for children and adolescents with autism spectrum disorder—A descriptive population-based study from Switzerland. *Child Care Health and Development, 50*(1), Article e13155. <https://doi.org/10.1111/cch.13155>
- Leadbitter, K., Macdonald, W., Taylor, C., & Buckle, K. L. (2020). Parent perceptions of participation in a parent-mediated communication-focused intervention with their young child with autism spectrum disorder. *Autism, 24*(8), 2129-2141.
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *Lancet (London, England), 392*(10146), 508-520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- McCabe, H. (2007). Parent advocacy in the face of adversity: Autism and families in the People's Republic of China. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 22*(1), 39-50.

- Meads, J., Shepherd, D., Landon, J., & Goedeke, S. (2022). Brief report: Investigating temporal factors in the context of parenting an autistic child. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(6), 2411-2417. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05642-8>.
- National Center for Health Statistics (US). (2017). *Health, United States, 2016: With chartbook on long-term trends in health*. <https://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus16.pdf>
- Nemati, S., Shojaeian, N., Bardel, M., Deetjen-Ruiz, R., Khani, Z., & McHugh, L. (2023). Exploring the variables of the psychological well-being of mothers of children with autism spectrum disorder (ASD) through self-compassion and psychological hardiness. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(10), 3739-3744. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06077-5>
- Patra, S., Arun, P., & Chavan, B. S. (2015). Impact of psychoeducation intervention module on parents of children with autism spectrum disorders: A preliminary study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6(4), 529-535.
- Phongmanotham, P. (2014). The relationship between caregiver burden and mental health status among parents of children with autism in Chiang Mai Province. *Nursing and Health Journal*, 37(4), 34-45. (in Thai).
- Pisula, E., & Kossakowska, Z. (2010). Sense of coherence and coping with stress among mothers and fathers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(12), 1485-1494.
- Pyszkowska, A., & Wrona, K. (2021). Self-compassion, ego-resiliency, coping with stress and the quality of life of parents of children with autism spectrum disorder. *PeerJ*, 9, e11198. <https://doi.org/10.7717/peerj.11198>
- Sinthuwan, S., Niyomtham, S., & Satitporn, S. (2018). Factors associated with behavior promoting treatment service utilization among mothers of children with autism in Bangkok. *Royal Thai Army Nursing Journal*, 19(2), 23-29. (in Thai)
- Smith, J., Halliwell, N., Laurent, A., Tsotsoros, J., Harris, K., & DeGrace, B. (2023). Social participation experiences of families raising a young child with autism spectrum disorder: Implications for mental health and well-being. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 77(2), 7702185090. <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050156>.
- Smith, K. A., Smith, K. A., Gehricke, J.-G., Iadarola, S., Wolfe, A. E., & Kuhlthau, K. (2020). Disparities in service use among children with autism: A systematic review. *Pediatrics*, 145(1), S35-S46. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1895G>
- Taylor, J. L., & Warren, Z. (2012). Maternal depressive symptoms following autism spectrum diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1411-1418.
- Vitale, S. R., Schneider, H. L., Gardner, L., Alessandri, M., & Marker, C. D. (2022). Challenging behavior and parental depression: The effects of everyday stressors and benefit finding for parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(9), 3356-3368. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05627-7>
- Vosough Matin, M., & Sari, H. (2023). The effect of the family education program developed for families with children with autism spectrum disorder (ASD) on parents' family empowerment perceptions and participation. *International*

*Journal on Social and Education Sciences*,  
5(1), 80-98.

Wang, H., Wang, Q., Hu, X., & Han, Z. R. (2021). Mindfulness and stress among parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in China. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(5), 2035-2045. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05011-x>

Willis, K., Timmons, L., Pruitt, M., Lam Schneider, H., Alessandri, M., & Ekas, N. V. (2016). The relationship between optimism, coping, and depressive symptoms in Hispanic mothers and fathers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(7), 2427-2440. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2776-7>

## นิพนธ์ต้นฉบับ

### ผลของการรักษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อพลังสุขภาพจิตและความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา

พีลชานา อับดุลรอมนัน<sup>1</sup>, ปรีนาภา ชูรัตน์<sup>2\*</sup>, สรินญา บุติ<sup>3</sup>

<sup>1</sup> นักจิตวิทยา, โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จังหวัดปัตตานี

<sup>2</sup> อาจารย์, หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์, หลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: preenapa.c@psu.ac.th

วันที่รับบทความ: 16 พฤษภาคม 2568 | วันที่แก้ไขบทความ: 28 พฤษภาคม 2568 | วันตอบรับบทความ: 3 สิงหาคม 2568

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** (1) ศึกษาผลของการให้การรักษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อพลังสุขภาพจิตและระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดระยะถอนพิษยา (2) วิเคราะห์ลักษณะปัญหา ความต้องการพื้นฐาน การวางแผนเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านพลังสุขภาพจิต และการจัดการความเครียดภายหลังรับการปรึกษา

**วัสดุและวิธีการ** การวิจัยเชิงผสมผสานแบบรองรับภายใน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย ที่มีคะแนนความเครียดเกิน 41 คะแนน เข้าร่วมการให้คำปรึกษา 10 ครั้ง (ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) ใช้แบบวัดพลังสุขภาพจิตและแบบวัดความเครียด (ค่าความเชื่อมั่น  $\alpha = .98$  และ  $.90$ ) พร้อมข้อมูลจากแบบฟอร์มรับเข้า บันทึกการให้คำปรึกษา และบันทึกสะท้อน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test และเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา** หลังรับการรักษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพแสดงให้เห็นถึงประเด็นหลัก ได้แก่ การต่อต้านการบำบัดความสัมพันธ์ในครอบครัว พฤติกรรมอารมณ์และความเชื่อ ความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ ความรัก อำนาจ และการอยู่รอด ผู้ป่วยทุกคนวางแผนลดหรือเลิกยาเสพติด รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านพลังสุขภาพจิต และโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเป็นเครื่องมือในการจัดการความเครียด

**สรุป** การรักษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงช่วยเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดในผู้ป่วยยาเสพติดระยะถอนพิษยา ควรศึกษาต่อโดยเปรียบเทียบกับวิธีบำบัดอื่นในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาวิธีที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยยาเสพติดระยะถอนพิษยา, การรักษารายบุคคล, ทฤษฎีเผชิญความจริง, พลังสุขภาพจิต, ความเครียด

## Original Article

# The Effects of Individual Counseling Based on Reality Therapy on Resilience and Stress among Drug Detoxification Patients

Falsana Abdulrahman<sup>1</sup>, Preenapa Choorat<sup>2\*</sup>, Sarinda Puti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Staff Psychologist, Thanyarak Pattani Hospital, Mueang District, Pattani Province, Thailand

<sup>2</sup> Lecturer, Master of Arts in Psychology Program, Faculty of Education, Prince of Songkla University, Pattani Campus

<sup>3</sup> Assistant Professor, Bachelor of Education Program, Faculty of Education, Prince of Songkla University, Pattani Campus

\* Corresponding author, e-mail: preenapa.c@psu.ac.th

Received: 16 May 2025 | Revised: 28 May 2025 | Accepted: 3 August 2025

---

## Abstract

**Objectives:** (1) To examine the effects of individual counseling based on reality therapy on resilience and stress levels among drug detoxification patients; (2) To analyze the nature of problems, fundamental needs, behavior modification planning, perceived changes in resilience, and stress management after counseling.

**Materials and methods:** This mixed-methods study used purposive sampling to select 10 drug detoxification patients with stress scores above 41. Each participant received 10 sessions of individual counseling based on reality therapy (1 hour/session, twice a week). Data were collected using a Resilience Scale and Stress Scale (reliability coefficients  $\alpha = .98$  and  $.90$ ), intake forms, counseling records, and reflective journals. Quantitative data were analyzed using the Wilcoxon Signed-Rank Test, and qualitative data were analyzed using content analysis.

**Results:** After counseling, participants showed a statistically significant increase in resilience and a significant decrease in stress ( $p < .01$ ). The results of the qualitative analysis indicated the following major themes resistance to treatment, family relationships, emotional behaviors, and belief systems. Fundamental needs identified were love and belonging, power, and survival. All participants planned to reduce or discontinue drug use, perceived improvements in resilience, and demonstrated stress management strategies, such as relaxation techniques.

**Conclusion:** Individual counseling based on reality therapy helps enhance resilience and reduce stress in drug detoxification patients. Further comparative research with diverse populations and alternative therapeutic approaches is recommended to improve treatment efficacy.

**Keywords:** Drug detoxification patients, Individual counseling, Reality therapy, Resilience, Stress

## บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความมั่นคงของสังคมทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีอัตราการใช้สารเสพติดสูง สาเหตุของปัญหานี้เกิดจากปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ความไม่สงบทางการเมือง ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัจจัยทางวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการใช้สารเสพติด (Office of the Narcotics Control Board, 2022; Puti et al., 2021; United Nations Office on Drugs and Crime, 2025) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

การติดสารเสพติด (substance use disorder) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน โดยเริ่มจากการบริโภคสารกระตุ้นที่ส่งผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เกิดการเสริมแรง เมื่อมีการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง สมองจะปรับตัวจนเกิดภาวะพึ่งพาและนำไปสู่การเสพติด (Koob & Volkow, 2016) ความซับซ้อนนี้ทำให้การบำบัดและฟื้นฟูเป็นเรื่องยาก โดยเฉพาะในระยะถอนพิษยา (withdrawal phase) ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการทางกาย เช่น ปวดเมื่อย คลื่นไส้ มือสั่น นอนไม่หลับ และอาการทางจิตใจ เช่น ความเครียด อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Kosten & Baxter, 2019; Gowing et al., 2017; Worley, 2021; World Health Organization, 2014) หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาการเหล่านี้อาจทำให้การฟื้นฟูล้มเหลว อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ขาดระบบสนับสนุนทางสังคม และขาดทักษะในการจัดการความเครียด (Rokiyah et al., 2024) ในบริบทนี้ การให้การปรึกษาในช่วงถอนยาจึงมีความสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยเสริมพลังใจและแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเผชิญวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บุคลากรหลักในการให้การปรึกษาผู้ป่วยระยะถอนพิษยา ได้แก่ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช และจิตแพทย์ ซึ่งมีบทบาทสนับสนุนการฟื้นฟูทั้งด้านจิตใจ พฤติกรรม และความสัมพันธ์ กระบวนการให้การปรึกษา

ในระบายนี้นี้ควรมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด (Campbell et al., 2019) และการใช้เทคนิคจูงใจ เช่น การสัมภาษณ์แบบจูงใจ (motivational interviewing) (Berman et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษาเชิงโครงสร้างที่เน้นความตระหนักและความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมตนเอง เช่น การใช้ทฤษฎีเผชิญความจริง โดยเฉพาะในบริบทของการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ซึ่งเป็นอีกปัจจัยภายในสำคัญต่อความสำเร็จของการบำบัด

พลังสุขภาพจิต (resilience) คือ ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวจากความเครียดหรือวิกฤตโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว ซึ่งพัฒนามาจากปัจจัยภายใน เช่น ความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงปัจจัยแวดล้อมที่เกื้อหนุน (Luthar, 2000; Masten, 2018) พลังสุขภาพจิตมีบทบาทในการลดผลกระทบจากความเครียด โดยผ่านกระบวนการควบคุมอารมณ์ การคิดเชิงบวก การแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม และการรักษาความสัมพันธ์ที่ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษ ซึ่งต้องเผชิญกับแรงกดดันทางสังคมและภาวะอารมณ์ด้านลบ (Calpe-López et al., 2022; Sudraba et al., 2015) งานวิจัยพบว่า ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตสูงมักมีอาการถอนยารุนแรงน้อยลง และมีความเสี่ยงในการกลับไปใช้สารเสพติดต่ำลง (He et al., 2022; Yamashita et al., 2021) ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น ผ่านกระบวนการให้การปรึกษา เพื่อสนับสนุนการฟื้นตัวอย่างยั่งยืนทั้งในด้านจิตใจและพฤติกรรม

ทฤษฎีเผชิญความจริง (reality therapy) ที่พัฒนาโดย William Glasser เน้นให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักและรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตน โดยใช้กระบวนการ WDEP (want, doing, evaluation, planning) เพื่อช่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม (Corey, 2017; Navinthum et al., 2018) งานวิจัยหลายชิ้นพบว่า การให้การปรึกษาตามแนวคิดนี้สามารถเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และพัฒนาพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Abdul Aziz & Yahaya, 2022; Malekzadeh et al., 2023) เพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพของการให้การปรึกษา อาจมีการผสมผสานเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกสมาธิ การรับชมวิดีโอธรรมชาติ หรือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเป็นลำดับ (progressive muscle relaxation: PMR) ร่วมด้วย ซึ่งช่วยลดระดับความเครียดและบรรเทาอาการทางกายของผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Department of Mental Health, 2022; Gomathy & Gracy, 2021) อย่างไรก็ตาม รูปแบบของการให้การปรึกษาคควรมีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการบำบัด

กระบวนการปรึกษารายบุคคลถือว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด เนื่องจากช่วยสร้างพื้นที่ปลอดภัย สนับสนุนการตระหนักรู้ในตนเอง และส่งเสริมการตัดสินใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างมีเป้าหมาย (Cipta et al., 2024; Fawcett et al., 2019; van Timmeren et al., 2023) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความอ่อนไหวต่อการรับรู้และแรงกดดันทางสังคม การปรึกษารายบุคคลจึงเป็นรูปแบบที่ตอบสนองต่อบริบทของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษากระบวนการนี้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบในบริบทของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยาในประเทศไทย

จากที่กล่าวมาข้างต้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อพลังสุขภาพจิตและระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา 2) เพื่อวิเคราะห์ลักษณะปัญหา ความต้องการพื้นฐาน การวางแผนพฤติกรรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านพลังสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยหลังได้รับการปรึกษา ผลการวิจัยคาดว่าจะนำไปสู่การเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาการบำบัด พัฒนาแนวทางการให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูคุณภาพชีวิตในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

## วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบฝังด้วยวิธีผสม (embedded experimental mixed methods design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2018)

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดเพศชายในระยะถอนพิษยา ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคะแนนความเครียดตามแบบวัด SPST-20 มากกว่า 41 คะแนน (อยู่ในระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป) และให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2567

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

#### 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตโดยอ้างอิงจากเครื่องมือของ Sakunpong et al. (2015) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา แบบวัดฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) อยู่ในระดับที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าแบบวัดฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ .98 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

1.2 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียด SPST-20 ซึ่งพัฒนาโดย Mahatnirunkul et al. (1997) โดยแบบวัดดังกล่าวมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .90 และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์กับตัวชี้วัดทางสรีรวิทยา (EMG biofeedback) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้แบบวัดนี้มิได้พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับผู้ใช้สารเสพติด แต่มีการนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่มีระดับความเครียดสูงในบริบทประเทศไทย และยังได้รับการ

สนับสนุนว่าเหมาะสมสำหรับการประเมินระดับความเครียดในผู้ติดสารเสพติด (Joompathong et al., 2022)

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงในงานวิจัยนี้ พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Glasser (1965) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดในผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา ผ่านกระบวนการ WDEP (want, doing, evaluation, planning) กระบวนการให้คำปรึกษาดังกล่าวมีการผสมผสานเทคนิคการผ่อนคลายตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health,

2022) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความเครียด โดยกำหนดให้มีการให้คำปรึกษาทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ความถี่สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยอยู่ภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (Abdulroman et al., 2024) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองเบื้องต้นกับผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูจำนวน 1 ราย เพื่อประเมินและปรับกระบวนการให้คำปรึกษาให้มีความเหมาะสม โดยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดขั้นตอนการให้คำปรึกษาและจุดมุ่งหมายของแต่ละครั้งแสดงไว้ในตาราง 1

## ตาราง 1

ขั้นตอนและจุดมุ่งหมายของการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง

ขั้นตอน	จุดมุ่งหมาย
ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกคุ้นเคย ปลอดภัย และไว้วางใจ 2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ บทบาท กระบวนการปรึกษา 3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาฝึกสติด้วยการกำหนดลมหายใจ
ขั้นที่ 2 สำรวจความต้องการในชีวิต	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาฝึกสติด้วยการกำหนดลมหายใจอย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจความต้องการและตระหนักรู้ในความต้องการที่แท้จริงของตน
ขั้นที่ 3 สำรวจความต้องการในการบำบัด	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจและตระหนักรู้ต่อความต้องการในการบำบัด 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
ขั้นที่ 4 การกระทำส่งผลต่อโลกปัจจุบัน	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงการกระทำของตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน
ขั้นที่ 5 การสำรวจการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการ	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาฝึกการทำใจให้สงบโดยใช้ความเงียบ 2. เพื่อให้ได้สำรวจทางเลือกในการกระทำที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง
ขั้นที่ 6 การประเมินการกระทำตนเอง	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาฝึกการทำใจให้สงบโดยใช้ความเงียบ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพต่อการมีชีวิตที่มีคุณภาพและไม่มีคุณภาพ
ขั้นที่ 7 ออกแบบแผนเพื่อพัฒนาตนเอง	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาฝึกการทำสมาธิเบื้องต้น 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถออกแบบแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการ
ขั้นที่ 8 และ ขั้นที่ 9 การยืดหยุ่นเพื่อความสำเร็จ	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาฝึกเทคนิคการทำใจให้สงบ โดยการทำสมาธิเบื้องต้น 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนและประเมินผลการดำเนินแผนการปรับพฤติกรรมที่ผ่านมา 3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาประเมินความสำเร็จและสิ่งที่ต้องปรับปรุง
ขั้นที่ 10 ยุติการให้การปรึกษา	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนการเปลี่ยนแปลงจากการรับการปรึกษา 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสะท้อนการเรียนรู้และตระหนักถึงสิ่งที่ได้รับจากกระบวนการปรึกษา 3. เพื่อเตรียมพร้อมผู้รับการปรึกษาในการยุติการให้การปรึกษา

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเริ่มจากการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความเครียด (SPST-20) และแบบวัดพลังสุขภาพจิต โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 10 ราย ที่มีคะแนนความเครียดมากกว่า 41 คะแนน (ระดับปานกลางขึ้นไป) ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ การให้คำปรึกษาดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว วันละ 4 ราย แบ่งเป็นช่วงเช้าเวลา 09.00-11.00 น. และช่วงบ่ายเวลา 13.00-15.00 น. ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ การประเมินผลหลังสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษาดำเนินการอย่างน้อย 1 สัปดาห์หลังจบโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามไม่ระบุตัวตน พร้อมทั้งชี้แจงว่า ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิจัยเท่านั้น สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้รวบรวมจากแบบฟอร์มการรับเข้า บันทึกการให้การปรึกษา และสมุดบันทึกของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนความรู้สึก ประสบการณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการให้การปรึกษา

**การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยประจำวิทยาเขตปัตตานี (รหัสโครงการ PSU.PN.2-092/66 ลงวันที่ 9 เมษายน 2567) และได้รับหนังสืออนุญาตจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผลประโยชน์ที่อาจได้รับ และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการถอนตนออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาหรือสถานะอื่นใด ในกรณีที่พบว่าผู้เข้าร่วมมีระดับความเครียดสูง ผู้วิจัยจะดำเนินการประสานส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้าน

สุขภาพจิตอย่างเหมาะสม ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอในลักษณะภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง หลังสิ้นสุดการวิจัย บันทึกเสียงและข้อมูลระบุอัตลักษณ์จะถูกทำลายทันที กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมโดยได้รับการชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือเลือกแนวทางอื่นในการรับบริการโดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ที่พึงมี

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณในงานวิจัยนี้วิเคราะห์โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) สำหรับการทดสอบสมมติฐาน ดำเนินการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตและระดับความเครียดก่อนและหลังการให้การปรึกษา

ข้อมูลเชิงคุณภาพในงานวิจัยนี้วิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผ่านกระบวนการถอดรหัสข้อมูล จัดประเภทเนื้อหา และเปรียบเทียบข้ามแหล่งข้อมูล (data triangulation) จากแบบฟอร์มการรับเข้า บันทึกการให้การปรึกษา และสมุดบันทึกของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของการตีความโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการสรุปผล และสนับสนุนความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพได้รับการประเมินผ่านเทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) การทบทวนโดยเพื่อนวิจัย (peer review) การบันทึกร่องรอยกระบวนการวิเคราะห์ (audit trail) และการสะท้อนตนเองของผู้วิจัย (reflexive journal) เพื่อเพิ่มความโปร่งใสในการวิเคราะห์ข้อมูล ลอดอคติ และยกระดับความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ (Nowell et al., 2017)

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา จำนวน 10 ราย ซึ่งมีอายุระหว่าง 25-57 ปี (อายุเฉลี่ย 37 ปี) โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างนอกระบบ รองลงมาคือค้าขาย และบางรายประกอบอาชีพประมง ในด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 และประกาศนียบัตรวิชาชีพ ส่วนสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะโสด รองลงมาคือสมรสและหย่าร้าง

สำหรับสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า โดยบางรายมีการใช้ร่วมกับกัญชา เฮโรอีน หรือใบกระท่อม

### ตาราง 2

การเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังรับการปรึกษา (Wilcoxon Signed-Ranks Test)

ตัวแปร		M	SD	Mean Rank	p
พลังสุขภาพจิต	ก่อนบำบัด	2.833	.232	.00	.005**
	หลังบำบัด	4.017	.175	5.50	

\*\*p < .01

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยาหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง

(เช่นในรูปแบบเครื่องดื่มนผสม) ระยะเวลาในการใช้สารเสพติดเฉลี่ยอยู่ที่ 20 ปี (ช่วงระหว่าง 8-36 ปี) สะท้อนถึงประวัติการใช้สารเสพติดที่ยาวนาน และความหลากหลายทั้งในด้านชนิดและความรุนแรงของการเสพติด

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1 ผลของการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อพลังสุขภาพจิตและระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดระยะถอนพิษยา**

1.1 การเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังรับการปรึกษา

จริงร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.2 การเปรียบเทียบระดับความเครียดก่อนและหลังรับการปรึกษา

### ตาราง 3

การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังรับการปรึกษา (Wilcoxon Signed-Ranks Test)

ตัวแปร		M	SD	Mean Rank	p
ระดับความเครียด	ก่อนบำบัด	47.900	4.840	5.50	.005**
	หลังบำบัด	31.100	4.254	.00	

\*\*p < .01

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดหลังการให้คำปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ลักษณะปัญหา ความต้องการพื้นฐาน การวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านพลังสุขภาพจิต และการจัดการความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดระยะถอนพิษยาหลังรับการปรึกษา**

ผลจากการให้การปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง พบว่า ผู้ป่วยสามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของตนเอง ตระหนักถึงความต้องการพื้นฐาน วางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านพลังสุขภาพจิต และสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สามารถจำแนกประเด็นที่พบออกเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ลักษณะปัญหา

2.1.1 ปัญหาต่อต้านการเข้ารับการบำบัด

1) ไม่พร้อมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วย 2 รายมีทัศนคติว่า การใช้สารเสพติดช่วยดึงดูความสนใจจากครอบครัว และเมื่อถูกเผชิญหน้ากับความจริง แสดงออกด้วยความโกรธหรือหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2) ความต้องการอิสรภาพสูง ผู้ป่วย 1 รายรู้สึกว่าการเข้าสู่กระบวนการบำบัดเป็นการถูกรุกล้ำสิทธิส่วนบุคคลและเสรีภาพ จึงเกิดความเครียดจากการถูกเปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวที่ “ทำได้ดีกว่า”

3) ความหวังใยคนในครอบครัว ผู้ป่วย 2 รายแสดงความหวังใยต่อแม่ผู้สูงอายุ คู่สมรส และความปลอดภัยของสมาชิกในครอบครัว จนทำให้รู้สึกกังวลมากในช่วงเข้ารับการบำบัด บางรายถึงกับนอนไม่หลับ

4) กังวลเรื่องรายได้ ผู้ป่วย 1 รายมีความวิตกว่าจะสูญเสียรายได้จากงานรับจ้าง ซึ่งเป็นแหล่งเลี้ยงชีพหลัก

5) ผู้ป่วย 1 รายรู้สึกลี้ภัยต่อการเข้าสู่กระบวนการบำบัด เนื่องจากมีประวัติเป็นผู้ค้ายาเสพติดมาก่อน และกังวลว่าครอบครัวจะตกอยู่ในความเสี่ยงหรืออันตรายหากมีการเปิดเผยตัวตน

2.1.2 ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว

1) ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ป่วย 3 รายรู้สึกว่าตนขาดความรัก ความเอาใจใส่ และการดูแลจากครอบครัว ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และไร้ที่พึ่ง การที่สมาชิกในครอบครัวไม่แสดงความรับผิดชอบหรือให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ราบรื่นและขาดความอบอุ่นทางอารมณ์

2) ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปราะบางและห่างเหิน ผู้ป่วย 4 รายพยายามหลีกเลี่ยงการสื่อสารหรือการใช้เวลาร่วมกับครอบครัว เพื่อหลีกเลี่ยงจากความรู้สึกกดดันที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ ยังมีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวเกิดขึ้นบ่อยครั้ง รวมถึงปัญหาความสัมพันธ์กับคู่สมรสที่ยังไม่ได้รับการคลี่คลาย

3) ความรู้สึกผิดต่อคนในครอบครัว พบในผู้ป่วย 1 รายที่แสดงความรู้สึกผิดต่อตนเอง เนื่องจากไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลแม่ผู้สูงอายุได้ตามที่คาดหวัง ผู้ป่วยไม่สามารถให้อภัยตนเอง และรับรู้ว่าเป็นล้มเหลวในการตอบสนองความคาดหวังของครอบครัว และของตนเองอย่างเต็มที่

2.1.3 ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความเชื่อระหว่างการบำบัด

1) การขาดความรัก ผู้ป่วย 1 รายสะท้อนว่าตนใช้สารเสพติดเป็นตัวแทนของความรัก และความผูกพันทางอารมณ์ที่ขาดหายไป ส่งผลให้ไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง และไม่ไว้วางใจในกระบวนการบำบัด

2) กลัวความล้มเหลวในการบำบัด ผู้ป่วย 3 รายมีประสบการณ์เคยเข้ารับการบำบัดหลายครั้งในอดีตแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ จึงเกิดความกลัวว่าการเข้ารับการบำบัดในครั้งนี้จะล้มเหลวเช่นเดิม ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเองและกระบวนการรักษา

3) ความกลัวว่าการไม่ใช้ยาเสพติดจะลดประสิทธิภาพในการทำงาน ผู้ป่วย 3 รายใช้ยาเสพติดเพื่อจัดการความเครียดและเสริมสมรรถภาพในการทำงาน ผู้ป่วยยังคงมีความเชื่อในข้อดีของสารเสพติด จึงมีแนวโน้มที่จะเสพติดซ้ำ และขาดแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด

4) ความสามารถในการควบคุมการใช้ยาเสพติดต่ำ ผู้ป่วย 3 รายแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้าน หรือแสดงอารมณ์รุนแรงอย่างชัดเจนเมื่อไม่ได้รับสารเสพติด โดยเฉพาะในช่วงต้นของกระบวนการบำบัด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความอยากยาอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมพฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด

2.2 ลักษณะความต้องการพื้นฐาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดของ ทฤษฎีทางเลือก (choice theory) ที่พัฒนาโดย William Glasser พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยาแสดงออกถึงความต้องการพื้นฐานหลัก 3 ด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจในการบำบัด ดังนี้

2.2.1 ความรักและความเป็นเจ้าของ (love & belonging) ผู้ป่วย 6 รายแสดงความต้องการได้รับความรัก ความใกล้ชิด การยอมรับ และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น พ่อแม่ คู่สมรส หรือบุตร โดยบางรายสะท้อนว่าเคยใช้สารเสพติดเพื่อเรียกร้องความสนใจจากครอบครัว ขณะที่บางรายแสดงความคิดถึงและห่วงใยบุตรอย่างชัดเจน

2.2.2 การยอมรับและความนับถือตนเอง (power) ผู้ป่วย 4 จาก 10 ราย ใช้ยาเสพติดเป็นเครื่องมือยืนยันคุณค่าตนเองหรือเพิ่มสมรรถนะ เมื่อเข้าสู่กระบวนการถอนพิษและสูญเสียบทบาททางสังคม จึงได้ตอบด้วยความโกรธหรือปฏิเสธการบำบัดเพื่อรักษาความรู้สึกควบคุมชีวิต

2.2.3 ความมั่นคงและความปลอดภัย (survival) ผู้ป่วย 2 รายแสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและครอบครัว เช่น กลัวการถูกทำร้ายจากบุคคลในอดีต หรือกังวลว่าจะขาดรายได้ระหว่างอยู่ในกระบวนการบำบัด

### 2.3 การวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3.1 การลดหรือเลิกใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยทุกคน (10 ราย) วางเป้าหมายหลักในการลดหรือเลิกใช้สารเสพติด โดยถือเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดในกระบวนการบำบัด

2.3.2 การฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วย 5 รายให้ความสำคัญกับการสร้างความผูกพันใหม่และการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว

2.3.3 การควบคุมอารมณ์และจัดการความเครียด ผู้ป่วย 3 รายมีเป้าหมายในการเรียนรู้วิธีควบคุมอารมณ์ และพัฒนาทักษะในการจัดการความเครียดเพื่อรองรับภาวะเสี่ยงหลังการบำบัด

2.3.4 การพัฒนาทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ชีวิตและการบำบัด ผู้ป่วย 2 รายมุ่งเปลี่ยนมุมมองจากความสิ้นหวังหรือไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไปสู่การมองชีวิตและการบำบัดอย่างมีความหวังมากขึ้น

2.3.5 การเสริมศักยภาพและความมั่นคงในตนเอง ผู้ป่วย 1 รายตั้งเป้าหมายในการพัฒนาความสามารถส่วนบุคคล เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและคุณค่าในตนเอง

2.4 การรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพลังสุขภาพจิต

2.4.1 “ฉันมี” (I have) ผู้ป่วย 3 รายตระหนักว่าตนมีแรงจูงใจ ตั้งใจ และมุ่งมั่นในการบำบัด รวมถึงรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง เช่น การปรับมุมมอง และเข้าใจความต้องการของครอบครัวมากขึ้น

2.4.2 “ฉันสามารถ” (I can) ผู้ป่วย 4 รายสามารถปรับทัศนคติต่อสมาชิกในครอบครัว เสริมสร้างความสัมพันธ์ และจัดการปัญหาต่าง ๆ

2.4.3 “ฉันเป็น” (I am) ผู้ป่วย 3 รายแสดงความรับผิดชอบต่อตนเองในการเข้ารับการบำบัด และเชื่อว่าตนจะสามารถผ่านพ้นและประสบความสำเร็จในการบำบัดได้

2.5 การรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงในการจัดการความเครียด

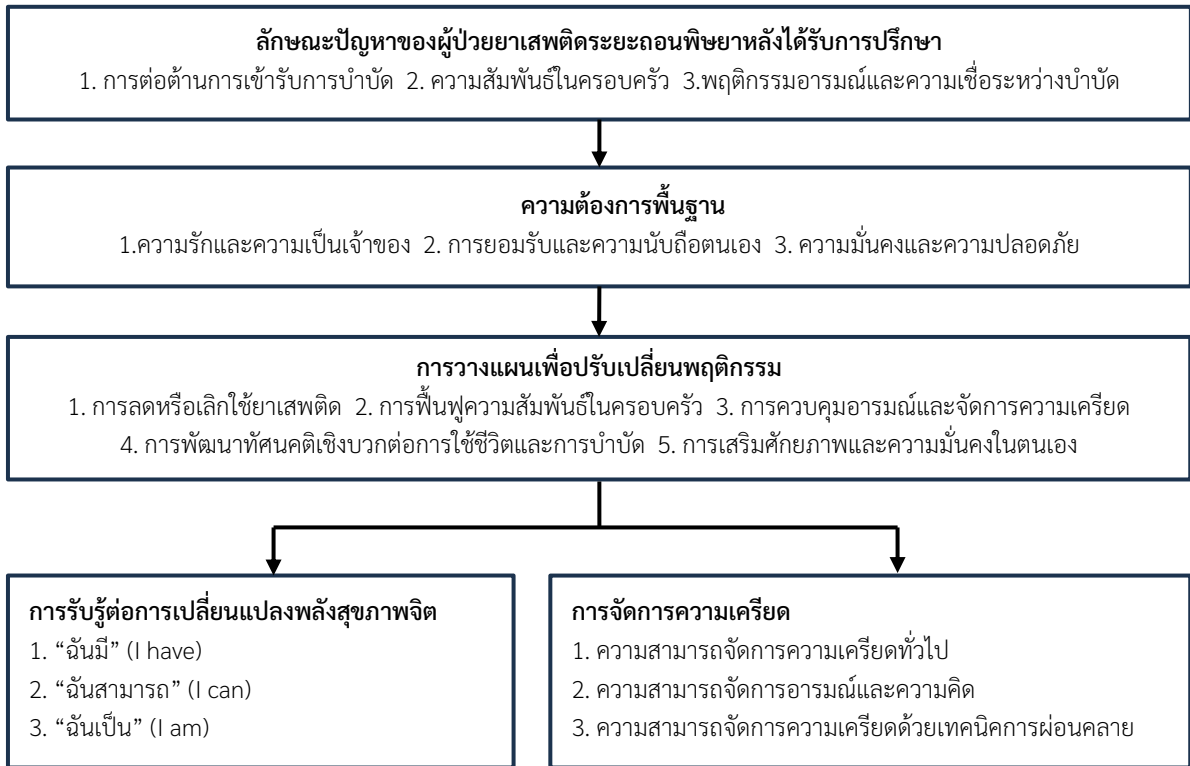
2.5.1 ความสามารถในการจัดการความเครียดทั่วไป ผู้ป่วย 2 ราย สามารถควบคุมจิตใจเมื่อเผชิญกับความกดดันทั่วไป แสดงถึงความแข็งแรงทางจิตใจ

2.5.2 ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความคิด ผู้ป่วย 2 ราย พัฒนาทักษะในการควบคุมอารมณ์ โดยใช้สมาธิในการจัดการความคิดและความเครียด

2.5.3 ความสามารถในการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย ผู้ป่วย 2 ราย ใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการควบคุมอารมณ์ เพื่อลดความไม่สบายใจและความกังวล

รูปภาพ 1

แผนภาพสรุปกระบวนการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยยาเสพติด



วิจารณ์

จากวัตถุประสงค์ข้อแรก ผลการศึกษาพบว่าการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพลังสุขภาพจิตและลดระดับความเครียดในผู้ป่วยยาเสพติดระยะถอนพิษยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Malekzadeh et al. (2023) และ Khosrobeigi et al. (2021) ที่แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีเผชิญความจริงสามารถประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจ เช่น นักโทษ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การขยายขอบเขตการประยุกต์แนวคิดมายังกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดระยะถอนพิษยา จึงสะท้อนถึงความเหมาะสมและความยืดหยุ่นของทฤษฎีในการนำไปใช้กับกลุ่มที่มีความต้องการฟื้นฟูเฉพาะทาง

นอกจากนี้ การผสมผสานเทคนิคการผ่อนคลายเข้ากับการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงยังช่วยลดระดับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ JokoPurwati et al. (2022)

และ Bhuvaneswari and Kaur (2024) ที่เน้นการให้การปรึกษาในรูปแบบกลุ่มเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มความหลากหลายในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในบริบทที่แตกต่างกัน

จากวัตถุประสงค์ข้อที่สอง พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดระยะถอนพิษยาประสบปัญหา 3 ด้านหลัก ได้แก่ การต่อต้านการเข้ารับการบำบัด ความสัมพันธ์ในครอบครัว และพฤติกรรม อารมณ์ และความเชื่อระหว่างกระบวนการบำบัด ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ashford et al. (2018) ที่ระบุว่า ความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล และปัญหาครอบครัวเป็นอุปสรรคสำคัญในการบำบัดผู้เสพติด อย่างไรก็ตาม López et al. (2021) ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยยาเสพติดจำนวนมากมีภาวะใช้สารเสพติดเรื้อรังร่วมกับโรคจิตเวช ซึ่งอาจทำให้ไม่เหมาะสมกับการให้การปรึกษาในรูปแบบเดียวกัน จึงจำเป็นต้องมีแนวทางเฉพาะที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อค้นพบเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ความรักและความเป็นเจ้าของ

(love & belonging) การยอมรับและความนับถือตนเอง (power) และความมั่นคงปลอดภัย survival) ซึ่งให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตอบสนองในมิติพื้นฐานเหล่านี้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว Bhuvanewari and Kaur (2024) ยืนยันว่า การรับรู้และตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานสามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ขณะที่ Pouravari et al. (2018) พบว่า การใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางเลือกช่วยเสริมประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาในทฤษฎีเผชิญความจริง

กระบวนการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงยังส่งเสริมการตั้งเป้าหมาย การวางแผน และการประเมินพฤติกรรมตามกรอบ WDEP (wants, doing, evaluation, planning) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในจุดแข็งของตนเอง (I have) พัฒนาทักษะในการควบคุมตนเอง (I can) และยอมรับตนเองในแง่บวก (I am) ตามที่ Khosrobeigi et al. (2021) และ Malekzadeh et al. (2023) ได้เสนอไว้

ในด้านการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยแต่ละรายมีเป้าหมายที่หลากหลาย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการนี้สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะตัวของผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมความหวังในการฟื้นฟูตนเอง (Kim, 2016; Law & Guo, 2015)

สุดท้าย ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทักษะในการจัดการความเครียด ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) และการใช้กลยุทธ์เผชิญปัญหา (coping Strategies) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Calpe-López et al. (2022) ที่ระบุว่า พลังสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญในการป้องกันผลกระทบจากความเครียดทางสังคมต่อการใช้สารเสพติด

## สรุป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อพลังสุขภาพจิตและระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา รวมถึงการวิเคราะห์ลักษณะปัญหา ความต้องการพื้นฐาน การวางแผนปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตหลังได้รับการปรึกษา

ผลการวิจัยพบว่า การให้การปรึกษาตามแนวทางดังกล่าวช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิตและลดระดับความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังช่วยให้เข้าใจลักษณะปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การต่อต้านการบำบัด ความสัมพันธ์กับครอบครัว และพฤติกรรมหรือความเชื่อที่ขัดขวางกระบวนการบำบัด ตลอดจนสามารถระบุความต้องการพื้นฐาน วางเป้าหมาย การฟื้นฟู และพัฒนาความสามารถในการจัดการความเครียดอย่างรอบด้าน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดระยะถอนพิษยา โดยอาศัยกระบวนการที่เน้นการเข้าถึงปัญหา การตอบสนองต่อความต้องการ และการวางแผนอย่างเป็นระบบ ภายใต้แนวทางที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มพลังสุขภาพจิตและการลดระดับความเครียด

ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความต้องการแต่ยังไม่ได้รับการบำบัดอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ในอนาคตควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น หรือในระยะฟื้นฟู รวมถึงการเปรียบเทียบหรือบูรณาการกับทฤษฎีหรือเทคนิคอื่น เพื่อให้ได้แนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยเสนอว่าในอนาคตควรมีการติดตามผลในระยะยาว (ระยะเวลา 6-12 เดือน) เพื่อประเมินความคงทนของพลังสุขภาพจิตและการลดระดับความเครียดของผู้ป่วย รวมถึงการขยายการศึกษา โดยเปรียบเทียบกับแนวทางการบำบัดอื่น ๆ เช่น การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (cognitive behavioral therapy: CBT) และการบำบัดด้วยสติ (mindfulness-

based therapy) เพื่อประเมินประสิทธิภาพเชิงเปรียบเทียบของแนวทางต่าง ๆ

นอกจากนี้ ควรมีการดำเนินการศึกษาในบริบทที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น เช่น พื้นที่ชนบท เมืองใหญ่ ผู้ต้องขัง และเยาวชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของข้อมูล และความสามารถในการประยุกต์ใช้ผลการศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน อีกทั้งควรมีการจัดอบรมผู้ให้การปรึกษาให้มีความรู้ลึกซึ้งเกี่ยวกับกระบวนการปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริง รวมถึงเทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ

ในเชิงนโยบาย ควรมีการนำเสนอแนวทางการให้การปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุข เพื่อพิจารณานำมาใช้เป็นแนวทางมาตรฐานหนึ่งในการให้บริการในคลินิกและศูนย์บำบัดยาเสพติดอย่างเป็นระบบ

อย่างไรก็ดี งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการศึกษาซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยยาเสพติดเพศชาย ทำให้ไม่สามารถอธิบายหรือสรุปผลในกลุ่มเพศอื่นได้อย่างครอบคลุม ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกเพศ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของข้อมูล และขยายขอบเขตการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในวงกว้างได้มากยิ่งขึ้น

## ผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อนระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวมและผลประโยชน์ส่วนตนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา วัตถุประสงค์ แผนการดำเนินงาน หรือผลการดำเนินงานของการศึกษา

## การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ผู้เขียนคนที่ 1: กำหนดหัวข้อ วางแผนการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์และแปลผล ตรวจสอบบทความ และอ่านรับรองต้นฉบับ ผู้เขียนคนที่ 2: ร่วมกำหนดหัวข้อ วางแผนการวิจัย และจัดทำบทความ ผู้เขียนคนที่ 3: ตรวจสอบบทความ และอ่านรับรอง

ต้นฉบับ ChatGPT (OpenAI): ช่วยปรับปรุงภาษาและโครงสร้างข้อความตามคำสั่งของผู้วิจัย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนบรรลุผลสำเร็จเห็นผลลัพธ์ชัดเจน

## เอกสารอ้างอิง

- Abdul Aziz, A. R., & Yahaya, M. S. (2022). Exploring the effectiveness of counseling intervention on sedative drug addiction at Penjara Kajang. *Malaysian Journal of Social Sciences and Humanities (MJSSH)*, 7(5), e001515. <https://doi.org/10.47405/mjssh.v7i5.1515>
- Abdulroman, F., Choorat, P., & Puti, S. (2024). Individual counseling program integrating reality therapy and stress relaxation techniques to enhance resilience and reduce stress in drug-addicted patients during the detoxification phase. In TNCP 2024 Executive Committee, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University (Ed.), *The 9th Thailand National Conference on Psychology 2024 (TNCP 2024): "Innovations in Psychology for Well-being: Changes, Challenges and Chances."* (pp. 452-464). Department of Psychology, Faculty of Social Science, Kasetsart University. <https://drive.google.com/file/d/18-hZEsR6U7qQhuL0oiMZ3noP2nAWeq6D/view> (in Thai).
- Ashford, R. D., Brown, A. M., & Curtis, B. (2018). Substance use, recovery, and linguistics: The impact of word choice on explicit and implicit bias. *Drug and Alcohol Dependence*, 189, 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.005>

- Berman, A. H., Lindqvist, H., Källmén, H., & Hermansson, U. (2019). Counselor and drug detox inpatient verbal behaviors in a single session of motivational interviewing and subsequent substance use-related patient outcomes. *International Journal of Mental Health and Addiction, 17*, 73-88. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9866-4>
- Bhuvanewari, S., & Kaur, J. (2024). Exploring reality therapy: A case study on adolescent emotional recovery amidst family conflict. *IAPS Journal of Practice in Mental Health, 2*(2), 43-47. [https://doi.org/10.4103/IJPMH.IJPMH\\_14\\_24](https://doi.org/10.4103/IJPMH.IJPMH_14_24)
- Calpe-López, C., Martínez-Caballero, M. A., García-Pardo, M. P., & Aguilar, M. A. (2022). Resilience to the effects of social stress on vulnerability to developing drug addiction. *World Journal of Psychiatry, 12*(1), 24-58. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i1.24>
- Campbell, A. N. C., Nunes, E. V., Matthews, A. G., Stitzer, M., Miele, G. M., Polsky, D., Turrigiano, E., Walters, S. T., Hatch-Maillette, M., Baer, J. S., Peavy, K. M., Calsyn, D. A., McClure, E. A., King, V. L., Stangl, B. L., Ghitzza, U. E., Sharma, R., DeFulio, A., Reback, C. J., & Subramaniam, G. (2019). Internet-delivered treatment for substance abuse: A multisite randomized controlled clinical trial. *American Journal of Psychiatry, 171*(6), 683-690. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081055>
- Cipta, D. A., Andoko, D., Theja, A., Utama, A. V. E., Hendrik, H., William, D. G., Reina, N., Handoko, M. T., & Lumbuun, N. (2024). Culturally sensitive patient-centered healthcare: A focus on health behavior modification in low and middle-income nations—insights from Indonesia. *Frontiers in Medicine, 11*. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1353037>
- Corey, G. (2017). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (10th ed.). Cengage Learning.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/97815063351939y>
- Department of Mental Health. (2022). *Stress relief manual (revised edition): Take care of your mental health—Stress happens, relief is possible*. Social Mental Health Division, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. <https://dmhpd.dmh.go.th/wp-content/uploads/2024/10/คู่มือคลายเครียดTotal.pdf> (In Thai).
- Fawcett, E., Neary, M., Ginsburg, R., & Cornish, P. (2019). Comparing the effectiveness of individual and group therapy for students with symptoms of anxiety and depression: A randomized pilot study. *Journal of American College Health, 68*(4), 430-437. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577862>
- Glasser, W. (1965). *Reality therapy: A new approach to psychiatry*. Harper & Row.
- Gomathy, K., & Gracy, J. (2021). Effect of progressive muscle relaxation on stress among adolescents. *Asian Journal of Psychiatry, 65*, 102817. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102817>
- Gowing, L., Ali, R., White, J. M., & Mbewe, D. (2017). Buprenorphine for managing opioid withdrawal. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*(2), CD002025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002025.pub5>
- He, H., Zhou, S., Peng, C., Ran, W., Tong, S., Hong, L., Cai, F., Jin, W., Jiang, Y., Li, M., Wang, X., Luo, M., Wang, W., & Zhao, K. (2022). Effects of resilience on impulsivity, cognition and depression during protracted withdrawal

- among Chinese male methamphetamine users. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04041-8>
- JokoPurwati, H. N., Purwati, & Putro, H. E. (2022). The effect of reality therapy group counseling with the WDEP technique on increasing student academic resilience. *KONSELI: Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 9(2), 215-222. <https://doi.org/10.24042/kons.v9i2.12984>
- Joompathong, N., Bunrayong, W., & Chupradit, S. (2022). Effect of a stress management program on the stress and occupation of Chiang Mai University students. *The Open Public Health Journal*, 15, e187494452206270. <https://doi.org/10.2174/18749445-v15-e2206270>
- Khosrobeigi, M., Rahmani, F., Fathi, D., & Abdi, K. (2021). The effectiveness of resilience training on the reduction of relapse rate in patients with substance use disorders. *Explore*, 17(6), 610-615. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.04.003>
- Kim, B. (2016). The effectiveness of group reality therapy on Korean adolescents' perceived locus of control and self-esteem. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(9), 1039-1053. <https://doi.org/10.1177/0306624X15596392>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Kosten, T. R., & Baxter, L. E. (2019). Review article: Effective management of opioid withdrawal symptoms: A gateway to opioid dependence treatment. *American Journal on Addictions*, 28(2), 55-62. <https://doi.org/10.1111/ajad.12862>
- Law, F. M., & Guo, G. J. (2015). Choice and hope: A preliminary study of the effectiveness of choice-based reality therapy in strengthening hope in recovery for women convicted of drug offences in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(3), 298-316. <https://doi.org/10.1177/0306624X15596392>
- López, G., Orchowski, L. M., Reddy, M. K., Nargiso, J., & Johnson, J. E. (2021). A review of research-supported group treatments for drug use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00371-0>
- Luthar, S. S. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Mahatnirunkul, S., Poompaisalschai, W., & Tapanya, P. (1997). Development of the Suan Prung Stress Test. *Suan Prung Journal*, 13(3), 1-20. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/APPJ/article/view/90246> (In Thai).
- Malekzadeh, M., Zoladl, M., & Movahedi, H. (2023). The effect of reality therapy on resilience and self-efficacy of prisoners: A randomized controlled trial study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/0306624X231188230>
- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12-31. <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>
- Navinthum, P., Suthithatip, S., & Koolnaphadol, P. (2018). The effects of group reality therapy on stress of amphetamine addicts. *Academic Journal of Thailand National Sports University*, 10(3), 182-194. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TNSUJournal/article/view/248251>

- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Office of the Narcotics Control Board. (2022). *Report on drug prevention and suppression operations: Fiscal year B.E. 2564 (2021)*. <https://www.oncb.go.th/pdfs/web/viewer.html?file=/storage/file/content/th/result-prevent/679c9ee66d6b4Xg9il.pdf&mode=preview>. (In Thai).
- Pouravari, M., Zandipour, T., Pouravari, M., & Salehi, S. (2018). The effectiveness of group choice theory and reality therapy training on reducing the aggression in female students. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 3(4), 50-56. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v3i4.17072>
- Puti, S., Phukaoa, D., Tapinta, D., & Pradubmook Sherer, P. (2021). Model of cultural competence and cognitive behavioral therapy for drug addiction rehabilitation in the three southern border provinces of Thailand. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 42(4), 753-760. <https://doi.org/10.34044/j.kjss.2021.42.4.07>
- Rokiyah, R., Zuanda, N., Alrefi, A., & Akbari, A. (2024). The role of social support in substance addiction recovery: A Systematic review. *EDUSOSHUM Journal of Islamic Education and Social Humanities*, 4(2), 213-222. <https://doi.org/10.52366/edusoshum.v4i2.112>
- Sakunpong, N., Choochom, O., & Taephant, N. (2015). Development of a resilience scale for Thai substance-dependent women: A mixed methods approach. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 177-181. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.10.011>
- Sudraba, V., Millere, A., Deklava, L., Millere, E., Zumente, Z., Circenis, K., & Millere, I. (2015). Stress coping strategies of drug and alcohol addicted patients in Latvia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 632-636. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.099>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). *Synthetic drugs in East and Southeast Asia: Latest developments and challenges 2025*. [https://www.unodc.org/roseap/uploads/documents/Publications/2025/Synthetic\\_Drugs\\_in\\_East\\_and\\_Southeast\\_Asia\\_2025.pdf](https://www.unodc.org/roseap/uploads/documents/Publications/2025/Synthetic_Drugs_in_East_and_Southeast_Asia_2025.pdf)
- van Timmeren, T., Piray, P., Goudriaan, A. E., & van Holst, R. J. (2023). Goal-directed and habitual decision making under stress in gambling disorder: An fMRI study. *Addictive Behaviors*, 140, 107628. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107628>
- World Health Organization. (2014). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543\\_eng.pdf;sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543_eng.pdf;sequence=1)
- Worley, J. (2021). Substance use withdrawal and detox strategies that work. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(9), 12-15. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210816-02>
- Wubbolding, R. E. (2017). *Reality therapy: Theories of psychotherapy series*. American Psychological Association.
- Yamashita, A., Yoshioka, S., & Yajima, Y. (2021). Resilience and related factors as predictors of relapse risk in patients with substance use disorder: A cross-sectional study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, Article 40. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00377-8>

## นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นให้เหมาะสมกับบริบทไทย: วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก อายุ 6-18 ปี

รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล<sup>1\*</sup>, วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน<sup>2</sup>

<sup>1</sup> นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

<sup>2</sup> นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: santitadaku@gmail.com

วันที่รับบทความ: 19 พฤษภาคม 2568 | วันที่แก้ไขบทความ: 30 พฤษภาคม 2568 | วันตอบรับบทความ: 29 กันยายน 2568

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ของชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklist) ทั้ง 3 ฉบับ ได้แก่ ฉบับผู้ปกครอง ครู และฉบับเด็กและวัยรุ่น

**วัสดุและวิธีการ** ทดสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องข้อมูลเชิงประจักษ์กับโครงสร้างองค์ประกอบฉบับภาษาไทย กลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 6-18 ปี จำนวน 1,609 ราย วิธีที่ใช้ประมาณค่าพารามิเตอร์คือ (robust weight least square mean and variance adjusted chi square: WLSMV)

**ผลการศึกษา** พบว่า โครงสร้างองค์ประกอบชุดสำรวจพฤติกรรมเด็ก มีองค์ประกอบของกลุ่มอาการ 8 กลุ่ม แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผ่านเกณฑ์ต่าง ๆ ในระดับดี โดยค่า SRMR อยู่ในช่วง 0.066-0.067 ค่า RMSEA อยู่ในช่วง 0.023-0.026 ค่า CFI อยู่ในช่วง 0.950-0.952 และค่า TLI อยู่ในช่วง 0.946-0.950 ข้อคำถามมีค่ามัธยฐานน้ำหนักองค์ประกอบ อยู่ในช่วง 0.551-0.825

**สรุป** แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ ยังคงมีองค์ประกอบเชิงโครงสร้างที่ดีในบริบทไทยในปัจจุบัน แม้จะมีกลุ่มอาการที่แตกต่างจากต้นฉบับปัจจุบันของประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานปัญหาพฤติกรรมโดยรวม ควรมีการศึกษาเกณฑ์ปกติของกลุ่มอาการในแต่ละด้านต่อไป

**คำสำคัญ:** สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น, ความตรงเชิงโครงสร้าง, แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

## Original Article

# Development of Norm the Thai Child and Adolescent Behavior Checklist Appropriated for Thai Context Confirmatory: Confirmatory Factor Analysis of the Thai Youth Checklist

Rattanasak Santitadukul<sup>1\*</sup>, Wimonwan Panyawong<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Clinical Psychologist Senior Professional Level, Suansaranrom Hospital*

<sup>2</sup> *Clinical Psychologist Senior Professional Level, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

\* Corresponding author, e-mail: santitadukul@gmail.com

Received: 19 May 2025 | Revised: 30 May 2025 | Accepted: 29 September 2025

---

## Abstract

**Objectives:** This research aimed to perform a confirmatory factor analysis (CFA) on the three forms of the Thai youth checklist (TYC): the parent, teacher, and self-report forms.

**Materials and methods:** The study assessed the structural validity of the Thai youth checklist (TYC) using confirmatory factor analysis to determine the empirical data aligned with the Thai-language version's component structure. The sample comprised 1,609 participants aged 6 to 18 years. The parameters were estimated using the Robust Weight Least Square Mean and Variance Adjusted Chi-square (WLSMV) method.

**Results:** The confirmatory factor analysis revealed that all three forms of the TYC have an eight-syndrome factor structure, which demonstrated a good fit with the empirical data. The fit indices met the required criteria: SRMR ranged from 0.066 to 0.067, RMSEA ranged from 0.023 to 0.026, CFI ranged from 0.950 to 0.952, and TLI ranged from 0.946 to 0.950. The Median factor loadings for the items ranged from 0.551 to 0.825.

**Conclusion:** The three forms of the Thai youth checklist maintain a good acceptable structural composition within the current Thai context, despite the syndrome groupings differing from the original US version. The study suggests that, in addition to developing overall behavioral problem criteria, future research should focus on establishing normative data for each syndrome.

**Keywords:** Child and adolescent mental health, Construct validity, Thai youth checklist

## บทนำ

การเข้าใจปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็ก และวัยรุ่นเป็นกระบวนการสำคัญในการป้องกันและช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ เช่น ความเครียด พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทั้งนี้การใช้แบบประเมินทางจิตวิทยาเป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และในประเทศไทยก็มีการพัฒนาแบบวัดทางจิตวิทยาสำหรับเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน (Pornnoppadol et al., 2017) เนื่องจากมีรูปแบบและข้อคำถามที่ชัดเจนนำมาประเมินได้ในเชิงปริมาณ มีความเป็นรูปธรรมกว่าการสัมภาษณ์เพียงอย่างเดียว (Weiss et al., 2009) โดยการประเมินที่อิงจากการรายงานตนเองของผู้ปกครอง ครู และเด็กและวัยรุ่นเกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญ แม้จะมีข้อจำกัดของอคติจากการได้รับผลประโยชน์หรือหลีกเลี่ยงผลเสียจากการประเมิน และข้อจำกัดจากการตีความข้อคำถามเชิงภาษาของผู้ตอบ รวมทั้งข้อบกพร่องด้านการออกแบบเครื่องมือ (Abernethy, 2015) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ของผู้ดูแลแบบประเมินมีประโยชน์เมื่อพิจารณาพร้อมกับแหล่งข้อมูลอื่น เช่น การสังเกตโดยตรง และข้อมูลประวัติจากรายงานโรงเรียน ช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักการศึกษาเข้าถึงข้อมูลได้ละเอียดมากขึ้น และยังเป็นแหล่งข้อมูลที่มีความคุ้มค่าทางการเงิน (Al-Hendawi et al., 2016) แม้จะมีประโยชน์หลายประการดังที่กล่าวมา แต่นักวิจัยมักจะต้องตั้งคำถามถึงคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมืออื่น ๆ เมื่อนำมาใช้ในกลุ่มที่มีความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมจากประเทศเจ้าของเครื่องมือ รวมถึงในชนกลุ่มน้อย หรือครอบครัวที่มีเศรษฐกิจไม่ดีในแต่ละสังคม ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเหล่านี้เมื่อนำไปใช้ในบริบทที่แตกต่างไปจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อนำไปสู่การทำ ความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์อย่างเป็นระบบทางวิชาการ เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการศึกษา วิจัย และการบำบัดช่วยเหลือทางจิตสังคมสำหรับเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น (Berg et al., 1992)

ชุดแบบประเมินทางจิตวิทยาของอาเคินบาค สำหรับวัยเรียน (the Achenbach system of empirically

based assessments: ASEBA) ได้พัฒนามาตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1960's นำมาใช้ในระบบบริการและการวิจัยด้านสุขภาพจิตในหลายประเทศทั่วโลก ถูกแปลไปใช้กว่า 110 ภาษา (Achenbach & Rescorla, 2001) ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ฉบับ ได้แก่ (1) child behavior checklist (CBCL) "แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก" ซึ่งผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ (2) teacher's report form (TRF) หรือ "แบบรายงานจากครู" และ (3) youth self-report (YSR) หรือ "แบบรายงานตนเองสำหรับเด็กและวัยรุ่น" ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2532 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (ศูนย์สุขภาพจิตเด็ก) เริ่มพัฒนาแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai youth checklist) และจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน โดยเริ่มต้นจากการแปลจากเครื่องมือฉบับ CBCL และ TRF ที่ได้รับการยินยอมจากอาเคินบาค (Achenbach) เจ้าของต้นฉบับให้จดลิขสิทธิ์เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงระบาดวิทยาเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมที่มีวัฒนธรรมต่างกันระหว่างไทยและสหรัฐอเมริกา (Weisz et al., 1995) หลังจากนั้นได้แปลเครื่องมือ youth self-report (YSR) เป็นภาษาไทย โดย จริยา วัฒนโสภณ และคณะ (Wattanasophon et al., 1998) เพื่อสำรวจปัญหาพฤติกรรมเด็กวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร นำมาทดสอบความเที่ยงและจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในปี พ.ศ. 2558 (Suwanmaitree, 2016) ทั้งนี้ ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กภาษาไทย มีโครงสร้างองค์ประกอบของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ออกเป็น 8 กลุ่มปัญหาเช่นเดียวกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ ได้แก่ (1) withdrawn [W] (2) somatic complaints [SC] (3) anxiety / depression [AD] (4) social problems [SP] (5) thought problems [TP] (6) attention problems [AP] (7) delinquent behavior [db] (8) aggressive behavior [AB] และอีก 1 กลุ่มปัญหาอื่น ๆ others' problems [OP] (Achenbach & Rescorla, 2001) ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2561 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ได้ปรับปรุงแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ ให้เหมาะสมกับการใช้งานในปัจจุบัน โดยประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ตรวจสอบคุณภาพเนื้อหาและรูปแบบของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ ทดสอบคุณภาพด้านความเที่ยง และความสอดคล้องระหว่างผู้

ประเมิน เพื่อเตรียมจัดทำเกณฑ์ปกติในปี พ.ศ. 2562 (Santitadukul et al., 2018) ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา พฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงไป จากยุคสมัยเดิมเมื่อปี พ.ศ. 2535 โดยมีข้อพิจารณา เปรียบเทียบกับแบบประเมินพฤติกรรมเด็กอื่น ๆ ที่มี ข้อคำถามจำนวนน้อย และใช้เวลาประเมินเร็วกว่า เช่น แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (SDQ) / หรือประเมิน พฤติกรรมในกลุ่มเฉพาะปัญหา (Pityaratstian et al., 2014) แต่เครื่องมือดังกล่าวจะได้รายละเอียดที่น้อยกว่า เช่นกัน อีกทั้งส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ที่ใช้เพื่อการ คัดกรองในชุมชน / หรือประเมินในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ โรค (Manomaivong et al., 2023) มากกว่าการประเมิน ในทางคลินิกที่ต้องการรายละเอียดที่ครอบคลุมปัญหา ต่าง ๆ (Suwanlert & Sriphunphon, 1999) ดังนั้น การศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ครั้งนี้เป็นวัตถุประสงค์ หนึ่งในโครงการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมิน ปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นให้เหมาะสมกับบริบท ไทยซึ่งจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์เชิงสถิติในการวัด ทางจิตวิทยาที่จะพัฒนาชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ทั้ง 3 ฉบับ ให้มีคุณภาพต่อไป

## วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อตรวจสอบความตรงเชิง โครงสร้างของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ

### กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนในระบบการศึกษา โดยสุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage random cluster sampling กระจายจังหวัดใน 12 เขตสุขภาพ และ กรุงเทพมหานคร จำนวนขนาดตัวอย่างจากฐานข้อมูล ประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561 แบ่งตามเพศ และกลุ่มอายุ 6-11 ปี อายุ 12-18 ปี โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้ (Bukhari, 2021)

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}$$

ได้ขนาดตัวอย่างจำแนกกลุ่มตามช่วงอายุ 2 ช่วงอายุ และเพศชายกับเพศหญิง รวมจำนวน 4 กลุ่ม

กลุ่มละ 323 ราย เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจาก การสุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่ม ขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 390 ราย รวมกลุ่ม ตัวอย่างจากการคำนวณทั้งสิ้น 1,560 ราย โดยสามารถ เก็บที่ข้อมูลในกลุ่มอายุ 6-12 ปี จำนวน 752 ราย และ กลุ่มอายุ 12-18 เท่ากับ 857 ราย รวมทั้งสิ้น 1,609 ราย

### เครื่องมือการวิจัย

**แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** พัฒนาโดยทีม นักวิจัย และ **แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (TYC)** สำหรับ ผู้ปกครอง ครู (อายุ 6-18 ปี) และเด็กและวัยรุ่น (อายุ 12-18 ปี) ประกอบด้วยเนื้อหาคือ **ส่วนที่ 1** ข้อมูล เบื้องต้นของเด็กและผู้ตอบแบบสำรวจ และ **ส่วนที่ 2** เป็นหัวข้อพฤติกรรมสำหรับผู้ตอบให้คะแนน 0, 1, 2 ตามความถี่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ ผ่านมา แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นไทยด้วยวิธี back translation ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างแยก กลุ่มอาการได้ 8 กลุ่ม โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ต้นฉบับภาษาไทยในแต่ละข้อมากกว่า 0.40 โดยฉบับผู้ปกครองมีจำนวน 135 ข้อ ฉบับครูมี จำนวน 132 ข้อ และฉบับเด็กและวัยรุ่นมีจำนวน 120 ข้อ ซึ่งทั้ง 3 ฉบับมีโครงสร้างกลุ่มปัญหาพฤติกรรม 8 กลุ่ม และกลุ่มอื่น ๆ 1 กลุ่ม รวมเป็น 9 กลุ่ม สามารถนำมา คำนวณเป็นคะแนนปัญหาพฤติกรรมโดยรวม เนื้อหา ข้อคำถามจะแตกต่างกันตามบริบทของผู้ตอบแบบ สำรวจ ด้านคุณภาพ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ทั้ง 3 ฉบับที่ปรับปรุง ใหม่ ตั้งแต่ 0.80-1.00 ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ ประเมิน แบบสำรวจทั้ง 3 ฉบับมีค่าตั้งแต่ 0.15-0.66 ค่าความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบความสอดคล้องภายในมี ค่าตั้งแต่ 0.95-0.98 และค่าความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบ ซ้ำมีค่าตั้งแต่ 0.75-0.81 (Santitadukul et al., 2018)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

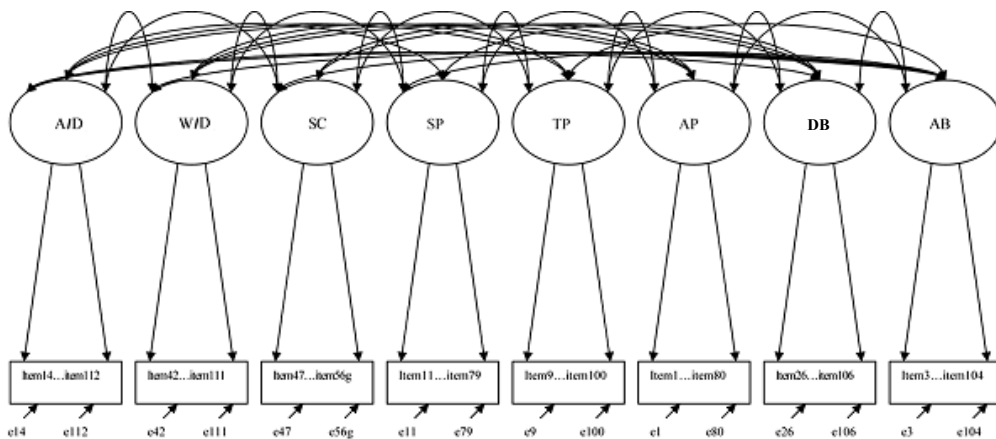
ทดสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อ ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลจากข้อมูลเชิง ประจักษ์กับรูปแบบองค์ประกอบปัญหาพฤติกรรม และ ข้อคำถามฉบับภาษาไทย (Suwanlert & Sriphunphon, 1999) การศึกษานี้ได้ปฏิบัติตามระเบียบวิธีเช่นเดียวกัน

กับที่กำหนดโดยอาเคนบาค (Achenbach & Rescorla, 2001) โดยแปลงค่าคะแนนรายการ (item ratings) ให้เป็น 0, 1 หรือ 2 เพื่อจะใช้วิธีที่ประมาณค่าบนพื้นฐานของการใช้เมตริกซ์สหสัมพันธ์โพลีคอร์ริก (polychoric correlation) ที่แกร่งต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น เนื่องจากตัวแปรที่สังเกตได้ของเครื่องมือชุดนี้เป็นข้อมูลแบบเรียงลำดับ (ordered categorical data) และลักษณะข้อมูลที่ได้มาไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม M-plus version 8.3 วิธีที่ใช้ประมาณค่าพารามิเตอร์คือ robust weight least square mean and variance adjusted chi square (WLSMV) ทั้งนี้ค่าที่ได้จะใกล้เคียงกับค่าจริงมากขึ้นเมื่อใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ตั้งแต่ 370 รายขึ้นไป (Tossapone et al., 2014) พิจารณาค่าดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (standardize root mean squared residual: SRMR) โดยเกณฑ์ต้องต่ำกว่า 0.08 จึงมีความเหมาะสม ร่วมกับการพิจารณาค่าดัชนี root mean square error of approximation (RMSEA) ค่าที่ต่ำกว่า 0.60 อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งเป็นดัชนีวัดที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ด้วยวิธี WLSMV และพิจารณาร่วมกับค่าดัชนี the comparative fit index (CFI) และค่าดัชนี the Tucker-Lewis index: TLI

ที่โดยทั่วไปค่าควรสูงกว่า 0.95 แต่เนื่องจากในกรณีที่โมเดลของแบบชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กมีความซับซ้อน จึงปรับใช้ค่าที่สูงกว่า 0.90 อยู่ในเกณฑ์ดี และค่าระหว่าง 0.80-0.90 อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ (Ivanova, et al., 2007; Terada, 2018) โดยการพิจารณาผลลัพธ์ของค่า CFI และ TLI จะเป็นเพียงข้อมูลลำดับรองจากค่า RMSEA เนื่องจากยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าดัชนีเหล่านี้มีประสิทธิภาพเพียงใดเมื่อใช้กับข้อมูลแบบเรียงลำดับโดยทั่วไป ฮู และเบทเลอร์ ได้เสนอเกณฑ์ว่าค่า CFI และ TLI ที่มากกว่า 0.95 ถือว่าบ่งชี้ถึงความสอดคล้องของโมเดลที่ดี (Hu & Bentler, 1999) แต่เกณฑ์นี้ถูกวิพากษ์ว่าเข้มงวดเกินไปและอาจเพิ่มโอกาสในการปฏิเสธโมเดลที่มีการระบุรูปแบบ (specified model) ที่ถูกต้องแล้ว (Marsh et al., 2004) ด้วยเหตุนี้ การศึกษานี้จึงพิจารณาใช้เกณฑ์ที่ยืดหยุ่นมากกว่าที่เสนอโดย บราวน์และคณะ (Browne et al., 1993) ส่วนค่าไคสแควร์ผู้วิจัยนำเสนอแต่ไม่ได้นำมาพิจารณา เพราะค่าดังกล่าวมีความอ่อนไหวต่อกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ส่งผลให้ค่าอำนาจการทดสอบ (power) สูง จึงมีโอกาสพบนัยสำคัญมากขึ้นไปด้วย และไม่เหมาะสมเมื่อนำมาพิจารณากับตัวแปรสังเกตได้แบบเรียงลำดับ (Schermetleh-Engel et al., 2003)

**รูปภาพ 1**

แสดงรูปแบบ (model) ขององค์ประกอบ กลุ่มอาการ (syndromes) (Ivanova et al., 2007) และข้อคำถามปัญหาพฤติกรรมของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กฉบับผู้ปกครอง ฉบับครู และฉบับเด็กและวัยรุ่น ที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการวิจัยครั้งนี้ (Suwanlert & Sriphunphon, 1999)



A/D = anxiety/depression: วิตกกังวล/ซึมเศร้า, W/D = withdrawn: แยกตัว, SC = somatic complaints: การเจ็บป่วยที่ไม่พบความผิดปกติทางร่างกาย SP = social problems: ปัญหาทางสังคม, TP = thought problems: ปัญหาทางความคิด, AP = attention problems: ปัญหาด้านสมาธิ/ความตั้งใจ DB = delinquent behavior: เกเรทำผิดระเบียบ (\*ฉบับภาษาอังกฤษใช้ RBB: rule breaking behavior), AB = aggressive behavior: พฤติกรรมก้าวร้าว

## ตาราง 1

แสดงหมายเลขข้อคำถามของแต่ละกลุ่มอาการ จำแนกตามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ

กลุ่มอาการ	เลขข้อคำถาม		
	ผู้ปกครอง	ครู	เด็กและวัยรุ่น
Anxiety/Depression: วิตกกังวล/ ซึมเศร้า	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 47, 50, 52, 71, 81, 89, 103, 112	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 47, 50, 52, 71, 81, 89, 103, 106, 108, 112	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 47, 50, 52, 71, 81, 89, 103, 112
Withdrawn: แยกตัว	42, 65, 69, 75, 80, 88, 102, 103, 111	42, 65, 69, 75, 80, 88, 102, 103, 111	42, 65, 69, 75, 102, 103, 111
Somatic Complaints: การเจ็บป่วยที่ ไม่พบความผิดปกติทางร่างกาย	51, 54, 56ก, 56ข, 56ค, 56ง, 56จ, 56ฉ, 56ช, 56ด, 56ม	51, 54, 56ก, 56ข, 56ค, 56ง, 56จ, 56ฉ, 56ช, 56ด, 56ม	51, 54, 56ก, 56ข, 56ค, 56ง, 56จ, 56ฉ, 56ช, 56ด, 56ม
Social Problems: ปัญหาทางสังคม	1, 11, 12, 14, 25, 33, 34, 35, 36, 38, 48, 62, 64	1, 11, 12, 14, 25, 33, 34, 35, 36, 38, 48, 62, 64	1, 11, 12, 14, 25, 33, 34, 35, 36, 38, 48, 62, 64
Thought Problems: ปัญหาทาง ความคิด	9, 18, 29, 40, 66, 70, 84, 85	9, 18, 29, 40, 66, 70, 84, 85	9, 18, 29, 40, 66, 70, 84, 85
Attention Problems: ปัญหาด้าน สมาธิ/ความตั้งใจ	1, 8, 10, 13, 15, 17, 22, 41, 45, 61, 62, 80	1, 2, 4, 8, 10, 13, 15, 17, 22, 41, 45, 49, 60, 61, 62, 72, 78, 80, 92, 100	1, 8, 10, 3, 15, 17, 22, 41, 45, 61, 62, 72, 78, 80
Delinquent Behavior: เกรงทำผิด ระเบียบ	26, 39, 43, 63, 81, 82, 90, 98, 101, 105, 106	26, 39, 43, 63, 82, 90, 98, 101, 105	26, 39, 43, 63, 81, 82, 90, 98, 101, 105
Aggressive Behavior: พฤติกรรม ก้าวร้าว	3, 7, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 37, 57, 68, 74, 76, 77, 86, 87, 93, 94, 95, 97, 104	3, 6, 7, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 37, 53, 57, 67, 68, 74, 76, 77, 86, 87, 93, 94, 95, 97, 104	3, 7, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 37, 57, 68, 74, 76, 77, 86, 87, 93, 94, 95, 97, 104

## ผลการศึกษา

## ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,609 ราย มีสัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกันร้อยละ 49.8 และ 50.2 ตามลำดับ แบ่งกลุ่มอายุ

ตามเกณฑ์มาตรฐานเดิมของฉบับภาษาไทยเป็นกลุ่มอายุ 6-11 ปี ร้อยละ 44.6 กลุ่มอายุ 12-18 ปี ร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่เรียนในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.1 พบว่ามีโรคประจำตัวร้อยละ 10 ส่วนใหญ่มีผลการเรียน 3.0 (ร้อยละ 75) ขึ้นไป ร้อยละ 57.1 ส่วนรายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ พบว่าอยู่ในระดับพอใช้จ่าย ร้อยละ 74.2

## ตาราง 2

ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวัดตัวแปรแฝง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ฉบับผู้ปกครอง ครู เด็กและวัยรุ่น

ดัชนีที่บ่งชี้ความเหมาะสม	เกณฑ์	ค่าดัชนี		
		ผู้ปกครอง	ครู	เด็กและวัยรุ่น
Chi square	ไม่ได้ใช้พิจารณา	6806.382*	8028.230*	5702.575*
Degrees of Freedom	ไม่ได้ใช้พิจารณา	3734	4884	3510
SRMR	ต้องต่ำกว่า .08	0.066	0.067	0.066
RMSEA (90%CI)	ต้องต่ำกว่า .06	0.023 (0.022-0.024)	0.021 (0.020-0.022)	0.026 (0.025-0.028)
CFI	ตามเกณฑ์ต้องมากกว่าเท่ากับ 0.90	0.950	0.951	0.952
TLI	ตามเกณฑ์ต้องมากกว่า 0.90	0.946	0.949	0.950
สรุปผลตัวโมเดลที่ได้		มีความสอดคล้อง ในเกณฑ์ดี	มีความสอดคล้อง ในเกณฑ์ดี	มีความสอดคล้อง ในเกณฑ์ดี

\*p-value < .001

ผู้วิจัยนำแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ โดยอิงโครงสร้างข้อคำถามในกลุ่มอาการจากฉบับภาษาไทย ของสมทรง สุวรรณเลิศ ที่ศึกษาไว้ในปี พ.ศ. 2535 มาวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน เมื่อประเมินด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวัดตัวแปรแฝง

พบว่า แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผ่านเกณฑ์ต่าง ๆ ในระดับดี โดยค่า SRMR อยู่ในช่วง 0.066-0.067 ค่า RMSEA อยู่ในช่วง 0.023-0.026 ค่า CFI อยู่ในช่วง 0.950-0.952 และค่า TLI อยู่ในช่วง 0.946-0.950

**ตาราง 3**

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและค่าน้ำหนักองค์ประกอบรายข้อของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ทั้ง 3 ฉบับ

กลุ่มอาการ/ ข้อคำถาม	ผู้ปกครอง		ครู		เด็กและวัยรุ่น	
	Factor loading	p-value	Factor loading	p-value	Factor loading	p-value
<b>Anxiety/Depression: วิตกกังวล/ซึมเศร้า</b>						
12. บ่นว่าเหงา	0.446	0.000	0.947	0.000	0.499	0.000
14. ร้องไห้ฟูมฟาย	0.164*	0.065	0.314*	0.029	0.598	0.000
31. กลัวว่าจะคิดหรือกระทำในสิ่งที่ไม่ดี	0.621	0.000	0.652	0.000	0.566	0.000
32. รู้สึกว่าตนเองต้องสมบูรณ์แบบ	0.591	0.000	0.635	0.000	0.411	0.000
33. รู้สึกหรือบ่นว่าไม่มีใครรัก	0.212*	0.011	0.527	0.000	0.522	0.000
34. รู้สึกว่าคนอื่นคอยปองร้าย	0.011*	0.000	0.497	0.000	0.132*	0.162
35. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีปมด้อย	0.570	0.000	0.556	0.000	0.548	0.000
45. ประหม่าหรือเครียด	0.710	0.000	0.833	0.000	0.688	0.000
50. กลัวหรือวิตกกังวลมากเกินไป	0.791	0.000	0.714	0.000	0.798	0.000
52. รู้สึกผิดมากเกินไป	0.785	0.000	0.822	0.000	0.807	0.000
71. ระมัดระวังตนเองเกินไปหรือประหม่าง่าย	0.630	0.000	0.649	0.000	0.541	0.000
89. ระแวงสงสัย	0.750	0.000	0.861	0.000	0.469	0.000
103. ไม่มีความสุข เสียใจ ซึมเศร้า	0.366*	0.000	0.204*	0.069	0.553	0.000
106. คอยเอาใจคนอื่นมากเกินไป			0.637	0.000		
108. กลัวว่าจะทำอะไรผิดพลาด			0.725	0.000		
112. กังวลใจ	0.715	0.000	0.556	0.000	0.799	0.000
<b>Median Factor loading</b>	<b>0.606</b>		<b>0.649</b>		<b>0.553</b>	
<b>Withdrawn: แยกตัว</b>						
42. ชอบอยู่ตามลำพัง	0.641	0.000	0.717	0.000	0.686	0.000
65. ไม่ยอมพูด	0.653	0.000	0.625	0.000	0.586	0.000
69. ชอบทำอะไรหลบ ๆ ซ่อน ๆ ไม่แสดงให้คนอื่นรู้	0.832	0.000	0.914	0.000	0.728	0.000
75. ซื่อาย กระดาก ซีดตัน	0.614	0.000	0.648	0.000	0.502	0.000
80. จ้องมองโดยไร้จุดหมาย **ไม่มีในฉบับเด็กและวัยรุ่น	0.643	0.000	0.461	0.000		
88. เฉย ไม่พูดจาเวลาโกรธหรือไม่สบายใจ **ไม่มีในฉบับเด็กและวัยรุ่น	0.663	0.000	0.708	0.000		
102. ไม่มองไว เคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือขาดความกระปรี้กระเปร่า	0.596	0.000	0.643	0.000	0.679	0.000
103. ไม่มีความสุข เสียใจ ซึมเศร้า	0.405	0.000	0.596	0.000	0.255*	0.056
111. แยกตัว เก็บตัว	0.663	0.000	0.642	0.000	0.547	0.000
<b>Median Factor loading</b>	<b>0.643</b>		<b>0.643</b>		<b>0.613</b>	
<b>Somatic Complaints: การเจ็บป่วยที่ไม่พบความผิดปกติทางร่างกาย</b>						
Social Problems: ปัญหาทางสังคม	0.672	0.000	0.820	0.000	0.729	0.000

กลุ่มอาการ/ ข้อคำถาม	ผู้ปกครอง		ครู		เด็กและวัยรุ่น	
	Factor loading	p-value	Factor loading	p-value	Factor loading	p-value
Thought Problems: ปัญหาทางความคิด	0.777	0.000	0.762	0.000	0.786	0.000
Attention Problems: ปัญหาด้านสมาธิ/ความตั้งใจ	0.720	0.000	0.811	0.000	0.743	0.000
Delinquent Behavior: เกเรทำผิดระเบียบ	0.616	0.000	0.774	0.000	0.592	0.000
Aggressive Behavior: พฤติกรรมก้าวร้าว	0.683	0.000	0.881	0.000	0.673	0.000
56.ง. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา	0.491	0.000	0.697	0.000	0.555	0.000
56.จ. เป็นผื่นหรือมีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง	0.531	0.000	0.769	0.000	0.547	0.000
56.ฉ. ปวดหรือมีอาการเกร็งในท้อง	0.704	0.000	0.811	0.000	0.703	0.000
56.ช. อาเจียน	0.696	0.000	0.840	0.000	0.554	0.000
56.ซ. แขนงอก หายใจไม่อิ่ม	0.754	0.000	0.810	0.000	0.716	0.000
56.ฅ.บ่นว่ามีอาการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ	0.633	0.000	0.775	0.000	0.692	0.000
<b>Median Factor loading</b>	<b>0.683</b>		<b>0.810</b>		<b>0.673</b>	
<b>Social Problems: ปัญหาทางสังคม</b>						
1. ทำตัวเด็กกว่าวัย	0.381*	0.000	0.067*	0.082	0.370*	0.052
11. ฟังพายุใหญ่มากเกินไป	0.570	0.000	0.707	0.000	0.538	0.000
12. บ่นว่าเหงา	0.196*	0.014	-0.254*	0.056	0.135*	0.120
14. ร้องไห้ฟูมฟาย	0.501	0.000	0.454	0.002	0.142*	0.127
25. เข้ากับเด็กคนอื่นไม่ได้	0.636	0.000	0.697	0.000	0.607	0.000
33. รู้สึกหรือบ่นว่าไม่มีใครรัก	0.548	0.000	0.262*	0.034	0.235*	0.011
34. รู้สึกว่าคนอื่นคอยบงายัย	0.381*	0.000	0.351*	0.004	0.609	0.000
35. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีปมด้อย	0.271*	0.000	0.220*	0.063	0.238*	0.004
36. เจ็บตัวบ่อยหรือได้รับอุบัติเหตุบ่อย	0.656	0.000	0.730	0.000	0.580	0.000
38. ถูกล้อเลียนมาก	0.739	0.000	0.691	0.000	0.567	0.000
48. เด็กคนอื่นไม่ชอบ	-0.072*	0.592	0.747	0.000	0.682	0.000
62. ทำทางงอแง หรืออู้งาม	0.455	0.000	1.312*	0.000	-0.362*	0.110
64. ชอบเล่นกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	0.381*	0.000	0.573	0.000	0.359*	0.000
<b>Median Factor loading</b>	<b>0.592</b>		<b>0.694</b>		<b>0.607</b>	
<b>Thought Problems: ปัญหาทางความคิด</b>						
9. หมกมุ่น หรือย้ำคิดซ้ำ ๆ ในบางเรื่อง	0.719	0.000	0.808	0.000	0.673	0.000
18. จงใจทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย	0.676	0.000	0.846	0.000	0.776	0.000
29. กลัวสัตว์บางชนิด สถานการณ์บางอย่าง	0.421	0.000	0.543	0.000	0.445	0.000
40. ได้ยินเสียงซึ่งไม่ได้มีอยู่จริง	0.717	0.000	0.865	0.000	0.630	0.000
66. ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำ ๆ	0.712	0.000	0.832	0.000	0.539	0.000
70. มองเห็นสิ่งที่ไม่มีความเป็นจริง	0.613	0.000	0.742	0.000	0.597	0.000
84. พฤติกรรมแปลก ๆ	0.823	0.000	0.818	0.000	0.563	0.000
85. ความคิดแปลก ๆ	0.706	0.000	0.868	0.000	0.539	0.000
<b>Median Factor loading</b>	<b>0.709</b>		<b>0.825</b>		<b>0.551</b>	
<b>Attention Problems: ปัญหาด้านสมาธิ/ความตั้งใจ</b>						
1. ทำตัวเด็กกว่าวัย	0.191*	0.031	0.538	0.000	0.225*	0.230
2. ยั้มเพลง หรือทำเสียงแปลก ๆ ในห้องเรียน *เฉพาะฉบับครู			0.599	0.000		
4. ทำงานไม่เสร็จ*เฉพาะฉบับครู			0.509	0.000		
8. ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน	0.590	0.000	0.636	0.000	0.604	0.000
10. นั่งนิ่งไม่ได้ อยู่ไม่สุข หรือซน	0.570	0.000	0.712	0.000	0.598	0.000
13. มีอาการสับสน	0.766	0.000	0.779	0.000	0.755	0.000

กลุ่มอาการ/ ข้อคำถาม	ผู้ปกครอง		ครู		เด็กและวัยรุ่น	
	Factor loading	p-value	Factor loading	p-value	Factor loading	p-value
15. หยุกหยิกหรือขยุกขยิก *เฉพาะฉบับครู			0.729	0.000		
17. ผันกลางวันหรือหมกมุ่นกับความคิด	0.733	0.000	0.759	0.000	0.532	0.000
22. ทำตามสิ่งไม่ค่อยได้/ไม่เชื่อฟัง	0.158*	0.055	0.856	0.000	0.610	0.000
41. ทำอะไรโดยไม่ยั้งคิด	0.729	0.000	0.771	0.000	0.741	0.000
45. ประหม่าหรือเครียด	0.031*	0.694	-0.091*	0.176	0.114*	0.188
46. ร่างกายสั่นกระตุกเมื่อประหม่า	0.655	0.000	0.754	0.000	0.634	0.000
49. มีปัญหาการเรียน*เฉพาะฉบับครู			0.565	0.000		
60. ไม่สนใจการเรียนหรือขาดแรงจูงใจ *เฉพาะฉบับครู			0.558	0.000		
61. เรียนไม่ดี	0.562	0.000	0.555	0.000	0.548	0.000
62. ทำทางงอแงหรืองุ่มง่าม	0.786	0.000	-0.655	0.003	0.963	0.000
72. ทำงานไม่เรียบร้อย	-0.135*	0.422	0.538	0.000		
78. วอกแวกง่าย	0.537	0.000	0.642	0.000		
80. จ้องมองโดยไร้จุดหมาย	-0.676*	0.005	0.387*	0.000		
92. เรียนไม่เต็มความสามารถ *เฉพาะฉบับครู			0.622	0.000		
100. ทำงานไม่เสร็จ *เฉพาะฉบับครู			0.491	0.000		
<b>Median Factor loading</b>	<b>0.692</b>		<b>0.565</b>		<b>0.634</b>	
<b>Delinquent Behavior: เกเรทำผิดระเบียบ</b>						
26. ไม่รู้สึกผิดหลังจากได้กระทำการที่ไม่สมควร	0.554	0.000	0.712	0.000	0.384*	0.000
39. มั่วสุมกับคนที่ก่อเรื่องเดือดร้อน	0.751	0.000	0.771	0.000	0.676	0.000
43. พุดปดหรือซื่อโกง	0.696	0.000	0.797	0.000	0.683	0.000
63. ชอบเล่นกับเด็กที่อายุมากกว่า	0.537	0.000	0.609	0.000	0.497	0.000
67. หนีออกจากบ้าน	0.597	0.000			0.647	0.000
72. ชอบจุดไฟเผาของ	0.702	0.000			0.582	0.000
81. ขโมยของในบ้าน	0.673	0.000			0.740	0.000
82. ขโมยของนอกบ้าน	0.565	0.000	0.784	0.000	0.595	0.000
90. สบถหรือใช้คำหยาบ	0.668	0.000	0.780	0.000	0.697	0.000
96. คิดเกี่ยวกับเรื่องเพศมากเกินไป	0.545	0.000	0.710	0.000	0.632	0.000
98. ไปโรงเรียนหรือเข้าห้องเรียนสาย *เฉพาะฉบับครู			0.540	0.000		
101. หนีโรงเรียนหรือโดดเรียน	0.432	0.000	0.575	0.000	0.540	0.000
105. ดื่มเหล้าหรือเสพยา	0.419	0.000	0.703	0.000	0.538	0.000
106. จงใจทำลายสมบัติสาธารณะ *เฉพาะฉบับผู้ปกครอง	0.603	0.000				
<b>Median Factor loading</b>	<b>0.565</b>		<b>0.703</b>		<b>0.595</b>	
<b>Aggressive Behavior: พฤติกรรมก้าวร้าว</b>						
3. ชอบเถียง	0.557	0.000	0.716	0.000	0.642	0.000
6. ชอบโต้เถียงครู			0.618	0.000		
7. ชอบคุยไม้ ไอ้อด	0.578	0.000	0.656	0.000	0.512	0.000
16. ใจร้ายหรือชอบรังแกคนอื่น	0.695	0.000	0.846	0.000	0.647	0.000
19. เรียกร้องความสนใจมาก	0.686	0.000	0.736	0.000	0.678	0.000
20. ทำลายสิ่งของของตนเอง	0.726	0.000	0.867	0.000	0.700	0.000
21. ทำลายสิ่งของของคนอื่น	0.698	0.000	0.835	0.000	0.605	0.000
22. ทำตามสิ่งไม่ค่อยได้/ไม่เชื่อฟัง	0.466	0.000	-0.143*	0.185	0.627	0.000
23. ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่โรงเรียน	0.670	0.000	0.755	0.000	0.641	0.000
27. ซื่อจฉา	0.703	0.000	0.755	0.000	0.532	0.000

กลุ่มอาการ/ ข้อคำถาม	ผู้ปกครอง		ครู		เด็กและวัยรุ่น	
	Factor loading	p-value	Factor loading	p-value	Factor loading	p-value
37. มักมีเรื่องต่อสู้กับคนอื่น	0.576	0.000	0.767	0.000	0.512	0.000
53. พุดไม่ถูกกาลเทศะ			0.796	0.000		
57. ทำร้ายร่างกายคนอื่น	0.655	0.000	0.796	0.000	0.628	0.000
67. เป็นตัวป่วนในห้องเรียน *มีเฉพาะฉบับครู			0.761	0.000		
68. ส่งเสียงรบกวนบ่อย	0.632	0.000	0.704	0.000	0.563	0.000
74. ชอบอวดหรือทำตลก	0.611	0.000	0.695	0.000	0.559	0.000
76. ระเบิดอารมณ์ และทำสิ่งที่ไม่คาดคิด *เฉพาะฉบับครู			0.836	0.000		
77. ต้องการอะไรต้องได้ทันที *เฉพาะฉบับครู			0.833	0.000		
86. ดื้อ บังคับ หรือฉุนเฉียว	0.639	0.000	0.758	0.000	0.721	0.000
87. อารมณ์หรือความรู้สึกเปลี่ยนแปลงกะทันหัน	0.706	0.000	0.789	0.000	0.738	0.000
93. พุดมากเกินไป	0.619	0.000	0.675	0.000	0.637	0.000
94. ชอบล้อเลียน	0.668	0.000	0.738	0.000	0.591	0.000
95. แผลงฤทธิ์ ลงมือลงเท้า/ อารมณ์ร้อน	0.701	0.000	0.840	0.000	0.618	0.000
97. ข่มขู่คนอื่น	0.630	0.000	0.802	0.000	0.631	0.000
104. พุดเอะอะ เสียงดัง	0.709	0.000	0.743	0.000	0.696	0.000
<b>Median Factor loading</b>	<b>0.647</b>		<b>0.761</b>		<b>0.630</b>	

\* ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ต่ำกว่า 0.40

จากตาราง 3 เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐานน้ำหนักองค์ประกอบ (median factor loading) ข้อคำถามของทั้ง 3 ฉบับ อยู่ในช่วง 0.551-0.825 โดยกลุ่มอาการ anxiety / depression พบว่าข้อคำถามที่มีค่า factor loading ต่ำกว่า 0.40 คือ ข้อที่ 14 ในฉบับผู้ปกครอง และฉบับครู ข้อที่ 33 ฉบับผู้ปกครอง ข้อที่ 34 ในฉบับผู้ปกครองและฉบับเด็กและวัยรุ่น และข้อที่ 103 พบทั้งในฉบับผู้ปกครองและฉบับครู ส่วนกลุ่มอาการ withdrawn ข้อที่ 103 พบเฉพาะในฉบับเด็กและวัยรุ่น กลุ่มอาการ social problems ข้อที่ 1 ทั้ง 3 ฉบับ มีค่าต่ำกว่า 0.40 ข้อที่ 12 ของทั้ง 3 ฉบับ ข้อที่ 14 ฉบับเด็กและวัยรุ่น ข้อที่ 33 ฉบับครูและฉบับเด็กและวัยรุ่น ข้อที่ 34 ใน ฉบับผู้ปกครองและฉบับครู ข้อที่ 35 ทั้ง 3 ฉบับ ข้อที่ 48 ฉบับผู้ปกครอง ข้อที่ 62 ฉบับครูมีค่าเกิน 1 และฉบับเด็กและวัยรุ่น และข้อที่ 64 ในฉบับผู้ปกครอง และในฉบับเด็กและวัยรุ่น กลุ่มอาการ thought problems พบว่าไม่มีข้อคำถามในฉบับใดที่มีค่าต่ำกว่า 0.40 กลุ่มอาการ attention problems ข้อที่ 1 ในฉบับผู้ปกครองและฉบับครู ข้อที่ 22 ในฉบับผู้ปกครอง ข้อที่ 45 ในทุกฉบับ ข้อที่ 72 เฉพาะฉบับผู้ปกครอง ข้อที่ 80 ในฉบับผู้ปกครองและฉบับครู กลุ่มอาการ delinquent

behavior ข้อที่ 27 ในฉบับเด็กและวัยรุ่น และกลุ่มอาการ aggressive behavior ข้อที่ 22 ในฉบับครูที่มีค่าต่ำกว่า 0.40 เมื่อสรุปในภาพรวม พบว่า ฉบับผู้ปกครองมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ในฉบับครูมี 11 ข้อ และในฉบับเด็กและวัยรุ่นมี 12 ข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.40

## วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ข้อมูลสมบูรณ์ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 1,572 ราย มีขนาดตัวอย่างใหญ่กว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กในประเทศไทยที่ผ่านมาที่ใช้กลุ่มตัวอย่างฉบับผู้ปกครองจำนวน 836 ราย และฉบับครูจำนวน 359 ราย (Ivanova et al., 2007) ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จึงเหมาะสมตามเกณฑ์ที่ควรมีจำนวนมากกว่า 500 ราย (Hair et al., 2019) หรือควรมีมากกว่าตัวแปร (ข้อคำถาม) 5-10 เท่า (Terada, 2018) โดยแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ แม้จะมีองค์ประกอบที่ซับซ้อน และข้อคำถามจำนวนมาก แต่พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวัดตัวแปรแฝงของแบบสำรวจ

พฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผ่านเกณฑ์ต่าง ๆ ในระดับดี โดยมีค่า SRMR อยู่ในช่วง 0.066-0.067 ค่า CFI อยู่ในช่วง 0.950-0.952 ค่า TLI อยู่ในช่วง 0.946-0.950 และค่า RMSEA อยู่ในช่วง 0.023-0.026 ค่าที่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่าแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กต้นฉบับภาษาอังกฤษของสหรัฐอเมริกาที่แบ่งกลุ่มอาการเป็น 8 กลุ่มอาการและไม่ได้นำข้อคำถามที่อยู่ในกลุ่มปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ (other problems) ที่เป็นปัญหาเฉพาะในแต่ละประเทศนำมารวมในการศึกษาเช่นเดียวกัน (Achenbach & Rescorla, 2001) ผลการศึกษาโดย เดดริคและคณะ ซึ่งวิเคราะห์ด้วยวิธี unweight least squares (ULS) พบว่าแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กฉบับผู้ปกครอง (CBCL) มีค่า CFI, TLI และค่า RMSEA เท่ากับ 0.914, 0.911 และ 0.079 ตามลำดับ (Dedrick et al., 1997) จัดอยู่ในระดับยอมรับได้ โดยมีโครงสร้างองค์ประกอบกลุ่มอาการและข้อคำถามส่วนใหญ่เช่นเดียวกับแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กฉบับ ผู้ปกครอง ภาษาไทยฉบับเดิมในปี พ.ศ. 2535 ที่มีการศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยวิธี WLSMV และพบว่า มีค่า CFI, TLI และค่า RMSEA เท่ากับ 0.894, 0.848 และ 0.037 ตามลำดับ (Ivanova et al., 2007) แต่หลังจากปี ค.ศ. 2007 ชุดแบบประเมินของ Achenbach ในฉบับครู และฉบับเด็กและวัยรุ่นได้เพิ่มกลุ่มอาการ คือ ปัญหาย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive) ปัญหาภาวะเครียดหลังจากเผชิญเหตุการณ์อันตราย (posttraumatic stress problems) กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการคิดและประมวลผลข้อมูลที่ช้าลง (sluggish cognitive tempo: มีเฉพาะฉบับครู) และกลุ่มคุณสมบัติเชิงบวก (positive qualities) ที่จะมีเฉพาะในฉบับเด็กและวัยรุ่น ซึ่งกลุ่มอาการของชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กของอาเคนบาคในปัจจุบันจะแตกต่างกับการศึกษาในประเทศไทยครั้งนี้ โดยการศึกษาชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กในแต่ละประเทศ พบว่ามีผลทั้งด้านสนับสนุน และโต้แย้งที่แตกต่างกัน เช่น ในประเทศอียิปต์ที่แปลเป็นภาษาอาราบิก พบว่าองค์ประกอบเชิงยืนยันวิเคราะห์ด้วยวิธี WLSMV อยู่ในเกณฑ์ที่ดี (Seleem et al., 2023) ทั้ง 3 ฉบับเช่นกัน โดยมีค่า CFI ตั้งแต่ 0.960-0.980 ค่า TLI ตั้งแต่ 0.950-0.980 และ ค่า RMSEA ตั้งแต่ 0.040-0.047

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบข้อคำถามส่วนใหญ่มากกว่า 0.50 ขึ้นไปมีเพียง 3 ข้อคำถามที่ค่าต่ำกว่า 0.30 แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดของขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรได้ไม่ดี ส่วนการศึกษาของประเทศบราซิลที่แปลเป็นภาษาละติน โดยการจัดทำเกณฑ์ปกติ วิเคราะห์ค่าความเที่ยง และหาความสัมพันธ์กับเกณฑ์วินิจฉัยในระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) พบว่าสามารถนำไปใช้ในระดับบุคคลสำหรับประกอบการสัมภาษณ์เชิงคลินิกได้ดี แม้ว่าจะไม่ได้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และมีข้อจำกัดด้านการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่ในประเทศบราซิล เกิดปัญหาการอ่านและเข้าใจภาษา ส่งผลให้มีข้อสงสัยถึงคุณสมบัติในการวัดทางจิตวิทยาฉบับภาษาบราซิล โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงฉบับครู และฉบับเด็ก และวัยรุ่นในระบบการศึกษาก่อนฉบับผู้ปกครอง ทั้งนี้ข้อจำกัดด้านการศึกษาของผู้ตอบนี้เป็นประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในการศึกษาแบบประเมินทางจิตวิทยาที่ผ่านการรายงานตนเอง และประเมินผ่านการอ่านโดยผู้ดูแล (Bordin et al., 2013) นอกจากนี้ การศึกษาแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (CBCL) ฉบับผู้ปกครองภาษาจีน แม้ว่าจะแบ่งกลุ่มอาการเป็น 8 กลุ่มเช่นเดียวกับต้นฉบับนั้น แต่กลับพบว่ามีรูปแบบไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า CFI และค่า TLI ต่ำกว่า 0.80 ในทุกกลุ่มตัวอย่าง ส่วนค่า RMSEA อยู่ในช่วง 0.039-0.041 ทั้งที่การศึกษาก่อนหน้าในปี ค.ศ. 2019 พบว่าค่า CFI มีค่าสูงกว่า 0.90 ทั้งนี้ที่วิจัยได้วิเคราะห์ว่าเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจสังคมในประเทศจีนอย่างมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เช่น นโยบายลูกคนเดียวส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในจีนอย่างมาก (Wang et al., 2024) นอกจากนี้ ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กฉบับภาษาอังกฤษ เมื่อตรวจสอบเชิงโครงสร้างพบว่ามีค่าทางสถิติที่ดี แต่เมื่อศึกษาความตรงภายนอก (external validity) เทียบกับการวินิจฉัยทางจิตเวชในระบบ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) พบว่า มีข้อจำกัดที่แตกต่างกันไปตามผู้ประเมิน เช่น ในการวินิจฉัย conduct disorder ฉบับผู้ปกครองมีค่าความสอดคล้องมากกว่าฉบับเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม มีข้อสรุปว่าชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กนั้นยังมีความเหมาะสมที่

ใช้เสริมการเข้าใจด้านสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น แต่การนำมาใช้ช่วยวินิจฉัยด้านจิตเวชต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม (Nakamura et al., 2009) โดยกลุ่มเฉพาะที่มีปัญหาทางจิตเวชและพัฒนาการ เช่น กลุ่มออทิสติกพบว่ารูปแบบ 8 กลุ่มอาการกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องต่ำ โดยมีค่าดัชนี RMSEA = 0.063 ที่ยอมรับได้ แต่พบว่าค่า CFI = 0.447 และค่า TLI = 0.460 ที่ต่ำ รวมถึงมีค่า SRMR = 2.783 ที่สูงเกินเกณฑ์มากด้วยเหตุนี้การนำเครื่องมือไปใช้กับเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มจิตเวชควรมีการศึกษาจัดกลุ่มอาการในรูปแบบที่แตกต่างไปจากกลุ่มประชากรทั่วไป (de la Roche et al., 2024)

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ในข้อคำถามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กฉบับภาษาไทย ทั้ง 3 มีค่ามัธยฐานน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.551-0.825 และแต่ละข้อคำถามมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ -0.362-1.312 โดยฉบับผู้ปกครองมีจำนวน 15 ข้อ ในฉบับครูมี 11 ข้อ และในฉบับเด็กและวัยรุ่นมี 12 ข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.40 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศต่าง ๆ เช่นกัน ที่พบว่า กลุ่มอาการ 8 กลุ่มนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในหลายลักษณะทางสังคมทั่วโลก โดยในฉบับผู้ปกครองมีค่า RMSEA ตั้งแต่ 0.026-0.055 ค่า CFI ตั้งแต่ 0.730-0.947 ค่า TLI ตั้งแต่ 0.79-0.946 และค่า item loading ตั้งแต่ 0.37-0.88 แต่จะมีข้อคำถามที่มีค่าทางสถิติที่ไม่เหมาะสม คือ ไม่เพียงพอที่จะระบุค่าพารามิเตอร์ (empirically under identified) และข้อคำถามที่ไม่แสดงความสัมพันธ์ที่มากพอกับองค์ประกอบใด ๆ ที่ถูกระบุในแบบจำลอง (items with nonsignificant factor loadings) พบว่า ฉบับผู้ปกครองมีจำนวน 18 ข้อ (Ivanova et al., 2007) ส่วนในฉบับครูมีค่า RMSEA ตั้งแต่ 0.034-0.076 ค่า CFI 0.732-.0.933 ค่า TLI 0.863-0.962 และค่า item loading ตั้งแต่ 0.07-0.90 พบว่ามีข้อคำถามที่มีค่าทางสถิติที่ไม่เหมาะสมเช่นกัน จำนวนตั้งแต่ 1-12 ข้อ แตกต่างกันไปในกลุ่ม 20 ประเทศที่ศึกษา (Ivanova et al., 2007) รวมถึงในฉบับเด็กและวัยรุ่น พบว่าค่า RMSEA มีตั้งแต่ 0.035-0.050 ค่า CFI 0.753-0.913 ค่า TLI 0.841-0.952 และค่า item loading

ตั้งแต่ 0.530-0.670 น้ำหนักองค์ประกอบข้อคำถามอยู่ในช่วง 0.09-1.07 โดยมีข้อคำถามที่มีค่าทางสถิติที่ไม่เหมาะสมจำนวนตั้งแต่ 1-23 ข้อแตกต่างกันไปใน 23 ประเทศที่ศึกษา (Ivanova et al., 2007) รวมทั้งพบว่ามีข้อคำถามมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเกิน 1 จำนวน 5 ข้อ เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบข้อคำถามที่มีค่าผิดปกติจำนวนตั้งแต่ 11-12 ข้อในแต่ละชุดแบบสำรวจ และมีจำนวน 1 ข้อ ที่ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า 1 ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าผิดปกติเนื่องจากข้อคำถามนั้นอยู่ในองค์ประกอบกลุ่มอาการมากกว่า 1 กลุ่ม หรือกรณีดังกล่าวมานี้ อาจเกิดจากความผิดพลาดในการสุ่มตัวอย่าง หรืออาจสะท้อนถึงอิทธิพลของกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมตามทฤษฎีของไวซ์ที่กล่าวถึงประเด็นการสนับสนุนทางสังคม (social facilitation) และการกีดกันทางวัฒนธรรม (cultural sanction) ที่จะส่งผลต่อค่าการวัดทางจิตวิทยาของรูปแบบพฤติกรรม เช่นเดียวกันกับกรณีศึกษาในประเทศสวีเดนที่พบว่า โครงสร้าง 8 กลุ่มอาการมีความสอดคล้องโดยรวมที่ดี แต่ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามในกลุ่มอาการก้าวร้าว (aggressive behavior) กลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญ (Weisz et al., 2006) รวมถึงงานวิจัยของ ฮาตแมน และคณะ พบว่า แบบจำลอง 8 กลุ่มอาการของชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กฉบับผู้ปกครอง (CBCL) และครู (TRF) ยังขาดการสนับสนุนเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในแง่ของความตรงเชิงโครงสร้างภายใน (internal validity) และบ่งชี้ว่าองค์ประกอบเดียวที่ครอบคลุมปัญหาภาพรวมอาจเป็นคำอธิบายที่เหมาะสมกว่า เพราะแบบจำลอง 8 กลุ่มอาการที่ใช้มีการวัดที่ไม่แม่นยำและมีการแยกแยะกลุ่มอาการที่ไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ใช้ควรตระหนักถึงเมื่อใช้เครื่องมือนี้ทั้งในการวิจัยและในงานทางคลินิก (Hartman et al., 1999)

ทั้งนี้ ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ฉบับภาษาไทย แม้ยังไม่มีเกณฑ์ปกติที่เป็นปัจจุบัน โดยการจัดทำเกณฑ์ปกติ นอกจากกระบวนการตรวจสอบเชิงเนื้อหา นิยามเชิงปฏิบัติการ และโครงสร้างตามทฤษฎีด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นแล้ว ยังต้องวางแผนการสุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลที่สามารถเป็นตัวแทนประชากร รวมถึงควรพิจารณาจัดทำเกณฑ์ให้ครบทั้ง

3 ฉบับ เพราะการรับรู้ของผู้รายงานที่ต่างกันจะส่งผลต่อคุณภาพการวัดทางจิตวิทยา โดยพบว่าวัยรุ่นจะรับรู้ความผิดปกติที่แตกต่างจากการประเมินของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งวัยรุ่นจะรายงานลักษณะทางอารมณ์ภายในตนเอง (internalizing symptoms) ได้ดีกว่าผู้ปกครอง ในขณะที่ผู้ปกครองจะสังเกตความผิดปกติที่แสดงออกทางพฤติกรรมภายนอก (externalizing symptoms) ได้ดีกว่าตัววัยรุ่น ดังกล่าวนี้อาจจะใช้ประโยชน์จากเครื่องมือที่ประเมินทั้งเด็กและวัยรุ่น และผู้ดูแลทั้งผู้ปกครองหรือครู ร่วมกันในการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานจะเพิ่มคุณภาพของการประเมินของเครื่องมือมากขึ้น (Ekasawin et al., 2016) โดยการศึกษาของค์ประกอบเชิงยืนยันครั้งนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ ไม่ได้แยกวิเคราะห์กลุ่มเพศชายหญิงที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศในการศึกษาในประเทศไทยจะมีรายละเอียดกลุ่มอาการที่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศอิหร่านที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศกับกลุ่มปัญหาพฤติกรรมมีความแตกต่างกันระหว่างชายกับหญิงจากการศึกษาระบบโรงเรียน (Tehrani-Doost et al., 2011) ทั้งนี้แม้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาหลายประการที่กล่าวมาในการใช้ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก แต่ผลจากการศึกษานี้ ยังคงสนับสนุนการอ้างอิงรูปแบบกลุ่มอาการ 8 กลุ่มที่สมทรง สุวรรณเลิศ ได้ศึกษาแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับร่วมกับอาเคินบาค (Weiss et al., 2009) มาใช้ในการประเมินปัญหาจิตเวชร่วมกับแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ในการดูแลด้านสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น

## สรุป

แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ ได้ปรับปรุงข้อคำถามและทดสอบคุณภาพด้านความเที่ยงพบว่ามีคุณภาพดีในการศึกษาที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2561 (Santitadukul et al., 2018) และการศึกษาคุณภาพด้านความตรงเชิงโครงสร้างครั้งนี้ พบว่ายังคงมีองค์ประกอบเชิงโครงสร้างและรูปแบบการวัดใน 8 กลุ่มอาการ มีค่าความกลมกลืนสอดคล้องของโมเดลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แม้จะมีกลุ่มอาการที่แตกต่างจากต้นฉบับภาษาอังกฤษปัจจุบัน และบางข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ต่ำกว่าเกณฑ์หรือมีค่าที่ผิดปกติ

แต่ยังคงสามารถใช้ประโยชน์ในการประเมินประกอบ การสัมภาษณ์เชิงคลินิก เพื่อบอกลักษณะหรือสาเหตุที่มาของพฤติกรรมที่ผิดปกติ ช่วยตรวจประเมินปัญหาจิตเวชและติดตามปัญหาพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นในชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพในบริบทประเทศไทยได้

## ข้อเสนอแนะ

นอกจากการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ทั้ง 3 ฉบับ เพื่อใช้ในการสำรวจวิจัยเชิงระบาดวิทยาและส่งเสริมป้องกัน การศึกษาเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มปัญหาพฤติกรรมรายด้าน รวมถึงศึกษาคุณภาพด้านความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (convergent validity) ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (psychiatric diagnoses based) ซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์หลักมาตรฐาน (gold standard) ที่อิงจากเกณฑ์วินิจัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต เพื่อประเมินคุณภาพด้านความตรงหรือค่าความสอดคล้องเป็นอย่างไร เมื่อนำใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เช่นเดียวกับการพัฒนาเครื่องมือในระบบของอาเคินบาค ฉบับภาษาอื่น ๆ ทั่วโลก เพื่อนำไปใช้ในหน่วยบริการ และในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต และการช่วยเหลือจาก ผศ. ณรงค์ฤทธิ์ อัครเวียงพิภพ อาจารย์ประจำภาควิชาสถิติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติ รวมถึงองค์กรยูนิเซฟ (UNICEF) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

## ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้นิพนธ์ทุกคนไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกัน ระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวมและผลประโยชน์ส่วนตน ในบทความวิจัยฉบับนี้

## การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

นายรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล ทำหน้าที่ หัวหน้าโครงการวิจัย กำหนดหัวข้อ ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย ควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูลวิจัย วิเคราะห์ทางสถิติ แปลผลและเขียนบทความวิจัย และนางสาววิมลวรรณ ปัญญาว่อง ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่วิจัย ทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล เรียบเรียงเนื้อหา และตรวจสอบบทความด้วยภาษาไทยและอังกฤษ นอกจากนี้มีการใช้โปรแกรม Gemini ช่วยตรวจสอบคำผิด และปรับการอ้างอิงให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด

## เอกสารอ้างอิง

- Abernethy, M. (2015). Self-reports and observer reports as data generation methods: An assessment of issues of both methods. *Universal Journal of Psychology, 3*(1), 22-27. <https://doi.org/10.13189/ujp.2015.030104>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the aseba school-age forms & profiles (Vol. 4)*. University of Vermont.
- Al-Hendawi, M., Keller, C., & Cloninger, L. (2016). A psychometric analysis of the child behavior checklist for elementary school children in Qatar. *Assessment for Effective Intervention, 41*(4), 220-229. <https://doi.org/10.1177/1534508415626118>
- Berg, I., Lucas, C., & McGuire, R. (1992). Measurement of behavior difficulties in children using standard scales administered to mothers by computer: Reliability and validity. *European Child & Adolescent Psychiatry, 1*(1), 14-23.
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveira, E. F. (2013). Child behavior checklist (CBCL), youth self-report (YSR) and teacher's report form (TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública, 29*(1), 13-28. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100004>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Sage Publications.
- Bukhari, S. A. (2021). *Sample size determination using Krejcie and Morgan table*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11445.19687>
- Dedrick, R. F., Greenbaum, P. E., Friedman, R. M., & Wetherington, C. M. (1997). Testing the structure of the child behavior checklist/4-18 using confirmatory factor analysis. *Educational and Psychological Measurement, 57*(2), 306-313. <https://doi.org/10.1177/0013164497057002009>
- de la Roche, L., Derby, B., Pascoe, M., Susko, M., Lutchmeah, S., Jones, J., Georgiades, S., Nicolson, R., Anagnostou, E., & Kelley, E. (2024). Brief report: A confirmatory factor analysis of the child behavior checklist in a large sample of autistic youth. *Research in Autism Spectrum Disorders, 118*, Article 102487. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102487>
- Ekasawin, S., Phothisut, C., & Chomchuen, R. (2016). Validity of Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in child and adolescents-revised (T-DICA-R): Adolescent version. *Journal of Mental Health of Thailand, 24*(1), 29-39. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/74059> (in Thai).
- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review, 31*(1), 2-24. <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>
- Hartman, C. A., Hox, J., Auerbach, J., Erol, N., Fonseca, A. C., Mellenbergh, G. J., Nøvik, T. S.,

- Oosterlaan, J., Roussos, A. C., Shalev, R. S., Zilber, N., & Sergeant, J. A. (1999). Syndrome dimensions of the child behavior checklist and the teacher report form: A critical empirical evaluation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(7), 1095-1116.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bathiche, M., Bilenberg, N., Bird, H., Domuta, A., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A., Frigerio, A., Kanbayashi, Y., Lambert, M., Leung, P., Liu, X., Minaei, A., Roussos, A., & Verhulst, F. (2007). Testing the teacher's report form syndromes in 20 societies. *School Psychology Review, 36*(3), 468-483. <https://doi.org/10.1080/02796015.2007.12087934>
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Broberg, A. G., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Forns, M., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M. C., Leung, P., Minaei, A., Mulatu, M. S., Novik, T., ... Verhulst, F. C. (2007). The generalizability of the youth self-report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 729-738. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.5.729>
- Ivanova, M. Y., Dobrean, A., Dopfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A. C., Frigerio, A., Grietens, H., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M., Achenbach, T. M., Larsson, B., Leung, P., Liu, X., Minaei, A., Mulatu, M. S., Novik, T. S., Oh, K. J., ... Chen, W. J. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(3), 405-417. <https://doi.org/10.1080/15374410701444363>
- Manomaivong, V., Wannapaschaiyong, P., Sirisakpanit, S., Kantasorn, J., Tarugsa, J., Piyaphanee, N., & Chantaratin, S. (2023). Validity and reliability of a Thai behavioral and emotional screening tool for children with enuresis (TBEST-E). *Siriraj Medical Journal, 75*(9), 674-679. <https://doi.org/10.33192/smj.v75i9.264058>
- Marsh, H. W., Wen, Z., & Hau, K. T. (2004). Structural equation models of latent interactions: Evaluation of alternative estimation strategies and indicator construction. *Psychological Methods, 9*(3), 275-300. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.3.275>
- Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(3), 178-189. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9119-8>
- Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiragulwit, D., & Benyakorn, S. P. (2014). ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 59*(2), 97-110. <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/59-2/02-Nuttorn.pdf> (in Thai).
- Pornnoppadol, C., Ladawan na Ayudhay, S., Phoasavasdi, C., & Surapongphiwattana, T. (2017). Development of game addiction protection scale (GAME-P). *Journal of the*

- Psychiatric Association of Thailand*, 62(1), 3-16. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/81098> (in Thai).
- Santitadukul, R., Panyawong, W., & Dachpanyawat, S. (2018). The revised and reliability of the Thai child and adolescent behavior checklist (Thai youth checklist: TYC). *Thai Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 1-15. (in Thai).
- Suwanmaitree, S. (2016). The study of psychometric property and norm of Thai youth checklist: Self-report. *Rajanukul Institute Journal*, 31(1), 13-24. [https://rajanukul.go.th/new/\\_admin/download/5-6231-1505207796.pdf](https://rajanukul.go.th/new/_admin/download/5-6231-1505207796.pdf) (in Thai).
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74. [http://www.stats.ox.ac.uk/%7Eesnijders/mpr\\_Schermelleh.pdf](http://www.stats.ox.ac.uk/%7Eesnijders/mpr_Schermelleh.pdf)
- Seleem, M., Amer, R., Elhosary, M., Saada, S., Hamza, E., Elfert, Y., Abdo, S., Kabbash, I., & Achenbach, T. (2023). Psychometric properties and cross-cultural comparison of the Arabic version of the child behavior checklist (CBCL), youth self-report (YSR), and teacher's report form (TRF) in a sample of Egyptian children. *Middle East Current Psychiatry*, 30, Article 18. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00328-y>
- Suwanlert, S., & Sriphunphon, S. (1999). *Manual for the Thai youth checklist (TYC) 4th revised edition*. Chulalongkorn University Press. (in Thai).
- Tehrani-Doost, M., Shahrivar, Z., Pakbaz, B., Rezaie, A., & Ahmadi, F. (2011). Normative data and psychometric properties of the child behavior checklist and teacher rating form in an Iranian community sample. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(3), 331-342. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3446174/>
- Terada, P. (2018). Techniques for interpreting the results of factor analysis in research work. *Panyapiwat Journal*, 10(Special), 292-304. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pimjournal/article/view/137326> (in Thai).
- Tossapone, T., Sakesan, T., & Sompong, P. (2014). Efficiency of ML, WLSMV and Bayesian parameter estimation methods for non-normality ordered categorical data in difference condition: Case study of the first order confirmatory factor analysis. *Journal of Behavioral Science for Development*, 6(1), 1-17. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JBSD/article/view/16006> (in Thai).
- Wang, X., Xu, H., Yonghua, C., & Li, Y. (2024). Revisiting the 8-syndrome of the child behavior checklist (CBCL) in 67257 Chinese school students. *Critical Public Health*, 34(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/09581596.2024.2413504>
- Wattanasophon, J., Sriphunphon, S., Wuttipongworachoke, K., & Wichai, S. (1998). *Behavior problems of adolescents in Bangkok*. Rajanagarindra Institute of Child and Adolescent Mental Health. (in Thai).
- Weiss, B., Tram, J. M., Weisz, J. R., Rescorla, L., & Achenbach, T. M. (2009). Differential symptom expression and somatization in Thai versus U.S. children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 987-992. <https://doi.org/10.1037/a0016779>
- Weisz, J. R., Chaiyasit, W., Weiss, B., Eastman, K. L., & Jackson, E. W. (1995). A multimethod study of problem behavior among Thai and American children in school: Teacher reports versus direct observations. *Child Development*, 66(2), 402-415. <https://doi.org/10.2307/1131586>
- Weisz, J. R., Weiss, B., Suwanlert, S., & Chaiyasit, W. (2006). Culture and youth psychopathology:

Testing the syndromal sensitivity model in Thai and American adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1098-1107. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.6.1098>

## นิพนธ์ต้นฉบับ

### การพัฒนาบอร์ดเกมเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า: การศึกษาเบื้องต้น

ณัฐพร เพียรการ<sup>1</sup>, ลินณรีย์ บุญอ่อน<sup>1</sup>, สุรมณ เสริมสิริรัตน์<sup>1</sup>, ชนิกันต์ พันธุ์หล้า<sup>1</sup>,  
พนมพร พุ่มจันทร์<sup>2</sup>, เอื้ออนุช ถนอมวงษ์<sup>2</sup>, และสุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> นิสิตปริญญาตรี ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: suchada.sako@ku.th

วันที่รับบทความ: 20 พฤษภาคม 2568 | วันที่แก้ไขบทความ: 25 มิถุนายน 2568 | วันที่ตอบรับบทความ: 28 สิงหาคม 2568

## บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งพบได้บ่อยในสังคมไทย ความรู้ความเข้าใจในโรคซึมเศร้าจะช่วยให้บุคคลรับมือเมื่อต้องเผชิญกับภาวะดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น บอร์ดเกมเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

**วัตถุประสงค์** 1) เพื่อพัฒนาบอร์ดเกมต้นแบบส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า 2) เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น และ 3) เพื่อศึกษามุมมองและประสบการณ์ในการเล่นบอร์ดเกมของกลุ่มผู้เล่น

**วัสดุและวิธีการ** กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตปริญญาตรี จำนวน 22 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา** บอร์ดเกมต้นแบบ เวอร์ชัน 1.0 มีองค์ประกอบของเกมครบถ้วน มีการออกแบบที่คำนึงถึงประสบการณ์ การใช้สีหลากหลาย และความบันเทิง เนื้อหาของเกมครอบคลุมสาเหตุ อาการ และการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า มีการตรวจสอบประสิทธิผลของบอร์ดเกมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ อาสาสมัครมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสูงขึ้นหลังเล่นบอร์ดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาสาสมัครมีความคิดเห็นว่าบอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้นเป็นสื่อการเรียนรู้ที่สร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ ส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี ขณะเดียวกันอุปกรณ์การเล่นมีการออกแบบอย่างสวยงาม สร้างสรรค์ กลไกการเล่นมีความท้าทาย สนุกสนาน ทำให้รู้สึกชื่นชอบบอร์ดเกม และเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่ได้จากการเล่น

**สรุป** บอร์ดเกมฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า

**คำสำคัญ:** บอร์ดเกม, โรคซึมเศร้า, นิสิตปริญญาตรี

## Original Article

# The Development of a Board Game to Enhance Understanding of Depression: A Preliminary Study

Nutthaporn Phiankan<sup>1</sup>, Linnaree Boonon<sup>1</sup>, Suramon Sermsirirat<sup>1</sup>, Chanikarn Panlar<sup>1</sup>,  
Panomporn Phoomchan<sup>2</sup>, Uae-anut Tanomwong<sup>2</sup>, and Suchada Sakolkijrunroj<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Bachelor's degree student, Department of Psychology, Faculty of Social Science, Kasetsart University

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Science, Kasetsart University

\* Corresponding author, e-mail: suchada.sako@ku.th

Received: 20 May 2025 | Revised: 25 June 2025 | Accepted: 28 August 2025

## Abstract

Depression is a major mental health issue that is commonly found in Thai society. A clear understanding of depression can help individuals cope more effectively when faced with such conditions. Board games are one of the effective tools that can promote learning.

**Objectives:** This study aimed to 1) develop a prototype board game to enhance understanding of depression, 2) evaluate the effectiveness of the developed board game, and 3) explore players' perspectives and experiences of playing the game.

**Materials and methods:** The participants were 22 undergraduate students, selected through purposive sampling. The research instruments included a board game to enhance understanding of depression, a semi-structured interview, and a knowledge test on depression. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

**Results:** The results indicated that the prototype board game version 1.0 was well-designed, with complete game components, engaging experiences, multimedia elements, and entertainment value. The content of the game covered causes, symptoms, and treatments of depression. Expert evaluation confirmed its effectiveness. The participants showed a statistically significant increase in knowledge about depression after playing the board game at the .05 level. Participants expressed that the game was a creative and useful learning tool, effectively enhancing their understanding of depression. Moreover, the game components were aesthetically and creatively designed. The gameplay was described as fun, engaging, and challenging, fostering enjoyment and awareness of the game's educational value.

**Conclusion:** The developed board game can be effectively utilized to promote understanding of depression.

**Keywords:** Board Game, Depression, Undergraduate students

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งพบได้บ่อยในสังคมไทย กลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นตอนปลาย โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษาเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มักเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งในเรื่องการเรียน ความสัมพันธ์ การปรับตัวในสภาพแวดล้อมใหม่ รวมถึงแรงกดดันทางสังคมและครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิต และอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทยจากเว็บไซต์ตรวจเช็คสุขภาพใจ (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 13 พฤษภาคม 2568 ของผู้ตอบแบบประเมินที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 345,883 คน พบว่าผู้ตอบแบบประเมินมีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าถึง 101,156 คน คิดเป็นร้อยละ 29.25 และเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงถึง 68,948 คน คิดเป็นร้อยละ 19.93 ขณะที่ผู้ตอบแบบประเมินที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 1,045,666 คน พบว่าผู้ตอบแบบประเมินมีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าถึง 306,649 คน คิดเป็นร้อยละ 29.33 และเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงถึง 182,091 คน คิดเป็นร้อยละ 17.41 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงวัยอื่นพบว่าสองช่วงวัยดังกล่าว (ซึ่งเป็นช่วงวัยของกลุ่มนิสิตนักศึกษา) มีตัวเลขที่สูงกว่าวัยอื่น ๆ (Mental Health Check In, 2024) โครงการวิจัยการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้มีการเก็บรวบรวมจากนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวนทั้งสิ้น 9,050 ชุด จากมหาวิทยาลัยเครือข่ายทั่วประเทศ จำนวน 15 แห่ง จาก 5 ภูมิภาค โดยดำเนินโครงการตั้งแต่เดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนมกราคม 2566 พบว่านิสิตนักศึกษาเกือบร้อยละ 40 มีความเครียดอย่างมากกว่าร้อยละ 4 มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่บ่อยครั้งถึงตลอดเวลา สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 12 ที่ได้เคยลงมือทำร้ายร่างกายตนเองแล้ว โดยในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 1.30 ที่ได้ลงมืออยู่บ่อยครั้งถึงตลอดเวลา (Surapolchai, 2023) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนิสิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ

บางส่วนอาจไม่ได้เข้าถึงการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และความลังเลที่จะเปิดเผยหรือขอความช่วยเหลือ

การส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในกลุ่มนิสิตเป็นเรื่องสำคัญที่จะสามารถทำให้นิสิตตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณของภาวะซึมเศร้า เข้าใจกลไกของโรค ตลอดจนสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือที่เหมาะสมได้อย่างทันที่ อีกทั้งยังช่วยลดทัศนคติเชิงลบและการตีตราทางสังคมต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Respati et al., 2024) อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้โดยตรงแม้ช่วยให้เข้าถึงองค์ความรู้ได้อย่างรวดเร็ว แต่องค์ความรู้ที่นั้นมักเลือนหายไปได้ง่ายตามธรรมชาติของความจำ การนำสื่อสร้างสรรค์ที่มีการออกแบบที่น่าสนใจ และสามารถกระตุ้นการคิดและอารมณ์ มาใช้ในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจจึงเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยให้การเรียนรู้ดียิ่งขึ้น (Goldstein, 2019) บอร์ดเกมเป็นแนวทางหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการกระตุ้นและส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดี ดังผลการวิจัยเกี่ยวกับบอร์ดเกมที่พบว่าบอร์ดเกมมีส่วนช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ พัฒนาทักษะการรู้คิด ช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้าและกังวล ช่วยลดอาการของเด็กสมาธิสั้น ช่วยลดความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์ (Noda et al., 2019) เหตุผลที่ทำให้บอร์ดเกมสามารถช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดีหลากหลาย ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากรูปแบบกิจกรรมที่กระตุ้นการมีส่วนร่วม การสื่อสารระหว่างผู้เล่น ความสนุกสนานเพลิดเพลินที่เกิดขึ้นระหว่างการเล่นทำให้เปิดรับการเรียนรู้ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ บอร์ดเกมส่วนใหญ่ใช้การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง จึงสามารถออกแบบเกมได้หลายรูปแบบ รวมถึงสามารถเลือกใช้กลไกการเล่นให้เหมาะสมกับเนื้อหาความรู้ที่ต้องการถ่ายทอด เช่น การออกแบบบอร์ดเกมสำหรับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าสามารถออกแบบตัวละครให้ผู้เล่นเข้าไปสำรวจโลกในมุมมองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจนเกิดความเข้าใจในสาเหตุและอาการของโรคได้ นอกจากนี้อาจเพิ่มกลไกการเล่นที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงโดยกำหนดภารกิจการเล่นที่ทำทนายให้ผู้เล่นเลือกวิธีการหรือแนวทางการช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่าง

เหมาะสม จึงจะสามารถผ่านด่านหรือเก็บแต้มสำหรับการเป็นผู้ชนะของเกม (Plechawska-Wójcik & Rybka, 2015) ซึ่งประสบการณ์ที่ผู้เล่นได้จากการเล่นเกมสามารถถ่ายโอนไปยังสถานการณ์จริงในชีวิตของผู้เล่นตามหลักการแก้ปัญหาแบบอนุมานเชิงเปรียบเทียบ (analogy inference) ที่บุคคลสามารถถ่ายโอนประสบการณ์หนึ่งไปสู่อีกประสบการณ์หนึ่งที่มีความคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้เมื่อพบเจอเหตุการณ์ที่คล้ายกับประสบการณ์เดิมที่เกิดในการเล่นเกมนั้น ก็สามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญในชีวิตจริงได้ง่ายขึ้น (Goldstein, 2019)

แม้ว่าจะมีการใช้เกมเพื่อการศึกษาในหลายรูปแบบ (Noda et al., 2019; Eiamwilai & Sirawong, 2021; Nganlasom, 2021; Kiattisaksopon & Songsang, 2024) แต่ยังคงขาดสื่อที่ออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในกลุ่มนิสิตในบริบทของประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาต้นแบบบอร์ดเกมที่ประยุกต์เนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเข้ากับกระบวนการเรียนรู้ผ่านการเล่น โดยในส่วนของเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้านั้นในองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ร่วมกับข้อมูลด้านสาเหตุ รวมทั้งแนวทางการให้ความช่วยเหลือและการดูแลรักษา (Ruangtrakul, 2014; Bangkokbiznews, 2022) ส่วนการพัฒนาบอร์ดเกมใช้หลักการวิจัยการออกแบบ (design research) แบบ 3 ขั้นตอนเป็นแนวทางในการพัฒนาบอร์ดเกมในครั้งนี้ โดยเริ่มต้นจาก 1) การสำรวจและวิเคราะห์บริบทของปัญหา 2) การออกแบบและพัฒนาต้นแบบบอร์ดเกม และ 3) การประเมินและปรับปรุง (Wongwanich, 2023) ร่วมกับการคำนึงถึงองค์ประกอบของการออกแบบประสบการณ์เกม 9 ข้อ ได้แก่ 1) การตัดสินใจที่มีความหมาย (meaningful decision) 2) ความรู้สึกของการไปข้างหน้า (sense of progress) 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เล่น (player interaction) 4) เป้าหมายตามระยะในเกม (short term and long term goal) 5) จังหวะของเกม (dynamic and pacing) 6) ช่วงเวลาการเล่นที่พอดี (playtime sweet spot) 7) ภาระทางความคิด (cognitive load) 8) ช่วงเวลาที่สร้างความพึงพอใจ (satisfying moment) และ 9) จุดสูงสุดของอารมณ์

(peak point) (Thanomsab, 2025) เพื่อให้ผู้เล่นได้เรียนรู้ผ่านการสัมผัสประสบการณ์ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม พร้อมทั้งเสริมสร้างความเข้าใจในมิติที่หลากหลายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการรู้จักอาการ ปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกัน และการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า บอร์ดเกมนี้นี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้เล่นตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา แต่ยังส่งเสริมทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วย

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาบอร์ดเกมต้นแบบส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า
2. เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น
3. เพื่อศึกษามุมมองและประสบการณ์ในการเล่นบอร์ดเกมของกลุ่มผู้เล่น

## วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีการดำเนินการวิจัย 3 ส่วน ประกอบด้วย

### 1. การพัฒนาบอร์ดเกมต้นแบบส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า

บอร์ดเกมต้นแบบส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าพัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักการวิจัยการออกแบบ (Wongwanich, 2023) เป็นแนวทางในการพัฒนา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนดังนี้

- 1) ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่พบในนิสิตนักศึกษา
- 2) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า โดยบอร์ดเกมครั้งนี้ได้นำความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า สาเหตุของโรค รวมทั้งแนวทางการให้ความช่วยเหลือและการดูแลรักษา (Ruangtrakul, 2014; Bangkokbiznews, 2022) มาเป็นเนื้อหาหลักในการพัฒนาบอร์ดเกม
- 3) เลือกรูปแบบบอร์ดเกมที่เหมาะสมโดยพิจารณาจากผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านบอร์ดเกม

4) ออกแบบลักษณะของบอร์ดเกม โดย ออกแบบคู่มือ อุปกรณ์การเล่น และกลไกการเล่น โดย คำนึงถึงองค์ประกอบของการออกแบบประสบการณ์เกม 9 ข้อ ได้แก่ 1) การตัดสินใจที่มีความหมาย 2) ความรู้สึกของการไปข้างหน้า 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เล่น 4) เป้าหมายตามระยะในเกม 5) จังหวะของเกม 6) ช่วงเวลาการเล่นที่พอดี 7) ภาระทางความคิด 8) ช่วงเวลาที่สร้างความพึงพอใจ และ 9) จุดสูงสุดของอารมณ์ ตามแนวคิดของ Thanomsab (2025) จากนั้นจัดทำบอร์ดเกมฉบับร่าง ครั้งที่ 1 (เวอร์ชัน 0.1-ขาวดำ)

5) ทดลองเล่นบอร์ดเกมฉบับร่างครั้งที่ 1 โดย คณะผู้วิจัยและอาสาสมัครนิสิตปริญญาตรี 1 คน พบว่า ยังประสบปัญหาในเรื่องการดำเนินเกม รูปแบบการจัดพิมพ์เนื้อหาในการ์ด ความยากง่ายของการเล่น อุปกรณ์การเล่น และความยืดหยุ่นในการเล่น จึงปรับปรุงแก้ไขบอร์ดเกมฯ จากผลการทดลองเล่น และจัดทำบอร์ดเกมฉบับร่างครั้งที่ 2 (เวอร์ชัน 0.2-ขาวดำ)

6) ทดลองเล่นบอร์ดเกมฉบับร่างครั้งที่ 2 โดย คณะผู้วิจัยและอาสาสมัครนิสิตปริญญาตรี 5 คน พบว่า เกมจบเร็วกว่าที่กำหนด ทำให้ผู้เล่นขาดประสบการณ์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ครบถ้วนตามที่วางแผนไว้ นอกจากนี้ได้มีการทดลองนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าไปวัดก่อนและหลังการเล่น เกมซึ่งพบว่าคะแนนโดยภาพรวมไม่ต่างกัน อาจเนื่องมาจากองค์ความรู้ที่ได้จากการเล่นเกมยังไม่ครบถ้วนตามที่ออกแบบไว้ จึงปรับปรุงแก้ไขบอร์ดเกมฯ จากผลการทดลองเล่น และจัดทำบอร์ดเกมฉบับร่าง ครั้งที่ 3 (เวอร์ชัน 0.3-ขาวดำ)

7) ทดลองเล่นบอร์ดเกมฉบับร่างครั้งที่ 3 โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขบอร์ดเกมฯ ตาม ข้อเสนอแนะ และจัดทำบอร์ดเกมฯ ต้นแบบ เวอร์ชัน 1.0 (ฉบับสมบูรณ์ครั้งแรก-พิมพ์สี)

8) นำบอร์ดเกมต้นแบบ เวอร์ชัน 1.0 ไป ทดลองเล่นกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน

## 2. การตรวจสอบประสิทธิผลของบอร์ดเกม ส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบประสิทธิผลของบอร์ดเกมฯ ดำเนินการโดยนำบอร์ดเกมฉบับร่างครั้งที่ 3 เวอร์ชัน

0.3 เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน พิจารณาและ ทดลองเล่น จากนั้นจึงสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่สอบถามเกี่ยวกับความ คิดเห็น ความรู้สึกหลังจากได้เล่นบอร์ดเกมฯ สิ่ง ที่ประทับใจ สิ่งที่ต้องปรับปรุง การแนะนำต่อ รวมถึง ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยจัด ระเบียบข้อมูลการสัมภาษณ์ แล้วใช้วิธีการวิเคราะห์ เนื้อหา (content analysis) เพื่อหาข้อสรุปจากการ สัมภาษณ์

## 3. การศึกษามุมมองและประสบการณ์ในการเล่นบอร์ดเกมของกลุ่มผู้เล่น

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาได้มาจาก อาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมเล่นเกม จำนวน 22 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการวิจัยเชิงคุณภาพ (Barnett et al, 2018) และมีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดย อาสาสมัครต้องมีคุณลักษณะ ดังนี้

- 1) เป็นนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน ทุกชั้นปี
- 2) ต้องไม่ใช่นิสิตสาขาจิตวิทยาคลินิก
- 3) มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารและเข้าใจ ภาษาไทย
- 4) มีความสมัครใจ พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามุมมองและ ประสบการณ์ในการเล่นบอร์ดเกมของกลุ่มผู้เล่น ประกอบด้วย

1) บอร์ดเกมต้นแบบส่งเสริมความเข้าใจเรื่อง โรคซึมเศร้า เวอร์ชัน 1.0

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่สอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็น ความรู้สึกหลังจากได้ เล่นบอร์ดเกมฯ สิ่งที่น่าสนใจ สิ่งที่ต้องปรับปรุง การ แนะนำต่อ รวมถึงข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

3) แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เป็น แบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในรูปแบบคำถามแบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ซึ่งวัดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการดูแลรักษาโรค ซึมเศร้า (Ruangtrakul, 2014; Bangkokbiznews, 2022)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการทั้งหมด 5 รอบ รอบละ 3-5 คน ในแต่ละรอบจะเริ่มต้นจากการ

อธิบายเกมโดยผู้วิจัย จากนั้นจึงให้อาสาสมัครเล่นและดำเนินเกมด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะอยู่นอกวงการเล่น และมีหน้าที่สนับสนุน จนกระทั่งจบเกม ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์อาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครและคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบที ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเล่นต้นแบบบอร์ดเกม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาข้อสรุปที่ได้จากการวิจัย

## ผลการศึกษา

ผลการวิจัย จำแนกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

### 1. ผลการพัฒนาบอร์ดเกมต้นแบบส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า

บอร์ดเกมต้นแบบ เวอร์ชัน 1.0 (ฉบับสมบูรณ์ ครั้งแรก-พิมพ์สี) พัฒนาขึ้นโดยนำเนื้อหาหลักเกี่ยวกับอาการของโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า สาเหตุของโรค รวมทั้งแนวทางการให้ความช่วยเหลือและการดูแลรักษา (Ruangtrakul, 2014; Bangkokbiznews, 2022) มาพัฒนาบอร์ดเกม ส่วนกระบวนการพัฒนาบอร์ดเกมนั้นอาศัยแนวทางของการวิจัยออกแบบที่มี 3 ขั้นตอนสำคัญ คือ 1) การสำรวจและวิเคราะห์บริบทของปัญหา 2) การออกแบบและพัฒนาต้นแบบบอร์ดเกม และ 3) การประเมินและปรับปรุง (Wongwanich, 2023) ร่วมกับการคำนึงถึงองค์ประกอบของการออกแบบประสบการณ์เกม 9 ข้อ ได้แก่ 1) การตัดสินใจที่มีความหมาย 2) ความรู้สึกของการไปข้างหน้า 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เล่น 4) เป้าหมายตามระยะในเกม 5) จังหวะของเกม 6) ช่วงเวลาการเล่นที่พอดี 7) ภาระทางความคิด 8) ช่วงเวลาที่สร้างความพึงพอใจ และ 9) จุดสูงสุดของอารมณ์ (Thanomsub, 2025) โดยบอร์ดเกมนี้มีการดำเนินเกมผ่านตัวละครที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไป ผู้เล่นจะได้เห็นมุมมองประสบการณ์ที่ผู้ป่วยซึมเศร้าต้อง

เผชิญ อีกทั้งกลไกการเล่นยังสนับสนุนให้ผู้เล่นสังสรรค์ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าจากคำถามต่าง ๆ เพื่อนำแต้มคะแนนที่ได้ไปใช้แลกเปลี่ยนการจัดการกับอาการของตัวละครที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้เล่นได้เรียนรู้การป้องกันและจัดการกับอาการซึมเศร้า หลากหลายรูปแบบทั้งที่ทำได้โดยง่ายและที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ ตลอดการเล่น ผู้เล่นจะมีโอกาสในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้เล่นอื่น และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นท่ามกลางบรรยากาศของความสนุกสนาน ด้วยบรรยากาศและองค์ประกอบทั้งหมดจะช่วยให้ผู้เล่นมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น บอร์ดเกมต้นแบบมีรายละเอียด ดังนี้

1) คู่มือเกมบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า คำอธิบายพร้อมภาพประกอบ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเกม อุปกรณ์ เงื่อนไข การใช้อุปกรณ์ และวิธีการเล่น (การดำเนินเกม การนับคะแนน การแลกเปลี่ยนการ์ดรักษา การชนะเกม)

2) อุปกรณ์การเล่น ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การ์ดคำถาม 52 ใบ เป็นการ์ดที่แสดงคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า สาเหตุ และแนวทางป้องกัน ซึ่งพัฒนาขึ้นจากข้อมูลของ Ruangtrakul (2014) และ Bangkokbiznews (2022)

ส่วนที่ 2 การ์ดการรักษา 78 ใบ เป็นการ์ดที่ใช้สำหรับการทำภารกิจที่กำหนดให้ลุล่วง โดยมีการระบุจำนวนบล็อกไม้ที่ต้องใช้ในการแลกเปลี่ยนการ์ดรักษาแต่ละประเภท ดังนี้

1. การรักษาที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ต้องใช้ 5 บล็อกไม้ในการแลก ได้แก่ การพูดคุยกับใครสักคน การโทรหาสายด่วนสุขภาพจิต การทำแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า และการไปหาหน่วยงานที่ช่วยเหลือสุขภาพจิตใจ

2. การรักษาที่ต้องไปหาผู้เชี่ยวชาญต้องใช้ 10 บล็อกไม้ในการแลก ได้แก่ การพบจิตแพทย์ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การพูดคุยกับนักจิตวิทยา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด

3. การรักษาที่ต้องมีการนอนค้างที่โรงพยาบาลต้องใช้ 15 บล็อกไม้ในการแลก ได้แก่ การรักษาตัวที่โรงพยาบาล และการซื้อไฟฟ้า

ส่วนที่ 3 การ์ดตัวละคร 10 ใบ แบ่งเป็นระดับง่ายและยาก โดยแต่ละตัวละครจะมีการเล่าถึงการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และมีการระบุรายการ (check-list) สำหรับการรักษาอาการของตัวละคร ซึ่งมีจำนวนรายการแตกต่างกันไปตามความยากง่าย

ส่วนที่ 4 การ์ดชุมชน 5 ใบ สำหรับผู้เล่นที่ไม่เหลือบล็อกไม้ การ์ดนี้สามารถใช้ได้เพียงครั้งเดียวโดยผู้เล่นจะได้รับบล็อกไม้เพิ่ม 5 ก้อนและต้องหยุดเล่น 1 รอบ

ส่วนที่ 5 การ์ดจู่โจม (attack) 5 ใบ เป็นการ์ดอุปสรรคในการเล่นเกมเพื่อเพิ่มความท้าทายในการเล่น

ส่วนที่ 6 การ์ดโบนัส (bonus) 5 ใบ เป็นการ์ดเสริมแรงในการเล่นเกมเพื่อเพิ่มความสนุกสนานและจูงใจในการเล่น

ส่วนที่ 7 ป้ายถูกผิด 5 ป้าย ใช้ในการตอบคำถาม หากต้องการตอบว่า “ใช่” ให้หันด้านสีเขียวที่มีเครื่องหมายถูก แต่หากต้องการตอบว่า “ไม่ใช่” ให้หันด้านสีแดงที่มีเครื่องหมายกากบาทให้สมาชิกเห็น

ส่วนที่ 8 บล็อกไม้เล็ก 150 ก้อน ใช้เป็นแต้ม (point) ในการดำเนินเกม

ส่วนที่ 9 กล่องกระดาษใส่อุปกรณ์ทั้งหมด อุปกรณ์การเล่น แสดงดังรูปภาพ 1

รูปภาพ 1

ตัวอย่างอุปกรณ์บอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า





การ์ดสุขภาพจิต



ป้ายถูกผิด



บล็อกไม้เล็ก

3) กติกาและขั้นตอนการเล่น มีดังนี้

1. ก่อนเริ่มเล่นบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ผู้เล่นทุกคนหยิบอุปกรณ์การเล่นของตัวเอง ได้แก่ บล็อกไม้ 5 ก้อน ป้ายถูกผิด และการ์ดสุขภาพจิต 1 ใบ หลังจากนั้นดำเนินการดังนี้

2. ผู้เล่นสุมการ์ดตัวละครระดับง่ายและระดับยากอย่างละ 1 ใบ รวมแล้วผู้เล่นจะมีการ์ดตัวละครคนละ 2 ใบ จากนั้นให้ผู้เล่นอ่านและทำความเข้าใจเรื่องราวของตัวละครที่ตนได้รับ

3. กำหนดผู้เล่นคนแรก จากนั้นเล่นวนตามเข็มนาฬิกา

4. ผู้เล่นที่ถึงรอบการเล่นให้หยิบการ์ดจากกองการ์ดคำถามขึ้นมาครั้งละ 1 ใบ และอ่านคำถามเสียงดังฟังชัดให้ผู้เล่นคนอื่นฟัง โดยทุกคำถามให้ลงท้ายด้วยข้อความว่า “ใช่หรือไม่” (ผู้เล่นที่อ่านการ์ดต้องไม่ให้ผู้เล่นคนอื่นเห็นคำถามและเฉลย)

5. ผู้เล่นคนอื่นเมื่อฟังคำถามแล้ว ให้คิดคำตอบคือใช่หรือไม่ใช่ จากนั้นลงบล็อกไม้ตามความมั่นใจในคำตอบ โดยในแต่ละรอบลงได้สูงสุด 5 ก้อน และห้ามลงจนไม่มีบล็อกไม้เหลือ

6. เมื่อทุกคนลงบล็อกไม้เรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เล่นที่เป็นคนอ่านคำถามนับ 1...2...3 แล้วให้ผู้เล่นทุกคนชูป้ายคำตอบพร้อมกัน ถ้าตอบถูก ผู้เล่นจะได้บล็อกไม้ที่ลงไปคืนและได้รับบล็อกไม้เพิ่มจากกองกลางเท่ากับจำนวนบล็อกไม้ที่ลงไป แต่ถ้าตอบผิด ผู้เล่นจะเสียบล็อกไม้ที่ลงไป

7. เมื่อมีจำนวนบล็อกไม้เพียงพอ สามารถนำมาแลกการ์ดการรักษาได้ โดยสามารถแลกได้เฉพาะในรอบที่ตนเป็นผู้ถามเท่านั้น และการแลกการ์ดรักษาต้องเป็นไปตามลำดับที่กำหนดไว้ในการ์ดตัวละคร (ไล่จากบนลงล่าง) ผู้เล่นสามารถเลือกได้ว่าจะ

เก็บการ์ดการรักษาของตัวเองแล้วเสร็จทีละตัวละคร หรือเลือกเก็บควบคู่กันก็ได้

8. เกมจะดำเนินไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งกองการ์ดคำถามหมด

9. ผู้ชนะ คือ ผู้ที่มีผลรวมคะแนนภารกิจที่สำเร็จ (การเก็บการ์ดการรักษา) มากที่สุด โดยการัดรักษาที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ได้คะแนนภารกิจใบละ 1 คะแนน การัดรักษาที่ต้องไปหาผู้เชี่ยวชาญได้คะแนนภารกิจใบละ 2 คะแนน และการัดรักษาที่ต้องมีการนอนค้างที่โรงพยาบาลได้คะแนนภารกิจใบละ 3 คะแนน

10. ผู้ชนะ (กรณีพิเศษ) คือ ผู้เล่นที่สามารถเก็บการ์ดการรักษาได้ครบตามรายการที่กำหนดในการ์ดตัวละคร (ครบทั้งสองใบ) ก่อนเกมจบ จะถือเป็นผู้ชนะทันที

2. ผลการตรวจสอบประสิทธิผลของบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านหลังการเล่นบอร์ดเกมฯ สรุปได้ว่าบอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้นมีกลไกการเล่นที่ทำให้ได้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่ครอบคลุมทั้งในด้านอาการ สาเหตุ และการดูแลรักษา รวมทั้งทำให้เกิดความสนุกสนาน อย่างไรก็ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอให้มีการพัฒนารายละเอียดด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมดังนี้

1) อุปกรณ์ การ์ดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเกมควรเลือกใช้คำศัพท์ที่คนทั่วไปเข้าใจง่าย ใช้ตัวอักษรที่เห็นได้ชัดและเป็นรูปแบบเดียวกัน การ์ดตัวละครควรมีการแบ่งระดับของการ์ดตามช่วงวัย ควรมีการออกแบบการ์ดให้มีสีสันที่แตกต่างกันไปตามประเภทและระดับของการ์ด ปรับข้อความละเอียดอ่อนที่ปรากฏในการ์ด และจัดลำดับรายการการรักษาจากการรักษาเบื้องต้นไปสู่การรักษาที่ซับซ้อนขึ้น

2) กติกาการเล่น ควรสรุปกติกาการเล่นมาให้กระชับ เข้าใจง่าย ควรให้ผู้ดำเนินเกมหลัก 1 คนที่เป็นผู้ควบคุมเกม ควรให้ผู้เล่นมีโอกาสได้เล่นการ์ดคำถามจนครบทุกใบ เพื่อให้ผู้เล่นได้ความรู้ครบถ้วนจากการเล่นเกม ในส่วนของการเก็บการ์ดการรักษา ควรกำหนดให้ผู้เล่นทุกคนต้องเก็บการ์ดการรักษาให้ครบ เพื่อให้ท้ายที่สุดทุกคนสามารถไปถึงการรักษาที่ทำให้อาการดีขึ้น ซึ่งมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกระหว่างเล่น นอกจากนี้ควรเพิ่มเงื่อนไขในการใช้การ์ดสุขภาพชีวิต และอาจเพิ่มกลไกบางอย่างให้ผู้เล่นรู้สึกท้าทายมากยิ่งขึ้น

จากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงบอร์ดเกมฯ ดังนี้

1) อุปกรณ์ มีการปรับให้การ์ดตัวละคร เน้นเรื่องราวของกลุ่มนิสิตนักศึกษา เพิ่มแนวทางการรักษาที่สามารถทำเบื้องต้นได้ มีการเรียงลำดับความยากง่ายของการรักษา ปรับสี ตัวอักษร และปรับคำบรรยาย

2) กติกาการเล่น มีการปรับคำอธิบายต่าง ๆ ให้เข้าใจง่าย ปรับให้ผู้เล่นได้เล่นการ์ดคำถามจนหมดกอง

### ตาราง 1

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการเล่นต้นแบบบอร์ดเกมด้วยสถิติทดสอบ ( $n = 22$ )

การทดสอบ	M	SD	t	p-value
คะแนนหลังเล่นบอร์ดเกมฯ	16.91	1.38	4.446*	<.001
คะแนนก่อนเล่นบอร์ดเกมฯ	18.00	1.35		

\* $p < .001$

จากตาราง 1 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของอาสาสมัคร ก่อนเล่นต้นแบบบอร์ดเกมฯ สูงกว่าหลังเล่นต้นแบบบอร์ดเกมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 4.446, p\text{-value} < .001$ ) โดยภาพรวมหลังเล่นบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้ากลุ่มอาสาสมัครมีคะแนนเพิ่มขึ้น จากค่าเฉลี่ยคะแนน 16.91 คะแนน (SD = 1.38) เป็น 18.00 คะแนน (SD = 1.35)

จากการสัมภาษณ์มุมมองและประสบการณ์ในการเล่นบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าของอาสาสมัคร สามารถสรุปเป็นประเด็นย่อยได้ ดังนี้

1) ความคิดเห็นหลังจากได้เล่นบอร์ดเกมฯ สรุปได้ว่า ผู้เล่นส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค

### 3. ผลการศึกษามุมมองและประสบการณ์ในการเล่นบอร์ดเกมของกลุ่มผู้เล่น

อาสาสมัครที่ทดลองเล่นต้นแบบบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า เวอร์ชัน 1.0 เป็นนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 22 คน เป็นเพศชาย 10 คน (ร้อยละ 45.45) และเพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 54.55) อาสาสมัครที่เข้าร่วมเล่นเกมมีการกระจายตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-5 โดยนิสิตชั้นปีที่ 4 เข้าร่วมมากที่สุด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 45.45) และมีนิสิตจากหลากหลายคณะเข้าร่วม ได้แก่ คณะสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ และคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ โดยเป็นนิสิตคณะสังคมศาสตร์มากที่สุด จำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.09)

ผลการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของอาสาสมัคร แสดงดังตาราง 1

ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ทั้งในเรื่องของสาเหตุ อาการ และการป้องกัน อีกทั้งบอร์ดเกมยังสร้างความสนุกสนานให้กับผู้เล่น มีกติกาการเล่นที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เป็นสื่อในการเรียนรู้ที่ดี และกระตุ้นให้เกิดการสร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน

2) ความรู้สึกหลังจากได้เล่นบอร์ดเกมฯ สรุปได้ว่า ผู้เล่นส่วนใหญ่ชื่นชอบบอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้น เพราะการออกแบบที่สวยงาม มีความคิดสร้างสรรค์ แทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้อย่างดี ขึ้นขอบเขตการเล่นเกมที่ทำได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกคนอื่นระหว่างการเล่น

3) ความประทับใจหลังจากได้เล่นบอร์ดเกมฯ สรุปได้ว่า ผู้เล่นประทับใจในด้านของการได้รับเนื้อหา

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าหลังจากการเล่นบอร์ดเกม เนื่องจากความรู้ในบอร์ดเกมสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้และ/หรือทำให้ผู้เล่นเกิดความเข้าใจในโรคซึมเศร้ามากขึ้น และประทับใจในด้านของความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบบอร์ดเกมให้ออกมาไม่น่าเบื่อ เข้าใจง่าย ส่งผลให้ผู้เล่นสามารถเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

4) สิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อให้บอร์ดเกมฯ ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การปรับกลไกการเล่นให้ใช้ระยะเวลาในการเล่นลดลง ปรับเรื่องราวของตัวละครให้กระชับมากขึ้น เพิ่มกลไกเกมให้มีความหลากหลายและท้าทายมากขึ้น เพิ่มการ์ดโบนัสและการ์ดจุดใจม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อความและตัวเลข รวมทั้งควรปรับรายละเอียดกติกาเพิ่มเติม

5) การแนะนำบอร์ดเกมฯ ให้กับบุคคลอื่นพบว่า ผู้เล่นส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะแนะนำบอร์ดเกมฯ นี้ให้กับผู้อื่นได้เล่น เนื่องจากบอร์ดเกมฯ นี้ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่เป็นประโยชน์ มีความสนุกสนาน และทำให้สามารถตระหนักถึงความสำคัญของโรคซึมเศร้า

## วิจารณ์

การพัฒนาบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าในครั้งนี้ นำเสนอประเด็นในการอภิปราย 3 ประเด็น ดังนี้

### 1. การพัฒนาบอร์ดเกมต้นแบบส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า

บอร์ดเกมต้นแบบส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า เวอร์ชัน 1.0 จัดเป็นเกมเพื่อการเรียนรู้ (serious game) เนื่องจากบอร์ดเกมนี้มีการออกแบบโดยมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในเรื่องโรคซึมเศร้า เกมมีโครงสร้างเกมแบบเต็มรูปแบบ ทั้งเนื้อเรื่อง เป้าหมาย กติกา และการโต้ตอบอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ผ่านการเล่นเกมโดยตรง นอกจากนี้ บอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้นยังมีองค์ประกอบที่สำคัญของเกมเพื่อการเรียนรู้ครบถ้วน ได้แก่ 1) ด้านประสบการณ์ ผู้เล่นได้สัมผัสกับตัวละครที่อิงสถานการณ์ที่พบได้จริงในผู้ที่มี

ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากตัวละครสร้างขึ้นจากลักษณะของผู้ป่วยและอาการของโรคที่พบได้บ่อยตามที่ปรากฏในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Ruangtrakul, 2014) รวมทั้งยังมีส่วนของการจัดการรักษาที่นำแนวทางในการดูแลจัดการเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับที่ดูแลจัดการได้ด้วยตนเองไปจนถึงระดับที่ต้องไปโรงพยาบาลมาสร้างเป็นภารกิจ โดยหวังให้องค์ความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้แทรกซึมไปสู่ผู้เล่น และเมื่อผู้เล่นต้องเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตหรือมีคนใกล้ชิดต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ผู้เล่นอาจจะตระหนักและนึกถึงวิธีการดูแลจัดการได้ง่ายยิ่งขึ้น 2) ในด้านความบันเทิง บอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าออกแบบกลไกของเกมให้มีความท้าทาย สนุกสนาน มีการออกแบบให้ผู้เล่นได้ฝ่าฟันและเอาชนะภารกิจที่กำหนดท่ามกลางอุปสรรค (การ์ดจุดใจม) และความโชคไม่ดี (การ์ดโบนัส) ที่คาดไม่ถึง จึงมีส่วนช่วยสร้างสีสันระหว่างการเล่นได้อย่างมาก และ 3) การใช้สื่อที่หลากหลาย อุปกรณ์ที่ใช้ในการเล่นประกอบด้วยการ์ดหลากหลายประเภท ทั้งในส่วนที่เป็นการ์ดตัวละคร การ์ดคำถาม การ์ดการรักษา การ์ดสุขภาพ การ์ดโบนัส การ์ดจุดใจม รวมถึงอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ช่วยสนับสนุนการเล่น เช่น บล็อกไม้ ป้ายถูกผิด นอกจากนี้กลไกการเล่นเกมก็มีกิจกรรมที่ต้องทำหลากหลายแบบ เช่น การตอบคำถาม การแลกเปลี่ยนการ์ด การตัดสินใจ อุปกรณ์และกลไกการเล่นเหล่านี้ล้วนทำหน้าที่เป็นสื่อทางสายตา เสียง การเคลื่อนไหวที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เล่น (Laamarti et al., 2014) ด้วยคุณลักษณะและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่กล่าวมาจึงทำให้บอร์ดเกมต้นแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า

### 2. การตรวจสอบประสิทธิผลของบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า

การตรวจสอบประสิทธิผลของบอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้นดำเนินการโดยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน พิจารณาและทดลองเล่น จากนั้นให้ข้อมูลป้อนกลับในเชิงคุณภาพ เพื่อให้เห็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งในภาพรวมผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเกมทำให้ผู้เล่นได้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอย่างครอบคลุมทั้ง

ในด้านอาการ สาเหตุ และการดูแลรักษา หากผู้เล่นได้เล่นเกมหมดทั้งกองคำถาม จึงได้เสนอให้ปรับกลไกการเล่นโดยให้จบเกมเมื่อกองคำถามหมด รวมทั้งเสนอให้มีการปรับปรุงและกติกาอื่น ๆ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น การตรวจสอบประสิทธิผลของบอร์ดเกมมีหลากหลายวิธี วิธีการที่นิยมอย่างหนึ่ง คือ การเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ดังงานวิจัยของ Noksakul and Srijongjai (2024) ซึ่งพัฒนาบอร์ดเกมเรื่อง Going to the Movies เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โดยในการศึกษามีการนำบอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของบอร์ดเกมกับจุดประสงค์การเรียนรู้และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์และบอร์ดเกม จากนั้นจึงปรับปรุงตามคำแนะนำต่อไป เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kiattisaksopon and Songsang (2024) ซึ่งพัฒนาบอร์ดเกมการศึกษาความจริงเสริมสำหรับการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน เรื่องโปรแกรม Scratch ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเครื่องมือ และปรับปรุงผ่านการประเมินคุณภาพด้วยแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น จากนั้นนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามรายการประเมินต่าง ๆ เช่น ความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหา ความเหมาะสมของรูปแบบการนำเสนอ ความน่าสนใจของบอร์ดเกม เป็นต้น ขณะที่ Nganlasom (2021) ซึ่งพัฒนาบอร์ดเกมเพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้และเจตคติต่อการเรียนวรรณคดีไทยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและด้านสื่อ ด้านละ 3 คน ประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของบอร์ดเกมต้นแบบ ด้วยแบบประเมินคุณภาพบอร์ดเกม ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบเกม กลไกของเกม วัสดุและอุปกรณ์ การออกแบบกราฟิก และด้านอื่น ๆ จากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จะเห็นได้ว่าแม้ว่ารูปแบบการประเมินของงานวิจัยแต่ละฉบับจะแตกต่างกันไปเล็กน้อย แต่สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่งานวิจัยทุกฉบับมีร่วมกัน คือ การนำข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิไปใช้ในการพัฒนาบอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ที่มีการพัฒนาบอร์ดเกมต้นแบบ เวอร์ชัน

1.0 จากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างไรก็ตามก็ดี ด้วยบริบทและข้อจำกัดของงานวิจัยในเรื่องระยะเวลาและขอบเขตของการวิจัย ข้อเสนอแนะบางประการยังไม่สามารถดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในการวิจัยครั้งนี้ได้ เช่น การเสนอให้มีการจัดทำบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายที่มีช่วงวัยแตกต่างกัน เช่น กลุ่มนักเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มสูงอายุ แต่ข้อเสนอแนะเหล่านี้ล้วนเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัยในอนาคตต่อไป

### 3. มุมมองและประสบการณ์ในการเล่นบอร์ดเกมของกลุ่มผู้เล่น

การศึกษามุมมองและประสบการณ์ของผู้เล่นบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ดำเนินการสองส่วน คือ การทดสอบความรู้ก่อนและหลังการเล่นบอร์ดเกมฯ และการสัมภาษณ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ในส่วนของความรู้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้แบบทดสอบความรู้ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 20 ข้อ วัตถุประสงค์เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า โดยข้อคำถามที่ใช้เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เช่นเดียวกับงานวิจัยอื่นที่นิยมใช้ข้อคำถามหลายตัวเลือกในการวัดความรู้ และมีจำนวนข้อคำถามในแบบทดสอบอยู่ระหว่าง 20-60 ข้อ เมื่อพิจารณาผลการวัดความรู้จะเห็นว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าหลังเล่นต้นแบบบอร์ดเกมฯ ของอาสาสมัครสูงกว่าก่อนเล่นต้นแบบบอร์ดเกมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าต้นแบบบอร์ดเกมฯ สามารถช่วยส่งเสริมผู้เล่นให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาบอร์ดเกมการเรียนรู้และมีการทดสอบความรู้ของผู้เล่นหลังเล่นบอร์ดเกมและพบว่าผู้เล่นส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเล่น (Nganlasom, 2021; Phisut et al., 2023; Kiattisaksopon & Songsang, 2024; Noksakul & Srijongjai, 2024)

ในส่วนของประสบการณ์พบว่าผู้เล่นส่วนใหญ่ชื่นชอบบอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้น มีความคิดเห็นว่าบอร์ดเกมเป็นสื่อการเรียนรู้ที่สร้างสรรค์ มีประโยชน์ ทำให้มี

ความเข้าใจในโรคซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็รู้สึกสนุกสนาน ทั้งต่อการเล่น และการได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เล่น ซึ่งตรงกับที่ Schell (2008) ได้ระบุว่า เกมสามารถเปลี่ยนแปลงผู้เล่นในหลากหลายแง่มุม ทั้งให้ส่วนของการส่งเสริมผู้เล่นให้รู้สึกสบายใจขึ้น ทำให้ได้มุมมองที่หลากหลาย เสริมสร้างความมั่นใจ ผ่อนคลาย ทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างกัน และเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการเรียนรู้ ผลการวิจัยหลายฉบับรวมทั้งผลจากงานวิจัยนี้จึงพบว่าบอร์ดเกมช่วยในการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี ดังเช่นงานวิจัยของ Nganlasom (2021) พบว่าบอร์ดเกมวรรณคดีไทย เรื่อง นิราศภูเขาทอง ที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างเจตคติด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านอารมณ์และความรู้สึก และด้านพฤติกรรมให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Phisut et al. (2023) ที่พบว่า บอร์ดเกมเพื่อการเรียนรู้ เรื่อง การผันคำกริยา รูป ๓ (te form) ในภาษาญี่ปุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้ ผู้เล่นมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ด้วยบอร์ดเกม นอกจากนี้ งานวิจัยของ Kiattisaksopon and Songsang (2024) พบว่าผู้เล่นบอร์ดเกมการศึกษาความจริงเสริมสำหรับการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน เรื่อง โปรแกรม Scratch ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนเล่น ผู้เล่นรู้สึกพึงพอใจในระดับสูงและมีความคิดเห็นว่าเป็นบอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้นมีความน่าสนใจและดึงดูด ทำให้รู้สึกสนุกในการเรียน และรู้สึกว่าได้ความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปในแนวทางเดียวกับ Noksakul and Srijongjai (2024) ที่พบว่าบอร์ดเกมเรื่อง Going to the Movies ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้ ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ผู้เล่นมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษสูงกว่าก่อนเล่น รวมทั้งมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเพราะช่วยให้เข้าใจคำศัพท์เพิ่มขึ้น

## สรุป

การพัฒนาบอร์ดเกมเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าในครั้งนี้ได้ผลิตเป็นบอร์ดเกมต้นแบบ เวอร์ชัน 1.0 ที่มีองค์ประกอบของเกมครบถ้วน เกมมีการออกแบบคำนึงถึงประสบการณ์การเรียนรู้ ใช้สื่อที่หลากหลาย รวมทั้งสามารถสร้างความบันเทิงให้กับผู้เล่น โดยเนื้อหาของเกมครอบคลุมสาเหตุ อาการ และการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ขณะเดียวกันอาสาสมัครที่ได้เล่นบอร์ดเกมฯ มีความคิดเห็นว่าเป็นเกมที่พัฒนาขึ้นเป็นสื่อการเรียนรู้ที่สร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ ส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี ขณะเดียวกันอุปกรณ์การเล่นมีการออกแบบอย่างสวยงาม สร้างสรรค์ กลไกการเล่นมีความท้าทาย สนุกสนาน ทำให้รู้สึกชื่นชอบบอร์ดเกม และเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่ได้จากการเล่น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือส่งเสริมความเข้าใจโรคหรือภาวะทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม โรคแพนิค โรคเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ หรือในการส่งเสริมทักษะความรู้อื่น ๆ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคคลทั่วไปที่สามารถเข้าถึงองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ได้ในรูปแบบที่ผ่อนคลาย สนุกสนานแต่มีประสิทธิภาพในการเรียนรู้
2. บอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าสามารถนำไปใช้ในกลุ่มนิสิต เพื่อส่งเสริมให้นิสิตมีความรู้ความเข้าใจในองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเล่นบอร์ดเกมไปใช้กับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทดลองเล่นบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นนี้ในกลุ่มอาสาสมัครที่มีความหลากหลายมากขึ้น รวมทั้งควรมีการ

ตรวจสอบประสิทธิผลของการเล่นด้วยวิธีการอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม การสำรวจความพึงพอใจของผู้เล่น เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาผลของการเล่นบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งที่พัฒนาขึ้นในระยะเวลา รวมทั้งอาจมีการเปรียบเทียบการเล่นครั้งเดียวกับการเล่นมากกว่าหนึ่งครั้ง เพื่อค้นหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

3. ควรมีการพัฒนาบอร์ดเกมส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งในกลุ่มช่วงวัยที่แตกต่างกันไป โดยปรับการ์ดตัวละครให้เหมาะสมกับช่วงวัย รวมถึงนำบอร์ดเกมที่ปรับปรุงใหม่ไปทดลองเล่นในกลุ่มวัยนั้น ๆ

## ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้นิพนธ์ขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ เกี่ยวกับการตีพิมพ์บทความนี้

## การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ผู้นิพนธ์ลำดับที่ 1-4 รับผิดชอบในการออกแบบการวิจัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล ผู้นิพนธ์ลำดับที่ 5-6 มีหน้าที่ให้คำแนะนำ ตรวจสอบความถูกต้องตลอดกระบวนการวิจัย ผู้นิพนธ์ลำดับที่ 7 ร่วมออกแบบการวิจัย ให้คำแนะนำ และเขียนบทความต้นฉบับ โดยผู้นิพนธ์ทุกท่านได้ตรวจสอบและให้ความเห็นชอบบทความฉบับสุดท้ายก่อนการตีพิมพ์

## เอกสารอ้างอิง

Barnett, J., Thorpe, S., & Young, T. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Medical Research Methodology*, 18(148), 1-18. <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0594>

7Bangkokbiznews. (2023, January 18th). *Check these 9 signs of depression: when does it become a depressive disorder?*. Department of Mental Health. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31458> (in Thai).

Eiamwilai, W., & Sirawong, N. (2021). The development of board game based on critical thinking to enhanced digital citizenship of seventh grade students. *Journal of Education Research Faculty of Education, Srinakharinwirot University*, 16(1), 70-87. (in Thai).

Goldstein, E. B. (2019). *Cognitive psychology: Connecting mind, research, and everyday experience* (5th ed.). Cengage.

Kiattisaksopon, N. & Songsang, N. (2024). The development of an augmented reality educational board game for game-based learning on the topic of the scratch program for 4th-grade elementary school students. *Journal of Science and Technology, Southeast Bangkok University*, 4(2), 191-208. (in Thai).

Laamarti, F., Eid, M., & El Saddik, A. (2014). An overview of serious games. *International Journal of Computer Games Technology*, 2014, Article ID 358152. <https://doi.org/10.1155/2014/358152>

Mental Health Check In. (2024, May 17th). *Mental health assessment data*. <https://checkin.dmh.go.th/dashboards> (in Thai).

Nganlasom, P. (2021). Development on a board game to enhance learning development and attitude toward thai literature of seventh grade students. *Journal of Political Science Mahamakut Buddhist University*, 1(1), 24-40. (in Thai).

Noda, S., Shiotsuki, K. & Nakao, M. (2019). The effectiveness of intervention with board games: A systematic review. *BioPsychoSocial Med*, 13,

- 1-21. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0164-1>
- Noksakul, P., & Srijongjai, A. (2024). Creating the “Going to the Movies” board game for enhancing English vocabulary learning among 4th grade students. *Rajabhat Rambhai Barni Research Journal*, 18(1), 16-26. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/RRBR/article/view/272061/181807> (in Thai).
- Phisut, O., Thoatho, S., & Na Ranong, S. (2023). The development of board games for learning based on conjugation of the verb -te- form to improve the Japanese language achievement of Mathayom Suksa 5 students. *Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation*, 12(1), 1-12. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/ubonreseva/article/download/259947/177483/1027559> (in Thai).
- Plechawska-Wójcik, M., & Rybka, J. (2015). A serious game raising awareness and experience of depression. In L. G. Chova, A. L. Martinez, & I. C. Torres (Eds.), *Proceedings of the 9th International Technology, Education and Development Conference (INTED)* (pp. 1437-1444). <https://library.iated.org/view/PLECHAWSKAWOJCIK2015ASE>.
- Respati, T., Feriandi, Y., Frederico, R., Nugroho, E., Pardosi, J., & Withall, A. (2024). Efficacy of a mental health game-board intervention for adolescents in remote areas: Reducing stigma and encouraging peer engagement. *Open Public Health Journal*, 17, Article e18749445310785. <https://doi.org/10.2174/0118749445310785240603045859>
- Ruangtrakul, S. (2014). *Textbook of psychiatry* (10th ed.). Ruenkaew Printing. (in Thai).
- Schell, J. (2008). *The art of game design: A book of lenses*. Morgan Kaufmann.
- Surapolchai, P. (2023). The survey of university student’s health behavior. Thai Health Promotion Foundation. <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/87a526d4-e2b0-ed11-80fd-00155d1aab66?isSuccess=False> (in Thai).
- Thanomsub, V. (2025). *Board game designer 000: becoming a board game designer for little creators*. Amarin Corporations. (in Thai).
- Wongwanich, S. (2023). *Research on educational design* (3rd ed.) Chulalongkorn University Press. (in Thai).

## บทความฟื้นฟูวิชาการ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดภูเก็ต

ภาสกร คุ่มศิริ<sup>1\*</sup>, เจริญ วุฒิชญา<sup>2</sup>, ทยากร คັນธิวิวัฒน์<sup>3</sup>

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

<sup>3</sup> นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: Passakorn.koomsiri@gmail.com

วันที่รับบทความ: 7 เมษายน 2568 | วันที่แก้ไขบทความ: 6 พฤษภาคม 2568 | วันตอบรับบทความ: 29 สิงหาคม 2568

### บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีจิตวิทยาและแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต เนื้อหาในบทความได้สังเคราะห์ข้อมูลเชิงวิชาการและประสบการณ์ภาคปฏิบัติ เพื่อนำเสนอเป็นข้อสรุปในสองประเด็นหลัก ได้แก่ (1) นำเสนอความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และ (2) เสนอแนะมาตรการเชิงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ข้อสรุปจากองค์ความรู้ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการของทีมนสหวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในระบบการเฝ้าระวัง การติดตามกำกับ และการให้การดูแลในสถานการณ์วิกฤตด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ การมีช่องทางการสื่อสารและการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** แนวทางการดูแล, จังหวัดภูเก็ต, ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง, ความรุนแรง

## Review Article

### Guidelines for the Service of Serious Mental Illness and Substance Abuse with High Risk to Violence in Phuket Province

Passakorn Koomsiri<sup>1</sup>, Jirati Wuttichan<sup>2</sup>, Tayakorn Khantivivorn<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Public Health Technical Officer, Professional Level, Phuket Provincial Public Health Office

<sup>2</sup> Registered Nurse, Professional Level, Phuket Provincial Public Health Office

<sup>3</sup> Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Phuket Provincial Public Health Office

\* Corresponding author, e-mail: Passakorn.koomsiri@gmail.com

Received: 7 April 2025 | Revised: 6 May 2025 | Accepted: 29 August 2025

---

#### Abstract

This article aims to compile and present knowledge concerning the care of individuals with psychiatric disorders and substance use who are at high risk of engaging in violent behavior. The focus is placed on applying psychological theories and care approaches within the specific context of Phuket Province. The content synthesizes both academic knowledge and practical field experiences and is organized into two main areas: (1) presenting essential knowledge related to individuals with psychiatric disorders and substance use who are at high risk of engaging in violent behavior, and (2) providing practical recommendations for managing and caring for this target group in the Phuket context. Findings from the review indicate that effective implementation requires the integration of multidisciplinary teams and active engagement of local stakeholders and community networks. Particularly, raising awareness, fostering understanding, and strengthening community capacity are critical components in surveillance systems, crisis response, and the delivery of mental health services. Additionally, the establishment of clear communication and coordination channels among involved agencies plays a vital role in enhancing the long-term effectiveness and sustainability of care systems for this high-risk population.

**Keywords:** Guidelines, Phuket Province, Serious mental illness and substance abuse, Violence

## บทนำ

ปัจจุบันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ปรากฏเป็นภาพข่าวที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นการกระทำรุนแรงทั้งทางกาย วาจา ทำร้ายผู้อื่น หรือทรัพย์สินส่วนหนึ่งอาจมาจากเงื่อนไขด้านสุขภาพจิตหรือภาวะทางจิตใจบางประการของผู้กระทำการ (Panyayong et al., 2018a; Panyayong et al., 2018b) การศึกษาของ Chitsawang et al. (2023) ทำการศึกษาปัญหาการใช้ความรุนแรงในสังคมไทยที่สำคัญพบว่าเป็นเรื่องของการฆ่าตัวตาย ความรุนแรงในครอบครัว เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ อาชญากรรม ซึ่งสาเหตุมาจากการถ่ายทอดพฤติกรรมและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่กระตุ้นความรุนแรง จากรายงานของกรมสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก ร้อยละ 43.22 เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20-F29) รองลงมา ร้อยละ 30.36 เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) และต่อมา ร้อยละ 17.34 เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Department of Mental Health, 2020) ซึ่งการมีประวัติโรคทางด้านจิตเวชหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การกำเริบซ้ำ หรือการขาดการควบคุมตัวกระตุ้นต่าง ๆ ย่อมนำมาสู่แนวโน้มการกระทำ ความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นได้

สำหรับนิยามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ผู้เขียนอ้างอิงตามกรมสุขภาพจิต ซึ่งให้ความหมายว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเวช รวมถึงผู้ป่วยสารเสพติดที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งความเจ็บป่วยนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ โดยจำเป็นต้องติดตามดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ (Department of Mental Health, 2020) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่ม SMI-V1 ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) กลุ่ม SMI-V2 ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุ

รุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน 3) กลุ่ม SMI-V3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่ม SMI-V4 มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชืด วางเพลิง) (Department of Mental Health, 2020)

ทั้งนี้ สถิติผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของจังหวัดภูเก็ต จากการสำรวจในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2568 (ข้อมูล ณ วันที่ 5 มีนาคม 2568) พบว่ามีประชากรฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.94 ต่อแสนประชากร (Phuket Provincial Public Health Office, 2025a) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพพบว่าอยู่ที่ร้อยละ 92.31 อย่างไรก็ตาม ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำไตรมาสแรกเท่ากับ 80.30 (Phuket Provincial Public Health Office, 2025b) (เกณฑ์ตรวจราชการในระยะเวลา 6-12 เดือน  $\geq 85$ ) จะเห็นได้ว่าตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567 ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงยังไม่ได้รับการติดตามให้เข้าถึงบริการตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อหาหรือของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงรุนแรงโดยบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัด โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลัก กอปรกับจังหวัดภูเก็ตยังไม่ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงระดับพื้นที่ที่เป็นปัจจุบัน

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต นำโดยกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด จึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำเสนอบทความฟื้นฟูวิชาการนี้ โดยมีความมุ่งหมายเพื่อ 1) นำเสนอความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และ 2) เสนอแนะมาตรการเชิงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการ

รวบรวมองค์ความรู้จะเป็นประโยชน์ในการทำงาน เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบที่จะสร้างความเสียหายให้กับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคมเป็นลำดับไป

## เนื้อหา

จากการทบทวนวรรณกรรมในฐานข้อมูลวิชาการ ได้แก่ Google Scholar, Thai Digital Collection (TDC) และ Thai Journal Online (ThaiJO) มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรไทยทุกกลุ่มวัยและทุกช่วงอายุ ทำการสืบค้นเอกสารในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2558 โดยใช้คำค้นหาภาษาไทย ได้แก่ จิตเวช ก่อความรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง จิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง การทำร้ายตนเอง และผู้อื่น การกระทำความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น คำค้นหาภาษาอังกฤษ ได้แก่ SMIV, serious mental illness and substance abuse with high risk to violence and Thai ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวนำไปสู่ข้อสรุปเกี่ยวกับลักษณะและประเด็นสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดังนี้

- 1) แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับ SMI-V
- 2) การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V
- 3) บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V
- 4) เครื่องมือที่เกี่ยวข้องการประเมิน SMI-V
- 5) ข้อเสนอแนะมาตรการเชิงปฏิบัติ

## 1. แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับ SMI-V

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทางทฤษฎีจิตวิทยา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

**แนวคิดแรก** เป็นแนวคิดที่ปัจจุบันยังถูกกล่าวถึงและใช้ในการอธิบายพฤติกรรมในอดีตนั้นคือ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Sigmund Freud's psychoanalytic theory) ของ Sigmund Freud เชื่อว่าการเลี้ยงดูในช่วงวัยแรกของชีวิตมีผลต่อการพัฒนาการทางจิตใจและเพศ (psychosexual stages of development) ซึ่งเพศในที่นี้ หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นบริเวณระบบประสาทในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่กำลังพัฒนา เช่น ปาก ทวารหนัก อวัยวะเพศ ถ้าพัฒนาการถูกติดขัด (fixation) ในขั้นนั้น ๆ จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ เช่น ข้นปาก ทำให้เกิดการใช้สารเสพติด ความก้าวร้าว ข้นทวารหนัก ทำให้เกิดความย้ำคิดย้ำทำ เข้าระเบียบ/ไร้ระเบียบ ยึดติด ข้นอวัยวะเพศ ความรู้สึกบกพร่อง การมีปมด้อย ความเกลียด/กลัว ซึ่งพัฒนาในช่วงต้น ๆ จะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการทางจิตใจหรือตัวตนของบุคคล (ego) ซึ่งตัวตนที่อ่อนแอ (ego weak) ไม่สามารถประสานระหว่างจิตใจด้านสัญชาตญาณ (id) เช่น ความก้าวร้าว เพศ ความต้องการ เป็นต้น และจิตใจด้านศีลธรรม (superego) ทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ (conflict) กลายเป็นความกังวล (anxiety) ซึ่งกระบวนการทำงานในจิตใจจะเกี่ยวข้องกับระดับการทำงานของจิตใจมนุษย์ด้วย ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดการรับรู้ผิดปกติก็นักมีการทำงานทางจิตอยู่ในระดับไม่รู้สึกรู้ตัว (unconscious) (Jampawal, 2017; Wongsuwan, 2022; Thanmantha, 2002; Charoenkhwan, 2008) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการใช้กลวิธีป้องกันตนเองแบบไม่เหมาะสมอย่างยาวนานด้วย เช่น การโยนความผิดให้ผู้อื่น (projection) การแสดงออกมาอย่างรุนแรง (acting out) การโทษตนเอง (introjection) การเก็บกด (repression) (Kaewsawang, 2022) เป็นต้น

**แนวคิดที่สอง** กลุ่มแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) เป็นกลุ่มแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลของวิทยาศาสตร์อย่างมาก มักเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของเงื่อนไขไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้า การตอบสนองหรือผลกรรมที่ค่อย ๆ เปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เช่น การเรียนรู้จากเงื่อนไขของสิ่งเร้า (classical conditioning) เช่น ความรู้สึกอยากเสพยาเสพติดเมื่อกลับมาอยู่ในสถานที่ที่คุ้นชิน หรือการวางเงื่อนไขพฤติกรรมกลัวจากการทดลองของ Watson

ทั้งนี้ยังเกี่ยวข้องกับการวางเงื่อนไขเป็นการกระทำ (operant conditioning) เช่น การไม่ได้รับการเสริมแรงที่เหมาะสม หรือในทางตรงกันข้ามคือการได้รับการเสริมแรงในพฤติกรรมไม่เหมาะสม จะทำให้บุคคลเหล่านี้ยังคงทำพฤติกรรมไม่เหมาะสมนั้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้ถูกวิพากษ์ว่าละเลยกระบวนการทางปัญญาของมนุษย์ แต่จะเห็นได้ว่าแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้เป็นเทคนิคปรับพฤติกรรมในเด็กได้ผลดี นอกจากนี้ ในบางงานเขียนพบว่ามีกรณีอธิบายแนวคิดของ Bandura อยู่ในกลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ โดยอธิบายว่ามนุษย์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วยวิธีการสังเกต ซึ่งการเรียนรู้จากตัวแบบ (modeling) และสังเกตผลที่ตัวแบบจะได้รับจะเกิดการเรียนรู้และแสดงพฤติกรรมตามได้ (Jampawal, 2017; Wongsuwan, 2022; Thanmantha, 2002; Charoenkwan, 2008) แสดงว่าพฤติกรรมความรุนแรงอาจได้รับการถ่ายทอดผ่านตัวแบบได้เช่นเดียวกัน

**แนวคิดที่สาม** กลุ่มทฤษฎีการรู้คิด (cognitive theory) แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และการตอบสนองทางสรีระ ซึ่งพฤติกรรมไม่พึงประสงค์จะเกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางปัญญา ซึ่งเป็นความผิดพลาดของกระบวนการคิดเมื่อถูกกระตุ้นโดยความตึงเครียด ซึ่งลักษณะหลัก ๆ มักแสดงออกมาใน 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ความคิดต่อตนเองในด้านลบ (negative view of self) 2) คิดลบต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ (negative view of ongoing experiences) และ 3) การมีมุมมองเชิงลบต่ออนาคต (negative view of the future) โดยความคิดอัตโนมัติมักมีพื้นฐานบางอย่างที่สะท้อนมาจากการสะสมการเรียนรู้ในแต่ละช่วงวัยต่าง ๆ กลายเป็นโครงสร้างทางความคิด (schema) และแสดงออกเป็นความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors) ในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งนำมาสู่การก่อความรุนแรงและผู้อื่นได้ เช่น การด่วนสรุป (arbitrary inference) การมีความคิดเพียงขาวและดำ (dichotomous thinking) การคิดแบบขยายความ (overgeneralization) การเลือกสนใจเพียงด้านลบ (selective abstraction) (Jampawal, 2017; Wongsuwan,

2022; Thanmantha, 2002; Charoenkwan, 2008) เป็นต้น

นอกจากนี้ ปัจจุบันพบหลักฐานทางวิทยาศาสตร์จำนวนมากที่กล่าวถึงปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับความผิดปกติที่ได้รับการถ่ายทอดมาทางพันธุกรรม ความผิดปกติของฮอร์โมน หรือระบบการทำงานของสมอง เช่น สารสื่อประสาท ความเสียหายของเนื้อสมอง เป็นต้น (Jampawal, 2017)

## 2. การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V

ข้อสรุปเกี่ยวกับการประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V สามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงเป็น SMI-V ตามแนวปฏิบัติของจังหวัดภูเก็ต 2) การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงเป็น SMI-V ตามแนวปฏิบัติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงเป็น SMI-V ตามแนวปฏิบัติของจังหวัดภูเก็ต เป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยสารเสพติดที่มีแนวโน้มก่อความรุนแรง ผ่านการทบทวนวรรณกรรม การหารือร่วมกันของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด และการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) สัญญาณเตือน 2) ประวัติเดิม และ 3) การประเมินพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ดังนี้

– สัญญาณเตือน ประยุกต์จากระบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (v-care) ระบุข้อบ่งชี้สัญญาณเตือน 5 ประการ ได้แก่ 1) ไม่หลับไม่นอน 2) เดินไปเดินมา 3) พูดจาคนเดียว 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว และ 5) หวาดระแวง

– ประวัติเดิมสามารถพิจารณาได้จาก 2 ส่วน คือ 1) มีประวัติเจ็บป่วยจิตเวช เช่น มีประวัติเคยกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดอาการอย่างเห็นได้ชัด

เช่น หวาดระแวง หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น และ 2) มีประวัติการใช้สารเสพติดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีสติ ควบคุมตนเองไม่ได้ ขาดสัมปชัญญะในการตัดสินใจที่เหมาะสม

- การประเมินพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ในรายที่มีอาการรุนแรงมักจะปรากฏอาการที่เห็นชัดด้วยการสังเกต อย่างไรก็ตาม หากมีการติดตามเป็นรายบุคคลก็จำเป็นต้องมีหลักฐานในการสนับสนุนการประเมินโดยใช้เครื่องมือ เช่น แบบวัดการแสดงความก้าวร้าว (overt aggressive scale: OAS) แบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) แบบประเมินซึมเศร้า (9Q) และฆ่าตัวตาย (8Q) (Department of Mental Health, 2020, 2023) เป็นต้น

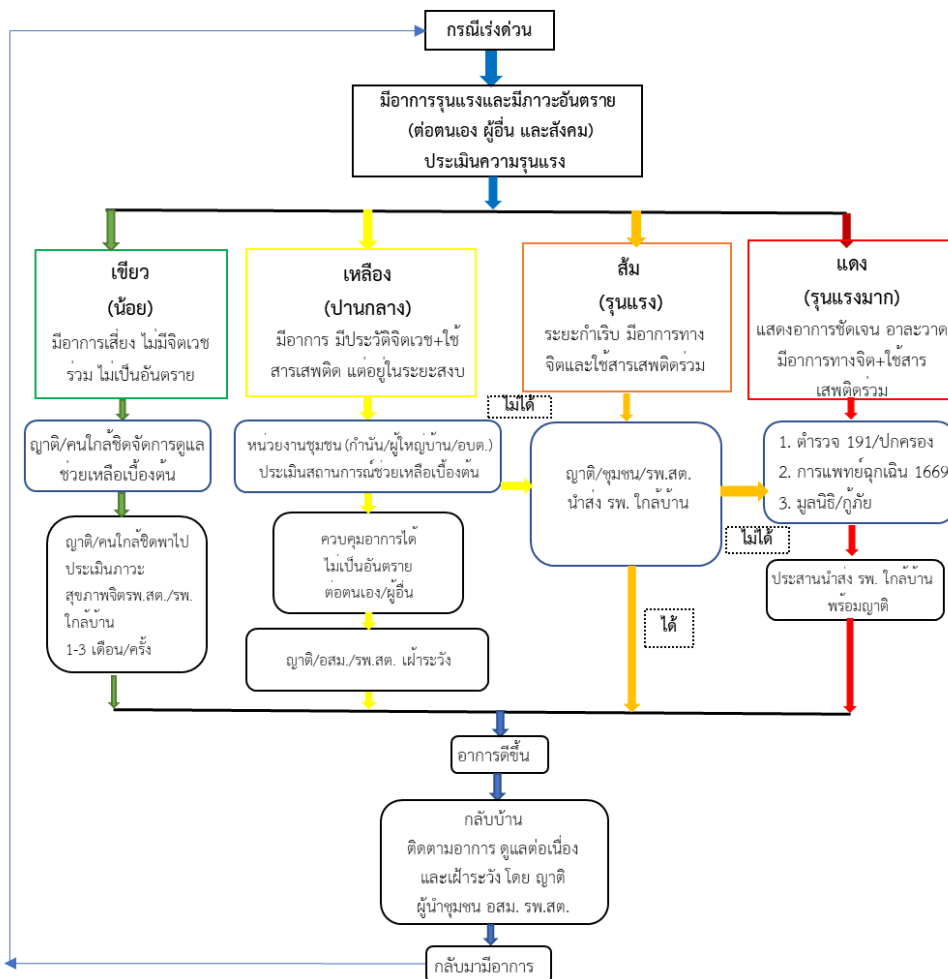
แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากภาวะป่วยทางจิตและการใช้สารเสพติด (SMI-V) ในจังหวัดภูเก็ต เป็นการบูรณาการระบบ

การดูแลระหว่างผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติด โดยมีการติดตามและพัฒนาแนวทางอย่างต่อเนื่องผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดภูเก็ต การดำเนินงานดังกล่าวได้กำหนดระดับความเร่งด่วนในการให้บริการในสถานการณ์วิกฤตไว้ 4 ระดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2568) (ดังแสดงในภาพที่ 1) ได้แก่

1) ความเสี่ยงน้อยหรือสีเขียว ผู้ป่วยมีอาการสัญญาณเตือนอย่างใดอย่างหนึ่งจาก 5 ข้อ แต่ไม่ปรากฏประวัติหรืออาการจิตเวชที่เด่นชัดในปัจจุบัน และพบว่าไม่มีหลักฐานที่แสดงถึงอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในขั้นนี้ญาติหรือคนดูแลใกล้ชิดติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดและส่งให้หน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประเมินอาการ ติดตามอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

รูปภาพ 1

แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงหรือเหตุการณ์วิกฤตสุขภาพจิตในจังหวัดภูเก็ต



2) ความเสี่ยงปานกลางหรือสีเหลือง มีอาการเสี่ยงสัญญาณเตือนอย่างใดอย่างหนึ่งจาก 5 ข้อ มีประวัติจิตเวชและใช้สารเสพติดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ประวัติจิตเวชและอาการจากการใช้สารเสพติดยังอยู่ในระยะสงบ ในขั้นนี้ผู้นำชุมชนหรือท้องถิ่นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันประเมินสถานการณ์และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หากอาการไม่ดีขึ้นให้ใช้กระบวนการดูแลเช่นเดียวกับผู้รับบริการสีส้มและสีแดงต่อไป

3) ความเสี่ยงรุนแรงหรือสีส้ม อาจเรียกได้ว่าระยะนี้คือระยะกำเริบ มีอาการสัญญาณเตือนเกิดขึ้นมากกว่า 1 อาการ และมีความถี่ในการแสดงอาการติดต่อกันอย่างเห็นได้ชัด ประวัติเดิมด้านจิตเวชที่อาการยังไม่สงบหรือใช้สารเสพติดภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในขั้นนี้ญาติประสานกับผู้นำชุมชน/ฝ่ายปกครอง อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นำส่งโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง หากไม่ดีขึ้นให้ดูแลตามกระบวนการของผู้รับบริการสีแดงต่อไป

4) ความเสี่ยงรุนแรงมากหรือสีแดง ระยะนี้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ณ ปัจจุบันอย่างชัดเจน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ขาดความสามารถในการตัดสินใจ มีประวัติเดิมด้านจิตเวชที่อาการยังไม่สงบและใช้สารเสพติดร่วมภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในระยะนี้จำเป็นต้องมีการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องดำเนินการให้ญาติ ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประสานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ติดต่อหมายเลข

191) หน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (ติดต่อหมายเลข 1669) หรือมูลนิธิ/กุ๊ภยในพื้นที่นั้น ๆ เข้าจำกัดพฤติกรรมและนำส่งโรงพยาบาลใกล้เคียงต่อไป เมื่อให้การดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลแล้วอาการไม่สงบสามารถประสานส่งต่อยังโรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไปอย่างไรก็ตาม เมื่อผู้รับบริการอาการดีขึ้นแล้วทางพื้นที่จำเป็นต้องเตรียมชุมชน ครอบคลุมเพื่อดูแลผู้รับบริการในระยะยาวต่อไป

สำหรับการดูแลต่อเนื่อง (follow up) ในที่นี้คือการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายในเขตสุขภาพ โดยมีการประสานงาน ส่งต่อ และจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/หรือนัดติดตาม ณ สถานบริการ โดยปีที่ 1 หลังได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย SMI-V ต้องได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง และปีที่ 2 เป็นต้นไป ต้องได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี (Ministry of Public Health, 2024)

2. การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงเป็น SMI-V ตามแนวปฏิบัติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม ตามตารางที่ 1 ซึ่งถ้าพบข้อใดข้อหนึ่งถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด ความรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Department of Mental Health, 2020; Ministry of Public Health, 2024; Mental Health Service System Administration Division, 2021)

**ตาราง 1**

เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการรักษา

1. ผู้ป่วย SMI-V ที่มีความเสี่ยงสูง พบการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง <u>มุ่งหวังให้เสียชีวิต</u> (1B030)	2. ผู้ป่วย SMI-V ที่พบการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะท้อนขวัญในชุมชน (1B031)	3. ผู้ป่วย SMI-V ที่พบอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง (1B032)	4. ผู้ป่วย SMI-V ที่เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่าพยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) (1033)
<ul style="list-style-type: none"> <li>ยิงตัวเองด้วยปืน</li> <li>แขวนคอ</li> <li>ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีความคิดจะทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายตนเอง/ผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัส หรือเสียชีวิต <u>โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต</li> <li>พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต</li> <li>ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น</li> <li>วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย</li> </ul>

<p>1. ผู้ป่วย SMI-V ที่มีความเสี่ยงสูง พบการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต (1B030)</p>	<p>2. ผู้ป่วย SMI-V ที่พบการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะท้อนขวัญในชุมชน (1B031)</p>	<p>3. ผู้ป่วย SMI-V ที่พบอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง (1B032)</p>	<p>4. ผู้ป่วย SMI-V ที่เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่าพยายามฆ่า ช่มชู้น วางเพลิง) (1033)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู</li> <li>• กินยาเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตาย</li> <li>• ใช้มีดหรือของมีคมฟันแทง เลื่อน ปาดตัวเอง</li> <li>• ทำให้ตัวเองจมลงในน้ำ เพื่อให้หายใจไม่ได้</li> <li>• ทำให้ยานยนต์ชน หรือทับตาย เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่น ๆ ที่ถูกกระทบแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น</li> <li>• ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง</li> <li>• ใช้ควันทไฟ เปลวไฟรมตัวเอง ให้หายใจไม่ออก</li> <li>• ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต</li> <li>• มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือกระแทก ฟัน ผมง หรือของแข็ง เป็นต้น</li> <li>• อื่น ๆ (ระบุ)...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รัศค่อผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ</li> <li>• เจตนาชน หรือทับผู้อื่นด้วยยานยนต์</li> <li>• จัดตัวประกัน</li> <li>• พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง</li> <li>• ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน</li> <li>• อาละวาดทำลายสิ่งของ หรือเผาสิ่งของ หรือทรัพย์สินเสียหาย</li> <li>• ปล้น ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์</li> <li>• ทำอนาจาร เปลือยกาย หรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ</li> <li>• ช่มชู้น ล้วงละเมิดทางเพศ กระทำชำเราผู้อื่น</li> <li>• บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น</li> <li>• อื่น ๆ (ระบุ)...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัว เพื่อมุ่งร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต</li> <li>• อื่น ๆ (ระบุ)...</li> </ul>	

### 3. บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V

บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V มีหลายระดับ ดังนี้

1. สาธารณสุขระดับจังหวัด บทบาทสำคัญในการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพผ่านคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด (service plan) นอกจากนี้ยังทำหน้าที่กำกับดูแลและประสานงานร่วมกับเครือข่ายด้านความมั่นคงและสังคม รวมถึงติดตามผลการดำเนินงานของทีมงานจัดการรายกรณีเพื่อประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง

2. ผู้จัดการรายกรณี (case manager) มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบองค์รวม โดยประเมินคัดกรองปัญหา วางแผนการดูแล

และประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ รวมถึงติดตามผลการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและเครือข่ายสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ในที่นี้ผู้จัดการกรณีอาจหมายถึงโรงพยาบาลเจ้าของเคสที่ดูแลด้านสุขภาพจิต (Wongpanarak & Sermsai, 2024)

3. ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครองในพื้นที่ และ อสม. มีบทบาทในการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เช่น ผู้มีอาการทางจิต และแนะนำให้เข้ารับการรักษา การเพิ่มมาตรการควบคุม เช่น การงดดื่มเหล้าในงานประเพณี และการรณรงค์สร้างความรู้เรื่องสัญญาณเตือน (v-scan) รวมถึงการจัดตั้งทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีหน้าที่สำคัญในการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะจิตเวชและเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในชุมชน รวมถึงให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาที่เหมาะสมประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ

5. ตำรวจ (หมายเลขติดต่อ 191) ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุและตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยช่วยควบคุมสถานการณ์และป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างปลอดภัย รวมถึงร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ในการดูแลและป้องกันเหตุรุนแรงในชุมชน

6. หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน (หมายเลขติดต่อ 1669) ให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการรุนแรงหรือพฤติกรรมอันตราย ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย ปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยไปยังสถานพยาบาลใกล้เคียง นอกจากนี้ยังทำการควบคุมสถานการณ์ร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ

7. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนสวัสดิการและการฟื้นฟูทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากยาเสพติด รวมถึงให้ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย อาชีพ และการกลับเข้าสู่สังคมหลังการรักษา หน่วยงานนี้ยังมีหน้าที่ลดการตีตราทางสังคมและสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรชุมชนในการพัฒนามาตรการป้องกันและฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย อีกทั้งมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยระยะยาว

8. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ให้การรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ

รุนแรง โดยให้บริการตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา และการบำบัดฟื้นฟู นอกจากนี้ยังมีการติดตามอาการและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต. พร้อมทั้งทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมและต่อเนื่อง

ทั้งนี้ กระบวนการดูแลผู้ป่วย SMI-V จะเกี่ยวข้องกับกฎหมาย ได้แก่ พ.ร.บ. สุขภาพจิต มาตรา 22 และประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มาตรา 114 กล่าวถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ปกครอง ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกันประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำกัดพฤติกรรม รักษาความปลอดภัยจากการก่อความรุนแรงนั้น ๆ และประสานส่งต่อสถานพยาบาล สำหรับเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลทำการประเมินสภาพจิตใจและให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานของสถานพยาบาลต่อไป อย่างไรก็ตาม การทำงานในพื้นที่บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ SMI-V และการทำงานที่สอดคล้องประสานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## 4. เครื่องมือที่เกี่ยวข้องการประเมิน SMI-V

โดยทั่วไปแล้ว วิธีการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะป่วยทางจิตและการใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย การสังเกตอาการแสดง การสัมภาษณ์หรือเก็บประวัติจากผู้มีความเสี่ยง รวมถึงการใช้เครื่องมือมาตรฐานหรือแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับในเชิงวิชาการ ซึ่งถือเป็นหลักฐานสำคัญในการสนับสนุนการวินิจฉัยและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินที่สามารถนำมาใช้ได้ มีดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (overt aggression scale: OAS) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต แบ่งการประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง 2) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและแสดงออก และ 3) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน การให้คะแนนจะมีอยู่

3 ระดับ ประเมินตามเกณฑ์ระดับความก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งการแปลผลจะมีอยู่ 3 ระดับได้แก่ 1) กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) ต้องจัดการใน 24 ชั่วโมง 2) เร่งด่วน (urgency) ต้องจัดการใน 2 ชั่วโมง และ 3) ฉุกเฉิน (emergency) ต้องจัดการในทันที การศึกษาคุณภาพของแบบประเมินพบว่า มีความเที่ยงตรงภายในดี ( $\alpha$  เท่ากับ .82) มีความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินดี ( $r = 0.85$ ) และมีความคงที่ ( $r = 0.78$ ) (Sereerat, 2024)

2. แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (brief psychiatric rating scale: BPRS) ของ Overall และ Gorham แปลโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ปี 2544 เป็นแบบประเมินอาการแสดงระหว่างสัมภาษณ์มีทั้งหมด 18 ข้อ โดยประเมินอาการเป็นระดับตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ไม่มีอาการ ถึง 7 คะแนน คือ มีอาการรุนแรงมาก ซึ่งคะแนนรวม 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการรุนแรงมาก ซึ่งการศึกษาคุณภาพพบว่ามี ความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .82 และความเชื่อมั่น เท่ากับ .71 (Phaiput & Choen-arom, 2022)

3. แบบประเมินซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินตนเองหรือแบบสัมภาษณ์ โดยที่แบบประเมิน 9Q ให้สำรวจอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 9 ข้อ การตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเลยจนถึงมีอาการทุกวัน การแปลความหมายใช้คะแนนรวม โดยถ้ามีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ทั้งนี้หากมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไปให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน ซึ่งคุณภาพของแบบประเมิน 9Q มีความตรงเชิงเหมือนอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72 ค่าความถูกต้องร้อยละ 86.20 (Kongsuk et al., 2018) สำหรับ 8Q ใช้สำรวจอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 8 ข้อ โดยตอบคำถาม 2 คำ คือ ไม่มีและมีการแปลความใช้คะแนนรวม โดยถ้ามีคะแนนรวม 1-8 คะแนน แสดงว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย ควรเฝ้าระวังติดตามดูแลใกล้ชิดจากญาติ คะแนน 9-16 คะแนน แสดงว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง เฝ้าระวังอาการ เข้าสู่กระบวนการรักษา ควรทำการประเมินอาการทุกสัปดาห์ และหากมีคะแนนเท่ากับ

หรือมากกว่า 17 คะแนนขึ้นไป ควรมีการประเมินอาการทางจิต ความสามารถโดยรวม และเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (Nursing Mission Group, 2020) การศึกษาคุณภาพพบว่าแบบวัด 8Q มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ .90 (Chantra, 2019)

## 5. ข้อเสนอแนะมาตรการเชิงปฏิบัติ

ข้อสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นชี้ให้เห็นถึงมาตรการเชิงปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงของการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย SMI-V โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการทำงานแบบทีม การสร้างเครือข่าย การส่งเสริมความตระหนักรู้ ความรู้ความเข้าใจ รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Sriharaksa, 2023; Polkot, 2024; Sittisan, 2023; Tahloh & Waichompu, 2024; Charoensri, 2023; Aiamsaart et al., 2020) ดังนั้น ข้อเสนอแนะจึงมุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนอย่างครบวงจร โดยประกอบด้วยมาตรการหลัก 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

- 1) มาตรการพัฒนาระบบเฝ้าระวังระดับจังหวัด ได้แก่
  - ผลักดันให้จังหวัดกำหนดนโยบายเฝ้าระวังฆ่าตัวตายและการก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่นระดับจังหวัด
  - จัดประชุมขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดภูเก็ต อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อดำเนินการป้องกันฆ่าตัวตายและการก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น
  - มีหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการดูแลและประสานงานด้านสุขภาพจิตของจังหวัดภูเก็ต โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูล เผยแพร่ คืบข้อมูลให้แก่พื้นที่ในจังหวัดภูเก็ต โดยดำเนินการประชุมอย่างน้อยปีงบประมาณละ 2 ครั้ง
  - ประชาสัมพันธ์จุดแจ้งเหตุกรณีเกิดเหตุการณ์วิกฤตสุขภาพจิตเพื่อให้ความช่วยเหลือ ส่งต่อ หรือประสานงานเข้าดูแลผู้ประสบวิกฤตสุขภาพจิตได้แก่ สายด่วน 191, 1323 และ 1669 สถานบริการ

ด้านสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัด ตลอด 24 ชั่วโมง และแอปพลิเคชัน LINE Traffy Fondue จังหวัดภูเก็ต ในการรับแจ้งเหตุผ่าน LINE chatbot อัตโนมัติ

2) มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- ประสานงานการเฝ้าระวัง สังเกต ค้นหาผู้มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในระดับอำเภอ ในปีนี้ ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงแนวทางการคัดกรองและติดตามประชาชนและผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยง SMI-V ในชุมชนและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต

- จัดทำแผนแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยง SMI-V ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต โดยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) มีอาการไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา หงุดหงิดฉุนเฉียว หวาดระแวง 2) มีประวัติเดิม เช่น ใช้สารเสพติดภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช และ 3) พบพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวที่ชัดเจนหรือผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินต่าง ๆ

- เพิ่มศักยภาพให้ทีมผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายสาธารณสุขเรื่องสัญญาณเตือนผู้ที่มีความเสี่ยง SMI-V การคัดกรองค้นหา ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก นำส่งเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต โดยขับเคลื่อนการใช้ระบบสารสนเทศติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-care) ให้ครอบคลุมทุกชุมชน

- ส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนในกลุ่มวัยต่าง ๆ เช่น เด็กและวัยรุ่น วัยทำงาน สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ญาติผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง โดยจัดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา เช่น การให้ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย การสังเกตสัญญาณเตือน/ การประเมิน การเฝ้าระวัง การช่วยเหลือเบื้องต้น ประชาสัมพันธ์ช่องทางติดต่อ การเข้าถึงบริการ แหล่งประสานส่งต่อ การบูรณาการการช่วยเหลือในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต 2551 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) 2562

3) มาตรการการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ ได้แก่

- ประสานงานกับโรงพยาบาลเจ้าของพื้นที่ ส่งทีมเยี่ยมญาติใจ (MCATT) ดูแลประเมินสภาพจิตใจ

และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หลังจากเกิดเหตุการณ์วิกฤตสุขภาพจิตขึ้น

4) มาตรการการสนับสนุนการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายในจังหวัด ได้แก่

- ดำเนินการสำรวจผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรง

- ผลักดันให้โรงพยาบาลเจ้าของพื้นที่ดำเนินการสอบสวนโรคเมื่อเกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือพยายามฆ่าตัวตายทุกราย

- มีการนิเทศ ติดตาม และการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงในระดับพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ

5) มาตรการสร้างเสริมป้องกันและด่านกั้นในจังหวัด ได้แก่

- เสนอแผนควบคุมป้องกันวัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ที่พบความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือก่อความรุนแรง (การติดตั้งกล้องวงจรปิดในสถานที่เสี่ยง เช่น สะพานที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ การขออนุญาตพกพาอาวุธปืนของบุคคลทั่วไป งดการนำเสนอลูกของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในสื่อสังคมออนไลน์) แก่คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดภูเก็ต เพื่อการผลักดันในระดับจังหวัดภูเก็ตต่อไป

- ดำเนินการผลักดันให้เกิดการประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดกับนักท่องเที่ยวหรือชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดภูเก็ตในการใช้เสพติดตามกฎหมายที่กำหนด เช่น กัญชา พืชกระท่อม

- จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตทุกช่วงวัย ดำเนินการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการป้องกันด้านสุขภาพจิตชุมชน โดยการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา เช่น กิจกรรมสายสัมพันธ์ การสื่อสารเชิงบวก ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) รวมถึงการสร้างวัคซีนใจระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการที่สนใจ

## สรุป

การทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่าพบแนวคิดด้านจิตวิทยาที่อธิบายพฤติกรรมรุนแรง 3 กลุ่มคือ จิตวิเคราะห์ ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีการรู้คิด สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง การวิเคราะห์การวิจัยปัจจัยถึงการทำงานเป็นทีม เครือข่าย ความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ ความเข้มแข็งของชุมชนมีส่วนสำคัญอย่างมากในระบบการเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ รวมถึงการดูแลผู้รับบริการขณะเกิดวิกฤตสุขภาพจิต ซึ่งแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เขียว เหลือง ส้ม และแดง ทั้งนี้เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาแล้วก็สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท เช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หลงผิดคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และผู้ป่วยที่มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย SMI-V คือการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น อสม. ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครกู้ชีพ สหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ดูแลและญาติ ก็เป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการรักษา ทานยาต่อเนื่อง ทำให้มีอาการทางจิตลดลง สามารถปรับตัวเข้ากับชุมชนได้ ทั้งนี้ช่องทางติดต่อก็เป็นกุญแจสำคัญในการเข้าถึงบริการ ดังนั้นผู้เขียนจึงขอสรุปช่องทางติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้พอสังเขป ได้แก่ 1) สายด่วนสุขภาพจิต หมายเลข 1323 บริการ 24 ชั่วโมง ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบให้บริการปรึกษาผ่านข้อความและระบบนัดปรึกษาออนไลน์ 2) กรณีฉุกเฉิน ติดต่อตำรวจ หมายเลข 191 และศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข 1669 ทั้งนี้สามารถติดต่อหน่วยงานสถานพยาบาลภาครัฐโดยผู้เขียนนำเสนอข้อมูลในภาคผนวก (ตารางที่ 3) สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำงานดูแลผู้ป่วย SMI-V ระดับชุมชน ได้แก่ สาธารณสุขระดับจังหวัด ผู้จัดการรายกรณี ผู้นำชุมชนและฝ่ายปกครองในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตำรวจ (หมายเลขติดต่อ 191) หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน (หมายเลขติดต่อ 1669) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เครื่องมือคัดกรองที่ใช้ในชุมชน

ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น แบบประเมินซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

## ผลประโยชน์ทับซ้อน

บทความทางวิชาการฉบับนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกัน (conflict of interest) ระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวมและผลประโยชน์ส่วนตัว

## การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ดร.ภาสกร คุ่มศิริ ทำหน้าที่กำหนดหัวข้อ วางแผน รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความหลัก นางสาวเจรติย์ วุฒิชาย รวบรวมข้อมูล และร่วมตรวจสอบความถูกต้อง นายทยากร คันธิวิวัฒน์ สรุป ประมวลเอกสารต่าง ๆ และร่างบทความเบื้องต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต และคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดภูเก็ตในส่วนช่วยดำเนินการผลักดันนโยบายทำให้การทำงานด้านสุขภาพจิต เกิดความราบรื่นและประสบความสำเร็จมากที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

- Aiamsaart, N., Thaweesees, P., & Chumchai, P. (2020). The effect of case management to overall abilities among schizophrenia patients with the risk for violence. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 14(1), 10-22. (in Thai).
- Chantra, C. (2019). Stress depression and stress management of 1st year student of bachelor degree of public health program, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok. In *The 10th Hatyai National and International*

- Conference (pp.1492-1504). Hatyai Business School, Hatyai University, Songkhla. (in Thai).
- Charoenkhwan, W. (2008). *Psychological systems and theories*. Ramkhamhaeng University Press. (in Thai).
- Charoensri, K. (2023). Development of care model for psychiatric patients with high risk of violence by network partners participation: A case study Ban Na Tham-Huay Sai, Pa Rai Subdistrict, Don Tan District, Mukdahan Province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 8(2), 286-296. (in Thai).
- Chitsawang, S., Phetmune, T., Chitsawang, N., & Kanthawong, W. (2023). Violence in Thailand. *Journal of Social Work*, 31(1), 47-88. (in Thai).
- Department of Mental Health. (2020). *Care system for psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health*. Prosperous Plus Company Limited. (in Thai).
- Department of Mental Health. (2023). *Standards of care for psychiatric and drug addict patients at high risk of violence*. Beyond Publishing Company Limited. (in Thai).
- Jampawal, T. (2017). Psychological theories of depression. *Buddhist Psychology Journal*, 2(2), 1-11. (in Thai).
- Kaewsawang, T., Aimprapai, S., & Koomsiri. (2022). Psychological mechanisms: A review article. *Journal of Psychology, Kasembundit University*, 12, 149-165. (in Thai).
- Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Janthong, S., Prukkanone, B., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2018). Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai Central Dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 63(4), 321-334. (in Thai).
- Mental Health Service System Administration Division. (2021). *Guidelines for screening and recording codes for psychiatric patients at high risk of violence*. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2024). *Details of the Ministry of Public Health's indicators for fiscal year 2025*. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. (in Thai).
- Nursing Mission Group. (2020). *Manual for screening for psychosis and mental health problems*. Suan Saranrom Hospital. (in Thai).
- Panyayong, B., Tantirangsee, N., Bogoian, R. R. D., & the Thai National Mental Health Survey Team 2013. (2018a). Psychiatric disorders associated with intimate partner violence and sexual violence in Thai women: A result from the Thai National Mental Health Survey. *General Psychiatry*, 31(2), e000008. <http://doi:10.1136/gpsych-2018-000008>
- Panyayong, B., Tantirangsee, N., Bogoian, R. R. D., & the Thai National Mental Health Survey Team 2013. (2018b). Long-term mental health consequences of child maltreatment: A result from Thai National Mental Health Survey 2013. *J Med Assoc Thai*, 101(10), 1375-84. (in Thai).
- Phaiput, S., & Choen-arom, C. (2022). The relationship between social cognition, communicative behavior in family and social functioning in schizophrenia patients. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 67(1), 45-58. (in Thai).
- Phuket Provincial Public Health Office. (2025a, January 15). *Documents for inspection and supervision of normal cases at the Ministry of Public Health level*. [https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file\\_province/2025-01-13-08-23-33.pdf](https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_province/2025-01-13-08-23-33.pdf) (in Thai).

Phuket Provincial Public Health Office. (2025b). *Report of the 1st Phuket Provincial mental health subcommittee meeting 2025.* (in Thai).

Polkot, P. (2024). Developing guidelines for caring for psychiatric patients with the risk of committing violence. By using participatory case management in the community. *Academic Journal of Community Public Health, 10*(4), 184-194, (in Thai).

Sereerat, T. (2024). Development of an integrated approach to reduce the aggressive behavior of drug users with psychiatric symptoms in Roi Et Province. *Singburi Hospital Journal, 32*(3), 127-140. (in Thai).

Sittisan, L. (2023). Caring model development for serious mental illness high risk to violence (SMI-V) with community participation: A case study of one district, Thailand. *Krabi Medical Journal, 6*(2), 1-14. (in Thai).

Sriharaksa, P. (2023). Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the

community Muang District, Sakon Nakhon Province: A case study of Khamin Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province. *Journal of Health and Environmental Education, 8*(1), 436-447. (in Thai).

Tahloh, S., & Waichompu, N. (2024). Developing a care model for high-risk schizophrenia patients to prevent severe violence occurrences, Pattani Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy, 4*(2), 58-70. (in Thai).

Thanmantha, K. (2002). *Psychopathology.* Ramkhamhaeng University Press. (in Thai).

Wongpanarak, N., & Sermsai, P. (2024). Caring for serious mental illness patients with high risk of committing violence by using case management: A case study. *Academic Psychiatry and Psychology Journal, 40*(1), 44-58 (in Thai).

Wongsuwan, P. (2022). *The concept of psychiatric disease.* Danex Intercorporation Co., Ltd. (in Thai).

**ภาคผนวก**

**ตาราง 2**

ตารางให้บริการและช่องทางติดต่อคลินิกจิตเวชและยาเสพติดของหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดภูเก็ต

สถานพยาบาล	ตารางให้บริการ	หมายเลขติดต่อ
<b>อำเภอเมืองภูเก็ต</b>		
1. คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น.	076-361-234 ต่อ 1266, 1269
2. คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลฉลอง	พุธ เวลา 8.30-12.00 น.	063-079-5152
<b>อำเภอกะทู้</b>		
3. คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลป่าตอง	พุธ เวลา 8.30-12.00 น. พฤหัสบดี เวลา 13.00-16.30 น.	065-767-8666
<b>อำเภอถลาง</b>		
4. คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลถลาง	ผู้ป่วยเก่า พุธ เวลา 13.00-16.30 น. ผู้ป่วยใหม่ จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น.	076-311-034, 076-311-111, 076-311-866 ต่อ 408 หรือ 094-581-9989

## บทความฟื้นฟูวิชาการ

ภาพเหมารวมทางเพศ: ความท้าทายทางสุขภาพจิตของกลุ่มคนเพศหลากหลาย  
ภายหลังการประกาศใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียมในประเทศไทย

ธนวัฒน์ สุวรรณ มณี\*

อาจารย์พิเศษ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: Thanawat.m@cmu.ac.th

วันที่รับบทความ: 19 พฤษภาคม 2568 | วันที่แก้ไขบทความ: 25 มิถุนายน 2568 | วันตอบรับบทความ: 30 กรกฎาคม 2568

### บทคัดย่อ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ.2567 หรือ “กฎหมายสมรสเท่าเทียม” อย่างเป็นทางการและมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2568 ที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม กลุ่ม LGBTQ+ ยังคงต้องเผชิญกับปัญหาการเลือกปฏิบัติและการตีตราทางเพศ อย่างมีอคติ อันเกิดจากภาพเหมารวมทางเพศซึ่งอาจมาจากการนำเสนอของสื่อที่มักนำเสนอภาพข่าวของกลุ่ม LGBTQ+ ในเชิงลบ ส่งผลให้คนในสังคมมีความเชื่อและทัศนคติที่คลาดเคลื่อนและเหมารวมว่ากลุ่ม LGBTQ+ มักมีพฤติกรรมไปในเชิงลบ นอกจากนี้ กลุ่ม LGBTQ+ ยังต้องเผชิญปัญหาการสร้างภาพเหมารวมและแบ่งช่วงชั้นภายในกลุ่ม LGBTQ+ ด้วยกันเอง ส่งผลให้กลุ่ม LGBTQ+ ต้องเผชิญกับความเครียด ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ฯลฯ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและรวบรวมข้อมูลในประเด็นของภาพเหมารวมทางเพศ โดยผู้นิพนธ์มุ่งหวังให้บทความนี้สามารถที่จะเป็นประโยชน์ให้แก่ผู้ที่มีความสนใจหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่ม LGBTQ+ นำข้อมูลไปใช้ในการทำความเข้าใจ ลดอคติทางเพศอันเกิดจากภาพเหมารวมทางเพศที่มีต่อกลุ่ม LGBTQ+ และเป็นแนวทางในการวางแผนลดปัญหาภาพเหมารวมทางเพศในสังคม ตลอดจนการดูแลสุขภาพของ กลุ่ม LGBTQ+ อย่างเข้าใจ เคารพในความแตกต่างและสิทธิของความเป็นมนุษย์ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่ม LGBTQ+ มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพสูงสุด

**คำสำคัญ:** กลุ่มคนเพศหลากหลาย, ภาพเหมารวมทางเพศ, สุขภาพจิต

## Review Article

# Gender Stereotype: Mental Health Challenges of LGBTQ+ After the Adoption of the Marriage Equality Law in Thailand

Thanawat Suwan Manee\*

*Special Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University*

\* Corresponding author, e-mail: [Thanawat.m@cmu.ac.th](mailto:Thanawat.m@cmu.ac.th)

Received: 19 May 2025 | Revised: 25 June 2025 | Accepted: 30 July 2025

---

## Abstract

Thailand used the Civil and Commercial Code Amendment Act (No. 24) B.E. 2567, or “Marriage Equality Law,” which was formally declared and took effect on January 23, 2025. However, the LGBTQ+ community still faces challenges with discrimination and stigmatization based on gender identity, which may be caused by gender stereotypes derived from publications that frequently feature news about the LGBTQ+ community negatively. This results in unjust beliefs and perspectives in society, as well as preconceptions that the LGBTQ+ community frequently exhibits undesirable behavior. Furthermore, there are problems with social stratification and norms within the LGBTQ+ community, which contribute to stress, loneliness, anxiety, depression, and low self-esteem. The article aims to study and collect information regarding gender stereotypes. The author hopes that this article may prove useful to anyone interested in or involved in supporting the LGBTQ+ community, as well as others who want to use the data to understand and minimize discrimination based on gender produced by gender stereotypes toward the LGBTQ+ community. Additionally, this may serve as a guide for planning strategies to reduce the problem of gender stereotypes in society, care for the LGBTQ+ community's well-being with compassion, human rights, respect for individual differences, and encourage the LGBTQ+ community to live in their optimal physical and mental health and to be able to live in society with the highest quality.

**Keywords:** LGBTQ+, Gender stereotype, Mental Health

## บทนำ

ในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา กลุ่ม LGBTQ+ และหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการผลักดันความเท่าเทียมทางเพศในประเทศไทย มีการรณรงค์ ขับเคลื่อน และต่อสู้เพื่อให้มีการเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567 หรือเป็นที่รู้จักกันในชื่อ “กฎหมายสมรสเท่าเทียม” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างบรรทัดฐานใหม่ให้ความเท่าเทียมทางเพศได้เกิดขึ้นจริงอย่างเป็นรูปธรรมตามกฎหมายของสังคมไทย จนกระทั่งกฎหมายสมรสเท่าเทียมได้ผ่านวาระสุดท้ายจากสมาชิกวุฒิสภาเมื่อเดือนมิถุนายน 2567 จากนั้นได้รับประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อเดือนกันยายน 2567 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 23 มกราคม 2568 (ThaiPBS, 2024)

การประกาศใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียมที่เกิดขึ้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการยอมรับทางกฎหมายที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น เนื่องจากกลุ่ม LGBTQ+ ยังต้องเผชิญกับปัญหาการเลือกปฏิบัติทางเพศในเชิงลบ อันเกิดจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจมาจากการนำเสนอผ่านสื่อ โดยมีประเด็นหลักเกี่ยวกับกลุ่มคน LGBTQ+ ที่ปฏิบัติตัวในเชิงลบ เช่น ฉ้อโกง หลอกหลวง ใช้ความรุนแรง (Pattanangkul, 2025, United Nations Development Programme [UNDP], 2019) ส่งผลให้คนส่วนใหญ่จดจำข่าวกลุ่ม LGBTQ+ ในเชิงลบมากกว่าการนำเสนอในเชิงบวก ประเด็นที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อกลุ่ม LGBTQ+ อย่างรุนแรง โดยเป็นผลให้คนส่วนใหญ่ในสังคมเกิดการตีตราและเกิดภาพเหมารวมว่ากลุ่ม LGBTQ+ ทุกคนมีพฤติกรรมที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Pattanangkul, 2025)

ภาพเหมารวมทางเพศ (gender stereotype) เป็นปัญหาที่ยังรากลึกฝังลึกมาอย่างยาวนาน แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรณรงค์หรือออกกฎหมายเพื่อสร้างความเข้าใจและความเท่าเทียมให้กับทุกเพศ แต่ไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าปัญหาภาพเหมารวมทางเพศยังคงมีให้เห็นได้ในสังคม ส่งผลให้กลุ่ม LGBTQ+ ต้องเผชิญกับการเลือกปฏิบัติและการตีตราจากอัตลักษณ์ทางเพศ อีกทั้งมีการศึกษาที่พบว่า กลุ่ม LGBTQ+ เป็นกลุ่มคนที่เผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตในระดับสูง

(Tanadkha & Akarapongpisak, 2021; Yao, 2023) และปัญหาการเลือกปฏิบัติและการตีตราอันเกิดจากภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+ เป็นเหตุให้การเข้าถึงการบริการทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตอาจเป็นเรื่องยากสำหรับกลุ่มคน LGBTQ+ บางส่วน เนื่องจากมีความกังวลต่อการถูกตีตราทั้งจากผู้ใช้บริการคนอื่น ๆ และจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงรูปแบบการบริการสุขภาพโดยทั่วไปอาจขาดความสอดคล้องกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของกลุ่มคน LGBTQ+ เช่น การตีตราและการใช้ภาพจำเกี่ยวกับผู้หญิงข้ามเพศและชายรักชายว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี บริการสุขภาพเรียกหาหลักฐานการยืนยันตัวตนตามเพศกำเนิดของคนข้ามเพศ รวมถึงมีพื้นที่การให้บริการที่ไม่เพียงพอ มีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัว และทัศนคติของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความกังวลและไม่กล้าที่จะเข้ารับการดูแลทางสุขภาพ (Rungreangkulkij & Kittirattanapaiboon, 2021; UNDP, 2019; Wannasiri, 2022)

จากประเด็นที่ได้กล่าวไปในข้างต้น ผู้นิพนธ์จึงมีความสนใจทบทวนวรรณกรรมและนำเสนอเป็นบทความพื้นฟูวิชาการ โดยบทความพื้นฟูวิชาการฉบับนี้ได้ดำเนินการเรียบเรียงเป็นประเด็น ประกอบด้วยภาพเหมารวมทางเพศ ลักษณะของภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+ บาดแผลที่เกิดจากภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+ และแนวทางการลดปัญหาภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+ เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้ความรู้ความเข้าใจกับหน่วยงานองค์กร นักวิชาการ นักจิตวิทยา ผู้ที่มีความสนใจหรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาวะของกลุ่ม LGBTQ+ เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมความเท่าเทียมอย่างแท้จริง ลดปัญหาภาพเหมารวมทางเพศ อันก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติและการตีตราทางเพศอย่างมีอคติ และพัฒนานโยบาย แนวทาง รวมถึงเครื่องมือในการดูแลสุขภาวะที่ดีของกลุ่ม LGBTQ+ โดยสามารถดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของกลุ่ม LGBTQ+ อย่างทั่วถึง ให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นต่อไป

## ภาพเหมารวมทางเพศ

ภาพเหมารวม (stereotype) เป็นการตัดสินบุคคลอื่นในเงื่อนไขที่มีความแน่นอนและเชื่อว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งการประเมินหรือตัดสินนั้นมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะพิเศษบางอย่าง โดยบุคคลจะประเมินหรือตัดสินผู้อื่นโดยอาศัยภาพของกลุ่มที่มีคุณสมบัติบางอย่างใกล้เคียงกับบุคคลผู้นั้นเป็นหลักและไม่ให้ความสำคัญในความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีคุณสมบัติเฉพาะตัว ดังนั้น แทนที่ผู้ถูกประเมินจะถูกพิจารณาจากตัวตนและลักษณะส่วนบุคคลที่โดดเด่นของเขา แต่ผู้ถูกประเมินจะถูกมองเป็นภาพเหมารวมและได้รับการปฏิบัติผ่านความเชื่อของบุคคลที่มาจากการกำหนดหมวดหมู่ตามภาพเหมารวมที่บุคคลจัดกลุ่มไว้ (Pickering, 2015) ฉะนั้นแล้ว ภาพเหมารวมจึงเป็นการที่บุคคลได้พบเห็นผู้ถูกประเมิน จัดกลุ่มให้ผู้ถูกประเมินอยู่ในกลุ่มบุคคลใดกลุ่มบุคคลหนึ่งที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ทำให้บุคคลมีทัศนคติและความรู้สึกต่อผู้ถูกประเมินทั้งในเชิงบวกหรือเชิงลบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่บุคคลเคยมีประสบการณ์ร่วมกับกลุ่มบุคคลนั้น ทั้งประสบการณ์ทางตรงและประสบการณ์ทางอ้อม ทั้งนี้ ภาพเหมารวมที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ถูกประเมินตามความเป็นจริงก็ได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าภาพเหมารวม เป็นการตัดสินบุคคลล่วงหน้าโดยไม่ได้รู้จักบุคคลนั้นอย่างแท้จริง โดยภาพเหมารวมนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายบริบท เช่น เชื้อชาติ ศาสนา การเมือง รวมถึงบริบททางเพศ

เมื่อกล่าวถึง ภาพเหมารวมทางเพศ (gender stereotype) เป็นมุมมองความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ คุณลักษณะ และความสามารถของเพศชายหรือหญิงที่ควรปฏิบัติไปตามเพศสภาพของตนเอง กลายเป็นมาตรฐานในการตัดสินและเชื่อไปว่าพวกเขาเหล่านั้นเป็นเหมือนกันหมด โดยอาจเป็นได้ทั้งในทางบวกหรือทางลบ ทัศนคติที่มาจากภาพเหมารวมทางเพศจากสังคมเป็นสิ่งที่ปลูกฝังให้เด็กผู้ชายไม่แสดงออกทางอารมณ์ และปลูกฝังเด็กผู้หญิงให้เป็นคนดี เชื่อฟัง และใส่ใจกับรูปร่างหน้าตาของตนเอง (School of Education and Social Work Birmingham

City University, 2021 as cited in Tanthasuriya & Hemchayart, 2024) ไม่เพียงแต่เพศชายหรือเพศหญิงเท่านั้นที่มีภาพเหมารวมทางเพศจากทัศนคติของคนในสังคม เนื่องจากพบว่า กลุ่มเพศหลากหลายหรือกลุ่ม LGBTQ+ เป็นบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่ถูกมองเป็นภาพเหมารวมทางเพศจากคนในสังคม โดยบุคคลในสังคมมักมีภาพเหมารวมทางเพศของกลุ่ม LGBTQ+ ว่าเป็นบุคคลที่ตลก ไม่สมหวังในความรักจากครอบครัว ถูกรังเกียจจากคนในครอบครัว และสื่อโดยส่วนใหญ่ในสังคมมักพูดถึงกลุ่ม LGBTQ+ ในลักษณะของความไม่สมบูรณ์แบบของชีวิต (Kanthawong, 2018)

## ลักษณะของภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นด้านลักษณะของภาพเหมารวมทางเพศที่มักเกิดขึ้นในกลุ่ม LGBTQ+ ทั้งนี้ ผู้นิพนธ์ทำการจำแนกลักษณะของภาพเหมารวมทางเพศที่มีต่อกลุ่ม LGBTQ+ ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ภาพเหมารวมทางเพศที่บุคคลทั่วไปมีต่อกลุ่ม LGBTQ+ และ ภาพเหมารวมทางเพศที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม LGBTQ+ สามารถแสดงรายละเอียดได้ ดังนี้

1. ลักษณะของภาพเหมารวมที่บุคคลทั่วไปมีต่อกลุ่ม LGBTQ+

### 1.1) กลุ่ม LGBTQ+ เป็นพวกตัวตลก

คนในสังคมมักจะมีภาพเหมารวมทางเพศว่ากลุ่ม LGBTQ+ จะต้องเป็นคนตลก สนุกสนาน และสามารถสร้างสีสันได้ (Mutualfinding, 2024) ซึ่งสื่อมักนำเสนอภาพความตลกของกลุ่มคน LGBTQ+ ในหลายรูปแบบ เช่น ตัวตลกแบบคนพิการ ตัวตลกทางคำพูด ตัวตลกทางการแต่งกาย ตัวตลกทางการแต่งหน้า และตัวตลกทางบุคลิกท่าทาง เป็นต้น (Kanthawong, 2018) สิ่งที่เกิดขึ้นอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้กลุ่มคนในสังคมเชื่อและตัดสินไปก่อนว่ากลุ่ม LGBTQ+ เป็นคนตลก สนุกสนาน โดยที่ยังไม่ได้ทำความรู้จักตัวตนของเขาก่อน และอาจเป็นการเหมารวมทางเพศที่ทำให้เกิดความอึดอัดได้ (Natchaphon, 2021; Mutualfinding, 2024) เนื่องจากกลุ่มคน LGBTQ+ ต่างมีบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่แตกต่างกันออกไป บุคคล LGBTQ+ บางคน

อาจเป็นคนอารมณ์ดี พุดคุยเก่ง สนุกสนาน แต่ไม่ได้หมายความว่ากลุ่ม LGBTQ+ จะสามารถตกลงได้ตลอดเวลาและไม่ได้เป็นคนตกลงทุกคน

### 1.2) กลุ่ม LGBTQ+ เป็นพวกผิดปกติ

แม้ว่าองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จะมีการเพิกถอนกลุ่มคนเพศหลากหลายออกจากความผิดปกติทางจิตและไม่ถือว่าเป็นอาการทางจิตในปี ค.ศ. 1992 อีกทั้งได้ทำการถอดถอนภาวะข้ามเพศออกจากความเจ็บป่วยทางจิตในเวลาต่อมา และมีผลบังคับใช้อย่างเป็นทางการทั่วโลกตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2022 (Rodríguez et al., 2018) แต่ยังมีกลุ่มคนที่มีภาพจำที่เกิดจากภาพเหมารวมทางเพศว่า LGBTQ+ เป็นกลุ่มคนที่ผิดปกติทางจิตหรือมีความสับสนทางเพศ มีอารมณ์รุนแรง และยังมีกลุ่มคนบางส่วนที่เชื่อว่าความหลากหลายทางเพศเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยกระบวนการแพทย์และจิตวิทยา (Natchaphon, 2021) ซึ่งการถอดถอนอัตลักษณ์ทางเพศและรสนิยมทางเพศออกจากโรคทางจิตเวชเป็นสิ่งยืนยันได้ว่าอัตลักษณ์ทางเพศของกลุ่ม LGBTQ+ ไม่ได้เป็นเรื่องผิดปกติทางจิตใจ แต่เป็นความแตกต่างของความชอบและรสนิยมทางเพศของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

### 1.3) กลุ่มคน LGBTQ+ เป็นพวกทำตัวเด่น

คนในสังคมมักมีภาพจำว่ากลุ่ม LGBTQ+ จะทำอะไรต้องโดดเด่นอยู่เสมอ ต้องเป็นจุดสนใจของคนในสังคม ต้องเล่นใหญ่ ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนในสังคมมีภาพเหมารวมทางเพศว่ากลุ่ม LGBTQ+ เป็นกลุ่มคนที่มีความกล้าแสดงออกอยู่เสมอ (Natchaphon, 2021) หรือกลุ่มคนบางกลุ่มยังมีความเชื่อว่า LGBTQ+ เป็นกลุ่มคนที่มีความมั่นใจเกินกว่าเหตุ (The Active, 2024) ซึ่งอาจมาจากการที่กลุ่ม LGBTQ+ มักมีการแต่งกาย ลักษณะการพูดที่สะดุดตา อย่างไรก็ตาม กลุ่ม LGBTQ+ ต่างมีคนที่ยึดมั่นแสดงออกและคนที่เก็บตัวหรือเขินอายเช่นเดียวกันกับชายหญิงที่แต่ละคนต่างมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกันออกไป

1.4) กลุ่มคน LGBTQ+ เหมาะกับอาชีพด้านศิลปะหรือความบันเทิง

กลุ่มคนในสังคมบางส่วนมักมองว่ากลุ่ม LGBTQ+ เหมาะสมกับงานในบางงานเท่านั้น ซึ่งพบว่า

กลุ่ม LGBTQ+ ยังคงต้องเผชิญปัญหาจากการทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มคนข้ามเพศ (transgender) ที่มักถูกมองว่าไม่ควรทำงานในอาชีพที่ต้องใช้ความน่าเชื่อถือ และเหมาะสมที่จะทำงานด้านการบันเทิง ศิลปะ หรือด้านความงามมากกว่าด้านอื่น ๆ (Boonsathitthavorn, 2023; Mutualfinding, 2024) ซึ่งในความเป็นจริงแล้วกลุ่ม LGBTQ+ มีความสามารถ ความสนใจส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย สามารถทำงานได้ในทุก ๆ อาชีพไม่ต่างจากเพศชายหญิง แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการยอมรับให้กลุ่ม LGBTQ+ สามารถปฏิบัติงานด้วยการแต่งกายตามเพศสภาพ หรือบางอาชีพเริ่มเปิดกว้างที่จะรับกลุ่มคนทุกเพศอย่างเท่าเทียม แต่ยังไม่ปฏิเสธไม่ได้ว่ายังคงมีบางอาชีพที่ปฏิเสธการคัดเลือกให้เข้ารับการทำงานของกลุ่ม LGBTQ+ บางกลุ่ม

### 1.5) กลุ่มคน LGBTQ+ เป็นกลุ่มที่หมกมุ่น

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันยังมีกลุ่มคนบางส่วนที่มีความเชื่อว่ากลุ่มคน LGBTQ+ เป็นกลุ่มคนที่มีความหมกมุ่นในเรื่องเพศสัมพันธ์ (The Active, 2024) ซึ่งอาจมาจากสื่อที่มักนำเสนอภาพข่าวของกลุ่มคน LGBTQ+ ในลักษณะของการจัดกิจกรรมสังสรรค์เฉพาะกลุ่มที่อาจมีภาพอนาจาร เช่น เหตุการณ์ “หลายปาร์ตี้เกย์รวบ 120 คน เปิดห้องพักโรงแรมหรูมีวูดเสพยา นัดกันผ่านกลุ่มลับ” (Thairath, 2024) หรือเหตุการณ์ “หลายปาร์ตี้เกย์ รวบ 57 คน เสพยา มีวูดเสพยา จับตรวจโควิด หวั่นแพร่เชื้อ” (Thairath, 2021) อย่างไรก็ตาม ชาวในลักษณะที่คล้ายคลึงกันที่เคยเกิดขึ้นในเพศชายหรือหญิงในสังคมไทย สามารถเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า เรื่องของเพศสัมพันธ์หรือความหมกมุ่นในเรื่องของเพศสัมพันธ์ไม่ได้เป็นเรื่องเฉพาะสำหรับกลุ่ม LGBTQ+ เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่ให้ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มากหรือน้อยแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศ

1.6) กลุ่ม LGBTQ+ เป็นกลุ่มคนที่ไม่สมหวังในความรัก

ในอดีตที่ผ่านมา สื่อมักนำเสนอภาพที่แสดงให้เห็นว่าความรักของกลุ่มคน LGBTQ+ เป็นรักที่ไม่สมหวัง เช่น การถูกกีดกันจากครอบครัวหรือการถูกหลอกใช้ (Kanthawong, 2018) อย่างไรก็ตาม ในช่วง

ไม่กี่ปีที่ผ่านมา กระแสของซีรีส์วาย (boy love series) ได้นำเสนอความรักของกลุ่ม LGBTQ+ ในรูปแบบของความรักที่จับแบบมีความสุข เป็นรักแท้ รักที่สมบูรณ์ ซึ่งสามารถช่วยลดการเหมารวมความรักของกลุ่ม LGBTQ+ ซึ่งแตกต่างจากภาพในอดีตของความรักของกลุ่ม LGBTQ+ ที่ถูกกีดกัน กดทับ (Rattanasimakul et al., 2025) ทั้งนี้ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีกระแสของซีรีส์วายจะมีแนวโน้มในการช่วยลดอคติภาพเหมารวมของความรักของกลุ่ม LGBTQ+ แต่ยังคงพบว่าคนในสังคมบางส่วนยังมีการกีดกันความรักของกลุ่ม LGBTQ+ และยังคงเชื่อว่าความรักของกลุ่ม LGBTQ+ เป็นความรักที่ไม่ยั่งยืน (Mutualfinding, 2024)

1.7) กลุ่ม LGBTQ+ เป็นกลุ่มคนที่ถูกรังเกียจ

เมื่อพูดถึงกลุ่มคน LGBTQ+ หลายคนให้คำนิยามกับกลุ่ม LGBTQ+ ว่าเป็นตัวประหลาดและน่ารังเกียจ ซึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มคนบางกลุ่มรับรู้ภาพของกลุ่ม LGBTQ+ ที่ถูกนำเสนอผ่านสื่อ เช่น ละคร ภาพยนตร์ในอดีต ที่นำเสนอภาพของกลุ่มคน LGBTQ+ ในลักษณะที่ไม่ปกติหรือมีความเกินจริง เช่น ตัวละครที่เป็นทรานส์วูแมน (transwomen) มักจะถูกวางตัวละครให้มีลักษณะบ้าผู้ชาย มักเล่นมุขลวนลาม มีพฤติกรรมคุกคามผู้อื่น หรือเป็นคนที่มีลักษณะปล่อยเนื้อปล่อยตัว มีคู่นอนหลายคน (Anurak et al., 2021; Kanthawong, 2018; Mutualfinding, 2024) การนำเสนอดังกล่าวจึงเป็นการที่ทำให้กลุ่ม LGBTQ+ ถูกซ้ำเติม ถูกมองในเชิงลบ หรือเป็นบุคคลที่ไม่ปลอดภัยจากคนในสังคม

2. ภาพเหมารวมทางเพศที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม LGBTQ+

2.1) ปลาหมึกแฉวบน-ปลาหมึกแฉวล่าง

“ปลาหมึก” ถูกนำมาใช้ในกลุ่ม LGBTQ+ เพื่อจำแนกกลุ่มคนในกลุ่ม LGBTQ+ ด้วยกันเอง โดย “ปลาหมึกแฉวบน” หมายถึง ประชากรที่เป็นที่ต้องการของตลาด ในขณะที่ “ปลาหมึกแฉวล่าง” หมายถึง ประชากรที่เป็นที่ต้องการน้อยกว่า ซึ่งคุณสมบัติที่ทำให้ใครสักคนอาจถูกเรียกว่าเป็นปลาหมึกแฉวบน คือ บุคคลที่คุณลักษณะที่เป็นไปตามกรอบมาตรฐานความสวยงาม (beauty standard) รวมถึงค่านิยมในแบบเกย์ เช่น ความเป็นชาย ไม่ออกสาว หุ่นดี มีกล้ามเนื้อ ปลาหมึกแฉวล่าง คือ บุคคลที่มีคุณลักษณะต่างจาก

กรอบมาตรฐานความสวยงาม นอกจากนี้ สถานการณ์ทางการเงิน การทำงาน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ถูกนำมาเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการแบ่งช่วงชั้นอย่างชัดเจน (Chombaiyok, 2024)

2.2) ทรานส์วูแมน (transwomen) ต้องละมุนนี้

ทรานส์วูแมน หรือ หญิงข้ามเพศ หรือที่คนในสังคมไทยส่วนใหญ่ใช้คำเรียกแทนว่า “กะเทย” ก็มีภาพเหมารวมทางเพศที่จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นการเหมารวมที่มีลักษณะคล้ายกับการแบ่งช่วงชั้นภายในกลุ่ม LGBTQ+ โดยใช้ “ภาพเหมารวมของความเป็นหญิง” เป็นตัวชี้วัด เช่น “กะเทยละมุนนี้” หรือคำว่า “เนียนนี้” ซึ่งเป็นความหมาย คือ เป็นหญิงข้ามเพศที่ต้องมีคุณลักษณะที่ีความเป็นหญิงตามค่านิยมเดิม เช่น ผอมบาง ใบหน้าเล็ก ผิวเรียบเนียน อ่อนหวาน หรือถ้าไม่เป็นไปตามภาพของความเป็นหญิง มักจะต้องผันตัวเองให้ไปอยู่ในกรอบที่คนในสังคมสร้างภาพเหมารวมไว้ว่ากะเทยต้องตลก อย่างที่จะเห็นจากคำกล่าวที่ว่า “ชายสวยไม่ได้ ก็ต้องชายขำ” (Chombaiyok, 2024; Rotchanan, 2023)

จากข้อมูลที่ได้กล่าวไปในข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มคน LGBTQ+ ยังคงประสบปัญหาการถูกเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากปัจจัยด้านความแตกต่างทางเพศ ส่งผลให้คนในสังคมบางส่วนยังมีภาพจำที่เกิดจากภาพเหมารวมทางเพศที่มีต่อกลุ่มคน LGBTQ+ อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างที่ได้กล่าวไปในข้างต้น เป็นเพียงบางส่วนของภาพเหมารวมทางเพศที่เกิดขึ้นกับกลุ่ม LGBTQ+ เท่านั้น เนื่องจากยังมีภาพเหมารวมทางเพศที่ผู้นิพนธ์ไม่ได้ยกตัวอย่างในบทความฉบับนี้ เช่น “เกย์ม้าน้ำ”, “เกย์หมี”, “กะเทยกู้นาง”, หรือ “ทอมหัวไก่” ฯลฯ ซึ่งล้วนแต่เป็นภาพเหมารวมทางเพศที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม LGBTQ+ ด้วยกันเองและทำให้เกิดการแบ่งช่วงชั้นและการจัดกลุ่มภายใน LGBTQ+ โดยใช้ภาพของความเป็นชายหญิง มาตรฐานความสวยงาม รวมถึงฐานะทางการเงิน ฯลฯ เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มหรือแบ่งช่วงชั้น แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่ม LGBTQ+ จะพยายามรณรงค์และเรียกร้องสิทธิให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมในประเทศไทย แต่ภายในกลุ่มสังคม LGBTQ+ เอง ยังคงเกิดวัฒนธรรมที่ผลิตซ้ำความ

เหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมในการแสดงบทบาททางเพศภายในกลุ่ม

## บาดแผลที่เกิดจากภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+

ภาพเหมารวมทางเพศที่เกิดขึ้นในกลุ่ม LGBTQ+ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการเลือกปฏิบัติและตีตราต่อกลุ่มคน LGBTQ+ และเกิดอคติที่บุคคลมีต่อกลุ่ม LGBTQ+ อคติที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลให้อัตลักษณ์ของกลุ่ม LGBTQ+ ถูกทำให้ด้อยค่า เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการใช้ชีวิตประจำวันในสังคม สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงสิทธิในการเป็นมนุษย์ในการที่จะเป็นและมีชีวิตอยู่ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างอัตลักษณ์ที่ถูกมองว่าเบี่ยงเบนและอัตลักษณ์ของคนรักต่างเพศ แสดงให้เห็นว่าอัตลักษณ์ของคนรักต่างเพศมีอำนาจที่เหนือกว่า และทำให้กลุ่ม LGBTQ+ กลายเป็นกลุ่มคนชายขอบทางเพศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งทำให้กลุ่มคน LGBTQ+ ถูกจำกัดสิทธิของพวกเขา และแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายสมรสเท่าเทียมที่รองรับการแต่งงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายของกลุ่ม LGBTQ+ แต่ปัญหาการเลือกปฏิบัติและการตีตราทางเพศยังคงมีให้เห็นในสังคมไทยในปัจจุบัน ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระดับครอบครัว ระดับวัยเรียนและวัยศึกษา ระดับวัยทำงาน (Tanadkha & Akarapongpisak, 2021; Yao, 2023)

นอกจากนี้ ภาพเหมารวมทางเพศที่บุคคลมีต่อกลุ่ม LGBTQ+ ส่งผลให้กลุ่ม LGBTQ+ เป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะกลุ่ม LGBTQ+ ที่ไม่ได้รับการยอมรับ ถูกรังขอ หรือมีความจำเป็นต้องพยายามปิดบังการแสดงออกทางเพศ แสร้งทำในสิ่งที่ไม่ใช่ตัวตน หรือบางครั้งอาจมีความจำเป็นต้องทำเนื่องจากกลัวว่าจะถูกลงโทษ เช่น การที่กลุ่มคนข้ามเพศถูกรังขอให้แต่งกายตามเพศกำเนิด การถูกบังคับหรือกดดันจากคนในครอบครัวให้กลุ่ม LGBTQ+ แต่งงานกับต่างเพศเพื่อปกปิดรสนิยมทางเพศของตน ซึ่งกลุ่ม LGBTQ+ บางคนมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากอคติทางเพศ เช่น การถูกเลือกปฏิบัติ การถูกละเมิด และถูกทำร้ายร่างกาย (UNDP, 2019)

เมื่อกลุ่ม LGBTQ+ เผชิญกับการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติจากการมีอคติด้วยเหตุแห่งเพศ ส่งผลให้เกิดความเครียดในแบบที่กลุ่มคนรักต่างเพศไม่เคยเผชิญ ที่เรียกว่า “ภาวะเครียดของชนกลุ่มน้อย (minority stress)” ซึ่งภาวะเครียดของชนกลุ่มน้อยประกอบไปด้วยความเครียด 4 ระดับ (Meyer, 2003, UNDP, 2019) ดังนี้

1. ระดับที่หนึ่ง เป็นระดับของความเครียดที่เริ่มจากการที่กลุ่ม LGBTQ+ รับรู้ได้ถึง การถูกตีตราที่เกิดขึ้นรอบตัว ซึ่งอาจเกิดจาก เพื่อน ครอบครัว สื่อ และประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับกลุ่ม LGBTQ+

2. ระดับที่สอง เป็นการคิดของกลุ่ม LGBTQ+ ที่คิดว่าการถูกเลือกปฏิบัติด้วยอคติจะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปเรื่อย ๆ ส่งผลให้กลุ่ม LGBTQ+ เริ่มระมัดระวังตัวเพื่อที่จะปกป้องตนเอง

3. ระดับที่สาม เป็นการที่กลุ่ม LGBTQ+ พยายามปิดบังความเป็นตัวตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการถูกเลือกปฏิบัติและการตีตราอย่างมีอคติทางเพศ ซึ่งอาจทำให้กลุ่ม LGBTQ+ ปิดกั้นตนเองจากสังคมหรือลดการมีส่วนร่วมทางสังคม

4. ระดับที่สี่ เป็นการที่กลุ่ม LGBTQ+ เริ่มซึมซับเหตุการณ์หรือข้อความเชิงลบและแนวคิดภาพเหมารวมทางเพศที่เกี่ยวกับกลุ่ม LGBTQ+ เข้าไปในจิตใจ เบื้องลึก และส่งผลต่อความมั่นใจและการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่ม LGBTQ+

ปัญหาภาพเหมารวมทางเพศที่ทำให้เกิดการถูกเลือกปฏิบัติและการตีตราอย่างมีอคติต่อกลุ่มคน LGBTQ+ ส่งผลให้กลุ่ม LGBTQ+ มีแนวโน้มของการเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ในระดับสูง โดยพบว่า LGBTQ+ ต้องเผชิญกับความเครียดสูงกว่าชายหญิงถึงร้อยละ 16.3 นอกจากนี้ LGBTQ+ มีแนวโน้มของการเกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวสูงกว่าชายหญิงถึงร้อยละ 10.1 (Lerdrat, 2022) และอาจเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์อื่น ๆ เช่น ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในระดับสูง รวมถึงพบว่ามีคุณลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ และเคยคิดฆ่าตัวตาย (Dheeraj, 2024; Kamsaeng, et al., 2022; UNDP, 2019)

นอกจากภาพเหมารวมทางเพศที่กลุ่มคนในสังคมมีต่อกัน LGBTQ+ จะทำให้กลุ่ม LGBTQ+ ต้องเผชิญกับภาวะความเครียดและปัญหาทางอารมณ์แล้ว ภาพเหมารวมทางเพศรวมถึงการจัดกลุ่มและการแบ่งช่วงชั้นที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม LGBTQ+ ด้วยกันเอง สามารถส่งผลให้กลุ่ม LGBTQ+ เกิดความเครียดและปัญหาทางอารมณ์เช่นกัน ซึ่งความเครียดที่เกิดจากภาพเหมารวมและการจัดกลุ่มภายในกลุ่ม LGBTQ+ เรียกว่า “ความเครียดภายในชนกลุ่มน้อย (intra-minority stress)” ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการปฏิบัติต่อกันภายในกลุ่ม LGBTQ+ ซึ่งสามารถมีความรุนแรงและทำให้เกิดความเครียดในระดับสูงได้ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการนำเกณฑ์หรือบรรทัดฐานมาใช้เป็นตัวชี้วัดเพื่อจัดกลุ่มและแบ่งประเภท เช่น ภาพลักษณ์ สถานะทางการเงิน สถานะทางสังคม และเรื่องเพศสัมพันธ์ (Pachankis et al., 2020) สิ่งที่เกิดขึ้นนี้อาจทำให้ LGBTQ+ ที่ถูกแบ่งช่วงชั้นเกิดความรู้สึกถูกตัดสินและเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์ได้

จากข้อมูลที่ได้อธิบายข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า ภาพเหมารวมทางเพศที่บุคคลภายนอกมีต่อกัน LGBTQ+ รวมถึงภาพเหมารวมทางเพศที่ส่งผลให้เกิดการตีตรา การจัดกลุ่ม และการแบ่งช่วงชั้นที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในกลุ่ม LGBTQ+ ด้วยกันเอง อาจเป็นต้นตอที่ทำให้กลุ่ม LGBTQ+ เกิดการถูกเลือกปฏิบัติและการตีตราอย่างมีอคติทางเพศ และส่งผลให้กลุ่ม LGBTQ+ มีแนวโน้มที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตจากหลายทาง และต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูง เช่น ความเครียด ความอ้างว้าง โดดเดี่ยว ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระดับสูง อีกทั้งยังส่งผลต่อความเชื่อมั่นในและการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่ม LGBTQ+ และส่งผลอย่างยิ่งต่อภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่มีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพของกลุ่ม LGBTQ+

## แนวทางการลดปัญหาภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+

ผู้พันธ์ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการลดปัญหาภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม

LGBTQ+ โดยทำการอธิบายตามบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งในบริบทของตัวบุคคล LGBTQ+ บริบทภายในครอบครัว บริบทภายในโรงเรียน บริบทในสถานที่ทำงาน บริบทด้านการแพทย์ บริบทด้านสุขภาพจิต บริบททางสื่อ บริบททางสังคม และทรศนะเพิ่มเติมของผู้พันธ์ ตามลำดับ ดังนี้

### 1. บริบทของตัวบุคคล LGBTQ+

บริบทที่มีความสำคัญมากที่สุดคงไม่พ้นตัวของบุคคล LGBTQ+ เอง ที่มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับตนเอง หากกลุ่ม LGBTQ+ ต้องการให้คนจดจำภาพลักษณ์ที่ดีของกลุ่ม LGBTQ+ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เริ่มต้นมาจากการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง เป็นตัวของตัวเองในทางที่ดีได้อย่างมั่นใจและมีคุณค่า รวมถึงการพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา การวางตัว หรือการบำเพ็ญประโยชน์ หรือการช่วยเหลือสังคม เพื่อที่จะไม่ทำให้เกิดภาพจำเดิมที่กลุ่มคนภายนอกเข้าใจอย่างที่เป็นอยู่ (Anurak et al., 2021)

### 2. บริบทภายในครอบครัว

การยอมรับจากคนในครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับกลุ่ม LGBTQ+ เป็นอย่างมาก เนื่องจากการยอมรับตัวตนและได้รับความเข้าใจจากครอบครัว และครอบครัวจะช่วยทำให้บุคคลกลุ่ม LGBTQ+ สามารถแสดงออกถึงตัวตนได้อย่างอิสระและใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้น ครอบครัวและครอบครัวจึงควรเรียนรู้และทำความเข้าใจเมื่อพบว่าสมาชิกในครอบครัวอยู่ในกลุ่ม LGBTQ+ โดยอาจใช้การสื่อสารที่เน้นการสื่อสารเชิงบวก รับฟังความคิดเห็นด้วยความเข้าใจ อีกทั้งคนในครอบครัวควรดูแลอยู่ห่าง ๆ ให้ความช่วยเหลือเมื่อลูกหลานต้องการ อยากรู้ก็ตาม คนในครอบครัวไม่ควรเปรียบเทียบลูกหลานกับใคร เพราะจะสร้างความกดดันและทำให้ไม่อยากเปิดใจ รวมถึงต้องคอยสังเกตพฤติกรรมที่อาจเป็นสัญญาณอันตราย เช่น ใช้ความรุนแรงมากขึ้น แยกตัว หรือมีอาการซึมเศร้า (Chinchanya, 2024)

### 3. บริบทภายในโรงเรียน

ในการส่งเสริมความเข้าใจที่จะช่วยลดภาพเหมารวมทางเพศในโรงเรียน ควรมีกลไกการส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศในโรงเรียน คือ ควรมี

รูปแบบการให้คำปรึกษาและดูแลช่วยเหลือนักเรียนบนพื้นฐานความหลากหลายทางเพศ การสร้างพื้นที่ปลอดภัย กฎระเบียบ รวมถึงการเรียนการสอนที่เป็นธรรมและมีความเสมอภาคระหว่างเพศ ส่งเสริมกิจกรรมเสริมหลักสูตรเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปรับทัศนคติครูให้มีมุมมองเข้าใจความหลากหลายทางเพศโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของนักเรียน ครู บุคลากร ในโรงเรียนและเขตพื้นที่การศึกษา (Puntayoung et al., 2022)

#### 4. บริบทในสถานที่ทำงาน

องค์กรควรมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน LGBTQ+ ผ่านการกำหนดนโยบายการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดชัดเจน มีการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นความเท่าเทียมและการยอมรับความแตกต่าง เช่น จัดการอบรมประจำปีเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ พัฒนานโยบายที่เน้นป้องกันการถูกเลือกปฏิบัติ การคุกคามทางเพศในที่ทำงาน และสามารถเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศได้ การจัดสรรสวัสดิการที่เป็นธรรม ทั้งนี้ การวัดและประเมินผลนโยบาย ควรดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน ทำการสำรวจและรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการบริหารอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี (Srisook & Siriwong, 2025)

#### 5. บริบทด้านการแพทย์

จากความกังวลของกลุ่ม LGBTQ+ ที่มีต่อการถูกเลือกปฏิบัติและการถูกตีตราที่เกิดขึ้นจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรมีคลินิกเฉพาะทางสำหรับกลุ่ม LGBTQ+ ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม ดำเนินการให้ความรู้เชิงรุกแก่กลุ่ม LGBTQ+ สร้างเครือข่ายความร่วมมือของกลุ่ม LGBTQ+ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงและเพิ่มโอกาสในการให้กลุ่ม LGBTQ+ สามารถเข้าถึงการบริการได้มากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเพศวิทยาและความหลากหลายทางเพศ เพื่อที่จะสร้างบรรยากาศในการบริการด้วยความเข้าใจและเป็นมิตร เคารพความเท่าเทียม ไม่เกิดความเหลื่อมล้ำ

ด้วยปัจจัยด้านเพศสภาพ (Rachchaiya, 2023; Udomratn, 2023)

#### 6. บริบทด้านสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของทุกกลุ่มคนรวมถึงกลุ่มคน LGBTQ+ โดยกรมสุขภาพจิตควรร่วมมือกับองค์กรภาคประชาสังคมและสื่อ ในการส่งเสริมการใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิต เพื่อป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในกลุ่ม LGBTQ+ รวมถึงมีการส่งเสริมและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับกลุ่ม LGBTQ+ รวมถึงคนรอบข้าง ให้เข้าใจว่าการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนสามารถเข้ารับบริการได้ และควรฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อรับมือกับคนที่เข้ามาติดต่อปรึกษาได้อย่างเหมาะสมและเคารพในความหลากหลาย เพื่อให้กลุ่ม LGBTQ+ ที่มีความต้องการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตคลายความกังวลจากการเข้ารับบริการ (UNDP, 2019)

#### 7. บริบททางสื่อ

การนำเสนอภาพตัวแทนของกลุ่ม LGBTQ+ ควรได้รับการนำเสนออย่างเป็นกลาง ไม่นำเสนอข้อมูลข่าวในแบบตีตราด้วยการกล่าวถึงอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างในการเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบอย่างตั้งใจ นำเสนอภาพและเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ LGBTQ+ โดยทำความเข้าใจกับความหลากหลายทางเพศและคำนึงถึงมาตรฐานทางจริยธรรมของการเป็นสื่อ นำเสนอภาพและเนื้อหาในเชิงบวกและมีความเท่าเทียมโดยไม่นำบริบททางเพศมาเป็นประเด็นขึ้นมานอกจากนี้ เพื่อให้เนื้อหาของสื่อเป็นไปในทิศทางเดียวกัน องค์กรสื่อและสมาคมวิชาชีพสื่อควรมีการจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางประกอบการดำเนินการในการเผยแพร่ภาพและเนื้อหาเกี่ยวกับกลุ่ม LGBTQ+ ที่เหมาะสม (Thongrin et al., 2023) เพื่อช่วยลดภาพเหมารวมทางเพศที่ส่งผลให้เกิดอคติต่อกลุ่มคน LGBTQ+

#### 8. บริบททางสังคม

กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยลดภาพเหมารวมทางเพศและอคติทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+ เช่น การประกาศใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียม การจัดกิจกรรม Pride month ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศในสังคมเพื่อลดภาพเหมารวมทางเพศและอคติทางเพศยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและคงต้องจัดทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจใช้การจัดเทศกาล Pride ในระดับท้องถิ่น การผสมผสานศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นกับแนวคิดความหลากหลายทางเพศ การส่งเสริมกิจกรรมเยาวชน LGBTQ+ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต ความมั่นใจของเยาวชน LGBTQ+ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศให้แก่คนในชุมชน หรือแลกเปลี่ยนเรื่องเล่าระหว่าง LGBTQ+ รุ่นเก่าและรุ่นใหม่ เป็นต้น (Tongterm, 2025)

9. ทรรศนะเพิ่มเติมของผู้นิพนธ์

ภาพเหมารวมทางเพศที่ส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติการอคติทางเพศที่เกิดขึ้นกับกลุ่ม LGBTQ+ นั้น ไม่ได้มาจากกลุ่มคนภายนอกที่มีต่อกลุ่ม LGBTQ+ เท่านั้น แต่ยังมีภาพเหมารวมทางเพศที่ทำให้เกิดการแบ่งแยกและการจัดกลุ่มภายในกลุ่ม LGBTQ+ ด้วยกันเอง ดังนั้น ผู้นิพนธ์มีมุมมองเพิ่มเติมว่ากลุ่มคน LGBTQ+ เองควรทำความเข้าใจในความแตกต่างหลากหลายและหลีกเลี่ยงการนำประเด็นมาตรฐานความสวยงาม สถานะทางเพศ สถานะทางสังคม หรือประเด็นอื่นใดมาตัดสินหรือแบ่งช่วงชั้นภายในกลุ่ม LGBTQ+ ด้วยกันเอง เพื่อเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงกลุ่มคนภายในและภายนอกได้ตระหนักถึงการยอมรับ เคารพในตัวตน และเคารพในความแตกต่างอย่างไม่เงื่อนไขในการยอมรับและไม่ลดทอนในสิทธิความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกัน

จากที่ผู้นิพนธ์ได้กล่าวในประเด็นข้างต้นแสดงให้เห็นว่า แนวทางการลดและการป้องกันปัญหาภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+ เป็นประเด็นที่ต้องอาศัยระยะเวลาและความเข้าใจ และเป็นประเด็นที่ไม่สามารถแก้ได้จากบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แต่เป็นประเด็นที่ทุกหน่วยงานและทุกคนในสังคมควรให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือซึ่งกันและกันเพื่อที่จะช่วยลดภาพเหมารวมและอคติทางเพศที่มีต่อกลุ่ม LGBTQ+ ในสังคมไทยต่อไป

สรุป

บทความฉบับนี้ได้แสดงให้เห็นว่า แม้สังคมไทยในปัจจุบันจะมีการยอมรับความหลากหลายทางเพศมากขึ้น รวมถึงมีการประกาศใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียมเพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมกันให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในสังคม อย่างไรก็ตาม กลุ่มคน LGBTQ+ ยังคงเป็นกลุ่มเผชิญปัญหาทางสังคมจากการถูกเลือกปฏิบัติและตีตราอันเกิดจากปัญหาภาพเหมารวมทางเพศส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็น ความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ภาวะวิตกกังวล ความภาวะซึมเศร้า เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ หรือมีความคิดและพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ดังนั้น บทความนี้จะ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้นักจิตวิทยาซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสุขภาพจิตของกลุ่ม LGBTQ+ สามารถทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่ม LGBTQ+ เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนงานในการช่วยเหลือโดยปราศจากอคติทางเพศ เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดในการที่จะจัดการกับปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในเชิงลบที่เกิดขึ้นจากอคติและภาพเหมารวมทางเพศในกลุ่ม LGBTQ+

นอกจากนี้ การที่จะช่วยเหลือและลดปัญหาภาพเหมารวมทางเพศต้องอาศัยระยะเวลา ความรู้ และความเข้าใจของคนในสังคม ดังนั้น การช่วยเหลือและลดปัญหาภาพเหมารวมทางเพศจะต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ของบริบททางสังคมช่วยกันพัฒนาและส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อกลุ่มคน LGBTQ+ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล สถานศึกษา หน่วยงาน-องค์กร ครอบครัว ชุมชน สังคม สื่อ รวมถึงกลุ่มคน LGBTQ+ ด้วยกันเอง ที่ควรจะมีมือร่วมกันเพื่อวางรากฐานนโยบาย รวมถึงมีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อนำไปสู่การลดภาพเหมารวมทางเพศให้เกิดขึ้นจริงในสังคม ดังนั้น บทความฉบับนี้จึงสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น นำไปใช้ประโยชน์ทั้งในบริบททางสังคม บริบททางกฎหมาย บริบทด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และบริบททางการศึกษา ฯลฯ เพื่อที่จะศึกษาและพัฒนาเครื่องมือหรือกำหนดนโยบายเชิงประจักษ์เพื่อลดปัญหาภาพเหมารวมทางเพศและ

พัฒนาสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มคน LGBTQ+ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปลอดภัยและนำไปสู่การพัฒนาสังคมที่เท่าเทียมในทุกมิติอย่างแท้จริง

## ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้นิพนธ์ขอยืนยันว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในลักษณะใดๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานในบทความนี้

## การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ผู้นิพนธ์เป็นผู้รับผิดชอบในการออกแบบโครงสร้างเนื้อหา รวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ การตีความผล ตลอดจนการเขียนและปรับปรุงต้นฉบับบทความฉบับนี้

## เอกสารอ้างอิง

Anurak, N., Rungsisawat, S., & Vithayarat, S. (2021). The image of transgender women in Thailand. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 6(7), 254-269. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/252205/171663> (in Thai).

Boonsathitthavorn, T. (2023). *LGBTQ+ Challenges at Workplace* [Master's thesis, Mahidol University]. CMMU Digital Archive. <https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/5107/1/TP%20HOM.014%202566.pdf> (in Thai).

Chinchanya, J. (2024, May 31). *LGBTQ+ is different but not abnormal. Accepting one's identity starts with the family*. OOCA. <https://ooca.co/blog/understanding-lgbtq-mental-health-family-acceptance/> (in Thai).

Chombaiyok, S. (2024, January 30). *'Bottom row squid' is a girly girl, doesn't party, has a bad figure, is not wealthy, another shade of Thai*

*gays outside the spotlight*. The Momentum. <https://themomentum.co/gender-bottom-row-squids/> (in Thai).

Dheeraj, C. (2024). The impact of gender stereotypes on the mental health and well-being of transgender and non-binary individuals in Bangladesh. *International Journal of Gender Studies*, 9(1), 29-40. <https://doi.org/10.47604/ijgs.2354>

Kamsaeng, C., Lerdrat, V., Chanthawongsa, C. & Ma, S. (2022, August 22). *Survey results of Think for Kids 2022*. Think for Kids. [https://101pub.org/wp-content/uploads/2022/08/คิดforคิดส์\\_2022\\_ผลสำรวจเยาวชน1\\_คู่มือชุดข้อมูลฉบับเต็ม.pdf](https://101pub.org/wp-content/uploads/2022/08/คิดforคิดส์_2022_ผลสำรวจเยาวชน1_คู่มือชุดข้อมูลฉบับเต็ม.pdf) (in Thai).

Kanthawong, T. (2018, September 15). *LGBT representation in Thai movie* [Paper presentation]. 1st Presentation of the National Academic Conference and Student Work in Humanities and Social Sciences, 2018, Faculty of Humanities and Social Science, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand. <https://hs.ssru.ac.th/useruploads/files/20181003/eb6ed3c54d1fad6216dee33743cdac85877cb443.pdf> (in Thai).

Lerdrat, V. (2022, January 16). *Life problems and support for LGBTQ+ rights from the youth survey by Think for Kids*. The 101 World. <https://www.the101.world/lgbtq-life-in-youthsurvey2022/#:~:text=1.%20อารมณ%EE%88%20และสุขภาพจิต,16.3%25%20หรือกว%EE%88%20เท%EE%88%20ตัว> (in Thai).

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

- Mutualfinding. (2024, June 20). "The Marriage Equality Law has passed, but..." Why are some conditions still the same in a society that accepts LGBTIQNA+?. Thai Health Promotion Foundation. <https://section09.thaihealth.or.th/2024/06/20/สมรสเท่าเทียมผ่านแล้วว/> (in Thai).
- Natchaphon, B. (2021, April 26). *What do we judge people by? LGBTI+ with stereotypes*. Sanook. <https://www.sanook.com/campus/1404456/> (in Thai).
- Pachankis, J. E., Clark, K. A., Burton, C. L., Hughto, J. M. W., Bränström, R., & Keene, D. E. (2020). Sex, status, competition, and exclusion: Intraminority stress from within the gay community and gay and bisexual men's mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 119*(3), 713-740. <https://doi.org/10.1037/pspp0000282>
- Pattanangkul, N. (2025, March 24). *Myth: Why do people believe that... transgender people like to deceive others?* ThaiTGA. <https://thaitga.org/contents?id=364> (in Thai).
- Pickering, M. (2015). Stereotyping and stereotypes. In A. D. Smith, X. Hou, J. Stone, R. Dennis, & P. Rizova (eds.). *The Wiley Blackwell encyclopedia of race, ethnicity, and nationalism*, (pp. 1-2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118663202.wberen046>
- Puntayoung, L., Wootvatansa, N., & Klompun, U. (2022). Model and mechanism to promote gender equality in order to social empowerment in School of Secondary Education Service Area Office 33, Surin Province. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology, 7*(7), 84-100. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/256476/176202> (in Thai).
- Rachchaiya, K. (2023). Holistic care for LGBTQ people by the BKK Pride Clinic at Charoenkrung Pracharak Hospital. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital, 19*(2), 1-6. (in Thai).
- Rattanasimakul, K., Chumpradit, K., Khunsri, J., Dounghai, T., & Tothanayanon, K. (2025). The construction of romantic reality of male-male relationships in Thai boys' love series. *Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University, 33*(1), 38-54. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/husojournal/article/view/278773/188623> (in Thai).
- Rodríguez, M. F., Granda, M. M., & González, V. (2018). Gender incongruence is no longer a mental disorder. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology, 2*(5), 6-8. <https://doi.org/10.29245/2578-2959/2018/5.1157>
- Rotchanan, P. (2023, March 9). 'Beautiful like a real woman' or 'hilariously funny': Conditional acceptance that Thai ladyboys still face. The Momentum. <https://themomentum.co/gender-transgender-transwomen/> (in Thai).
- Rungreangkulkij, S., & Kittirattanapaiboon, P. (2021). The impact of gender on mental health and concepts of gender approach mental health policy. *Journal of Mental Health of Thailand, 29*(3), 259-272. (in Thai).
- Srisook, M., & Siriwong, P. (2025). Guidelines for improving engagement and quality of work life for LGBTQ+ employees of luxury hotels. *Journal of MCU Nakhondhat, 12*(4), 138-148. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/287467/188267> (in Thai).
- Tanadkha, J., & Akarapongpisak, N. (2021). Countering marginalization: The becoming of LGBTQ net-idols. *Journal of Social Science for Local Rajabhat Mahasarakham University, 5*(3), 213-221. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/soc-rmu/article/view/249276/169662> (in Thai).

- Tanhasuriya, T., & Hemchayart, W. (2024). Analysis of gender stereotype of main characters in picture books for children aged 3-6. *Journal of Early Childhood Education Management*, 6(1), 34-48. (in Thai).
- ThaiPBS. (2024, September 24). *The Royal Gazette has announced that the “Marriage Equality Law” will take effect on January 23, 2025.* <https://www.thaipbs.or.th/news/content/344580> (in Thai).
- Thairath. (2021, May 24). *Gay party busted, 57 arrested, drug use, promiscuous sex, COVID test taken, fear of spreading infection.* <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/2099341> (in Thai).
- Thairath. (2024, December 8). *Gay party busted, 120 arrested, luxury hotel room used for drug use, arranged through a secret group.* <https://www.thairath.co.th/news/crime/2829908> (in Thai).
- The Active. (2024, May 27). *Thai society is open to ‘diversity’, but LGBTQIAN+ are still labeled with prejudice!* Thai PBS. <https://theactive.thaipbs.or.th/news/genders-exuality-20240527-2> (in Thai).
- Thongrin, S., Anantho, S., Sridee, S., Torkaew, W., Wimolkunarak, S., Wongtip, W., Manoleehakul, T., Opparamai, V., Huansuriya, T., & Chongpaisansakul, P. (2023). Guidelines for the promotion and co-regulation of media operation and presentation on sensitive issues related to gender diversity. *Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University*, 31(3), 1-16. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/husojournal/article/view/267435/180406> (in Thai).
- Tongterm, T. (2025). Designing recreational spaces and activities for gender diversity: Lessons from countries with marriage equality laws. *Journal of Education and Human Development Sisaket Rajabhat University*, 5(1), 62-80. <https://so18.tci-thaijo.org/index.php/edusksru/article/view/912/628> (in Thai).
- Udomratn, P. (2023). Mental health of LGBTQ+. *Journal of Mental Health of Thailand*, 31(2), A1-3. (in Thai).
- United Nations Development Programme. (2019). *Tolerance but not Inclusion: A national survey on experiences of discrimination and social attitudes towards LGBT people in Thailand.* <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2021-09/UNDP-TH-LGBT-Tolerance-but-not-Inclusion-THA-2021.pdf> (in Thai).
- Wannasiri, J. (2022, November 4). *Creating equality and promoting health services for transgender people.* Thai Health Promotion Foundation. <https://www.thaihealth.or.th/สร้างความปลอดภัย-สร้าง/> (in Thai).
- Yao, J. (2023). The gender role stereotypes on the homosexual group under the influence of social media. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*, 14, 120-125. <https://doi.org/10.54254/2753-7048/14/20230959>

## นิพนธ์ต้นฉบับ

- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กออทิสติก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020-2024  
(A Systematic Review of Factors Associated with Parental Participation in the Treatment of Children with Autism Spectrum Disorder from 2020 to 2024)
- ผลของการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อพลังสุขภาพจิตและความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา  
(The Effects of Individual Counseling Based on Reality Therapy on Resilience and Stress among Drug Detoxification Patients)
- การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นให้เหมาะสมกับบริบทไทย : วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก อายุ 6-18 ปี  
(Development of Norm the Thai Child and Adolescent Behavior Checklist appropriated for Thai context Confirmatory: Confirmatory Factor Analysis of the Thai youth Checklist)
- การพัฒนาบอร์ดเกมเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า: การศึกษาเบื้องต้น  
(The Development of a Board Game to Enhance Understanding of Depression: A Preliminary Study)

## บทความฟื้นฟูวิชาการ

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดภูเก็ต  
(Guidelines for the Service of Serious Mental Illness and Substance Abuse with High Risk to Violence in Phuket Province)
- ภาพเหมารวมทางเพศ: ความท้าทายทางสุขภาพจิตของกลุ่มคนเพศหลากหลายภายหลังการประกาศใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียมในประเทศไทย  
(Gender Stereotype: Mental Health Challenges of LGBTQ+ After the Adoption of the Marriage Equality Law in Thailand)



### สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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