

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็ก และวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการ

สุนทรี ศรีโกไสย พย.ด.¹ อุไรวรรณ วงศ์ปรีช พย.บ.²

ณัฐพัชร์ พิมล วงศ์เมือง พย.บ.² อนงค์พร ต๊ะคำ พย.บ.²

บทคัดย่อ

บทนำ ที่ผ่านมายังไม่มีระบบที่ชัดเจนในการบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง และการคัดกรองยังไม่ครอบคลุม มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของผู้ปกครองที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต และพัฒนาการ ทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล การออกแบบวิจัย การวิจัยและพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยแบ่งเป็น 5 ระยะ ทำการศึกษาระหว่าง มกราคม 2563 - ธันวาคม 2565 ระยะที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการความจำเป็น ระยะที่ 2 ออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ระยะที่ 3 สร้างระบบบริการต้นแบบ ระยะที่ 4 ทดสอบประสิทธิภาพของระบบบริการในด้านประโยชน์และคุณภาพบริการ กลุ่มตัวอย่าง 65 คน คัดเลือกแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ปกครองที่มารับบริการตามระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ระหว่างมิถุนายน - สิงหาคม 2564 และระยะที่ 5 ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล กลุ่มตัวอย่าง 54 คน ที่รับบริการในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 27 คน ได้รับโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล 3 ครั้ง กลุ่มควบคุม 27 คน ได้รับการปรึกษาแบบสั้นโดยใช้หลักการแก้ไขปัญหา 3 ครั้ง วัดผลด้านความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ปกครอง ปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก สัมพันธภาพในครอบครัว และความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการบริการที่ได้รับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent t-test, Mann-Whitney U test และ Friedman test

ผลการวิจัย ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองประกอบด้วย การคัดกรองเบื้องต้นโดยพยาบาล การประเมินวินิจฉัย และรักษาโดยจิตแพทย์ พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพจิตซ้ำ ให้การบำบัดสังคมจิต และติดตามประเมินผล ประสิทธิภาพของระบบบริการด้านประโยชน์คือ ช่วยให้ผู้ปกครองลดความเครียด ลดความวิตกกังวล เป็นแหล่ง ประคับประคองจิตใจ เป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ และเป็นโอกาสของผู้ให้บริการในการนำความรู้ ความเชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ ด้านคุณภาพพบว่าผู้ปกครองร้อยละ 68 ได้รับการตามที่คาดหวัง ประสิทธิผลของ โปรแกรมการบำบัดสังคมจิตแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดลพบว่า เมื่อเปรียบเทียบในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล ($X^2 = 8.909$, $p = .012$) ความเครียด ($X^2 = 22.092$, $p < .001$) อาการซึมเศร้า ($X^2 = 28.871$, $p < .001$) และปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก ($X^2 = 19.809$, $p < .001$) น้อยลง และมีสัมพันธภาพในครอบครัว ($X^2 = 10.533$, $p = .005$) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ กลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวล ($X^2 = 9.100$, $p = .011$) และปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก ($X^2 = 9.771$, $p = .008$) เพิ่มขึ้นหลังทดลองแล้วลดลงในการติดตาม 1 เดือน และสัมพันธภาพในครอบครัว ($X^2 = 37.829$, $p < .001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ความเครียดและอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความพึงพอใจพบว่า ภายหลังได้รับการบำบัดสังคมจิต กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการบริการที่ได้รับ ($M = 2.67$, $SD = 0.25$, $Mean\ rank = 13.36$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.35$, $SD = 0.07$, $Mean\ rank = 3.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.017$, $p = .043$)

ข้อเสนอแนะ ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการที่พัฒนา ขึ้น มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดสังคม จิตแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดลในการดูแลผู้ปกครองเพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครองและปัญหาอารมณ์ สังคมและพฤติกรรมของเด็ก รวมทั้งเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

วารสารสภาการพยาบาล 2566; 38(2) 88-104

คำสำคัญ การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพจิต ผู้ปกครอง เด็กและวัยรุ่น

วันที่ได้รับ 15 มี.ค 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 4 พ.ค 2566 วันที่รับตีพิมพ์ 30 พ.ค 2566

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาการเด็กกรานครินทร์, e-mail: s.srikosai@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันพัฒนาการเด็กกรานครินทร์

Development of a Mental Health Service System for Guardians of Children and Adolescents with Mental Health and Developmental Problems

Soontaree Srikosai, APN, Ph.D.¹ Uraiwan Wongpothi, RN, BNs²

Nutpimol Wongmueang, RN, BNs² Anongporn Thakham, RN, BNs²

Abstract

Introduction The mental health service system for guardians of children and adolescents with mental health and developmental problems remains unclear. Screening is not adequately covered, leading to limited access to services for guardians with mental health issues and a lack of links between service units.

Objectives To develop and test the efficiency and effectiveness of a mental health service system (MHSS) for guardians of children and adolescents with mental health and developmental problems, using a brief psychosocial intervention program based on the Satir model (BPST).

Design Research and Development

Methodology The study was conducted in five stages between January 2020 and December 2022: Stage 1 - Needs assessment and analysis; Stage 2 - Designing the mental health service system for guardians; Stage 3 - Creating the MHSS model; Stage 4 - Testing the efficiency of MHSS in terms of benefits and service quality among 65 guardians, selected by purposive sampling, who received services under the MHSS between June and August 2021; Stage 5 - Testing the effectiveness of BPST among 54 guardians who participated in the MHSS, randomly assigned to either experimental or control groups. The experimental group (n = 27) received the BPST program three times, while the control group (n = 27) received brief counseling using problem-solving principles (BCPS) three times. Outcomes were measured by evaluating guardians' mental health (stress, anxiety, and depression), children's emotional, social, and behavioral problems, family relationships, and satisfaction with services received. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, Mann-Whitney U test, and Friedman test.

Results The MHSS consisted of 1) an initial screening by nurses, 2) evaluation, diagnosis, and treatment provided by psychiatrists, and 3) reassessment of guardians' mental health status and provision of psycho-social therapy by nurses. The service system's efficiency was demonstrated through guardians' reduced stress and anxiety, mental support, multidisciplinary collaboration, and the application of service providers' knowledge and expertise. In terms of quality, 68% of guardians received services as expected. The effectiveness of BPST showed lower anxiety ($\chi^2 = 8.909$, $p = .012$), stress ($\chi^2 = 22.092$, $p < .001$), depression ($\chi^2 = 28.871$, $p < .001$), children's emotional, social, and behavioral problems ($\chi^2 = 19.809$, $p < .001$), and improved family relationship ($\chi^2 = 10.533$, $p = .005$) in the experimental group across three time-points. While the control group showed an increase in anxiety ($\chi^2 = 9.100$, $p = .011$) and children's emotional, social, and behavioral problems ($\chi^2 = 9.771$, $p = .008$) after completing the program. These symptoms decreased at the 1-month follow-up, and there was an improvement in family relationships ($\chi^2 = 37.829$, $p < .001$). However, no significant difference was observed in stress and depression. On the other hand, the experimental group experienced greater satisfaction with the services ($M = 2.67$, $SD = 0.25$, Mean rank = 13.36) compared to the control group ($M = 2.35$, $SD = 0.07$, Mean rank = 3.00) ($Z = -2.017$, $p = .043$) after the program completion.

Recommendations The MHSS has been developed to effectively and efficiently support guardians of children and adolescents with mental health and developmental problems. Psychiatric and mental health nurses can implement the BPST to alleviate mental health problems among guardians and improve emotional, social, and behavioral problems in children, as well as enhance family relationships.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2566; 38(2) 88-104

Keywords system development/ mental health services/ guardians/ children and adolescents

Received 15 March 2023, Revised 4 May 2023, Accepted 30 May 2023

The funding for this study was provided by the National Research Council of Thailand (NRCT).

¹ Corresponding author: Advanced Practice Nurse (APN), Rajanagarindra Institute of Child Development (RICD),
E-mail: s.srikosai@gmail.com

² Registered Nurse (RN), RICD

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาพัฒนาการ จัดเป็นกลุ่มเปราะบางที่จำเป็นต้องได้รับการปกป้องดูแลคุ้มครองโดยผู้ปกครองมากกว่าเด็กปกติ หากผู้ปกครอง มีปัญหาสุขภาพจิต ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดู เด็กกลุ่มนี้ เด็กกลุ่มเปราะบางจึงมีความเสี่ยงสูงมากขึ้น ที่จะกลายเป็นเด็กขาดโอกาสทางสังคม พึ่งพาตนเองได้น้อย มีบาดแผลทางจิตใจยาวนาน จนอาจกลายเป็นภาระของ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์ให้บริการบำบัดรักษาเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า และปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ความชุกของโรค 4 อันดับแรกของแผนกผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2561-2563 คือ Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) ร้อยละ 35.62-43.35, Autistic spectrum disorder (ASD) ร้อยละ 27.62-38.04, Learning disorder (LD)/ Learning problem ร้อยละ 8.29-12.24 และ Global delayed development (GDD) ร้อยละ 5.66-12.27¹

อาการทางคลินิกของเด็กพัฒนาการล่าช้าหรือมี ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของ ผู้ปกครองในระดับที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรง ของอาการ ในขณะที่สุขภาพจิตของผู้ปกครองเป็นปัจจัย สำคัญในการเลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการเด็กทุกด้าน สถาบัน พัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์ จึงจัดให้มีบริการคลินิก ส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว (family intervention clinic: FIC) ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ข้อมูล การให้บริการในงานประจำพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มี ภาวะเครียด ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย และมีปัญหา ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ประเด็นปัญหาที่นำมา รับบริการของผู้ปกครองเด็กออทิสติก เป็นปัญหาทั้งที่ เกี่ยวข้องโดยตรงกับเด็ก โดยเฉพาะภาวะเครียด ท้อแท้ที่เด็ก ไม่พูดหรือมีข้อจำกัดในการพูดสื่อสาร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทำตามคำสั่งไม่ได้ กรีดร้องเสียงดัง ไม่อยู่นิ่ง ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองด้านการขับถ่าย มีการทำร้ายตนเอง หงุดหงิดง่าย และอาการของเด็กไม่ดีขึ้นตามที่คาดหวัง สำหรับปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเด็ก เช่น สามเษก ไม่มีเพศสัมพันธ์ด้วย ไม่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และเครียดเรื่องรายได้ไม่เพียงพอ เป็นต้น ส่วนปัญหาของ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นคือ วิตกกังวลในผลการเรียนของเด็ก

เครียดเรื่องเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง ไม่รับผิดชอบ เอาแต่ใจตนเอง ไม่อยากไปโรงเรียน และมีปัญหาสัมพันธภาพ กับผู้อื่น ผู้ปกครองร้อยละ 64.4 มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 58.0 มีปัญหาสุขภาพจิตประเมินจากแบบวัด General health questionnaire (GHQ-12) โดยผู้ปกครอง ของเด็กออทิสติกมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ปกครองเด็ก สมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ² นอกจากนี้ ผลการ วิเคราะห์ข้อมูลในงานบริการและจากการทบทวน เวชระเบียนของสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า ผู้ปกครองของเด็กที่มีปัญหา พัฒนาการ มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.9 และ 1 ใน 4 ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และมีความเครียด ชัดเจนโดยเฉพาะในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 พบ 1 ใน 3 มีความเครียดมากขึ้น ผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวช เด็กและวัยรุ่นร้อยละ 80 มีภาวะซึมเศร้า และทุกราย มีความเครียดในระดับเครียดชัดเจน³

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครอง สอดคล้องกับ หลักฐานวิชาการที่มีในปัจจุบัน ได้แก่ มารดาและบิดาของ เด็กออทิสติกมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงถึง 3-5 เท่าของประชากรผู้ใหญ่ปกติ⁴ มารดาของเด็กออทิสติก มีความเครียดสูงและมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต หรือความผิดปกติทางอารมณ์มากกว่ามารดาของเด็กปกติ⁵ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 28.90 เข้าเกณฑ์มีอาการ ซึมเศร้าและร้อยละ 16.20 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า⁶ ส่วนผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา กลุ่มที่เป็นพ่อเลี้ยงเดี่ยวหรือแม่เลี้ยงเดี่ยวมีอาการซึมเศร้า หรือมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 48 ซึ่งสูงกว่าพ่อเลี้ยงเดี่ยว หรือแม่เลี้ยงเดี่ยวที่มีบุตรปกติ (ร้อยละ 29) และผู้ปกครอง ที่เป็นพ่อแม่และอาศัยอยู่ด้วยกัน พบว่ามีอาการซึมเศร้า หรือมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 53 ส่วนผู้ปกครองกลุ่มที่มี บุตรปกติมีอาการซึมเศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิตเพียง ร้อยละ 13 อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองทั้ง 2 ประเภท มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ร้อยละ 52 ดื่มสุรา ร้อยละ 12-14 และใช้ สารเสพติดร้อยละ 9-15 ซึ่งสูงกว่าผู้ปกครองที่มีบุตรปกติ⁷ นอกจากนี้ในผู้ปกครองที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า บุตรมีพัฒนาการล่าช้าในด้านทักษะการสื่อสาร การใช้ภาษา และความเข้าใจภาษา รวมทั้งมีทักษะทางคณิตศาสตร์ และทักษะด้านอารมณ์ สังคมอยู่ในระดับต่ำ⁸ อีกทั้ง ผู้ปกครองของเด็กพิการ ร้อยละ 52.6 มีความเครียด

อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด⁹ ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการได้รับการบริการด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง

การให้บริการสุขภาพจิตโดยวิธีบำบัดสังคมจิตใจมีเป้าหมายเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาด้านสังคมจิตใจของบุคคลที่ป่วย โดยการวิเคราะห์ปัญหาปัจจุบัน ให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจ ประคับประคองจิตใจ หรือบำบัดจิตใจด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อบรรเทาหรือลดอาการ ประโยชน์ที่บุคคลที่ป่วยได้รับการบำบัดทางสังคมจิตใจ ได้แก่ ลดอาการซึมเศร้า ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ในผู้ดูแลยังพบว่าการรับรู้ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลในเชิงบวกมีมากขึ้น เพิ่มความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ เพิ่มการมีส่วนร่วมที่สัมพันธ์กับผู้อื่น และพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น¹¹

ที่ผ่านมา สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ มุ่งเน้นการส่งเสริมพัฒนาการและบำบัดรักษาฟื้นฟูพัฒนาการเด็ก ส่วนการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองยังมีจำกัด โดยบริการปกติมีการคัดกรองเฉพาะภาวะซึมเศร้าและความเครียดด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q), 9 คำถาม (9Q) กรณีที่มีคะแนน 9Q ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปจะใช้แบบสอบถาม 8Q เพื่อประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย และใช้แบบประเมินความเครียดชนิด Stress Test-5 คำถาม (ST-5) ซึ่งสะท้อนถึงการคัดกรองเบื้องต้นที่ยังไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวลหรือปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นๆของผู้ปกครอง และไม่มีการใช้แบบประเมินสุขภาพจิตที่เฉพาะเจาะจงหลังจากการคัดกรองเบื้องต้น ผลการคัดกรองความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับสูงเท่านั้นจึงจะส่งพบจิตแพทย์ ยังไม่มีความชัดเจนในบริการบำบัดจิตใจผู้ปกครอง การดำเนินการภายหลังจัดตั้งคลินิก FIC ในปี พ.ศ.2559 พบมีข้อจำกัดคือมีผู้ให้บริการเพียง 1 คน เป็นพยาบาลจิตเวชโดยมีภาระหน้าที่ด้านอื่นๆร่วมด้วย ทำให้บริการของคลินิก FIC ไม่เอื้ออำนวยในการให้บริการในบางเวลาหรือบางวัน จึงสะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าถึงบริการได้น้อย อีกทั้งระบบบริการยังไม่ชัดเจนด้านความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกคัดกรอง ชักประวัติ ส่งพบแพทย์ บริการบำบัดสังคมจิตใจ และการนัดติดตาม รวมถึงเกณฑ์การตัดสินใจในแต่ละจุดบริการ ด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์ของบริการ และด้านการติดตามประเมินผล ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็ก

และวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการ จึงมีความจำเป็น ซึ่งจะช่วยให้มีกระบวนการดูแลบำบัดรักษาผู้ปกครองที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อเด็กและเยาวชนให้ได้รับการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการ
2. เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองต้นแบบในด้านประโยชน์และคุณภาพของบริการ
3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดลต่ออาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล สัมพันธภาพในครอบครัว และอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และการติดตาม 1 เดือน
4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้ปกครองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล และกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาแบบสั้นโดยใช้หลักการแก้ไขปัญหา

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล มีอาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาแบบสั้นโดยใช้หลักการแก้ไขปัญหา
2. ผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีกว่าผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาแบบสั้นโดยใช้หลักการแก้ไขปัญหา
3. อารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็กกลุ่มที่ผู้ปกครองได้รับโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล น้อยกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองได้รับการปรึกษาแบบสั้นโดยใช้หลักการแก้ไขปัญหา
4. ผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล มีความพึงพอใจในบริการ

ที่ได้รับมากกว่าผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาแบบสั้น โดยใช้หลักการแก้ไขปัญห

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการ ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตให้มีลักษณะตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของประชาชน¹² ร่วมกับข้อมูลช่องว่างในการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองในงานประจำ ขั้นตอนที่ 3 สร้างระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง (ต้นแบบ) ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองในด้านประโยชน์และด้านคุณภาพ และขั้นตอนที่ 5 ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดลในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยนำแนวคิดการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) มาใช้ และใช้แนวคิดชาเทียร์โมเดล¹³ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยชาเทียร์เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนในตนเองจะสามารถรับมือกับชีวิตที่มีความปรารถนาและความคาดหวังได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดการรับรู้สิ่งต่างๆในทางบวก มีอารมณ์ความรู้สึกทางบวก และมีการใช้พฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่สามารถนำไปสู่ความสมดุลระหว่างตนเอง ผู้อื่นและบริบท เพื่อนำไปสู่การรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น รับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมากขึ้น เมื่อบุคคลมี 3 สิ่งนี้แล้ว จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ ผู้นำบัดแนวชาเทียร์โมเดลใช้องค์ประกอบสำคัญ 5 ลักษณะ (five essential elements) คือ 1) ใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด 2) การบำบัดมีเป้าหมายเชิงบวก 3) การบำบัดทำอย่างเป็นระบบ 4) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดประสบการณ์ภายใน และ 5) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่ต่อเนื่อง เพราะมีการเติบโตพัฒนาจากข้างในจิตใจ¹³ โดยโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล

เป็นการพัฒนาต่อยอดจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเทียร์โมเดลสำหรับผู้ปกครองของเด็กออทิสติกและผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ของสุนทรี ศรีโกสยและคณะ¹⁴ ที่มี 6 ครั้ง ผู้วิจัยประยุกต์ให้สั้นลงเป็น 3 ครั้งเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาระยะห่างทางสังคมและความเป็นไปได้ที่ผู้ปกครองจะสามารถมารับบริการตามนัดได้ ประกอบด้วยครั้งที่ 1 ให้ความรู้ความเข้าใจและดูแลปฏิบัติทางอารมณ์ ครั้งที่ 2 ฝึกตั้งคำถามสำรวจใจเพื่อให้เข้าใจตนเองและสัมผัสพลังบวก และครั้งที่ 3 จัดการความสัมพันธ์ให้สมดุล โปรแกรมแบบสั้นนี้จะช่วยผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค อาการ แนวทางการดูแลเด็กและแนวทางการดูแลใจตนเอง เข้าใจตัวเองและคนในครอบครัวมากขึ้น เชื่อมโยงกับพลังดีของตนเองได้ เป็นผู้เลือกที่ดีขึ้น รับรู้คุณค่าในตนเอง สื่อสารเชิงบวกได้มากขึ้น และมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมากขึ้น จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ความเครียดลดลง อาการซึมเศร้าลดลง สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น อารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็กดีขึ้น และพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต¹⁵ และของสราวุธ วิทยุณี¹⁶ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง โดยการสนทนากลุ่ม (focus group interview) ในผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่น จำนวน 18 คน ที่นำเด็กมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก (n = 8) และหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และหอผู้ป่วยพัฒนาการ (n = 10) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสำรวจผู้ปกครองจำนวน 30 คน ในชุมชนที่มีบุตรหลานอายุไม่เกิน 18 ปีโดยมีปัญหาด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้คือ พัฒนาการล่าช้า สมาธิสั้น การเรียนรู้ช้า ซึมเศร้า หรือมีปัญหาด้านพฤติกรรม โดยการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายได้แก่ความถี่และร้อยละ

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง โดยนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิเคราะห์ความต้องการความจำเป็น ในขั้นตอนที่ 1 มาใช้เป็นแนวทางการ

ออกแบบระบบบริการ ร่วมกับการใช้แนวคิดการพัฒนาบริการสุขภาพจิตให้มีลักษณะตอบสนองปัญหา/ความต้องการของประชาชน¹² และช่องว่างในการดูแลสุขภาพจิต ผู้ปกครองในงานประจำของสถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ เพื่อจัดลำดับความสำคัญและความต้องการ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการ ตัดสินใจเลือกรูปแบบนวัตกรรมบริการที่เป็นระบบ เชื่อมโยงกันในการปฏิบัติงาน ติดตามผลได้ กำหนดเอกสารที่เกี่ยวข้อง กำหนดบุคคลที่รับผิดชอบกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน กำหนดตารางปฏิบัติงาน จัดเตรียมสถานที่ให้บริการบำบัด สังคมจิตใจ เครื่องมือคัดกรอง เอกสารที่เกี่ยวข้อง วิธีการประเมินผล และเตรียมความพร้อมของทีม

ขั้นตอนที่ 3 สร้างต้นแบบระบบการบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ที่มีลักษณะสอดคล้องกับผลการออกแบบระบบบริการในขั้นตอนที่ 2 โดยเป็นแผนผังกระบวนการให้บริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง (initial prototype) ผ่านการวิพากษ์และให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการ patients care team, lead team และ คณะกรรมการบริหารสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โดยมีการเพิ่มประเด็นเกณฑ์การเปิดแฟ้มและไม่เปิดแฟ้ม การเก็บค่าบริการ ให้การบำบัดสังคมจิตใจผู้ปกครอง การดูแลเด็กระหว่าง ผู้ปกครองรับการบำบัดสังคมจิตใจ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำเข้าสู่การวิพากษ์โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต มีประเด็นเพิ่มเติม คือ การเพิ่มโอกาสของผู้ปกครองจาก 4 แหล่ง เพื่อเข้าสู่การประเมินและบำบัดสังคมจิตใจ คือผู้ปกครองที่รับบริการ 1) คลินิก Mood ในกรณีเร่งด่วน 2) หอผู้ป่วยพัฒนาการ โดยมาพักรักษาตัว (admitted) พร้อมเด็ก 3) นำเด็กมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยเป็นคิวรายใหม่ที่เกิน 5 รายแรก และ 4) ประสงค์มารับการบำบัดจิตใจโดยตรง ทำให้ได้แผนผังกระบวนการให้บริการฯ ฉบับนำไปทดสอบประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ในด้านประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และด้านคุณภาพของบริการในเชิงได้รับการตามที่ดีคาดหวัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่มารับบริการตามระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2564 จำนวน 65 คน พบว่า ร้อยละ 67 ได้รับบริการ “ตามที่คาดหวังและเกินคาดหวัง” มีมุมมอง

ด้านประโยชน์ของการมีระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง คือ ช่วยให้ผู้ปกครองคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล เป็นแหล่งปรึกษาปรึกษาจิตใจ และเป็นทางเลือกของการบำบัดรักษา และผู้ให้บริการมีมุมมองว่าเป็นโอกาสในการนำความรู้ความเชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ ได้พัฒนาความเชี่ยวชาญของตนเอง และเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ จากนั้นได้มีการปรับปรุงกระบวนการให้บริการตามข้อเสนอแนะของทีมบริการคือ ให้มีการจัดทำแฟ้มผู้ปกครองทุกรายที่มีผลการคัดกรองเข้าเกณฑ์ มีปัญหาสุขภาพจิต ส่งพบแพทย์และทำการตรวจวินิจฉัย และแพทย์พิจารณาส่งบำบัดสังคมจิตใจ ตามลำดับเพิ่มแบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-12, Life congruence scale, และ Self-esteem inventory และหากอาการไม่ทุเลาให้เปลี่ยนข้อความจากคำว่า “ส่งต่อสถานบริการเฉพาะทาง” เป็น “notify จิตแพทย์เจ้าของไข้”

ขั้นตอนที่ 5 ทดสอบประสิทธิผลของบริการบำบัดสังคมจิตใจในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงวิชาชีพโมเดล ตามแนวคิดการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เป็นการศึกษาในผู้ปกครองที่มารับบริการตามปกติในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง เดือนมกราคม 2565 วัดผลก่อนและหลังได้รับการบำบัดสังคมจิตใจ และการติดตามที่ระยะ 1 เดือน

วิธีดำเนินการทดสอบประสิทธิผลของบริการบำบัดสังคมจิตใจในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ด้วยโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนววิชาชีพโมเดล

ประชากร คือ ผู้ปกครองที่นำเด็กมารับบริการที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2,400 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่มีอายุ 20-65 ปี ที่นำเด็กมารับบริการที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2565 เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับเด็กซึ่งอายุไม่เกิน 18 ปี 2) ผลการคัดกรองที่แผนกผู้ป่วยนอก เข้าเกณฑ์มีปัญหาสุขภาพจิตด้านใดด้านหนึ่งตามแบบคัดกรอง 3 ชนิด คือ ซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ความเครียดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และวิตกกังวล 3) ไม่มีอาการที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยต้องสอบสวนโรคและการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ (person under investigation: PUI)
4) สื่อสารภาษาไทยได้ ทั้งการพูด ฟัง อ่าน และเขียน ไม่มีอาการทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด (ยกเว้นบุหรี่หรือสุรา) ในช่วง 3 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) อยู่ระหว่างการได้รับการบำบัดสังคมจิตใจในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมแบบออนไลน์และแบบออนไลน์ได้ และ 3) มีความพร้อมในการรับรู้เวลา บุคคลและสถานที่ในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ (discontinuation criteria) คือ มีอาการทางจิต เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โควิด-19 ในช่วงเข้าร่วมโครงการ และขอถอนตัวออกจากโครงการ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.8 โดยใช้รายงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาคำนวณขนาดอิทธิพล¹⁴ เมื่อนำมาเปิดตารางได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 8 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ได้ตัวอย่างจำนวน 54 คน ได้รับการ paired-matching ในด้านเพศ และอายุ ก่อนสุ่มเข้ากลุ่ม โดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง (n = 27) ได้รับโปรแกรมบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล และกลุ่มควบคุม (n = 27) ได้รับการปรึกษาแบบสั้น

สถานที่ทำการวิจัย คลินิกส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามประโยชน์ของระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ประโยชน์ด้านการบริการคัดกรองโรคทางกาย การบริการซักประวัติ การบริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การบริการพบแพทย์ และความเชื่อมโยงของบริการแต่ละแผนก ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ คือ ดีมาก ดีพอใช้ และควรปรับปรุง และประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ

เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

2. แบบสอบถามคุณภาพบริการที่ได้รับ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ได้รับ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ ได้รับการบริการตามที่คาดหวัง เกินความคาดหวัง และต่ำกว่าที่คาดหวัง และคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพ แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

1. แบบวัดความเครียด 5 คำถาม (ST-5) พัฒนาขึ้นและทดสอบคุณภาพโดยนักวิชาการกรมสุขภาพจิต¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้ 1) ปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก 2) สมาธิน้อยลง 3) หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ 4) รู้สึกเบื่อ เซ็ง และ 5) ไม่อยากพบปะผู้คน ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เครียดน้อย (0-4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) เครียดมาก (8-9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ปกครอง จำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79

2. แบบคัดกรองโรควิตกกังวล (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.- Module O) แปลเป็นฉบับภาษาไทยและทดสอบคุณภาพ (ทั้งฉบับ) โดยพันธุภานา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ¹⁸ มีจำนวน 3 ข้อใหญ่ คือ O1, O2, และ O3 โดย O1 มีสองข้อคำถามคือ O1a และ O1b หากข้อ a ตอบ “ไม่/ใช่” ให้ยุติสัมภาษณ์ หากข้อ a ตอบ “ใช่” ให้ถามข้อ b ต่อ และหากข้อ b ตอบ “ไม่/ใช่” ให้ยุติสัมภาษณ์ กรณีข้อ O1a และ O1b ตอบ “ใช่” ให้ถามข้อ O2 กรณี O2 ตอบใช่ให้ถาม O3 ซึ่งมี 5 ข้อ หากตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 3 ข้อ หมายถึงเป็นโรควิตกกังวล

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาและทดสอบคุณภาพโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ¹⁹ มีจำนวน 9 ข้อคำถาม ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เป็นเลย (0 คะแนน) เป็นไม่รุนแรง นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) เป็นปานกลางแต่นานๆ ครั้ง หรือเป็นเล็กน้อยแต่บ่อยครั้ง (2 คะแนน) เป็นรุนแรงแต่นานๆ ครั้งหรือเป็นเล็กน้อยแต่เกือบทุกวัน (3 คะแนน) เป็นปานกลางและเป็นบ่อย (4 คะแนน) เป็นปานกลาง

และเกือบทุกวันหรือเป็นรุนแรงและเป็นบ่อย (6 คะแนน) เป็นรุนแรงและเกือบทุกวัน (9 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก (<7 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-17 คะแนน) และมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (18 คะแนน) กรณีแบบคัดกรอง 9Q มีคะแนน ≥ 7 จะสอบถามต่อด้วยแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) พัฒนาและทดสอบคุณภาพโดยนักวิชาการกรมสุขภาพจิต¹⁷ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ปกครองจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

4. แบบประเมินอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก (Strengths and difficulties questionnaire: SDQ) พัฒนาและทดสอบคุณภาพโดยนักวิชาการกรมสุขภาพจิต¹⁷ ฉบับสำหรับผู้ปกครองประเมิน มีจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยวกราด พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และสัมพันธภาพทางสังคม ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale 3 ระดับ คือ ไม่จริง จริงบ้าง และจริงแน่นอน คะแนนแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผลใช้วิธีรวมคะแนนข้อ 1-20 เป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (total difficulties score) ส่วนข้อที่ 21-25 เป็นจุดแข็งของเด็ก (strength score) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ปกติ (0-13 คะแนน) กลุ่มเสี่ยง (14-16 คะแนน) และกลุ่มมีปัญหา (17-40 คะแนน) สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์นำ SDQ มาใช้ในงานประจำของแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของ SDQ ในผู้ปกครอง จำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

5. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของเยาวชน (Brief family relationship scale: BFRS) สร้างขึ้นโดยโฟค และคณะ (Fok et al.) ในปี ค.ศ.2014 (พ.ศ. 2557) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 19 ข้อคำถาม 3 องค์ประกอบ คือ ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือกันในครอบครัว (cohesion) ด้านการแสดงความคิดเห็นในครอบครัว (expressiveness) และด้านความขัดแย้งในครอบครัว (conflict) ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ ไม่เป็นความจริงเลย ก่อนข้างไม่เป็นความจริง ก่อนข้างเป็นความจริง และเป็น

ความจริงมาก การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับคือ มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี (≤ 34 คะแนน) มีสัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี (35 - 49 คะแนน) มีสัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี (50 - 64 คะแนน) และมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี (≥ 65 คะแนน) แปลเป็นฉบับภาษาไทยและทดสอบคุณลักษณะทางจิต (psychometric properties) โดย สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ²⁰ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 ร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้เท่ากับ 52.7

6. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองหลังได้รับการบำบัดสังคมจิตใจ เป็นแบบสอบถามผ่าน QR code สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มี 10 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก (จำนวน 3 ข้อ) ด้านการเปลี่ยนแปลงความคิด (จำนวน 5 ข้อ) และด้านการได้รับความรู้ความเข้าใจ (จำนวน 2 ข้อ) ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ น้อยกว่าที่คาดหวัง (1 คะแนน) ตามความคาดหวัง (2 คะแนน) และเกินความคาดหวัง (3 คะแนน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน คือ นักวิชาการสมาคมพัฒนาศักยภาพมนุษย์ และจิตบำบัดแนวชาเทียร์และอาจารย์พยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ตรวจสอบความยากง่ายของภาษา และความเข้าใจในความหมายของข้อคำถามโดยนำมาทดลองใช้กับผู้ปกครองเพศหญิง 1 คน และเพศชาย 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล (Brief psychosocial intervention program based on the Satir model: BPST) ที่ผู้วิจัยพัฒนาต่อยอดจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเทียร์โมเดลสำหรับผู้ปกครองของเด็กออทิสติกและผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นของสุนทรี ศรีโกไสย และคณะ¹⁴ ที่มี 6 ครั้ง โดยการพัฒนาให้เป็นโปรแกรมที่สามารถใช้ได้กับผู้ปกครองที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีจำนวน 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นการบำบัดแบบออนไลน์ ส่วนครั้งที่ 3 เป็นการบำบัดแบบออนไลน์และกำหนดให้โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมหลักของการบำบัดสังคมจิตใจในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและการพัฒนา ซึ่งเป็นการพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยการใช้ระยะเวลาการบำบัดให้สั้นลงปรับลดขั้นตอนการเผชิญหน้าเพื่อรักษาระยะห่างทางสังคม

และใช้เทคโนโลยีการสื่อสารแบบออนไลน์ให้มากขึ้น ดำเนินการบำบัดโดยพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรม และใช้ในงานประจำอย่างน้อย 20 ครั้ง ทีมวิจัย 5 คน และพยาบาลจิตเวชประจำคลินิก FIC 3 คน เป็นผู้ดำเนิน โปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวซาเทียร์โมเดล ในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง โดยเป็นคนเดียวกัน ทุกครั้งจนครบโปรแกรม แบบรายบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรม 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้ความเข้าใจ และดูแลปฏิกิริยาทางอารมณ์ มีกิจกรรม 3 ส่วน ได้แก่ 1) ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค/อาการของเด็ก/อาการของตนเอง 2) ให้สุขภาพจิตศึกษาในประเด็นที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง และ ประเด็นที่ควรรับรู้เพิ่มเติมในด้านโรคที่เป็นอยู่ (diagnosis) ด้านยา (medication) ที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ด้านความสำคัญของการใช้สถานบริการสุขภาพในชุมชน และแนวทางการจัดการปัญหาสังคมเศรษฐกิจ (environment and economic) และด้านเป้าหมายของการรักษา (treatment) และ 3) สำรวจความคาดหวังต่อเด็กและความคาดหวัง ต่อตนเอง และช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนความคาดหวัง ให้อยู่บนความเป็นจริง และเป็นไปได้ ช่วยจัดการกับอารมณ์ ทางลบที่เกิดขึ้น โดยใช้ process question เพื่อให้เข้าใจถึงการ ไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการและการไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการแท้จริง (unmet expectation and unmet yearning) และมีทางเลือก ตอบสนองความต้องการ (expectation) และความต้องการ แท้จริง (yearning) ด้วยวิธีใหม่

ครั้งที่ 2 ฝึกตั้งคำถามสำรวจใจ เพื่อให้เข้าใจตนเอง และสัมผัสพลังบวก มีกิจกรรม 5 ส่วน ได้แก่ 1) ฝึกตั้งคำถาม สำรวจใจผ่านอารมณ์ความรู้สึกทางลบ และช่วยให้เห็นว่า เบื้องหลังของความโกรธ คือ ความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดี และช่วยให้ใจเชื่อมโยงกับความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีนั้น เพื่อสัมผัสพลังบวก 2) ช่วยให้เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง ความต้องการทางใจ และตัวตน (ทรัพยากรภายใน) ของตนเอง เมื่อมีสิ่งเข้ามา กระทบใจ 3) ฝึกประสบการณ์จัดการผลกระทบที่เกิดจาก สิ่งรบกวนจิตใจ โดยการตั้งคำถามสำรวจใจ เพื่อให้เข้าใจ ตนเอง สัมผัสพลังบวกภายในตัวเอง ตัดสินใจเลือกดูแล จัดการผลกระทบนั้นในวิธีที่แตกต่างจากเดิม และให้มี ประสบการณ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในจิตใจเชิงบวก 4) มอบหมายการบ้าน “ให้ฝึกประสบการณ์ตั้งคำถาม

สำรวจใจ 3 ข้อ คือ กำลังรู้สึกอย่างไร-ต้องการอะไร- สิ่งที่ต้องการนั้นสำคัญอย่างไร” เพื่อให้เกิดความตระหนัก และรับผิดชอบเพิ่มเติม yearning ได้ด้วยตนเอง และ 5) ให้สุขภาพจิตศึกษาในด้านความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัด ในการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ (health) ทั้งของตนเองและของเด็ก ชี้แจงให้ผู้รับบริการตระหนัก และเข้าใจถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด (out-patient referral) และให้ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค (therapeutic diet) หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ครั้งที่ 3 จัดการความสัมพันธ์ให้สมดุล มีกิจกรรม 5 ส่วน ได้แก่ 1) ทบทวนผลของการทำบ้าน 2) สำรวจ วิธีการที่คุ้นเคยในการเผชิญกับปัญหาหรือความขัดแย้ง และใช้รูปภาพให้เลือกวิธีการที่มักใช้เผชิญกับปัญหา หรือความขัดแย้ง ได้แก่ blaming, super-reasonable, placating, irrelevant และให้ปั้นทำนั้น (sculpting) พร้อม กับสำรวจสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจเมื่ออยู่ในทำนั้น 3) ช่วยให้มีวิธี เผชิญปัญหาในรูปแบบมีความสอดคล้องกลมกลืนในตัวเอง มากขึ้น (congruence stance) 4) ทบทวนลักษณะการสื่อสาร ที่ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจกัน/ขัดแย้งกัน/ทะเลาะกัน และฝึกประสบการณ์ใช้ทักษะ I-massage และ 5) สรุป ประสบการณ์ที่ได้รับ แบ่งปันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แนวทางการดูแลจิตใจตนเอง ให้โอกาสซักถาม ยุติโปรแกรม และนัดติดตามที่ 1 เดือน โปรแกรม BPST ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยอาจารย์พยาบาลจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร ์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จำนวน 2 ท่าน ในรูปแบบการ สัมมนาอภิปรายคุณภาพโปรแกรมฯ หลังจากนั้นนำมา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำโปรแกรมไปทดลอง ใช้กับผู้ปกครอง จำนวน 8 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ ของภาษาที่ใช้และความเข้าใจในเนื้อหา

กลุ่มควบคุมได้รับการปรึกษาแบบสั้นโดยใช้หลัก การแก้ไขปัญหาแบบรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลา 15-30 นาที ต่อครั้ง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดปัญหาให้ชัดเจน 2) กำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผล 3) สร้างทางเลือกใน การแก้ไขปัญหา 4) เลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ พึงพอใจ และ 5) ทดลองปฏิบัติและประเมินผล ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นการบำบัดแบบออนไลน์ ส่วนครั้งที่ 3 เป็นการบำบัดแบบออนไลน์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประโยชน์ของระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และด้านคุณภาพบริการที่ได้รับในเชิงได้รับบริการตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพ

1. อบรมเตรียมความพร้อมผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวัดผล จำนวน 4 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ความพึงพอใจของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว และอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

3. ผู้ปกครองได้รับบริการคัดกรองอาการซึมเศร้า (2Q) วิดกกังวล (M.I.N.I.-O ข้อ O1a, O2a) และความเครียด (ST-5 baseline) ที่แผนกผู้ป่วยนอก ตามขั้นตอนใน Flow ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง กรณีผลคัดกรองเข้าเกณฑ์มีอาการวิตกกังวล หรือเครียด หรือซึมเศร้า ผู้ปกครองจะเข้าสู่ขั้นตอนการจัดทำแฟ้มประวัติ

4. ผู้ปกครองเข้าสู่ขั้นตอนการพบแพทย์ เมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัย และส่งเข้ารับการบำบัด

สังคมจิตใจที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว (FIC) ตาม Flow บริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง

5. ผู้ปกครองได้รับการประเมินและคัดกรองซ้ำด้วย 9Q, 8Q, M.I.N.I.- Module O ข้อ O2 (คุณรู้สึกควบคุมความคิดวิตกกังวลไม่ค่อยได้ หรือสิ่งนั้นรบกวนสมารถต่อสิ่งที่คุณกำลังทำอยู่ หรือไม่) และ O3 (ตลอด 6 เดือนที่ผ่านมาในขณะที่คุณวิตกกังวล คุณมีอาการต่อไปนี้เกือบตลอดเวลาหรือไม่) และให้ประเมิน SDQ ฉบับผู้ปกครอง (baseline) โดยผู้บำบัดที่เป็นพยาบาลจิตเวช กรณีมีเด็กในความดูแล อายุ 11-18 ปี เด็กจะประเมิน BFRS ด้วยตนเอง หลังจากนั้นดำเนินการบำบัดสังคมจิตใจผู้ปกครอง 45-60 นาที และนัดรับการบำบัดครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที

6. ในกรณีที่ผู้ปกครองนำเด็กมาด้วย จะให้ญาติที่มาร่วมกันเป็นผู้ดูแลเด็กในระหว่างที่ผู้ปกครองหลักได้รับการบำบัดสังคมจิตใจ หากไม่มีญาติมาด้วยจะให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลเด็ก

7. หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจฯ ผู้ปกครองประเมินความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผ่าน QR

code นอกจากนี้ผู้ปกครองได้รับการประเมิน (post-test) ด้วย 9Q, 8Q, M.I.N.I.-O, ST-5 และประเมิน SDQ ฉบับผู้ปกครอง เด็กอายุ 11-18 ปี ประเมิน BFRS และที่การติดตาม 1 เดือน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรักษาความลับและการทำลายเอกสารเพื่อการปกปิดข้อมูลของอาสาสมัคร โดยใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของอาสาสมัครจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดลในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่ 10/2565 เลขที่โครงการวิจัย SPH.IRB004/2565SCs_Ful

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

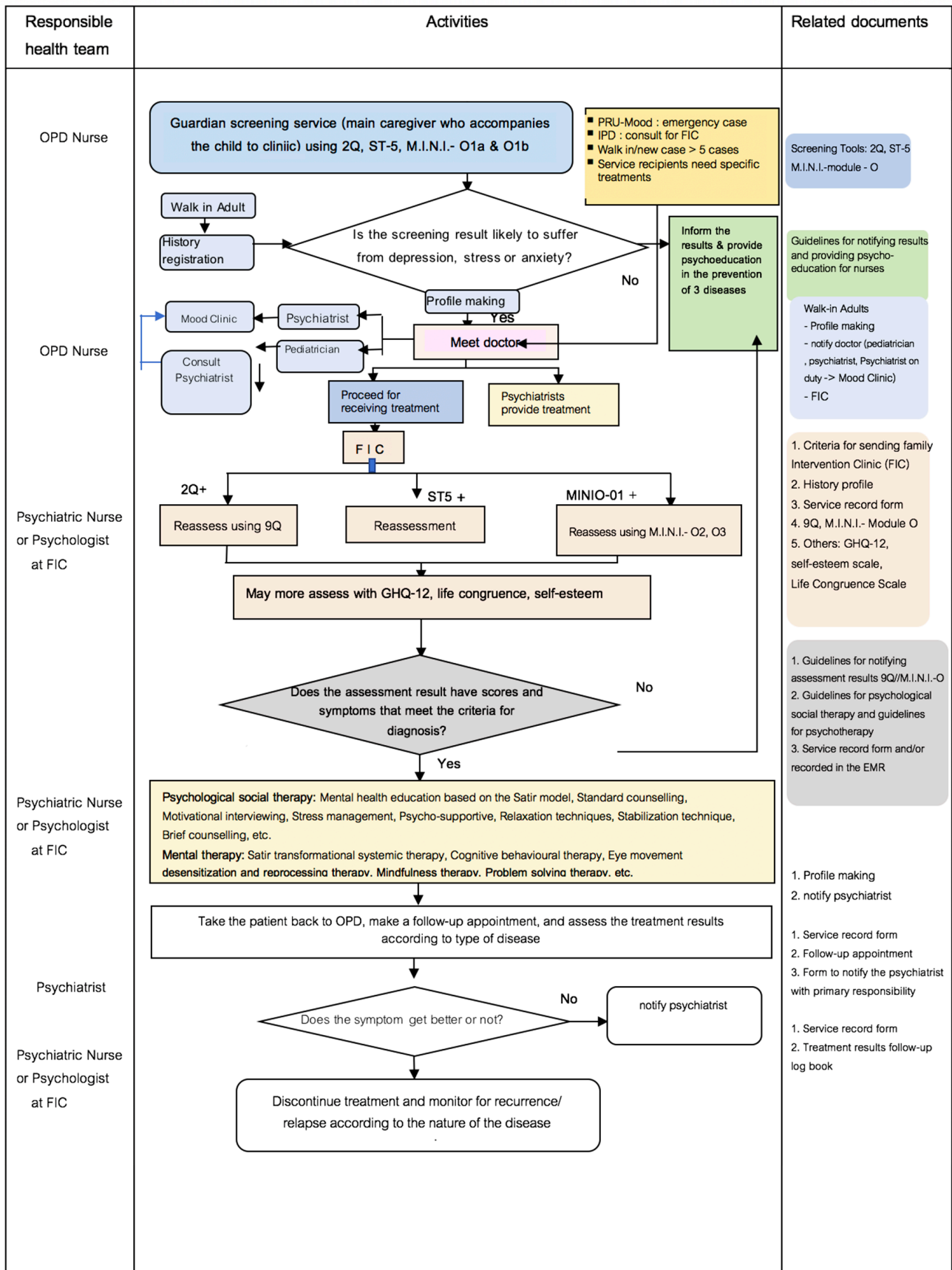
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t-test, Fisher's Exact test, และ Chi-Square test

3. เปรียบเทียบความวิตกกังวล ความเครียด อาการซึมเศร้าของผู้ปกครอง อารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก และสัมพันธภาพในครอบครัวในระหว่างก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

4. เปรียบเทียบความวิตกกังวล ความเครียด อาการซึมเศร้าของผู้ปกครอง อารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็กและสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตาม 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Friedman test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

5. เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้ปกครองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

Service procedures for guardians with depression, anxiety and stress problems



FIC is available from 10:30 a.m. to 2:30 p.m. during office hours at the Family Clinic (Room 40) on the 2nd floor of the Administration Building

Figure 1 Process of mental health service system for guardians

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการ ได้แผนผังกระบวนการขั้นตอนการให้บริการสุขภาพจิตผู้ปกครองที่เป็นระบบ และปฏิบัติเป็นแนวเดียวกันของทีมนักวิชาชีพ ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การพบแพทย์ การบำบัด สังคมจิตใจ การนัด follow-up และการประเมินติดตามผลเป็นรายบุคคล (Figure 1)

ผลการทดสอบประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองต้นแบบ ในด้านประโยชน์พบว่าช่วยให้ผู้ปกครองคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล เป็นแหล่งปรึกษาปรึกษาจิตใจ เป็นทางเลือกของการบำบัดรักษา เป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ และเป็นโอกาสของผู้ให้บริการในการนำความรู้ความเชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ ส่วนด้านคุณภาพของการบริการพบว่าผู้ปกครองร้อยละ 67 ได้รับบริการตามที่คาดหวัง ได้แก่ มีแนวทางการดูแลสุขภาพจิตของตนเองในเชิงบวก รับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น เข้าใจตนเองมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความคิดเป็นเชิงบวก ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว และได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

สำหรับการทดสอบประสิทธิภาพของบริการบำบัดสังคมจิตใจในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครอง ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ได้แก่ อายุของเด็ก (กลุ่มทดลอง $M = 11.04$, $SD = 2.07$; กลุ่มควบคุม $M = 11.63$, $SD = 2.43$; $t = -0.964$) เพศของเด็ก ($t = 0.083$) และการวินิจฉัยโรคของเด็ก ($\chi^2 = 0.000$) โดยได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกันมากที่สุด (กลุ่มทดลอง 44.2 %, กลุ่มควบคุม 40.7 %) ข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ (กลุ่มทดลอง $M = 43.67$, $SD = 7.14$; กลุ่มควบคุม $M = 45.48$, $SD = 8.18$; $t = -0.869$) เพศ ($p > .05$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 0.296$) สถานภาพสมรส ($p > .05$) จังหวัดที่อยู่อาศัย ($\chi^2 = 1.827$) อาชีพ ($p > .05$) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($\chi^2 = 1.247$) การมีโรคประจำตัว ($\chi^2 = 1.985$) รายได้ต่อเดือน ($\chi^2 = 1.192$) และความสัมพันธ์กับเด็ก ($p > .05$) ผู้ปกครองทั้งหมดมีเชื้อชาติไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับมัธยมและระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่คนเดียวหรือมีธุรกิจส่วนตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวมี 4 คนขึ้นไป ไม่มีโรคประจำตัว มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และความสัมพันธ์กับเด็กคือเป็นมารดา

Table 1 Comparisons of guardians' mental health status including anxiety, stress, and depression, children's emotional and social-behavioral problems (SDQ), and family relationship (BFRS) in experimental ($n = 27$) and control ($n = 27$) groups, across three time-points

Mental health status	Baseline		After the program		1 month follow-up		Friedman	
	Mean Rank	Mean (SD)	Mean Rank	Mean (SD)	Mean Rank	Mean (SD)	Chi-square	p-value
Anxiety								
Experiment	2.26	0.52 (0.51)	1.87	0.26(0.45)	1.87	0.26(0.45)	8.909	.012
Control	1.69	0.22 (0.42)	2.30	0.63(0.49)	2.02	0.44(0.51)	9.100	.011
Stress								
Experiment	2.65	6.96 (3.73)	1.80	4.52 (3.59)	1.56	3.52 (2.44)	22.092	<.001
Control	1.78	2.78 (2.66)	2.31	4.26 (2.26)	1.91	3.44 (3.52)	4.821	>.05
Depression								
Experiment	2.70	13.81 (12.31)	1.87	7.11 (7.72)	1.43	5.63 (6.79)	28.871	<.001
Control	1.83	1.93 (4.51)	2.04	6.00 (15.62)	2.13	5.44 (15.29)	2.528	>.05
SDQ								
Experiment	2.65	21.74 (5.01)	1.74	19.70 (5.52)	1.61	18.78 (4.81)	19.809	<.001
Control	1.61	13.59 (9.01)	2.44	21.70 (4.67)	1.94	17.11 (9.06)	9.771	.008
BFRS								
Experiment	1.63	32.56 (23.06)	2.11	34.44 (25.00)	2.26	37.19 (27.70)	10.533	.005
Control	1.22	3.59 (12.94)	2.37	51.48 (26.34)	2.41	51.78 (26.30)	37.829	<.001

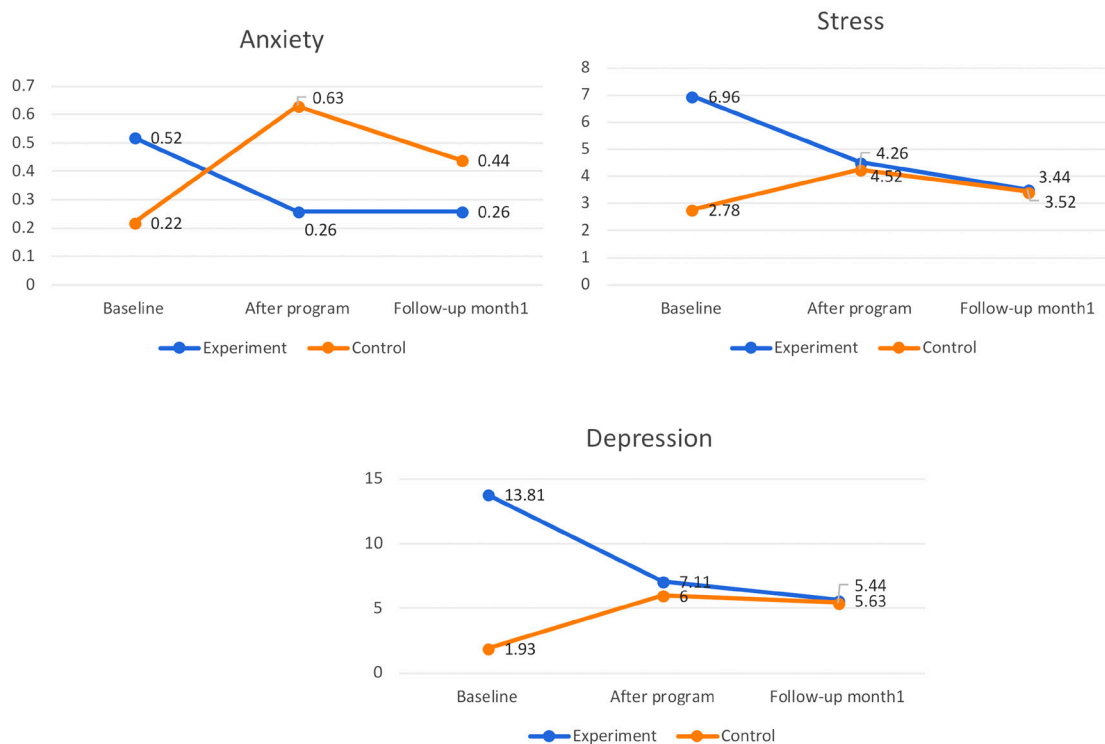


Figure 2 Changes in guardians' mental health status including anxiety, stress, and depression in experimental (n = 27) and control (n = 27) groups at baseline, after the program, and 1-month follow-up

ในระลอกก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวล ($Z = -2.233, p = .026$) ความเครียด ($Z = -3.893, p < .001$) อาการซึมเศร้า ($Z = -5.082, p < .001$) ปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก ($Z = -3.437, p < .001$) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ($Z = -5.371, p < .001$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบในระลอกก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล ($\chi^2 = 8.909, p = .012$) ความเครียด ($\chi^2 = 22.092, p < .001$) อาการซึมเศร้า ($\chi^2 = 28.871, p < .001$) และปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก ($\chi^2 = 19.809, p < .001$) น้อยลง และมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ($\chi^2 = 10.533, p = .005$) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 1) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวล ($\chi^2 = 9.100, p = .011$) และปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก ($\chi^2 = 9.771, p = .008$) เพิ่มขึ้นหลังทดลองแล้วลดลงในการติดตาม 1 เดือน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ($\chi^2 = 37.829, p < .001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ความเครียดและอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 1, Figure 2)

ด้านความพึงพอใจพบว่า ภายหลังได้รับการบำบัด สังคมจิตใจ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการบริการที่ได้รับ ($M = 2.67, SD = 0.25, \text{Mean rank} = 13.36$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.35, SD = 0.07, \text{Mean rank} = 3.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.017, p = .043$) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจรายด้าน ได้แก่ ด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ($Z = -1.427, p > .05$) ด้านการเปลี่ยนแปลงความคิด ($Z = -1.873, p > .05$) และด้าน การได้รับความรู้ความเข้าใจ ($Z = -0.947, p > .05$) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระบบบริการสุขภาพจิต ผู้ปกครองที่ได้พัฒนาขึ้นนั้น มีประสิทธิภาพ โดยเป็นแหล่ง ประโยชน์ในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อการ บำบัดดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง เป็นประโยชน์ ต่อครอบครัว รวมทั้งประโยชน์ต่อพยาบาลและทีม สหวิชาชีพในการนำความรู้ความเชี่ยวชาญไปช่วยผู้ปกครอง ให้ได้รับความรู้ความเข้าใจและประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง ในการทำงานเชื่อมโยงกันให้มีคุณภาพ ซึ่งพบว่าระบบบริการ

สุขภาพจิตผู้ปกครองมีคุณภาพบริการที่ดี โดยผู้ปกครองร้อยละ 67 ได้รับบริการตามที่คาดหวัง ผู้ปกครองทุกรายมีความคิดเห็นต่อระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองทั้ง 5 ด้าน ในระดับดีมาก ได้แก่ การบริการคัดกรองโรคทางกาย การรับบริการซักประวัติ การบริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การบริการพบแพทย์ และความเชื่อมโยงของบริการแต่ละแผนก นอกจากนี้ ยังได้แสดงความคิดเห็นในคำถามปลายเปิด ถึงความรู้สึกที่ดีหลังได้รับบริการบำบัดจิตใจ มีความสนใจในการมารับบริการครั้งต่อไป และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ผลการวิจัยนี้แสดงถึงการได้รับประโยชน์จากบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองที่นำสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกภายในจิตใจ จึงส่งผลให้รับรู้ว่าคุณเองได้รับบริการ “ตามที่คาดหวัง” สามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการ โดยใช้ผลการสำรวจและผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นตอน “need assessment analysis” ซึ่งจัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้ปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนและให้บริการตามความเชี่ยวชาญเฉพาะทางนั้น ช่วยให้บริการสุขภาพจิตมีลักษณะตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับหลักการของการพัฒนาบริการสุขภาพจิตที่ดีและเป็นประโยชน์ตามแนวคิดของ Saraceno และคณะ¹²

นอกจากนี้ การที่ผู้ปกครองมีปัญหาสุขภาพจิตด้านซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล หรือมีปัญหาสุขภาพจิตหลายอาการผสมผสานกัน เมื่อได้รับการบำบัดจิตใจหรือการให้การปรึกษาเชิงลึก จะช่วยให้มีประสบการณ์ดูแลอารมณ์ความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีใหม่ที่ได้ผล มีการเปลี่ยนแปลงความคิดการรับรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มความสุขให้ตนเองหรือช่วยลดความเครียดความกังวลได้ รวมทั้งลดความคาดหวังต่อตนเอง ต่อเด็ก หรือต่อสมาชิกในครอบครัว ในกรณีเป็นความคาดหวังที่เกินจริงหรือไม่สมเหตุผล สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ มาสซูลานี-เอ็มเวล และคณะ²¹ จำนวน 21 การศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ “psychosocial intervention” ในปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ขั้นตอนบริการตาม Flow บริการสุขภาพจิตผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้นและมีการปรับปรุงแก้ไขจนเป็นฉบับทดสอบประสิทธิภาพครั้งที่ 2 นั้น เป็นขั้นตอนบริการที่สามารถปฏิบัติได้จริงและให้ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ สอดคล้องกับแนวคิดประโยชน์ของการพัฒนางานด้วยการเขียนขั้นตอนการทำงานให้ชัดเจน²² เพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถนำไปปฏิบัติงานได้โดยไม่สับสน ช่วยในการตรวจสอบ และแก้ไขวิธีการปฏิบัติงานเมื่อเกิดข้อผิดพลาดช่วยให้การเปลี่ยนแปลงแก้ไขการปฏิบัติงานที่ทำได้ง่ายสะดวกและรวดเร็ว และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถศึกษาขั้นตอนการปฏิบัติงานได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้น อีกทั้ง Flow บริการสุขภาพจิตผู้ปกครองดังกล่าวได้แสดงถึงการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและสหวิชาชีพเพื่อเกื้อกูลกันให้บรรลุเป้าหมายร่วมคือผู้รับบริการปลอดภัยและได้รับประโยชน์สูงสุด

ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวซาเทียร์โมเดล (BPST) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดสังคมจิตใจในระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองนั้น พบว่ามีประสิทธิผลที่ดี เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมร่วมกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ปกครองลดลง อธิบายได้จากการที่ผู้ปกครองได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและอาการของเด็ก รวมถึงอาการของตนเอง ได้รับสุขภาพจิตศึกษาเพิ่มเติมและได้รับการดูแลปฏิบัติทางอารมณ์ในโปรแกรมครั้งที่ 1 ได้ฝึกประสบการณ์การตั้งคำถามสำรวจจิตใจตนเองเพื่อให้เข้าใจตัวเองและสัมผัสกับพลังศักยภาพในตัวตนของตนเอง ในโปรแกรมครั้งที่ 2 อีกทั้งได้มีประสบการณ์จัดการความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ในภาวะสมดุลโดยการเปลี่ยนแปลงวิธีเผชิญกับความขัดแย้งในรูปแบบใหม่ที่มีความสอดคล้องกลมกลืนในตัวเองมากขึ้น ในโปรแกรมครั้งที่ 3 จึงอาจส่งผลให้ระดับต่างๆในภูเขาน้ำแข็งจิตใจของผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงทางบวก ซึ่งส่งเสริมให้มีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมากขึ้น¹³ ความวิตกกังวลที่ลดลงจึงเป็นตัวแปรสำคัญในการสะท้อนถึงการมีความสุขในจิตใจ หรือความสอดคล้องกลมกลืนในตัวเองมากขึ้น ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ดูแลหลักของเด็กโรคมะเร็งที่พบว่า ผู้ดูแลมีการปรับตัว

ในเชิงบวก และลดความวิตกกังวล²³

อาการซึมเศร้าของผู้ปกครองกลุ่มทดลองลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงผลที่ดีของโปรแกรม BPST ในการลดอาการซึมเศร้า อย่างไรก็ตามควรมีการติดตาม เพื่อส่งเสริมการลดลงอย่างต่อเนื่องของอาการซึมเศร้าในผู้ปกครอง เช่นเดียวกับความเครียดของผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากโปรแกรมครั้งที่ 3 ที่ผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการสื่อสารให้เป็นเชิงบวก จึงส่งผลให้ความเครียดของผู้ปกครองลดลง อีกทั้งกลุ่มทดลองได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอาการ และการปฏิบัติต่อเด็ก ในรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษา (โปรแกรมครั้งที่ 1) จึงอาจช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองได้ และอธิบายได้จากหลักฐานทางวิชาการที่ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก²⁴ นอกจากนี้กลุ่มทดลอง 21 ราย มีรายได้ครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน อาจเป็นปัจจัยปกป้องความเครียดของผู้ปกครอง²⁵

ปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็กกลุ่มทดลองลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีปัญหาเพิ่มขึ้นหลังทดลองแล้วจึงลดลงที่การติดตาม 1 เดือน ทั้งนี้ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนน SDQ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม BPST ร่วมกับการรักษาด้วยยา ช่วยลดปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็กได้ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ปกครองได้รับการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้น ปัญหาสุขภาพจิตบางด้านอาจคลี่คลายลงนำไปสู่การมีความสัมพันธ์กับเด็กในเชิงบวกมากขึ้น เข้าใจเด็กในความดูแลได้มากขึ้น เมื่อผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง ย่อมมีผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงของเด็กในด้านอารมณ์ด้านสังคมและด้านพฤติกรรม ผลการศึกษานี้ สนับสนุนผลการทบทวนความสำคัญของบทบาทผู้ปกครองในการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลเด็กออทิสติกที่เอื้อประโยชน์ต่อการเข้าใจความต้องการของเด็ก ตลอดจนการมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นของเด็ก²⁶ และคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา^{14, 27} ที่พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงการบำบัดแบบชาเทียร์โมเดล 6 ครั้ง ช่วยให้ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกและผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น มีความเครียดลดลงและเด็ก

ให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น นำไปสู่สัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนถึงการมีความเชื่อมโยงกันระหว่างสุขภาพจิตของผู้ปกครองกับการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพในครอบครัวในเชิงบวก อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ปกครองได้มีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงวิธีเผชิญกับความขัดแย้งในรูปแบบใหม่แทนการใช้วิธีเดิม และนำไปสู่ความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการที่ได้รับของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองที่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี ควรนำไปใช้ในงานประจำของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โดยพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดลในการดูแลผู้ปกครอง เพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครองและปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก รวมทั้งเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการที่ได้รับ อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยอาจเป็นการโทรศัพท์ติดตามหรือการนัดมารับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ปกครองงไวซึ่งการมีสุขภาพจิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาผลในระยะกลางและระยะยาวของโปรแกรมการบำบัดสังคมจิตใจแบบสั้นแนวชาเทียร์โมเดล เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลของโปรแกรม นอกจากนี้ในการทดสอบผลของโปรแกรมครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยแบบ Randomized controlled trail (RCT)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดดังนี้ 1) ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก และประเภทหรือชนิดของการได้รับยาของผู้ปกครอง 2) ในระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวล ความเครียด อาการซึมเศร้า ปัญหาอารมณ์สังคมและพฤติกรรมของเด็ก และสัมพันธภาพในครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ อย่างไรก็ตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและของเด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการในการให้ความร่วมมือตลอดโครงการ

References

1. Medical records sector, Rajanagarindra Institute of Child Development: Outpatient service recipient statistics, fiscal year 2018, 2019, 2020. Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
2. Family Mental Health Promotion Clinic. Report on the analysis of data from routine work. Family intervention clinic, fiscal year 2018. Rajanagarindra Institute of Child Development; 2018. (in Thai)
3. Family Mental Health Promotion Clinic. Report on the analysis of data from routine work. Family intervention clinic, fiscal year 2018-2020. Rajanagarindra Institute of Child Development; 2020. (in Thai)
4. Bitsika V, Sharpley CF, Bell R. The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2013; Springer Published Online:1-11. doi: 10.1007/s10882-013-9333-5
5. Zablotsky B, Bradshaw CP, Stuart EA. The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2013; 43:1380-1393. doi: 10.1007/s10803-012-1693-7
6. Chalotorn P. Prevalence and associated factors of depression among the primary caregivers of patients with ADHD at Chaophrayayommarat Hospital in Thailand. *Region 4-5 Medical Journal* 2021; 40(3): 429-438. (in Thai)
7. Emerson E, Brigham P. Health behaviours and mental health status of parents with intellectual disabilities: cross sectional study. *Public Health* 2013; 127: 1111-1116.
8. Mensah FK, Kiernan KE. Parents' mental health and children's cognitive and social development. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009; Springer Published Online:1-13. doi: 10.1007/s00127-009-0137-y
9. Suphapitiporn S. Stress of parents of children with disabilities who bring their children to receive services at the central special education center, Bangkok [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
10. Samartzis L, Dimopoulos S, Tziogourou M, Nanas S. Effect of psychosocial interventions on quality of life in patients with chronic heart failure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Card Fail* 2013; 19(2):125-134.
11. Czaja S J, Loewenstein D, Schulz R. A videophone psychosocial intervention for dementia caregivers. *Am Assoc Geriatr Psychiatry* 2013; 21(11):1071-1081.
12. Saraceno B, Ommeren M, van Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Global Mental Health* 5; 2007. [Published online]. Available from: www.thelancet.com
13. Limsuwan N, Limsuwan N. Psychotherapy using the Satir Model. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57(3), 251-258. (in Thai)
14. Srikosai S, Donnok P, Taweewattanapreecha S, Saipanich R. Clinical manifestations and adherence to medication. of ADHD and harmony in parents' lives after receiving the Satir model mental health education program. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018; 63(3):227-246. (in Thai)
15. Department of Mental Health. Scores according to criteria for research, development and utilization of innovation/technology in mental health and psychiatry of the agency KPI 24 Department of Mental Health Strategic Issue 2: Developing the quality of mental health and psychiatric service and academic systems Dimension 3 Performance dimensions. Details indicators according to the performance certification of the agency Fiscal Year 2019 Department of Mental Health; 2019. (in Thai)
16. Waiyawut S. Research design: research and development (R&D) and action research models participatory (PAR). Power point assembly training. "Create a new generation of researchers" (chicks), generation 7. The National Research Council of Thailand together with Naresuan University. Date 14-18 January 2019; 2019. (in Thai)

17. Department of Mental Health. Mental health test. Available from: <https://dmh.go.th/test/> (in Thai)
18. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The validity of the mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.)-Thai version. Journal of Mental Health of Thailand 2005; 13(3):125-135. (in Thai)
19. Kongsuh A, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2018; 63(4):321-334.
20. Srikosai S, Wongpothi U, Wongmuang N, Thippanya K, Takham A, Khamfu C, et al. The validity and reliability of the brief family relationship scale (BFRS) for applying in Thai youth. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2022; 67(4):329-341. (in Thai)
21. Masulani-Mwale C, Mathanga D, Kauye F, Gladstone M. Psychosocial intervention for parents of children with intellectual disabilities-A narrative review and implications for low-income setting. Ment Health Prev 2018; 11:24-32.
22. Ningsanon C, Yontrajitphakdi N, Thaotang W. Writing workflow. Training documents. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2021. (in Thai)
23. Safarabadi-Farahani A, Maarefvand M, Biglarian A, Khubchandani J. Effectiveness of a brief psychosocial intervention on quality of life of primary caregivers of Iranian children with cancer: A randomized controlled trial 1, 2. Journal of Pediatric Nursing 2016; 31(4):e262-e270.
24. Charoenchaiyaporn T. Correlation of knowledge and stress level among parents of children with autism [Independent Study]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2011. (in Thai)
25. Jongpaisansakul P, Suppavitiporn S. Stress of custodians of disabled children who attend special education center of the central region, Bangkok. Chulalongkorn Medical Journal 2014; 58(3): 355-369. (in Thai)
26. Burrell TL, Borrego J. Parents' involvement in ASD treatment: What is their role? Cogn Behav Prac 2012; 19:423-432.
27. Srikosai S, Dornnork P, Somchai C, Sriseub P, Taweewattanaprecha S, Saipanish R. Clinical outcome and parents' life congruence of children with autism spectrum disorder after a Satir model based psychoeducational program. International Journal of Child Development and Mental Health 2019; 7(2):41-54. (in Thai)