

Factorial Structure Analysis of the Childhood Trauma Questionnaire among Thai Psychiatric Patients: An Exploratory Factor Analysis (EFA)*

Bungorn Uttachart, RN, MNS¹, Sirada Kesornsri, RN, PhD¹, Acharaporn Seeherunwong, RN, DNS¹, Ching-Lan Esther Lin, RN, PhD²

Abstract

Purpose: To examine the factorial structure of the Thai version of the Childhood Trauma Questionnaire by an Exploratory Factor Analysis among Thai psychiatric patients.

Design: A methodological research design.

Method: The sample consisted of 182 psychiatric inpatients aged 18-59 years who were diagnosed with psychiatric disorders according to the ICD-10 criteria. All participants exhibited violent behavior as a chief complaint requiring emergency psychiatric services and were admitted for inpatient treatment for at least two weeks. Data were collected using a demographic questionnaire and the Thai version of the Childhood Trauma Questionnaire. Descriptive statistics were used for data analysis, along with assessments of content validity, internal consistency (Cronbach's alpha), and construct validity via exploratory factor analysis.

Main findings: The scale-level content validity index was .93, and Cronbach's alpha for the 25-items Thai CTQ was .92. EFA using varimax rotation yielded a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of .87 and a statistically significant Bartlett's test of sphericity ($p < .001$). Five factors were extracted, explaining 70.3% of the total variance, with factor loadings ranging from .45 to .89.

Conclusion and recommendations: The Thai version of the Childhood Trauma Questionnaire demonstrates acceptable validity and reliability. It is appropriate for use in assessing childhood trauma experiences among Thai psychiatric patients.

Keywords: childhood trauma questionnaire, exploratory factor analysis, psychiatric patients, Thailand

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(2):141-154.

Corresponding Author: Assistant Professor Sirada Kesornsri, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: sirada.kas@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taiwan, ROC.

Received: 16 April 2025 / Revised: 22 May 2025 / Accepted: 27 May 2025

การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถาม บาดแผลทางใจในวัยเด็ก ในผู้ป่วยจิตเวชไทย: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ*

บงอร อุทธชาติ, พย.ม.¹ ศิรดา เกษรศรี, ปร.ด.¹ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ด.¹ Ching-Lan Esther Lin, RN, PhD²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็กฉบับภาษาไทย โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ในผู้ป่วยจิตเวช

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงระเบียบวิธีวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 อายุระหว่าง 18-59 ปี มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง เป็นอาการสำคัญที่ต้องเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลจิตเวช และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 182 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็กฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) และความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการวิจัย: แบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก ฉบับภาษาไทย จำนวน 25 ข้อ พบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (varimax) ได้ค่า KMO เท่ากับ .87 และ Bartlett's test of sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สกัดได้ 5 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 70.3 โดยมีค่าน้ำหนักปัจจัย (factor loading) อยู่ระหว่าง .45 ถึง .89

สรุปและข้อเสนอแนะ: แบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก ฉบับภาษาไทยมีความตรงและความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินประสบการณ์บาดแผลทางใจในวัยเด็กในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไทยได้

คำสำคัญ: แบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ผู้ป่วยจิตเวช ประเทศไทย

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(2):141-154.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิรดา เกษรศรี, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: sirada.kas@mahidol.ac.th

* วิทยาลัยนวัตกรรมการพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taiwan, ROC.

วันที่รับบทความ: 16 เมษายน 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 22 พฤษภาคม 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 27 พฤษภาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

รายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าประชากรโลกประมาณ 1 ใน 8 คนมีความผิดปกติทางสุขภาพจิต¹ ขณะที่ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 2.9 ล้านคน² หนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว คือ ประสบการณ์การถูกละเลยและการถูกละเลยในวัยเด็ก (childhood abuse and neglect) หมายถึง การปฏิบัติไม่ดี หรือการถูกละเลยในวัยเด็ก ที่เคยเกิดขึ้นเมื่ออายุต่ำกว่า 18 ปี รวมถึงการทารุณกรรมทางร่างกาย อารมณ์ การทารุณกรรมทางเพศ ความประมาทเลินเล่อ การแสวงหาผลประโยชน์ทางการค้า หรือการแสวงหาผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ส่งผลเกิดการคุกคาม อันตรายที่เกิดขึ้นจริง หรือศักดิ์ศรีของเด็กในบริบทของความสัมพันธ์ของความรับผิดชอบ ความไว้วางใจ หรือการใช้อำนาจเหนือเด็ก³ โดยประสบการณ์บาดแผลทางใจในวัยเด็กส่งผลให้การทำงานของแกน HPA (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Dysregulation) ซึ่งเป็นระบบหลักในการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกาย เกิดความผิดปกติอย่างยาวนาน⁴ ส่งผลต่อการตอบสนองของฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ที่ผิดปกติ และมีความสัมพันธ์กับความเปราะบางต่อการเกิดโรคทางจิตเวชหลายชนิด รวมถึงโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และโรคจิตเภท และอาจส่งผลต่อความรุนแรงของโรค⁵⁻⁶ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคอารมณ์สองขั้วที่มีประวัติบาดแผลทางใจในวัยเด็ก มีการเผาผลาญคอร์ติซอลที่สูงขึ้น ซึ่งอาจเชื่อมโยงกับการทำงานของสมองส่วนการรู้คิด (cognitive function) ที่แย่งลง⁷ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อการทำงานด้านการรู้คิด (cognitive deficits) และเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น⁸

ประสบการณ์บาดแผลทางใจในวัยเด็กยังส่งผลต่อการจัดการและควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย อาจมีอาการที่ตอบสนอง

ไวเกินไป หรือในทางกลับกันอาจมีอาการเฉยชาด้านทางอารมณ์ (emotional numbness)⁹ ในการควบคุมอารมณ์นี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้น และอาจส่งผลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพและการปรับตัวในชีวิตประจำวัน¹⁰ นำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม และเพิ่มความเปราะบางต่อการเกิดอาการทางจิตเวชซ้ำ และเพื่อรับมือกับความเจ็บปวดจากบาดแผลทางใจบางคนอาจมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด การทำร้ายตนเอง หรือการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ในอดีต พฤติกรรมเหล่านี้สามารถทำให้ความรุนแรงของโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ลดประสิทธิภาพการรักษา และเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ¹¹ ทั้งนี้ การประเมินประสบการณ์การถูกละเลยในวัยเด็ก ในผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบ จึงมีความสำคัญต่อการวางแผน การดูแลรักษาแบบองค์รวม

แบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) เป็นแบบสอบถามประเมินตนเองที่ได้รับการพัฒนาเพื่อวัดประสบการณ์การถูกละเลย และการละเลยในวัยเด็ก ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Bernstein และคณะ¹² ในปี ค.ศ. 1990 มีทั้งหมด 70 ข้อ และต่อมาได้รับการพัฒนาเป็นฉบับย่อ ปี ค.ศ. 2003 ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยมีข้อคำถาม 28 ข้อ มีแนวความคิดมองว่าบาดแผลทางใจในวัยเด็กประกอบด้วยมิติที่หลากหลาย ไม่ได้จำกัดอยู่แค่การถูกทำร้ายร่างกายหรือการถูกล่วงละเมิดทางเพศเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการถูกละเลยทางอารมณ์ และการถูกละเลยทั้งทางร่างกายและทางอารมณ์ ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของบุคคลได้โดยสามารถวัดความถี่และความรุนแรงของประสบการณ์ได้อย่างครอบคลุมผ่านการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเชิงจิตวิทยาในหลายประเทศ¹³ สามารถวัดการถูกละเลยทั้งทาง

ร่างกายและอารมณ์ ซึ่งเป็นมิติที่สำคัญของ ประสบการณ์ ไม่เพียงประสงค์ในวัยเด็ก ประเมินแบบย้อนหลังกับผู้ใหญ่เพื่อ ประเมินประสบการณ์ในวัยเด็กได้ มีจำนวนข้อน้อย ทำให้ง่าย ต่อการนำไปใช้ นอกจากนี้ Minimization/Denial Scale ซึ่งเป็น domain ย่อย ของ CTQ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ ยังช่วยในการตรวจสอบแนวโน้มที่ผู้ตอบอาจจะลดทอนหรือ ปฏิเสธประสบการณ์บาดแผลของตนเอง ซึ่งเพิ่มความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลที่ได้ มีข้อมูลบรรทัดฐานและเกณฑ์การตัดคะแนน เพื่อช่วยในการแปลผลความรุนแรงของประสบการณ์ในแต่ละด้าน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการประเมินทางคลินิก จุดอ่อนและข้อจำกัด ของ CTQ ที่อาจพบได้ คือ จากความแตกต่างด้านวัฒนธรรม อาจส่งผลให้เข้าใจข้อคำถามในมาตรฐานวัดย่อยบางด้านไม่ตรง ตามความเป็นจริง รวมถึงการประเมินโดย CTQ เป็นการถามแบบ ย้อนหลัง ในผู้ใหญ่อาจมีความคลาดเคลื่อนจากการลืม หรือ การตีความเหตุการณ์ในอดีตที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา อย่างไรก็ตาม การนำ CTQ มาใช้ในบริบทภาษาและวัฒนธรรมไทย จำเป็นต้องมีการแปลและปรับใช้ให้เหมาะสม พร้อมผ่าน กระบวนการตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจว่า แบบสอบถามสามารถสะท้อนประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย ได้อย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือ

ดังนั้น การศึกษาคุณภาพของแบบสอบถาม CTQ ฉบับภาษาไทยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ ถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจส่งผล ต่อการดำเนินโรคทางจิตเวช เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม แม้แบบสอบถาม CTQ จะได้รับการยอมรับ ในระดับสากล แต่ในบริบทของประเทศไทย การมีเครื่องมือประเมิน บาดแผลทางใจในวัยเด็กฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ อย่างเป็นระบบและรอบด้าน โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีความเปราะบางและลักษณะเฉพาะ ยังคงเป็นประเด็น

ที่ต้องการการศึกษาโดยในประเทศพบการศึกษาของพรสุตา เจริญชีพ, อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และศิริดา เกษรศรี¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัย ทำนายอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ต้องขัง และพบว่าประวัติการถูก ทารุณกรรมในวัยเด็กตามการประเมินด้วย CTQ ไม่สามารถ ทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .56$) ผลการศึกษาดังกล่าวนี้ยิ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็น ในการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ CTQ ในกลุ่มประชากร ที่แตกต่างกัน รวมถึงความสำคัญของการพิจารณาปัจจัยทางบริบท และลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่อาจส่งผลต่อการทำงาน ของเครื่องมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษา คุณภาพของ CTQ ฉบับภาษาไทยเชิงโครงสร้างในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ที่มีพฤติกรรมรุนแรงและเข้ารับบริการในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนและต้องการเครื่องมือประเมินที่แม่นยำ เพื่อประกอบการวางแผนการดูแลรักษา การขาดเครื่องมือ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพอย่างครอบคลุมสำหรับกลุ่มผู้ป่วย จิตเวชไทยโดยเฉพาะนี้ ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการทำความเข้าใจ บทบาทของบาดแผลทางใจในวัยเด็กต่อการเกิดและการดำเนิน โรครทางจิตเวชในบริบทวัฒนธรรมไทย และอาจส่งผลต่อการ พัฒนาการป้องกันและการจัดโปรแกรมที่ไม่ชัดเจน ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมุ่งหวังที่จะตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม CTQ ฉบับภาษาไทย เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีมาตรฐานทางวิชาการ มีความแม่นยำในการประเมินสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไทย ซึ่งจะเป็รากฐานสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ การวิจัยในอนาคต และนำไปสู่การวางแผนการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและ สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถาม บาดแผลทางใจในวัยเด็ก (CTQ) ฉบับภาษาไทย โดยใช้การวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis, EFA) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงระเบียบวิธีวิจัย (methodological research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลจิตเวช¹⁵ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นชุดเดียวกันกับงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 อายุระหว่าง 18-59 ปี เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลจิตเวช การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) มีประวัติพฤติกรรมรุนแรงเป็นอาการสำคัญที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 2) ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์การคัดออกได้แก่ 1) มีความบกพร่องทางสติปัญญา ความพิการทางร่างกาย และ 2) มีอาการทางจิตรุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมได้

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์องค์ประกอบ โครงสร้างเชิงสำรวจของแบบสอบถามควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5-10 เท่าของจำนวนข้อคำถาม¹⁶⁻¹⁷ ซึ่งแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็กมีทั้งสิ้นจำนวน 25 ข้อ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 125 คน สำหรับการศึกษาคั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 182 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

2. แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) พัฒนาโดย Overall และ Gorham¹⁸ ผู้วิจัยใช้ฉบับภาษาไทยแปลโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์¹⁹

สำหรับประเมินอาการทางจิตจำนวน 18 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการทางจิตหรือมีอาการทางจิตระดับน้อยเท่านั้น คือได้คะแนน ≤ 36 คะแนน เครื่องมือผ่านการใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ได้ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ .80 ผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .95²⁰

3. แบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก (Childhood trauma questionnaire, CTQ) พัฒนาโดย Bernstein และคณะ¹² ผู้วิจัยใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ พรสุตา เจริญชีพ, อติศยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และศิริดา เกษรศรี¹⁴ จากงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ต้องขัง” มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์และศึกษาคั้งนี้ ซึ่งแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้ได้ผ่านการบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ตามแนวทางของ Brislin²¹ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวช และเชี่ยวชาญด้านการใช้สองภาษาในกระบวนการแปลย้อนกลับได้มีการตรวจสอบความตรงของภาษาเปรียบเทียบกับต้นฉบับ และความหมายเชิงปฏิบัติการของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในกลุ่มผู้ต้องขังจำนวน 280 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86 โดยแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 28 ข้อ เกี่ยวข้องกับการประเมินบาดแผลทางใจในวัยเด็ก 5 ด้าน และในด้านที่ 6 ซึ่งเรียกว่า minimization/denial จะมีจำนวน 3 ข้อ ไม่นำมารวมคิดคะแนน แต่เป็นคำถามสำหรับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล คือ หากมีการตอบ “ไม่จริงเลย” ทั้ง 3 ข้อ มีแนวโน้มที่จะปฏิเสธหรือมองข้ามการถูกกระทำ และถ้าหากพบความไม่น่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้พัฒนาเครื่องมือแนะนำให้ดำเนินการสัมภาษณ์ซ้ำหรือใช้เครื่องมืออื่นประเมินร่วม²² ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยไม่พบการตอบข้อคำถามที่ลดความน่าเชื่อถือของข้อมูล รายละเอียดข้อคำถามรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบรายด้านและข้อคำถามของแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก

รายด้าน	ข้อคำถามที่
1. การทารุณกรรมทางร่างกาย (physical abuse)	9, 11, 12, 15, 17
2. การทารุณกรรมทางอารมณ์ (emotional abuse)	3, 8, 14, 18, 25
3. การทารุณกรรมทางเพศ (sexual abuse)	20, 21, 23, 24, 27
4. การละเลยทางอารมณ์ (emotional neglect)	5*, 7*, 13*, 19*, 28*
5. การละเลยทางร่างกาย (physical neglect)	1, 2*, 4, 6, 26*
6. ข้อคำถามด้านการลด/การปฏิเสธ (minimization/denial)	10, 16, 22

* ข้อคำถามด้านลบ

เกณฑ์การให้คะแนน ใช้มาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่จริง (คะแนน = 1) ถึง จริงบ่อยครั้งมาก (คะแนน = 5) รวมมีค่าคะแนนตั้งแต่ 25-125 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูง

หมายถึง มีการถูกทารุณกรรมสูง¹² โดยคะแนนแต่ละด้าน สามารถแปลผลเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีประวัติทารุณกรรม - มีประวัติการถูกทารุณกรรมสูง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก

Childhood Trauma Questionnaire, CTQ	ไม่มีประวัติทารุณกรรม (คะแนน)	มีประวัติการถูกทารุณกรรมต่ำ (คะแนน)	มีประวัติการถูกทารุณกรรมปานกลาง (คะแนน)	มีประวัติการถูกทารุณกรรมสูง (คะแนน)
1. การทารุณกรรมทางร่างกาย	1-7	8-9	10-12	13 ขึ้นไป
2. การทารุณกรรมทางอารมณ์	1-8	9-12	13-15	16 ขึ้นไป
3. การทารุณกรรมทางเพศ	1-4	5-7	8-12	13 ขึ้นไป
4. การละเลยทางอารมณ์	1-9	10-14	15-17	18 ขึ้นไป
5. การละเลยทางร่างกาย	1-7	8-9	10-12	13 ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2024/852.1104) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา (STY.COAO30/2567)

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลา รายละเอียดการวิจัย การดำเนินการวิจัย และขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งแจ้งกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วม

เมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลต่อผู้วิจัยให้ทราบ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสังเกตความผิดปกติของความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยต่าง ๆ สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรงตลอดเวลา และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย และนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวม ทั้งนี้หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูล และเข้าถึงบันทึกข้อมูล โดยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. ภายหลังจากได้รับอนุมัติการเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่าง วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดการวิจัย และขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วย

3. เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง ผู้วิจัยจึงเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช และไม่ได้เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน ที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยได้รับการชี้แจงเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ ในขณะที่ผู้ช่วยวิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยจะใส่ชุดสุภาพที่ไม่ใช่ชุดยูนิฟอร์มของโรงพยาบาล และทำหน้าที่ในการขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย เพื่อหลีกเลี่ยงอคติและการชักจูงที่ไม่เหมาะสม

4. เมื่อผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ในการเก็บข้อมูลในผู้ป่วย โดยให้ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวประชาสัมพันธ์รายละเอียดของโครงการวิจัย และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ที่ห้องประชุมในหอผู้ป่วย ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว แต่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้เพื่อความปลอดภัย หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) 18 ข้อ เพื่อประเมินความพร้อมของผู้เข้าร่วมวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีอาการทางจิต หรือมีระดับอาการทางจิตน้อย คือ ได้คะแนน

ระดับอาการทางจิต ≤ 36 คะแนน ผู้ช่วยวิจัยจะทำการแนะนำให้รู้จักผู้วิจัย เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อส่งเสริมความไว้วางใจ สอบถามความเป็นอยู่ทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล และอาการที่นำมาโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก ทั้งสิ้นจำนวน 28 ข้อ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เป็นขั้นตอนสุดท้าย ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Version 29 ภายใต้ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็กของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 182 คน และวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (principle component analysis) ของแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก โดยหมุนแกนแบบตั้งฉาก (orthogonal) ด้วยวิธีเวริแมกซ์ (varimax) แผลผลโดยพิจารณาจากน้ำหนักปัจจัย (factor loading) ที่สูงที่สุด และมีค่าตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป²³⁻²⁴ เพื่อจัดตัวแปรเข้าองค์ประกอบหลักและเปรียบเทียบกับเครื่องมือต้นฉบับ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลจิตเวช โดยมีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอาการสำคัญ และได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เป็นเวลา 2 สัปดาห์

จำนวน 182 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 78.6 อายุอยู่ในช่วง 18-30 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.4 อายุเฉลี่ย 37.38 ปี (SD = 10.49) ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-60 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 62.81 เดือน (SD = 74.68) การวินิจฉัยโรคพบโรคจิตจากสารเสพติด (F10-19) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมาคือโรคจิตเภท (F20) ร่วมกับการใช้สารเสพติด (F10-19) คิดเป็นร้อยละ 22.4 และโรคจิตเภท (F20) คิดเป็นร้อยละ 20 โดยแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 49.68 คะแนน (SD = 14.33) โดยพบการละเลยทางอารมณ์มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.43 คะแนน (SD = 4.35) รองลงมาคือ การละเลยทางร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.77 คะแนน (SD = 3.00) และการถูกทารุณกรรมทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.04 คะแนน (SD = 3.94)

2. การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็กฉบับแปลภาษาไทยยังไม่เคยนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงข้อคำถามให้ชัดเจนและเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช จากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งหมด (S-CVI) จำนวน 28 ข้อ เท่ากับ .94 ในคำถามจำนวน 25 ข้อ เท่ากับ .93 และนำแบบสอบถามทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความเปราะบาง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

จึงอนุญาตให้ดำเนินการตรวจสอบความเข้าใจของภาษา และทดสอบค่าความเชื่อมั่น ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .79 และในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 182 คน ได้เท่ากับ .92

3. ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก จำนวน 25 ข้อ พบว่าข้อมูลที่มีอยู่เหมาะสมต่อการวิเคราะห์ โดยพิจารณาจากค่า Kaiser-Meyer-Olkin measure (KMO) พบว่าได้ค่า KMO เท่ากับ .87 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ คือ .5 และเข้าใกล้ 1 และเมื่อทำการทดสอบ Bartlett's test of sphericity ได้ค่า chi-square เท่ากับ 3404.64 มีค่า df เท่ากับ 300 มีค่านัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความสัมพันธ์กัน และสามารถใช่วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบได้²⁵

4. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก ได้ผลลัพธ์การสกัดองค์ประกอบหลัก จากการหมุนแกนแบบตั้งฉาก (orthogonal) ด้วยวิธีแวนิเม็กซ์ (varimax) จากการพิจารณาค่าไอแกน (eigen values) มากกว่า 1 สามารถจำแนกได้เป็น 5 องค์ประกอบหลัก เช่นเดียวกับต้นฉบับแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก แต่พบจำนวนตัวแปรในรายด้านแตกต่างจากต้นฉบับ ได้แก่ ด้านละเลยทางอารมณ์ พบ 8 ตัวแปร และด้านทารุณกรรมทางอารมณ์ พบเพียง 2 ตัวแปร ทั้งนี้จากทั้งหมด 25 ตัวแปร สามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 70.3 โดยแต่ละองค์ประกอบมีตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักปัจจัยสูงสุด ตั้งแต่ 2 ถึง 8 ตัวแปร รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าไอแกน ค่าร้อยละความแปรปรวน ค่าร้อยละความแปรปรวนสะสม จำนวนตัวแปรบ่งชี้ ค่าน้ำหนักปัจจัย และค่าความเชื่อมั่น จำแนกตาม 5 องค์ประกอบจากการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (N = 182)

Factor	Eigen values	Percentage of variance	% of cumulative variance	Number variable	Factor loading	Cronbach's alpha coefficient
1. ละเลยทางอารมณ์	9.04	36.17	36.17	8	.60 - .81	.89
2. ทารุณกรรมทางเพศ	3.11	12.45	48.63	5	.78 - .89	.93
3. ทารุณกรรมทางร่างกาย	2.83	11.30	59.93	5	.54 - .86	.87
4. ละเลยทางร่างกาย	1.60	6.39	66.32	5	.53 - .82	.76
5. ทารุณกรรมทางอารมณ์	1.00	4.01	70.33	2	.45 - .71	.68

5. การวิเคราะห์ค่าน้ำหนักปัจจัย ของ 25 ตัวแปรเปรียบเทียบกับ 5 ด้านของแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็กพบว่ามีการละเลยทางอารมณ์ การทารุณกรรมทางเพศ และการทารุณกรรมทางร่างกาย มีค่าน้ำหนักปัจจัยกระจายอยู่ในองค์ประกอบเดียว ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ในด้านนั้น ๆ ได้อย่างชัดเจน คือ องค์ประกอบที่ 1, 2, และ 3 ตามลำดับ รวมถึงมีค่าความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86, .93, และ .87 ตามลำดับ ในขณะที่ด้านการละเลย

ทางร่างกาย มีการกระจายค่าน้ำหนักปัจจัยไปในองค์ประกอบที่ 1 และ 4 ค่าความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคค่อนข้างต่ำได้เท่ากับ .55 ส่วนด้านการทารุณกรรมทางอารมณ์ มีการกระจายค่าน้ำหนักปัจจัยไปในองค์ประกอบที่ 1, 4, และ 5 ค่าความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .75 ทั้งนี้ค่าความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รวมทั้ง 25 ข้อ ได้เท่ากับ .92 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าน้ำหนักปัจจัยสูงสุด ของ 25 ตัวแปร และค่าความเชื่อมั่น จำแนกตาม 5 ด้านของแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก (N = 182)

ข้อที่	คำถาม / รายด้าน ในช่วงที่ฉันเติบโต.....	ค่าน้ำหนักปัจจัย					Cronbach's alpha coefficient
		1	2	3	4	5	
การละเลยทางอารมณ์ (emotional neglect)							.86
5.	บางคนในครอบครัวช่วยให้ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนสำคัญหรือคนพิเศษ	0.67					
7.	ฉันรู้สึกได้รับความรัก	0.79					
13.	คนในครอบครัวของฉันคอยดูแลซึ่งกันและกัน	0.78					
19.	คนในครอบครัวของฉันรู้สึกถึงความใกล้ชิดซึ่งกันและกัน	0.81					
28.	ครอบครัวของฉันเป็นแหล่งของความเข้มแข็งและการสนับสนุน	0.66					

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม / รายด้าน ในช่วงที่ฉันทดสอบ.....	ค่าน้ำหนักปัจจัย					Cronbach's alpha coefficient
		1	2	3	4	5	
การทารุณกรรมทางเพศ (sexual abuse)							.93
20.	บางคนพยายามสัมผัสฉันทันในทางเพศหรือพยายามทำให้ฉันทันสัมผัสพวกเขาในทางเพศ		0.88				
21.	บางคนขู่ทำร้ายฉันทันหรือพูดโกหกเกี่ยวกับฉันทันเพื่อให้ฉันทันทำบางอย่างในทางเพศกับเขา		0.89				
23.	บางคนพยายามให้ฉันทันทำเรื่องทางเพศหรือดูเรื่องทางเพศ		0.78				
24.	บางคนลวนลามฉันทัน (แสวงหาประโยชน์ทางเพศกับฉันทัน)		0.89				
27.	ฉันทันเชื่อว่าฉันทันถูกทารุณกรรมทางเพศ		0.88				
การทารุณกรรมทางร่างกาย (physical abuse)							.87
9.	ฉันทันถูกคนในครอบครัวตัวอย่างหนักจนต้องไปพบแพทย์หรือไปโรงพยาบาล			0.61			
11.	คนในครอบครัวตีฉันทันอย่างหนักจนทำให้ฉันทันมีรอยช้ำหรือแผลเป็น			0.86			
12.	ฉันทันถูกลงโทษด้วยเข็มขัด ไม้กระดาน เชือก (หรือวัตถุที่เป็นของแข็งอื่น ๆ)			0.80			
15.	ฉันทันเชื่อว่าฉันทันถูกทำร้ายทางร่างกาย			0.54			
17.	ฉันทันถูกตีหรือทุบตัวอย่างรุนแรงจากคนอื่น เช่น ครู เพื่อนบ้าน หรือแพทย์ สังเกตเห็นได้			0.62			
การละเลยทางร่างกาย (physical neglect)							.55
1.	ฉันทันมีอาหารไม่เพียงพอที่จะกิน			0.82			
2.	ฉันทันรับรู้ว่ามีคนคอยดูแลและปกป้องฉันทัน	0.66					
4.	พ่อกับแม่ตีผมสุรามากหรือเมาเกินกว่าที่จะดูแลครอบครัวได้			0.77			
6.	ฉันทันต้องสวมเสื้อผ้าที่สกปรก			0.75			
26.	ฉันทันมีชีวิตในวัยเด็กที่สมบูรณ์แบบ	0.71					
การทารุณกรรมทางอารมณ์ (emotional abuse)							.75
3.	คนในครอบครัว เรียกฉันทันว่า “โง่” “ขี้เกียจ” หรือ “น่าเกลียด”			0.53			
8.	ฉันทันคิดว่าพ่อแม่ของฉันทันคิดว่าฉันทันไม่ควรเกิดมา			0.67			
14.	คนในครอบครัวพูดจาทำร้ายจิตใจหรือดูหมิ่นเหยียดหยามฉันทัน				0.71		
18.	บางคนในครอบครัวเกลียดฉันทัน	0.60					
25.	ฉันทันเชื่อว่าฉันทันถูกทำร้ายทางจิตใจ/อารมณ์				0.45		
ค่าความเชื่อมั่น รวม 25 ข้อ							.92

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก ฉบับภาษาไทยมีคุณภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ผู้วิจัยอภิปรายผล ใน 3 ประเด็น ดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของทั้งแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก จำนวน 28 ข้อ เท่ากับ .94 และของคำถามจำนวน 25 ข้อ เท่ากับ .93 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁶ แสดงให้เห็นว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่าข้อคำถามในแบบสอบถามมีความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด อย่างไรก็ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับปรุงข้อคำถามบางข้อเพื่อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมไทยมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการทารุณกรรมทางเพศ เช่น จาก “แสวงหาประโยชน์ทางเพศกับฉัน” แก้ไขเป็น “เอาเปรียบทางเพศกับฉัน” ซึ่งข้อเสนอแนะเหล่านี้ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงข้อคำถามก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ในระหว่างเก็บข้อมูลไม่พบปัญหาด้านจิตใจ เช่น รู้สึกเศร้าจากการนึกย้อนถึงอดีต หรือรู้สึกหงุดหงิดในการตอบแบบสอบถาม

2. ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่าแบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก ฉบับภาษาไทยมี 5 องค์ประกอบหลัก ซึ่งสอดคล้องกับเครื่องมือต้นฉบับ อย่างไรก็ตาม พบว่ามีข้อคำถามบางข้อที่มีค่าน้ำหนักปัจจัย กระจายไปในหลายองค์ประกอบ ได้แก่

2.1 การถูกทารุณกรรมทางอารมณ์ ซึ่งมีการกระจายค่าน้ำหนักปัจจัยไปในองค์ประกอบที่ 1, 4, และ 5 ซึ่งมีความซ้ำซ้อนกับด้านการถูกละเลยทางอารมณ์ อาจเกิดจากลักษณะของคำถามที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ซึ่งมีความซ้อนทับกัน เช่น การใช้ถ้อยคำที่รุนแรง (abuse) กับการไม่ตอบสนองทางอารมณ์ (neglect) ซึ่งในวัฒนธรรมไทยอาจถูกตีความไม่แตกต่างกันนัก โดยเฉพาะ

ในกลุ่มประชากรที่อาจไม่สามารถแยกแยะพฤติกรรมที่ “ก้าวร้าวทางอารมณ์” กับ “เพิกเฉยทางอารมณ์” ได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pavio และ Cramer²⁷ ที่ระบุว่าความรู้สึกถูกทำร้ายและความรู้สึกไม่เป็นที่ต้องการอาจมีการรับรู้ทับซ้อนกันในกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ถูกทำร้ายในวัยเด็ก นอกจากนี้ บางข้อในด้านการถูกทารุณกรรมทางอารมณ์ เช่น “คนในครอบครัว เรียกฉันว่า โง่ หรือน่าเกลียด” หรือ “ทำให้ฉันรู้สึกไม่เป็นที่รัก” ถูกตีความว่าเป็นทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวและการเพิกเฉย ขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัว ซึ่งเน้นความสัมพันธ์เชิงหน้าที่มากกว่าการแสดงอารมณ์แบบตรงไปตรงมาในวัฒนธรรมตะวันตก ในวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญกับความเคารพผู้ใหญ่และการเงย ไม่ตอบโต้ มากกว่าการแสดงออกทางอารมณ์โดยตรง ดังนั้นการไม่ได้รับความรัก หรือไม่ได้รับการพูดคุยด้วยอาจไม่ถูกตีความว่าเป็นการ “ละเลย” ในเชิงลบเหมือนในวัฒนธรรมตะวันตก ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างอาจตอบจากมุมมองที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดการรวมกลุ่มกับองค์ประกอบอื่นที่มีความเกี่ยวข้องด้านอารมณ์คล้ายกัน²⁸

2.2 ด้านการละเลยทางร่างกาย พบว่ามีค่าน้ำหนักปัจจัย กระจายไปยังองค์ประกอบที่ 1 และ 4 ซึ่งซ้ำซ้อนกับการถูกละเลยทางอารมณ์ และการถูกทารุณกรรมทางอารมณ์ ซึ่งมีมิติด้านการละเลยทางร่างกาย เป็นมิติที่มีความไม่ชัดเจนมากที่สุดฉบับภาษาไทย นอกจากนี้ ยังพบว่าค่าความเชื่อมั่นของด้านนี้ (Cronbach's alpha = .55) ต่ำที่สุดในทุกด้าน

สาเหตุที่ข้อคำถามในมิตินี้ไม่รวมกลุ่มกันอย่างชัดเจน อาจเกิดจากข้อจำกัดของคำที่ใช้ยังอาจไม่สะท้อนพฤติกรรม การละเลยในบริบทครอบครัวไทย เช่น ข้อความว่า “ฉันไม่ได้รับอาหารเพียงพอ” หรือ “ไม่มีใครพาฉันไปหาหมอเวลาไม่สบาย” อาจถูกตีความว่าเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจมากกว่าการถูกละเลยจากผู้ดูแล นอกจากนี้ บางข้อคำถามของการละเลยทางร่างกาย ยังมีเนื้อหาที่มีความเกี่ยวพันกับการดูแลทางอารมณ์ เช่น “ครอบครัวไม่ได้ดูแลฉันเมื่อฉันต้องการ” ซึ่งอาจทำให้รวมกลุ่ม

กับการละเลยด้านอารมณ์ ได้ง่ายขึ้น และอาจแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการถูกละเลยทั้งด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ ในประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลต่อความไม่ชัดเจนของมิตินี้ ในโครงสร้างองค์ประกอบ ความคลาดเคลื่อนนี้อาจสะท้อนถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและภาษาที่ส่งผลต่อการตีความเนื้อหา²⁹ นอกจากนี้การแปลภาษาแม้จะทำอย่างเข้มงวดแล้ว อาจมีความเหลื่อมล้ำของความหมายเชิงนัย (semantic equivalence) โดยเฉพาะคำที่มีนัยเชิงอารมณ์หรือคำที่สื่อถึง “ความรัก” หรือ “การดูแล” ซึ่งมีความหมายแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม³⁰ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ อาจมีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มประชากรต้นฉบับของแบบสอบถาม โดยเฉพาะในด้านการรับรู้และประสบการณ์ชีวิต ซึ่งอาจส่งผลให้คำถามบางข้อรวมกลุ่มกับองค์ประกอบต่างจากต้นฉบับ ทั้งนี้ความซับซ้อนขององค์ประกอบในมิติต่าง ๆ อาจบ่งชี้ว่าแบบสอบถามฉบับแปลยังมีข้อจำกัดในการสะท้อนโครงสร้างเชิงมิติของความรุนแรงในวัยเด็ก ที่แยกจากกันอย่างชัดเจนในบริบทวัฒนธรรมไทย

3. ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามฉบับภาษาไทยโดยรวมเท่ากับ .92 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเที่ยงในระดับสูง อย่างไรก็ตามพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในด้านการถูกละเลยทางร่างกายมีค่าค่อนข้างต่ำ (.55) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อคำถามอาจมีความซับซ้อนและตีความได้หลายแบบ นอกจากนี้ การที่ข้อคำถามในด้านนี้มีค่าน้ำหนักปัจจัยกระจายไปในหลายองค์ประกอบก็อาจส่งผลต่อความเที่ยงของแบบสอบถามในด้านนี้เช่นกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

แบบสอบถามบาดแผลทางใจในวัยเด็ก ฉบับภาษาไทย แบ่งข้อคำถามเป็น 5 ด้าน คือ การถูกทารุณกรรมด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทางเพศ การถูกละเลยทางร่างกาย และทางอารมณ์พบว่ามีความตรงทางเนื้อหาของแบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ เท่ากับ .93

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบ 5 องค์ประกอบ 25 ตัวแปร สอดคล้องกับแบบสอบถามต้นฉบับ ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 70.3 ค่าน้ำหนักปัจจัยอยู่ระหว่าง 0.45 ถึง 0.89 โดยมีด้านการถูกทารุณกรรมทางอารมณ์และการละเลยทางร่างกาย ที่มีการกระจายค่าน้ำหนักปัจจัยซ้ำซ้อนกับองค์ประกอบอื่น ๆ ค่าความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม จำนวน 25 ข้อ เท่ากับ 0.92 โดยในแต่ละด้าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .55 ถึง .93

ผลการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา เช่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาอาจมีขนาดเล็กเกินไป และกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด จากข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมไทย เน้นการคำนึงถึงความเทียบเท่าทางความหมาย โดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับอารมณ์ ซึ่งอาจถูกตีความต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่น การไม่แสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวไทยอาจไม่ถือว่าเป็นการละเลย

2. พิจารณาเพิ่มจำนวนข้อมิติที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำ คือ ด้านการละเลยทางร่างกาย การเพิ่มจำนวนข้อคำถามที่สะท้อนพฤติกรรมการละเลยในบริบทไทย เช่น การไม่พาไปหาหมอ หรือปล่อยให้ยู่ลำพัง อาจช่วยเพิ่มความเที่ยงได้

3. การศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และเป็นตัวแทนของประชากรมากขึ้น ควรมีการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถาม ฉบับภาษาไทยโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis, CFA) เพื่อให้ชัดเจนมากขึ้น

4. การศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องบาดแผลทางใจในวัยเด็ก ในบริบทไทยเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจว่าแนวคิดนี้มีลักษณะเฉพาะในวัฒนธรรมไทยอย่างไร และเพื่อนำมาพัฒนาเครื่องมือให้สอดคล้องกับบริบทไทยมากขึ้น

References

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022. 272 p.
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. National mental health situation report 2023. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023. 227 p. (in Thai).
3. World Health Organization. Child maltreatment [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
4. Koss KJ, Gunnar MR. Annual research review: early adversity, the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis, and child psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(4):327-46. doi: 10.1111/jcpp.12784.
5. Zannas AS, Chrousos GP. Epigenetic programming by stress and glucocorticoids along the human lifespan. *Mol Psychiatry*. 2017;22(5):640-6. doi: 10.1038/mp.2017.31.
6. Mothersill O, Tangney N, Morris DW, McCarthy H, Frodl T, Gill M, et al. Further evidence of alerted default network connectivity and association with theory of mind ability in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2017;184:52-8. doi: 10.1016/j.schres.2016.11.043.
7. Herzog JI, Schmahl C. Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Front Psychiatry*. 2018;9:420. doi: 10.3389/fpsy.2018.00420.
8. McLaughlin KA, Weissman D, Bitran D. Childhood adversity and neural development: a systematic review. *Annu Rev Dev Psychol*. 2019;1:277-312. doi: 10.1146/annurev-devpsych-121318-084950.
9. Dierkhising CB, Luthar SS, Shoum K, Nitkin D. A longitudinal study of the effects of childhood trauma on the development of borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2019;33 Suppl:6-25. doi: 10.1521/pedi.2019.33.suppl.6.
10. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJG, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl*. 2009;33(3):139-47. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.009.
11. Misiak B, Krefft M, Bielawski T, Moustafa AA, Sasiadek MM, Frydecka D. Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: a comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;75:393-406. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.02.015.
12. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994;151(8):1132-6. doi: 10.1176/ajp.151.8.1132.
13. Kongerslev MT, Bach B, Rossi G, Trauelsen AM, Ladegaard N, Løkkegaard SS, et al. Psychometric validation of the Childhood Trauma Questionnaire -Short Form (CTQ-SF) in a Danish clinical sample. *Child Abuse Negl*. 2019;94:104026. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104026.

14. Charoenchip P, Pornchaikate Au Yeong A, Kesornsri S. Factors predicting depressive symptoms among prisoners [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2025. 197 p. (in Thai).
15. Uttachat B, Kesornsri S, Seeherunwong A, Lin EC. Factors predicting violent behavior of psychiatric patients receiving services in the emergency department of the psychiatric hospital [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2025. 227 p. (in Thai)
16. Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1978. 701 p.
17. Crocker L, Algina J. Introduction to classical and modern test theory. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1986. 527 p.
18. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep.* 1962;10:799-812. doi: 10.2466/pr0.1962.10.3.799.
19. Kittirattanapaiboon P. The use and interpretation of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Chiang Mai: Suanprung Hospital; 2001. (in Thai).
20. Benjehma R, Upasen R. Predicting factor of remission in persons with schizophrenia, Srithaya Hospital. *Nursing Journal.* 2020;47(4):66-75. (in Thai).
21. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol.* 1970;1(3):185-216. doi: 10.1177/135910457000100301.
22. MacDonald K, Thomas ML, Sciolla AF, Schneider B, Pappas K, Bleijenberg G, et al. Minimization-denial and response bias on the Childhood Trauma Questionnaire: a meta-analytic review. *Psychol Trauma.* 2016;8(4):367-74. doi: 10.1037/tra0000073.
23. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis.* 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2010. 761 p.
24. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics.* 6th ed. Boston: Pearson; 2013. 983 p.
25. Watkins MW. Exploratory factor analysis: a guide to best practice. *J Black Psychol.* 2018;44(3):219-46. doi: 10.1177/0095798418771807.
26. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97. doi: 10.1002/nur.20147.
27. Paivio SC, Cramer KM. Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse Negl.* 2004;28(8):889-904. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.011.
28. Scroope C. Thai culture - communication [Internet]. Perth, WA: Cultural Atlas; 2016 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://culturalatlas.sbs.com.au/thai-culture/thai-culture-communication>.
29. van de Vijver FJR, Tanzer NK. Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. *Eur Rev Appl Psychol.* 2004;54(2):119-35. doi: 10.1016/j.erap.2003.12.004.
30. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(24):3186-91. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014.