

# ความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาวะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย

สิริกัญญา สมบูรณ์ยิ่ง\*, ธนาวัตี ประชาสันต์\*\*, สุทธิพงศ์ กาวิละแพทย์\*, พิชญา พจนโพธา\*

\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** ปัจจุบันมีการนำจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาวะทางจิต (mental well-being) อย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตามยังไม่มีแบบประเมินสุขภาวะภาษาไทยที่จัดทำโดยเฉพาะสำหรับเด็กและวัยรุ่น งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) และความเที่ยงตรง (validity) ของแบบประเมิน EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire ฉบับภาษาไทย ซึ่งใช้ในการประเมินสุขภาวะของเด็กและวัยรุ่น

**วิธีการศึกษา** แบบประเมิน EPOCH Measure of Adolescent Well-Being Questionnaire ซึ่งมี 5 หมวด (Engagement, Perseverance, Optimism, Connectedness และ Happiness) หมวดละ 4 คำถาม รวม 20 ข้อคำถาม ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และแปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา ผู้วิจัยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างแล้วปรับแก้ไขจนได้แบบประเมินฉบับภาษาไทย ที่สมบูรณ์ จากนั้นให้อาสาสมัครเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 18 ปี จำนวน 240 ราย จากโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ตอบแบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทย ร่วมกับแบบประเมินสุขภาวะ World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย มีการเก็บข้อมูลซ้ำโดยเว้นระยะห่าง 4 สัปดาห์ในอาสาสมัครกลุ่มย่อยที่ได้รับการสุ่มจำนวน 58 ราย แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง

**ผลการศึกษา** ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับและในรายหมวด Perseverance, Optimism และ Happiness เท่ากับ 0.897, 0.808, 0.806 และ 0.804 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่วนในหมวด Connectedness เท่ากับ 0.730 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ และในหมวด Engagement เท่ากับ 0.676 ซึ่งอยู่ในระดับน่าสงสัย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.740 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของแบบประเมินในรายหมวดอยู่ในระดับปานกลางถึงดี พบว่าคะแนนจากแบบประเมิน EPOCH และ WHO-5 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ในทั้งคะแนนรวมและคะแนนรายหมวดในทุกหมวด ส่วนคะแนนแบบประเมิน EPOCH กับ PHQ-A มีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญกันในทุกหมวด ( $p < 0.001$ ) ยกเว้นในหมวด Engagement

**สรุป** แบบประเมินสุขภาวะในเด็กและวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงทางสถิติอยู่ในเกณฑ์ที่ดี สามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัย และใช้ประเมินทางคลินิกในประชากรเด็กและวัยรุ่นไทยได้

**คำสำคัญ** จิตวิทยาเชิงบวก แบบประเมินทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า สุขภาวะ

Corresponding author: พิชญา พจนโพธา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

E-mail: pichaya.poj@cmu.ac.th

วันรับ : 3 พฤศจิกายน 2566 วันแก้ไข : 31 มกราคม 2567 วันตอบรับ : 7 กุมภาพันธ์ 2567

# Reliability and Validity of the Thai Version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being Questionnaire

Sirikanya Somboonying\*, Thanavadee Prachason\*\*, Suttipong Kawilapat\*, Pichaya Pojanapotha\*

\*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

\*\*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

## ABSTRACT

**Objective:** Currently, positive psychology is being applied in the care of mental health patients, as well as in promoting mental well-being. However, there is still no specific Thai-language well-being assessment tool available for children and adolescents. The objective of this research is to evaluate the reliability and validity of the Thai version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire, which is used to assess the well-being of children and adolescents.

**Methods:** The EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire, which consists of 5 domains (Engagement, Perseverance, Optimism, Connectedness, and Happiness), with each domain containing 4 questions, for a total of 20 questions, has been translated into Thai and back-translated by a professional translator. Cognitive debriefing was done and the translated questionnaire was adjusted until obtained a final complete version. The Thai version EPOCH, World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5), and The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) (for depression assessment) were distributed to 240 participants aged 10 - 18 years from 3 schools in Chiang Mai province. Data was collected at 4-week intervals from a subset of 58 randomized participants. The data was then analyzed, and reliability and validity were evaluated.

**Results:** Cronbach's alpha coefficients for the overall scale and the Perseverance, Optimism, Happiness domains were 0.897, 0.808, 0.806, and 0.804, respectively, indicating good reliability. The Connectedness domain had a Cronbach's alpha coefficient of 0.730, indicating acceptable reliability, while the Engagement domain had a coefficient of 0.676, indicating questionable reliability. The intraclass correlation coefficients within the scale were 0.740, indicating moderate reliability, and within the domains were in the moderate to good range. There was a significant positive correlation ( $p < 0.001$ ) between the scores of the EPOCH and WHO-5 measures, both in the overall scores and in each domain. The scores of the EPOCH and PHQ-A measures also had a significant negative correlation ( $p < 0.001$ ) in all domains, except for the Engagement.

**Conclusion:** The Thai version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire has good statistical reliability and validity and can be used for research purposes and clinical assessments in the Thai child and adolescent population.

**Keywords:** Positive psychology, mental health assessment, depression, well-being

Corresponding author: Pichaya Pojanapotha

E-mail: pichaya.poj@cmu.ac.th

Received 3 November 2023 Revised 31 January 2024 Accepted 7 February 2024

## บทนำ

จิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) เป็นที่รู้จักตั้งแต่ช่วงปี 1990 โดย Seligman M.E. ซึ่งเป็นผู้บุกเบิก ได้กล่าวถึงการมุ่งเน้นไปที่การสร้างสุขภาวะที่ดี (well-being) ไม่ใช่เพียงลดความเจ็บป่วย<sup>1</sup> โดยการมีสุขภาวะที่ดีหรือ well-being ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า คือการได้รับประสบการณ์ในแง่บวกของบุคคลและสังคม โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม<sup>2</sup> แต่จากการทบทวนวรรณกรรมจาก Rachel Dodge และคณะ พบว่านักวิจัยส่วนใหญ่เชื่อว่าสุขภาวะเป็นคำที่มีโครงสร้างหลายมิติ (multi-dimensional construct) ผลก็คือทำให้เกิดความสับสนและความขัดแย้งในฐานข้อมูลการวิจัย อย่างไรก็ตาม Rachel Dodge และคณะ ก็ได้ให้ความหมายของสุขภาวะว่าเป็น ภาวะของความสมดุลที่ได้รับผลกระทบมาจากเหตุการณ์หรือความท้าทายในชีวิตที่ได้เผชิญ<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของสุขภาวะอีกหลายรูปแบบ เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลตามเกณฑ์ที่บุคคลนั้นเลือกเอง<sup>4</sup> การพัฒนาเติบโตในฐานะบุคคล การได้รับการเติมเต็มและมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่ใช่เพียงการรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจในชีวิต<sup>5</sup> การมีชีวิตที่ดี โดยมุ่งสู่การเป็นผู้ที่ทำงานได้อย่างเต็มที่ (fully functioning person) เปิดรับต่อประสบการณ์ใหม่ๆ เชื้อใจในองค์กรของตนและนำพาตนเองไปสู่ชีวิตที่มีตัวตนและมีความหมาย (existential life)<sup>6</sup> เป็นต้น เนื่องจากคำว่าสุขภาวะเป็นคำที่มีความหมายค่อนข้างกว้าง จึงมีผู้แบ่งประเภทของสุขภาวะไว้หลายรูปแบบ เช่น hedonic well-being (ความรู้สึกมีความสุขจากการมีอารมณ์ในแง่บวก ความพึงพอใจในชีวิต) และ eudaimonic well-being (การรับรู้ความหมายของชีวิต มีความรู้สึกถึงการเติบโตภายในตนเองอย่างต่อเนื่อง และได้ช่วยเหลือสังคม)<sup>7</sup> สุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) (การประเมินชีวิตของตนเองในด้านความพึงพอใจในชีวิต (cognitive evaluation), ความสุขหรือความรู้สึกในเชิงบวก (positive emotional state) และความรู้สึกในเชิงลบ (negative emotional state)) และสุขภาวะเชิงภาวะวิสัย (objective well-being) (ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตจากปัจจัยภายนอก เช่น รายได้ อาหาร ที่อยู่อาศัย และสถานะทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา สิทธิทางการเมือง เครือข่ายและเส้นสายทางสังคม)<sup>8</sup> สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) (การประเมินส่วนบุคคลของชีวิตที่อาจแบ่งออกเป็นอารมณ์ที่เชื่อมโยงกับความเป็นบวก (affirmative emotions) การมีส่วนร่วม (engagement) และการมีความหมาย (meaning) ซึ่งครอบคลุมประสบการณ์ที่เป็น

บวกหลากหลายรูปแบบ เช่นความสุข ความพึงพอใจ และความรู้สึกได้รับการเติมเต็ม<sup>9</sup> สุขภาวะทางกาย (physical well-being) (ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมและปฏิบัติตามทางสังคมโดยไม่มีข้อจำกัดทางร่างกายและประสบการณ์เจ็บปวดทางร่างกาย นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางการแพทย์ เช่น น้ำหนักที่สอดคล้องกับส่วนสูง (ดัชนีมวลกายหรือ BMI) การนอนหลับ และศักยภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก)<sup>10</sup> เป็นต้น โดยเมื่อกล่าวถึงสุขภาวะตามความหมายของจิตวิทยาเชิงบวก มักอ้างอิงถึง hedonic well-being, eudaimonic well-being, สุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) และสุขภาวะทางจิต (psychological well-being)

นอกจากนี้ คำว่าสุขภาวะในจิตวิทยาเชิงบวก ยังมีการกล่าวถึงในอีกชื่อหนึ่งว่า ความเจริญงอกงาม (flourish) โดย VanderWeele ได้ให้ความหมายว่า คือภาวะที่ทุกด้านในชีวิตดี<sup>11</sup> และ Seligman M.E. ได้กล่าวว่า การจะไปถึงความเจริญงอกงาม (flourish) นั้นจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 อย่าง ตาม PERMA model ได้แก่ 1) Positive emotion 2) Engagement 3) Relationships 4) Meaning 5) Accomplishment<sup>12,13</sup>

จากหลักการตามจิตวิทยาเชิงบวกและสุขภาวะจึงได้มีการต่อยอดพัฒนาเป็น model ต่างๆ เช่น Greenspoon และ Saklofske ได้สร้างรูปแบบที่ชื่อว่า Dual-factor model of mental health เพื่อประเมินปัจจัยในเชิงบวก (positive indicators) ของการมีสุขภาวะที่ดี (wellness) เช่น สุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being - SWB) ควบคู่ไปกับการหาปัจจัยในเชิงลบ (negative indicators) ของโรค (illness) เช่น พยาธิสภาพทางจิต เพื่อประเมินสุขภาพจิต<sup>14</sup> Keyes ได้พูดถึง Complete state model of health ว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์จะมีสุขภาวะดี มีอารมณ์ในทางบวก และจะมีการทำงานที่ดีทั้งทางด้านจิตวิทยาและด้านสังคม ในขณะที่ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ไม่สมบูรณ์จะมีสุขภาวะที่ไม่ดี<sup>15</sup> Fredrickson ได้เสนอทฤษฎี Broaden-and-build theory ว่า เมื่อมีอารมณ์ในทางบวก จะมีผลทำให้มีจิตใจที่เปิดกว้าง เปิดรับข้อมูลใหม่ มีการกระทำและความคิดที่หลากหลายมากขึ้น เรียนรู้ใหม่ได้เร็ว มีประสิทธิภาพ เป็นการเรียนรู้ทางบวก (positive education)<sup>16</sup>

ในปัจจุบันงานสุขภาพจิตมีทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา รวมทั้งฟื้นฟู ซึ่งจิตวิทยาเชิงบวกได้เข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอน มีการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างจุดแข็งของบุคคลสามารถช่วยลดการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้<sup>17</sup> มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) และสุขภาวะทางจิต

(psychological well-being) นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการซึมเศร้าได้<sup>18</sup> นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่บ่งชี้ว่าสุขภาพทางจิต (psychological well-being) ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น<sup>19</sup> มีการศึกษาที่ทดลองใช้ resilience program training พบว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลลูกในมารดาของเด็กหูหนวก<sup>20</sup> มีงานวิจัยจำนวนมากแสดงว่าจิตวิทยาเชิงบวกสามารถช่วยทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เช่น ในการศึกษาของ Sylvia K. และคณะ พบว่ากลุ่มเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยจิตวิทยาเชิงบวกมีอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และมีความพึงพอใจต่อชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน<sup>21</sup> Farid Chakhssi และคณะ ได้ทำ systematic review และ meta-analysis เกี่ยวกับผลของการใช้ positive psychology interventions - PPIs ในด้านสุขภาพและภาวะความเครียดในผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล รวมถึงโรคทางกาย เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะปวดเรื้อรัง เป็นต้น พบว่า PPIs ช่วยเพิ่มสุขภาพและช่วยทำให้อาการทางจิตเวช รวมถึงภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลดีขึ้น<sup>22</sup> Katie Hanson ได้ทดลองให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอ่านหนังสือพัฒนาตนเองเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก หรือหนังสือพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy - CBT) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีอาการซึมเศร้ามลดลงและมีสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันพบว่าการมีสุขภาพทางจิตที่ไม่ดี สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ<sup>23</sup> van Hemert DA. และคณะ ได้ใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าและสามารถใช้ในการประเมินความแตกต่างของสุขภาพเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) พบว่าภาวะซึมเศร้ามมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสุขภาพเชิงอัตวิสัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขอื่นๆ<sup>24</sup> Pragya Tiwari และ Nishi Tripathi พบว่าเมื่อมีระดับของภาวะซึมเศร้าที่สูง จะพบมิติของสุขภาพในด้านการมีเอกสิทธิ์ในตนเอง (autonomy) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations) และการยอมรับในตนเอง (self-acceptance) ต่ำลง<sup>25</sup> Faren Grant และคณะ พบว่าผู้ที่มีระดับสุขภาพต่ำกว่าระดับปกติ จะมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของระดับคะแนนของอาการซึมเศร้าเมื่อเวลาผ่านไป<sup>26</sup> Young Joo Lee พบว่าระดับของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยมีผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ<sup>27</sup>

สำหรับในเด็กและวัยรุ่น ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกมากขึ้นเรื่อยๆ มีตัวอย่างการนำไปใช้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและเด็กหรือวัยรุ่นทั่วไปในโรงเรียน เช่น Scales PC. และคณะ ได้เสนอข้อบ่งชี้ 7 ข้อ ในการมีพฤติกรรมที่เจริญเติบโตได้ดี ได้แก่ การประสบความสำเร็จในโรงเรียน การมีภาวะผู้นำ การรู้จักช่วยเหลือผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิตที่ดี การรู้จักการอดทนรอคอย การให้ความสำคัญกับความหลากหลาย และความสามารถในการเอาชนะความยากลำบาก<sup>28</sup> Suldo และคณะ ได้นำ dual-factor model มาใช้ในการประเมินในเด็กวัยรุ่นตอนต้น พบว่าในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (complete mental health) จะดีกว่าในด้านทักษะในการอ่าน การเข้าเรียน การยอมรับในตนเองในด้านการเรียน เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการเรียน การสนับสนุนในสังคมจากเพื่อนร่วมชั้นและผู้ปกครอง มุมมองต่อตนเองในด้านสุขภาพทางกาย และมีปัญหาทางสังคมน้อยกว่าในกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่ไม่มีระดับความเจ็บป่วยของโรคทางจิตเวชแต่มีสุขภาพเชิงอัตวิสัยต่ำด้วย ส่วนในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพทางจิตแต่มีสุขภาพเชิงอัตวิสัยสูง จะมีความรับรู้ต่อระดับการทำงานเกี่ยวกับสังคม และรับรู้ต่อสุขภาพทางกายดีกว่า<sup>29</sup> Vescovelli และคณะ ได้ประเมินสุขภาพทางจิต (psychological well-being) และพฤติกรรมเอื้อสังคมของวัยรุ่นโดยใช้ Ryff's Psychological Well-being Scales and Symptom Questionnaire พบว่า ผลการประเมินตนเองในด้านสุขภาพทางจิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลการประเมินจากผู้อื่นในทุกมิติ และวัยรุ่นที่มีระดับสุขภาพสูงกว่าในบางด้าน มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาน้อยกว่าในมุมมองของครู<sup>30</sup> Fernandes และคณะ ได้พัฒนา Ryff's Scales of Psychological Well-Being ในวัยรุ่นชาวโปรตุเกส<sup>31</sup> เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแบบประเมินที่ใช้ประเมินสุขภาพ เช่น Life Satisfaction Scale (SWLS) เป็นแบบประเมินสุขภาพเชิงอัตวิสัย (subjective well-being - SWB)<sup>32</sup>, PERMA Profiler<sup>33</sup>, Resiliency Scale for Children and Adolescents (RSCA)<sup>34</sup>, Adolescent Resilience Questionnaire (ARQ)<sup>35</sup>, Children's Hope Scale (CHS)<sup>36</sup>, Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (MSLSS)<sup>37</sup>, เป็นต้น

สำหรับแบบประเมิน EPOCH เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Kern ML. และคณะ เพื่อใช้ประเมินสุขภาพทางจิตในเด็กและวัยรุ่น โดยได้มีการปรับปรุงจาก PERMA-Profiler ซึ่งเป็นแบบประเมินสุขภาพในผู้ใหญ่ มีการแบ่งการประเมินออกเป็น 5 ด้าน ที่เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อองค์ประกอบทั้ง 5 ของ PERMA

โดยใน model นี้จะมุ่งความสนใจไปที่ลักษณะเชิงบวกของวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดความเจริญงอกงาม (flourishing) ตามมาในผู้ใหญ่ ตามความหมายใน model เรื่องจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman ซึ่งการประเมินทั้ง 5 ด้าน ในแบบประเมินนี้ ประกอบด้วย

E (Engagement) ความสามารถในการสนใจ จดจ่อและเพลิดเพลินกับกิจกรรม (ภาวะที่ Engagement สูงมาก เรียกว่า flow)

P (Perseverance) ความยืนหยัดกับสิ่งที่ทำและไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ แม้ว่าจะมีอุปสรรคหรือความท้าทาย สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้แม้ต้องใช้เวลา

O (Optimism) ความสามารถในการมองโลกในแง่ดี มีความหวังและความมั่นใจในอนาคต มีมุมมองในทางบวกต่อสิ่งต่างๆ เห็นว่าเรื่องไม่ดีจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและจำเพาะต่อสถานการณ์นั้นๆ เท่านั้น

C (Connectedness) ความรู้สึกถึงการเป็นที่รัก ได้รับการสนับสนุนและมีคุณค่ากับคนอื่น รู้สึกใกล้ชิดติดทางกับผู้อื่น

H (Happiness) ความรู้สึกมีความสุข สนุกสนาน พึงพอใจในชีวิต

โดยแต่ละหมวดมี 4 ข้อคำถาม รวมเป็น 20 ข้อ แต่ละข้อใช้การตอบแบบ Likert (แทบไม่เคย = 1 คะแนน, บางครั้ง = 2 คะแนน, บ่อยครั้ง = 3 คะแนน, บ่อยมาก = 4 คะแนน, เกือบทุกครั้ง = 5 คะแนน) มีคะแนนรวมทั้ง 20 - 100 คะแนน โดยไม่มีจุดตัดคะแนน หากค่าคะแนนยิ่งมาก ยิ่งบ่งบอกถึงการที่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีในด้านนั้นๆ แบบประเมินต้นฉบับมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ระหว่าง 0.63 - 0.95 ค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliabilities) ทดสอบซ้ำใน 3 สัปดาห์ 4 เดือน และ 3 ปี อยู่ระหว่าง 0.23 - 0.75 โดยลดลงตามระยะเวลาที่ทำการทดสอบซ้ำ มีความสอดคล้องกับการประเมินสุขภาวะอื่นๆ เหมาะสำหรับการใช้ในประชากรอายุ 10 - 18 ปี<sup>38</sup>

EPOCH เป็นแบบประเมินสุขภาวะที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลและมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ เช่น จีน เยอรมัน สเปน ตุรกี และสวีเดน มีการแบ่งองค์ประกอบแต่ละด้านโดยอ้างอิงตามหลักจิตวิทยาเชิงบวกตาม model ของ Seligman และมีการปรับปรุงจาก PERMA ซึ่งเป็น model ที่มีการใช้ประเมินสุขภาวะในผู้ใหญ่อย่างแพร่หลายให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นมากขึ้น มีการประเมินครอบคลุมทั้งในด้าน hedonic well-being (จากในหมวด Optimism, Connectedness และ Happiness) และ eudaimonic well-being (จากในหมวด Engagement และ Perseverance) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของจิตวิทยาเชิงบวกที่ให้ความสำคัญกับทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึก และการรับรู้ถึง

การประสบความสำเร็จในชีวิตและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แบบประเมินฉบับนี้ยังมีจำนวนข้อคำถามที่พอดีไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ใช้เวลาในการทำไม่นาน และสามารถใช้กับเด็กและวัยรุ่นในช่วงอายุที่ค่อนข้างกว้าง (10 - 18 ปี) สามารถนำไปประยุกต์ใช้ทั้งสำหรับในงานวิจัยในโรงเรียน หรือในทางคลินิก และเนื่องจากแบบประเมินนี้มีการแบ่งเป็นหมวดย่อยเฉพาะด้านที่เป็นองค์ประกอบของสุขภาวะด้วย จึงสามารถประเมินและให้ intervention เพื่อส่งเสริมสุขภาวะในด้านที่ขาดและเพิ่มสุขภาวะในด้านอื่น รวมถึงสุขภาวะโดยรวมได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้ยังไม่มีแปลเป็นฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยจึงต้องการจัดทำแบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทย และทดสอบค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง เพื่อนำแบบประเมินไปประยุกต์ใช้ต่อไป

## วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็น Tool development study ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่โครงการ PSY 2564-08621) ผู้วิจัยให้ข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากทั้งอาสาสมัครและผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

## กลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นเด็กนักเรียนอายุ 10 - 18 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้คล่อง เกณฑ์การคัดออกคือมีปัญหาด้านการสื่อสารจนเป็นอุปสรรคในการทำแบบสอบถาม งานวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมจำนวน 240 คน โดยขนาดตัวอย่างคำนวณตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) เพื่อวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน ตามสูตรของ Moinester<sup>39</sup> และมีการสุ่มให้มีกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบประเมินซ้ำ 58 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliabilities) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (intraclass correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำตามสูตรของ Bonett<sup>40</sup>

**เครื่องมือ** เป็นแบบสอบถามซึ่งเด็กหรือวัยรุ่นเป็นผู้กรอกข้อมูลเองทั้งหมด ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศกำเนิด เพศสภาพ ระดับชั้นเรียน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

สถานภาพของบิดามารดาในครอบครัว และรายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน

- 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย 2561 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน แปลผลเป็นระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามคะแนนที่ประเมิน โดยแบ่งเป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน) ปานกลาง (10 - 14 คะแนน) มาก (15 - 19 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20 คะแนนขึ้นไป) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88) จุดตัดที่มีความตรงตามเกณฑ์ที่น่าพอใจที่สุดคือ 10 คะแนน (ความไวร้อยละ 93 และความจำเพาะร้อยละ 77) เหมาะสำหรับใช้ในประชากรอายุ 11 - 20 ปี<sup>41</sup>
- 3) แบบสอบถาม World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-25 คะแนน โดยแบบประเมินมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ในระดับน่าพึงพอใจ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) = 0.87) และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนในระดับปานกลาง (moderate convergent validity) กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression ( $r = -0.54$ ;  $p < 0.001$ ) จุดตัดที่มีความตรงตามเกณฑ์ที่น่าพอใจที่สุดคือ < 12 (ความไวร้อยละ 89 และความจำเพาะร้อยละ 71) เหมาะสำหรับใช้ในประชากรอายุ 9 ปีขึ้นไป<sup>42</sup>
- 4) แบบประเมินสุขภาพในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย

### ขั้นตอนการแปลแบบประเมิน

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก Kern ML. ให้แปลแบบประเมินต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ในขั้นตอนนี้ได้รับการแปลโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นชาวไทย ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 2 ท่าน โดยผู้แปลเป็นอิสระต่อกัน (independent

translations) จากนั้นผู้วิจัยและผู้แปลทั้งสองท่านได้ร่วมกันปรับแก้แบบสอบถามให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทชาวไทย (reconciliation of the forward translations into a single forward translation) และแปลกลับโดยผู้แปลอิสระชาวต่างชาติที่มีความชำนาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยเปรียบเทียบแบบสอบถามต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ (back translation review) และทดลองใช้แบบสอบถามฉบับแปลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน สอบถามความเข้าใจเนื้อหาและปรับข้อคำถามให้เหมาะสมตามข้อมูลที่ได้ จนได้แบบสอบถาม EPOCH ฉบับแปลไทยที่สมบูรณ์ โดยอ้างอิงหลักการแปลแบบสอบถามจาก Wild D. และคณะ<sup>43</sup> และ Eremenco S. และคณะ<sup>44</sup>

### ขั้นตอนการทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน, PHQ-A, WHO-5, และ EPOCH ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม Jamovi เวอร์ชัน 2.4.8 เพื่อหาความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทย

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงตรง ได้มีการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (convergent validity) (Spearman's correlation) เปรียบเทียบแบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทยกับแบบประเมิน WHO-5 และ PHQ-A โดยแนวโน้มคะแนนสุขภาพจากแบบประเมิน EPOCH กับแบบประเมิน WHO-5 ควรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินสุขภาพเช่นเดียวกัน และแนวโน้มคะแนนสุขภาพจากแบบประเมิน EPOCH กับแบบประเมิน PHQ-A ควรเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับบนพื้นฐานข้อมูลว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีสุขภาพที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังได้มีการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนเปรียบเทียบกับแบบประเมิน WHO-5 และ PHQ-A ซ้ำอีกครั้งโดยมีการเทียบตามระดับการแปลผลของแบบประเมินทั้ง 2 ชุดเพิ่มเติมด้วย ในการเทียบแบบประเมิน WHO-5 ได้ใช้สถิติแบบ independent samples t-test เนื่องจากแบบประเมิน WHO-5 จะมีการแปลผลคะแนนเป็นสุขภาพที่ดีกับสุขภาพที่ไม่ดี จึงต้องการทดสอบว่าคะแนน EPOCH ในกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มสุขภาพที่ไม่ดีของแบบประเมิน WHO-5 จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ ส่วนใน PHQ-A ที่มีการแปลผลคะแนนเป็นระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไปจนถึงมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ได้มีการใช้สถิติแบบ One-way ANOVA,

non-parametric เพื่อทดสอบว่าคะแนน EPOCH ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่แตกต่างกัน จะมีคะแนน EPOCH ที่แตกต่างกันด้วยหรือไม่ และระดับใดบ้างที่มีความแตกต่างกัน

การตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้มีการทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อดูว่าข้อคำถามในแบบประเมินมีความสอดคล้องกันทั้งฉบับในการประเมินสุขภาพโดยรวม และมีความสอดคล้องกันในการประเมินสุขภาพในแต่ละหมวดย่อยหรือไม่ และทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นว่าหากทำการประเมินซ้ำใน 4 สัปดาห์ จะได้คำตอบใกล้เคียงเดิมในระดับใด นอกจากนี้ยังมีการทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) (Pearson's correlation coefficient (r)) เนื่องจากต้องการเทียบกับแบบประเมินต้นฉบับและในฉบับภาษาไทยที่มีการใช้สถิติในการทดสอบ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์และสรุปเพื่อรายงานผล โดยไม่มีการระบุตัวตนในงานวิจัยชิ้นนี้

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลพื้นฐาน (demographic data)

จากการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงเรียน 3 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 240 คน เป็นเพศกำเนิดชาย 94 คน คิดเป็น 39.2% และเพศกำเนิดหญิง 146 คน คิดเป็น 60.8% ส่วนใหญ่มีเพศสภาพเป็นหญิง (55%) ระดับการศึกษาม.4 (25.8%) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (68.3%) บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน (74.6%) รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า 50,000 บาท (31.7%) โดยข้อมูลของกลุ่มประชากรที่ศึกษาแสดงในตารางที่ 1

### คะแนน EPOCH, WHO-5, และ PHQ-A

จากการทำแบบประเมินพบว่าค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH รวมอยู่ที่ 72 คะแนน โดยมีค่ามัธยฐานรายหมวดดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน WHO-5 อยู่ที่ 16.39 และ 17 คะแนน ตามลำดับ โดยมีผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาพไม่ดีจำนวน 36 คน คิดเป็น 15% มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน WHO-5 อยู่ที่ 9.31 และ 9.50 คะแนน ตามลำดับ ส่วนผู้ที่จัดอยู่ใน

### ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐาน (Demographic Data)

Demographic Data	จำนวน	%
<b>เพศกำเนิด</b>		
ชาย	94	39.2%
หญิง	146	60.8%
<b>เพศสภาพ</b>		
ชาย	85	35.4%
หญิง	132	55.0%
อื่นๆ (LGBTQ)	23	9.6%
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ป.5	32	13.3%
ม.1	27	11.3%
ม.2	38	15.8%
ม.3	35	14.6%
ม.4	62	25.8%
ม.5	33	13.8%
ม.6	13	5.4%
<b>อาศัยอยู่กับ</b>		
บิดาและมารดา	164	68.3%
บิดาหรือมารดา	45	18.8%
อื่นๆ	31	13.0%
<b>สถานภาพของบิดาในครอบครัว</b>		
บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน	179	74.6%
บิดาและมารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่	48	20.0%
อื่นๆ	13	5.4%
<b>รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 20,000 บาท	38	15.9%
20,001 - 30,000 บาท	47	19.6%
30,001 - 40,000 บาท	37	15.4%
40,001 - 50,000 บาท	28	11.7%
สูงกว่า 50,000 บาท	76	31.7%
ไม่ระบุ	14	5.8%

กลุ่มที่มีสุขภาพดีมีจำนวน 204 คน คิดเป็น 85% ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน WHO-5 อยู่ที่ 17.64 และ 17 คะแนน ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 6.94 และ 6 คะแนน ตามลำดับ โดยผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 88 คน คิดเป็น 36.67% มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 2.65 และ 3 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยมีจำนวน 89 คน คิดเป็น 37.08%

มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 6.81 และ 7 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง มีจำนวน 45 คน คิดเป็น 18.75% มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 11.38 และ 11 คะแนนตามลำดับ และผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับมากถึงรุนแรง มีจำนวน 18 คน คิดเป็น 7.5% มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 17.5 และ 16.5 คะแนนตามลำดับ

เนื่องจากข้อมูลประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัยมีค่า Shapiro-Wilk  $p < 0.001$  บ่งบอกว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่ามัธยฐานของคะแนนในแบบประเมินแต่ละฉบับในการทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

**ความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency)**

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินในข้อคำถามหมวด Perseverance, Optimism, และ Happiness อยู่ที่ 0.808, 0.806 และ 0.804 ตามลำดับ ซึ่งบ่งบอกว่าค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี ส่วนในหมวด Connectedness อยู่ที่ 0.730 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ (acceptable) และในหมวด Engagement อยู่ที่ 0.676 ซึ่งอยู่ในระดับน่าสงสัย (questionable) อย่างไรก็ตามค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.897 ซึ่งอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 2

### ความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability)

จากการเก็บข้อมูลในผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 240 คน ได้มีการสุ่มเก็บข้อมูลซ้ำ 58 คน โดยเก็บข้อมูลซ้ำหลังจากเก็บข้อมูลครั้งแรก 4 สัปดาห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.740 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น ในรายการหมวด ได้แก่ Engagement อยู่ที่ 0.596, Perseverance อยู่ที่ 0.816, Optimism อยู่ที่ 0.796, Connectedness อยู่ที่ 0.670 และ Happiness อยู่ที่ 0.658 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงดี และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) (Pearson's correlation coefficient (r)) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.742 และในรายการหมวด ได้แก่ Engagement อยู่ที่

0.596, Perseverance อยู่ที่ 0.814, Optimism อยู่ที่ 0.797, Connectedness อยู่ที่ 0.699 และ Happiness อยู่ที่ 0.660 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation) ระหว่าง EPOCH, WHO-5 และ PHQ-A**

พบว่าคะแนน EPOCH และ WHO-5 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ในทั้งคะแนนรวมและคะแนนรายหมวด ในทุกหมวด

เมื่อนำคะแนน EPOCH ไปเทียบกับคะแนน PHQ-A พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญในทุกหมวด ( $p < 0.001$ ) ยกเว้นในหมวด Engagement ที่พบความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับ PHQ-A แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.233$ )

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ระหว่างคะแนนในแบบประเมิน WHO-5 และ PHQ-A อีกด้วย ดังแสดงในตารางที่ 3

**Independent samples t-test ระหว่าง EPOCH กับ WHO-5**

ระดับสุขภาพตามแบบประเมิน WHO-5 มีการแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ สุขภาวะดี ( $> 12$  คะแนน) และสุขภาวะไม่ดี ( $\leq 12$  คะแนน)

พบว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในประชากรกลุ่มสุขภาวะดีและกลุ่มสุขภาวะไม่ดี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งในแบบรายหมวดและคะแนนรวม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

**ความแปรปรวนทางเดียวแบบนอนพารามेटริก (One-way ANOVA (non-parametric)) ระหว่าง EPOCH และ PHQ-A**

ระดับคะแนนความซึมเศร้าตาม PHQ-A แบ่งเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10 - 14 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง (15 คะแนนขึ้นไป)

ประชากรในกลุ่มระดับความซึมเศร้าแต่ละกลุ่มใน PHQ-A มีค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH รวมและ EPOCH หมวดย่อยทุกกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ยกเว้นหมวด Engagement ที่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ



**ตารางที่ 2** ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient), Pearson's correlation coefficient (r) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

Category	Median (25 <sup>th</sup> - 75 <sup>th</sup> percentile)	Cronbach's alpha	ICC	Pearson's r	95% CI		p
					Lower	Upper	
Total EPOCH	70.51 (12.11)	0.897	0.740	0.742	0.598	0.837	<0.001
Engagement	13.22 (3.01)	0.676	0.596	0.596	0.403	0.739	<0.001
Perseverance	13.19 (3.25)	0.808	0.816	0.814	0.708	0.887	<0.001
Optimism	14.26 (3.33)	0.806	0.796	0.797	0.679	0.874	<0.001
Connectedness	15.19 (3.25)	0.730	0.670	0.699	0.500	0.790	<0.001
Happiness	14.61 (3.10)	0.804	0.658	0.660	0.485	0.782	<0.001

**ตารางที่ 3** ตาราง Correlation matrix แสดงค่า Spearman's rho ระหว่างคะแนน EPOCH, WHO-5 และ PHQ-A

	WHO-5	EPOCH	E	P	O	C	H
WHO-5	-						
EPOCH	0.633*	-					
E	0.227*	0.596*	-				
P	0.447*	0.721*	0.263*	-			
O	0.559*	0.812*	0.365*	0.515*	-		
C	0.478*	0.789*	0.312*	0.516*	0.555*	-	
H	0.657*	0.804*	0.405*	0.426*	0.624*	0.585*	-
PHQ-A	-0.588*	-0.458*	-0.077	-0.364*	-0.336*	-0.425*	-0.523*

E ย่อมาจาก Engagement, P ย่อมาจาก Perseverance, O ย่อมาจาก Optimism, C ย่อมาจาก Connectedness, H ย่อมาจาก Happiness; \* คือ  $p < 0.001$

( $p=0.222$ ) โดยเมื่อเทียบแต่ละระดับของภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 แล้ว พบว่า

- คะแนนมัธยฐานใน EPOCH รวมของกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มอื่นทุกกลุ่ม และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง
- คะแนนมัธยฐานใน EPOCH หมวด Perseverance และ Optimism ของกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มอื่นทุกกลุ่ม
- คะแนนมัธยฐานใน EPOCH หมวด Connectedness ของกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มอื่นทุกกลุ่ม และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าปานกลางมี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง

- คะแนนมัธยฐานใน EPOCH หมวด Happiness ของกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มอื่นทุกกลุ่ม และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง

## วิจารณ์

จากตารางที่ 2 เมื่อทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบประเมิน EPOCH ฉบับแปลภาษาไทยของทั้งฉบับ พบว่าอยู่ในระดับดี (good internal consistency) เช่นเดียวกับในข้อคำถามหมวด Perseverance, Optimism, และ Happiness มีเพียงข้อคำถามในหมวด

Connectedness และ Engagement ที่อยู่ในระดับยอมรับได้ (acceptable) และน่าสงสัย (questionable) ตามลำดับ

สำหรับในหมวด Connectedness มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.73 อยู่ในระดับยอมรับได้ ใกล้เคียงกับแบบประเมินในฉบับภาษาสวีเดนและภาษาจีนที่มีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.74 และ 0.78 ตามลำดับ<sup>45,46</sup> ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้เช่นเดียวกัน ส่วนในฉบับต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในหมวดนี้ อยู่ระหว่าง 0.70 - 0.87<sup>38</sup> ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ถึงดี

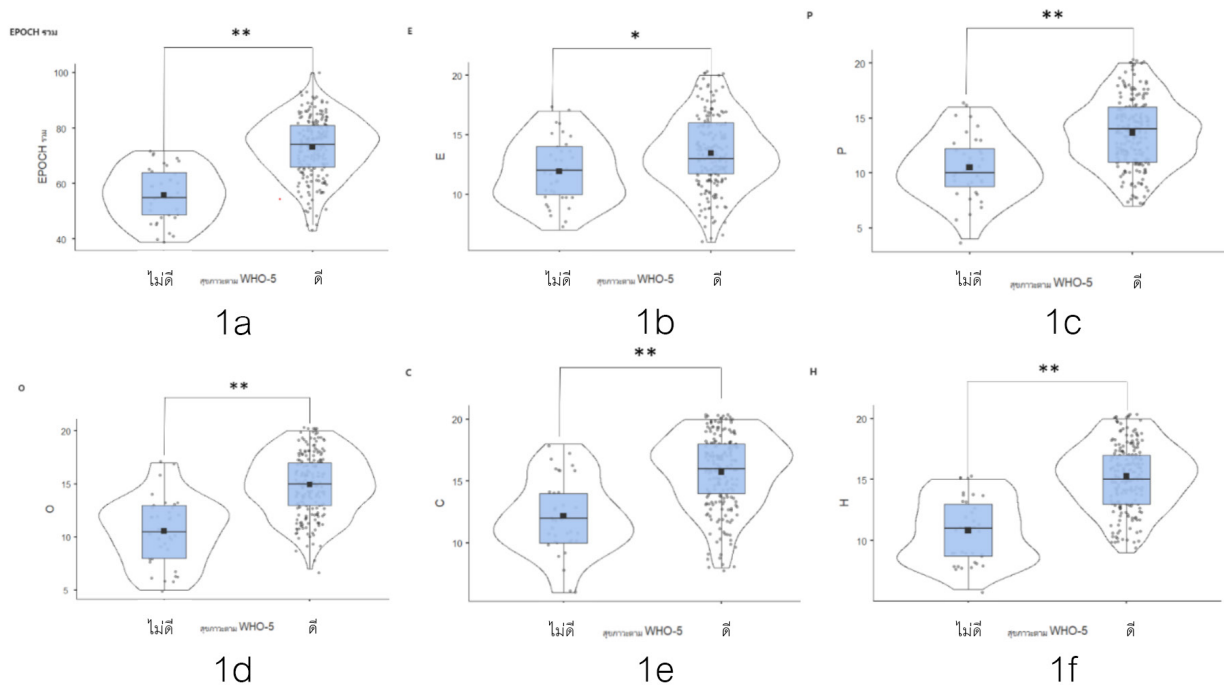
สำหรับหมวด Engagement มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.67 อยู่ในระดับน่าสงสัย ส่วนแบบประเมินในฉบับภาษาสวีเดนและจีนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.79<sup>45,46</sup> อยู่ในระดับยอมรับได้ และเมื่อเทียบกับฉบับต้นฉบับภาษาอังกฤษ พบว่าในฉบับภาษาอังกฤษมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.63 - 0.89 อยู่ในระดับน่าสงสัยถึงดีซึ่งมีความน่าเชื่อถือน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับหมวดอื่น<sup>38</sup> และเมื่อดูจากข้อคำถามในหมวด Engagement พบว่าในบางข้อมีคำศัพท์เฉพาะที่อาจจะหาคำภาษาไทยมาใช้ในการแปลโดยทำให้เข้าใจความหมายตามต้นฉบับได้ยาก เช่น จากในข้อ E2 ที่มีเนื้อความในต้นฉบับภาษาอังกฤษว่า "I get completely absorbed in what I am doing." แปลเป็นภาษาไทยเป็น "ฉันหมกมุ่นกับสิ่งที่กำลังทำอยู่อย่างเต็มที่" โดยคำว่า "Absorb" ในทางจิตวิทยาเชิงบวก จะหมายถึงการมีสมาธิจดจ่ออย่างมากหรือเพลิดเพลินกับสิ่งที่ทำจนเหมือนถูกดึงดูดเข้าไปในการทำกิจกรรมนั้น<sup>33</sup> ซึ่งเมื่อแปลโดยใช้คำว่า "หมกมุ่น" อาจจะยังไม่สามารถสื่อถึงความหมายหลักที่แท้จริงของคำว่า "Absorb" ตามความหมายต้นฉบับได้ นอกจากนี้ในข้ออื่นๆ ในหมวด Engagement เช่น "ฉันยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมจนลืมเรื่องอื่นไปหมด" หรือ "เวลาฉันเริ่มเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ฉันลืมไปเลยว่าเวลาผ่านไปนานเท่าไร" ซึ่งต้องการสื่อถึงการมี Engagement คือถูก absorb และจดจ่อกับสิ่งที่ทำหรือสนใจเป็นอย่างมากจนลืมเวลา โดยการมี Engagement สูงจะส่งผลดีคือทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ประสบความสำเร็จในการเรียนและมีความเชื่อว่าตนเองจะประสบความสำเร็จในชีวิต<sup>38</sup> แต่เมื่อถูกแปลในบริบทของภาษาไทย เช่น การทำกิจกรรมจนลืมเวลาหรือลืมเรื่องอื่นไปหมดอาจจะถูกตีความว่าเป็นความหมายในเชิงลบได้ และอาจจะยังไม่มีคำที่เหมาะสมในบริบทของภาษาไทยที่จะทำให้เข้าใจความหมายตามต้นฉบับภาษาอังกฤษได้ทั้งหมด ส่งผลต่อความเข้าใจในข้อคำถามและกระทบกับค่าความเชื่อมั่นของ

แบบประเมินได้ ซึ่งในอนาคตควรมีการปรับปรุงข้อคำถามในหมวดนี้ต่อไป

ส่วนในด้านความสัมพันธ์ของแบบประเมิน EPOCH เมื่อเทียบกับแบบประเมินอื่น เมื่อพิจารณาจากค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน EPOCH และ WHO-5 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินสุขภาพเช่นเดียวกัน พบว่าคะแนน EPOCH และ WHO-5 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญในทั้งคะแนนรวมและคะแนนรายหมวดในทุกหมวด ดังแสดงในตารางที่ 3 นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในกลุ่มประชากรกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มสุขภาพไม่ดีจากแบบประเมิน WHO-5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งในแบบรายหมวดและคะแนนรวมด้วย ดังแสดงในแผนภาพ 1

นอกจากนี้ยังมีการเทียบคะแนนของแบบประเมิน EPOCH กับแบบประเมิน PHQ-A ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนรวมทั้งหมดของ EPOCH และในทุกหมวดย่อย ยกเว้นในหมวด Engagement ที่พบความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับ PHQ-A แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3 และยังพบว่าประชากรในแต่ละกลุ่มระดับความซึมเศร้าที่แบ่งตามคะแนน PHQ-A มีค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH รวม และ EPOCH หมวดย่อยทุกกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นหมวด Engagement ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบประเมิน EPOCH ฉบับแปลภาษาสวีเดน พบว่า Engagement มี weak negative correlations กับ DASS-21 subscales ทั้งด้านซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด และมี weak positive correlations กับ CSE ซึ่งเป็นแบบประเมินในการประเมิน coping self-efficacy ในทุก subscales<sup>45</sup> และการศึกษาแบบประเมิน EPOCH ฉบับแปลจีนยังพบว่า Engagement มีความสัมพันธ์ที่น้อยที่สุด (weakest correlations) กับสุขภาพในด้านอื่นๆ<sup>46</sup> นอกจากนี้ในแบบประเมินต้นฉบับภาษาอังกฤษเองก็พบค่า negative correlation ของคะแนนหมวด Engagement กับภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าหมวดอื่นๆ ด้วยเช่นกัน<sup>38</sup>

Engagement เป็นคำที่มีการให้ความหมายอย่างกว้างขวางในจิตวิทยาเชิงบวก โดยในบาง models ได้ให้นิยามว่าเกี่ยวข้องกับด้านความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม แต่ในบาง models ก็ให้ความหมายว่าเป็นการถูกดึงดูด (absorption) อย่างรุนแรงกับการทำกิจกรรม ซึ่งทั้งสองแบบมีแนวคิดที่แตกต่างกัน สำหรับข้อคำถามหมวด Engagement



1a: EPOCH รวม, 1b: Engagement, 1c: Perseverance, 1d: Optimism, 1e: Connectedness, 1f: Happiness  
 E ย่อมาจาก Engagement, P ย่อมาจาก Perseverance, O ย่อมาจาก Optimism, C ย่อมาจาก Connectedness, H ย่อมาจาก Happiness,  
 \* คือ  $p=0.05$ , \*\* คือ  $p<0.001$

**แผนภาพที่ 1** Boxplot แสดงค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในกลุ่มประชากรที่แบ่งประเภทสุขภาพตาม WHO-5 โดยแบ่งเป็นกลุ่มสุขภาพดีกับสุขภาพไม่ดี

ใน EPOCH จะมุ่งประเด็นหลักๆ ไปที่ด้านความรู้ความเข้าใจและการมี flow ในการทำกิจกรรม เช่น มีการถูกดึงดูดเข้าไปในงานที่ทำ (absorption in tasks)<sup>46</sup> และ Maurer และ Hoff ยังได้กล่าวว่า Engagement ในแบบประเมิน EPOCH เป็นการมีความดึงดูดเข้าไปอย่างสมบูรณ์ (state of complete absorption) ในการทำกิจกรรมโดยไม่ได้มีความรู้สึกในแง่บวกหรือลบเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นการรู้สึก engaged จึงไม่ได้สัมพันธ์กับอารมณ์ความรู้สึกมากเทียบเท่ากับ EPOCH ในด้านอื่นๆ<sup>45</sup> จึงเป็นที่เข้าใจได้ว่าเพราะเหตุใดค่ามัธยฐานในข้อคำถามหมวด Engagement จากในงานวิจัยฉบับนี้จึงไม่ได้สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคะแนน PHQ-A ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ข้อคำถามส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ความรู้สึก

จากความแตกต่างของค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในแต่ละระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่าการประเมินโดยใช้แบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทย อาจจะช่วยแยกประชากรในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจากประชากรในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าได้ แต่ไม่สามารถแยกระดับความรุนแรงของภาวะ

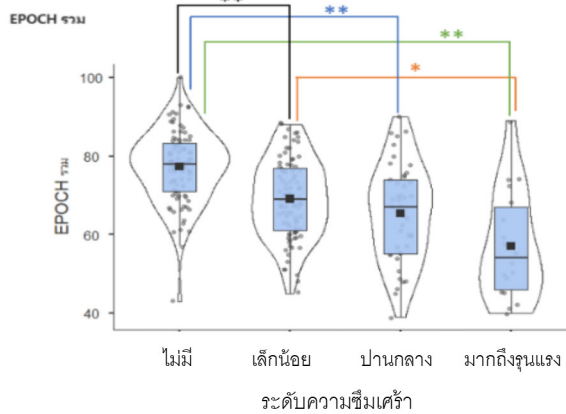
ซึมเศร้าได้ในทุกระดับและทุกหมวด แต่มีในบางด้านที่อาจจะสามารถใช้แยกระดับภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากมีค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในแต่ละระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ กลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรงในคะแนน EPOCH รวม กลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าปานกลางเมื่อเทียบกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรงในหมวด Connectedness และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรงในหมวด Happiness

เมื่อทำการทดสอบแบบประเมิน EPOCH ขึ้นในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.740 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และของรายหมวดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นอยู่ที่ 0.596 - 0.816 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดย Engagement มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นน้อยที่สุด และ Perseverance มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น

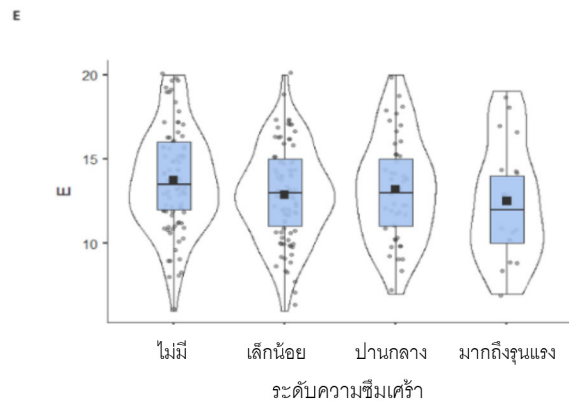
สูงที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งเมื่อเทียบกับในฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นต้นฉบับที่มีการทดสอบซ้ำใน 3 สัปดาห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) (Pearson's correlation coefficient (r)) พบว่าของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.75 ซึ่งใกล้เคียงกับในแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่มีค่าอยู่ที่ 0.742 เช่นเดียวกับ

ในส่วนของรายหมวดของแบบประเมินต้นฉบับที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) อยู่ที่ 0.55 - 0.71 ใกล้เคียงกับในฉบับภาษาไทย ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) อยู่ที่ 0.596 - 0.814 แต่ในฉบับต้นฉบับได้มีการทดสอบซ้ำในอีก 4 เดือน และ 3 ปี พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) จะลด

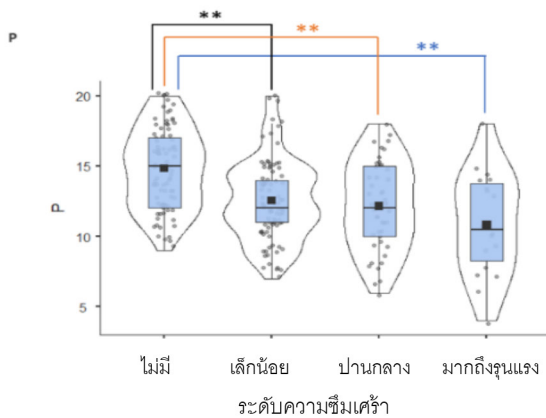
2a



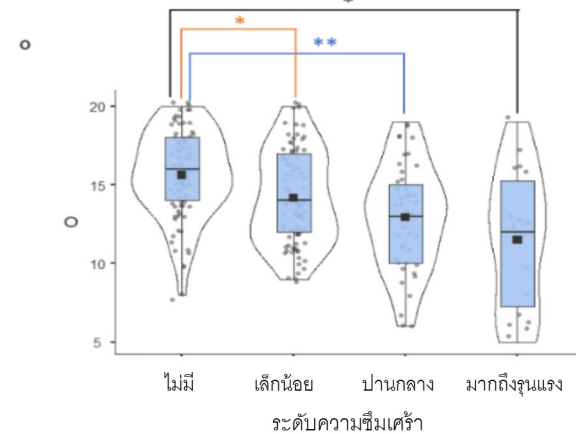
2b



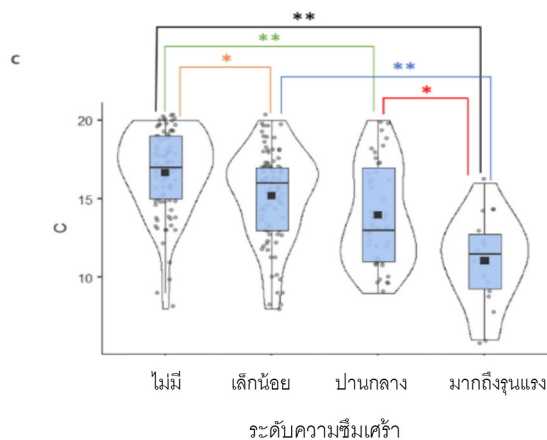
2c



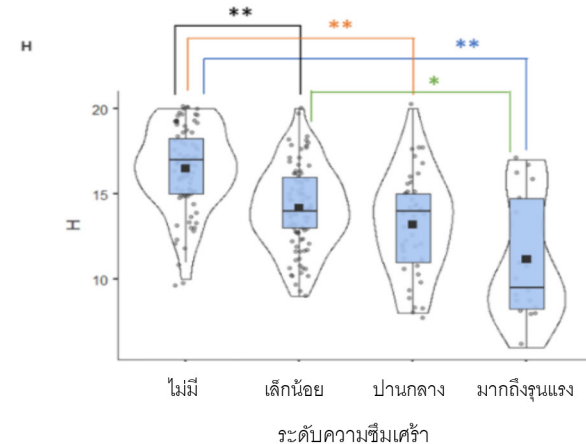
2d



2e



2f



**แผนภาพที่ 2** Boxplot แสดงค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในกลุ่มประชากรที่แบ่งระดับความซึมเศร้าตาม PHQ-A; 2a: EPOCH รวม, 2b: Engagement, 2c: Perseverance, 2d: Optimism, 2e: Connectedness, 2f: Happiness, \*คือ  $p < 0.05$ , \*\*คือ  $p < 0.001$

ต่ำลงเมื่อเวลาผ่านไป<sup>38</sup> สำหรับแบบประเมินในภาษาจีนได้มีการทดสอบซ้ำใน 3 - 16 เดือน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.186 และในรายหมวดอยู่ที่ 0.118 - 0.214 โดย Engagement มีค่าน้อยที่สุด และ Perseverance มีค่าสูงที่สุด<sup>46</sup> เช่นเดียวกับในแบบประเมินฉบับแปลภาษาไทยบ่งบอกว่าแบบประเมินมี cross-time consistencies ที่ต่ำเมื่อทำการทดสอบซ้ำเมื่อเวลาผ่านไป โดยยังไม่ทราบเหตุผลที่แน่ชัด ซึ่งอาจจะเกิดจากที่หลายโรงเรียนที่เข้าร่วมงานวิจัยได้นำ program ที่ส่งเสริมสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวกมาใช้ จึงส่งผลต่อการทดสอบซ้ำ อาจจะเกิดจากตัวแบบประเมินเองที่ไม่สามารถประเมินได้เมื่อเวลาผ่านไป การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจะจริงๆ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการได้รับการ intervention ระยะเวลาที่ทำการประเมินห่างเกินไป หรืออาจจะเกิดจากปัจจัยกวนอื่นๆ<sup>38,46</sup>

### ข้อจำกัด

1. เนื่องจากแบบประเมิน EPOCH มีการประเมินสุขภาวะครอบคลุมทั้งในด้าน hedonic well-being และ eudaimonic well-being แต่ในงานวิจัยฉบับนี้ได้มีการเทียบแบบประเมิน PHQ-A ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จึงเป็นการประเมินเปรียบเทียบกับในด้านอารมณ์ในเชิงลบ ซึ่งเป็น 1 ใน hedonic well-being เท่านั้น งานวิจัยในอนาคตอาจจะมีการประเมินในด้าน eudaimonic well-being ร่วมด้วย

2. จำนวนประชากรในกลุ่มที่สุขภาพไม่ดีและมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงยังมีน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสุขภาพดี หรือไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย การศึกษาในอนาคตอาจจะมีการทดสอบแบบประเมินเทียบกับในกลุ่มประชากรที่มีวินิจฉัยทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล สมาธิสั้น บกพร่องเรื่องการเรียนรู้ เป็นต้น

3. เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของข้อคำถามในหมวด Engagement อยู่ในระดับน่าสงสัย (questionable) ในอนาคตอาจจะมีการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือต่อไป

### สรุป

จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสุขภาพในเด็กและวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย ด้วยการทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) พบว่ามีค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ในระดับดี และทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) พบว่า

อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าใกล้เคียงกับแบบประเมินต้นฉบับที่มีการทดสอบซ้ำใน 3 สัปดาห์ ส่วนความเที่ยงตรงของแบบสอบถามพบว่า ค่า convergent validity (Spearman's correlation) ซึ่งได้จากการนำไปเปรียบเทียบกับแบบประเมิน PHQ-A และ WHO-5 พบว่าคะแนน EPOCH และ WHO-5 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ และมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญกับคะแนน PHQ-A งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินสุขภาพในเด็กและวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงทางสถิติอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างดี สามารถนำไปใช้ในการศึกษาและทางคลินิกต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่สัญญารับทุน MC029-2565) ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน รวมถึงคุณครูและโรงเรียนที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ ผศ.พญ.กมลวิสาห์ เตชะพุดผล และ พญ.ภาวิตา จงสุขศิริ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการแปลแบบประเมิน ขอขอบคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันของคณะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

### การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

สิริภิญญา สมบูรณ์ยิ่ง เป็นผู้คิดริเริ่มในการออกแบบการศึกษา การเลือกใช้เครื่องมือ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษา ร่วมเขียนและขัดเกลาบทความ; พิชญา พจนโพธา เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย เป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบการศึกษา การเลือกใช้เครื่องมือ ขอทุนวิจัย วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษา ร่วมเขียนและขัดเกลาบทความ; ธนาวัตี ประชาสันต์ เป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบการศึกษา การเลือกใช้เครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูล วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษา ร่วมเขียนและขัดเกลาบทความ; สุทธิพงศ์ กาวิละแพทย์ เป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษา ร่วมเขียนและขัดเกลาบทความ

## เอกสารอ้างอิง

1. Seligman M, Rashid T, Parks A. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61(8): 774-88.
2. Shimizu Y. Promoting well-being [Internet]. World Health Organization; [cited 2023 Jul 11]. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-well-being>
3. Dodge R, Daly A, Huyton J, Sanders L. The challenge of defining wellbeing. *Int J Wellbeing* 2012; 2(3): 222-35.
4. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Soc Indic Res* 1978; 5: 475-92.
5. Shah H, Marks N. A well-being manifesto for a flourishing society. London: The New Economics Foundation; 2004.
6. Rogers C. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
7. Veljko J, Joonha P. Differential relationships of hedonic and eudaimonic well-being with self-control and long-term orientation. *Jpn Psychol Res* 2020; 63: 47-57.
8. Kahneman D, Diener E, Schwarz N. Well-being: the foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage Foundation; 1999.
9. Diener E, Lucas RE, Schimmack U, Helliwell J. Well-being for public policy. Oxford: Oxford University Press; 2010.
10. Capio CM, Sit CHP, Abernethy B. Physical well-being. In: Michalos AC, ed. Encyclopedia of quality of life and well-being research. Springer: The Netherlands: 2014. p.4805-7.
11. VanderWeele TJ. On the promotion of human flourishing. *Proc Natl Acad Sci* 2017; 31: 8148-56.
12. Seligman M. Flourish: A new understanding of happiness and well-being - and how to achieve them. Great Britain: Nicholas Brealey Publishing; 2011.
13. Kern ML, Waters LE, Adler A, White MA. A multidimensional approach to measuring well-being in students: application of the PERMA framework. *J Posit Psychol* 2015; 10(3): 262-71.
14. Greenspoon PJ, Saklofske DH. Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Soc Indic Res* 2001; 54: 81-108.
15. Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 539-48.
16. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001; 56: 218-26.
17. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol* 2000; 55(1): 5-14.
18. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013; 13: 119.
19. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom* 2014; 83(1): 10-28.
20. Sadeghi MF, Ashori M. The effectiveness of resilience program training on parenting self-efficacy in mothers of deaf children: a single-subject research. *Posit Psychol* 2023; 9(1): 27-46.
21. Sylvia K, Minmin G, Kit KTK. Positive psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: a randomized clinical trial. *Res Soc Work Pract* 2016; 26(4): 350-61.
22. Chakhssi F, Kraiss JT, Sommers-Spijkerman M, Bohlmeijer ET. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 211.
23. Hanson K. Positive psychology for overcoming symptoms of depression: a pilot study exploring the efficacy of a positive psychology self-help book versus a CBT self-help book. *Behav Cogn Psychother* 2019; 47(1): 95-113.
24. van Hemert DA, van de Vijver FJ, Poortinga YH. The Beck Depression Inventory as a measure of subjective well-being: a cross-national study. *J Happiness Stud* 2002; 3: 257-86.
25. Pragma T, Nishi T. Relationship between depression and psychological well-being of students of professional courses. *Int J Indian Psychol* 2015; 2(3): 139-46.
26. Grant F, Guille C, Sen S. Well-being and the risk of depression under stress. *PLoS One* 2013; 8(7): 1.
27. Young Joo Lee. The effects of depression and anxiety on psychological well-being of college students: focusing on the emotional perception clarity. *Med Legal Update* 2020; 20(1): 2149-54.
28. Scales PC, Benson PL, Nancy L, Blyth DA. Contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Appl Dev Sci* 2010; 4(1): 27-46.
29. Suldo SM, Shaffer-Hudkins E, Michalowski J, Farmer J, Riley K, Friedrich A, et al. Looking beyond psychopathology: the dual-factor model of mental health in youth. *School Psych Rev* 2008; 37(1): 52-68
30. Vescovelli F, Albieri E, Ruini C. Self-rated and observer-rated measures of well-being and distress in adolescence: an exploratory study. *SpringerPlus* 2014; 3: 490.
31. Fernandes H, Vasconcelos-Raposo J, Teixeira C. Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff's scales of psychological well-being in Portuguese adolescents. *Span J Psychol* 2010; 13(2): 1032-43.
32. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985; 49: 71-5.
33. Butler J, Kern ML. The PERMA-Profilier: a brief multidimensional measure of flourishing. *Int j wellbeing* 2016; 6(3): 1-48.
34. Prince-Embury S. The Resiliency Scales for Children and Adolescents, psychological symptoms, and clinical status in adolescents. *Can J Sch Psychol* 2008; 23(1): 41-56.
35. Gartland D, Bond L, Olsson CA, Buzwell S, Sawyer SM. Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: the Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Med Res Methodol* 2011; 11: 134.
36. CR Snyder, Betsy H, William EP, Michael R, Leanne W, Michael D, et al. The development and validation of the Children's Hope Scale. *J Pediatr Psychol* 1997; 22(3): 399-421
37. Huebner ES, Gilman R. An introduction to the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale. *Soc Indic Res* 2002; 60(1/3): 115-22.
38. Kern ML, Benson L, Steinberg EA, Steinberg L. The EPOCH Measure of Adolescent Well-being. *Psychol Assess* 2016; 28(5): 586-97.



39. Moinester M, Gottfried R. Sample size estimation for correlations with pre-specified confidence interval. *Quant Meth Psych* 2014; 10(2): 124-30.
40. Bonett DG. Sample size requirements for estimating intraclass correlations with desired precision. *Stat Med* 2002; 21(9):1331-5.
41. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadaku R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in school setting. *J Ment Health Thai* 2022; 30(1): 38-4.
42. Saipanish R, Lotrakul M, Sumrithe S. Reliability and validity of the Thai version of the WHO-Five Well-Being Index in primary care patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63(2): 141-6.
43. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health* 2005; 8(2): 94-104.
44. Eremenco S, Pease S, Mann S, Berry P, Subcommittee PCsP. Patient-Reported Outcome (PRO) Consortium translation process: consensus development of updated best practices. *J Patient Rep Outcomes* 2017; 2(1): 12.
45. Maurer MM, Daukantaitė D, Hoff E. Testing the psychometric properties of the Swedish version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being. *PLoS One* 2021; 16(10): e0259191.
46. Zeng G, Kern ML. The Chinese EPOCH Measure of Adolescent Well-Being: further testing of the psychometrics of the measure. *Front Psychol* 2019; 10: 1457.