



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564

Vol.35 No.1 January – April 2021

ISSN (print) : 0857-4553

ISSN (online) : 2773-9171

บทความวิจัย

- ความสุข : มุมมองการทำงานพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ
- การศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติต่อสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดตามวิถีของชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
- ผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
- ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลาง
- การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด
- การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะคิดต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล และพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

บทความวิชาการ

- การบำบัดด้วยความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: แนวคิดและแนวทางการประยุกต์ใช้



วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

จุดประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร
ความคิดเห็น ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่ม
สร้างสรรค์
4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี
ระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ

กำหนดการออก

ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน,
พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม)

เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

สำนักงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
เลขที่ 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน
กรุงเทพฯ 10600 โทร. 0-2437-0200-8
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

Objectives

1. To distribute knowledge
2. To serve as medium for exchanging
information, ideas, experiences in psychiatric
mental health nursing among the professional
nurse
3. To promote and increase creative thinking
4. To establish good relationship among
the professional members

Published by

Psychiatric Nurses Association of Thailand

Office

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
112 Somdet Chaopraya Rd.,
Klong-San Bangkok 10600
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

คณะกรรมการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ประจำปี 2563 – 2566

ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
รศ.ดร.จินตนา ชูนิพันธุ์
รศ.สมสร เชื้อหิรัญ
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส
นางกัลยา ภักดีมงคล
นางกาญจนา เหมะรัต
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย
ศ.ดร.มรยาท รุจิวิเศษชัย
ดร.มยุรี กลั้ววงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
นางสาวพัชริน คุณคำชู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง
รศ.ดร.เอกอุมา อิ่มคำ
นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.คาราวรรณ ติ่งปิ่นดา
รศ.ดร.วริรัตน์ ถาน้อย
ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ
อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธฤทธิ
อ.ดร.อจันรา คำมะหิทย
ผศ.เครือวัลย์ ศรียรัตน์
ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระบุทท์ เกิดสังข์
ดร.สุนทรี ศรีโกไสย
ดร.กฤษณ์พิทักษ์เพียรทอง
นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

กรรมการที่ปรึกษา
กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย
กรรมการที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
ทนายเสรี สุวรรณ
นายกสภาการพยาบาล
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
รองศาสตราจารย์ สมพร เชื้อหิรัญ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญรัชชัย
ศาสตราจารย์ ดร.มรยาท รุจิวิชญ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬรเาประสาทวาทโยธัมภ
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

นางสาวมยุรี กลั้ววงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	อุปนายก คนที่ 1
นางพรทิพย์ คงสัดย	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนก	อุปนายก คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางอำพัน จารุทศานกุล	ข้าราชการบำนาญ สถาบันกัลยาณ์ราชชนก	เหรียญ
นางอรษา ฉวาง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญ
นางวีณา วิทย์เกษม	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญ
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
ดร.อุทษา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชชนก	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
นางพนิดา รัดนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโสรก	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
	มหาวิทยาลัยมหิดล	บริการชุมชน
นางดวงตา กุลรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายหารายได้
นางอัญชลี วัฒนทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนก	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางรุจิรา จงสกุล	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนก	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 1	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางนริศรัตน์ รุจิรพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์
		และปฏิคม
นางนิชนันท์ คำล้าน	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์
		และปฏิคม
อ.ดร.ภาสิญา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์
		และปฏิคม
ศศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
รศ.ดร.เอกอุมา อัมคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรณฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ
		และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ
		และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัยซึ่งมีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องเสมอมา โดยในวารสารฉบับนี้มีการเปลี่ยนแปลงบรรณาธิการและกองบรรณาธิการใหม่ ตลอดจนมีปรับเปลี่ยนรูปแบบเนื้อหาของวารสารฯ ให้มีความเป็นสากลและมีมาตรฐานโดยปรับรูปแบบเป็นวารสารออนไลน์ รวมไปถึงความน่าสนใจของการนำเสนอเนื้อหา สำหรับวารสารฉบับที่ 1 ปีที่ 35 (มกราคม – เมษายน 2564) นี้มีประเด็นที่น่าสนใจและมีผลลัพธ์เชิงประจักษ์เกี่ยวกับ ความสุข: มุมมองการทำงานพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ การศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติต่อสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดตามวิถีของชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการวิ่งออกกำลังกายกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลาง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะคิดต่อพฤติกรรมวิ่งออกกำลังกายและพฤติกรรมวิ่งออกกำลังกายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย และการบำบัดด้วยความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: แนวคิดและแนวทางการประยุกต์ใช้

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้สนใจทุกท่านที่ให้การสนับสนุนติดตามมาโดยตลอด พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้เขียนสามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้เขียนบทความได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมและส่งบทความต้นฉบับ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564

หน้า

บทความวิจัย

- ความสุข : มุมมองการทำงานพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ
พนมพร พุ่มจันทร์ 1 - 14
- การศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา
พิสิษฐ์ ศิริรักษ์, ลาวรรณ ศรีสูงเนิน 15 - 33
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติต่อสุขภาพทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษา
วไลลักษณ์ พุ่มพวง,สาธกา พิมพ์รุ่ง, สุดารัตน์ เพียรชอบ,
สุภาภัก เกตราสุวรรณ, จุรินทร์รัตน์ ถาวร 34 - 51
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด
ตามวิถีของชุมชนตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
ทวีศักดิ์ กลีผล, อังสนา เบญจมินทร์, สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์, ชนิกา เจริญจิตต์กุล 52 - 62
- ผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ศิริพร นันทเสนีย์, จิราพร เกษรสุวรรณ, ขวัญธิดา พิมพ์การ 63 - 76
- ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้า
และพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลาง
วาสนา คำดี, ทศนา ทวีคุณ, พัชรินทร์ นันทจันทร์ 77 - 90
- การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด
ศยาภรณ์ เดชดี, อรรพรรณ หนูแก้ว 91 - 111
- การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะคิดต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล และ
พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
เขาวลิต ศรีเสริม, ทศนา ทวีคุณ, พัชรินทร์ นันทจันทร์ 112 - 127
- ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
สมจิตร นครพานิช, รัตนา พึ่งเสมอ 128 - 145

บทความวิชาการ

- การบำบัดด้วยความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: แนวคิดและแนวทางการประยุกต์ใช้
อรณลิน สิงขรณ์, ภาวดี เหมทานนท์ 146 - 156

HAPPINESS: PSYCHIATRIC NURSES' WORKING POINT OF VIEW IN GERIATRIC PSYCHIATRY PATIENT CARE*

*Panomporn Phoomchan, Ph.D. ***

Abstract

Objective: To study the psychiatric nurses' happiness and working point of view in geriatric psychiatry patient care.

Methods: Using case-study approach, this qualitative research was performed in 10 psychiatric nurses with more than seven years of working experience at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Purposive sampling method was used. Data were collected by using personnel information questionnaire, happiness level questionnaire, Oxford Happiness Questionnaire, structured interview, and non-participant observation.

Results: The sampled psychiatric nurses were found with have high levels of present and overall happiness (mean = 7.8 and 90.8, respectively). The work characteristics were in accordance with nursing standards for improving the geriatric psychiatry patients' well-being according to their potential. Multidisciplinary team took part in the evaluation and caring processes for both physical and mental health problems. Perceiving patients' deteriorated physical condition, comorbid illness, and psychiatric symptoms from dementia, the psychiatric nurses found themselves discomfoting and pity those patients, but, with their previous educational background, were able to cope with the feelings and keep them at the level of empathy. The nurses regarded their feelings as the fact of life and their work as helping and a merit making.

Conclusion: The sampled psychiatric nurses felt content when caring for geriatric psychiatry patients. They performed their duty according to nursing standards.

Keywords: happiness, psychiatric nurses, geriatric psychiatry patients

*This study was supported by Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

**Corresponding author: Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University, e-mail: panomporn.p@ku.ac.th

Received: 21 July 2020, Revised: 9 April 2021, Accepted: 16 April 2021

ความสุข: มุมมองการทำงานพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ*

พนมพร พุ่มจันทร์, ปร.ค.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสุขและมุมมองการทำงานของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษารายกรณี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจิตเวชที่ทำงาน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นเวลานานมากกว่า 7 ปี จำนวน 10 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามระดับความสุข แบบสอบถาม Oxford Happiness Questionnaire รวมถึงแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ผลการศึกษา : พยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่างมีความสุขในปัจจุบัน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.8) และโดยรวม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 90.8) อยู่ในระดับสูง ลักษณะการทำงานเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีสุขภาวะที่ดีตามศักยภาพ โดยมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมิน แก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง มีโรคร่วมทางกาย และมีอาการทางจิตเวชจากภาวะสมองเสื่อม ทำให้พยาบาลจิตเวชมีความไม่สบายใจ สงสาร แต่สามารถแยกแยะความรู้สึกได้ตามแนวทางการเรียนที่ผ่านมามีให้อยู่ในระดับความเห็นอกเห็นใจ มองว่าเป็นสัจธรรมของชีวิต ในขณะเดียวกันก็มีความสุขในการทำงาน โดยมองว่าเป็นการได้ช่วยเหลือ ได้ทำบุญในขณะที่ปฏิบัติงานไปด้วย

สรุป : พยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่างมีความสุขในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาล

คำสำคัญ : ความสุข พยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

*การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

**ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, e-mail: panomporn.p@ku.ac.th

วันที่รับ: 21 กรกฎาคม 2563, วันที่แก้ไข: 9 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 16 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจประชากรสูงอายุในปี 2563 พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและอย่างต่อเนื่องจากปี 2557 ถึงร้อยละ 16.1 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรคที่มักพบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคเพ้อ (delirium) โรคซึมเศร้า (depressive disorders) (Ramezani, Lolaty, Bastani and Haghani, 2018; สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และคณะ, 2561) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมักมีความบกพร่องของระบบประสาทด้านการรู้คิด (neurocognitive disorders) เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (alzheimer's disease) สถาบันแห่งชาติของความผิดปกติทางระบบประสาทและการสื่อสาร และโรคหลอดเลือดสมอง (National Institute of Neurological and communicative Disorders and Stroke) และสมาคมโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Association) ได้ระบุว่า ความผิดปกติทางความคิดมีอยู่ด้วยกัน 8 ด้าน ได้แก่ ความจำ ภาษา ทักษะการรับรู้ ความตั้งใจ ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล การแก้ไขปัญหา และความสามารถในการทำงานต่าง ๆ (Wikipedia, 2020) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการความจำเสื่อม ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้ มีปัญหาทางด้านของความคิดเชิงนามธรรม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจเสียไป วางสิ่งของผิดที่ สับสนด้านเวลา และสถานที่ บุคลิกภาพ พฤติกรรม อารมณ์

เปลี่ยนแปลงไป (สุรางค์ เชื้อวนิชชากร, 2564) ส่วนผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนี่เป็นโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง จะมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอารมณ์จิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPRS) โดยแสดงอารมณ์เฉยเมย หงุดหงิด กระวนกระวาย ก้าวร้าว วิตกกังวล มีปัญหาทางด้านของการนอน การรับประทานอาหาร (ศิริภา อภิสิทธิ์ภิญโญ และคณะ, 2562) อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนี้นี้ ส่งผลให้ไม่สามารถจดจำเรื่องราว องค์ความรู้ รวมถึงความสามารถต่าง ๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ในบางรายมีปัญหาทางด้านอารมณ์ซึมเศร้า หลงผิด ประสาทหลอน ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยด้วย (อาคม อารยาวิชานนท์, 2564) อาการต่าง ๆ เหล่านี้ครอบครัวจึงส่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งใช้เวลาในการรักษา และการดูแลที่ยาวนานแทบจะตลอดชีวิตของผู้ป่วย (Adachi, Komiya, Nomura & Shima, 2018) เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล และอยู่ในหอผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลจิตเวชจะมีส่วนอย่างมากในการช่วยเหลือให้การดูแล (Douchty, Staikos & Louloudis, 2018) ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การให้ได้รับสารอาหาร น้ำ ดูแลเรื่องของการเคลื่อนไหวไม่ให้ล้ม การนอน การพัฒนาความจำ รวมถึงการจัดการปัญหาในครอบครัวสำหรับผู้ป่วยบางราย (จิตินันท์ อ้วนถ้ำ, 2563; สุรางค์ เชื้อวนิชชากร, 2564) “สำหรับประเทศไทย เมื่อผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุก่อนหน้านี้เข้าสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช” มีสถาบันที่ทำการบำบัดรักษาทางด้านจิตเวชยาวนานถึง 130 ปี คือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีบุคลากรที่มีความรู้

ความสามารถ ทำงานมายาวนาน และหนึ่งในทีมผู้ดูแลรักษาก็คือ วิชาชีพพยาบาล ที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของบุคคล ครอบครัว โดยได้รับการประเมินและแก้ไขปัญหสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตอบสนองความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ เป็นต้น (สภาการพยาบาล, 2562) จากการศึกษาของ Awada, Johar & Ismail (2020) พบว่าเมื่อบุคคลมีความสุขจะช่วยให้เกิดพลังในการทำงาน ลดภาวะหมดไฟ (burnt out) และการลาออกจากงานด้วย ซึ่งตรงกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบบงานวิจัยของ Ramezani, Lolar, Bastani and Haghani (2018) ศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ พบว่าผู้ดูแลที่มีชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มากและเป็นบุคคลในครอบครัว จะมีภาวะเหนื่อยล้าที่สูง มีความเสี่ยงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมถึงผู้ดูแลด้วย และการศึกษาของ สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาความทุกข์ของโรคทางจิตเวช คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วย และผู้ดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการที่ผู้สูงอายุมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าโรคซึมเศร้า เป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งยังไม่พบบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวชที่จะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นเวลายาวนาน มีอาการทั้งร่างกายเสื่อมลง มีอาการทางจิต พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หลงลืม ฯลฯ “ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลจิตใจ

ตนเองของพยาบาลจิตเวชที่ทำงานมานานกว่า 7 ปี” เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการที่เสื่อมลง สุขภาพที่ได้จากการทำงาน ท่ามกลางสภาพของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่นับวันจะเสื่อมถอยลง การดูแลจิตใจตนเองให้มีความสุข สามารถทำงานมาได้อย่างยาวนาน รวมถึงผลที่ได้นี้จะเป็แนวทางในการหล่อหลอม พัฒนางานพยาบาลจิตเวช ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่นับวันจะมีเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสุขและมุมมองในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

แนวคิดเบื้องต้น

การทำงานบทบาทพยาบาลวิชาชีพจิตเวช มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกมิติ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีความเสื่อม ทั้งร่างกาย และจิตใจ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษามุมมองของพยาบาลจิตเวชที่ทำงานมายาวนานเกินกว่า 7 ปีว่า มีมุมมองอย่างไรในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีความเสื่อมลง และสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข รวมถึงมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลจิตใจของตนเองอย่างไร ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยคุณภาพ

(qualitative research) ในลักษณะของการวิจัยรายกรณี (case study approach) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 7 ปี จำนวน 10 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ โดยตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะความสุข ประกอบด้วย แบบสอบถามระดับความสุขในปัจจุบัน จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 10 อันดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่รู้สึกมีความสุขเลย) - 10 (รู้สึกมีความสุขมากที่สุด) และแบบสอบถามความสุขโดยรวม วัดจากแบบสอบถาม Oxford Happiness Questionnaire จำนวน 29 ข้อ แปลและเรียบเรียงโดยพนมพร พุ่มจันทร์ (2558) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) - 4 (มากที่สุด) นำไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และได้ค่าความเชื่อมั่นความสุขโดยรวมของแบบสอบถามจากประชากรที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.952 ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้มีความสุขในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ หลังจากนั้นสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม ประเด็นลักษณะการทำงานของพยาบาลจิตเวช

อาการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ความรู้สึกและการดูแลจิตใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการเสื่อมถอยลง รวมถึงสิ่งที่ทำให้มีความสุขในการทำงานอย่างยาวนานกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามได้แล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ประมวลผล สรุปประเด็น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในการสัมภาษณ์นี้ แม้ว่าจะเป็นประเด็นเกี่ยวกับความสุข แต่เมื่อมีประเด็นเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน ไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น หยุดสัมภาษณ์ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจ อ่อนล้า รวมถึงมีการรักษาความเป็นส่วนตัวด้วยการใช้ลำดับที่ โดยการศึกษาวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ : ความสุขของทิมสหวิชาชีพจิตเวชและผู้ดูแล ซึ่งได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองโครงการที่ 028/2560 วันที่อนุมัติ 27 มิถุนายน 2560

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยจำนวน 10 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุอยู่ระหว่าง 34 - 59 ปี อายุการทำงานอยู่ระหว่าง 7 - 38 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีรายได้เฉลี่ยเก็บ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 จบศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความสุขทั้งระดับ

ปัจจุบัน และความสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดย ระดับความสุขโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 90.8 ระดับความสุขปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.8 และ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจิตเวช

คนที่	อายุ (ปี)	อายุ การทำงาน (ปี)	สถานภาพ สมรส	รายได้	ระดับ การศึกษา	ศาสนา
1	51	30	สมรส	เหลือเก็บ	ตรี	พุทธ
2	44	10	โสด	เหลือเก็บ	โท	พุทธ
3	50	25	สมรส	เหลือเก็บ	โท	พุทธ
4	58	38	หม้าย	เหลือเก็บ	ตรี	พุทธ
5	58	15	สมรส	เท่ากับรายจ่าย	โท	พุทธ
6	59	20	โสด	น้อยกว่ารายจ่าย	โท	พุทธ
7	58	10	หม้าย	เหลือเก็บ	โท	พุทธ
8	34	7	โสด	เท่ากับรายจ่าย	ตรี	พุทธ
9	47	10	สมรส	เหลือเก็บ	โท	พุทธ
10	44	24	สมรส	เท่ากับรายจ่าย	โท	พุทธ

ตารางที่ 2 ระดับความสุขปัจจุบันและระดับความสุขโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจิตเวช

คนที่	ระดับความสุขปัจจุบัน (10) ($\bar{X} = 7.8$)	ระดับความสุขโดยรวม (116) ($\bar{X} = 90.8$)
1	8	87
2	8	88
3	9	95
4	8	87
5	8	91
6	7	100
7	7	85
8	8	102
9	8	87
10	7	86

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน ทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มากกว่า 7 ปี อายุการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุอยู่ระหว่าง 7-38 ปี ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นสถานที่ในการให้การดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช มายาวนานกว่า 130 ปี กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจิตเวช พบว่า มีความสุขอยู่ในระดับสูง ทั้งความสุขในระดับปัจจุบัน และความสุขโดยรวม โดยผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีการเสื่อมตามวัยทั้งทางตา หู การเคลื่อนไหว การเดิน มีอาการนอนไม่หลับ เป็นโรคสมองเสื่อม (dementia) มีปัญหาทางด้านระบบการคิด (cognitive) หลงลืม นอกจากนี้ มีอาการทางจิต ส่วนใหญ่จะระแวง ไม่ยอมรับประทานอาหาร กลัวคนใส่ยาพิษ ไม่เข้าสังคม ไม่พูดกับผู้อื่น ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน คือมักจะใช้อารมณ์ บางคนเป็นซึมเศร้า เหงา บางคนเรียกร้องความสนใจ ดึงสายหลอดอาหาร แก้มัดเชือก (การมัดเชือกเนื่องจากกลัวตกเตียง หรือกลัวหกล้ม) พยายามแก้มัดเชือก ไปซ่อนไว้ใต้หมอน แล้วกรีดร้อง โยนหมอน โยนผ้าห่มลงพื้น ก้าวร้าวทุกรูปแบบ มีการทุบกำแพง โขกศีรษะ ถีบ ทำร้ายตนเองด้วย ส่วนในบางรายมีโรคและภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ส่วนมากอาการมักตรงกับทรุด รักษาให้หายขาดยาก การทำงานของพยาบาลจิตเวชจึงพยายามรักษาให้อยู่ในระดับเดิมสามารถอยู่ในสังคมได้ ไม่ทำร้ายใคร เพราะผู้ป่วยรับประทานยามานาน มีไม่มากนักที่จะรักษาให้หายขาด ซึ่งมักจะมีอาการที่แย่ง และผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติมาช่วยดูแลอีกด้วย

“สภาพร่างกายที่เสื่อม ตา หู การเดิน การหลับ การนอนไม่เหมือนวัยอื่น บางคนเป็นซึมเศร้า เหงา

ถูกไม่มีเวลาให้ บางคนเรียกร้องความสนใจ ดึงสายหลอดอาหาร แก้มัดเชือก (การมัดเชือกเนื่องจากกลัวตกเตียง หรือกลัวหกล้ม) พยายามแก้มัดเชือก ไปซ่อนไว้ใต้หมอน แล้วกรีดร้อง โยนหมอน โยนผ้าห่มลงพื้น ก้าวร้าวทุกรูปแบบ มีการทุบกำแพง โขกศีรษะ ถีบ ทำร้ายตนเองด้วย”

“อาการค่อย ๆ เสื่อมลง ส่วนมากตรงกับทรุด รักษาให้หายขาดนั้นยาก จึงพยายามรักษาให้อยู่ในระดับเดิม สามารถอยู่ในสังคมได้ ไม่ก้าวร้าวกับญาติ ไม่ทำร้ายใคร เพราะผู้ป่วยรับประทานยามาถึง 10 - 20 ปี และน้อยรายที่จะหาย มักจะมีอาการที่แย่ง รวมถึงผู้ป่วยบางรายไม่มีผู้ดูแลอีกด้วย”

“ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่พบ มองว่ามาจากหลายโรค ปกติมีการเสื่อมตามวัย ต่อมาเป็นสมองเสื่อม (dementia) มีปัญหาทางด้านระบบการคิด (cognitive) ที่เริ่มเสื่อม หลงลืม แปรงฟันเองไม่ได้ ลืมว่าทำอะไร จะมีอาการทางจิต ส่วนใหญ่จะระแวง ไม่ยอมรับประทานอาหาร กลัวคนใส่ยาพิษ ไม่เข้าสังคม ไม่พูดกับผู้อื่น ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน คือมักจะใช้อารมณ์ ยิ่งถ้าเป็นผู้ชาย มักใช้การแสดงกำลัง (power) ยิ่งถ้าเห็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิง ก็จะยิ่งแสดงอำนาจ”

ความสุขและมุมมองในการทำงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ความสุขในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมารับการรักษาจำนวนมาก กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจิตเวช มักบอกว่าในการทำงาน มีภาวะเครียดเป็นช่วง ๆ ตอนนีดีขึ้น จากการเห็นสภาพของผู้ป่วยที่เสื่อมลง ทำให้รู้สึกปลง มองว่าเป็นสัจธรรมของชีวิต

เหมือนกับทำให้เตรียมตนเองในอนาคต เมื่ออายุมากขึ้น เริ่มเห็นตนเองมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมาก ช่วยเท่าที่ทำได้ เน้นการกระตุ้นให้ทำกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) ทำให้ไม่กระทบต่อจิตใจ รับรู้เหมือนได้ทำบุญ จากที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีความสุขมากที่ได้ป้อนข้าว ป้อนน้ำ ไม่สามารถทำเองได้ ก็ช่วยตรงนั้น ไม่ต้องไปทำบุญที่ไหน ก็ได้ทำอยู่แล้ว สิ่งที่ได้ทำในการดูแลผู้ป่วย คือ ต้องทำใจยอมรับ วัฒนธรรมเข้ามาช่วยว่าเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องพบเจอในอนาคต

“ชอบมากเวลาไปป้อนข้าวให้เขากินชอบมากเลย (เสียงมีความสุข) ป้อนข้าวป้อนน้ำก็เรารู้สึกว่าเขาไม่สามารถทำเองได้แล้วเราไปช่วยเขาตรงนั้นละ เหมือนตัวเองก็ไม่ต้องไปทำบุญที่ไหนเยอะตอนนี้ก็ได้ทำอยู่แล้ว”

“ช่วงแรกมาอยู่ หอผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ชอบเลย รู้สึกห่อเหี่ยว ท้อแท้ เศร้า แต่ก็มองว่าวันหนึ่งต้องเป็นแบบนี้ เมื่ออยู่มาเรื่อย ๆ รับได้มากขึ้น ยิ่งเมื่ออายุมากขึ้น เริ่มเห็นตนเองมีผมหงอก สายตายาว ตามองไม่ค่อยชัด ต้องใส่แว่น ไขมัน ความดัน เบาหวาน มาจากกรรมพันธุ์ มารดาเป็น ตนเองเป็นด้วย ดังนั้น สิ่งที่ได้ทำในการดูแลผู้ป่วย ก็คือ ค่อย ๆ ทำใจยอมรับ ได้วัฒนธรรมเข้ามาช่วยว่า ทุกคนต้องเจอ ทุกคนก็ต้องเป็นแบบนี้”

ความสุขในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ในบางรายอาจมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เห็นผู้ป่วยมีความสุข มีรอยยิ้ม จากที่ทำอะไรไม่เป็น ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รับประทานข้าวไม่ได้ อาบน้ำไม่ได้ สามารถพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ ลูก - เติ

ดูแลตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีภาวะการรู้คิดที่ได้รับการฟื้นฟู ให้คงสภาพได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำได้ว่าพยาบาลที่ดูแลชื่ออะไร เป็นใคร จำหน้าได้ ใช้เวลาในการรักษานาน ก็ผูกพัน รู้สึกภูมิใจ รวมถึงมีความรู้สึกประทับใจ จากผู้ป่วยที่ได้สังเกตเห็นความผิดปกติมากขึ้นเรื่อย ๆ รีบพาไปตรวจรักษาช่วยดูแล ต่อมาอาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติ

“มีเคสหนึ่ง เป็นผู้ชายสูงอายุ ปกติไม่ได้สนใจเรื่องคนไข้ทางกาย เห็นลูกเดินได้ปกติ ไม่ได้ไปชน กระแทกอะไร แต่สังเกตเห็นขาบวมใหญ่มาก สงสัยส่งให้ไปเอกซเรย์ ปรากฏว่าหัก พาไปโรงพยาบาลตากสิน เป็นผู้ป่วยไม่มีญาติ ได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปเฝ้า ดูแลเช็ดเนื้อเช็ดตัวทุกวัน ต้องผ้าน้ำเกลือใส่แผล กลับมาช่วงแรกไม่ยอมเดิน ต้องกระตุ้นถึง 3 - 4 เดือน หลังจากนั้นเดินได้ปรึ๊ดเลย มองว่าถ้าเกิดไม่เข้าไปดู กระดูกหักทำให้มีเลือดออก มีฟองอากาศอาจไปอุดตัน ทำให้เสียชีวิตได้”

แต่ในบางกรณีผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีอาการเสื่อมลง พยาบาลจิตเวชรับรู้ว่ามีความผูกพัน แต่เป็นในรูปแบบฐานะของผู้รักษากับผู้รับการรักษา จากการที่เคยอยู่ด้วยกัน ห่วงใยกันและกัน แต่จะไม่ให้เกิดความไม่สบายใจ จากการฝึกตั้งแต่เรียนพยาบาล ไม่ให้เอาความรู้สึกไปผูกพันกับผู้ป่วย รับรู้อารมณ์ของอีกฝ่าย แต่ไม่รับมาเป็นอารมณ์ของตนเอง เป็นระดับของ empathy รวมถึงในกรณีผู้ป่วยไม่มีญาติเสียชีวิต ทางตึกช่วยฅาปนกิจที่วัดขอมาตอนที่เสียชีวิต ร่วมทำบุญ

“ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีอาการเสื่อมลง รับรู้ว่าไปตามวัฏสงสารของชีวิต มีความผูกพัน แต่เป็นในรูปแบบฐานะของผู้รักษากับผู้รับการรักษา

เคยอยู่ด้วยกัน ก็มีห่วงหาอาทรกัน หรือหยุดไปหลายวันไม่เจอ ก็จะมีการถามกัน แต่ใจจะไม่ค้างลงไป มองว่าเพราะการฝึกตั้งแต่เรียนพยาบาล ไม่ให้เอาความรู้สึกไปลงกับผู้ป่วย รับรู้อารมณ์ของอีกฝ่าย แต่ไม่รับมาเป็นอารมณ์ของตนเอง เป็นระดับของ empathy ในกรณีที่เกี่ยวข้อง เมื่อก่อนไม่มีญาติ ทางเด็กก็จะช่วยมาปนกิจที่วัด แต่ปัจจุบันมีปัญหาทางกฎหมาย มองว่าทำลายศพ ก็จะให้เป็นหน้าที่ของมูลนิธิ และขอขมาตอนที่เสียชีวิต ร่วมทำบุญ หลังจากนั้นก็ไม่มีอะไร”

ความสุขอีกมุมหนึ่ง ได้เข้าไปช่วยดูแลครอบครัวที่มีลูกหลายคน ลูกที่ไม่มีครอบครัวจะต้องเป็นผู้ดูแล ซึ่งมีความเครียดมาก เริ่มมีความดันโลหิตสูง จึงต้องแนะนำให้ไปพบแพทย์ มีการดูแลทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวไปด้วย รวมถึงผู้ป่วยบางราย ไม่มีญาติ หรือญาติที่รู้ว่าเป็นการได้ทำบุญทุกวัน

“ผู้ป่วยรายหนึ่งที่ดูแลกันมานาน มารับการรักษา admit หลายรอบ ครอบครัวมีลูก 4 - 5 คน ลูกที่ไม่มีครอบครัวเป็นผู้ดูแล เครียดมาก ความดันขึ้น ต้องแนะนำให้ไปพบแพทย์ จึงต้องดูแลทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ต้องให้ผู้ดูแลรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไปด้วย รวมถึงไปช่วยพูดคุยให้ลูกคนอื่นผลัดมาดูแลด้วย การได้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตให้กลับไปใช้ชีวิตในสังคม ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือญาติที่มองว่าเป็นการได้ทำบุญทุก ๆ วัน โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ”

มุมมองในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีการดำเนินการ

ตามมาตรฐานการพยาบาล ครอบคลุมทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ กิจกรรมประจำวัน ให้สุขสบาย การกินอยู่ การหลับนอน ขับถ่าย ประเมินผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามที่ประเมิน มีการบันทึก รายงานแพทย์ ให้การพยาบาลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ปรับการรักษาประสานวิชาชีพอื่น โดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกัน เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุให้ได้มากที่สุด โดยพยาบาลเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ และติดตามผล

“ประเมิน ดูแล ให้การพยาบาลรายงานแพทย์ ติดตาม ประเมินผล ประเมินซ้ำ โดยจะมีการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน เรื่องอาหาร เรื่องยา เรื่องการนอน การขับถ่าย นี่แหละค่ะบทบาทของพยาบาล”

“เราต้องดูแลคนไข้ครอบคลุมทุกมิติ แล้วก็ครอบคลุมทุกสหวิชาชีพ หมายถึงว่าเราติดต่อประสานงานทุกทีมเพื่อให้ดูแลคนไข้คนนี้ได้มากที่สุด ถ้าผลการรักษาไม่ดีให้มาพิจารณาว่าปัญหาอยู่ที่ใด ต้องประเมินซ้ำ แก้ไขปัญหา ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องให้มาร่วมดูแล จนกว่าปัญหาจะหมดไป เช่น รับประทานไม่ได้ ต้องประสานโภชนาการหาสาเหตุ เดินไม่ได้ ประสานกายภาพมาออกกำลังกาย passive, active exercise ถ้าเรื่องของสิทธิ ได้ช่วยตามหาญาติ หรือพลัดหลง กรณีมีตำรวจนำส่ง จะต้องประสานนักสังคมสงเคราะห์ โรงพัก ให้ตำรวจช่วยตามหาญาติ ช่วยให้ได้มากที่สุด หรือมีปัญหาครอบครัว ไม่เข้าใจกันจะช่วยประสานนัดญาติมาคุย”

การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีอาการทางจิต พยาบาลจิตเวชที่ดูแลจะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เพื่อให้

ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันในเบื้องต้นด้วยตนเองได้ รวมถึงมีการฝึกสภาพร่างกายต่าง ๆ เพื่อการช่วยเหลือตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นด้วย

“บทบาทพยาบาล จะต้องเริ่มสร้างสัมพันธภาพ ให้ไว้ใจ เชื่อใจ ต้องทำจริง พูดจริง ให้เห็นว่า เป็นแบบนี้ละ เช่น เรื่องรับประทานอาหารระแวงมาก ไม่รับประทานก็ต้องใส่สายให้อาหารต่อมาเริ่มป้อน และให้เห็นว่าเพื่อน ๆ ผู้ป่วยรับประทานได้อยู่ในหม้อเดียวกัน ไม่เห็นเป็นอะไร คั้นน้ำ ก็ให้ไปที่ก๊อก เปิดก๊อก เห็นว่าไม่ได้ใส่อะไร เมื่อเชื่อใจ รับประทานเองได้ ก็จะถอดสายให้อาหารออก รวมไปถึงฝึกให้ผู้ป่วยออกกำลังกายในช่วงเช้าหรือเย็น อย่างน้อยครึ่งชั่วโมงทุกวัน ตอนนี้มีนวัตกรรม นำหินแม่น้ำกลม ๆ ไม่บาดเท้า มาใส่ เทปูนให้ผู้ป่วยเดินแทนทราย เพราะทรายจะติดเท้า เข้าเล็บ และทำเป็นบาร์ให้ฝึก เพื่อให้เดินเมื่อเดินได้ ก็ถือว่าเป็นการช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เมื่อเดินได้ การขับถ่ายจะดีขึ้น ลดการติดเชื้อที่ปอด มีความภาคภูมิใจ เหมือนว่าเดินได้”

มุมมองการทำงานของพยาบาลจิตเวช นอกจากดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เจ็บป่วยแล้ว ยังต้องมีการประสานดูแลญาติผู้ดูแล และครอบครัวด้วย มีการให้ความรู้ญาติและผู้ดูแล ครอบครัว สามัญ ลูก บางครั้งต้อง ติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ดูแลติดตามเรื่องการรับประทานยา ถ้าไม่มีใครดูแล ลูกไม่มี ติดตามถามคนในหมู่บ้าน ญาติพี่น้องให้มาช่วยป้อนยาให้ผู้ป่วย เพราะถ้าขาดยา จะมีการกลับมาอยู่โรงพยาบาลใหม่ (re – admit) ซึ่งต่างจาก

โรคทางฝ่ายกาย

“ไม่ใช่เฉพาะคนไข้ ไปถึงญาติ ถึงสามี ถึงลูก ถึงครอบครัว ถึงที่บ้าน ต้องดูแลตามไปถึงบ้าน ตามเรื่องกินยา การเยี่ยมบ้าน กลับมาใหม่ อยู่บ้านได้นานไหม หรือว่ากลับมา re – admit คือเราดูยาวดูตลอด ไม่เหมือนฝ่ายกาย ฝ่ายกายคือมาผ่าตัดใส่ตั้งปั๊ม 3 วันกลับบ้านไม่ต้องตามแล้ว”

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจิตเวชทั้งหมดทำงาน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำการบำบัดรักษาทางจิตเวชมาเป็นเวลานานกว่า 130 ปี โดยการทำงานจะยึดหลักมาตรฐานการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2562) ที่มีเป้าหมายหลัก “เพื่อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด ตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน มีการประเมิน แก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ” ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนี้ ได้ทำรอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) ได้สูงสุดตามศักยภาพของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้นแต่ละราย

จากมุมมองในการทำงานของพยาบาลจิตเวชที่ได้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เข้ามารับการรักษา พบผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้นมีความเสื่อมลงทางด้านร่างกาย สมรรถภาพ มีปัญหาทางด้านระบบการคิด มักมีอาการของสมองเสื่อม หลงลืม มีอาการทางจิตระแวง อารมณ์ที่มีความผิดปกติอย่างเด่นชัด เครียดกังวล ภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2556;

ศิริรภา อภิสทธิภิญโญ และคณะ, 2562; สุรางค์ เชื้ออณิชากร, 2564)

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีทั้งทางร่างกายและจิตใจ การทำงานของพยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่าง จึงต้องมีการประสานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งในเรื่องของยา การรับประทานยาให้สม่ำเสมอ การเยี่ยมบ้าน การดูแลสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแลและครอบครัว เป็นต้น ซึ่งการทำงานของพยาบาลจิตเวชนี้ช่วยลดภาระผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของ Ramezani, Lolaty, Bastani and Haghani (2018) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุระยะเวลายาวนาน จะมีภาวะเครียด เหนื่อยล้าทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต และทางด้านสังคม ตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงขั้นรุนแรง การทำงานของพยาบาลจิตเวชนี้จึงช่วยผู้ดูแลได้ทั้งผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุและผู้ดูแลไปได้อย่างมาก

จากปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ที่ได้พบในแต่ละวันของการทำงาน ส่งผลต่อสภาพจิตใจของพยาบาลจิตเวชที่ดูแล กล่าวว่ามีภาวะเครียดเป็นช่วง ๆ แต่การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลจิตเวชนี้ มีความสุขในปัจจุบันและความสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างทำงานมานานกว่า 7 ปี บางคนยาวนานถึง 38 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Awada, Johar & Ismail (2020) พบว่าผู้ที่มีความสุขในการทำงาน จะมีส่วนช่วยให้เกิดความมีจิตวิญญาณ และความอยู่ดีมีสุขด้วย และในการศึกษานี้ แม้ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จะมีอาการที่เสื่อมถอยลง แต่พยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่างนี้ ก็ยังสามารถทำงานและมีความสุขได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharma & Jain (2018) ในประเด็น

ที่ว่าผู้ที่มีความสุขจะสามารถที่จะสร้างสรรค์ผลงานที่มีความยึดมั่นผูกพันกับองค์กรอีกด้วย

การศึกษารุ่นนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อพบอาการของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เสื่อมลง ทำให้ไม่สบายใจ สงสาร มีแนวทางในการดูแลจิตใจของตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น พยายามเข้าใจ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติ เป็นสัจธรรมของชีวิต ที่ต้องมีการเสื่อมลง ปลง นำแนวทางธรรมะของศาสนามาช่วยมองว่าทุกคนต้องเจอ ทุกคนก็ต้องเป็นแบบนี้ รับรู้เหมือนได้ทำบุญช่วยเหลือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นการรับรู้ทางจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้รู้สึกดีขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของ Benbow & Jolley (2011) ที่ได้กล่าวถึงจิตวิญญาณและศาสนา ว่ามีส่วนสำคัญอย่างมากในเรื่องของสุขภาพจิต ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) ในการใช้ชีวิตมีความสุข ผ่านพ้นอุปสรรค ความลำบากในชีวิต ความผิดหวัง ความเศร้า ความเสียใจได้ มีการปรับตัวไปตามลักษณะงานที่ทำ จากการได้รับการฝึกมาให้มีรูปแบบของผู้รักษากับผู้รับการปรึกษาในระดับของความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เพื่อให้ใจไม่ผูกพันมากเกินไป มองว่าเป็นบริบทของงาน เป็นหน้าที่ที่ต้องจัดการให้ได้

นอกจากนี้แล้ว ในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ยังมีปัจจัยที่ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้อย่างมีความสุข จากการได้เห็นพัฒนาการของผู้ป่วยดีขึ้น มีรอยยิ้ม จากที่ทำอะไรไม่เป็น ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เริ่มมาช่วยตัวเองได้ การสังเกตความผิดปกติเล็กน้อย และรีบส่งต่อให้ได้รับการรักษาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย การมองให้เป็น

มุมมองเมื่อผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่บางครั้งคุณตลก
การได้เข้ามามีส่วนช่วยแก้ไขสถานการณ์ใน
ครอบครัวของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ
และครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข

จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้รับการ
ช่วยเหลือ เป็นความสุขที่ให้และสุขที่รับ เห็นผู้ป่วย
มีความสุข มีความสุขขึ้นมาได้แม้ว่าอาการจะไม่
ดีขึ้นหรือคงที่ก็ตาม ตรงกับโสภณพรรณ รัตนัย (2557)
ที่กล่าวถึงบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อปฏิบัติต่อ
ผู้ป่วยด้วยพฤติกรรม เจตคติ นิสัย คุณธรรม และ
จริยธรรมแห่งวิชาชีพ มีการแสดงเจตคติที่ดีต่อการ
ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม รับผิดชอบต่อผู้ป่วย
และงานที่ได้รับมอบหมาย เคารพในสิทธิของผู้ป่วย
ช่วยให้เกิดความตระหนักในคุณค่าการทำงานที่
เป็นประโยชน์อีกด้วย

สรุป

บทบาทของวิชาชีพพยาบาลในการทำงาน
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ หมายความว่า 7 ปี พบ
ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยลง มีโรคร่วมทางด้านร่างกาย
อาการทางจิตเวชจากภาวะสมองเสื่อม หลงลืม มี
อาการหลงผิด ความคิด อารมณ์แปรปรวน ในบางครั้ง
พยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ร่วมของความ
สงสาร ไม่สบายใจ แต่มีวิธีในการดูแลจิตใจด้วย
การนำแนวทางของศาสนาช่วย ยอมรับว่าเป็น
เรื่องของธรรมชาติ เป็นสัจธรรมในชีวิต มีการนำ
ความรู้ที่ได้เรียนมา รักษาใจให้อยู่ในระดับของ
ความเห็นใจ (empathy) มีการปรับความรู้สึกทาง
ลบด้วยการมองว่าเป็นบริบทของงาน พยายามให้
ผู้ป่วยมีความสุข และยังสามารถช่วยเหลือผู้ดูแล

ครอบครัวให้สามารถเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวช
สูงอายุอีกด้วย รับรู้เหมือนเป็นการทำบุญ สิ่งต่าง ๆ
เหล่านี้ มีคุณค่าอย่างมากมาที่ช่วยให้ทำงานอย่างมี
ความสุขในยุคปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย พยาบาลจิตเวช
ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ให้มีการปรับมุมมองที่มี
ต่อผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุว่าเป็นความเสื่อมตามธรรมชาติ
ของชีวิต ฝึกให้มีการยอมรับความเป็นจริง ในการ
ช่วยเหลือ ดูแล ปรับมุมมองว่าได้ช่วยเหลือดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เป็นการทำบุญในรูปแบบหนึ่ง
และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้อยู่ในระดับ
ของความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เพื่อลดภาวะ
ของความทุกข์ใจ ในกรณีที่ดูแลมายาวนานและเกิด
ความผูกพันอย่างมาก เพื่อที่จะช่วยให้พยาบาลจิตเวช
ทำงาน ดูแลผู้ป่วย จิตเวชสูงอายุได้อย่างมีความสุข
“การลดภาวะความทุกข์ใจของพยาบาลจิตเวชที่
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมายาวนานและเกิดความ
ผูกพันอย่างมาก ให้ทำงานได้อย่างมีความสุขคือ
การปรับมุมมอง และการสร้างสัมพันธภาพ โดยปรับ
มุมมองที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุว่า เป็นความเสื่อม
ตามธรรมชาติของชีวิต ฝึกให้มีการยอมรับความ
เป็นจริง ในการช่วยเหลือ ดูแล ปรับมุมมองว่าได้
ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เป็นการทำบุญ
ในรูปแบบหนึ่ง และการสร้างสัมพันธภาพกับ
ผู้ป่วยให้อยู่ในระดับของความเห็นอกเห็นใจ
(empathy)”

ส่วนข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
ควรศึกษาความสุขของพยาบาลจิตเวชในการ

ทำงานกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ลงมือทำร้ายตนเอง วิถีดูแลจิตใจ ศึกษาความสุขของบุคลากรในวิชาชีพอื่นที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สูงอายุ หรือความเจ็บป่วยอื่น เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้มีความสุขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ให้โอกาสในการศึกษาวิจัย และคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่มอบทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. สืบค้นเมื่อ 17 มกราคม 2564, จาก <http://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/48>.

จิตินันท์ อ้วนถ้ำ. (2563). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1), 1-12.

พนมพร พุ่มจันทร์. (2558). ความสุขและความอยู่ดีมีสุขของเกษตรกรไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(3), 235-248.

ศิริณา อภิสิทธิ์กัญญา, พูนศรี รังษิณี, พงศธร พหลภักย์, ภัทรี พหลภักย์ และ วรินทร์ พุทธิรักษ์. (2562). ลักษณะปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64 (4), 371-384.

สภาการพยาบาล. (2562). *มาตรฐานการพยาบาล*. ในประกาศสภาการพยาบาล ราชกิจจานุเบกษา หน้า 32 (หน้า 32) เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง 18 เมษายน 2562. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2564, จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF>.

สมภพ เรืองตระกูล. (2556). *สารานุกรมจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยาคลินิก*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุรางค์ เชื้อวนิชชากร. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด*. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2564, จาก http://www.elnurse.ssru.ac.th/surang_ch.

สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบนพ สัทธินทรฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และ วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2561). ความทุกข์ของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(1), 89-98.

โสภณวรรณ รัตนชัย. (2557). *คู่มือดูแลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์แสงดาว จำกัด.

อาคม อารยวิชานนท์. (2564). *Approach to cognitive disorder*. สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2564, จาก http://neurothai.org/media/news_file/402-Approach_cognitive_disorder-20201112093033.pdf.

Adachi, S., Komiya, T., Nomura, K. & Shima, M. (2018). Factors for inhibition of early discharge from the psychiatric emergency ward for elderly patients. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 23, 1-7.

Awada, N., Johar, S.S. & Ismail, F. (2020). The effect of employee happiness on employee performance in UAE: The moderating role of spirituality and emotional wellness. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(3), 1311-1321.

Benbow, S.M. & Jolley, D. (2011). *Spirituality and mental illness in old age*. In: Abou-Saleh, M.T., Katona, C.L.E. & Kumar, A. (Eds.) *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (3rd ed.). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Douchty, A., Staikos, C. & Louloudis, D. (2018). Dementia: a bibliographic refresh. *Scientific Chronicles*, 23(3), 303-315.

- Ramezani, A., Lolaty, H.A., Bastani, F. and Haghani, H. (2018). Family caregivers burden and its related factors among Iranian elderly psychiatric patients' caregivers. *Iran Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(2), 1-8.
- Sharma, V. & Jain, S. (2018). Happiness at the Workplace: A Conceptual Recapitulation. *Asian Journal of Management*, 9(3), 1090-1095.
- Wikipedia. (2020). NINCDS-ADRDA Alzheimer's Criteria. Retrieved January 23,2021, from https://en.wikipedia.org/wiki/NINCDS-DRDA_Alzheimer%27s_Criteria.

THE STUDY OF DEMENTIA IN ELDERLY PERSONS IN NAKHON RATCHASIMA PROVINCE*

*Pisit Siriruk, Ph.D. **, Lavun Srisungnoen, Ph.D. ****

Abstract

Objective: The objectives of this research were: 1) to study demographic characteristics and the dementia of the elderly persons in municipal area, non-municipal area, and Sub-district administrative organization area in Nakhon Ratchasima Province; 2) to study factors related to the dementia of the elderly persons in municipal area, non-municipal area, and Sub-district administrative organization area in Nakhon Ratchasima province and; 3) to compare the dementia of the elderly persons in municipal area, non-municipal area, and Sub-district administrative organization area in Nakhon Ratchasima province.

Methods: The cross-sectional descriptive study was used in this research. The sample group was 384 elderly persons determined by the Krejcie and Morgan table. The PRECEDE Model theory was applied to analyze variables and the tool was questionnaires. Descriptive statistics, inferential statistics, Chi-square test, and One-Way ANOVA were also used by determining statistical significance at 0.5 level.

Results: Most of participants were middle-old elderly persons with the average age of 71 years and male. 59.40% of them were farmers and 68.75% had depression at middle level. 51.04% also had dementia at middle level. Independent factors related to the elderly persons' dementia were age, current occupation, occupation before retirement, weight, height, Body Mass Index (BMI), congenital disorder, vision, diabetes, used to fall down in 3 months ago, having uncomfortable situations, having debts, and household income. The supporting factors related to the dementia of the elderly persons were depression, suicide, and general health conditions. The supplementary factors did not correlate with the dementia of the elderly.

Conclusion: When comparing the dementia among the elderly persons in Nakhon Ratchasima province in different areas, it was found that there were different conditions of dementia. Elderly persons in the Sub-district administrative organization areas had the dementia more than the elderly persons in the municipal and non-municipal areas with the statistical significance at .05 level.

Keywords: dementia, elderly persons

**This study was supported by a research grant from Phanomwan Technology College.*

***President, Phanomwan Technology College*

****Corresponding author: Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Phanomwan Technology College, e-mail: cnrtee@hotmail.com*

Received: 7 June 2020, Revised: 20 April 2021, Accepted: 26 April 2021

การศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา*

พิสิษฐ์ ศิริรักษ์, ประ.ด.**, ลาวรรณ ศรีสูงเนิน, ประ.ด.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษา 1) ศึกษาคุณลักษณะทางประชากรและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา และ 3) เปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 384 คน กำหนดโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan ตัวแปรใช้ทฤษฎี PRECEDE Model มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน chi - square test และ One-Way ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา : ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง อายุเฉลี่ย 71 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.40 อาชีพ ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 68.75 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.04 ภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม คือ อายุ อาชีพในปัจจุบัน อาชีพก่อนเกษียณ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว การมองเห็น การเป็นโรคเบาหวาน การเคยหกล้มในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา การมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ การมีหนี้สิน และรายได้ของครอบครัว ปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และภาวะสุขภาพทั่วไป ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

สรุป : เปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ในพื้นที่แตกต่างกันมีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน โดยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ

*การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์

**อธิการบดี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์

***ผู้ประสานงานบทความ, อาจารย์ประจำ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์,

e-mail: cnrtee@hotmail.com

วันที่รับ: 7 มิถุนายน 2563, วันที่แก้ไข: 20 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 26 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข การวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ รวมถึงความเติบโตทางด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมในยุคโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้อัตราการเกิดน้อยลงและประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น จากรายงานการศึกษาวิจัยขององค์การสหประชาชาติ แสดงแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2559 โลกจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 580 ล้านคน เป็นประชากรในแถบเอเชียมากกว่า 365 ล้านคน ในขณะที่ประชากรโลกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.20 อัตราการเพิ่มของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป กลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.20 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2561) การสูงอายุของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ มีจำนวน 3 ประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ สิงคโปร์ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.70 ประเทศไทย ร้อยละ 16.50 และประเทศเวียดนาม ร้อยละ 10.70 ส่วนประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีก 2 - 3 ปีข้างหน้า คือ ประเทศมาเลเซีย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.50 เมียนมาร์ ร้อยละ 9.20 (บรรลุ ศิริพานิช, 2559) ในประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 68.90 ล้านคน ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.50 เป็นคนไทย 65.90

ล้านคน และเป็นแรงงานต่างชาติ 3 ล้านคน ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากเพียงร้อยละ 0.40 ต่อปี ส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตรา ร้อยละ 5.00 ต่อปี ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นด้วยอัตรา ร้อยละ 6.00 ต่อปี (บรรลุ ศิริพานิช, 2559)

ผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปี 2553 พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.10 คาดว่าขณะนี้จะมีประมาณ 8 แสนคน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอายุที่มากยิ่งพบได้มาก มีผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้ามาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 อาการร่วมด้วย ที่พบบ่อย มี 9 อาการ ได้แก่ 1) เฉยเมยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว พบ ร้อยละ 70.00 2) ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 40.00 - 50.00 3) ปัญหาด้านการกิน ร้อยละ 40.00 - 50.00 4) ปัญหาด้านการนอน ร้อยละ 30.00-50.00 5) อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย ร้อยละ 40.00 6) อาการหลงผิด ร้อยละ 30.00 - 40.00 7) ไม่สามารถยับยั้งชั่งใจในด้านพฤติกรรมได้ ร้อยละ 30.00 - 40.00 8) มีพฤติกรรมแปลก ๆ ทำอะไรซ้ำ ๆ เช่น ผลลูกมุดนั่ง สะสมของในบ้าน ร้อยละ 30.00-40.00 และ 9) หูแว่วประสาทหลอน เช่น เห็นผี เห็นเทวดา ร้อยละ 20.00 - 30.00 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากเป็นเรื่องของความจำแล้วยังพบว่า ร้อยละ 90.00 หรือประมาณ 7 แสนกว่าคน มีปัญหาด้านพฤติกรรมและด้านจิตใจร่วมด้วย ขณะที่ประเทศไทยก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัย หากผู้ที่ยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่มีการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันตั้งแต่เนิ่น ๆ คาดว่า

จำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอาจเพิ่มขึ้นนับล้านคน และมีปัญหาด้านพฤติกรรมและด้านจิตใจเพิ่มขึ้น นับแสนคน และภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของการสูญเสียความทรงจำและความสามารถในการรับรู้ที่บกพร่อง เป็นการลดลงของหน่วยความจำ โดยมีความบกพร่องของฟังก์ชันการรับรู้อื่น ๆ อย่างน้อยหนึ่งอย่างเช่นการเคลื่อนไหว ทักษะด้านภาษาหรือฟังก์ชันผู้บริหาร เช่น การวางแผน ความสนใจ และเหตุผลเชิงนามธรรม การลดลงนี้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้เสียการทำงาน สังคมและการประกอบอาชีพ (Kevin R Scott, 2007) เป็นเรื่องบั่นทอนสุขภาพจิตและเป็นภาระให้แก่ผู้ดูแล ครอบครัว และประเทศชาติเป็นอันมาก ประการสำคัญหากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในอาการของผู้ป่วยบางคนอาจถูกทารุณกรรมหรือถูกทอดทิ้งได้

การศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จะเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และจะเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาคุณลักษณะทางประชากรและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลใน

จังหวัดนครราชสีมา

3. เปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร
3. ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา แตกต่างกันอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การกำหนดปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา การเกิดโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model หรือ PRECEDE Framework โดยได้กำหนดปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริมภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย คือในด้านคุณลักษณะทางประชากร ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ภาวะสุขภาพทั่วไป และเขตที่ตั้งของบ้านเรือน มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อม

ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา (Green, L.W., Krueter, M.W. 1980) โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาต่าง ๆ ในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสภาพการณ์ของแต่ละตัวแปร ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดให้ลักษณะทางประชากรนำมาเป็นเหตุในการศึกษา โดยทั่วไปแล้วบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาพฤติกรรมอย่างไม่หยุดนิ่ง การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามความมุ่งหมายของการพัฒนาให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีสุขภาพดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดให้ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการอ่าน-เขียน การมองเห็น การได้ยิน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การมีโรคประจำตัว ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การมีผู้ดูแล การให้คำปรึกษาผู้อื่น การเคยหกล้ม ความพิการ การใช้สารเสพติด การใช้ยานอนหลับ การใช้สารเสพติดอื่น ๆ การมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ และการมีความห่วงใยผู้อื่น เป็นปัจจัยนำในการศึกษาในครั้งนี้

กลุ่มที่ 2 ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) หมายถึง ปัจจัยสนับสนุน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการที่จะทำให้นักเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นพื้นฐานทางสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ทุกคนมีและพึงเป็นพึงได้ทีหกลึกเลียงไม่ได้ ทุกคนต้องยอมรับว่าจะผลักดันให้ปัจจัยเหล่านี้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือภาวะ

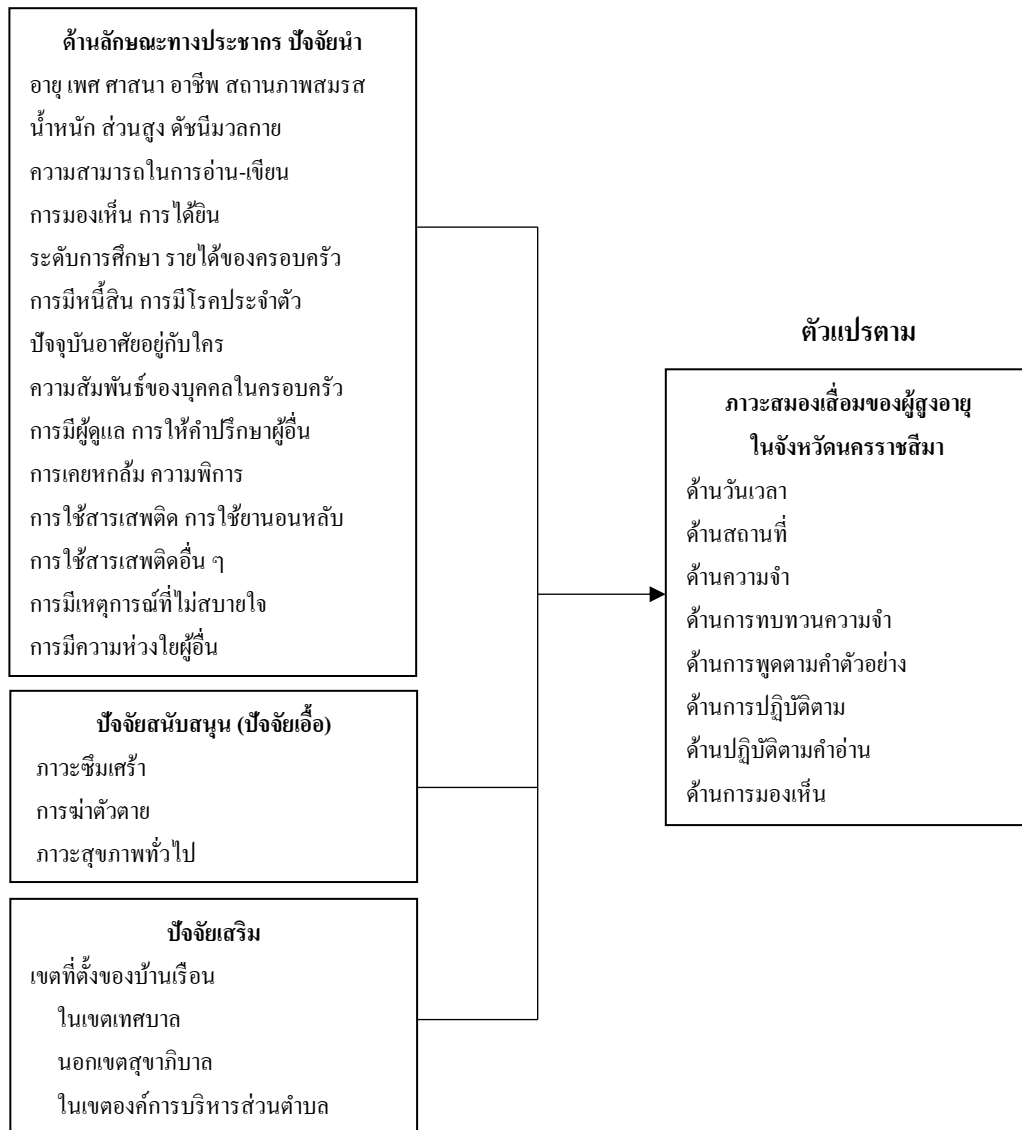
สุขภาพ ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดให้ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายและภาวะสุขภาพทั่วไป ซึ่งแต่ละปัจจัยจะมีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้อย่างไร

กลุ่มที่ 3 ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยเสริมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการที่จะทำให้นักเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นพื้นฐานทางสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ทุกคนมีและพึงเป็นพึงได้ทีหกลึกเลียงไม่ได้ ทุกคนต้องยอมรับว่าจะผลักดันให้ปัจจัยเหล่านี้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหรือภาวะสุขภาพในทางใดที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดให้ปัจจัยเสริมคือ เขตที่ตั้งของบ้านเรือน ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาลและในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งแต่ละปัจจัยจะมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพและเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างไร ดังแสดงตามภาพประกอบที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงอายุ 60 - 80 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทุกอำเภอ จำนวน 32 อำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 99,956 คน (กระทรวงมหาดไทย, 2562) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน ได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (Krejcie, R.V., & D.W. Morgan, 1970) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็น โดยการสุ่มตามระดับ

ตัวแปรต้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ชั้นภูมิ (stratified random sampling) แบ่งประชากรออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามอำเภอ แล้วสุ่มตัวอย่าง จากนั้นเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ในแต่ละ

อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้ อำเภอเมืองนครราชสีมา จำนวน 36 คน ครอบจักรวาล จำนวน 15 คน เสงี่ยม จำนวน 8 คน คง จำนวน 15 คน บ้านเหลื่อม จำนวน 3 คน จักราช จำนวน 12 คน ด่านขุนทด จำนวน 10 คน

โนนไทย จำนวน 21 คน โนนสูง จำนวน 11 คน ขามสะแกแสง จำนวน 20 คน บัวใหญ่ จำนวน 7 คน ประทาย จำนวน 13 คน ปักธงชัย จำนวน 15 คน พิมาย จำนวน 21 คน ห้วยแถลง จำนวน 25 คน ขุมพวง จำนวน 14 คน ขามทะเลสอ จำนวน 15 คน สีคิ้ว จำนวน 15 คน ปากช่อง จำนวน 5 คน หนองบุญมาก จำนวน 17 คน แก้งสนามนาง จำนวน 21 คน โนนแดง จำนวน 11 คน เทพารักษ์ จำนวน 7 คน พระทองคำ จำนวน 4 คน ลำทะเมนชัย จำนวน 8 คน บัวลาย จำนวน 5 คน สีดา จำนวน 4 คน เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 7 คน สูงเนิน จำนวน 5 คน วังน้ำเขียว จำนวน 4 คน โชคชัย จำนวน 4 คน และ โนนแดง จำนวน 6 คน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาใช้ทฤษฎี PRECEDE Model (Green, L.W., Krueger, M.W. 1980) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้สูงอายุ ตัวแปรต้นประกอบด้วยปัจจัยนำ (predisposing factors) คือ คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการอ่าน - เขียน การมองเห็น การได้ยิน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การมีโรคประจำตัว ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว การมีผู้ดูแล การให้คำปรึกษาผู้อื่น การเคยหกล้ม ความพิการ การใช้สารเสพติด การใช้ยานอนหลับ การใช้สารเสพติดอื่นๆ การมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ และการมีความห่วงใยผู้อื่น ปัจจัยสนับสนุน (ปัจจัยเอื้อ) (enabling factors) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ได้แก่ เขตที่ตั้งของบ้านเรือน ในเขต

เทศบาล นอกเขตเทศบาล ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแปรตาม คือ ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมด้านวันเวลา ด้านสถานที่ ด้านความจำ ด้านการทบทวนความจำ ด้านพูดตามคำตัวอย่าง ด้านการปฏิบัติตาม ด้านการปฏิบัติตามคำอ่าน และด้านการมองเห็น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการขออนุญาตจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 25 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เลขที่ใบรับรอง HE-076-2562 และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่าง ๆ โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ การถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และการรักษาความลับส่วนบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงดำเนินการต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม คุณลักษณะทางประชากร เป็นแบบสอบถามที่ทีมวิจัยสร้างขึ้น ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2554) ส่วนที่ 3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต,

2554) ส่วนที่ 4 แบบสำรวจภาวะสุขภาพทั่วไป (SF-36) ฉบับภาษาไทย (กรมสุขภาพจิต, 2554) และส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) Mini-Mental State Examination Thai version (MMSE-T) ของภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2554) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาเนื้อหาความถูกต้อง ความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาของเรื่องการวิจัยและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของคณะผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้ ส่วนที่ 2 เท่ากับ .71 ส่วนที่ 3 เท่ากับ .74 ส่วนที่ 4 เท่ากับ .82 และส่วนที่ 5 เท่ากับ .85 การแปลความหมายคะแนนจัดระดับคะแนนสามระดับ คือระดับต่ำระดับปานกลาง และระดับสูง โดยการอิงเกณฑ์ของ Benjamin Bloom (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 31 มกราคม พ.ศ.2563 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลทุกครั้งก่อนยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน หากพบว่าข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนได้นำไปเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา แสดงลักษณะการกระจายของตัวแปรต่าง ๆ ของคุณลักษณะทาง

ประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน (เอื้อ) (enabling factors) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) และตัวแปรตามภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา นำเสนอในรูปแบบตาราง แสดงประกอบความเรียง แสดงจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับจำแนกตามรายด้านของปัจจัย

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปร ของปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน (เอื้อ) และปัจจัยเสริม กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2.2 การเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อม

ของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้ One-Way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง มีอายุอยู่ระหว่าง 70 - 78 ปี ร้อยละ 50.52 อายุเฉลี่ย 71 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี และอายุน้อยที่สุด 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.40 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.77 อาชีพก่อนอายุ 60 ปี ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 68.75 อาชีพปัจจุบันส่วนใหญ่

ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 72.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน ร้อยละ 53.40 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 64 - 68 กิโลกรัม ร้อยละ 30.72 น้ำหนักเฉลี่ย 58 กิโลกรัม น้ำหนักมากที่สุด 78 กิโลกรัม น้ำหนักน้อยที่สุด 39 กิโลกรัม ส่วนใหญ่มีส่วนสูง อยู่ระหว่าง 156 - 160 เซนติเมตร ร้อยละ 47.40 ส่วนสูงเฉลี่ย 159 เซนติเมตร สูงที่สุด 174 เซนติเมตร เตี้ยที่สุด 146 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 61.98 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ร้อยละ 26.82 ส่วนใหญ่อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 47.90 ส่วนใหญ่มองเห็นชัดโดยการสวมแว่นตา ร้อยละ 57.30 การได้ยินส่วนใหญ่ฟังไม่ชัด ร้อยละ 61.50 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 52.08 รายได้เฉลี่ย 7,217 บาท/เดือน รายได้น้อยที่สุด 1,500 บาท/เดือน มากที่สุด 30,000 บาท/เดือน รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ครอบครัวมีหนี้สิน ร้อยละ 53.90 ครอบครัวไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 100.00 ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้จากลูกหลาน ร้อยละ 53.10 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.64 เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 45.84 เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 27.60 เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 26.56 มีผู้ดูแล ร้อยละ 100.00 มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย ๆ ร้อยละ 53.10 ไม่เคยให้คำปรึกษาผู้อื่น ร้อยละ 91.67 มีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ ร้อยละ 88.54 มีความหวังใยหลาน ร้อยละ 53.39 และหวังใยลูก ร้อยละ

46.61 ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 85.42 ส่วนใหญ่ร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มที่แขน ร้อยละ 67.85 มีความพิการทางกาย ร้อยละ 17.20 ไม่เคยใช้สารเสพติดใด ๆ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ใช้ยานอนหลับก่อนนอน ร้อยละ 55.21 ส่วนใหญ่มีเขตที่ตั้งของบ้านเรือนอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 41.10

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.04 ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 47.90 และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.70 สำหรับภาวะสุขภาพทั่วไป พบว่า ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพส่วนใหญ่เหมือนเดิม ร้อยละ 60.90 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กับปัจจุบันสุขภาพส่วนใหญ่เหมือนเดิม ร้อยละ 44.30 ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีผลต่อสุขภาพเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรม กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก ๆ เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก ส่วนใหญ่มีผลมาก ร้อยละ 51.00 กิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง เช่น ย้ายโต๊ะ ภูบ้าน ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 51.04 การยกของหรือหิ้วตะกร้าขณะไปซื้อของ ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 72.20 การเดินขึ้นบันไดตั้งแต่บ้าน 2 ชั้นขึ้นไป ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 73.44 การเดินขึ้นบันได 3 - 5 ชั้น ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 74.48 การก้มตัว หรือคุกเข่า หรือโค้งตัว ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 82.81 การเดินทางระยะทาง 1 กิโลเมตรขึ้นไป ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 70.80 การเดินทางระยะทางตั้งแต่ 2 ช่วงเสาไฟฟ้าขึ้นไป ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 84.38 การเดินทางมากกว่า 30 เมตรขึ้นไป ส่วนใหญ่

รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 86.50 และการอาบน้ำ แต่งตัวเองส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลต่อสุขภาพมาก ร้อยละ 73.96

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ความรู้สึกด้านสุขภาพกับการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง ส่วนใหญ่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 86.50 ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้ส่วนใหญ่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 85.40 ทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างไม่ได้อย่างที่เคย ส่วนใหญ่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 85.40 และมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม ต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 77.08 ความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล มีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่รู้สึกว่าจะต้องเพิ่มเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมขึ้น ร้อยละ 93.75 ทำงานได้มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ร้อยละ 90.10 และขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้ ร้อยละ 84.37 มีความรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา ส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 47.92 รองลงมา รู้สึกบ่อย ๆ ร้อยละ 14.58 รู้สึกประสาทเครียดส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 43.75 รู้สึกหุดหู่จนไม่มีอะไรทำให้สดชื่นขึ้นได้ ส่วนใหญ่เป็นบ่อย ๆ ร้อยละ 45.80 รู้สึกสงบและสุขใจส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 56.30 มีพลังมากส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 54.17 ท้อแท้ห่อเหี่ยวส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 49.00 รู้สึกว่าทำอะไรไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 51.04 มีความสุขส่วนใหญ่แน่นอนครั้ง ร้อยละ 49.73 รู้สึกเหนื่อยล้าส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 47.47 ไม่อยากเข้าสังคมส่วนใหญ่เป็นบ่อย ๆ ร้อยละ

49.50 ไม่อยากพบปะกับลูกหลานญาติมิตรสหาย เพื่อนเก่าส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 44.27

ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพ คือ รู้สึกเหมือนจะป่วยมากกว่าคนอื่นส่วนใหญ่ถูกต้องเป็นส่วนมาก ร้อยละ 67.19 รู้สึกสุขภาพดีเหมือนทุกคนที่รู้จักส่วนใหญ่ถูกต้องเป็นส่วนมาก ร้อยละ 47.40 คาดว่าสุขภาพจะแย่ลงส่วนใหญ่ถูกต้องส่วนมาก ร้อยละ 27.10 รู้สึกสุขภาพดีเชื่อมส่วนใหญ่ถูกต้องส่วนมาก ร้อยละ 40.10 รู้สึกต้องการตรวจสุขภาพบ่อย ๆ ส่วนใหญ่ไม่เป็นส่วนมาก ร้อยละ 45.80 รู้สึกมีอาการเจ็บปวดตามร่างกายส่วนใหญ่ถูกต้องส่วนมาก ร้อยละ 47.90

2. ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ด้านวันเวลา พบว่าผู้สูงอายุสามารถตอบวันทั้งวันนี้ได้ถูกต้อง ร้อยละ 53.60 ตอบชื่อวันนี้ได้ถูกต้อง ร้อยละ 65.10 ตอบชื่อเดือนนี้ได้ถูกต้อง ร้อยละ 61.15 ตอบชื่อปีนี้ได้ถูกต้อง ร้อยละ 50.00 ตอบฤดูกาลได้ถูกต้อง ร้อยละ 90.10

ด้านสถานที่ ตอบสถานที่ที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.40 ตอบชื่อหมู่บ้านที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.40 ตอบชื่อถนนที่ตั้งบ้านเรือนที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 87.00 ตอบชื่ออำเภอที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 98.40 ตอบชื่อจังหวัดที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.40 ตอบชื่อภาคที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 84.90

ด้านความจำ พูดยตาม จำนวน 3 คำถูกต้อง ร้อยละ 84.90 สะกดคำ 1 คำ ถูกต้อง ร้อยละ 14.60 สะกดคำออกหลัง 1 คำ ถูกต้อง ร้อยละ 15.60 คิดในใจโดยเอา 100 ตั้งลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ บอกผลลัพธ์ถูกต้อง ร้อยละ 15.40

ด้านการทบทวนความจำ ทบทวนคำหลังบอกคำตัวอย่าง 3 คำ แล้วเว้นช่วงเวลา 2 - 3 นาที ถูกต้อง ร้อยละ 35.40 ถามวัตถุที่ชี้หรือยื่นให้ดู ตอบคินสอได้ถูกต้อง ร้อยละ 84.90 ตอบนาฬิกาได้ถูกต้อง ร้อยละ 95.30 ตอบขวดน้ำได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.30 ตอบรถยนต์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.30 ตอบกระดาษได้ถูกต้อง ร้อยละ 84.90

ด้านการพูดตามคำตัวอย่าง พูดประโยค “ใครใคร่ขายไก่ไข่” ถูกต้อง ร้อยละ 26.00

ด้านการปฏิบัติตาม รับกระดาษแล้วพับกระดาษ วางกระดาษตามคำบอกถูกต้อง ร้อยละ 39.60 พับกระดาษด้วยมือขวาแล้วพับครึ่งด้วยสองมือทำตามถูกต้อง ร้อยละ 55.20 วางกระดาษไว้บนเตียงทำได้ถูกต้อง ร้อยละ 80.70

ด้านปฏิบัติตามคำที่อ่านอ่านคำว่า “หลับตา” แล้วหลับตาทำถูกต้อง ร้อยละ 56.20 เขียนและอ่านข้อความ 1 ข้อความทำได้ถูกต้อง ร้อยละ 34.40

ด้านการมองเห็นภาพ วาดภาพหกเหลี่ยมตามที่มองเห็น ถูกต้อง ร้อยละ 3.10 วาดภาพวงกลมซ้อนกัน 2 วงตามที่มองเห็นถูกต้อง ร้อยละ 24.00

เมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามเขตพื้นที่ที่ตั้งบ้านเรือนกับภาวะสมองเสื่อม พบว่า ระดับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ทั้งในภาพรวม ในเขต

เทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีดังนี้

ด้านวันเวลา ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย การมีหนี้สิน รายได้ของครอบครัว และการมีโรคประจำตัว ($\chi^2 = 4.99, 13.89, 14.95, 1.38, 9.33$ และ $0.76, p\text{-value} = .02, .02, .02, .04, .02$ และ $.05$ ตามลำดับ)

ด้านสถานที่ ได้แก่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รายได้ของครอบครัว และการมีหนี้สิน ($\chi^2 = 24.58, 13.35, 4.77$ และ $9.14 p\text{-value} = .02, .02, .03,$ และ $.02$ ตามลำดับ)

ด้านความจำ ได้แก่ ส่วนสูง ($\chi^2 = 10.25, p\text{-value} = .05$)

ด้านการทบทวนความจำ ได้แก่ อาชีพ ก่อนเกษียณ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และการมีหนี้สิน ($\chi^2 = .33, .13, .84$ และ $21.59 p\text{-value} = .04, .05, .05,$ และ $.05$ ตามลำดับ)

ด้านการพูดตามคำตัวอย่าง ได้แก่ ส่วนสูง

ตารางที่ 1 ระดับของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาพรวมและจำแนกตามเขตพื้นที่ตั้งบ้านเรือน

เขตพื้นที่	Mean	SD	Min	Max	ระดับของภาวะสมองเสื่อม
ในเขตเทศบาล (n = 158)	20.01	1.61	11.00	28.00	ระดับปานกลาง
นอกเขตเทศบาล (n = 80)	20.30	5.35	2.00	28.00	ระดับปานกลาง
ในเขต อบต. (n = 146)	16.83	5.88	3.00	28.00	ระดับปานกลาง
ในภาพรวม	18.86	5.25	2.00	28.00	ระดับปานกลาง

($\chi^2 = 13.14$, p -value = .04)

.04 ตามลำดับ)

ด้านการปฏิบัติตาม ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง
ค่าดัชนีมวลกาย และการมีหนี้สิน ($\chi^2 = 12.29$,
3.13, 27.90 และ 3.36, p -value = .04, .03, .04, และ

ด้านการปฏิบัติตามคำที่อ่าน ได้แก่ น้ำหนัก
ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย การมีหนี้สิน ($\chi^2 = .09$,
31.50, .32 และ 9.30, p -value = .03, .00, .03 และ .03

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	จำนวน	วันเวลา		สถานที่		ความจำ		ทบทวนความจำ	
		χ^2	p -value	χ^2	p -value	χ^2	p -value	χ^2	p -value
อาชีพก่อนเกษียณ	384	2.70	.17	.27	1.17	4.41	1.38	.33	.04*
น้ำหนัก	384	4.99	.02*	24.58	.02*	.22	.15	.13	.05
ความสูง	384	13.89	.02*	26.16	.15	10.25	.05	12.57	.17
ดัชนีมวลกาย	384	14.95	.02*	13.35	.02*	3.13	.15	.84	.05
รายได้ของ ครอบครัว	384	1.38	.04*	4.77	.03*	5.64	.28	3.92	.09
การมีหนี้สิน	384	9.33	.02*	9.14	.02*	11.06	.15	21.59	.05
มีโรคประจำตัว	384	.76	.05	51.57	.38	2.48	3.50	7.89	1.13
อายุ	384	25.82	.69	21.80	.17	26.46	.13	17.42	.02*
อาชีพปัจจุบัน	384	10.61	4.88	3.16	17.83	13.90	4.33	.33	.04*
น้ำหนัก	384	1.32	.17	12.29	.04*	.09	.03*	7.24	.01*
ความสูง	384	13.14	.04*	3.13	.03*	31.50	.00*	11.32	.01*
ค่าดัชนีมวลกาย	384	8.14	.17	27.90	.04*	.32	.03*	21.00	.01*
รายได้ของ ครอบครัว	384	3.32	.34	.01	.08	67.19	.06	3.83	.01*
การมีหนี้สิน	384	14.24	.17	3.36	.04*	9.30	.03*	26.85	.01*
การเป็นเบาหวาน	384	44.14	.69	12.50	.17	3.41	.13	15.99	.02*
การเขยหกล้มใน รอบ 3 เดือนที่ ผ่านมา	384	20.19	1.38	14.10	.33	8.88	.25	19.87	.04*
การมีเหตุการณ์ที่ ไม่สบายใจ	384	28.49	.69	57.35	.17	.32	.13	73.67	.02*

* p -value < 0.05

ตามลำดับ)

ด้านการมองเห็นภาพ ได้แก่ อายุ อาชีพ ปัจจุบัน น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย รายได้ ของครอบครัว การมีหนี้สิน การเป็นโรคเบาหวาน การเคยหกล้ม และการมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ ($\chi^2 = 17.42, .33, 7.24, 11.32, 21.00, 3.83, 26.85, 15.99, 19.87$ และ $73.67, p\text{-value} = .02, .04, .01, .01, .01, .01, .02, .04$ และ $.02$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ปัจจัยสนับสนุน (ปัจจัยเอื้อ) ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า

ด้านวันเวลา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และภาวะสุขภาพทั่วไป ($\chi^2 = 13.31, 44.41$ และ $33.42, p\text{-value} = .02, .02$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านสถานที่ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = .05$ และ $66.29, p\text{-value} = .02$ และ $.02$ ตามลำดับ)

ด้านการทบทวนความจำ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 0.39$ และ $26.81, p\text{-value} = .05$ และ $.05$ ตามลำดับ)

ด้านการพูดตามคำตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 4.20$ และ $16.50, p\text{-value} = .02$ และ $.01$ ตามลำดับ)

ด้านการปฏิบัติตาม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

ด้านการปฏิบัติตามคำที่อ่าน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 0.10$ และ $6.37, p\text{-value} = .04$ และ $.04$ ตามลำดับ)

ด้านการมองเห็น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 23.70$ และ $32.00, p\text{-value} = .03$ และ $.03$ ตามลำดับ)

ในภาพรวมด้านปัจจัยสนับสนุน (ปัจจัยเอื้อ) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 6.50$ และ $63.93, p\text{-value} = .01$ และ $.01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า

ด้านวันเวลา ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 164.49, 42.15$ และ $311.48, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านสถานที่ ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 92.60, 54.23$ และ $95.17, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	วันเวลา		สถานที่		ความจำ		ทบทวนความจำ	
	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value
ภาวะซึมเศร้า	13.31	.02*	.53	.02*	.41	.15	.39	.05
ภาวะฆ่าตัวตาย	44.41	.02*	66.29	.02*	11.09	.15	26.81	.05
ภาวะสุขภาพทั่วไป	33.42	.00*	18.66	.08	2.63	.06	42.38	.58

*p-value < 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	พุดตาม คำตัวอย่าง		ปฏิบัติตาม		ปฏิบัติตาม คำอ่าน		การมอง เห็นภาพ		ในภาพรวม	
	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value
ภาวะซึมเศร้า	4.20	.02	5.304	.17	0.10	.04	23.70	.03	6.50	.01
ภาวะฆ่าตัวตาย	16.50	.01	13.63	.17	6.37	.04	32.02	.03	63.93	.01
ภาวะสุขภาพ ทั่วไป	34.27	.18	17.94	.19	6.25	.69	7.77	.17	24.73	.13

*p-value < 0.05

ด้านความจำ ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 55.60, 61.00$ และ $126.34, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านการทบทวนความจำ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ ($\chi^2 = 101.70, 52.24$ และ $85.52, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านการพุดตามคำตัวอย่าง ได้แก่ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 84.37, 61.24$ และ $322.74, p\text{-value} =$

.00, .00 และ .00 ตามลำดับ)

ด้านการปฏิบัติตาม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

ด้านการปฏิบัติตามคำที่อ่าน ได้แก่ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 101.40, 48.25$ และ $321.18, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านการมองเห็น ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 77.70, 54.00$ และ $89.12, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	วันเวลา		สถานที่		ความจำ		ทบทวนความจำ	
	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value
ในเขตเทศบาล	164.49	.00	92.60	.00	55.60	.00	101.70	.00
นอกเขตเทศบาล	42.15	.00	54.23	.00	61.00	.00	52.24	.00
เขตองค์การบริหาร ส่วนตำบล	311.48	.00	93.17	.00	126.34	.00	85.52	.00

*p-value < 0.05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	พูดตาม คำตัวอย่าง		ปฏิบัติตาม		ปฏิบัติตาม คำอ่าน		การมอง เห็นภาพ		ในภาพรวม	
	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value
ในเขตเทศบาล	84.37	.00	60.58	.06	101.40	.00	77.70	.00	392.00	.00
นอกเขตเทศบาล	61.24	.00	58.24	.08	48.25	.00	54.00	.00	78.28	.00
เขตองค์การบริหารส่วนตำบล	322.74	.00	119.18	.09	321.18	.00	89.12	.00	436.39	.00

*p-value < 0.05

ในภาพรวมด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 392.00, 78.28$ และ $436.39, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6

4. การเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า ภาวะสมองเสื่อมในภาพรวม ในเขตพื้นที่ตั้งของบ้านเรือนแตกต่างกันมีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมี

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยในพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 7 และ 8

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน พบว่า ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัด

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมของผู้สูงอายุระหว่างในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	974.12	487.06	19.30	.00*
ภายในกลุ่ม	381	9614.82	25.23		
รวม	383	10588.95			

*p-value < 0.05

ตารางที่ 8 ทดสอบความแตกต่างในพื้นที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุของค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมในภาพรวม

Dependent Variable	(I) a = ระดับพื้นที่	(J) a = ระดับพื้นที่	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value
การทดสอบในภาพรวม	1	2	-.28	.68	.67
		3	3.17	.57	.00*
	2	1	.28	.68	.67
		3	3.48	.69	.00*
	3	1	-3.17	.57	.00*
		2	-3.46	.69	.00*

*p-value < 0.05

นครราชสีมาในภาพรวม ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.86, 20.01, 20.30 และ 16.83 ตามลำดับ คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 28.00 ผู้สูงอายุมีระดับภาวะสมองเสื่อมในระดับระยะ 6 Mid (กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558; สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) มีภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวกับการทบทวนความจำ ร้อยละ 51.67 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ที่พบร้อยละ 85.40 (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 40.60 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าเพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 42.85 (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) ด้านคุณลักษณะทางประชากรอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 71.23 ปี สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ย 73.40 ± 8.50 ปี (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.64 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.00 (กานดา

วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558) มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.60 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.89 (วัลลภา อังคารา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี และปัทมา วงศ์นิธิกุล, 2559)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ด้านปัจจัยนำหรือคุณลักษณะทางประชากรคือ อายุ อาชีพปัจจุบัน อาชีพก่อนเกษียณ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การมองเห็น รายได้ของครอบครัว การมีหนี้สิน การเป็นโรคเบาหวาน การเคยหกล้ม การมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ สอดคล้องกับผลวิจัยหลายการศึกษา (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561; อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) ภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนทำให้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น โดยความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมักเกิดจากโรคร่วมในผู้ป่วยน้ำหนักเกิน (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561;

อาทิตยา สุวรรณ และสุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) ค่าดัชนีมวลกายเกินมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายระหว่าง 22.50 – 24.99 กก./ม.² มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม 1.73 เท่า ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.00 - 27.49 กก./ม.² มีความเสี่ยง 1.93 เท่า ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 27.50 - 29.99 กก./ม.² มีความเสี่ยง 2.30 เท่า และดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป มีความเสี่ยง 2.54 เท่า (สุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561; อาทิตยา สุวรรณ และสุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559; รัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, 2557) การเคยหกล้มมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าเป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น 2.50 เท่าของคนไม่เป็นโรคเบาหวาน (ลลิตา พนากร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, 2558) การเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 4 เท่า ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 2 เท่า และผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้น เบาหวานและระดับอินซูลินในเลือดสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคอัลไซเมอร์ของผู้สูงอายุ (สุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค,

2561; Rocca, WA. et. al., 2011)

ด้านปัจจัยสนับสนุน (ปัจจัยเอื้อ) คือ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการศึกษาดูตามระยะยาวในช่วง 10 ปี ก่อนที่ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (สุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) จากสถานการณ์ล่าสุดในประเทศไทย โดยมีข้อมูลตัวเลขสถิติพบว่า ภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายของทั้งประเทศอยู่ที่ 6.34 ต่อประชากร 1 แสนคน ในปีพ.ศ. 2561 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 4,137 คน เป็นเพศชาย 3,327 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และเพศหญิง 810 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ซึ่งเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า และพบว่าวัยแรงงานช่วงอายุ 25 - 59 ปี เป็นวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด ร้อยละ 74.7 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.1 และวัยเด็กอายุ 10 - 24 ปี ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ

ด้านปัจจัยเสริม เขตที่ตั้งของบ้านเรือน คือ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตั้งของบ้านเรือนแตกต่างกัน มีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยพื้นที่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล เนื่องจากในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลผู้สูงอายุถูกให้อยู่ตามลำพังหรือ

อยู่กับคู่สมรสและมีเด็กซึ่งเป็นหลานเหลนที่ถูก ฝากให้เลี้ยงดูในครอบครัว โอกาสในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอาจมีลักษณะ หรือเงื่อนไขในด้านต่าง ๆ ทั้งทางกาย จิตใจ สุขภาพ หรือบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่แตกต่างกันไปตาม สภาพภูมิหลังทางสังคม ประวัติศาสตร์ คติความเชื่อ ระดับการพัฒนา ภูมิภาค และช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2556)

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ คือ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในส่วนที่มีอายุมากตั้งแต่ 75 - 80 ปี อาจตอบคำถามคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และ การศึกษานี้เป็นเพียงการประเมินภาวะสมองเสื่อม เบื้องต้นจากการตอบคำถามมิใช่การวินิจฉัยโรค สมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป คือ ควรศึกษาในกลุ่มวัยทำงานอายุก่อนถึง 60 ปี เพื่อนำ ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับตัว การส่งเสริมสุขภาพ เกิดความตระหนักในการป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมของประชาชนก่อนอายุถึง 60 ปี และเป็นแนวทางให้ผู้สนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะ สมองเสื่อมได้ศึกษาต่อยอดต่อไป

สรุป

ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัด นครราชสีมาอยู่ในระดับปานกลาง เขตพื้นที่ตั้งของ บ้านเรือนแตกต่างกันมีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในพื้นที่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล มีภาวะ สมองเสื่อมมากกว่าในเขตเทศบาลและนอกเขต

เทศบาล

ความรู้เดิม : ภาวะสมองเสื่อม คือ กลุ่มอาการ ที่เกิดจากระบบการทำงานของสมองที่ค่อย ๆ เสื่อมลง หรือมีความบกพร่อง ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้มีเพียงแต่ความ บกพร่องในด้านความทรงจำเท่านั้นแต่จะรวมถึง ด้านอื่น ๆ ด้วยได้แก่ การใช้ความคิด การตัดสินใจ ความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ การเรียนรู้ การใช้ภาษา หรือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เป็นต้น ความ เสี่ยงในการเป็นสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มิอายุ 65 ปี ขึ้นไป ซึ่งความ เสี่ยงของการเกิดสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ

ความรู้ใหม่ : ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตั้งของ บ้านเรือนแตกต่างกันมีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน โดยพื้นที่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมี ภาวะสมองเสื่อมมากกว่าในเขตเทศบาลและนอก เขตเทศบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมอง เสื่อมของผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัวตาย ภาวะสุขภาพทั่วไป อายุ อาชีพปัจจุบัน อาชีพก่อน เกษียณ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนสูง รายได้ ของครอบครัว การมีหนี้สิน การมีโรคประจำตัว การเป็นโรคเบาหวาน การเคยหกล้มในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมา และการมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การศึกษาภาวะ สมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จะเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังเพื่อการป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นแนวทางในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และจะเป็นข้อมูลสำหรับการ ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์ที่ได้สนับสนุนทุนในการวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2554). หนีสมองเสื่อม บทความด้านสุขภาพจิต และจิตเวช: 10 วิธีหนีสมองเสื่อม. นิตยสาร *Health today*, 10 (118), 22.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2561). เบาหวานภัยเงียบคร่าชีวิตนาที่ละ 2 คน. กรุงเทพมหานคร: สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2561. จาก: <http://www.thaileprosy.org/index.php>.
- กระทรวงมหาดไทย. (2562). สถิติประชากร และบ้านจำนวนประชากรแยกอายุ จำแนกรายหมู่บ้าน รายตำบล รายอำเภอ และรายจังหวัด. จังหวัดนครราชสีมา.
- กานดา วรคุณพิเศษ และ ศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 1(22), 82-97.
- ชัยรัตน์ อโนทัยสินทวี. (2557). ผลกระทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 8 : กรุงเทพฯ, สุริยาสันการพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือและรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์.
- บรรลุ ศรีพานิช. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม: พรินเตอร์ จำกัด.

- พาวดี เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110.
- รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. (2556). *มนต์เสน่ห์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม: บริษัทโรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.
- ลลิตา พนากร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมันแสงทรัพย์ และ พิมพ์สุรางค์ เดชะบุญ เสริมศักดิ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 45(2), 197-209.
- วัลลภา อังคารา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี และ ปัทมา วงศ์นิธิกุล. (2559). การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 23-33.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). *การจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวทางการดูแลรักษา ภาวะซึมเศร้า*. นนทบุรี: 2555.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561). การป้องกันและปัจจัยเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 12-27.
- อาทิตย์ สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหลักหม้ออำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 5(2), 21-32.
- Green, L.W., Krueter, M.W. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California Mayfield Publishing Company.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Rocca, W.A. et al. (2011). Trends in the incidence and prevalence of Alzheimer, s disease, dementia and cognitive impairment in the United States. *Alzheimers Dement*, 7(1), 80-93.
- Scott, K. R., & Barrett, A. M. (2007). Dementia syndromes: Evaluation and treatment. *Expert Review Neurotherapeutics*, 7(4), 407-422.

THE EFFECTS OF A HEALTH MIND PROMOTING WITH MINDFULNESS PROGRAM ON PRIMARY SCHOOL STUDENTS' PSYCHOLLOGICAL WELL-BEING*

*Walailak Pumpuang, Ph.D.**, Sathaka Pimroon, MNS.***, Sudarat Pianchob, Ph.D.****,
Supapak Petasuwan, Ph.D.***, Thineerat Thavorn, M.Ed.****

Abstract

Objective: This quasi-experimental study with two group comparison aims at examining the effectiveness of a healthy mind promotion with mindfulness program on primary school students' psychological well-being.

Methods: Participants were primary school students from two schools in Amphoe Phutthamonthon, Nakhon Pathom Province. Students were selected according to inclusion criteria: randomly selected 42 students from two classrooms in one school as an experimental group, and 42 students from two classrooms in another school as a control group. The control group was provided with mental health promotion activities by its own school, while the experimental group received a healthy mind promotion with mindfulness program for 7 weeks. The data were analyzed by using descriptive statistics, t-test, and ANCOVA.

Results: The finding shows that the experimental group had a small increase in psychological well-being, but it was not statistically different between the two groups. When analyzed based on a classroom, the results showed that the classroom 1 had the difference in psychological well-being between groups ($F(1,35) = 8.901, p = .003$) and the mean of mindfulness of the experimental group was significantly correlated with psychological well-being ($r = .410, p = .007$).

Conclusion: The result shows that the program can change psychological well-being. Mindfulness is a factor associated with the psychological well-being of primary school students. However, to promote psychological well-being effectively, further studies should be conducted to examine the difference between duration of practices and characteristics of students.

Keywords: mindfulness, psychological well-being, primary school students'

*This study was supported by a research grant from Mahidol University

**Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail: walailak.pum@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

****Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University

Received: 30 October 2020, Revised: 1 April 2021, Accepted: 6 April 2021

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติต่อสุขภาวะทางจิตใจ ของนักเรียนประถมศึกษา*

วไลลักษณ์ พุ่มพวง, ปร.ค.**, สาธิตา พิมพ์รุณ, พย.ม.***, สุดารัตน์ เพียรชอบ, ปร.ค.****,
สุภาภัก เกตราสุวรรณ, Ph.D.***, จินิรัตน์ ถาวร, กศ.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจ โดยใช้สติต่อสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษา

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายจาก 2 โรงเรียนในอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม คัดเลือกนักเรียนตามเกณฑ์การคัดเข้า ทำการสุ่มโรงเรียนและห้องเรียนได้นักเรียนจำนวน 42 คน จาก 2 ห้องเรียนเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และนักเรียนจำนวน 42 คนจาก 2 ห้องเรียนเข้าเป็นกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการฝึกส่งเสริมสุขภาพใจตามปกติของโรงเรียน และกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติเป็นเวลา 7 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ANCOVA

ผลการศึกษา : ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์รายห้องเรียนพบว่า ห้องเรียนที่ 1 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสุขภาวะทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(1,35) = 8.901, p = .003$ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการมีสติของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .410, p = .007$)

สรุป : ผลการวิจัยแสดงว่า โปรแกรมนี้มีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะทางจิตใจโดยสติเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษา อย่างไรก็ตามการที่จะส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจให้เกิดประสิทธิผลควรมีการศึกษาต่อไปเกี่ยวกับความแตกต่างของระยะเวลาในการฝึกและลักษณะของนักเรียนในการส่งเสริมสุขภาพใจในโรงเรียน

คำสำคัญ : สติ สุขภาวะทางจิตใจ นักเรียนประถมศึกษา

*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: walailak.pum@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 30 ตุลาคม 2563, วันที่แก้ไข: 1 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 6 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

“เด็กในวันนี้คือผู้ใหญ่ในวันหน้า” เป็นคำกล่าวคลาสสิกที่ช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของเด็กที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ในการที่จะพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของเด็กให้สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี และสามารถเป็นกำลังสำคัญในการสร้างความเจริญมั่นคงของประเทศและทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนประเทศชาติสืบต่อไป (ทวีศักดิ์ อุ่นจิตติกุล, 2562) เด็กในวัยประถมศึกษาอายุระหว่าง 7 - 12 ปี เป็นวัยที่เข้าสู่ระบบการศึกษาเพื่อเรียนรู้ทั้งวิชาการและวิชาพัฒนาตน ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทางด้านความคิดอย่างใช้เหตุผลเชิงรูปธรรม มีความสนใจอยากเรียนรู้เหตุและผลสิ่งใหม่ ๆ มีการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ และเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการของการกำกับอารมณ์และควบคุมพฤติกรรมตนเอง มีความสัมพันธ์กับสังคม และมีพัฒนาการการรับรู้ตนเอง (Banerjee, Cavanagh & Strauss, 2016; สุริยลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561) จึงเป็นช่วงวัยที่สามารถเรียนรู้และส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันตั้งแต่ช่วงวัยเด็กและต่อเนื่องไปในช่วงวัยต่อ ๆ ไปได้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีหลายปัจจัยที่ทำให้เด็กไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ดี เช่น การขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นต้น ซึ่งอาจนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี (Radez et al., 2020) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจึงให้ความสำคัญในการเสริมสร้างปัจจัยภายในตัวเด็ก เพื่อเป็นแหล่งช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นในการนำไปใช้

เผชิญกับปัญหาและนำไปสู่การมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี

สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นสถานะที่บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต และทำหน้าที่ของตนเองได้เต็มศักยภาพ เป็นแนวคิดจิตวิทยาทางบวกที่มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะเป็นผู้ที่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น สามารถจัดการกับเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งเป็นผู้ที่ปราศจากโรคทางจิตเวช (WHO, 2020) ดังนั้นสุขภาวะทางจิตใจจึงเป็นลักษณะสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี ในงานวิจัยส่วนใหญ่จึงมุ่งความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างคุณลักษณะของบุคคลที่นำไปสู่การมีสุขภาวะทางจิตใจ โดยการศึกษาปัจจัยปกป้องภายในบุคคล เช่น ความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถทางสังคม การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ การมีสติ การกำกับตนเอง และปัจจัยครอบครัว เช่น การทำหน้าที่ของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และเด็ก เป็นต้น (Fenwick-Smith, Dahlberg, & Thompson, 2018; Weare, 2014) การเสริมสร้างปัจจัยปกป้องภายในบุคคลจะส่งผลให้เด็กมีการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหาทางบวก สามารถจัดการอารมณ์ตนเองให้มีสุขภาวะที่ดี สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี มีความหวัง มองโลกในแง่ดี ซึ่งช่วยให้เด็กประสบความสำเร็จในโรงเรียนเผชิญกับปัญหาได้ดี มีเพื่อน มีแรงจูงใจและมีเป้าหมาย มีสุขภาวะอารมณ์ที่ดี (Pandey et al., 2018; Sancassiani et al., 2015; Kaunhoven & Dorjee, 2017)

รวมทั้งจากกลไกความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจกับการมีสุขภาวะทางจิตใจ ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมตนเองทั้งทางร่างกาย และจิตใจจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมอีกด้วย จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีสติเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด รู้สึกผ่อนคลาย เพิ่มการตระหนักรู้ในร่างกาย เพิ่มการกำกับ อารมณ์ และการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Felver & Jennings, 2016; Amundsen, Riby, Hamilton, Hope, & McGann, 2020) รวมทั้งผลการศึกษาจากงานวิจัย ที่ผ่านมายังพบว่า การมีสติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการมีสุขภาวะทางจิตใจ (Tang, Rongxiang, & Gross, 2019; Baroni, Nerini, Matera, & Stefanile, 2018)

สติเป็นลักษณะหนึ่งของความรู้ที่เป็น ความสามารถของบุคคลที่จะตั้งใจจดจ่อกับ ประสบการณ์หนึ่งที่กำลังเกิดขึ้น ณ ขณะนั้น โดย รับรู้อย่างเปิดใจและไม่มีการตัดสินใด ๆ (Kabat-Zinn, 2003) สมมติฐานหลักของการมีสติคือบุคคล โดยทั่วไปมักใช้ชีวิตอย่างอัตโนมัติ นั่นคือ ไม่ได้ ตระหนักถึงรูปแบบพฤติกรรมและมักครุ่นคิด เกี่ยวกับอดีตและอนาคต ซึ่งสภาวะของการไม่มีสติ นี้อาจนำไปสู่การมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น วิตก กังวล ซึมเศร้า มีอารมณ์ทางลบ เป็นต้น ในทาง กลับกันหากบุคคลมีการตระหนักรู้อย่างมีสติจะ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ปรับตัวและยืดหยุ่นได้ และ นำไปสู่การมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี (Crescentini, Capurso, Furlan, & Fabbro, 2016) ซึ่งการมีสติสามารถ ฝึกปฏิบัติได้โดยการฝึกนั่งสมาธิ การฝึกหายใจ

การฝึกสำรวจร่างกาย การฝึกโยคะ การฝึกสติรับรู้ ปัจจุบัน การฝึกสติในชีวิตประจำวัน เป็นต้น (Jazaieri & Shapiro, 2017) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในเด็กประถมศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาผลของการฝึกสติใน ต่างประเทศ เช่น อังกฤษ นิวซีแลนด์ อิตาลี อินเดีย เป็นต้น และพบว่าสามารถเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจ และลดปัญหาทางสุขภาพจิตในเด็กนักเรียน ประถมศึกษาได้ เช่น การศึกษาของเครสเซนตินี และคณะ (Crescentini et al., 2016) พบว่า การฝึก สติในเด็กนักเรียนอายุ 7 - 8 ปี สามารถลดปัญหา การไม่มีสมาธิ และลดปัญหาด้านอารมณ์ได้ การศึกษาของเดวิช และคณะ (Devich, Rix, Bernay, & Graham, 2017) พบว่า การฝึกสติใน ห้องเรียนสามารถเพิ่มการมีสติและการมีสุขภาวะ ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาได้ การศึกษาของอา มันเซ็น และคณะ (Amundsen, Riby, Hamilton, Hope, & McGann, 2020) พบว่า โปรแกรมการฝึกสติ ในเด็กนักเรียนประถมศึกษาอายุ 9 - 10 ปี สามารถ เพิ่มสุขภาวะทางจิตใจและความพึงพอใจในชีวิต ของเด็กนักเรียนได้ การศึกษาของโมดิ และคณะ (Modi, Joshi, & Narayanakurupa, 2018) พบว่า โปรแกรม การฝึกสติในเด็กนักเรียนอายุ 10 - 14 ปี สามารถ เพิ่มการกำกับตนเอง คุณค่าในตนเอง การมีสติ และ สุขภาวะทางจิตใจได้ อย่างไรก็ตามการสังเคราะห์ งานวิจัยพบว่าการศึกษาผลการฝึกสติในเด็ก ประถมศึกษามีจำนวนไม่มากนัก และพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 12.3 (Felver & Jennings, 2016)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับ

การส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในเด็กประถมศึกษา ยังมีจำนวนไม่มากนัก โดยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกสติเพื่อพัฒนาความตั้งใจจดจ่อในเด็กสมาธิสั้น (อาภรณ์ ดวงรัตน์, ศศินันท์ ศิริธาดา กุลพัฒน์ และวรากร ทรัพย์วิระปกรณ, 2561) การสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การมีส่วนร่วมในโรงเรียน (รวีพรตติ พูลลาภ และคณะ, 2561) เป็นต้น และยังไม่พบหลักฐานทางการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจโดยใช้สติของนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียน ซึ่งการขาดข้อมูลการศึกษาดังกล่าวอาจส่งผลต่อการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพจิตของนักเรียน ตลอดจนผลการศึกษาของจิตติ แก้วสวรรค์, กมลพร แก้วพรสวรรค์ และ ธิพร ตั้งจิตติพร (2555) สะท้อนให้เห็นว่าเด็กนักเรียนวัยรุ่นมองเห็นประโยชน์ของการพัฒนาทางด้านจิตใจและมีความต้องการที่จะให้มีกิจกรรมการฝึกสติในโรงเรียน ดังนั้นการส่งเสริมปัจจัยปกป้องภายในบุคคลของเด็กนักเรียนจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เด็กนักเรียนได้มีเครื่องมือในการนำไปใช้เผชิญปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งจะช่วยลดปริมาณปัญหาสุขภาพจิตลงได้ การศึกษาครั้งนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมที่มีการเสริมสร้างปัจจัยภายในบุคคล โดยนำกระบวนการฝึกสติ ในการรับรู้และกำกับความคิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเอง และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นจุดเริ่มต้นทางวิชาการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในเด็กประถมศึกษา และเป็นประโยชน์ในการจัดบริการทางสุขภาพจิตในโรงเรียนให้สามารถพัฒนา

ทรัพยากรมนุษย์ให้เติบโตอย่างมีคุณภาพและมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีเพื่อเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติสืบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้สติต่อสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยอธิบายได้ว่า สุขภาวะทางจิตใจเป็น การรับรู้ของบุคคลในการทำงานของจิตใจทางบวก โดยมีลักษณะสำคัญได้แก่ มีการยอมรับตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง มีการเติบโตภายใน มีเป้าหมายในชีวิต มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น และมีการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี (Ryff & Keyes, 1995) ในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของบุคคลสามารถทำได้โดยการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องภายในบุคคลเพื่อให้มีแหล่งทรัพยากรภายในที่ใช้ในการเผชิญกับปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้น (Fenwick-Smith et al., 2018; Weare, 2014) การมีสติ เป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของสุขภาวะทางจิตใจ (Amundsen et al., 2020; Tang et al., 2019; Baroni et al., 2018; Crescentini et al., 2016) โดยสติเป็นการระลึกถึงในปัจจุบันขณะ โดยไม่มีการตัดสินใด ๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลมีการกำกับตนเอง ทั้งความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำ และสามารถฝึกฝนการมีสติได้โดยการฝึกหายใจ การฝึก

สำรวจร่างกาย การฝึกการเคลื่อนไหว การฝึกสติ ในกิจที่ทำ การฝึกสติในชีวิตประจำวัน เป็นต้น (Kabat-Zinn, 2003; Jazaieri & Shapiro, 2017) ดังภาพที่ 1

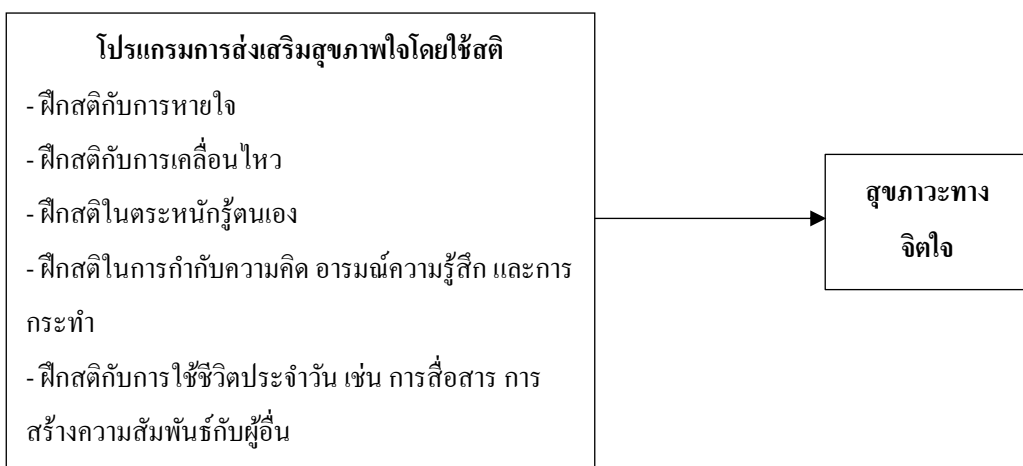
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (a quasi-experimental research using control group pre – test and post – test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสองแห่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนประถมศึกษาในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง

เป็นเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 84 คน ได้จากการสุ่มโรงเรียน 2 แห่งเข้าเป็นโรงเรียนกลุ่มทดลอง และโรงเรียนกลุ่มควบคุม และจากแต่ละโรงเรียนสุ่มห้องเรียนอย่างง่ายได้ 2 ห้องเรียนเป็นห้องเรียนทดลอง และ 2 ห้องเรียนเป็นห้องเรียนควบคุม โดยในหนึ่งห้องเรียนมีนักเรียนประมาณ 20 - 25 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen (1988) คำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาในการส่งเสริมการควบคุมตนเองในเด็กและวัยรุ่นเท่ากับ 0.42 (Pandey et al., 2018) และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากการเลือกใช้สถิติ independent t-test โดยใช้ตัวแปรเพศในการจับคู่ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 47 คน จึงใช้ห้องเรียน 2 ห้องเรียนในแต่ละกลุ่ม ได้นักเรียนกลุ่มทดลอง 42 คน และนักเรียนกลุ่มควบคุม 42 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS 2019/527.0912 และได้รับอนุมัติการเก็บข้อมูลจาก สถาบันการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการโดยพบนักเรียน กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียด และส่งเอกสารคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยให้ผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาพิจารณา และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เมื่อผู้ปกครองและนักเรียนกลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงเจตนายินยอมแล้วจึงนำเข้าสู่กระบวนการวิจัย ซึ่งนักเรียนกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียนในโรงเรียน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวมไม่มีการเชื่อมโยงถึงนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น สัมพันธภาพกับพ่อแม่ สถานะของครอบครัว และระดับการศึกษาของพ่อแม่

1.2 แบบสอบถามการมีสติ (Mindfulness: the child adolescent mindfulness measure: CAMM; Greco, Baer, & Smith, 2011) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ปรากฏการณ์ภายใน เช่น ความคิด ความรู้สึก ร่างกาย การตระหนักรู้ในปัจจุบันขณะ และการยอมรับอย่างไม่ตัดสินในเด็กและวัยรุ่น จำนวน 10 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดยวิธี Back Translation นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษา และทาง

จิตวิทยาจำนวน 2 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันยุ่งจนฉันไม่ได้สังเกต ความคิดและความรู้สึกของตนเอง” แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ โดย 0 คือ ไม่เลย และ 4 คือ เป็นประจำ การแปลผลให้กลับค่าคะแนนตรงกันข้ามแล้วนำคะแนนมารวมกัน คะแนนที่สูงบ่งชี้ว่าการมีสติอยู่ในระดับสูง ซึ่งแบบสอบถามการมีสติมีการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง และความเชื่อมั่นภายในพบว่าอยู่ในระดับดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 (Greco et al., 2011) นำไปทดสอบกับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 40 คน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.73

1.3 แบบสอบถามสุขภาวะทาง

จิตใจในเด็ก (Sterling Children's wellbeing scale (SCWBS; Liddle & Carter, 2015) พัฒนาโดย Stirling Council of Educational Psychology Service ใช้เพื่อประเมินสุขภาวะทางจิตใจและสุขภาวะเชิงอัตวิสัยด้วยตนเองในเด็กอายุ 8 - 15 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ มี 2 องค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (positive outlook) และการตระหนักรู้อารมณ์ (emotion awareness state) แปลเป็นภาษาไทยโดยวิธี Back Translation นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาและจิตวิทยาจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับแก้ไขภาษาตามข้อเสนอแนะ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี” แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ; 1 คือ ไม่เคย และ 5 คือ เป็นประจำ การแปลผลให้หาค่าคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนที่สูงบ่งชี้ว่า

สุขภาพทางจิตใจอยู่ในระดับสูง ซึ่งแบบสอบถามสุขภาพทางจิตใจในเด็กมีการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างและความเชื่อมั่นภายในพบว่าอยู่ในระดับดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 (Liddle & Carter, 2015) นำไปทดสอบกับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 40 คน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการฝึกสติและการเสริมสร้างสุขภาพทางจิตใจในเด็กและวัยรุ่น ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจของเด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง ได้แก่ คุณครู ผู้บริหาร ผู้ปกครอง และนักเรียน เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับการฝึกสติและฝึกการกำกับตนเองทั้งความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพทางจิตใจ ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 8 กิจกรรม ได้แก่

ครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้สติหายใจเป็น (Mindful breathing) เป็นการสร้างความคุ้นเคย ความสัมพันธ์กัน สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีสติ และได้ฝึกฝนการมีสติในการหายใจ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมรู้สติเคลื่อนไหวเป็น (Mindful movement) เป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีสติในการเคลื่อนไหว และฝึกฝนการมีสติในการเคลื่อนไหว และฝึกสติในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 3 กิจกรรมรู้สติคิดเป็น (Mindful thinking) เป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีสติในการคิดอย่างสมเหตุสมผล และฝึกฝนการมีสติใน

การคิดอย่างสมเหตุสมผล และฝึกสติรู้ความคิด

ครั้งที่ 4 กิจกรรมรู้ตัวเองดี (Self-awareness) เป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ และวิธีการที่ส่งเสริมให้ตนเองมีด้านบวกเพิ่มขึ้น และฝึกทบทวนข้อดีของตนเองทุกวัน

ครั้งที่ 5 กิจกรรมรู้อารมณ์ดี (Emotion awareness) เป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการอารมณ์อย่างถูกวิธี และฝึกทบทวนรับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 6 กิจกรรมรู้การกระทำดี (Self-control) เป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการกำกับพฤติกรรมตนเอง และวิธีการที่ส่งเสริมให้ตนเองควบคุมพฤติกรรมตนเองเมื่อมีอารมณ์ทางลบ และฝึกทบทวนรับรู้พฤติกรรมตนเอง

ครั้งที่ 7 กิจกรรมรู้สื่อสารดี (Successful communication) เป็นการสร้างความเข้าใจในการสื่อสารเพื่อความเข้าใจกัน มีวิธีการสื่อสารที่ช่วยให้มีความสัมพันธ์ที่ดี

ครั้งที่ 8 กิจกรรมรู้เข้าใจคนอื่นดี (Empathic understanding) เป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นและสื่อสารความเข้าใจได้อย่างเหมาะสม และให้ทบทวนประสบการณ์การนำวิธีการต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และช่วยกันวางแผนลดปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดกิจกรรมให้กับกลุ่มทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 คาบเรียน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับให้กิจกรรมครั้งที่ 7 และ 8 เป็นกิจกรรมต่อเนื่องใช้เวลา 2 คาบ ด้วยผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด19 จึงต้อง

ปรับการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลการทำวิจัยในโรงเรียนจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงมีนาคม 2563 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานกับครูฝ่ายวิชาการ และครูผู้สอน ก่อนเข้าพบนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย โดยให้นำเอกสารชี้แจง และเอกสารแสดงเจตนายินยอมไปให้ผู้ปกครองได้ศึกษาทำความเข้าใจ

2. ภายหลังได้รับเอกสารแสดงเจตนายินยอมจากผู้ปกครองและนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานครูฝ่ายวิชาการและครูผู้สอนในแต่ละโรงเรียนเพื่อพบนักเรียนกลุ่มตัวอย่างในคาบเรียนของการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อให้ให้นักเรียนทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม เป็นเวลา 15 นาที

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการฝึกส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้สติในโรงเรียนกับกลุ่มทดลองในห้องเรียน เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ๆ ละ 40 - 50 นาที หรือ 1 คาบเรียน โดยในสัปดาห์ที่ 7 จะได้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 2 คาบเรียน ด้วยมาตรการของโรงเรียนในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค ส่วนกลุ่มควบคุมจะเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามปกติของโรงเรียน

4. หลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อให้

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ANCOVA ผลพบว่าค่า Levene's test เท่ากับ $p = .160$ แสดงว่าความแปรปรวนของแต่ละกลุ่มเท่ากัน ไม่ละเมิดข้อตกลงในการทดสอบ หลังจากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนเฉลี่ยของการมีสติเป็นตัวแปรร่วม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 4 ห้องเรียน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 2 ห้องเรียน และกลุ่มทดลอง 2 ห้องเรียน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีนักเรียนกลุ่มละ 42 คน เป็นนักเรียนหญิง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 และนักเรียนชาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 และนักเรียนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 10.12 (SD = .74) และนักเรียนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 10.00 (SD = .31) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ มีความสัมพันธ์

กับครอบครัวในระดับดีและดีมาก และนักเรียน
กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีกิจกรรมกับครอบครัว

บางครั้ง นักเรียนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีกิจกรรม
กับครอบครัวบ่อยครั้ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปจำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 42)			กลุ่มควบคุม (n = 42)		
	ห้องเรียน 1	ห้องเรียน 2	รวม	ห้องเรียน 1	ห้องเรียน 2	รวม
เพศ						
ชาย	12 (60.0)	7 (31.8)	19 (45.2)	10 (52.6)	9 (39.1)	19 (45.2)
หญิง	8 (40.0)	15 (68.2)	23 (54.8)	9 (47.4)	14 (60.9)	23 (54.8)
อายุเฉลี่ย	10.3 (.71)	10.0 (.75)	10.1 (.74)	10.0 (.33)	10.0 (.30)	10.0 (.31)
อายุน้อยสุด	9	9	9	9	9	9
อายุสูงสุด	12	13	13	11	11	11
สถานการณ์อยู่อาศัย						
อยู่กับพ่อแม่และแม่	13 (65.0)	14 (63.6)	27 (64.3)	11 (57.9)	12 (52.2)	23 (54.8)
อยู่กับพ่อหรือแม่	4 (20.0)	7 (31.8)	11 (26.2)	4 (21.1)	8 (34.7)	12 (28.6)
อยู่กับปู่ย่าหรือตายาย	3 (15.0)	1 (4.5)	4 (9.5)	3 (15.8)	2 (8.7)	5 (11.9)
อื่น ๆ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (4.8)
ความสัมพันธ์กับ						
ครอบครัว						
ดีมาก	8 (40.0)	9 (40.9)	17 (40.5)	7 (36.8)	11 (47.8)	18 (42.9)
ดี	4 (20.0)	11 (50.0)	15 (35.7)	6 (31.6)	7 (30.4)	13 (31.0)
ปานกลาง	6 (30.0)	2 (9.1)	8 (19.0)	4 (21.1)	1 (4.3)	5 (11.9)
ไม่ค่อยดี	1 (5.0)	0 (0.0)	1 (2.4)	2 (10.5)	1 (4.3)	3 (7.1)
ไม่ดี	1 (5.0)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)	3 (13.0)	3 (7.1)
กิจกรรมกับครอบครัว						
เป็นประจำ	4 (20.0)	4 (18.2)	8 (19.0)	0 (0.0)	4 (17.4)	4 (9.5)
บ่อยครั้ง	5 (25.0)	11 (50.0)	16 (38.1)	9 (47.4)	5 (21.7)	14 (33.3)
บางครั้ง	6 (30.0)	7 (31.8)	13 (31.0)	9 (47.7)	12 (52.2)	21 (50.0)
แทบจะไม่บ่อย	5 (25.0)	0 (0.0)	5 (11.9)	1 (5.3)	2 (8.7)	3 (7.1)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการมีสุขภาวะทางจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง (n = 42)			กลุ่มควบคุม (n = 42)		
	ห้องเรียน 1	ห้องเรียน 2	รวม	ห้องเรียน 1	ห้องเรียน 2	รวม
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
สุขภาวะทางจิตใจ						
ก่อนการทดลอง	15.10 (8.81)	35.45 (6.61)	25.76 (2.81)	34.05 (5.63)	26.82 (10.79)	30.09 (9.47)
หลังการทดลอง	25.55 (6.34)	30.95 (7.06)	28.38 (7.18)	33.73 (8.31)	26.95 (7.89)	30.02 (8.68)
การมีสติ						
ก่อนการทดลอง	20.55 (7.05)	18.13 (6.95)	19.28 (7.02)	18.00 (5.51)	17.69 (5.95)	16.40 (6.09)
หลังการทดลอง	15.95 (18.84)	16.81 (6.50)	17.83 (5.69)	18.84 (5.00)	15.95 (4.61)	17.26 (4.95)

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีสุขภาวะทางจิตใจ คะแนนเฉลี่ยการมีสติ และข้อมูลทั่วไป ($p > .05$) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีสุขภาวะทางจิตใจ ($M = 28.38, SD = 7.18$) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากก่อนการทดลอง ($M = 25.76, SD = 12.81$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = -1.470, p = .149$) ส่วนนักเรียนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการมีสุขภาวะทางจิตใจหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($t = .054, p = .958$) ดังตารางที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ได้คำนวณค่าขนาดผล (Effect size) เปรียบเทียบกลุ่มที่มีขนาดเท่ากัน โดยคำนวณจากค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหารด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Lenhard & Lenhard, 2016) ได้ค่า Effect Size d_{Cohen} ของคะแนนรวมสุขภาวะ

ทางจิตใจเท่ากับ .206 ซึ่งค่าที่ได้เท่ากับ .20 แสดงว่ามีผลกระทบขนาดเล็กน้อย (Grove & Ciper, 2020)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม หลังการทดลอง พบว่า สุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($F(1,81) = .933, p = .337$) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ห้องเรียนพบว่า ห้องเรียน 1 เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม การมีสุขภาวะทางจิตใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,35) = 8.901, p = .003$) แต่ห้องเรียน 2 หลังการทดลองไม่พบความแตกต่างทางสถิติของการมีสุขภาวะทางจิตใจระหว่างกลุ่ม ($p = .080$) แสดงดังตารางที่ 3

ในการศึกษาครั้งนี้ หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าการมีสติและการมีสุขภาวะทาง

จิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .410, p = .007$) โดยองค์ประกอบของการมีสุขภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (positive outlook) และการตระหนักรู้อารมณ์ (positive emotion

state) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีสติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .344, p = .026$ และ $r = .312, p = .044$ ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีสุขภาวะทางจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม-ภายหลังการทดลอง เมื่อควบคุมตัวแปรการมีสติก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ห้อยรวม					
Covariate (การมีสติ)	5.484	1	5.484	.085	.771
กลุ่ม	60.011	1	60.011	.933	.337
ความคลาดเคลื่อน	5207.397	81	64.289		
รวม	76903.000	84			
ห้อย 1					
Covariate (การมีสติ)	235.189	1	235.189	4.956	.033*
กลุ่ม	422.414	1	422.414	8.901	.005*
ความคลาดเคลื่อน	1661.027	35	60.149		
รวม	36690.000	39			
ห้อย 2					
Covariate (การมีสติ)	283.008	1	283.008	5.562	.023*
กลุ่ม	161.146	1	164.146	3.226	.080
ความคลาดเคลื่อน	2136.903	42	50.879		
รวม	40213.000	45			

* $p < .05$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติต่อสุขภาวะทางจิตใจในนักเรียนประถมศึกษา โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 7 สัปดาห์ ผลการศึกษาระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลองและนักเรียนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของสุข

ภาวะทางจิตใจระหว่างกลุ่ม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติต่อการมีสุขภาวะทางจิตใจครั้งนี้มีค่าขนาดของผล (effect size) ขนาดเล็กน้อย จึงอาจยังไม่สามารถสังเกตเห็นประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยที่ผ่านมาใน

การส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจ เช่น วิเศษสมาธิ และคณะ (Widiasmara, Novitasari, Trimulyaningsih & Stueck, 2018) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการรับรู้และเข้าใจผู้อื่นในโรงเรียน (empathy training) ในนักเรียนประถมศึกษา พบว่า โปรแกรมการฝึกที่มีค่าขนาดของผล (Effect size) ขนาดเล็กน้อยไม่พบความแตกต่างของคะแนนสุขภาวะทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และไม่พบความแตกต่างของคะแนนสุขภาวะทางจิตใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีผลต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของอามันเซ็น และคณะ (Amundsen et al., 2020) พบว่าเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติ มีคะแนนการมีสติ และการมีสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีค่าขนาดของผลขนาดปานกลางส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และการตระหนักรู้ทางอารมณ์ ซึ่งคล้ายกับผลการสังเคราะห์การศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการฝึกสติเป็นฐานในโรงเรียนที่มีค่าขนาดของผลปานกลางมีผลต่อผลลัพธ์ทางจิตวิทยา เช่น การแสดงออกทางความรู้สึก ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความเครียด และการเผชิญความเครียด เป็นต้น (Zenner, Herrnleben-Kurz, & Walach, 2014) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากจำนวนระยะเวลาในการฝึกสติ ซึ่งโปรแกรมการฝึกส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้สติในการศึกษาค้างนี้เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการฝึกสติในด้านต่าง ๆ โดยใช้เวลาในโรงเรียนฝึกสติ 40 - 50 นาทีเป็นเวลา 7 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง และมีการบ้านให้ฝึกสติกับลมหายใจ 3 นาที นอกห้องเรียนทำอย่างน้อยวันละ 1 - 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ซึ่งจากการติดตามทำ

การบ้านฝึกสตินอกห้องเรียนพบว่า มีเด็กนักเรียนบางส่วนที่ไม่ได้ฝึกสตินอกห้องเรียนเป็นประจำทุกวัน และมีเด็กนักเรียนเป็นส่วนน้อยที่ฝึกสตินอกห้องเรียนเป็นประจำ ฮัพเพิร์ต และจอห์นสัน (Huppert & Johnson, 2010) อธิบายว่าผลของโปรแกรมการฝึกสติมีความสัมพันธ์กับการฝึกนอกห้องเรียน ซึ่งในโปรแกรมการฝึกสติในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการฝึก 8 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมงและฝึกการบ้าน 40 นาทีต่อวัน แต่หากเด็กนักเรียนที่เริ่มต้นในการฝึกสติ ไม่ได้มีการฝึกสติในชีวิตประจำวันแล้ว การมีสติอาจลดลงได้ ดังนั้น จำนวนระยะเวลาของการฝึกสติในแต่ละวันที่ไม่เพียงพอจึงอาจส่งผลต่อประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงการมีสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาผลของจำนวนระยะเวลาในการฝึกสติที่แตกต่างกันเพื่อดูประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงของการมีสุขภาวะทางจิตใจต่อไป

นอกจากนี้ การศึกษาค้างนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวอยู่ในระดับดีและดีมาก (ร้อยละ 73.9 - 76.2) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการทดลอง ทั้งนี้ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการมีสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้เด็กนักเรียนมีแหล่งช่วยเหลือในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต ช่วยให้เด็กมีการรับรู้ความหมายและเป้าหมายของชีวิต ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ตนเองในทางบวก มีอารมณ์ทางบวก และนำไปสู่การมีสุขภาวะทางจิตใจ (Thomas, Liu, & Umberson, 2017) ประกอบกับเด็กนักเรียนยังอยู่ในวัยที่ต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ การเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันจึงมีผู้ใหญ่คอยช่วย

ในการคิดตัดสินใจ และจัดการปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ (สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561) จึงอาจเป็นไปได้ว่าครอบครัวมีส่วนช่วยให้เด็กนักเรียนสามารถจัดการกับความยุ่งยากหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการดำเนินการวิจัย จึงอาจยังไม่สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะทางจิตใจอย่างชัดเจน รวมทั้งจากการศึกษาของไวสส และคณะ (Weiss, Westerhof, & Bohlmeijer, 2016) อธิบายว่า การศึกษาที่ผ่านมามีแนวโน้มที่จะเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจ แต่หากบุคคลมีคุณลักษณะนิสัยบางอย่างที่เป็นผลให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองที่เหมือนเดิม (trait) มากจะเป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางจิตใจ ในระยะเวลาอันสั้นได้ จึงอาจเป็นเหตุผลที่ยังไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะทางจิตใจในนักเรียนกลุ่มทดลองในระยะเวลาอันสั้นได้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ห้องเรียน 1 ของกลุ่มทดลองมีผลสุขภาวะทางจิตใจแตกต่างจากห้องเรียนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ห้องเรียน 2 ของกลุ่มทดลองไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนที่อาจส่งผลการศึกษา เช่น อายุของเด็กนักเรียน ที่อาจมีความตั้งใจ ความสามารถในการคิด การใช้ภาษา หรือความต้องการทางร่างกายที่แตกต่างกัน (Burke, 2010) ซึ่งพบว่าอายุของเด็กนักเรียนทั้งสองห้องไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบว่า เพศของนักเรียนกลุ่มทดลองในห้องเรียน 1 ต่างจากห้องเรียน 2 เล็กน้อย โดยห้องเรียน 2 ส่วนใหญ่เป็นเด็กผู้หญิง (ร้อยละ 68.2) ขณะที่ห้องเรียน 1 ส่วนใหญ่เป็นเด็กผู้ชาย

(ร้อยละ 60) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ด้วยช่วงวัยของเด็กนักเรียนเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ในผู้หญิงมักพบว่ามีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามากขึ้น จึงส่งผลให้สุขภาวะทางจิตใจมีความแตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย (Lansford et al., 2018) การศึกษาของบลูธ และคณะ (Bluth, Rebecca, William, Futch, & Susan, 2017) อธิบายว่าเด็กผู้ชายในช่วงวัยรุ่นจะมีความกรุณาต่อตนเอง (self-compassion) ที่ช่วยให้สามารถรับมือกับความทุกข์และให้อภัยกับข้อผิดพลาดของตนเองในระดับคงที่ แต่เด็กผู้หญิงในช่วงวัยรุ่นจะมีความกรุณาต่อตนเองลดลง และเป็นช่วงวัยที่พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งความกรุณาต่อตนเองนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจ และการฝึกสติเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ความกรุณาต่อตนเองสูงขึ้น การศึกษาครั้งนี้ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติ ที่ให้เด็กนักเรียนได้ฝึกสติรับรู้และกำกับตนเองในด้านความคิด ความรู้สึก การกระทำ การเคลื่อนไหว และการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจสามารถส่งเสริมให้เด็กผู้ชายมีการตระหนักรู้ในการกระทำของตนเองและมีความกรุณาต่อตนเองได้ดีขึ้นกว่าการรับรู้ประสบการณ์ภายในของเด็กผู้หญิง จึงอาจเป็นไปได้ว่าห้องเรียนที่มีลักษณะของนักเรียนที่แตกต่างกัน เช่น เพศ อาจทำให้สังเกตเห็นผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะทางจิตใจที่แตกต่างกันได้ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มเติมกิจกรรมในโปรแกรมที่คำนึงถึงเพศของเด็กนักเรียน การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ปกครอง รวมทั้งหากมีการวัดตัวแปรทางจิตวิทยา เช่น ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า และความกรุณาต่อตนเอง อาจจะเห็นประสิทธิผลของโปรแกรม

ที่ชัดเจนมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สตินี้ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการมีสุขภาวะทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการมีสติและการมีสุขภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวก โดยในองค์ประกอบของการมีสุขภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตและการตระหนักรู้อารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสติ นั่นคือ เมื่อฝึกสติเพิ่มขึ้น จะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในชีวิตซึ่งเกี่ยวกับการรู้คิดที่ชัดเจน การมองโลกในแง่ดี และการเพิ่มขึ้นของการตระหนักรู้อารมณ์ซึ่งเกี่ยวกับความพึงพอใจในสัมพันธภาพและความสุขเบิกบานใจ (cheerfulness) จากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสะท้อนให้เห็นว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม เช่น การฝึกสติกับการเคลื่อนไหว การฝึกสติกับลมหายใจ การฝึกสติในการรู้จักอารมณ์ เป็นต้น เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้เด็กนักเรียนมีการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองเพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับคนอื่น และช่วยให้มีการปรับการรู้คิด ทำให้มีมุมมองในทางบวกมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสามารถมองเห็นถึงความสัมพันธ์ในทางบวกของการมีสติและการมีสุขภาวะทางจิตใจได้ จากงานวิจัยที่ผ่านมาอธิบายว่า การมีสติเป็นเหมือนคุณลักษณะนิสัย (trait) ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะของเด็กและผู้ใหญ่ โดยบุคคลที่ยังมีสติมากจะมีประสบการณ์ของอารมณ์ทางบวก มีความสัมพันธ์ที่ดี มีสุขภาวะทางจิตใจ และอารมณ์

ทางลบลดลง (Weare, 2014) จากการศึกษาของอามันเซ็น และคณะ (Amundsen et al., 2020) ให้ข้อเสนอแนะว่า การฝึกสติส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และการตระหนักรู้อารมณ์ ซึ่งช่วยให้มีสุขภาวะทางจิตใจดีขึ้น แต่เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการมีสุขภาวะทางจิตใจควรให้ครูประจำชั้นหรือผู้ให้การดูแลมีส่วนร่วมและสนับสนุนในการฝึกสติให้กับเด็กนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ และการศึกษาของอีเธริงตัน และคอสเทลโล (Etherington & Costello, 2019) อธิบายว่าลักษณะของโปรแกรมการฝึกสติที่มีลักษณะเป็นสากล (universal) ที่รวมนักเรียนทุกคนในชั้นเรียนทั้งที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน จะเป็นประโยชน์สำหรับเด็กนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีอาการวิตกกังวลสูง โดยสามารถลดคะแนนวิตกกังวลลงได้ เป็นผลจากที่เด็กนักเรียนได้เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาจากกลุ่มเพื่อนที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจหรือการฝึกสติจึงเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและควรทำให้เกิดความยั่งยืนในการนำไปใช้กับเด็กนักเรียนโดยรวมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัย ในการเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกต่อเนื่อง ควรเพิ่มการจัดทำอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการฝึกด้วยตนเอง เช่น คู่มือและซีดีการฝึกด้วยตนเอง คลิปวิดีโอการฝึก เพื่อให้เด็กนักเรียนสามารถนำกลับไปทบทวนและฝึกสติในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง (Sapthiang, Gordon, & Shonin, 2018) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรได้มี

การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกส่งเสริมสุขภาพใจในระยะเวลาของการฝึกที่แตกต่างกัน เช่น แบบระยะเวลาสั้น แบบระยะเวลา 6 - 8 สัปดาห์ หรือ แบบตลอดภาคการศึกษา หรือมีการศึกษาดูตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง เพื่อคว้าโปรแกรมที่เกิดประสิทธิผลควรมีระยะเวลานานเท่าไรที่เหมาะสมกับเด็กนักเรียนประถมศึกษา และควรขยายโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจในโรงเรียนโดยนำครูประจำชั้นและผู้ปกครองเข้ามาส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการฝึกทั้งที่บ้านและโรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฝึกส่งเสริมสุขภาพใจหรือการฝึกสติได้อย่างดีขึ้น รวมทั้งควรเพิ่มการวัดตัวแปรที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาหลังได้รับการฝึกตามโปรแกรม เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกรุณาต่อตนเอง เป็นต้น เพื่อจะให้เห็นประสิทธิผลที่ชัดเจนของโปรแกรม

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติเป็นโปรแกรมที่อาจเป็นทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจในนักเรียนประถมศึกษา พยาบาลด้านสุขภาพจิตควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของนักเรียนไทยเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอคุณสถาบันการศึกษาและผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- จิตวี แก้วพรสวรรค์, กมลพร แก้วพรสวรรค์ และ ภิรพร ตั้งจิตติพร. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นผู้มีสติของวัยรุ่นไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4): 403-412.
- ทวีศักดิ์ อุณจิตติกุล. (2562). *เด็กในวันนี้คือผู้ใหญ่ในวันหน้า ผู้ใหญ่จะรับผิดชอบกันอย่างไร*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2562, สืบค้นจาก <https://www.dailynews.co.th/article/686833>.
- วิพรพรดี พูลลาภ, กรรณิการ์ เทพกิจ, จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, อนุญา เหล่ารินทอง, วัณณามณีรัตน์ และ ขวัญหทัย ไชยอักษร. (2560). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การมีส่วนร่วม (PAR) ของโรงเรียนและภาคีเครือข่ายสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารการวิจัยกาสะลองคำ*, 11(3), 91-100.
- สุริยลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, ทิพวรรณ หารัยคุณาชัย, บานชื่น เบญจสุวรรณเทพ, อติสรุตดา เพ็ญฟู, จริยา จุฑาภิสิทธิ์ และคณะ. (2561). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4*. กรุงเทพฯ: ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กแห่งชาติ.
- อาภรณ์ ดวงรัตน์, ศศินันท์ ศิริธาดากุลพัฒน์ และ วรากร ทรัพย์วิระปรณ. (2561). ผลการใช้โปรแกรมการฝึกสติเพื่อพัฒนาความตั้งใจจดจ่อในเด็กสมาธิสั้น. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 24(2), 281-293.
- Amundsen, R., Riby, L. M., Hamilton, C., Hope, M., & McGann, D. (2020). Mindfulness in primary school children as a route to enhanced life satisfaction, positive outlook and effective emotion regulation. *BMC psychology*, 8(71), 1-15.
- Banerjee, M., Cavanagh, K. & Strauss, C. (2018). Barriers to mindfulness: a path analytic model exploring the role of rumination and worry in predicting psychological and physical engagement in an online mindfulness-based intervention. *Mindfulness*, 9, 980-992.
- Baroni D., Nerini A., Matera C. & Stefanile C. (2018). Mindfulness and emotional distress: the mediating role of psychological well-being. *Current Psychology*, 37, 467-476.
- Bluth, K., Rebecca, A., William, C., Futch, S., & Susan, A. G. (2017). Age and gender differences in the associations of self-compassion and emotional well-being in a large adolescent sample. *Journal of Youth Adolescent*, 46(4): 840-853.

- Burke, C.A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: a preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133–144.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crescentini, C., Capurso, V., Furlan, S., & Fabbro, F. (2016). Mindfulness-oriented meditation for primary school children: effects on attention and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-12.
- Devich, D., Rix, G., Bernay, R., & Graham, E. (2017). Effectiveness of a mindfulness-based program on school children's self-reported well-being: a pilot study comparing effects with an emotional literacy program. *Journal of Applied School Psychology*, 33(4), 309-330.
- Etherington, V. & Costello, S. (2019). Comparing universal and targeted delivery of a mindfulness-based program for anxiety in children. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 29, 22–38.
- Felver, J. C. & Jennings P. A. (2016). Applications of mindfulness-based interventions in school settings: An introduction. *Mindfulness*, 7(1), 1-4.
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(30), 1-17.
- Greco, L. A., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: development and validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3): 606-614.
- Grove, S. K. & Ciper D. J. (2020). *Statistics for Nursing Research*, (3rd ed.). St. Louis: Elsevier.
- Huppert, F. & Johnson D. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools: The importance of practice for an impact on well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5(4), 264-274.
- Jazaieri, H. & Shapiro S. (2017). *Mindfulness and well-being. the happy mind: cognitive contributions to well-being*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kaunhoven, R. J. & Dorjee D. (2017). How does mindfulness modulate self-regulation in pre-adolescent children? An integrative neurocognitive review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 163-184.
- Lansford, J.E., Rothenberg, W.A., Jensen, T.M., Lippold, M.A., Bacchini, D., Bornstein, M.H., et al. (2018). Bidirectional relations between parenting and behavior problems from age 8 to 13 in nine countries. *Journal of Research on Adolescent*, 28(3), 571-590.
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). *Calculation of Effect Sizes*. Retrieved February 13, 2019, from https://www.psychometrica.de/effect_size.html.
- Liddle, I. & Carter G. F. A. (2015). Emotional and psychological well-being in children: the development and validation of the Stirling Children's Well-being Scale. *Educational Psychology in Practice*, 31(2), 174-185.
- Modi, S., Joshi, U., & Narayanakurupa, D. (2018). Adolescents in the times of modern technology: Are they mindful or are their minds full? Results from a pilot study in an Indian school setting. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 14(2), 31-49.
- Pandey, A., Hale, D., Das, S., Goddings, A. L., Blakemore, S. J., & Viner, R. M. (2018). Effectiveness of universal self-regulation-based interventions in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(6), 566-575.
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2020). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Retrieved 15 June, 2020, from doi:10.1007/s00787-019-01469-4.

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Sancassiani, F., Pintus, E., Holte, A., Paulus, P., Moro, M.F., Cossu, G., et al. (2015). Enhancing the emotional and social skills of the youth to promote their wellbeing and positive development: a systematic review of universal school-based randomized controlled trials. Retrieved 9 June, 2020, from doi: 10.2174/1745017901511010021.
- Sapthiang, S., Gordon, W. V., Shonin, E. (2019). Mindfulness in schools: a health promotion approach to improving adolescent mental health. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(1), 112-119.
- Tang, Y.Y., Rongxiang, T., & Gross, J.J. (2019). Promoting psychological well-being through an evidence-based mindfulness training program. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 1-5.
- Thomas, P. A., Liu, H., & Umberson, D. (2017). Family relationships and well-being. *Innovation in Aging*, 1(3): 1-11.
- Weare, K. (2014). Mindfulness in Schools: Where are we and where Might we go Next? In C. T. N. Amanda Ie, Ellen J. Langer (Ed.), *The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness* (pp. 1037-1053). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Weiss, L.A., Westerhof, G.J., & Bohlmeijer, E.T. (2016). Can we increase psychological wellbeing? The effects of interventions on psychological well-being: a meta-analysis of randomized controlled trials. Retrieved 25 August, 2020, from doi:10.1371/journal.pone.0158092.
- Widiasmara, N., Novitasari, R., Trimulyaningsih, N., & Stueck, M. (2018). School of Empathy for enhancing children's well-being. Retrieved 25 August, 2020, from doi:10.18178/ijssh.2018.V8.966.
- World Health Organization. (2020). World health statistics 2020 monitoring health for the SDGs. Retrieved June 22, 2020, from https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2020/EN_WHS_2020_TOC.pdf?ua=1.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools-a systematic review and meta-analysis. Retrieved 15 June, 2020, from doi: 10.3389/fpsyg.2014.00603.

FACTORS RELATED TO HEALTH-PROMOTING BEHAVIORS FOR STRESS MANAGEMENT OF BANG CHALONG SUB-DISTRICT COMMUNITY, BANG PHLI DISTRICT, SAMUT PRAKRAN PROVINCE*

*Taweesak Kasiphol, Ph.D., RN**, Angsana Benjamon, M.S., RN***,
Sujittra Chaikittisil, M.S., RN***, Chanika Jaroenjitkul, M.A., RN****

Abstract

Objective: This study was a descriptive research to study health-promoting behaviors for stress management and to study factors related to health-promoting behaviors for stress management.

Methods: The sample group comprised 421 persons lived in Bang Chalong sub-district community, Bang Phli district, Samut Prakan province. These samples derived from the multistage random sampling technique. Data were collected from June to December 2014 by using questionnaires created from Pender's Health Promotion Model. Questionnaires were divided into six sections: personal data, health-promoting behaviors for stress management, perceived benefits of health-promoting behaviors for stress management, perceived barriers towards health-promoting behaviors for stress management, perceived self-efficacy of health-promoting behaviors for stress management, and perceived influences of interpersonal relation towards health-promoting behaviors for stress management. Therefore, data were analyzed by finding percentage, mean, standard deviation, and correlation analysis.

Results: 1) The sample group lived in Bang Chalong sub-district community, Bang Phli district, Samut Prakan province had a moderate level of health-promoting behaviors for stress management. 2) Perceived benefits of health-promoting behaviors for stress management, perceived self-efficacy of health-promoting behaviors for stress management, perceived influences of interpersonal relation towards health-promoting behaviors for stress management related to health-promoting behaviors for stress management positively with the statistical significance at the .01 level. The correlation coefficients (r) were 0.36, 0.35 and 0.33 respectively. While perceived barriers towards promoting-health behaviors for stress management related to promoting-health behaviors for stress management negatively with the correlation coefficient (r) of -0.16 and the statistical significance at the .01 level.

Conclusion: These findings suggest that factors of perceived benefits, perceived self-efficacy, and perceived influences of interpersonal relation towards health-promoting behaviors for stress management should be applied to be activities for developing the stress management skills among residents in Bang Chalong sub-district community, Bang Phli district, Samut Prakan province.

Keywords: health-promoting behaviors, stress management

*This study was supported by a research grant from Huachiew Chalermprakiet University

**Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, e-mail: taweessukk@gmail.com

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

Received: 21 April 2020, Revised: 19 April 2021, Accepted: 26 April 2021

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียดตามวิถีของชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ*

ทวีศักดิ์ กสิผล, ประ.ด. **, อังสนา เบญจมินทร์, วท.ม. ***,
สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์, วท.ม. ***, ชนิภา เจริญจิตต์กุล, ศศ.ม. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 421 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2557 เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด และการรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด การรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.36, 0.35, และ 0.33 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบโดยมีค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ - 0.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป : ควรนำปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมาเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดการกับความเครียด

*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

**ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, e-mail: taweesukk@gmail.com

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับ: 21 เมษายน 2563, วันที่แก้ไข: 19 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 26 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ (globalization) มีการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และสุขภาพ มีการนำวิทยาการ เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการพัฒนาประเทศ ส่งผลให้วิถีชีวิตของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็ว การพัฒนาทางเทคโนโลยีที่รวดเร็ว การสื่อสารที่ก้าวไปข้างหน้าอย่างไม่มีวันหยุด จนทำให้ผู้คนอีกจำนวนมากตามไม่ทันในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งการใช้ชีวิตดั้งเดิม ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมเก่า ๆ เริ่มหาย คนกลุ่มเก่าหรือร่วมสมัย ตามไม่ทัน กลายเป็นสังคมที่ต้องดิ้นรนต่อสู้และ ต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ตลอดเวลา ก่อให้เกิดความ กดดันจนกลายเป็นความเครียด (stress) ในตัวบุคคล และเห็นได้ว่า ในประเทศที่เจริญก้าวหน้าหรือ ประเทศที่พัฒนาแล้ว จะพบผู้ที่มีความเครียดและ ความทุกข์ของตัวเองไม่ได้ตามท้องถนนบ่อย ๆ และอาการลักษณะนี้จะลุกลามไปยังประชากร ประเทศต่าง ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้แต่ประเทศไทยของเรา (รักเกียรติ จาริก, 2560)

ข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2548 - 2553 พบว่า กลุ่มคนวัยทำงานอายุระหว่าง 15 - 59 ปี เป็นกลุ่มคน ที่มีอัตราฆ่าตัวตายสูงสุด 7.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน สาเหตุของการฆ่าตัวตายคือ ความเครียด โรคซึมเศร้า คิดยาเสพติด และการเจ็บป่วยทางกาย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และผลสำรวจ “ความเครียดของคนไทย” จำนวนทั้งสิ้น 1,392 คน ระหว่างวันที่ 8 - 12 เมษายน 2557 ของสวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต พบว่า ความเครียด อันดับ 1

คือ ด้านการเมือง อันดับ 2 คือ ด้านเศรษฐกิจ อันดับ 3 คือ ด้านสังคม และด้านอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ เรื่องส่วนตัว ปัญหาครอบครัว สุขภาพไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 97.18, 94.37, 92.61 และ 65.14 ตามลำดับ (ฉัฐพล เข้มมี, 2557: ออนไลน์)

ความเครียดนับว่าเป็นปัญหาที่กระทบต่อ สังคมไทยเป็นอย่างมาก ความเครียดก่อให้เกิดโรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็น สาเหตุของการฆ่าตัวตายในที่สุด โรคเครียดยังพบว่า มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในประชากรของไทยอย่างต่อเนื่อง (รักเกียรติ จาริก, 2560)

ชุมชนบางโหลงเป็นชุมชนคนไทย นับถือ ศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.36) เป็น ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ขึ้นอยู่แต่ละส่วนของพื้นที่ ที่มีอาชีพแตกต่างกัน ผลการศึกษาการสร้างเสริม สุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด พบว่าอยู่ใน ระดับดี (จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ, 2558)

คณะผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของ พฤติกรรมการจัดการเกี่ยวกับความเครียด เพื่อลด การเกิดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อประชากรในชุมชน บางโหลง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริม สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอ บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และนำผลการวิจัยที่ ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการ จัดการกับความเครียดของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

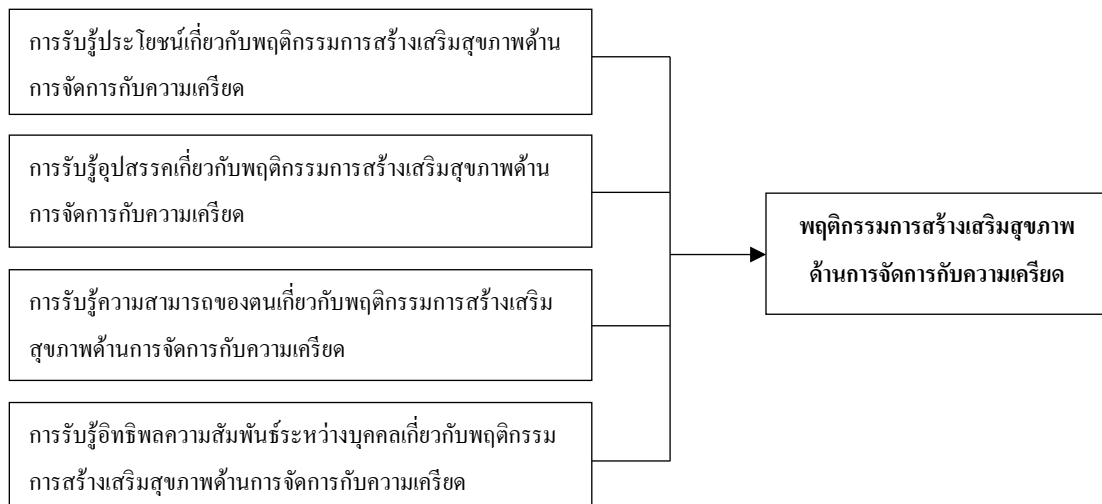
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของประชาชนที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของประชาชนที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของประชาชนที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของชุมชนในตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของชุมชนในตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยสังเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่พัฒนาในรูปแบบครั้งที่ 2 (Pender, 1996) สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดตามวิถีของชุมชน ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ผู้ให้ข้อมูล

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 421 คน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ที่พักอาศัย โรคประจำตัว ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพกายและจิตของตนเอง และแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านการจัดการกับความเครียด มีลักษณะเป็นแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีลักษณะเป็นลิเคิลสเกล ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีลักษณะเป็นลิเคิลสเกล ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีลักษณะเป็นลิเคิลสเกล ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีลักษณะเป็นลิเคิลสเกล ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีลักษณะเป็นลิเคิลสเกล ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6 การรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีลักษณะเป็นลิเคิลสเกล ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มทำจากส่วนที่ 1 ก่อน และตามด้วย ส่วนที่ 2 หลังจากนั้นให้ทำในส่วนที่ 3 - 6 ต่อจนกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ใช้เวลาในการทำประมาณ 15 - 20 นาที ต่อคน คณะผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับคืน แล้วนำมาให้คะแนนตามที่กำหนดไว้เพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าคะแนน IOC รายข้ออยู่ในช่วง 0.67 - 1.00 พร้อมทั้งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้หาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach, 1970) โดยพบเหตุการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 และแยกรายด้านทั้ง 4 ด้าน มีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ 0.84, 0.87, 0.78, 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.145-2557 โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยแนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย สิทธิผู้ป่วย ให้อิสระแก่ผู้ที่อาศัยในชุมชนตำบลบางโหลง ฯ ชักถามและตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินเข้าร่วมในการวิจัย และเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้วต้องการยุติการตอบแบบสอบถามสามารถกระทำได้โดยทันทีและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือติดต่อกับหน่วยงานที่ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

3. กำหนดวันเวลาและสถานที่ในการปฏิบัติงานและดำเนินการ

4. ให้กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 - 30 นาทีต่อ 1 ชุดแบบสอบถาม ซึ่งขณะที่ตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการตอบแบบสอบถาม สามารถกระทำได้ทันที และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการอยู่อาศัยในชุมชนตำบลบางโหลง ฯ ทั้งสิ้น

5. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

6. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ฯ และปัจจัยแต่ละเรื่องนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ฯ โดยการค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' product moment coefficient)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา นำเสนอออกเป็น 4 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 421 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 67.70 อยู่ในช่วงอายุ 50 - 65 ปี ร้อยละ 39.67 รองลงมา คือช่วงอายุ 34 - 49 ปี ร้อยละ 26.60 และช่วงอายุ 66 - 81 ปี ร้อยละ 19.24 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.70 รองลงมาเป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกทาง ร้อยละ 21.10 และโสด ร้อยละ 15.20 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.30 และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 0.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 44.20 และเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 42.50 ตามลำดับ

สำหรับระดับการศึกษาสูงสุดพบว่า ส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.91 รองลงมาคือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 12.60 และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 12.11 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพ ร้อยละ 58.19 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.67 และอื่น ๆ (นักเรียน นักศึกษา และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ร้อยละ 2.14 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 31.80 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 19.5 และ อาชีพเกษตรกร (เกษตร/ประมง/ทำสวน) ร้อยละ 3.60 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มี รายได้ ร้อยละ 39.20 รองลงมาคือ มีรายได้ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 19.70 ความเพียงพอต่อ รายได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พอใช้ไม่มีเงิน เหลือเก็บ ร้อยละ 66.27 รองลงมาคือ พอใช้มีเงิน เหลือเก็บ ร้อยละ 26.60 และไม่พอใช้ต้องกู้ยืม ร้อยละ 7.13 ตามลำดับ

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.50 รองลงมาคือ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.50 และ ระดับต่ำร้อยละ 5.90 ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ ภาวะสุขภาพจิต ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพจิต อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.00 รองลงมาคือ อยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.20 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.60 ตามลำดับ ไม่มีการเจ็บป่วยทางกาย เรื้อรัง ร้อยละ 55.60 และมีการเจ็บป่วยทางกาย เรื้อรัง ร้อยละ 44.40 ในเรื่องระดับความเครียดของ กลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเครียด น้อยสุด ร้อยละ 76.50 รองลงมาคือระดับความเครียด ปานกลาง ร้อยละ 16.20 ระดับความเครียดมาก ร้อยละ 4.30 และระดับรุนแรง ร้อยละ 3.10 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า โดยภาพรวม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัด สมุทรปราการ อยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.87 (SD = 0.83) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับ ความเครียด อยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกข้อ ยกเว้น พฤติกรรมเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นมักจะ แยกตัวอยู่คนเดียวอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (SD = 1.23)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อิทธิพล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการสร้างเสริม สุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของบุคคลที่

อยู่อาศัยในชุมชนตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ดังปรากฏตามตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของชุมชนในตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ตามตัวแปรต้นที่ศึกษาได้แก่ การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด และการรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยได้อภิปรายผล ดังนี้

1. ประชาชนมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า วิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ, 2558) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะองค์การบริหารส่วนตำบลบางโจลง เห็นความสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบมากขึ้นในอนาคต จึงร่วมมือกับโรงพยาบาลใกล้เคียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโจลง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการออกหน่วยให้บริการตรวจรักษา

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของบุคคลที่อยู่อาศัยในชุมชนตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (n = 421)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การรับรู้ประโยชน์	0.36	0.01
การรับรู้อุปสรรค	-0.16	0.01
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.35	0.01
การรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.33	0.01

โรคเบื้องต้นในหมู่บ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความเครียดแก่ประชาชนในชุมชนตำบลบางโหลง (องค์การบริหารส่วนตำบลบางโหลง, 2554) แต่ทั้งนี้ประชาชนยังมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดไม่ถูกต้อง คือยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า มีการแยกตัวอยู่คนเดียวเมื่อมีความเครียด (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ, 2558)

2. การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของประชาชน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อเนื่อง ถ้ารับรู้ว่าเป็นประโยชน์ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง (Pender, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฤทัยชนก กุลสืบ และธัญญา เชื้อทอง (2550) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในระดับปานกลางมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

มากที่สุด และการศึกษาของปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน และวิโรจน์ วรรณภีระ (2554) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

3. การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของประชาชน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าบุคคลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคนั้นยากลำบาก จะทำให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติตามลดน้อยลง (Pender, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุชระพี สุทธิกุล (2540) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการศึกษาของฤทัยชนก กุลสืบ และธัญญา เชื้อทอง (2550) เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับ

ปานกลางจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองระดับปานกลางเช่นกัน

4. การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของประชาชน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความเชื่อว่าพฤติกรรมสามารถเกิดขึ้นได้ตามที่บุคคลกำหนดถ้ามีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นไปตามที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้อธิบายเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยที่บุคคลมีการรับรู้และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและมีทักษะ ความชำนาญเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่ตนเองถนัด นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะของตนเองจัดเป็นปัจจัยเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เอื้ออำนวยที่จะกระทำพฤติกรรม รวมทั้งก่อให้เกิดความพยายามและมุ่งมั่นใจได้สำเร็จ (Berrducci and Lengacher, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของอเล็กซี (Alexi, 1982) ที่พบว่า การรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

5. การรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของประชาชน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่า การรับรู้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคลเป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเชื่อทัศนคติของบุคคลรอบข้างโดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้เป็นไปตามที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความคาดหวังของบุคคลสำคัญแบบแผนของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีญาดวงเจริญ และศันสนีย์ อรุณศิริ (2550) เกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ตำบลห้วยเหนือ อำเภอนาทม จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้านการจัดการกับความเครียด เป็นผลมาจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรศึกษาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำท้องถิ่น สถานพยาบาลภายในท้องถิ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่

1. ควรศึกษารูปแบบในการจัดการความเครียดของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อดูว่ากิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกระทำต่างกัมีผลต่อการจัดการความเครียดของแต่ละบุคคลหรือไม่

2. ควรศึกษาในส่วนของหน่วยงานด้านสุขภาพและสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อติดตามดูว่าความแตกต่างในการใช้บริการตามหน่วยงานด้านสุขภาพและสิทธิการรักษา จะส่งผลต่อการจัดการความเครียดหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลทุกท่าน จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถานการณ์และกรอบการดำเนินงาน*. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊ก.
- จิรายัตร์ กมพยัคน์ และคณะ. (2558). วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2560, จาก <http://www.nurse.nu.ac.th/Journal/data/Vol9No3/001.pdf>.

- ณัฐพล แยมฉิม. (2557). *วัดความเครียดคนไทย หลังรัฐบาสกั้นความสุขให้ประชาชน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ.
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน และ วิโรจน์ วรรณภิระ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3) 11-12.
- รักเกียรติ จาริก. (2560). *ความเครียดของคนไทย (Stress of Thai People)*. ในการประชุมวิชาการระดับชาติด้านบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ ครั้งที่ 1. (หน้า 63). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ฤทัยชนก กุลสืบ และ วรัญญา เชื้อทอง. (2550). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี*. บัณฑิตนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- ศรัญญา ค้างเจริญ และ ศันสนีย์ อรุณศิริ. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตำบลห้วยกระเจา อำเภห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี*. บัณฑิตนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- องค์การบริหารส่วนตำบลบางโหลง. (2554). ข้อมูลประชากร. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2557, จาก <http://bangchalong.go.th/>
- Alexi. B. (1982). Factors associated with participation or nonparticipation in a workplace wellness center. *Research Nursing & Health*, 14(1), 33-40.
- Berraducci, A and Lengacher, C. A. (1998). Self-efficacy: An essential component of advanced practice nursing. *Nursing cognition*, 11(1), 55-67.
- Cronbach, L J. (1970). *Essential of Psychological Testing*. 3rd ed. New York: Harpper and Row.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Stamford, CT. Appleton & Lange.

THE EFFECT OF MENTAL HEALTH MANAGEMENT PROGRAM TO MENTAL HEALTH OF NURSING SUAN DUSIT UNIVERSITY

*Siriporn Nantasenee, M.Ns. *, Chiraporn Kesornsuwan, M.Ns. **, Khwanthida Phimpakarn, M.Ns. ****

Abstract

Objective: The objective of this quasi-experimental research is to study the impacts of mental health management program on mental health of nursing students, Faculty of Nursing, Suan Dusit University.

Methods: Fifteen participants who provided key informants were nursing students, Faculty of Nursing, Suan Dusit University who study mental health and mental health component. Participants were purposively sampling for structure interviewing with open-end questions. Thirty-two nursing students who had the mental health scores lower than a normal scores range, were divided into the experimental group and the control group equally. The experimental group took part in the mental health management program for 9 sessions; each session lasted 60 - 90 minutes. The control group was only provided with regular health education. Research instruments were: (1) the Thai Mental Health Indicators (TMHI-54), (2) the guideline of in-depth interview on the attitude and adaptations and 3) the mental health management program. The t-test was used for data analysis.

Results: The findings reveal that: (1) 70.7% of the 258 nursing students had the scores of mental health in the normal range. But 32 of them (8.8%) had the lower scores; (2) according to structured interview with open-end questions, the nursing students had good attitude and adaptability to the nursing program including rules, well-being and environments; (3) after the program was terminated, the experimental group had the post-tested average scores of mental health and its components significantly higher than the pre-tested average scores ($p < .05$); (4) after the program was terminated, the experimental group had the post-tested averages scores of mental health and its components significantly higher than the post-tested average scores of control group, considering mental state, mental capacity and supporting factors. It is only the mental quality of the experimental group are not significantly different from the control group ($p \geq .05$).

Conclusion: The mental health management program increases the nursing students' ability to manage their mental health, including change to better acknowledgement to their feelings and others'. This contributes to the trend in building motivation, understanding of oneself, making a decision by oneself, and change of the attitude towards oneself and others. Therefore, teachers and those who are interested could apply this program to students according to time and place. More importantly, the program leader for a similar program should have the experience and skill in managing mental health management program in order to gain the effectiveness of the program.

Keywords: mental health management program, nursing students

*Corresponding author: Lecturer, Nursing Faculty, Suandusit University, e-mail: siriporn_nan@dusit.ac.th

** Lecturer, Nursing Faculty, Shinawatra University

*** Lecturer, Nursing Faculty, Suandusit University

Received: 24 January 2020, Revised: 31 March 2021, Accepted: 5 April 2021

ผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตต่อสุขภาพจิตของ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ศิริพร นันทเสนีย์, พย.ม.*, จิราพร เกษรสุวรรณ, พย.ม.**, ขวัญธิดา พิมพ์กร, พย.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้มาจากประชากรที่ทำการศึกษาด้านสุขภาพจิตและองค์ประกอบสุขภาพจิตโดยการสุ่มเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 15 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบมีโครงสร้างด้วยคำถามปลายเปิด และนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต จำนวน 32 คน ที่มีคะแนนสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าปกติในคนทั่วไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำด้วยวิธีการให้คำปรึกษาตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-54) 2) แนวทางการสัมภาษณ์ระดับลึกด้านทัศนคติและการปรับตัวต่อการเป็นนักศึกษาพยาบาล และ 3) โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติพิเศษ

ผลการศึกษา: พบว่า 1) นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จำนวน 258 คน ร้อยละ 70.7 มีคะแนนสุขภาพจิตในระดับปกติ และมีนักศึกษาพยาบาลส่วนน้อย จำนวน 32 คน ร้อยละ 8.8 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าระดับปกติ 2) นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล สามารถปรับตัวได้ดีในเรื่องกฎระเบียบต่าง ๆ ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม หอพัก สิ่งอำนวยความสะดวก การจัดการเรียนการสอน และสภาพห้องเรียน 3) ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต และองค์ประกอบสุขภาพจิตเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตและองค์ประกอบสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นองค์ประกอบสุขภาพจิตด้านคุณภาพจิตใจที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพจิตใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

สรุป : โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตช่วยทำให้นักศึกษาพยาบาลมีการจัดการสุขภาพจิตสูงขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ถึงความรู้สึก ตระหนักถึงความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดแนวทางในการสร้างแรงจูงใจ เข้าใจตนเอง รู้จักตัดสินใจด้วยตนเอง และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติต่อตนเองและผู้อื่น ดังนั้นอาจารย์และผู้สนใจสามารถนำกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตไปปรับใช้กับนักศึกษาได้ตามความเหมาะสมกับโอกาสและสถานที่ และที่สำคัญ ผู้นำโปรแกรมไปใช้ควรมีประสบการณ์ในการฝึกหรือมีทักษะที่ชำนาญ เพื่อให้โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, e-mail: siriporn_nan@dusit.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

วันที่รับ: 24 มกราคม 2563, วันที่แก้ไข: 31 มีนาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 5 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกด้านอย่างรวดเร็วและซับซ้อน (มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิดา ลิ้มสุวรรณ, 2555) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อค้นหาเอกลักษณ์ของตนและสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งทำให้เกิดการปรับตัวอย่างมากเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และจะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ดูแลรับผิดชอบตัวเองได้ (พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุญ, 2551) ปัญหาที่พบในวัยนี้คือ ปัญหาสุขภาพ เนื่องจากการดำรงชีวิต (lifestyle) วิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม และปัญหาที่เกิดจากการไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ (Papalia and Olds, 1995)

นักศึกษาพยาบาลเป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยรุ่นตอนปลายกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในอนาคตจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ต้องให้การดูแลผู้รับบริการกับบุคคลทุกวัยทุกระดับ ในทุกภาวะสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ และสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในสังคมปัจจุบัน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (พ.ศ.2556 - 2559) มีนโยบายต้องการผลิตบัณฑิตให้เป็นพลเมืองดีที่ทันสมัย มีคุณธรรมกำกับความรู้ เพียบพร้อมด้วยสติปัญญาและจริยธรรม มีจิตใจเสียสละ (งานประกันคุณภาพการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, 2555) ซึ่งสุขภาพจิตเป็นดวงบ่งชี้หนึ่งที่แสดงถึงความพร้อมในการปฏิบัติงานและการมีจิตบริการ (service mind) นักศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้เป็นบัณฑิตที่พึงประสงค์ ซึ่งนอกจากจะเป็นคนเก่งแล้วจะต้องเป็นคนดีและมีความสุขด้วย

ดังนั้นการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพจิตที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะส่งผลให้เกิดพลังในการเรียน และส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ในชีวิต จากการสัมภาษณ์ศึกษานำร่องนักศึกษานักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิตพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มุ่งการเรียนรู้โดยเฉพาะในภาคปฏิบัติจริง มุ่งให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างจริงจัง แต่มักจะละเลยการดูแลตนเอง จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ โรคหัวใจ โรคกระเพาะอักเสบ ส่วนปัญหาสุขภาพจิตพบว่า มีภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด และนอนไม่หลับเป็นต้น ซึ่งเซลเย (Selye, 1976) ได้กล่าวไว้ว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองต่อร่างกายที่ระบุนัดแข็งไม่ได้ การกระทำทั้งหลายที่มีต่อร่างกายและความเครียดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล และมีผลถึงการประสบความสำเร็จในการศึกษาต่อไป

จากการทบทวนเอกสารคำรายงานวิจัย อภิษฐ์ มงคล และคณะ (2551) กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามในจิตใจ ภายใต้อาสา สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และได้พัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก (domain) ที่ครอบคลุมถึงสภาพจิตใจ (mental state) สมรรถภาพทางจิตใจ (mental capacity) คุณภาพของจิตใจ (mental quality) และปัจจัยสนับสนุน (supporting factor) ในแต่ละองค์ประกอบหลักล้วนแต่มี

ความสัมพันธ์กันในการที่จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีตามมาด้วย การพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ควรสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนา เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมก่อให้เกิดพลังของทุกฝ่ายในการร่วมกันคิดร่วมกันทำและร่วมกันรับผลตอบแทน ซึ่งผลจากการร่วมกันคิดร่วมกันทำจะช่วยเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ ก่อให้เกิดการพิจารณาทางเลือกใหม่ เพิ่มความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ยังทำให้นักศึกษาพยาบาลเข้าถึงเหตุผลที่จะนำไปปฏิบัติ มีความกระตือรือร้นให้ผลของการตัดสินใจนั้น ๆ มีประสิทธิภาพ (เดช ชัยวัฒน์เจริญยิ่ง, 2551) ซึ่งการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์สภาพปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ได้พิจารณาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลถึงองค์ประกอบของสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันไปพร้อม ๆ กันด้วย ทั้ง 4 องค์ประกอบหลักได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน ผู้วิจัยได้เล็งเห็นประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดี และนำมาปรับเป็นกิจกรรมในการฝึกทักษะในโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต อีกทั้งผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบกิจกรรมกลุ่มในการจูงใจให้นักศึกษาเห็นประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดี และวิธีที่ทำให้มองโลกในแง่ดีร่วมกับการฝึกทักษะความคิดเพื่อการมองโลกในแง่ดี โดยฝึกทักษะความคิดจากประสบการณ์จริงของนักศึกษา เพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการ

สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมพัฒนาสุขภาพจิต นำไปสู่ความสุขประสบความสำเร็จ และพร้อมที่จะเป็นพยาบาลที่มีจิตบริการที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

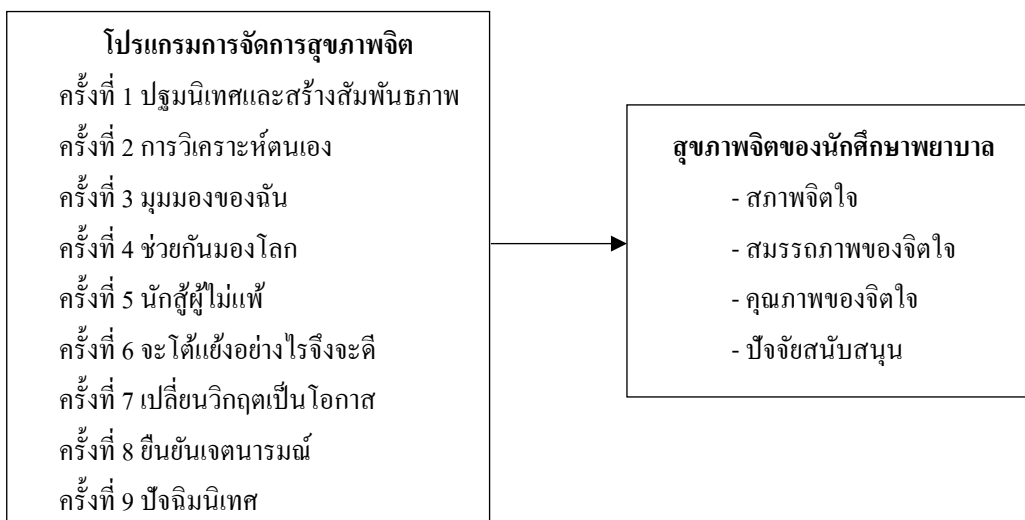
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้หลักการตามแนวคิดการมองโลกในแง่ดีของเซลิเกแมน (Seligman, 1998) ที่กล่าวว่า การมองโลกในแง่บวกคือความคิดหรือความเชื่อในทางบวกต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล โดยคนที่มองโลกในแง่ดีจะมีการอธิบายเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็น 3 รูปแบบดังนี้คือ เหตุการณ์ทางบวกเป็นเหตุการณ์ที่คงทน สามารถเกิดขึ้นได้ประจำ เกิดกับเหตุการณ์อื่น ๆ ได้ และตนเองสามารถทำให้เกิดสิ่งดี ๆ ได้ โดยใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างสัมพันธภาพการมีทัศนคติที่ดี เรื่องการมองโลกในแง่ดี การเชื่อมั่นในความสามารถของตน และการมองเห็นคุณค่าของการมองโลกในแง่ดี ส่วนการฝึกทักษะการคิดเพื่อการมองโลกในแง่ดี เป็นการฝึกฝนพัฒนาตนในการปรับเปลี่ยนความคิดในสถานการณ์สมมติ และในสถานการณ์จริง และการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการมองโลกในแง่ดีซึ่งกิจกรรมการฝึกมีทั้งการเข้ากลุ่มและมีแบบบันทึกให้นักศึกษากลับไปบันทึก ทุกครั้งที่มาเข้าร่วมโปรแกรมจะให้นักศึกษาออกมารายงานหลังดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน และสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในกลุ่ม รวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้นักศึกษาได้มีการวิเคราะห์ห้สังเคราะห์ด้วยตนเอง โดยพิจารณาองค์ประกอบของสุขภาพจิต 4 องค์ประกอบหลักคือ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนโดยมีวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรม ซึ่งโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตประกอบด้วย 9 กิจกรรมดังนี้

สมมติฐานของการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต จะมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบชนิด 2 กลุ่ม มีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2559 มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จำนวนทั้งหมด 365 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลที่มีค่าคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ของคนปกติ (ค่าคะแนนของคนปกติมีค่าระหว่าง 99 - 117 คะแนน) คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive selection) มีทั้งหมดจำนวน 32 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกเข้าร่วมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 16 คน โดยการจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติด้านเพศ อายุ ชั้นปี รายได้ต่อเดือน มีความคล้ายคลึงกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการ

อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต และผู้วิจัยพบนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ทุกชั้นปี สอบถามความสมัครใจและขอความร่วมมือจากนักศึกษาเพื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวนักศึกษา และข้อมูลที่ได้อาจเก็บเป็นความลับ ไม่มีการนำไปเผยแพร่ หรือระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่ 2546 ของอภิชัย มงคล และคณะ (2551) มีข้อคำถาม 54 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 41 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 13 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย องค์ประกอบหลักดังนี้ องค์ประกอบสภาพจิตใจ องค์ประกอบสมรรถภาพของจิตใจ องค์ประกอบคุณภาพของจิตใจ และองค์ประกอบปัจจัยสนับสนุน

1.2 แบบสัมภาษณ์สภาวะสุขภาพจิต มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตด้านเหตุผลของการเข้ามศึกษาเป็น นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต การปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลต่อเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมของ

คณะพยาบาลศาสตร์ด้านกฎระเบียบ สภาพความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อม หอพัก อาหาร และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การเรียนการสอน สภาพห้องเรียน โสตทัศนูปกรณ์ และกฎระเบียบในห้องเรียน และการปรับตัวในเรื่องค่าใช้จ่ายของนักศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษาข้อมูลการสัมภาษณ์สภาพปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ข้อมูลจากแบบสอบถามด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล และแนวคิดทฤษฎีการมองโลกในแง่ดีของเซลิกแมน (Seligman, 1998) นำมาบูรณาการเป็นกิจกรรมในการฝึกทักษะของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตร่วมกับการใช้รูปแบบกิจกรรมกลุ่มเพื่อจูงใจให้นักศึกษาเห็นประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดี และวิธีที่ทำให้มองโลกในแง่ดี ร่วมกับการฝึกทักษะความคิดเพื่อการมองโลกในแง่ดี โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 2 ท่าน และได้ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดสุขภาพจิตทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 และค่าความเชื่อมั่นของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตเท่ากับ .75

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาประกอบด้วย

- 1) กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทัศนคติและการปรับตัวต่อการเป็นนักศึกษาได้มาจากการสุ่มเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 15 คน ซึ่งได้จากนักศึกษาที่ได้คะแนนสุขภาพจิตทั้ง 3 ระดับ คือ นักศึกษาพยาบาลที่ได้คะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 5 คน คะแนนสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 5 คน และคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 5 คน ใช้การสัมภาษณ์กลุ่มแบบมีโครงสร้างด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงทัศนคติ ความคิดเห็นได้อย่างอิสระ สัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่กำหนด
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต จำนวนทั้งหมด 32 คน ได้มาจากการสุ่มเลือกจากประชากรที่ได้คะแนนแบบสอบถามสุขภาพจิตคนไทยระดับต่ำกว่าปกติคนทั่วไป จัดแบ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน ซึ่งกระบวนการคัดเลือกใช้วิธีจับคู่ที่มีลักษณะบุคคล ด้านเพศ อายุ ระดับชั้นปี รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การมีปัญหาด้านสุขภาพจิต การมีความทุกข์ใจ และการมีความสุขใจ มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด

2. ระยะดำเนินการทดลอง (3 ธันวาคม 2559 - 5 มกราคม 2560) ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที รวมเวลาที่ใช้ประมาณ 12 ชั่วโมง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองผู้วิจัยใช้เวลาว่างจากการเรียนการสอนของกลุ่มตัวอย่างปฐมนิเทศ และสอบถามความคาดหวังของนักศึกษา แนะนำวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ความสำคัญและประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม แนะนำการเตรียมตัว และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

ระหว่างนักศึกษาและผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำด้วยวิธีการให้คำปรึกษาตามแบบปกติ โดยผู้วิจัยชี้แจงและให้กลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลองเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ระยะหลังการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยทำการวัดสุขภาพจิตกับนักศึกษาทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้คะแนนทั้งหมดแล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ทางสถิติในการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที่ และการวิเคราะห์ตามเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ด้านสุขภาพจิตและองค์ประกอบ

สุขภาพจิต

ด้านสุขภาพจิตกลุ่มประชากร

นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 365 คน ที่ทำการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ที่ระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 30.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.0 อายุระหว่าง 20 - 21 ปี ร้อยละ 52.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.5 รายได้ต่อเดือน 2,500 - 3,000 บาท ร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่คิดว่ารายได้ต่อเดือนที่ได้รับเพียงพอ ร้อยละ 82.2 การมีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ 93.2 ไม่มี

ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 73.2 ส่วนใหญ่มีความสุขใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 56.7 ด้านระดับความสุขหรือความทุกข์โดยรวมพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความสุขที่ระดับปานกลางร้อยละ 28.5 เมื่อจำแนกตามระดับสุขภาพจิต ในภาพรวมนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตที่ระดับคนปกติร้อยละ 70.7 เมื่อพิจารณาระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตของคนปกติร้อยละ 79.8 ดังตารางที่ 1

ด้านองค์ประกอบสุขภาพจิตพบว่า ด้านสภาพจิตใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนสภาพจิตใจน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ยสภาพจิตใจร้อยละ 62.5 ด้านสมรรถภาพจิตใจ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนสมรรถภาพจิตใจน้อยกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพจิตใจ ร้อยละ 66.7 ด้านคุณภาพจิตใจ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนคุณภาพจิตใจน้อยกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพจิตใจ ร้อยละ 68.8 ด้านปัจจัยสนับสนุน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนปัจจัยสนับสนุนน้อยกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยปัจจัยสนับสนุน ร้อยละ 67.4

1.2 ด้านทัศนคติและการปรับตัวต่อการเป็นนักศึกษาพยาบาล จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ด้านการปรับตัวต่อการเป็นนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ในเรื่อง กฎระเบียบต่าง ๆ ความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อม หอพัก สิ่งอำนวยความสะดวก

ความสะดวก การจัดการเรียนการสอน และสภาพห้องเรียน

1.3 โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 32 คน ซึ่งถูกจับคู่ให้มีลักษณะบุคคลใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องเพศ อายุ ระดับชั้นปี รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การมีปัญหสุขภาพ การมีความสุขทุกข์ใจ และการมีความสุขใจ ถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลอง นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.2 กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 62.5 รายได้ต่อเดือน 2,500 - 5,000 บาท ร้อยละ 56.3 ความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 68.8 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 81.2 การมีความสุขทุกข์ใจและมีความสุขทุกข์ใจ มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 50.0 ไม่มีความสุขใจร้อยละ 56.3 ส่วนกลุ่มควบคุม นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 62.5 รายได้ต่อเดือน 2,500 - 5,000 บาท ร้อยละ 68.8 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 62.5 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 87.5 ไม่มีความสุขทุกข์ใจร้อยละ 56.3 ไม่มีความสุขใจ ร้อยละ 68.8

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=9.686$)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับชั้นปีและระดับสุขภาพจิต

ระดับชั้นปี	จำนวนของระดับสุขภาพจิต		
	ต่ำกว่าคนปกติ (≤ 98 คะแนน)	คนปกติ (99 - 117 คะแนน)	สูงกว่าคนปกติ (118 - 162 คะแนน)
ชั้นปีที่ 1 (n = 83)	20 (ร้อยละ 24.1)	44 (ร้อยละ 53.0)	19 (ร้อยละ 22.9)
ชั้นปีที่ 2 (n = 112)	9 (ร้อยละ 8.0)	84 (ร้อยละ 75.0)	19 (ร้อยละ 17.0)
ชั้นปีที่ 3 (n = 86)	3 (ร้อยละ 3.5)	63 (ร้อยละ 73.3)	20 (ร้อยละ 23.2)
ชั้นปีที่ 4 (n = 84)	0 (ร้อยละ 0.0)	67 (ร้อยละ 79.8)	17 (ร้อยละ 20.2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนสุขภาพจิต	mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	92.69	3.092	9.686	.000*
หลังการทดลอง	105.06	5.446		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	93.50	3.540	.855	.406
หลังการทดลอง	94.00	2.129		

*p-value < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแต่ละองค์ประกอบสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต

องค์ประกอบสุขภาพจิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
สภาพจิตใจ	21.56	5.170	26.44	1.672	3.928	.001*
สมรรถภาพจิตใจ	23.13	3.050	27.63	2.680	5.809	.000*
คุณภาพจิตใจ	25.31	5.618	27.38	3.845	2.980	.009*
ปัจจัยสนับสนุน	22.69	3.572	24.56	2.555	2.700	.016*

*p-value < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบของสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตและได้รับคำปรึกษาทั่วไปด้านสุขภาพจิต

คะแนนองค์ประกอบสุขภาพจิต	หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	mean	SD		
สภาพจิตใจ				
กลุ่มทดลอง	26.44	1.672	4.056	.000*
กลุ่มควบคุม	21.12	4.964		
สมรรถภาพจิตใจ				
กลุ่มทดลอง	27.63	2.680	4.008	.000*
กลุ่มควบคุม	23.19	3.525		
คุณภาพจิตใจ				
กลุ่มทดลอง	27.38	3.845	.884	.384
กลุ่มควบคุม	26.13	4.145		
ปัจจัยสนับสนุน				
กลุ่มทดลอง	24.56	2.555	2.966	.006*
กลุ่มควบคุม	23.81	2.880		

*p-value < .05

ส่วนคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มควบคุมที่ได้รับคำปรึกษาทั่วไปด้านปัญหาสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละองค์ประกอบสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยแต่ละองค์ประกอบสุขภาพจิตภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ ปัจจัยสนับสนุนภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่

ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านคุณภาพจิตใจที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. การศึกษาด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ผลจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่แล้วสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีของมหาวิทยาลัยสวนดุสิตอยู่ที่ระดับปกติ และมีส่วนน้อย

คิดเป็นร้อยละ 8.8 ที่มีสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และคณะ (2554) ที่พบว่า ในภาพรวมนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มที่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 41.8 กลุ่มที่มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 49.4 และมีกลุ่มที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 8.8 รวมทั้งภัทริยา พันธุ์ทอง และคณะ (2555) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ คนปกติ เมื่อแยกพิจารณาตามรายชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีสุขภาพต่ำกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 24.1 อธิบายได้ว่า การที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นวัยรุ่นกลุ่มใหม่ที่ได้เข้ามาศึกษาภายใต้ระบบมหาวิทยาลัย ทำให้ต้องเผชิญกับ สภาพแวดล้อมปัญหาของสังคมใหม่ที่แตกต่างไป จากสภาพสังคมเดิมที่เคยอยู่อาศัย กลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่ที่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม แห่งใหม่มักจะไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ขณะที่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวนหนึ่งเมื่อต้องเผชิญกับ ปัญหาต่าง ๆ อาทิ ปัญหาการเรียน ปัญหาที่อยู่อาศัย ต้องอยู่ร่วมและปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่นใน หอพักและเพื่อนฝูง ปัญหาการปรับตัวให้เคยชินกับ กฎระเบียบของหอพัก ปัญหากระบวนการเรียน ปัญหาการขาดความอบอุ่นจากพ่อแม่ ปัญหารายได้ และค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความ ยุ่งยากใจ (negative life events) ในกลุ่มนักศึกษา พยาบาล (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) แล้วไม่สามารถจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้อย่าง

เหมาะสม ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลกระทบให้เกิดภาวะความกดดัน ความเครียด ความทุกข์ และปัญหาสุขภาพจิต หรือกลายเป็นผู้ที่มี สุขภาพจิตไม่ดีตามมา

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สุขภาพจิต ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิต กลุ่มทดลองมีค่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม ควบคุมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ผลจากการวิจัยจึงแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการ สุขภาพจิตที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจนสามารถพัฒนา ระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ ให้มีระดับสูงเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการ เข้าร่วม และมีระดับสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำปรึกษา สุขภาพจิตตามปกติ โดยความมีประสิทธิภาพของ โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตจะเกิดขึ้นบน หลักการแนวทางการฝึกทักษะการคิดเพื่อการมอง โลกในแง่ดีของเซลิกแมน (Seligman, 1997) ที่ได้ ใช้ทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม ในการฝึกการ เปลี่ยนแปลงความคิดจากความคิดแบบการมอง โลกในแง่ร้ายเป็นความคิดในการมองโลกในแง่ดี โดยยึดหลักบันทึก ABCDE และรูปแบบกิจกรรม กลุ่มที่นำมาใช้ในโปรแกรม ได้แก่ เกม การอภิปราย กลุ่มการแสดงบทบาทสมมติ กรณีตัวอย่าง ซึ่งเริ่ม ตั้งแต่กิจกรรม “การวิเคราะห์ตนเอง” ช่วยให้นักศึกษาได้สำรวจด้านการมองโลกในแง่ดีและ แง่ร้ายและรู้จักตนเอง ปรับเปลี่ยนความคิดเป็นคน

มองโลกในแง่ดี กิจกรรม “มุมมองของฉัน” ช่วยให้นักศึกษาตระหนักถึงความคิดของนักศึกษานั้นว่ามีผลต่อความสุขหรือทุกข์ของตนเอง กิจกรรม “ช่วยกันมองโลก” ช่วยสร้างความพร้อมให้นักศึกษารู้จักวิธีการมองโลกในแง่ดีอย่างเหมาะสม และเห็นประโยชน์ในการมองโลกอย่างเหมาะสม กิจกรรม “นักสู้ผู้ไม่แพ้” ช่วยทำให้นักศึกษารู้ถึงประโยชน์ของการได้แย่งความคิดที่มีลักษณะของการมองโลกในแง่ร้าย และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถมองโลกในแง่ดีได้จากการที่ได้พบกับตัวแบบผู้ที่ประสบความสำเร็จจริง กิจกรรม “จะได้แย่งอย่างไรจึงจะดี” และกิจกรรม “เปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส” ช่วยทำให้นักศึกษามีความรู้ มีทักษะและความมั่นใจในการได้แย่ง ความคิดที่มีลักษณะของการมองโลกในแง่ร้าย จากกิจกรรมที่หลากหลายเหล่านี้นอกจากจะทำให้ให้นักศึกษากลุ่มทดลองไม่เกิดการจำเจแล้ว กิจกรรมกลุ่มจะมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ ขั้นตอนการวิเคราะห์ (analysis) มีการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่สมาชิก นักศึกษาจะมีการอภิปรายกลุ่มและวิเคราะห์ประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันทันทีหลังเสร็จสิ้นจากกิจกรรม ทำให้นักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง พร้อมทั้งเมื่อเรียนรู้แล้วจะมีการรวบรวมแนวคิดที่ตนเองค้นพบ แนวคิดที่ได้จากการแลกเปลี่ยนความคิดกับผู้อื่น นำมาสรุปเป็นหลักการของตนเอง การจัดกิจกรรมกลุ่มดังกล่าวจึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาลด้านการจัดการสุขภาพจิตของตนเองได้มากยิ่งขึ้น และยังก่อให้เกิดประโยชน์ด้านอื่น ๆ ตามมา เช่น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ถึงความรู้สึก ตระหนักถึง

ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดแนวทางในการสร้างแรงจูงใจ เข้าใจตนเอง (self-actualization) รู้จักตัดสินใจด้วยตนเอง และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติต่อตนเองและผู้อื่น (Roger, 1970) อีกทั้งผลวิจัยครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยด้านการพัฒนาทักษะการคิดเพื่อการมองโลกในแง่ดีของเซลิกแมนและบุชชาแนน (Seligman & Buchanan, 1996) ที่พบว่า การใช้กระบวนการฝึกทักษะจัดการกับความคิดเพื่อการมองโลกในแง่ดีส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้นักศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองมีความอดทนกับความเครียดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมากกว่า นักศึกษาที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของทิวามั่งน้อย (2535) ที่พบว่า นักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะมองโลกในแง่ดีมีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะมองโลกในแง่ร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความสามารถในการปรับตัวของนักศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตดังที่ ปิยะวดี ลิพพะบำรุง (2547) ศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดเพื่อพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กลุ่มทดลองมีคะแนนการมองโลกในแง่ดีทุกมิติและโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของสุมิตรา เดชพิทักษ์ (2546) ที่พบว่าภายหลังการทดลองโปรแกรมการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี นักศึกษากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการมองโลกในแง่ดีสูงกว่า การเห็นคุณค่าใน

ตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และงานวิจัยที่ใช้รูปแบบกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการฝึกทักษะการมองโลกในแง่ดีเพื่อพัฒนาสุขภาพจิต ดังเช่นงานวิจัยของวรารัตนา รัชตะวราณ และคณะ (2554) ที่พบว่าทำให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของนักเรียนวัยรุ่นมีผลให้การมองโลกในแง่ดีของนักเรียนวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น การศึกษาของสิริลักษณ์ เกิดหนู (2553) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มเพื่อการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีการมองโลกในแง่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตทำให้นักศึกษาพยาบาลมีการจัดการสุขภาพจิตสูงขึ้น ดังนั้นอาจารย์ผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจสามารถนำกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตดังกล่าวไปปรับใช้กับนักศึกษาคณะอื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสมกับโอกาสและสถานที่

2. ผู้ที่จะนำโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตไปใช้ในโอกาสต่าง ๆ ควรศึกษาจุดมุ่งหมายลำดับขั้นตอนให้เข้าใจ และควรเข้าใจว่าโปรแกรมนี้เหมาะสำหรับการใช้เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นความมั่นใจให้กับตนเองเพื่อให้เห็นคุณค่าของตนเอง พัฒนาการมองโลกในแง่ดีที่สำคัญคือ ผู้นำไปใช้ควรมีประสบการณ์ในการฝึก

หรือมีทักษะที่ชำนาญ ตลอดจนผู้เข้ารับโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตจะต้องเห็นถึงความสำคัญในการเข้ารับโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตเพื่อให้โปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่ควรเกิน 10 - 15 คน เพราะขนาดกลุ่มที่ใหญ่ทำให้ใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น และทำให้การอภิปรายภายในกลุ่มและช่วงที่นำแบบฝึกหัดมาอภิปรายได้ไม่ครบทุกคน ซึ่งจะส่งผลทำให้ไม่ได้ผลการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์

4. นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ต้องเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีความสนใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมฯ

5. การเข้าโปรแกรมฯ แต่ละครั้งไม่ควรติดกัน ควรห่างกันประมาณ 2 - 3 วัน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้มีเวลาในการบันทึก ทบทวนงานที่ให้นำกลับไปทำ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทางมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่สนับสนุนทุนวิจัยประจำปีงบประมาณ 2559 และขอบคุณนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

งานประกันคุณภาพการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. (2555). คู่มือประกันคุณภาพการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.

- เดช ชัยวัฒน์เจริญยิ่ง. (2551). *การประเมินผลกระทบทางสังคม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก: ดาวเงินการพิมพ์.
- ทิวา มั่งน้อย. (2535). *การเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนนักเรียนที่มีรูปแบบของการอธิบายต่างกัน*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะวดี ลิ้มพะบำรุง. (2547). *การพัฒนาการมองโลกในแง่ดีด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะความคิดของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุญย์. (2551). *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: แอคทิฟ พรินท์.
- พัชรินทร์ นันทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, จริยา วิริยะสุกร, และพิศสมัย อรทัย. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(1), 1-13.
- ภัทริยา พันธุ์ทอง, ทวีศักดิ์ กสิผล, และ พิจิตรา ชูณหุจิธรรม. (2555). *รายงานการวิจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- มานิช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ, และ นิดา ลิ้มสุวรรณ. (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรางคณา รัชตะวรรณ, ทศพร ประเสริฐสุข, และ บุญเชิด ภิญโญ อนันตพงษ์. (2554). *การศึกษาและพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของนักเรียนวัยรุ่นโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม*. *วารสารศึกษาศาสตร์ ฉบับวิจัยบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(4): 143-152.
- สิริลักษณ์ เกิดหนู. (2553). *ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มเพื่อการพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 โรงเรียนแก่งกระจานวิทยา จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุมิตรา เดชพิทักษ์. (2546). *ผลของโปรแกรมพัฒนาการมองในแง่ดีต่อความซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2551). *รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ 2546*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, วิภาพร วรหาญ, และ วิพร เสนารักษ์. (2554). *ความสุขของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2): 70-79.
- Papalia, E. D. & Olds, W. E. (1995). *Human Development*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Roger, C.F. (1970). *Encounter Groups*. New York: Harper and Row.
- Seligman, M.E.P. & Buchanan, G. (1996). *Learned optimism Yields Health Benefits*. Retrieved: December 5, 2015, from helping.apa.org/mindbody/Learned.html.
- Seligman, M.E.P., et.al. (1997). *Explanatory Style Change During Cognitive Therapy for Unipolar Depression*. *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 13-18.
- Seligman, M, E. P. (1998). *Learned Optimism*. (2nd ed.). New York: Pocket Books.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Company.

RELATIONSHIPS OF CYBERBULLYING WITH DEPRESSION AND AGGRESSIVE BEHAVIORS AMONG ADOLESCENTS IN A PROVINCE OF CENTRAL REGION*

Wassana Damdee, B.N.S. **, Tusana Thaweekoon, Ph.D., RN. ***, Patcharin Nintachan, Ph.D., RN. ****

Abstract

Objective: The descriptive correlational research aimed at studying relationships of cyberbullying with depression and aggressive behaviors among adolescents in a province of central region.

Methods: The sample group consisted of 258 high school students in the academic year 2018. Data were collected by questionnaires comprising of: 1) general data and internet using behavior questionnaire; 2) cyberbullying behavior assessment tool; 3) depression assessment tool; and 4) aggressive behavior assessment tool. Data therefore were analyzed by descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation.

Results: The study results revealed that being cyberbullied was positively related to depression ($r_s = .298$, $p < .001$) and aggressive behaviors ($r_s = .326$, $p < .001$). Moreover, cyberbullying behavior was also positively related to depression ($r_s = .174$, $p < .01$) and aggressive behaviors ($r_s = .352$, $p < .001$).

Conclusion: The results of this study could be applied to develop interventions to prevent and reduce depression and aggressive behaviors of adolescents who experienced cyberbullying from the perspectives of victims of cyberbullying and the cyberbullies.

Keywords: cyberbullying, depression, aggressive behaviors, adolescents

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding author: Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: tusana.tha@mahidol.edu

****Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received: 29 December 2020, Revised: 18 April 2021, Accepted: 27 April 2021

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลาง*

วาสนา คำดี, พย.บ. **, ทศนา ทวีคุณ, Ph.D., RN. ***, พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D., RN. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลาง

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2561 จำนวน 258 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต 2) แบบประเมินพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียล 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา : พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .298, p < .001$) และพฤติกรรมก้าวร้าว ($r_s = .326, p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .174, p < .01$) และพฤติกรรมก้าวร้าว ($r_s = .352, p < .001$)

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ทั้งในกลุ่มผู้ถูกรังแกและกลุ่มผู้รังแกผู้อื่น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว วัยรุ่น

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: tusana.tha@mahidol.edu

****รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 29 ธันวาคม 2563, วันที่แก้ไข: 18 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 27 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลเป็นพฤติกรรมการรังแกกันผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต โดยที่ผู้รังแกตั้งใจกระทำพฤติกรรมการรังแกกันซ้ำ ๆ เพื่อต้องการให้ผู้ถูกรังแกได้รับความเสียหาย อับอาย และรู้สึกไม่ดี พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลสามารถเกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลา (วิมลทิพย์ มุสิกพันธุ์, ศิวพร ปกป้อง, นันทนัช สงศิริ และ ปองกมล สุรัตน์, 2552; Hinduja & Patchin, 2009) ซึ่งครอบคลุมถึงการนินทา คำทอ การส่งข้อความรบกวนผู้อื่น การนำข้อมูลที่ทำให้เสื่อมเสีย ข้อมูลส่วนตัวหรือความลับของผู้อื่นไปเปิดเผยหรือส่งต่อการแอบอ้างชื่อหรือรูปภาพของผู้อื่น เพื่อการล้อเลียน ข่มขู่ หรือคุกคาม การลบหรือบล็อกผู้อื่นออกจากกลุ่มสนทนา และสร้างข่าวลือเพื่อให้เกิดกระแสการต่อต้านผู้นั้นผ่านอินเทอร์เน็ต โดยสามารถจำแนกได้เป็นพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล (วิมลทิพย์ มุสิกพันธุ์ และคณะ, 2552) จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในวัยรุ่นช่วงอายุ 16 - 18 ปี ในต่างประเทศ พบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ร้อยละ 16.20 - 49.60 และพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล ร้อยละ 13.50 - 34.10 (Brewer & Kerslake, 2015; Hesapcioglu & Ercan, 2017) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่า นักเรียนอายุ 12 - 16 ปี มีพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ร้อยละ 25.20 และพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล ร้อยละ 7.20 (อัญมณี หล้าหนัก,

คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และ วิมลทิพย์ มุสิกพันธุ์, 2563) จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลพบในวัยรุ่นช่วงอายุ 15 - 18 ปี ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวจัดอยู่ในช่วงระยะวัยรุ่นตอนกลางถึงตอนปลาย นับเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียล

พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรม โดยวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Na, Dancy, & Park, 2015) และภาวะซึมเศร้า (Kowalski & Limber, 2013) และมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น ไม่ไปโรงเรียน (Kowalski & Limber, 2013) มีปัญหาสุขภาพทางกาย (Hesapcioglu & Ercan, 2017) และพฤติกรรมก้าวร้าว (Cook, 2015) ในขณะที่วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล (Campbell, Slee, Spears, Butler, & Kift, 2013) และภาวะซึมเศร้า (Bonanno & Hymel, 2013) และมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Selkie, Kota, Chan, & Moreno, 2015) และพฤติกรรมก้าวร้าว (Goldstein, 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการที่มีประสบการณ์พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลที่แตกต่างกันคือ การที่เป็นผู้ถูกรังแกหรือผู้รังแกผู้อื่น ล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมตามมา ปัญหาด้านจิตใจสำคัญที่พบได้ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียลคือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วหากไม่ได้รับ

การช่วยเหลือ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Schenk & Fremouw, 2012) ในขณะที่ปัญหาด้านพฤติกรรมสำคัญที่พบได้ คือ พฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาอาชญากรรมรุนแรงหรือการกระทำผิดกฎหมายตามมาได้ (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2556)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์กับภาวะซึมเศร้า พบว่า พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ (Bonanno & Hymel, 2013; Hesapcioglu & Ercan, 2017; Kowalski & Limber, 2013; Na et al., 2015; Reed, Nugent, & Cooper, 2015) และพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ (Bonanno & Hymel, 2013; Hesapcioglu & Ercan, 2017; Kowalski & Limber, 2013) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า คือ การที่มีพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์มาก จะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูง และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์กับพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่า พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ (Cook, 2015; Litwiler & Brausch, 2013; Reed et al., 2015) และพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ (Buelga, Postigo, Martinez-Ferrer, Cava, & Ortega-Baron, 2020; Goldstein, 2016; Kokkinos & Voulgaridou, 2017) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมก้าวร้าว คือ การที่มีพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์มาก จะมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมถูกรังแกและพฤติกรรม

รังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งยังไม่พบการศึกษานี้ในประเทศไทย จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2559 พบว่า จังหวัดหนึ่งในเขตพื้นที่ภาคกลางเป็นจังหวัดที่มีวัยรุ่นช่วงอายุ 15 - 19 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดในประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นในจังหวัดดังกล่าวมีจำนวนชั่วโมงการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า 6 ชั่วโมงขึ้นไป (Songsiri & Musikaphan, 2011) การเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตที่มากขึ้นและนานขึ้น ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ และมีแนวโน้มการเกิดปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมตามมา ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น รวมถึงพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ จึงสนใจศึกษาในเรื่องนี้ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน การดูแลช่วยเหลือ และป้องกันปัญหาพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์และผลกระทบที่ตามมาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลาง

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมการรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดียมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1) พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดียมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่น

2) พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีเดียมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อวัยรุ่นถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดีย เช่น ถูกนิทา คำทอ ถูกนำข้อมูลส่วนตัวหรือความลับไปเปิดเผย หรือแอบอ้างชื่อหรือเผยแพร่รูปภาพ เพื่อล้อเลียนหรือข่มขู่ผ่านอินเทอร์เน็ต อาจส่งผลให้วัยรุ่นที่ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดียรู้สึกอับอาย แยกตัว และมีอารมณ์ซึมเศร้า (Vollink, Bolman, Dehue, & Jacobs, 2013) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดียมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Bonanno & Hymel, 2013; Hesapcioglu & Ercan, 2017; Kowalski & Limber, 2013; Na et al., 2015; Reed et al., 2015) และหาก

วัยรุ่นยังคงถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลอย่างต่อเนื่องจนทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ และรู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้รังแก (Hesapcioglu & Ercan, 2017) อาจส่งเสริมให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา (Schultze-Krumbholz, Jäkel, Schultze, & Scheithauer, 2012) และพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการทำร้ายร่างกายผู้รังแก เพื่อให้ผู้กระทำหุ้ครั้งแและไม่ให้ตนเองถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลซ้ำ ๆ ได้ (ฤทัยชนนี สิทธิชัย และธัญยากร ตุดเกื้อ, 2560) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมก้าวร้าว (Cook, 2015; Litwiler & Brausch, 2013; Reed et al., 2015)

พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าว วัยรุ่นที่รังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีเจตนาที่จะทำให้ผู้ถูกรังแกรู้สึกไม่ดีและอับอายด้วยการรังแกผ่านโทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ ซึ่งอาจส่งผลให้วัยรุ่นที่รังแกผู้อื่นไม่ได้รับความสนใจหรือยอมรับจากเพื่อน เกิดความเครียด วิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้าได้ (Campbell et al., 2013) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Bonanno & Hymel, 2013; Hesapcioglu & Ercan, 2017; Kowalski & Limber, 2013) วัยรุ่นที่รังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลส่วนใหญ่จะรังแกเพื่อนที่ตนเองรู้สึกโกรธหรือไม่ชอบซ้ำ ๆ จนทำให้ไม่สามารถควบคุมความโกรธของตนเอง (Buelga et al., 2020) เกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hesapcioglu & Ercan, 2017) และอาจจะขยายต่อไปกระทำพฤติกรรม

ก้าวร้าวทางกายและวาจาแบบเผชิญหน้ากับผู้อื่นได้ (พิมพ์วิทย์ บุญมงคล, Ojanen, ณัฐรัชต์ สาเมาะ, รณภูมิ สามัคคีการมย์, ราชวดี เอี่ยมศิลป์, มุจลินท์ ชลรัตน์ และคณะ, 2557) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมก้าวร้าว (Buelga et al., 2020; Goldstein, 2016; Kokkinos & Voulgaridou, 2017) อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research Design) กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2561 โรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลางตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครองและวัยรุ่นยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์กำลังทดสอบ (Power Analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรังแกกันผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่า ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่น้อยที่สุดเท่ากับ .19 (Bonanno & Hymel, 2013; Hesapcioglu & Ercan, 2017; Kowalski & Limber, 2013; Litwiller & Brausch, 2013; Na et al., 2015) กำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทาง

สถิติเท่ากับ .05 ใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation) และจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 215 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 258 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) เลือกโรงเรียนแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงเรียนในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลาง โดยเลือกโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 มา 1 โรงเรียน จากจำนวนทั้งหมด 67 โรงเรียน และเลือกโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 มา 1 โรงเรียน จากจำนวนทั้งหมด 52 โรงเรียน รวมทั้งหมด 2 โรงเรียน

2) เลือกนักเรียนตามระดับชั้นของแต่ละโรงเรียน โดยโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 เลือกนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 52 คน จากจำนวนทั้งหมด 503 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 48 คน จากจำนวนทั้งหมด 465 คน และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 50 คน จากจำนวนทั้งหมด 486 คน รวมนักเรียนทั้งหมด 150 คน และโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 เลือกนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 40 คน จากจำนวนทั้งหมด 313 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 36 คน จากจำนวนทั้งหมด 280 คน และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 32 คน จากจำนวนทั้งหมด 247 คน รวมนักเรียนทั้งหมด 108 คน

3) เลือกกลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนที่ยินยอม และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวนทั้งหมด 258 คน ซึ่งเพียงพอตามการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังที่กล่าวข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต พัฒนาโดยผู้วิจัย มีข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับชั้น ผลการเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในวัยรุ่น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียล พัฒนาโดยวิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ และคณะ (2552) จากแนวคิดแบบประเมินพฤติกรรม การรังแกกันของโอลิวีส (Olweus, 1996) และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อความ จำนวน 14 ข้อ เกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล จำนวน 7 ข้อ และลักษณะพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล จำนวน 7 ข้อ ประเมินพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคยเกิดเลย) ถึง 4 (เกิดขึ้นสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 28 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลสูง จากการนำแบบประเมินไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 258 คน พบว่าพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70 และพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลได้ค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .59

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น CES-D (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยแรดลอฟฟ์ (Radloff, 1977) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) มีข้อความ จำนวน 20 ข้อ ประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามมีข้อความความหมายทางลบ จำนวน 16 ข้อ และข้อความความหมายทางบวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) ถึง 3 (ตลอดเวลา) และมีการกลับคะแนนในข้อความความหมายทางบวก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าสูง และคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า จากการนำแบบประเมินไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 258 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว พัฒนาโดย บัส และเพอร์รี่ (Buss & Perry, 1992) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ประภาศรี ปัญญาวิชชัย (2550) มีข้อความ 29 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความก้าวร้าวทางกาย จำนวน 9 ข้อ ความก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 5 ข้อ ความโกรธ จำนวน 7 ข้อ และความเป็นปฏิกิริยา จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งข้อความความหมายทางบวก จำนวน 27 ข้อ และข้อความความหมายทางลบ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ตรงเลย) ถึง 5 (ตรงมาก) และมีการกลับ

คะแนนในข้อความความหมายทางลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 - 145 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวสูง จากการนำแบบประเมินไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 258 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่โครงการ MURA2019/844 และได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัยในโรงเรียนจากผู้อำนวยการโรงเรียน การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนหรือการรับบริการสุขภาพ ข้อมูลหรือคำตอบของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และการนำเสนอผลการศึกษานี้ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมวิจัยตอบรับการเข้าร่วมวิจัย โดยการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่งที่ดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อถึงวันเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย และมอบเอกสารรายละเอียดของการวิจัย หนังสือยินยอมสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และหนังสือขออนุญาตผู้ปกครองเพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำไปให้ผู้ปกครองลงนาม หลังจากได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับอาจารย์ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง เมื่อถึงวันเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามทั้งหมด แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 20 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จให้นำแบบสอบถามใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ด้วยตนเอง เมื่อได้แบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างครบทุกคนแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา และใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank – order correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและ

พฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ได้มาจากการเก็บข้อมูลจากวัยรุ่นทั้งหมดในครั้งนี้เดียว ตัวแปรพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และตัวแปรพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล และภาวะซึมเศร้าไม่มีการแจกแจงปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียล และภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 16.31 ปี ($SD = .957$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.20) มีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01 - 4.00 (ร้อยละ 54.7) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 63.18) และบิดามารดามีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 63.60) และส่วนใหญ่มีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเองและใช้โทรศัพท์มือถือสำหรับใช้งานอินเทอร์เน็ตมากที่สุด (ร้อยละ 97.29) ใช้อินเทอร์เน็ตที่บ้าน (ร้อยละ 86.05) โดยช่วงเวลา 18:00 - 21:00 น. จะเป็นช่วงที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด (ร้อยละ 55.70) ใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยประมาณ 7.65 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 3.995$) ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสืบค้นหาข้อมูล หรือหาความรู้ (ร้อยละ 92.64) โดยเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มีการใช้งานมากที่สุดคือ เฟซบุ๊ก (Facebook) (ร้อยละ 86.82) เว็บไซต์ที่มีการใช้งานมากที่สุดคือ ยูทูบ (Youtube.com) (ร้อยละ 96.51) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.80) เห็นด้วย

ว่าการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลบนอินเทอร์เน็ตเป็นสิ่งทำได้

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ร้อยละ 27.10 โดยลักษณะของพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลที่พบมากที่สุด คือ เคยโดนนิทาหรือถูกคำทอโดยผู้อื่นผ่านโทรศัพท์มือถือ ห้องสนทนา หรือเว็บไซต์ ร้อยละ 50.00 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล ร้อยละ 31.00 โดยลักษณะของพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลที่พบมากที่สุด คือ เคยนิทาหรือคำทอผู้อื่นผ่านโทรศัพท์มือถือ ห้องสนทนา หรือเว็บไซต์ (ร้อยละ 40.70) นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.10 และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.80

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล และภาวะซึมเศร้าไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ($Z = 3.076, p = .000$; $Z = 3.488, p = .000$; $Z = 1.432, p = .033$ ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวมีการแจกแจงแบบปกติ ($Z = 1.056, p = .215$) ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน โดยพบว่า พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .298, p < .001$) และพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .326, p < .001$) และพฤติกรรม

รังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .174, p < .01$) และกับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .352, p < .001$)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) แบบสเปียร์แมนระหว่างพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลาง ($n = 258$)

	ภาวะซึมเศร้า	พฤติกรรมก้าวร้าว
พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล	.298**	.326**
พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล	.174*	.352**

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

การอภิปรายผล

พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .298, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Bonanno & Hymel, 2013; Hesapcioglu & Ercan, 2017; Kowalski & Limber, 2013; Na et al., 2015; Reed et al., 2015) การที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูง อาจอธิบายได้ว่า เมื่อวัยรุ่นถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลซ้ำ ๆ จนไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียด วิตกกังวล และมีอารมณ์ซึมเศร้า (Vollink et al., 2013) และการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลทำให้วัยรุ่นรู้สึกอับอายทำให้ตนเองดูไม่ดีในสายตาผู้อื่น และมีความคิดว่าในอนาคตอาจจะถูกรังแกแบบเดิมซ้ำ ๆ ส่งผลให้วัยรุ่นรู้สึกหมดหวัง แยกตัวคนเดียว และมีอารมณ์ซึมเศร้า (ปองกมล สุรัตน์, 2561) ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลที่พบในกลุ่มตัวอย่าง คือ โดนนินทาหรือถูกคำทอโดยผู้อื่นผ่านโทรศัพท์มือถือ ห้อง

สนทนา หรือเว็บไซต์ (ร้อยละ 50) และส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลบนอินเทอร์เน็ตเป็นสิ่งทำได้ (ร้อยละ 57.80) การที่พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลเกิดขึ้นบนอินเทอร์เน็ต ส่งผลให้ข้อความ รูปภาพ หรือวิดีโอของผู้ถูกรังแกถูกรับชมซ้ำ ๆ ได้ตลอดเวลา ซึ่งอาจส่งผลให้วัยรุ่นที่ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมองตนเองในด้านลบและมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (Cole, Zelkowitz, Nick, Martin, Roeder, & Sinclair-Mcbride et al., 2016) โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลกับเกณฑ์การมีภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37.10 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า วัยรุ่นที่ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล (Jung, Leventhal, Kim, Park, Lee, & Lee et al., 2014)

พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลกับพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .326, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Cook, 2015; Litwiler & Brausch, 2013; Reed et al., 2015) การที่วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดียมากมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูง อาจอธิบายได้ว่า เมื่อวัยรุ่นถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดีย ๆ จนทำให้เกิดความรู้สึกโกรธและไม่พอใจ ส่งผลให้มีการกระทำและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจากับผู้รังแก (Schultze-Krumbholz et al., 2012) และกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการทำร้ายร่างกายผู้รังแก เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองถูกกระทำฝ่ายเดียวซ้ำ ๆ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมก้าวร้าว (ฤทัยชนนิ สิทธิชัย และ ธนยากร ตุดเกื้อ, 2560) จะเห็นได้ว่า วัยรุ่นที่ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดียมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจแก้ปัญหาการถูกรังแกโดยใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล อาจส่งผลให้วัยรุ่นไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม (รสวันต์ อาริมิตร, 2559) และหากวัยรุ่นยังคงถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีเดียอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถปรับตัวกับการถูกรังแกซ้ำ ๆ ได้ อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีการตอบกลับหรือแก้แค้นผู้รังแกด้วยการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ (Reed et al., 2015)

พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .174, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Bonanno & Hymel, 2013; Hesapcioglu & Ercan, 2017; Kowalski

& Limber, 2013) การที่พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจอธิบายได้ว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลเป็นการกระทำที่ผู้รังแกมีเจตนาให้ผู้ถูกรังแกรู้สึกไม่ดีและอับอาย ซึ่งอาจส่งผลให้วัยรุ่นไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน และมีภาวะซึมเศร้า (Campbell et al., 2013) การที่วัยรุ่นไม่ได้รับการยอมรับหรือความสนใจจากผู้อื่นนับเป็นหนึ่งในการแสดงอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Radloff, 1977) และจากพัฒนาการของวัยรุ่นที่ว่า วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธ์ทางที่ดีกับเพื่อน เนื่องจากวัยรุ่นต้องการการยอมรับจากเพื่อนวัยเดียวกัน เพื่อส่งเสริมให้ตนเองรู้สึกดีและมีความมั่นใจในตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) หากวัยรุ่นมีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน อาจส่งผลให้วัยรุ่นรู้สึกไม่ดีกับตนเอง แยกตัวจากสังคม จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Horeish, Klomek, & Apter, 2008) โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลกับเกณฑ์การมีภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.80 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า วัยรุ่นที่รังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกโซเชียล (Selkie et al., 2015)

พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลกับพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .352, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา

(Buelga et al., 2020; Goldstein, 2016; Kokkinos & Voulgaridou, 2017) การที่พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว อาจอธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลจะรังแกเพื่อนที่ตนเองรู้สึกโกรธหรือไม่ชอบซ้ำ ๆ ซึ่งการรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์โกรธของวัยรุ่น (Buelga et al., 2020) เกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้ถูกรังแก (Hesapcioglu & Ercan, 2017) และส่งเสริมให้วัยรุ่นกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายและทางวาจาแบบเผชิญหน้ากับผู้ถูกรังแกได้ (พิมพัทธ์ บุญมงคล และคณะ, 2557) โดยลักษณะของพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลที่พบในกลุ่มตัวอย่าง คือ เคยนิทาหรือคำทอโดยผู้อื่นผ่านโทรศัพท์มือถือ ห้องสนทนา หรือเว็บไซต์มากที่สุด (ร้อยละ 40.70) ซึ่งการที่วัยรุ่นรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลนั้น อาจเป็นเพราะสามารถกระทำได้โดยไม่จำเป็นต้องระบุดตัวตนและไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะหรือพลังกำลังในการรังแกผู้อื่น ส่งผลให้ผู้รังแกมีความกล้าที่จะรังแกผู้อื่นบนอินเทอร์เน็ต (ณัฐรัชต์ สามะ, 2556) และหากวัยรุ่นยังคงมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลอาจส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการทำร้ายร่างกายหรือข่มขู่ผู้อื่นได้ (Buelga et al., 2020)

ข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลควรมีการประเมินวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโดยการคัดกรองพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมก้าวร้าวอย่าง

ต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประสานงานกับครูและผู้ปกครองในการดูแลและให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล

2. ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมที่เฉพาะสำหรับกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไป

3. ควรมีการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลในวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมใช้สารเสพติด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คณาจารย์ และกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ณัฐรัชต์ สามะ. (2556). การรับรู้ของเยาวชนต่อการรังแกในพื้นที่โซเชียล. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประกาศศรี ปัญญาวิชรัช. (2550). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมยกพวกตีกันระหว่างสถาบันของนักเรียนอาชีวศึกษาชาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปองกมล สุรัตน์. (2561). สาเหตุและผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ กรณีศึกษาเยาวชนไทยผู้ถูกรังแก. *วารสารสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 4(1), 260-273.
- พิมพ์วิทย์ บุญมงคล, Ojanen, T. T., ณัฐรัชต์ สามะ, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, ราชวาทิ เอี่ยมศิลป์, มุกลินท์ ชลรัตน์, & Guadamuz, T.E. (2557). ความรุนแรงในพื้นที่ไซเบอร์ของเยาวชนหญิงไทย ความต่อเนื่องของวัฒนธรรมความรุนแรงในสังคมไทย. *วารสารสหศาสตร์*, 13(1), 215-247.
- รสนันท์ อริมิตร. (2559). พัฒนาการด้านจิตใจและสังคม. ใน รสนันท์ อริมิตร, สุกัญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และ สมจิตร จาตุธนศิริกุล (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- ฤทัยชนนี สิทธิชัย และ ชันชากร ตุดเกื้อ. (2560). พฤติกรรมการรังแกบนโลกไซเบอร์ของเยาวชนในสามจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 28(1), 86-99.
- วิมลทิพย์ มุลิกพันธ์, ศิวพร ปกป้อง, นันทนัช สงศิริ และ ปองกมล สุรัตน์. (2552). *การสำรวจประชามติ ครั้งที่ 3/2552 พฤติกรรมการข่มเหงรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของเยาวชนไทยในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: ปัญญาสมาคมพันธ์เพื่อการวิจัยความเห็นสาธารณะแห่งประเทศไทย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2556). *แนวทางการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมความรุนแรงสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2560, สืบค้นจาก http://www.smartteen.net/main/_admin/download/4-24-201608151535.pdf.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *สำรวจการมีกรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนปี พ.ศ. 2559*. สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2560, สืบค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surtec5-1-3.html>.
- อัญมณี หล้าหนัก, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และ วิมลทิพย์ มุลิกพันธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับพ่อแม่ เพื่อน และครูกับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(3), 245-262.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยะลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- Bonanno, R. A., & Hymel, S. (2013). Cyber bullying and internalizing difficulties: Above and beyond the impact of traditional forms of bullying. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(5), 685-697.
- Brewer, G. & Kerslake, J. (2015). Cyberbullying, self-esteem, empathy and loneliness. *Computers in Human Behavior*, 48, 255-260.
- Buelga, S., Postigo, J., Martinez-Ferrer, B., Cava, M.-J., & Ortega-Baron, J. (2020). Cyberbullying among adolescents: Psychometric properties of the CYB-AGS cyber-aggressor scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 1-15.
- Buss, A.H. & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Campbell, M. A., Slee, P. T., Spears, B., Butler, D., & Kift, S. (2013). Do cyberbullies suffer too? Cyberbullies' perceptions of the harm they cause to others and to their own mental health. *School Psychology International*, 34(6), 613-629.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cole, D.A., Zelkowitz, R., Nick, E., Martin, N.C., Roeder, K.M., & Sinclair-Mcbride, K., et al. (2016). Longitudinal and incremental relation of cybervictimization to negative self-cognitions and depressive symptoms in young. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(7), 1321-1332.

- Cook, L. A. (2015). *Cybervictimization as a predictor of aggression and cyberbullying among adolescents: Examination of potential risk and protective factors*. (Publication No. 3705169). [Doctoral dissertation, The University of Southern Mississippi]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Goldstein, S.E. (2016). Adolescents' disclosure and secrecy about peer behavior: Links with cyber aggression, relational aggression, and overt aggression. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1430-1440.
- Hesapcioglu, S. T., & Ercan, F. (2017). Traditional and cyberbullying co-occurrence and its relationship to psychiatric symptoms. *Pediatrics International*, 59(1), 16-22.
- Hinduja, S. & Patchin, J.W. (2009). *Bullying beyond the schoolyard preventing and responding to cyberbullying*. Thousand Oaks, Calif: Corwin Press.
- Horesh, H., Klomek, A. B., & Apter, A. (2008). Stressful life events and major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 160(2), 190-199.
- Jung, Y. E., Leventhal, B., Kim, Y. S., Park, T. W., Lee, S. H., & Lee, M., et al. (2014). Cyberbullying, problematic internet use, and psychopathologic symptoms among Korean youth. *Yonsei Medical Journal*, 55(3), 826-830.
- Kokkinos, C.M., & Voulgaridou, I. (2017). Relational and cyber aggression among adolescents: Personality and emotion regulation as moderators. *Computers in Human Behavior*, 68, 528-537.
- Kowalski, R. M., & Limber, S. P. (2013). Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 53(1 Suppl), S13-20.
- Litwiller, B.J., & Brausch, A.M. (2013). Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: The role of violent behavior and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 675-684.
- Na, H., Dancy, B. L., & Park, C. (2015). College student engaging in cyberbullying victimization: Cognitive appraisals, coping strategies, and psychological adjustments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 155-161.
- Olweus, D. (1996). Bullying at school: Knowledge base and an effective intervention program. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 794(1), 265-276.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-400.
- Reed, K.P., Nugent, W., & Cooper, R.L. (2015). Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents. *Children and Youth Services Review*, 55, 128-137.
- Schenk, A. M., & Fremouw, W. J. (2012). Prevalence, psychological impact, and coping of cyberbully victims among college students. *Journal of School Violence*, 11(1), 21-37.
- Schultze-Krumbholz, A., Jäkel, A., Schultze, M., & Scheithauer, H. (2012). Emotional and behavioural problems in the context of cyberbullying: a longitudinal study among German adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 17(3-4), 329-345.
- Selkie, E., Kota, R., Chan, Y. F., & Moreno, M. (2015). Cyberbullying, depression, and problem alcohol use in female college students: A multisite study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(2), 79-86.
- Songsiri, N., & Musikaphan, W. (2011). Cyber-bullying among Secondary and Vocational Students in Bangkok. *Journal of Population and Social Studies*, 19(2), 235-242.
- Vollink, T., Bolman, C.A.W., Dehue, F., & Jacobs, N.C.L. (2013). Coping with cyberbullying: Differences between victims, bully-victims and children not involved in bullying. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 23, 7-24.

THE DEVELOPMENT AND EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH SUBSTANCE-INDUCED PSYCHOTIC DISORDER

Sayaporn Detdee, M.N.S., RN, Orawan Nukaew, Ph.D., RN***

Abstract

Objective: To develop the empowerment program and to test effects of empowerment program on self-care behaviors of patients with substance-induced psychotic disorder.

Methods: This study was the research and development with the procedure: 1) to develop an empowerment program by analyzing situations and drafting the program; 2) to experiment the prototype program and to test the quality of tools; and 3) to test the effect of program. The sample group was 40 patients with substance-induced psychotic disorder randomly selected by Match pair method and divided into experimental and control group of 20 participants for each group. Research tools include the empowerment program, the demographic data questionnaire, and the self-care behavior assessment tool. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

Results: The results of this study were as follows: 1) The content of the program was valid and appropriate. The IOC (Item Objective Congruence) coefficients ranged between 0.6 - 1.0. The program consisted of six activities conducting as group activities in the hospital for 3 weeks. 2) After the experiment, the mean score of self-care behaviors of substance-induced psychotic disorder patients that participated in the empowerment program was significantly higher than patients that were cared normally with the statistical significance ($p < .001$).

Conclusion: The results of this study could be applied to develop on self-care behavior's of persons with substance-induced psychotic disorder. Therefore, the program could be implemented for those persons in hospitals.

Keywords: empowerment, self-care behaviors, patients with substance-induced psychosis disorder

*Corresponding author: Register Nurse, Senior Professional Level, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, e-mail: ssayaa4@gmail.com

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University (Hatyai)

Received: 4 January 2021, Revised: 20 April 2021, Accepted: 28 April 2021

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

สยาภรณ์ เคชดี, พย.ม.*, อรวรรณ หนูแก้ว, ป.ร.ค.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยมีกระบวนการคือ 1) พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ และร่างโปรแกรม 2) การทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ และ 3) การทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 40 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าความสอดคล้อง ระหว่างเนื้อหา กับวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มในโรงพยาบาล ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ 2) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดังนั้นจึงสามารถนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

*ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, e-mail: ssayaa4@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับ: 4 มกราคม 2564, วันที่แก้ไข: 20 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 28 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคจิตจากสารเสพติดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยประมาณ 29.5 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกกำลังประสบปัญหาจากโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) และเมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2561 พบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดมารับบริการสูงสุดเป็นอันดับ 1 มีจำนวน 56,887 คน, 359,257 คน และ 606,014 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี (กรมสุขภาพจิต, 2563) ขณะที่สถิติการมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างปีงบประมาณ 2561 - 2563 มีจำนวน 2,572 คน, 3,526 คน และ 2,246 คน ตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในจำนวน 1,159 คน, 1,322 คน และ 880 คน ตามลำดับในแต่ละปี (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2563) ซึ่งข้อมูลการมารับบริการดังกล่าวบ่งบอกถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ตามสารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใด จะทำให้เกิดการเสพติดได้หากใช้สารนั้นเป็นประจำ มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา ต้องการขนาดการเสพที่เพิ่มมากขึ้น มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา (สาลิณี ภู่งรุ่งเรืองผล, 2562) ทั้งนี้สารเสพติดจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใน

ลักษณะของการกดประสาท ได้แก่ ผื่น มอร์ฟิน เฮโรอีน สารระเหย และยาแก้ปวดประสาท เป็นต้น บางชนิดออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน กระเทียม และโคคาอิน เป็นต้น หรือออกฤทธิ์หลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มดี และเห็ดจิ๋ว เป็นต้น และกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นหรือหลอนประสาทได้พร้อม ๆ กัน เช่น กัญชา ฯลฯ เมื่อผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ ฯลฯ มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตัวเองและผู้อื่นได้ และทำให้เกิดโรคจิตจากสารเสพติด (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2558) ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ใช้การผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และการรักษาจิตสังคม (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) อย่างไรก็ตาม ผลจากการที่มีผู้ป่วยโรคจิตติดสารเสพติด จะพบมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน มีอาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย (วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมได้น้อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ (ชาติรี ชัยนาคิน, ชาติรี ประชาพิพัฒน์, และอารี พุ่มประไพวัธย์, 2559; วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) การจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการปฏิเสธ รวมถึงขาดความสามารถในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มองตัวเองในด้านลบ คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความสามารถในการคิดหรือทำ รู้สึกไม่มีคุณค่า (โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี, 2559) รู้สึกเบื่อหน่าย

หมดพลัง (นิภาวัลย์ บุญทับถม, 2550) ประกอบกับผู้ป่วยขาดกำลังใจจากญาติและครอบครัว อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งระบาดของยาเสพติด จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (ชาติรี ชัยนาคิน และคณะ, 2559) และมีอาการทางจิตกำเริบ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร, 2556)

จากสภาพปัญหาตามที่ได้กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 30 แฟ้ม พบว่า สาเหตุของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเกิดจากการไม่รับประทานยาไม่สนใจตัวเอง นอนไม่หลับ หงุดหงิด ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้ แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 92.0 ในจำนวนนี้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 85.0 อีกทั้งพบข้อมูลที่บอกว่าตนเองไม่ดี ขาดรายได้ ทำอะไรก็ไม่สำเร็จเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งบ่งบอกถึงการขาดความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเอง ร้อยละ 75.0 อยากเลิกแต่เลิกไม่ได้ เพื่อนมาชวนก็ไป เมื่อเกิดปัญหาแก้ปัญหาไม่ได้ เครียด แสดงให้เห็นถึงการขาดทักษะในการเผชิญปัญหา ร้อยละ 70.0 และยังพบว่าผู้ดูแลและครอบครัวไม่เข้าใจ ขาดที่ปรึกษา กลับไปบ้านก็พบกับเพื่อนกลุ่มเดิม สิ่งแวดล้อมเดิม แสดงถึงการขาดกำลังใจจากคนในครอบครัวรวมถึงพักอาศัยอยู่ในแหล่งที่มียาเสพติด ร้อยละ 50.0 (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2563)

นอกจากนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

จำนวน 10 คน ผู้ป่วยเล่าว่า “รู้สึกเบื่อหน่าย ขาดพลัง ขาดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง” หรือ “เครียดบ่อย ถูกกดดันจากคนรอบข้าง พุดอะไร ทำอะไร เค้าก็ไม่เชื่อ” และทำการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจำนวน 30 คน ด้วยแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองต่ำมากที่สุดด้านการจัดการกับปัญหา ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือด้านการแสวงหาแหล่งสนับสนุน ร้อยละ 56.7 ด้านการรู้จักตนเองและพัฒนาตนเอง ร้อยละ 43.3 ด้านอารมณ์และจิตใจ ร้อยละ 36.7 และด้านร่างกาย ร้อยละ 16.7 ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล จำนวน 10 คน ผู้ดูแลบอกว่า “ออกจากโรงพยาบาลบอกว่าจะเลิก แต่ก็ไม่ทำได้ จนเขาหมดแรงจะสู้แล้ว” “เขาบอกว่าไม่มีกำลังใจ ไม่รู้จะทำไปเพื่อใคร อยากมีคนคอยช่วย คอยแนะนำ” จากข้อมูลที่ได้กล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลจากพลังอำนาจในตนเองลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยหน่าย ไม่สู้ชีวิต สอดคล้องกับผลการประเมินผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จึงนับว่าเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมและมั่นใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถ

ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ตามอัธยาศัย

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้ตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่ากระบวนการดำเนินงานโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักในปัญหาข้อบกพร่องของตนเอง ตอบสนองความต้องการการแก้ไขปัญหา และการแสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเองได้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การลงมือซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995) ที่ผ่านมามีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งช่วยทำให้สามารถเพิ่มพูนความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย และสร้างศักยภาพของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (กษพร เผือกผ่อง, นุชนาด บรรทมพร, และชมชื่น สมประเสริฐ, 2561; สังวาล พิพิชพร, 2563; Finfgeld, 2004) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ที่ดื่มสุราและผู้ที่ไชยาบ้าโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ทำให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้นเน้นให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญห และตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดพฤติกรรม การดื่มและการไชยาบ้าได้อย่างต่อเนื่อง (กษพร เผือกผ่อง และคณะ, 2561; นิภาพร รัฐมน และเพ็ญ นภา แดงด้อมยุทธ, 2560; พรทิพย์ คงสัตย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี, และสวัสดิ์ เทียงธรรม, 2556) ข้อมูลทางวิชาการจากการทบทวนข้างต้น แสดงให้เห็นว่า กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1995) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจควบคุมพฤติกรรม และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการแก้ปัญหา ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมได้เช่นกัน

ในทางปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จากการทบทวนแนวทางการให้การบำบัดทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ไม่มีโรคร่วม ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตจากสารเสพติด (F11.5-F16.5, F18.5-19.5) ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน พบว่า พยาบาลจะดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้รับการรักษาทางด้านชีวภาพตามแผนการบำบัดรักษา ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน และดูแลด้านจิตสังคม โดยใช้รูปแบบของการบำบัดตามแนวปฏิบัติด้วยการบำบัดเป็นรายกลุ่มแบบกลุ่มเปิด ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มุ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องสารเสพติด

ผลกระทบที่เกิดขึ้น การพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การดูแลตนเอง และแนวทางการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือควบคุมอารมณ์ ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองบกพร่อง กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 12.0 (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2563) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลตามแนวทางที่มีอยู่เดิมยังไม่สามารถตอบสนองให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากไม่พบว่ามีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวผู้ป่วย และยังมีข้อจำกัดเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและมองเห็นคุณค่าเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวชในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (กุนนที พุ่มสงวน, 2557) แต่จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่าที่ผ่านมาพยาบาลจิตเวชยังไม่เคยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและเพิ่มคุณค่าในตนเอง จึงควรมีการปรับรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าวจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วย

โรคจิตจากสารเสพติดที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชตามแนวคิดของกิบสัน (1995) ที่กล่าวข้างต้น รวมถึงเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมกับผู้ป่วย โดยเฉพาะขั้นตอนของการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลจิตเวชนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และดำเนินการทดสอบคุณภาพทางวิชาการด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ร่วมกับการทดสอบผลของโปรแกรมฯ ในด้านการช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีพลังใจในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่เชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์หาสาเหตุความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณในการมองภาพที่ต้องการจะเป็นและร่วมกันพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) (Gibson, 1995) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดดังกล่าวไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านร่างกาย ในเรื่องพื้นฐานกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม ด้านการรู้จักตนเองและพัฒนาตนเอง รวมถึงการแสวงหาแหล่งสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้

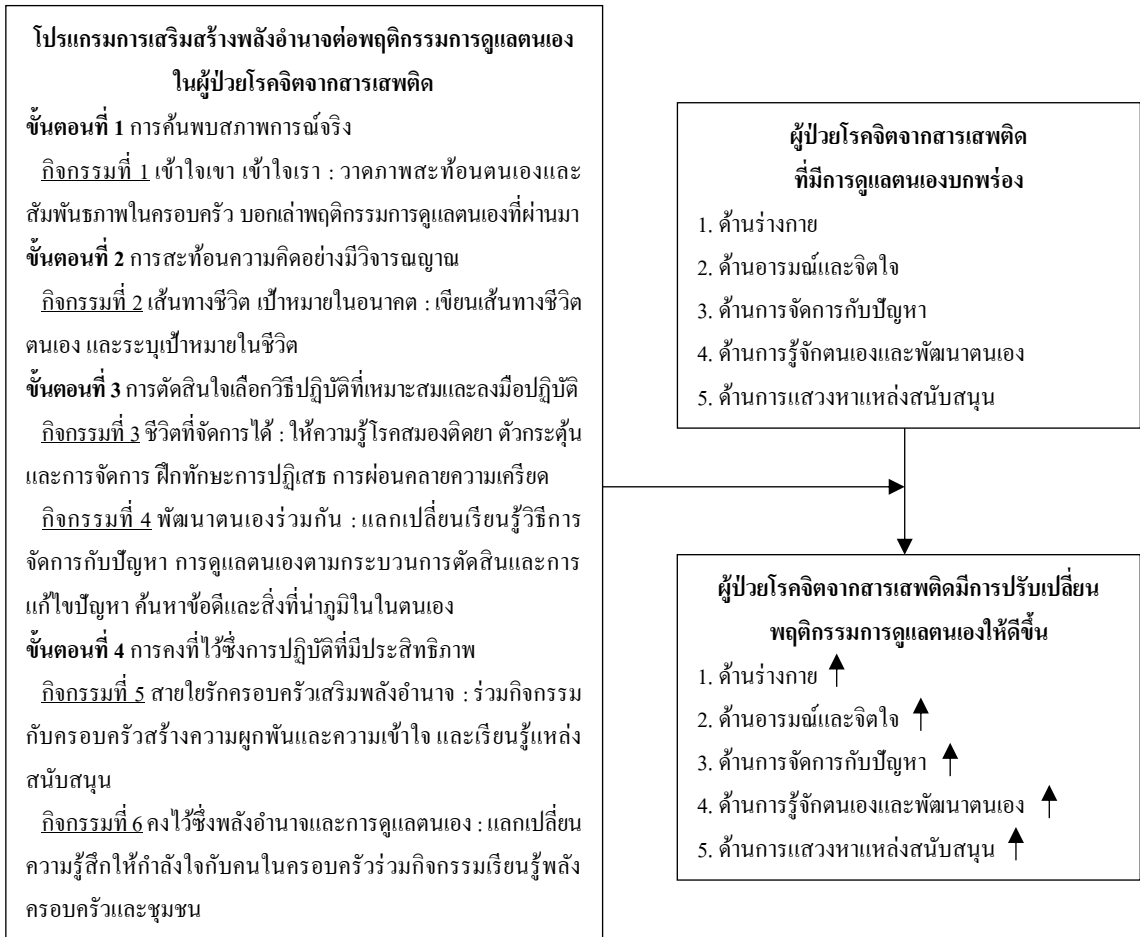
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การทบทวนตนเอง และการฝึกทักษะ จนกระทั่งสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในการเสริมสร้างความมั่นใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีพลังจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ด้วยการใช้สื่อ ทัศนูปกรณ์ ใบงาน ใบกิจกรรม แบบบันทึก และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้และจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย ร่วมกับการเสริมแรงทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ ให้คำแนะนำปรึกษา ในขณะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลต่อการเสริมพลังใจ ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดต้นแบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลและการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยการทบทวนสถิติการเข้ารับการรักษา ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 30 แพ้ม การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 10 ครอบครัว การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จำนวน 30 คน การสนทนา
กลุ่มพยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 คน
และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด
ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด รูปแบบการเสริมสร้าง
พลังอำนาจ และพฤติกรรมดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด เพื่อศึกษาองค์ความรู้ที่
มีอยู่ โดยการสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO
ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลทั้ง

ในประเทศคือ ฐานข้อมูล ThaiJo, THaiLIS และ
google scholar โดยใช้คำสืบค้น คือ การเสริมสร้าง
พลังอำนาจ พฤติกรรมดูแลตนเอง และผู้ป่วย
โรคจิตจากสารเสพติด และจากฐานข้อมูล
ต่างประเทศ คือ PubMed, The Cochrane Library
และ CINAHL ใช้คำค้น empowerment, self-care
behaviors, persons with substance induced psychosis
disorder ผลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

และประเมินคุณภาพงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แบบประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2008) พบว่า มีจำนวน 18 เรื่อง อยู่ในระดับ 2 และสรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าสถิติของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยปัญหาอาการทางจิตกำเริบจากพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่วนด้านการดูแลข้อมูล จากการสนทนากลุ่มพยาบาลจิตเวชพบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่เน้นการให้ความรู้เรื่องโรค ผลกระทบ การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากการมีพฤติกรรม การดูแลตัวเองไม่เหมาะสม ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและครอบครัว/ผู้ดูแล จำนวน 10 ครอบครัว โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ เช่น ข้อคำถาม “พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นอย่างไรบ้าง” “ความต้องการรูปแบบในการเสริมสร้างพลังอำนาจ/แรงจูงใจ/กำลังใจ/แหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นอย่างไรบ้าง” การจดบันทึกและการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมทีมเพื่อกำหนดต้นแบบของโปรแกรมฯ โดยทีมวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดำเนินการประชุม 3 ครั้ง และประชุมทีมผู้วิจัยนำผลจากการประชุมมาพิจารณา ร่วมกับผลจากการทบทวนวรรณกรรม

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำร่างต้นแบบเบื้องต้น (prototype) ออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการ 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที

ระยะที่ 2 การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือและการทดลองใช้โปรแกรมต้นแบบ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบต้นแบบเบื้องต้น (preliminary test) ประกอบด้วย

4.1 การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 3 ท่าน และคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (IOC) และปรับปรุงโปรแกรมฯตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นให้พยาบาลนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

4.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.84 หลังจากนั้นนำแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนที่ 5 ประชุมปรับปรุงเบื้องต้น (initial product revision) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัด ข้อควรปรับปรุง โดยพิจารณาปรับเวลาในการดำเนินกิจกรรม จำนวนกิจกรรม ภาษา และวิธีดำเนินการโดยปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดยิ่งขึ้น โดยกำหนดกิจกรรม จำนวน 6 กิจกรรม ดำเนินการ 3 สัปดาห์ ละ 1 ครั้งๆ ละ 120 นาที และดำเนินการวางแผนทดสอบในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 3 การทดสอบผลของโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 6 ทำการทดสอบผลของโปรแกรมในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตจากสารเสพติด (F11.5-F16.5, F18.5-F19.5) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

ดังนี้ 1) ผู้ป่วยชาย อายุ 20 - 59 ปี และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน ที่อาการทางจิตสงบ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 2) มีระดับคะแนนแบบประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดโดยใช้แบบคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยที่ไร้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข: บคก. กสช.: 2 (V2) มีระดับ

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน 3) มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลางและต่ำ และ 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ดังนี้ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบทุกกิจกรรม หรือมีอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรง ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.10 10 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สাত্রีเพ็ชร, และญาดา นภาอารักษ์, 2562) คำนวณขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยที่ผ่านมา (นิภาพร รัฐมั่ง และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2560) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.4 (Cohen, 1988) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการทดสอบ (1-β) ร้อยละ .80 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้เท่ากับ 18 คน คือกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน เพื่อป้องกันกลุ่มอาจจะสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 คน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน จัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ match pair ด้วยอายุ ความรุนแรงของโรค และระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม

การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พัฒนามาจากแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดำเนินการ 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สารเสพติดที่เคยใช้ จำนวนครั้งที่กลับมาเข้ารับการบำบัดซ้ำ เป็นต้น และ 2) แบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินการ自我ดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ การจัดการกับปัญหา การรู้จักตนเองและพัฒนาตนเอง และการแสวงหาแหล่งสนับสนุน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ทำประจำบ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยทำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 035/2563 ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมฯ ประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ เมื่อไม่สบายใจหรือไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อ การบำบัดรักษาใด ๆ ในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังภาพที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้โปรแกรมฯ (try out) ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

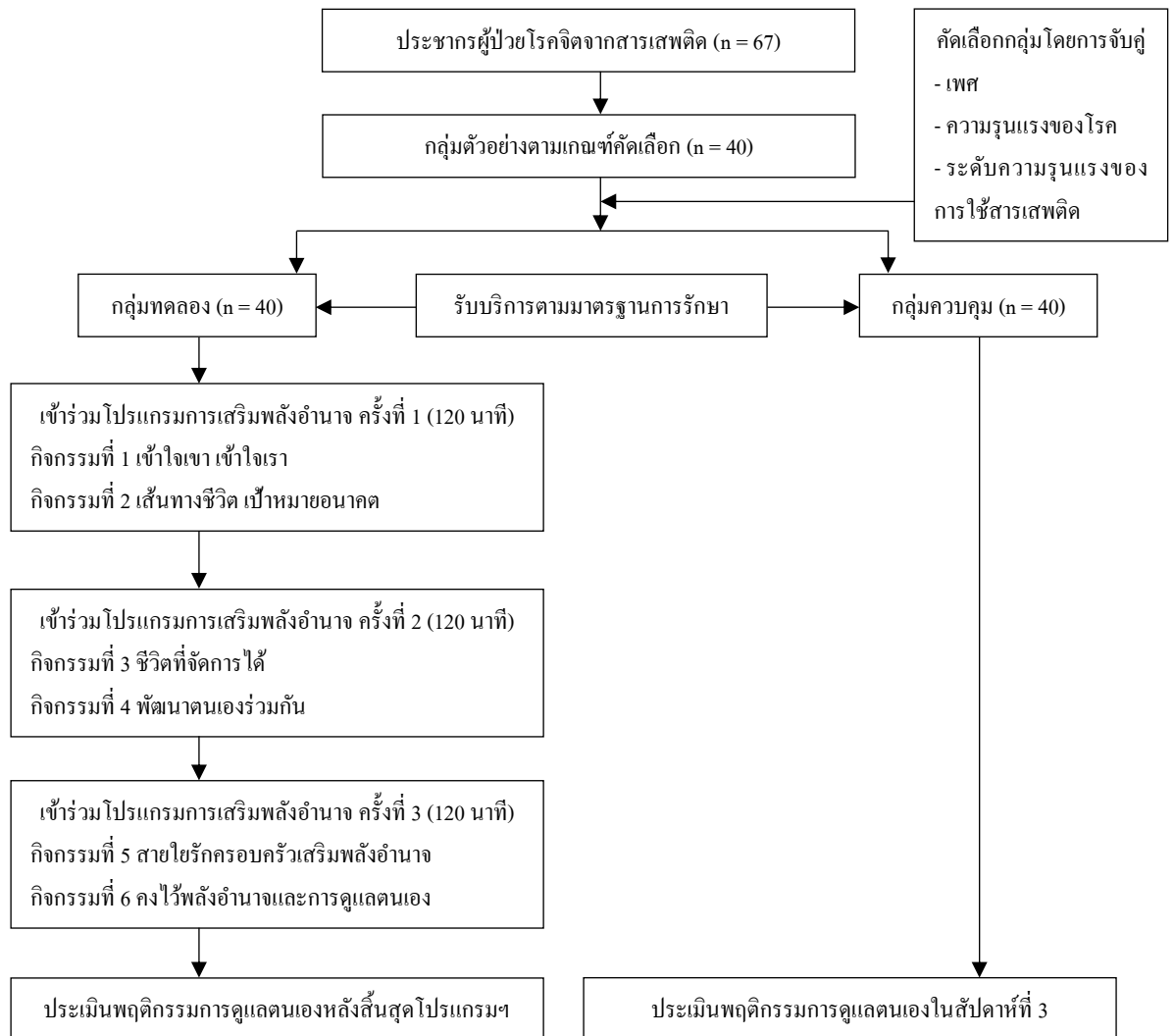
3. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ไคว้สแควร์

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองก่อนและหลังในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ pair t-test และค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ independent t-test หลังจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ และ Levene's test

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

จากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่า ร้อยละ 92.0 ของผู้ป่วยที่กลับมารักษาระบบผู้ป่วยใน มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานยา ไม่สนใจตัวเอง นอนไม่หลับ หงุดหงิด ก้าวร้าว ควบคุม



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการดำเนินการ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

อารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้ ฯลฯ ร้อยละ 85.0 กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 75.0 รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ เป็นภาระของครอบครัว ร้อยละ 70.0 อยากเลิกสารเสพติดแต่เลิกไม่ได้ เครียด แก้ปัญหาไม่ได้ และร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลและครอบครัวไม่เข้าใจ ขาดที่ปรึกษา กลับไปบ้านก็พบ

กับเพื่อนกลุ่มเดิม สิ่งแวดล้อมเดิมและพักอาศัยอยู่ในแหล่งที่มียาเสพติด (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2563) นอกจากนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยบกพร่อง “ไม่ค่อยดูแลตัวเองเลย มันก็เกียจ... ไม่

อยากทำอะไร” (ผู้ป่วยรายที่ 2) และต้องการการเสริมสร้างพลังอำนาจและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดังเช่น “...กำลังใจจากลูกเมีย คนในครอบครัว หรือกิจกรรมที่ทำให้จิตใจเข้มแข็งขึ้น ไม่อ่อนไหวไปกับสิ่งต่างๆ ทั้งจากรอบข้าง และจากในตัวเราเองอะครับ” (ผู้ป่วยรายที่ 7) ข้อมูลที่กล่าวข้างต้นบ่งบอกถึงการขาดความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดกำลังใจจากคนในครอบครัว รวมถึงขาดทักษะในการเผชิญปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม มีอาการทางจิตกำเริบ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดพบประเด็นสำคัญ คือ ความต้องการของพยาบาลจิตเวชที่ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดังเช่น “คงจะดีถ้ามีรูปแบบการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถดูแลตัวเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านจะได้ไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำ” และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพ (Finfgeld, 2004; Gibson, 1995) โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 3 - 12 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องตั้งแต่ 2 - 12 สัปดาห์ ๆ ละ 1 - 7 วัน ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60 - 120 นาที และในระยะติดตามส่วนใหญ่ใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ หลังจากสิ้นสุดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน (กษพร เพือก่อง และคณะ,

2561; นาถอนงค์ บำรุงชน, พนิดา รัตนไพโรจน์, และจารุวรรณ ประดา, 2557; ปราภค์ทิพย์ อุจะรัตน, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และฉวีวรรณ โพธิ์ศรี, 2557; พรทิพย์ คงสัตย์ และคณะ, 2556; สังวาล พิพิชร, 2563; เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และอนงค์นาฏ คงประชา, 2560) ดังนั้น ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกใช้นวัตกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ร่วมกับข้อมูลที่พบจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา และจัดทำโครงสร้างเนื้อหาโปรแกรมฯ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เข้าใจเขา เข้าใจเรา ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 2 เส้นทางชีวิตเป้าหมายในอนาคต ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 ชีวิตที่จัดการได้ และกิจกรรมที่ 4 พัฒนาตนเองร่วมกัน และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 สายใยรักครอบครัวเสริมพลังอำนาจ และกิจกรรมที่ 6 คงไว้ซึ่งพลังอำนาจและการดูแลตนเอง ดำเนินกิจกรรมโดยใช้โครงสร้างกลุ่ม ๆ ละ 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 - 120 นาที ซึ่งโปรแกรมฯ มีค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0

ผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ กับผู้ป่วยกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำผลที่ได้จากการดำเนินกลุ่มกิจกรรมมาวิเคราะห์และปรับปรุงโปรแกรมฯ เพื่อความ

ครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญและความชัดเจนของภาษา (ปรับปรุงครั้งที่ 2) กล่าวคือ 1) ปรับภาษาของกิจกรรมที่ 1 ใบบานตารางการดูแลตนเองจาก “การจัดการตัวกระตุ้นภายใน ภายนอก” เป็น “การจัดการกับตัวกระตุ้น” 2) ปรับภาษาของกิจกรรมที่ 2 ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นจาก “หลังใช้สารเสพติดท่านมีอาการอย่างไร” เป็น “อาการของท่านเมื่อคิดยาเสพติด” โดยผู้ป่วยบอกว่ากิจกรรมนี้ดี ทำให้ได้สะท้อนและมองเห็นภาพของตัวเองในช่วงชีวิตต่าง ๆ ได้ชัด 3) ปรับกิจกรรมที่ 3 โดยปรับใบบานตัวกระตุ้นและวิธีการหลีกเลี่ยงให้ภาพตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำมีความชัดเจน 4) ปรับลำดับของ

การดำเนินกิจกรรมที่ 4 จากเดิมให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการแก้ปัญหา ก่อนการให้ความรู้เรื่องกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา เป็นให้ความรู้เรื่องกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ก่อนเพื่อให้มีความกระชับและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ส่วนกิจกรรมที่ 5 และ 6 ผู้ป่วยและญาติบอกว่าดี เนื่องจากญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อจำกัด ข้อควรปรับปรุง และได้นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำโปรแกรมฯ (ฉบับปรับปรุง) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ และลักษณะกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ลักษณะกิจกรรม
ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง	- เพื่อค้นพบสภาพจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	- เขียนภาพตนเองและอธิบายลักษณะของตนเอง
กิจกรรมที่ 1 เข้าใจเขา เข้าใจเรา เวลา 60 นาที	- เพื่อเข้าใจการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ	- เขียนภาพตนเองอยู่ในบ้านและอธิบายภาพที่วาด - อธิบายลักษณะการดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ และการจัดการกับปัญหา
ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ	- เพื่อการสะท้อนคิด ทบทวนตนเอง และสถานการณ์ทุกแง่มุม	- เขียนเส้นทางชีวิตตั้งแต่เริ่มใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน และวางแผนอนาคต
กิจกรรมที่ 2 เส้นทางชีวิต เป้าหมายในอนาคต เวลา 60 นาที	- เพื่อรับรู้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ - เพื่อสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง	- สะท้อนมุมมอง และศักยภาพของตนเอง

ตารางที่ 1 ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ และลักษณะกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ลักษณะกิจกรรม
ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ กิจกรรมที่ 3 ชีวิตที่จัดการได้ เวลา 60 นาที	- เพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง - เพื่อวางแผนพัฒนาตนเอง โดยกำหนดแนวทางแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง	- ให้ข้อมูลเรื่องโรคสมองติดยาและอาการทางจิต แนวทางการดูแลตนเอง - เพื่อประกอบการแก้ปัญหาที่เหมาะสม - ฝึกทักษะการจัดการ/หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นความอยากยาเสพติด ทักษะการปฏิเสธ การผ่อนคลายความเครียด
กิจกรรมที่ 4 พัฒนาตนเองร่วมกัน เวลา 60 นาที	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการที่เลือกเหมาะสมกับตนเอง - เพื่อสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง	- ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา - ทำกิจกรรม “ชื่อนั้นสำคัญไฉน” เพื่อเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง
ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 สายใยรักครอบครัว เสริมพลังอำนาจ เวลา 60 นาที	- เพื่อเสริมสร้างพลังโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว	- ทำกิจกรรม “สายใยรัก” ร่วมกับญาติ/ผู้ดูแล สะท้อนให้เห็นพลังที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง - ทำกิจกรรม “สื่อรักแทนใจ” ร่วมกับญาติ/ผู้ดูแล ให้เกิดการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกันของคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล เกิดการสร้างกำลังใจแก่กันและกัน ผลักดันให้ไปสู่เป้าหมาย
กิจกรรมที่ 6 คงไว้ซึ่งพลังอำนาจและการดูแลตนเอง เวลา 60 นาที	- เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง	- ทำกิจกรรม “จิ๋จอร์” ร่วมกับญาติ/ผู้ดูแล เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและแหล่งสนับสนุนทางสังคม - ทำกิจกรรม “เสือกินวัว เรียนรู้พลังชุมชน” ร่วมกับญาติ/ผู้ดูแล เพื่อเรียนรู้ความจำเป็นและความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคม การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ

ผลการทดสอบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดสอบโปรแกรมฯ จำนวน 40 คน พบว่าทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 20 - 47 ปี อายุเฉลี่ย 31.20 ± 8.10 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 72.5 ใช้สารเสพติดยาบ้า ร้อยละ 95.0 เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก ร้อยละ 65.0 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคว์สแควร์ ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านช่วงอายุ ระดับความรุนแรงของโรค และระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด พบว่า มีความเหมือนกัน (homogeneity) ($X^2 = 0, p = 1$)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดหลังการเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		Change		T	p
	(n = 20)		(n = 20)		from	SD		
	M	SD	M	SD	baseline			
ด้านร่างกาย	2.80	0.41	4.18	0.57	1.38	0.85	7.30	.000*
ด้านอารมณ์และจิตใจ	2.48	0.46	3.83	0.61	1.35	1.35	8.64	.000*
ด้านการจัดการกับปัญหา	2.03	0.32	4.05	0.57	2.02	2.02	14.77	.000*
ด้านการรู้จักตนเองและพัฒนาตนเอง	2.30	0.51	4.26	0.51	1.96	1.96	10.63	.000*
ด้านการแสวงหาแหล่งสนับสนุน	2.13	0.43	3.82	0.55	1.69	1.69	10.12	.000*
รวมทุกด้าน	2.35	0.17	4.03	0.43	1.67	0.53	14.13	.000*

* $p > .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		T	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	2.35	0.17	2.49	0.42	1.36	.181
หลังทดลอง	4.03	0.43	3.02	0.37	7.92	.000*

* $p > .05$

การอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีเนื้อหาของโปรแกรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองปานกลางและต่ำ โดยเนื้อหาของโปรแกรมทั้ง 6 กิจกรรม มีการพัฒนาและปรับปรุงจนได้ค่าความสอดคล้องเป็นค่าที่ยอมรับได้ โดยค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 แสดงให้เห็นถึงหัวข้อกิจกรรมและเนื้อหาสาระกิจกรรมที่พัฒนามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละหัวข้อ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) อีกทั้งมีการปรับปรุงโปรแกรมจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเสนอว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตและใช้สารเสพติดจึงต้องมีการบำบัดทั้งอาการทางจิตและการคิดสารเสพติด ผู้วิจัยจึงได้ปรับเปลี่ยนเนื้อหาการให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยาและอาการทางจิต ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการ/หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นความอยากยาเสพติด ทักษะการปฏิเสธ

และการผ่อนคลายความเครียดในกิจกรรมที่ 3 และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้รูปแบบกิจกรรมต้องเข้าใจได้ง่าย อาจมีการให้การบ้านและมีการติดตามผลก่อนเริ่มกิจกรรมใหม่ ผู้วิจัยจึงปรับใบงานในกิจกรรมที่ 1 จากให้ผู้ป่วยเขียนอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผ่านมา เป็นการใส่เครื่องหมายถูกในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของตนเองของผู้ป่วย และออกแบบใบงานให้เข้าใจง่าย สีสันน่าสนใจ และปรับรูปแบบของกิจกรรมที่ 2 โดยการให้ใบงานเขียนไปให้ถึงเป้าหมายในอนาคต และใบงานตัวกระตุ้นและวิธีการหลีกเลี่ยงไปทำเป็นการบ้าน มีการประเมินติดตามเกี่ยวกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมาก่อนเริ่มกิจกรรมใหม่ในทุกสัปดาห์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง จึงทำให้นโยบายโปรแกรมฯ มีความครอบคลุม ตรงประเด็นตามบริบทของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมากขึ้น จึงส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานได้

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.13, p < .001$) อภิปรายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรม การดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดได้ เนื่องจากเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนถึงผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติดที่มีทั้งต่อตนเอง ครอบครัว รวมถึงสังคม ได้รับความรู้เรื่องโรคสมองผิดปกติ และให้ค้นหาตัวกระตุ้นและจัดการกับตัวกระตุ้นได้ ผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการผ่อนคลายความเครียด การสื่อสารทางบวกและการให้กำลังใจภายในครอบครัว และการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้มาปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไป นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของกษพร เพือก่องและคณะ (2561) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนมีการควบคุมตนเองได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และงานวิจัยของพรทิพย์ คงสตัย และคณะ (2556) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคจิตสุราในระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษทำให้การจัดการพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

ความใกล้เคียงกันของปัจจัยด้านอายุ ระดับความรุนแรงของโรค และระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยร่วมไม่แตกต่างกัน รวมถึงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($F = 1.75, p = .181$) แสดงให้เห็นว่าการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ไม่มีอคติของปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (Polit & beck, 2004)

นอกจากนี้ผลการวิจัยที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.92, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองได้มากขึ้น เนื่องจาก การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพ เกิดการเรียนรู้และตระหนักในปัญหา ข้อบกพร่องของตนเอง ตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา และการแสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร รัฐมั่น และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ (2560) ที่พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้น เน้นให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติได้

อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้

ทั้งนี้ข้อมูลจากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามโปรแกรม กระตือรือร้นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละกิจกรรม มีความตั้งใจในการฝึกทักษะการปฏิเสธ การผ่อนคลายความเครียดผ่านกิจกรรมหัวเราะบำบัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตรงกับปัญหาของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมชื่อนั้นสำคัญไฉน ที่ช่วยเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมสายใยรักครอบครัวที่ตอบสนองประเด็นปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนเสริมจากคนในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (Friedman, 2003) ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า “...จิตใจที่เค้ายกกว่ารักและห่วงเรา ก่อนหน้านี้เค้าไม่เคยบอก เราคิดแต่ว่าเค้าจับผิดเราตลอด...กลับไปครั้งนี้จะทำตัวใหม่สัญญา” “สงสารที่เค้าต้องเป็นแบบนี้ จะดูแลให้กำลังใจตลอดไป” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้และตระหนักในปัญหาข้อบกพร่องของตนเอง และส่งผลให้มีความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลนำโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด บูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี โดยสังเกตผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจพบหลังจากการใช้โปรแกรมในระยะยาว และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ขยายผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และติดตามผลการใช้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กชพร ผีอกผ่อง, นุชนาด บรรทมพร, และ ชมชื่น สมประเสริฐ. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 118-128.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). สถิติการเข้าถึงบริการ โรคสำคัญด้านจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2563, จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/map/>.
- gunnati พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 86-90.

- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2563). รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. สงขลา: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์.
- ชาติรี ชัยนาทิน, ชาติรี ประชาพิพัฒน์, และ อารี พุ่มประไพไทย์. (2559). การเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 248-262.
- นาลอนงค์ บำรุงชน, พนิดา รัตนไพโรจน์, และ จารุวรรณ ประดา. (2557). การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(2), 125-140.
- นิพิฐพนธ์ สนิทเหลื่อ, วัชรพร สาครเพชร, และ ญาณดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- นิภาพร รัฐมน, และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(3), 99-112.
- นิภาวัลย์ บุญทับถม. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการชีวิตต่อความรู้ เจตคติและทักษะการป้องกันการติดเชื้อของผู้ใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากสถาบัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศิริสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2558). *โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส จำกัด.
- ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และ ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 15(2), 216-224.
- พรทิพย์ คงลัดชัย, ศิริภรณ์ ชัยศรี, และ สวัสดิ์ เทียงธรรม. (2556). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะพิษสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 45-61.
- โรงพยาบาลชัยภูมิรักษ์อุตรธานี. (2559). *รายงานสรุปยอดการบำบัดรักษาโรงพยาบาลชัยภูมิรักษ์อุตรธานี ประจำปี 2559*. อุตรธานี: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลชัยภูมิรักษ์อุตรธานี.
- วิรพล ชูสันเทียะ, และ สมเดช พินิจสุนทร. (2560). ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิรักษ์อุตรธานี: กรณีศึกษา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 523-533.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สังวาล พิธิพร. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุตรธานี 2 อำเภอเมืองอุตรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุตรธานี*, 28(1), 30-42.
- สาธิตี ภู่อึ้งเรืองผล. (2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม 2564, จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/190816156591830384.pdf.
- อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์, และ ประภา ยุทธไทร. (2556). ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดสารของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4), 371-384.
- เอกภพ จันทรสุคนธ์, และ อนงค์นาฏ กองประชา. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. *PSRU Journal of Science and Technology*, 2(1), 24-34.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Finfeld, D. L. (2004). Empowerment of Individuals with enduring mental health problems result from concept analyses and qualitative investigations. *Advances in Nursing Science*, 27(1), 44-52.
- Friedman, M. (2003). *Family Nursing: Theory and Practice*. (4th ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance Nursing*, 21, 1201-1210.

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. (2008). *Reviewers' s manual*. Retrieved January 25, 2020, from <http://www.joannabriggs.edu.au>.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *World Drug Report 2017: 29.5 million people globally suffer from drug use disorders, opioids the most harmful*. Retrieved January 19, 2020, from <http://https://www.unodc.org>.

SELF-ESTEEM, ATTITUDE TOWARDS CYBERBULLYING, AND CYBERBULLYING AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS*

*Chaowalit Srisoem, B.N.S.***, *Tusana Thaweekoon, Ph.D., RN.****, *Patcharin Nintachan, Ph.D., RN.*****

Abstract

Objective: To compare self - esteem and attitude toward cyberbullying among cyber victim, cyberbully, cyberbully-victim and non-involved groups in high school students.

Methods: The sample was 777 high school students from one province in the Northeast of Thailand. Data were collected using self - administered questionnaires, including a demographic questionnaire, Cyberbullying scale, Attitude toward cyberbullying scale, and Rosenberg's self-esteem scale. Data were analyzed using descriptive statistics and one-way analysis of variance.

Results: The results showed that about 14.9% had been cyberbullied (cyber victim); 13.3% had cyberbullied others (cyberbully); 46.5% had both cyberbullied others and been cyberbullied (cyberbully-victim); 25.3% had not been involved in cyberbullying. There were significant differences in mean scores of self - esteem and attitude toward cyberbullying among 4 groups of cyberbullying behaviors. Cyberbully-victim group had significantly lower self-esteem than cyberbully group ($p = .000$) and non-involved group ($p = .014$). Moreover, the cyberbully-victim group had a significantly higher positive attitude toward cyberbullying than cyberbully group ($p = .003$) and cyber victim group ($p = .033$).

Conclusion: Results from this study could be applied for developing programs to promote self-esteem and adjust attitude toward cyberbullying that is appropriate to the different experiences by cyberbullying groups.

Keywords: cyberbullying, high school students, self-esteem, attitude toward cyberbullying

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding author: Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: tusana.tha@mahidol.edu

****Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received: 12 February 2020, Revised: 21 April 2021, Accepted: 29 April 2021

การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะคิดต่อพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล และพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย*

เชาวลิต ศรีเสริม, พย.บ. **, ทศนา ทวีคุณ, Ph.D., RN. ***, พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D., RN. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง และทักษะคิดต่อพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มผู้ถูกรังแก ผู้รังแกผู้อื่น ผู้ที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก และผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย จำนวน 777 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามทักษะคิดต่อพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการศึกษา : พบว่านักเรียน ร้อยละ 14.9 เคยถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ร้อยละ 13.30 เคยรังแกผู้อื่น ร้อยละ 46.50 เคยเป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก และร้อยละ 25.30 ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล ค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และทักษะคิดต่อพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีค่าเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่ากลุ่มผู้รังแกผู้อื่น ($p = .000$) และกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล ($p = .014$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีค่าเฉลี่ยของทักษะคิดทางบวกต่อพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียลสูงกว่ากลุ่มผู้รังแกผู้อื่น ($p = .003$) และกลุ่มผู้ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ($p = .033$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและปรับเปลี่ยนทักษะคิดต่อพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียลที่เหมาะสมกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะคิดต่อพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: tusana.tha@mahidol.edu

****รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 12 กุมภาพันธ์ 2563, วันที่แก้ไข: 21 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการพัฒนาทางเทคโนโลยีการสื่อสารมีมากขึ้น ประชาชนเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้ง่าย จึงเป็นช่องทางให้เกิดพฤติกรรมความรุนแรงรูปแบบใหม่เรียกว่า พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้รังแกข่มขู่ คุกคาม ผู้ถูกรังแกผ่านทางเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ได้ (วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, สุจินดา ช่องจีน และสาลิณี จันทรเจริญ, 2552; Hinduja & Patchin, 2010; Tokunaka, 2010) พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ส่วนมากพบในกลุ่มวัยรุ่น โดยในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 20.00 (Hinduja & Patchin, 2008) ในประเทศจีนพบร้อยละ 37.00 (Zhou et al., 2013) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 33.60 เคยรังแกผู้อื่นทางโลกไซเบอร์ และร้อยละ 43.10 เคยถูกรังแกทางโลกไซเบอร์ (วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ และคณะ, 2552) ขณะที่การศึกษาในนักเรียนหญิง พบว่าร้อยละ 45.40 เคยถูกข่มขู่ คุกคามผ่านโลกไซเบอร์ ร้อยละ 16.30 เคยถูกเผยแพร่ข้อมูลให้ร้าย และร้อยละ 5.30 เคยถูกคุกคามทางเพศผ่านโลกไซเบอร์ (พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2556)

พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์สามารถจำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม ตามประสบการณ์การรังแก ได้แก่ กลุ่มผู้ถูกรังแก ผู้รังแกผู้อื่น ผู้ที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก และผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรังแกกันผ่านทางโลกไซเบอร์ (Bauman, Toomey, & Walker, 2013; Hinduja & Patchin, 2010) พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์

ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนี้ได้หลากหลาย โดยพบว่าผู้ถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Bauman, Toomey & Walker, 2013) มีความคิดทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Bauman et al., 2013; Litwiller & Brausch, 2013) ในกลุ่มผู้รังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์พบว่า มีการเรียนรู้ในโรงเรียนลดลง (Kowalski & Limber, 2012) มีการใช้สารเสพติด (Schenk & Fremouw, 2012) รวมทั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าวในลักษณะอื่น ๆ (Goebert et al., 2011) สำหรับในกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ พบว่ามีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Hinduja & Patchin, 2010) และมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การใช้สารเสพติดร่วมด้วย (Kowalski, Morgan, & Limber, 2010)

จากการทบทวนงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ในวัยรุ่น อาจจัดกลุ่มเป็นปัจจัยด้านบุคคล ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ซึ่งปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ (Hinduja & Patchin, 2008) อายุ (Kowalski et al., 2010) ประสบการณ์พฤติกรรมรังแกกันแบบเผชิญหน้า (Zhou et al., 2013) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Chang et al., 2013; Sticca et al., 2013) ทักษะคิดต่อ พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ (Barlett & Gentile, 2012; Elledge et al., 2013) ระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ต (Zhou et al., 2013) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพครอบครัว (Hemphill et al., 2012) การเลี้ยงดูแบบปกป้อง (Flonos et al., 2013) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ได้แก่ อิทธิพลของเพื่อน (Patchin & Hinduja, 2012) การช่วยเหลือจากครู เจ้าหน้าที่ และกฎระเบียบของโรงเรียน

(Zhou et al., 2013) เป็นต้น ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในวัยรุ่นในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล อันเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผนดูแลและป้องกันปัญหาพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในวัยรุ่นต่อไป

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในวัยรุ่นที่ผ่านมาพบว่า ในแต่ละกลุ่มที่มีประสบการณ์การรังแกต่างกันจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน (Bauman et al., 2013; Chang et al., 2013; Patchin & Hinduja, 2010) กลุ่มผู้ถูกรังแกมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล และกลุ่มผู้รังแกผู้อื่นมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้ถูกรังแก (Bauman et al., 2013; Patchin & Hinduja, 2010) กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่ากลุ่มผู้ถูกรังแก และกลุ่มผู้รังแกผู้อื่น (Kowalski & Limber, 2012; Patchin & Hinduja, 2010; Zhou et al., 2013) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลพบว่า กลุ่มผู้รังแกผู้อื่นมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลสูงกว่ากลุ่มผู้ถูกรังแก (Kodama, Harriger, Krumrei, & Miller-Perrin, 2015; Heirman & Walrave, 2011) และกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ (Elledge et al., 2013; Heirman & Walrave, 2011) สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าใน

ตนเองและพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในวัยรุ่นในแต่ละกลุ่มที่มีประสบการณ์การรังแกผ่านโลกโซเชียล

จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นจังหวัดขนาดใหญ่และมีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของภาค จากสถิติของจังหวัดที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ของตนเอง ร้อยละ 87.00 และมีการใช้อินเตอร์เน็ตเป็นประจำ ร้อยละ 38.00 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) แต่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในวัยรุ่น ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักเรียน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในวัยรุ่นกลุ่มผู้ถูกรังแก ผู้รังแกผู้อื่น ผู้ที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก และผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล

สมมติฐานการวิจัย

1. การเห็นคุณค่าในตนเองในวัยรุ่นกลุ่มผู้ถูกรังแก ผู้รังแกผู้อื่น ผู้ที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก และผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลแตกต่างกัน

2. ทักษะคิดต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในวัยรุ่นกลุ่มผู้ถูกรังแก ผู้รังแกผู้อื่น ผู้ที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก และผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองว่ามีความสามารถ ความสำคัญ หรือมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น (Rosenberg, 1965) เมื่อถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลวัยรุ่นจะรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองและค้อยกว่าผู้รังแกส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Chang et al., 2013; Fredstrom, Adams, & Gilman, 2011; Nixon, 2014) ในขณะที่กลุ่มผู้รังแกจะมองว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุม และกลั่นแกล้งผู้อื่นได้ รู้สึกได้รับชัยชนะ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้ถูกรังแก ส่วนในกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ (Kowalski & Limber, 2012; Patchin & Hinduja, 2010) อาจเกิดจากการพยายามโต้ตอบกลับนำไปสู่ความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ มองตนเองแง่ลบ สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกผิด และนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Brack & Caltabiano, 2014;

Nixon, 2014) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้ถูกรังแก กลุ่มผู้รังแกผู้อื่น และกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล มีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน (Bauman, Toomey, & Walker, 2013; Chang et al., 2013; Patchin & Hinduja, 2010) ในขณะที่บางการศึกษาไม่พบความแตกต่างในแต่ละกลุ่ม (Brack & Caltabiano, 2014; Sticca et al., 2013)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล เป็นการประเมินค่าของพฤติกรรมว่า พฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ชอบหรือไม่ชอบ โดยหากประเมินได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ชอบ จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Ajzen, 1991) วัยรุ่นที่มีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล คือการที่วัยรุ่นประเมินค่าของพฤติกรรมว่าเป็นพฤติกรรมที่สามารถทำได้ เป็นเรื่องปกติ ไม่ได้ทำร้ายใคร เป็นวิธีการระบายความรู้สึกอย่างหนึ่ง และเป็นเรื่องสนุกสนาน การที่วัยรุ่นมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมผ่านโลกโซเชียลมากขึ้น (วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ และคณะ, 2552) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้รังแกผู้อื่นมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลสูงกว่ากลุ่มผู้ถูกรังแก (Kodama et al., 2015; Heirman & Walrave, 2011) โดยกลุ่มผู้รังแกผู้อื่นมักจะมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมการรังแกสูง ในขณะที่กลุ่มผู้ถูกรังแกจะมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมการรังแกต่ำ (Barlett & Gentile, 2012; Suriyabandara, 2017)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มที่มีประสบการณ์พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลที่แตกต่างกัน น่าจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองและทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 จากโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 777 ราย โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และได้รับความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากทั้งตัวนักเรียนและผู้ปกครองของนักเรียน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลัก power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดขนาดอิทธิพล small effect size ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) = .80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power Version 3.1.9 (Buchner, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 700 ราย เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10.00 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 770 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในการสุ่มเลือกโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 2 โรงเรียนจากทั้งหมด 8 โรงเรียน จากนั้นทำการสุ่ม

ห้องเรียน และเก็บข้อมูลจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าตามความสนใจ ได้แบบสอบถามที่นักเรียนตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 777 ฉบับ ซึ่งเพียงพอตามการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างข้างต้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียน มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ปกครองในการให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ ระดับชั้น เกรดเฉลี่ยสะสม ความสัมพันธ์ของครอบครัว และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล พัฒนาโดย วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ และคณะ (2552) มีจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อความที่เกี่ยวกับประสบการณ์การถูกรังแก จำนวน 7 ข้อ

และการเป็นผู้รังแกผู้อื่น จำนวน 7 ข้อ ถามในระยะเวลาช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา ตัวเลือกในแต่ละข้อแบ่งตามความถี่ออกเป็น 5 ระดับ คือ ในช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเกิดขึ้นเลย เกิดขึ้น 1 - 2 ครั้ง เท่านั้น เกิดขึ้นเดือนละ 2 - 3 ครั้ง เกิดขึ้นสัปดาห์ละครั้ง และเกิดขึ้นสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง การแปลผลในการศึกษาครั้งนี้ ในแต่ละข้อคำถาม ความถี่ 5 ระดับจะถูกปรับเป็น 2 ระดับ คือ ความถี่ที่เกิดขึ้นเดือนละ 2 - 3 ครั้งขึ้นไป ถือว่าเกิดพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล และความถี่ที่ไม่เคยเกิดขึ้น เคยเกิดขึ้น 1 - 2 ครั้ง ถือว่าไม่เคยเกิดพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ผลรวมของข้อคำถามนำมาจัดกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล 2) กลุ่มผู้รังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล 3) กลุ่มที่เป็นทั้งผู้ถูกรังแกและรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียล และ 4) กลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล แบบประเมินพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลมีการสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ และคณะ, 2552) หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 777 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ส่วนที่เป็นผู้ถูกรังแก เท่ากับ .84 และส่วนที่เป็นผู้รังแกผู้อื่นเท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อพฤติกรรม การรังแกกันผ่านโลกโซเชียล พัฒนาโดย วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ และคณะ (2552) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความที่เป็นทัศนคติทางด้านบวก 8 ข้อ และทัศนคติทางลบ 7 ข้อ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ และในข้อคำถามเชิงลบ เท่ากับ 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผล คิดคะแนนรวมโดยคะแนนที่สูงบ่งบอกว่ามีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลที่สูง หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 777 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยพัชร์วิไล ศรีแสง (Srisaeng, 2003) มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความทางบวก 5 ข้อ และข้อความทางลบ 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนในข้อคำถามเชิงบวกเท่ากับ 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ และในข้อคำถามเชิงลบ เท่ากับ 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมสูงบ่งบอกว่ามีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.86 หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 777 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน

เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาต
การทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงเรียน

2. ผู้วิจัยเข้าพบอาจารย์ในโรงเรียนที่
เกี่ยวข้องและพบนักเรียน เพื่อชี้แจงรายละเอียด
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวม
ข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่
ต้องการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มเป็นห้องเรียน
ดำเนินการขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยจาก
ผู้ปกครองและนักเรียน

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถามตามที่ประสานงานไว้ โดยผู้วิจัย
นัดหมายวันและเวลากับทางโรงเรียน เลือกตามที่
ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก อธิบายขั้นตอนให้ผู้เข้าร่วม
วิจัยรับฟังโดยละเอียด จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำ
แบบสอบถาม ใช้เวลา 30 - 45 นาที และให้ส่ง
แบบสอบถามในกล่องที่บิที่เจาะช่องสำหรับใส่
แบบสอบถามที่เตรียมไว้

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ไปตรวจสอบ
ความสมบูรณ์ของข้อมูล ลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทาง
สถิติ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อ
อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่
ศึกษา และใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว
แบบมี 1 ตัวแปร (One-way analysis of variance)
เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการ
เห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรม
รังเกียจผ่านโลกโซเชียลในนักเรียน และใช้วิธี
Least Significant Difference (LSD) เพื่อวิเคราะห์

ความแตกต่างรายคู่ของการเห็นคุณค่าในตนเอง
และทัศนคติต่อพฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล
ซึ่งจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า เป็นไป
ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าว

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่
ที่ 4 - 6 จำนวน 777 คน แยกเป็นเพศชาย 248 คน
เพศหญิง 529 คน อายุเฉลี่ย 16.53 ปี ($SD = .82$) ผล
การเรียนเฉลี่ย 2.96 ($SD = .58$) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่
กับบิดา-มารดา (ร้อยละ 70.90) และบรรยากาศใน
ครอบครัวรักใคร่กลมเกลียว (ร้อยละ 82.60) นักเรียน
ส่วนใหญ่ใช้อินเตอร์เน็ตผ่านสมาร์ตโฟน (ร้อยละ
93.30) และคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (ร้อยละ 59.20)
ส่วนใหญ่จะใช้อินเตอร์เน็ตที่บ้าน (ร้อยละ 84.00) และใน
โรงเรียน (ร้อยละ 61.80) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้อินเตอร์เน็ต
5.48 ชั่วโมง/วัน วัตถุประสงค์ในการเข้าใช้ส่วนใหญ่
คือ เพื่อหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ (ร้อยละ
87.50) เพื่ออัปโหลด/แชร์ รูปภาพ หรือวิดีโอ (ร้อยละ
58.80) และเพื่อพูดคุย สนทนา กิจกรรมบันเทิง
(ร้อยละ 55.00) เว็บไซต์ที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใช้งาน
มากที่สุด คือ google.com (ร้อยละ 94.50) youtube.com
(ร้อยละ 92.30) และ Dek-D.com (ร้อยละ 71.40)
เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้งานมากที่สุด คือ
Facebook (ร้อยละ 97.30) Line (ร้อยละ 87.40) และ
Instagram (ร้อยละ 71.40) โดยพบว่ามียุคกลุ่มตัวอย่าง
ร้อยละ 54.40 ใช้ชื่อ-นามสกุลจริงเป็นชื่อบัญชีโปรไฟล์
ของตัวเองในเครือข่ายสังคมออนไลน์

พฤติกรรมรังเกียจผ่านโลกโซเชียล

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.30 ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ในขณะที่ร้อยละ 74.70 มีประสบการณ์เกี่ยวกับ

พฤติกรรมนี้ โดยจัดเป็นกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกมากที่สุด (ร้อยละ 46.50) รองลงมาคือ กลุ่มผู้ถูกรังแก (ร้อยละ 14.90) และกลุ่มผู้รังแกผู้อื่น (ร้อยละ 13.30) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ของการมีพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล (n = 777)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม	197	25.3
กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก	361	46.5
กลุ่มผู้ถูกรังแก	116	14.9
กลุ่มผู้รังแกผู้อื่น	103	13.3

รูปแบบของพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล

ผลการวิเคราะห์รูปแบบการรังแกกันผ่านโลกโซเชียล พบว่ารูปแบบที่นักเรียนถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลที่พบมากที่สุด คือ โดนนิทาหรือถูกคำทอผ่านมือถือ ห้องสนทนา หรือเว็บไซต์ (ร้อยละ 43.63) รองลงมาเป็นการโดนส่งข้อความก่อกวนผ่านมือถือ อีเมล หรือเว็บไซต์ซ้ำ ๆ (ร้อยละ 39.90) สำหรับรูปแบบการรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมากที่สุดคือ การนิทาหรือคำทอโดยผู้อื่นผ่านมือถือ ห้องสนทนา หรือเว็บไซต์ (ร้อยละ 49.81) รองลงมาเป็นการส่งข้อความก่อกวนโดยผู้อื่นผ่านมือถือ อีเมล หรือเว็บไซต์ซ้ำ ๆ (ร้อยละ 23.81) และการลบหรือบล็อกผู้อื่นออกจากกลุ่ม สร้างกระแสข่าวลือ (ร้อยละ 19.31) (ตารางที่ 2)

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มผู้รังแกผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงสุด (mean = 28.75, SD = 4.09) ในขณะที่กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำสุด (mean = 27.23, SD = 3.59) และพบว่ากลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลสูงสุด (mean = 36.45, SD = 9.50) ในขณะที่กลุ่มผู้รังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลต่ำสุด (mean = 33.25, SD = 9.22) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของความถี่การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลในช่วง 2 เดือน ที่ผ่านมา จำแนกตามรูปแบบของพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล (n = 777)

รูปแบบพฤติกรรม	ลักษณะของพฤติกรรม	
	รังแกผู้อื่น จำนวน (ร้อยละ)	ถูกรังแก จำนวน (ร้อยละ)
1. การนิทาหรือคำทอผ่านมือถือ ห้องสนทนา หรือเว็บไซต์	387 (49.81)	339 (43.63)
2. การส่งข้อความก่อกวนผ่านมือถือ อีเมลล์ หรือเว็บไซต์ซ้ำ ๆ	185 (23.81)	310 (39.90)
3. การนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องไปเผยแพร่ทางมือถือ หรืออินเทอร์เน็ต	106 (13.65)	117 (15.06)
4. การนำข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลที่เป็นความลับไปเปิดเผย/ส่งต่อทางมือถือ หรืออินเทอร์เน็ต	119 (15.32)	123 (15.83)
5. การแอบอ้างชื่อไปให้ร้าย คำทอหรือกระทำการดั่งข้ออื่น ๆ ทาง มือถือ หรือทางอินเทอร์เน็ต	105 (13.52)	83 (10.69)
6. การล้อเลียน ข่มขู่ หรือคุกคามผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	117 (15.06)	123 (15.83)
7. การลบหรือบดลอกออกจากกลุ่ม สร้างกระแสข่าวลือ	150 (19.31)	123 (15.83)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล จำแนกเป็นรายกลุ่ม (n = 777)

กลุ่มที่มีพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล	การเห็นคุณค่าในตนเอง		ทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล	
	mean	SD	mean	SD
กลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้อง	28.05	3.74	34.93	9.93
กลุ่มผู้ถูกรังแก	27.96	4.08	34.27	9.20
กลุ่มผู้รังแกผู้อื่น	28.75	4.09	33.25	9.22
กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก	27.23	3.59	36.45	9.50

พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มด้วยสถิติการวิเคราะห์

ความแปรปรวนแบบทางเดียวพบว่า ค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนทั้ง 4 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(3, 773)} = 5.229, p = .002$) (ตารางที่ 4)

เมื่อทำการเปรียบเทียบพหุคูณด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่าแตกต่างกัน 2 คู่ โดยคู่ที่ 1 กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล มีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่ากลุ่มผู้รังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และคู่ที่ 2 กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล มีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมผ่านโลกโซเชียลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$)

พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลกับทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน

แบบทางเดียวพบว่า ค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนทั้ง 4 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(3, 773)} = 3.880, p = .008$) (ตารางที่ 5)

เมื่อทำการเปรียบเทียบพหุคูณด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่าแตกต่างกัน 2 คู่ ประกอบด้วย 1) กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลสูงกว่ากลุ่มที่รังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) และ 2) กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลสูงกว่ากลุ่มผู้ถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .033$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) ($n = 777$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (between group)	222.928	3	74.309	5.229	.002
ภายในกลุ่ม (within group)	109858.631	773	14.212		
รวม	11208.559	776			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) ($n = 777$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (between group)	1058.328	3	352.776	3.880	.008
ภายในกลุ่ม (within group)	70278.153	773	90.916		
รวม	71336.481	776			

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเห็นคุณค่าในตนเอง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มผู้ถูกรังแก ผู้รังแกผู้อื่น ผู้ที่เป็นทั้งผู้รังแกกับถูกรังแก และผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลพบว่า กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีค่าเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่ากลุ่มผู้รังแกผู้อื่น ($p = .000$) และกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล ($p = .014$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาทั้ง 4 กลุ่มจะพบว่า กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกกับถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกกับถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีแนวโน้มที่จะเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Kowalski & Limber, 2012; Patchin & Hinduja, 2010) ประกอบกับในช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีอารมณ์อ่อนไหวเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ไม่มั่นคง มีความสามารถในการควบคุมการแสดงออกด้านอารมณ์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร (สุริยเดว ทรีปาตี และวิมลทิพย์ มุกสิกพันธ์, 2556) เมื่อบุคคลมีการประเมินตนเองและไม่สามารถกระทำพฤติกรรมได้ตามตั้งใจ ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ หรือเทียบเคียงกับผู้อื่นแล้วพบว่าไม่มีศักยภาพเท่าเทียมผู้อื่น จะรู้สึกที่มีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (Rosenberg, 1965) วัยรุ่นเมื่อถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลโดยถูกคำทอเยาะเย้ย นินทาว่าร้าย หรือทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง จะส่งผลกระทบต่อความเป็นตัวตนของวัยรุ่น เกิดความอับอาย สูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ

นำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองลดลงได้ (Chang et al., 2013; Kowalski & Limber, 2012) นอกจากการที่ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลแล้ว วัยรุ่นกลุ่มนี้ยังมีการรังแกผู้อื่นด้วยวิธีต่าง ๆ ผ่านโลกโซเชียลร่วมด้วย ซึ่งเป็นการกระทำเพื่อเอาคืน หรือเพื่อโต้ตอบกลับผู้ที่รังแกตน (วัฒนาวดี ศรีวัฒนพงศ์ และพิมพ์ภา ชานินพงศ์, 2558; Didden et al., 2009; Kowalski & Limber, 2012) แต่เมื่อทำไม่สำเร็จและถูกอีกฝ่ายรังแกกลับ จะทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจ มองตนเองในแง่ลบ สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Rosenberg, 1965)

ในการศึกษารังนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ถูกรังแก ผู้รังแกผู้อื่น และผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันมีการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มผู้ถูกรังแกมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้รังแกผู้อื่น และกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล (Didden et al., 2009; Chang et al., 2013; Fredstrom et al., 2011; Nixon, 2014) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาบริบททางสังคมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา สัมพันธภาพในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกันดี และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งการมีคุณค่าในตนเองนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองของนักเรียนว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ และมีความสามารถทัดเทียมกับคนอื่น ๆ การได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ดี และการมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี สิ่งเหล่านี้จึงอาจเป็นตัวส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเองที่ดี (Didden et al, 2009; Zhou et al., 2013) ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวมา

การเปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลของกลุ่มผู้ถูกรังแก ผู้รังแกผู้อื่น ผู้ที่เป็นทั้งผู้รังแกกับถูกรังแก และกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลพบว่า กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลสูงกว่ากลุ่มผู้รังแกผู้อื่น ($p = .003$) และกลุ่มผู้ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ($p = .033$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกกับถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล มีทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในทางบวกสูงกว่ากลุ่มผู้ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล (Aricak et al., 2007) โดยกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลสูงที่สุด ซึ่งทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล คือการที่วัยรุ่นมีมุมมองต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลว่าเป็นเรื่องที่ดี เช่น มองว่าทุกคนมีอิสระที่จะทำได้ เป็นการระบายความรู้สึกอย่างหนึ่ง เป็นการกระทำเพื่อความสนุกสนาน เป็นการกระทำที่ได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าคนที่กระทำจะมีอำนาจเหนือผู้อื่น เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกส่วนใหญ่เคยถูกรังแกมาก่อน อาจมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ใช่ความผิดร้ายแรง

และสามารถทำได้เช่นกัน จึงแสดงพฤติกรรมโต้ตอบกลับโดยการรังแกผู้อื่น (วัฒนาวิ ศรีวัฒนพงศ์ และพิมพ์ภา ธานินพงศ์, 2558) ประกอบกับช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีวุฒิภาวะทางจิตใจไม่มั่นคง การคิดและตัดสินใจยังไม่ดีเท่าที่ควร ไม่ได้ตระหนักว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นความผิดหรือไม่ถูกต้อง ส่งผลให้วัยรุ่นมีการแสดงพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดในกลุ่มที่มีประสบการณ์รังแกกันผ่านโลกโซเชียล (Brack & Caltabiano, 2014; Kowalski & Limber, 2012) ซึ่งในการศึกษารั้งนี้พบกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก ร้อยละ 46.5

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มผู้รังแกผู้อื่น ผู้ที่ถูกรังแก และผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล มีทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มผู้รังแกผู้อื่นมักมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลมากกว่ากลุ่มอื่น และกลุ่มผู้ถูกรังแกจะมีทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในทางลบ (Barlett & Gentile, 2012; Elledge et al., 2013; Kodama et al., 2015; Walrave & Heirman, 2011) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ทัศนคติของเยาวชนไทยส่วนหนึ่งยังมองว่าพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลไม่ใช่เรื่องที่ร้ายแรง เป็นเรื่องที่ไม่ใช่ความผิด และยังเป็นเรื่องสนุกสนาน (วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ และคณะ, 2552) ทำให้ทัศนคติต่อโลกโซเชียลของทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการส่งเสริมให้นักเรียนมีทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลในทางที่ถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลด

และป้องกันพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ในนักเรียนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่านักเรียนแต่ละกลุ่มที่มีประสบการณ์การรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ที่แตกต่างกันมีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรให้การดูแลช่วยเหลือนักเรียนในแต่ละกลุ่มโดยคำนึงถึงความแตกต่างของการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนให้สอดคล้องตามแต่ละกลุ่ม

2. จากการศึกษาพบว่านักเรียนแต่ละกลุ่มมีทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์แตกต่างกัน ซึ่งการมีทัศนคติทางบวกจะส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมมากขึ้น พยาบาลควรมีการช่วยเหลือโดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม

3. ควรมีการขยายการศึกษาพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ในกลุ่มอื่น ๆ ทุกภาคของประเทศ เช่น นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อุดมศึกษา และกลุ่มวัยทำงาน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายทุกคนที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- พิมพ์วิทย์ บุญมงคล, ดิโหมะ โอหะเน็น, ณัฐรัชต์ สามมาะ, รณภูมิ สามัคคีธรรม, ราชาวดี เอี่ยมศิลป์, ฐาวิดี สามมาะ, และคณะ. (2556). ความรุนแรงในพื้นที่ไซเบอร์ของเยาวชนหญิงไทย: ความต่อเนื่องของวัฒนธรรมความรุนแรงในสังคมไทย. *วารสารสหศาสตร์*, 13(1), 215-247.
- วัฒนาวิดี ศรีวัฒนพงศ์ และ พิมพ์ภา ชานินพงศ์. (2558). สื่ออิเล็กทรอนิกส์และอินเทอร์เน็ตที่มีผลต่อพฤติกรรมการรังแกกันของนักเรียนในโรงเรียน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการสื่อสารและการจัดการนิค้ำ*, 1(2), 128-144.
- วิมลทิพย์ มุกสิกพันธ์, สุจินดา ย่อจีน และ สาลินี จันทร์เจริญ. (2552). โครงการสำรวจประจําชาติ พฤติกรรมการข่มเหงรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียน เขตกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2557, จาก <http://www.wport.org/survey/detail/9>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). การสำรวจการมีกรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2561, จาก <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries22.html>
- สุริยเดว ทรีปาตี และ วิมลทิพย์ มุกสิกพันธ์. (2556). *คุณภาพชีวิตเด็ก*. นครปฐม: สถาบันเด็กแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัวมหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour & Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Arıcak, T., Siyahhan, S., Uzunhazanoglu, A., Saribeyoglu, S., Ciplak, S., Yilmaz, N., & Memmedov, C. (2007). Cyberbullying among Turkish Adolescents. *Cyberpsychology & Behavior*, 11(3), 253-261.
- Barlett, C. P., & Gentile, D. A., (2012). Attacking others online: The formation of cyberbullying in late adolescence. *Psychology of Popular Media Culture*, 1(2), 123-135.
- Bauman, S., Toomey, R. B., & Walker, J. L. (2013). Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of Adolescence*, 36(2), 341-350.

- Brack, K., & Caltabiano, N. (2014). Cyberbullying and self-esteem in Australian adults. *Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 8(2), 172-181.
- Buchner, A. (2010). *G*Power: Users Guide - Analysis by design*. Web Page of Heinrich-Heine Universität - Institut für experimentelle Psychologie. Retrieved June 21, 2016, from <http://www.psych.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3>.
- Chang, F., Lee, C., Chiu, C., Hsi, W., Huang, T., & Pan, Y. (2013). Relationships among cyberbullying, school bullying, and mental health in Taiwanese adolescents. *Journal of School Health*, 83(6), 454-462.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diden, R., Scholte, R. H. J., Korzilius, H., De-Moor, J. M. H., Vermeulen, A., & O'Reilly, M., et al. (2009). Cyberbullying among students with intellectual and developmental disability in special education settings. *Developmental Neurorehabilitation*, 12(3), 146-151.
- Elledge, L. C., Williford, A., Boulton, A. J., DePaolis, K. J., Little, T. D., & Salmivalli, C. (2013). Individual and contextual predictors of cyberbullying: The influence of children's provictim attitudes and teachers' ability to intervene. *Journal of Youth Adolescence*, 42(1), 698-710.
- Flornos, G. D., Siomos, K. E., Fisoun, V., Dafouli, E., & Geroukalis, D. (2013). Adolescent online cyberbullying in Greece: The impact of parental online security practices, bonding, and online impulsiveness. *Journal of School Health*, 83(6), 445-453.
- Fredstrom, B. K., Adams, R. E., & Gilman, R. (2011). Electronic and school-based victimization: Unique contexts for adjustment difficulties during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 405-415.
- Goebert, D., Else, I., Matsu, C., Chung-Do, J., & Chang, J. (2011). The impact of cyberbullying on substance use and mental health in a multiethnic sample. *Maternal & Child Health Journal*, 15(8), 1282-1286.
- Heirman, W., & Walrave, M. (2011). Predicting adolescent perpetration in cyberbullying: An application of the theory of planned behavior. *Psicothema*, 24(4), 614-620.
- Hemphill, S. A., Kotevski, A., Tollit, M., Smith, R., Herrenkohl, T. I., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2012). Longitudinal predictors of cyber and traditional bullying perpetration in Australian secondary school students. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 59-65.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2008). Cyberbullying: An exploratory analysis of factors related to offending and victimization. *Journal of Deviant Behavior*, 29(1), 129-156.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research*, 14(3), 206-221.
- Kodama, K., Harriger, J., Krumrei, M. E., & Miller-Perrin, C. (2015). Positive attitudes as a mediator between moral disengagement and cyberbullying behaviors. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 834-837.
- Kowalski, R. M., & Limber, S. P. (2012). Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S13-20.
- Kowalski, R. M., Morgan, C. A., & Limber, S. P. (2010). Traditional bullying as a potential warning sign of cyberbullying. *School Psychology International*, 33(5), 505-519.
- Litwiller, B. J., & Brausch, A. M. (2013). Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: The role of violent behavior and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 675-684.
- Nixon, C. L. (2014). Current perspectives: The impact of cyberbullying on adolescent health. *Adolescent Health Medicine and Therapeutics*, 5, 143-158.
- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2010). Cyberbullying and self-esteem. *Journal of School Health*, 80(12), 614-621.
- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2012). School-based efforts to prevent cyberbullying. *The Prevention Researcher*, 19(3), 7-9.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Schenk, A. M., & Fremouw, W. J. (2012). Prevalence, psychological impact and coping of cyberbully victims among college students. *Journal of School Violence, 11*(1), 21-37.
- Srisaeng, P. (2003). *Self-esteem, Stressful life events, social support and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand*. The degree of Doctor of Philosophy, Graduate School, Case Western Reserve University.
- Sticca, F., Ruggieri, S., Alsaker, F., & Perren, S. (2013). Longitudinal risk factors for cyberbullying in adolescence. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 23*(1), 52-67.
- Suriyabandara, V. S. (2017). An analysis of the attitude towards cyberbullying and cyber victimization among the university students of Sri Lanka. *World Journal of Social Science, 4*, (2), 18-31.
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior, 26*, 277-287.
- Walrave, M., & Heirman, W. (2011). Cyberbullying: Predicting victimisation and perpetration. *Children & Society, 25*(1), 59-72.
- Zhou, Z., Tang, H., Tian, Y., Wei, H., Zhang, F., & Morrison, C. M. (2013). Cyberbullying and its risk factors among Chinese high school students. *School Psychology International, 34*(6), 630-647.

PREDICTING FACTORS OF RESILIENCE QUOTIENT OF THE FIRST-YEAR NURSING STUDENTS, THE THAI RED CROSS COLLEGE OF NURSING

*Somchit Nakrapanich, M.Ed., RN. *, Ratana Puengsema, M.Sc., RN. ***

Abstract

Objective: This predictive research purposes were to study resilience quotient, correlation of personal factors, stress, emotional quotient, social support with resilience quotient, and predicting factors of resilience quotient of the 1st year nursing students, The Thai Red Cross College of Nursing.

Methods: Participants consisted of 140 1st year nursing students, the academic year 2016, The Thai Red Cross College of Nursing. The research instruments for collecting the data comprised of 5 parts: 1) personal data, 2) stress, 3) emotional quotient, 4) social support, and 5) resilience quotient assessments. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson product-moment correlation coefficient, and multiple regression analysis.

Results: 1) resilience quotient of nursing students was largely at a normal level in each aspect and total aspects. 2) grade point average and perceive healthy were correlated with resilience quotient of nursing students at the significant level of .05; stress, emotional quotient, and social support were correlated with resilience quotient of nursing students at the significant level of .01. 3) perceive healthy, emotional quotient, and social support were 59.40% predictive value of resilience quotient of nursing students at the significant level of .00.

Conclusion: The results of this study found that the GPA perceive healthy, stress, emotional quotient, and social support was cumulative of nursing students had significant relationship with resilience quotient of nursing students. Therefore, the results of this study provide important information that could be used to enhancing the resilience quotient of nursing students.

Keywords: personal factors, stress, emotional quotient, social support, resilience quotient

**Corresponding author: Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, e-mail: somchit_nak@yahoo.com*

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College*

Received: 31 May 2018, Revised: 18 April 2021, Accepted: 29 April 2021

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สมจิตร์ นครพานิช, คม.*, รัตนา พึ่งเสมอ, วท.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิต และปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 140 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความเครียด 3) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ 4) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และ 5) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา : 1) พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติทั้งในแต่ละด้านและรวมทุกด้าน 2) เกรดเฉลี่ยสะสม การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 59.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

สรุป : ผลการศึกษครั้งนี้ พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น ผลการศึกษครั้งนี้ให้ข้อมูลที่สำคัญที่จะใช้ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต

*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, e-mail: somchit_nak@yahoo.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

วันที่รับ: 31 พฤษภาคม 2561, วันที่แก้ไข: 18 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

นักศึกษาที่เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่มียายุอยู่ระหว่าง 17 - 19 ปี (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง, และเทพไทย โชติชัย, 2562) จัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีขั้นพัฒนาการอยู่ในระยะรู้จักตนเองกับไม่รู้จักตนเอง (ego identity vs. Role confusion) ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก อีกทั้งเป็นช่วงสำคัญในการพัฒนาอัตลักษณ์ของตนเอง ค้นหาสิ่งที่ตนเองชอบ รวมทั้งพยายามผสมผสานตัวเองให้เข้ากับสังคม (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี และนิดา ลิ้มสุวรรณ, 2558; Erikson, 1963) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาที่เพิ่งเข้ามาศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นปีแรก จึงต้องปรับตัวเข้ากับการเรียนรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปจากระดับมัธยมศึกษา สิ่งแวดล้อมใหม่ และสังคมใหม่ โดยปัญหาที่พบได้บ่อยในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ได้แก่ การเรียน การทบทวนความรู้และการเตรียมตัวสอบ ความวิตกกังวลเรื่องผลการเรียน การปรับตัวในการอยู่หอพัก ความรู้สึกหวั่นไหวคนในครอบครัว เนื่องจากต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่ในหอพัก และปัญหาการแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมและงานที่ได้รับมอบหมาย (อาระวี ทับทิม และศรีสมร สุริยาศสิน, 2560) ซึ่งถ้าหากนักศึกษาไม่สามารถข้ามผ่านปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ได้ อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียดและภาวะซึมเศร้า (ภูวสิทธิ์ ภูสุวรรณ, เอกตระกูล แข็งแรง, ชนนานันท์ บุตรศรี, พิษญา ดุพงษ์, และกิตติมา ลาภอนันต์บังเกิด, 2563) จนอาจส่งผล

กระทบต่อผลการเรียนได้ (Cheung, Tam, Tsang, Zhang, & Lit, 2020)

การที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จะก้าวผ่านปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ได้นั้นมีหลายปัจจัยที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จะก้าวผ่านปัญหาหรืออุปสรรคไปได้ แต่ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งคือพลังสุขภาพจิต (resilience) ซึ่งพลังสุขภาพจิต (resilience) คือความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตจำนวนมากยังสามารถใช้วิกฤตเป็นโอกาสสามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นผ่านพ้นไป การมีพลังสุขภาพจิตจะเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคที่ต้องเผชิญ (Cleary, Visentin, West, Lopez, & Kornhaber, 2018) และส่งผลให้นักศึกษาสามารถปรับตัวต่อการใช้ชีวิตในการเรียนชั้นปีที่ 1 ได้ (Haktanir et al., 2021)

ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหรือการเพิ่มพลังสุขภาพจิตให้กับนักศึกษากลุ่มนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางหรือกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมการมีพลังสุขภาพจิต อันจะนำไปสู่การช่วยให้ นักศึกษาสามารถประสบความสำเร็จใน

การศึกษาในระดับอุดมศึกษาต่อไป ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ได้แก่ ความผาสุก (Benada & Chowdhry, 2017) แรงสนับสนุนทางสังคม (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภิตา แสงอ่อน, 2558; Jeong, 2020) ความฉลาดทางอารมณ์ (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ, 2558; Park & Byun, 2017) การมีอารมณ์ขัน (Park & Byun, 2017) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) (Son, Kwon, & Park, 2017) ความมีคุณค่าในตนเอง บรรยากาศในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ, 2558) และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี (Yee & Sulaiman, 2017) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554; อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2562; Son, Kwon, & Park, 2017) ในส่วนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ได้แก่ สัมพันธภาพกับเพื่อน ความเครียด ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน (อนัญญา คูอาริยะกุล, วิมล อ่อนแสง, ศศิธร ชิดนาคี, ศุภิสรา สุวรรณชาติ, และณัฏฐธำ สร้อยเพชร, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 นั้นยังมีอยู่น้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิงความสัมพันธ์ซึ่งปัจจัยที่พบในหลายการศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ได้แก่ ความเครียด (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ,

2554; อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2562; Son et al., 2017) แรงสนับสนุนทางสังคม (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ, 2558; Jeong, 2020) และความฉลาดทางอารมณ์ (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ, 2558; Park & Byun, 2017) ดังนั้นในการศึกษารังนี้จึงศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลให้เห็นแนวทางในการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่จะช่วยให้นักศึกษาสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้ และสามารถศึกษาได้จนจบหลักสูตรในเวลาที่กำหนดอย่างมีความสุข มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ และพร้อมที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจาก

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต และปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

พลังสุขภาพจิต (resilience) คือความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตจำนวนมาก ยังสามารถใช้วิกฤตเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิดจิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นผ่านพ้นไป พลังสุขภาพจิตมีองค์ประกอบสำคัญคือ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และความสามารถในการจัดการปัญหา (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของบิดามารดา ภาวะเศรษฐกิจของบิดามารดา ความเพียงพอของการใช้จ่ายของนักศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา) ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะเฉพาะทั้งภายในและภายนอกของนักศึกษา ซึ่งมีส่วนในการช่วยเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา เช่น เกรดเฉลี่ย สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความสัมพันธ์หรือสถานภาพสมรสของบิดามารดา ความเพียงพอของการใช้จ่าย การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา เป็นต้น ปัจจัยที่สัมพันธ์

กับพลังสุขภาพจิตได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ (จันทร์สุตา จันทน์พคุณ และศิริลักษณ์ สุภปิติพร, 2558) คะแนนองค์ประกอบย่อย I have ของความยืดหยุ่นและทนทานของนักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยต่างกันมีความแตกต่างกัน (เพ็ญประภา ปริญญาพล, 2550) สัมพันธภาพกับบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต) (พรทิพย์ วชิรดิถ, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของบิดามารดา ภาวะเศรษฐกิจของบิดามารดา ความเพียงพอของการใช้จ่ายของนักศึกษา และการรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554)

ความเครียด (stress) หมายถึง กลุ่มอาการที่ร่างกายและจิตใจแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามจากทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายทั้งด้านโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ทำให้อารมณ์และจิตใจขาดความสมดุล (Selye, 1956, อ้างถึงในพจนานปิยะปกรณ์ชัย, 2552) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เริ่มเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล ซึ่งลักษณะวิชาที่เรียนมีความเฉพาะ อีกทั้งคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่นอกจากจะต้องมีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพแล้ว พยาบาลยังต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ มีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้จักและเข้าใจตนเอง ซึ่งนำไปสู่การรู้จักและเข้าใจผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความอดทนอดกลั้น ตลอดจนสามารถเผชิญกับความเครียด สามารถปรับตัวและ

จัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม (สุพัตรา พุ่มพวง และ สุนทรี ชะชาตย์, 2549) จากการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับมาก ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ความเครียดกับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน (สุจิตรา กฤติยารณ, 2558) นักศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิต (ความแข็งแกร่งในชีวิต) สูงจะมีความเครียดน้อย (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554)

ความฉลาดทางอารมณ์ (emotional quotient) หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2543) องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 3 ด้าน คือ 1) ดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม 2) เก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และ 3) สุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ด้านเก่งอยู่ในระดับปกติ และด้านสุขอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ (ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2554) ความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (ความแข็งแกร่งในชีวิต) (มะลิวรรณ

วงษ์จันทร์ และคณะ, 2558)

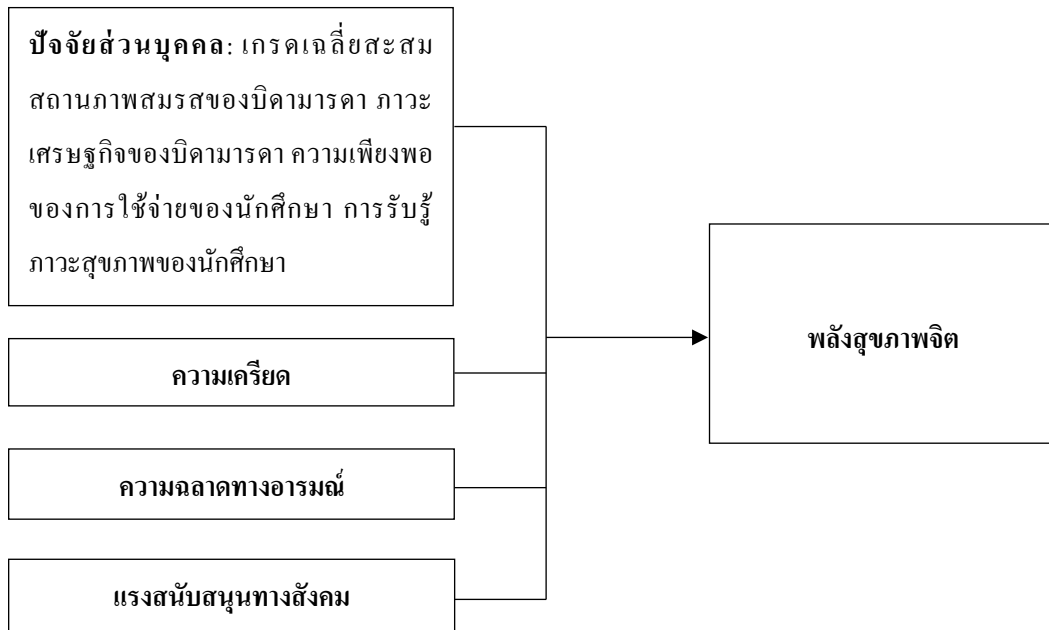
แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง ข้อมูล ข่าวสาร ที่ทำให้บุคคลสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองมีคนรัก มีคนให้ความสนใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ ได้รับการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า (วิณา เทียงธรรม และคณะ, 2555) จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (ความแข็งแกร่งในชีวิต) (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ, 2558) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (จันทร์สุดา จันทร์นพคุณ และศิริลักษณ์ สุกปีดิพร, 2558)

อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของบิดามารดา ภาวะเศรษฐกิจของบิดามารดา ความเพียงพอของการใช้จ่ายของนักศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา) ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์และทำนายพลังสุขภาพจิต ดังภาพที่ 1

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย ประชากรคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 205 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 140 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่ายจากนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 205 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณใช้สูตรของเครชชีและมอแกน (Krejcie & Morgan, 1970)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์

แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ภูมิลำเนาเดิม เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของบิดามารดา ภาวะเศรษฐกิจของบิดามารดา ความเพียงพอของการใช้จ่ายของนักศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา

2. แบบวัดความเครียด เป็นแบบวัดความเครียดสวนปรงของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วณิชดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ดาปัญญา (2540) จำนวน 20 ข้อ แบบวัดความเครียดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ 1 หมายถึงไม่รู้สึกเครียด 2 หมายถึงรู้สึกเครียดเล็กน้อย 3 หมายถึงรู้สึกเครียดปานกลาง 4 หมายถึงรู้สึกเครียดมาก

และ 5 หมายถึงรู้สึกเครียดมากที่สุด การแปลผลใช้คะแนนรวมทั้งหมด แบ่งเป็น 4 ระดับ ความเครียดระดับน้อยคะแนน 0 - 23 ความเครียดระดับปานกลางคะแนน 24 - 41 ความเครียดระดับสูงคะแนน 42 - 61 ความเครียดระดับรุนแรงคะแนน 62 ขึ้นไป

3. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เป็นแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2543) จำนวน 52 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านดี 18 ข้อ ด้านเก่ง 18 ข้อ และด้านสุข 16 ข้อ แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 หมายถึงไม่จริง 2 หมายถึงจริงบางครั้ง 3 หมายถึงค่อนข้างจริง และ 4 หมายถึงจริงมาก การแปลผลตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนดสำหรับกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 - 25 ปี ใช้คะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนรวมแต่ละด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (คะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนรวมแต่ละด้าน < 138, < 48, < 45, < 42 ตามลำดับ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนรวมแต่ละด้าน ในช่วง 138 - 170, 48 - 58, 45 - 59, 42 - 56 ตามลำดับ) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (คะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนรวมแต่ละด้าน > 170, > 58, > 59, > 56 ตามลำดับ)

4. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) แบบประเมินนี้มีจำนวน 20 ข้อ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมจาก 3 แหล่งคือแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 8 ข้อ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในวิทยาลัยพยาบาลฯ 6 ข้อ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลฯ 6 ข้อ แต่ละแหล่งของ

แรงสนับสนุนทางสังคมจะครอบคลุมแรงสนับสนุน 4 ชนิดคือ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินคุณค่า แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ เกี่ยวกับความบ่อยของแรงสนับสนุนทางสังคมที่นักศึกษาได้รับ คือ 1 หมายถึงไม่เคยได้รับเลย 2 หมายถึงได้รับการปฏิบัตินั้นนาน ๆ ครั้ง 3 หมายถึงได้รับการปฏิบัตินั้นบ่อยครั้ง 4 หมายถึงได้รับการปฏิบัตินั้นเกือบทุกครั้ง และ 5 หมายถึงได้รับการปฏิบัตินั้นทุกครั้ง การแปลผลใช้คะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งหมดซึ่งมีค่าระหว่าง 20 - 100 และคะแนนรวมแต่ละแหล่งซึ่งมีค่าระหว่าง 6 - 40 แบ่งเป็น 3 ระดับคือน้อย (คะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนรวมแต่ละแหล่งอยู่ในช่วง 20 - 46, 8 - 18, 6 - 13, 6 - 13 ตามลำดับ) ปานกลาง (คะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนรวมแต่ละแหล่งอยู่ในช่วง 47 - 73, 19 - 29, 14 - 21, 14 - 21 ตามลำดับ) สูง (คะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนรวมแต่ละแหล่งอยู่ในช่วง 74 - 100, 30 - 40, 22 - 30, 22 - 30 ตามลำดับ)

5. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 10 ข้อ (ข้อ 1 - 10) ด้านกำลังใจ 5 ข้อ (ข้อ 11 - 15) ด้านการจัดการปัญหา 5 ข้อ (ข้อ 16 - 20) แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับให้เลือก คือ 1 หมายถึงไม่จริง 2 หมายถึงจริงบางครั้ง 3 หมายถึงค่อนข้างจริง และ 4 หมายถึงจริงมาก การแปลผลใช้คะแนนรวมทั้งหมด และคะแนนรวมแต่ละด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่า

เกณฑ์ปกติ (คะแนนรวมทั้งหมด และคะแนนรวมแต่ละด้าน < 55, < 27, < 14, < 13 ตามลำดับ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนนรวมทั้งหมด และคะแนนรวมแต่ละด้านอยู่ในช่วง 55 - 69, 27 - 34, 14 - 19, 13 - 18 ตามลำดับ) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (คะแนนรวมทั้งหมด และคะแนนรวมแต่ละด้าน > 69, > 34, > 19, > 18 ตามลำดับ) ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 5 ส่วนนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ แบบวัดความเครียด แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต เท่ากับ .892, .913, .926, .932, .863 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย และอนุมัติดำเนินโครงการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยและขออาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ นักศึกษาสามารถถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาระหว่างการดำเนินการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนักศึกษารวมทั้งจะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลของนักศึกษาเป็นรายบุคคล ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ

และเผยแพร่ผลการศึกษาในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนดำเนินการคือ ผู้วิจัยเสนอขอรับรองโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ขออนุมัติดำเนินโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประมาณ 1 ชั่วโมง และส่งกลับคืนหลังจากตอบเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้สถิติบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิต และใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิต ซึ่งจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ multiple regression analysis

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา จำนวน 140 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 - 23 ปี (mean =

19.31, SD = 0.87) นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.43 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.43 ภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลางร้อยละ 41.43 รองลงมา เป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 15.71 เกรตเฉลี่ยสะสม อยู่ระหว่าง 1.98 - 3.94 (mean = 3.03, SD = 0.46) ส่วนใหญ่อยู่ระดับพอใช้ร้อยละ 47.14 รองลงมา ระดับดีร้อยละ 35.00 นักศึกษาส่วนใหญ่มีพี่น้อง 2 คน ร้อยละ 63.57 ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรกร้อยละ 56.43 บิดามารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 ภาวะเศรษฐกิจของบิดามารดาส่วนใหญ่ เพียงพอร้อยละ 57.14 รายรับนอกจากทุนการศึกษา อยู่ระหว่าง 1,000 - 10,000 บาท/เดือน (mean = 4,297.04, SD = 1.62) ส่วนใหญ่ 3,001 - 6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 57.14 รองลงมา 1,000 - 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 31.43 แหล่งของรายรับส่วนใหญ่ได้จาก มารดา ร้อยละ 40.71 รองลงมาได้จากทั้งบิดาและ มารดา ร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่รายรับมีความเพียงพอ ร้อยละ 69.29 มีเหลือเก็บ ร้อยละ 22.14 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 7.14 ส่วนใหญ่เวลามีปัญหาตัดสินใจเอง ร้อยละ 79.29 รองลงมาปรึกษาศิดาและมารดา ร้อยละ 47.86 ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทในชั้นเรียน 5 คน ร้อยละ 23.57 รองลงมา มีเพื่อนสนิท 4 คน ร้อยละ 18.57 เพื่อนสนิทนอกครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นเพื่อนในวิทยาลัยพยาบาลฯ ร้อยละ 78.57 รองลงมาเป็นคนอื่น ๆ นอกวิทยาลัยพยาบาลฯ ร้อยละ 69.29 ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 97.14 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 80.71 นักศึกษาที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็น Allergy ร้อยละ 14.29 รองลงมาเป็น Peptic ulcer ร้อยละ 1.43 ส่วนใหญ่ไม่มียาที่ต้องรับประทานประจำ

ร้อยละ 96.43 ที่ต้องรับประทานยาส่วนใหญ่คือยา แก้แพ้ ร้อยละ 1.43 รองลงมาเป็นยา Folic acid, Thyroxine, Cetirizine ในแต่ละตัวร้อยละ 0.71

2. ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิตของ นักศึกษาพยาบาล

การวัดความเครียดของนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดสูง ร้อยละ 57.86 รองลงมา มีความเครียดรุนแรง ร้อยละ 22.14 การ ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีความฉลาดทาง อารมณ์ปกติ ร้อยละ 61.43 รองลงมา มีความฉลาด ทางอารมณ์สูงกว่าปกติร้อยละ 29.29 การประเมิน แรงสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 83.57 รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 16.43

3. ระดับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

การประเมินพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 66.43 รองลงมา มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 17.14 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 16.43 (ตารางที่ 1)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุน ทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เกรตเฉลี่ย สะสม การรับรู้ภาวะสุขภาพที่แข็งแรงของนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุน

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของนักศึกษาจำแนกตามระดับพลังสุขภาพจิตรายด้านและรวมทุกด้าน (n = 140)

พลังสุขภาพจิต	ต่ำกว่าปกติ		ปกติ		สูงกว่าปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	20	14.29	103	73.6	17	12.14
ด้านกำลังใจ	11	7.86	114	81.43	15	10.71
ด้านการจัดการปัญหา	19	13.57	108	77.14	13	9.29
รวมทุกด้าน	24	17.14	93	66.43	23	16.43

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เกรดเฉลี่ยสะสม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิต ของนักศึกษาพยาบาล (n = 140)

ตัวแปร	เกรดเฉลี่ยสะสม	การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา	ความเครียด	ความฉลาดทางอารมณ์	แรงสนับสนุนทางสังคม	พลังสุขภาพจิต
1. เกรดเฉลี่ยสะสม	1					
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของน.ศ.	.087	1				
3. ความเครียด	-.108	-.068	1			
4. ความฉลาดทางอารมณ์	.195 *	.046	-.295 **	1		
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	.135	.010	-.178 *	.395 **	1	
6. พลังสุขภาพจิต	.152 *	.146 *	-.226 **	.736 **	.410 **	1

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

ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2)

5. ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา ความฉลาดทางอารมณ์

แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตได้ร้อยละ 59.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ +4.691 สำหรับตัวแปรอื่น ๆ ไม่สามารถพยากรณ์พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาได้ สมการทำนายพลังสุขภาพจิตในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z_{\text{(พลังสุขภาพจิต)}} = .133Z_{\text{(การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา)}} + .689Z_{\text{(ความฉลาดทางอารมณ์)}} + .164Z_{\text{(แรงสนับสนุนทางสังคม)}}$$

ตารางที่ 3 ตัวแปรพยากรณ์ที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตของนักศึกษายาบาล (n = 140)

ตัวแปร	b	std. error	β	t	p-value
ค่าคงที่	-1.475	8.692	-	-.170	.866
เกรดเฉลี่ยสะสม	-.058	.446	-.004	-.061	.951
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	-2.153	2.126	-.063	-1.013	.313
บิดามารดาหย่าร้าง	.178	1.178	.009	.151	.880
บิดามารดามีภาวะเศรษฐกิจเพียงพอ	3.948	4.852	.281	.814	.417
บิดามารดามีภาวะเศรษฐกิจไม่เพียงพอ	2.888	5.225	.084	.553	.581
บิดามารดามีเงินเหลือเก็บ	2.711	4.974	.140	.545	.587
บิดามารดามีหนี้	5.169	4.922	.313	1.050	.296
การใช้จ่ายของนักศึกษามีความเพียงพอ	-4.424	3.485	-.294	-1.269	.207
การใช้จ่ายของนักศึกษาไม่เพียงพอ	-3.515	3.797	-.131	-.926	.356
นักศึกษามีเงินเหลือเก็บ	-4.769	3.614	-.285	-1.320	.189
การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา	5.549	2.447	.133	2.268	.025
ความเครียด	0.000	.038	0.000	.013	.990
ความฉลาดทางอารมณ์	.314	.031	.689	10.059	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	.109	.043	.164	2.534	.013

R = .771, R² = .594, R² adj = .548, SE. = 4.691, F = 12.968, p = .000

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษายาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตได้ร้อยละ 59.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติและสามารถทำนายพลังสุขภาพจิต แสดงว่า นักศึกษาที่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงมีแนวโน้มที่จะมีพลังสุขภาพจิตสูง นักศึกษาที่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงเป็นนักศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำ ทั้งนี้เพราะภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต คนที่มีความเจ็บป่วยทางกาย อาจทำให้เกิดอารมณ์หวนไหว ท้อแท้เสียกำลังใจ ซึ่งทำให้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ไม่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคทางกาย

พบว่าร้อยละ 40.00 - 50.00 ของผู้ป่วยโรคทางกาย มีอาการทางจิตเวช ที่พบบ่อยที่สุดคืออาการซึมเศร้า วิตกกังวล เสพสารเสพติด อาการแพ้และสมองเสื่อม โดยพบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มะเร็ง เบาหวาน สภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ เจ็บป่วยง่ายทำให้ความทนต่อภาวะเครียดไม่ดี แก้ปัญหาได้ไม่ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) การปรับตัวที่ไม่ดีทำให้นักกลืนสมดุทั้งร่างกายและจิตใจ ภาวะเสียสมดุลทางจิตใจอาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกาย (psychosomatic illness) ซึ่งมีทั้งเกิดพยาธิสภาพ และไม่เกิดพยาธิสภาพของร่างกาย ภาวะเสียสมดุลทางร่างกายอาจส่งผลให้มีปัญหาทางอารมณ์ (somatopsychic illness) ได้เช่นเดียวกัน (พจนา ปิยะปกรณชัย, 2552)

ความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถทำนายพลังสุขภาพจิต แสดงว่านักศึกษาที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงมีแนวโน้มที่จะมีพลังสุขภาพจิตสูง ทั้งนี้เพราะนักศึกษาที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงทำให้เป็นคนที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจและมีการจัดการปัญหาได้ดี นอกจากนี้ นักศึกษาที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงเป็นคนที่มีความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น สามารถสื่อสารแสดงออกอย่างเหมาะสม จึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ ทำให้นักศึกษาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมากจากบุคคลต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ วงษ์จันทร์และคณะ ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (ความแข็งแกร่งในชีวิต) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ, 2558)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถทำนายพลังสุขภาพจิต แสดงว่านักศึกษาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีพลังสุขภาพจิตสูง ทั้งนี้เพราะนักศึกษาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะได้รับกำลังใจ คำปรึกษา คำแนะนำ การช่วยเหลือเกื้อกูลต่าง ๆ จากทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ จึงช่วยให้นักศึกษามีความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจ และมีการจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น คือมีพลังสุขภาพจิตที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ (2558) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (ความแข็งแกร่งในชีวิต) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

เกรตเจเลียสะสม มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่านักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีมีแนวโน้มที่จะมีพลังสุขภาพจิตสูง หรืออาจกล่าวได้ว่านักศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดี ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของเครือวัลย์ ศรียารัตน์ และวิณา เจียบบนา ที่ศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 (เครือวัลย์ ศรียารัตน์ และวิณา เจียบบนา, 2558) ทั้งนี้เพราะพลังสุขภาพจิตช่วยให้นักศึกษามีความมั่นคงทางอารมณ์ ไม่หวั่นไหวต่อความยากลำบาก มีกำลังใจ และสามารถจัดการ

ปัญหาต่าง ๆ ในการเรียนและการสอบได้ดี สอดคล้องกับผลการประเมินพลังสุขภาพจิตรายข้อของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ตอบก่อนข้างจริงและจริงมาก เช่น ฉันสามารถคอยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ ฉันยอมรับได้ว่าผู้อื่นก็อาจมีเหตุผลที่จะไม่พอใจการกระทำของฉัน ทุกปัญหามักมีทางออกเสมอ ถึงแม้ปัญหาจะหนักหนาเพียงใด ชีวิตฉันก็ไม่เลวร้ายไปหมด จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ฉันมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ เช่นเดียวกับนักศึกษาที่มีความฉลาดทางอารมณ์จะช่วยให้ นักศึกษาสามารถควบคุมตนเอง รับผิดชอบตนเอง มีแรงจูงใจและการตัดสินใจที่ดี และมีความสุขทางใจจึงทำให้สามารถประสบผลสำเร็จทางการเรียน สอดคล้องกับผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์รายข้อของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ตอบก่อนข้างจริงและจริงมาก เช่น ฉันสามารถคอยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ ฉันยอมรับได้ว่าผู้อื่นก็อาจมีเหตุผลที่จะไม่พอใจการกระทำของฉัน ทุกปัญหามักมีทางออกเสมอ เป็นต้น สอดคล้องกับที่พัชรินทร์ นินทจันทร์ กล่าวว่า พลังสุขภาพจิตหรือความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถยืนหยัด ผ่านพ้นและจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกรดเฉลี่ยสะสมและพลังสุขภาพจิตของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่า นักศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในระดับพอใช้ พลังสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ซึ่งการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2554) พบว่าพลังสุขภาพจิต(ความแข็งแกร่ง

ในชีวิต) มีความเกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะมี พลังสุขภาพจิตต่ำ นักศึกษาที่มีความเครียดต่ำจะมี พลังสุขภาพจิตสูง ทั้งนี้เพราะนักศึกษาที่มีความเครียดสูงจะเป็นคนที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง ไม่มีกำลังใจ และ มีการจัดการปัญหาได้ไม่ดี เพราะความเครียดความวิตกกังวลในระดับสูง ๆ จะทำให้การรับรู้รับฟัง และสติสัมปชัญญะลดลง ความเครียดในระดับเล็กน้อยและปานกลางเป็นสิ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีความกระตือรือร้น ตื่นตัวในการแก้ปัญหา ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (พจนา ปิยะปกรณ์ชัย, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2560; วิลาวัณย์ สายสุวรรณ, พัทธรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และนันทิยา เอกอริคมกิจ, 2563; สมจินดา ชมพูนุท และวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2555; สุจิตรา กฤติยารวรรณ, 2558; Bozak, 2013; Gomez, Vincent, & Toussaint, 2013; Petrie, 2010; Shi, Wang, Bian, & Wang, 2015; Shilpa & Srimathi, 2015) นั่นคืออาจกล่าวได้ว่านักศึกษายาบาลที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะมีพลังสุขภาพจิตต่ำ

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษายาบาล

สถานภาพสมรสบิดามารดา บิดามารดาหย่าร้างไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของเหลียง และคณะ (Leung, Shek, & Li, 2016) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นด้อยโอกาสในครอบครัวที่มีมารดาเลี้ยงเดี่ยว และประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจในประเทศจีน พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (ความแข็งแกร่งในชีวิต) ของวัยรุ่นด้อยโอกาส การศึกษาของยีและสุลัยมาน (Yee & Sulaiman, 2017) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีบิดาหรือมารดาเลี้ยงเดี่ยวจากปัญหาการหย่าร้าง แยกกันอยู่ของบิดามารดาในประเทศมาเลเซีย พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (ความแข็งแกร่งในชีวิต) และการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2554) ซึ่งพบว่าบรรยาภาสในครอบครัวมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิต (ความแข็งแกร่งในชีวิต) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าไม่ว่าสถานภาพสมรสของบิดามารดาของนักศึกษาจะเป็นอย่างไร เช่น อยู่ด้วยกัน เสียชีวิต หรือหย่าร้างกัน ก็ไม่มีผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา (ซึ่งการวิจัยนี้บิดามารดาของนักศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คือ อยู่ด้วยกันร้อยละ 80.00) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษาทุกคนบรรลุนิติภาวะแล้ว (นักศึกษามีอายุ 18 - 23 ปี เฉลี่ย 19.31 ปี) จึงมีความเป็นผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะ ซึ่งทำให้ผลการประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติร้อยละ 61.43 และสูงกว่าปกติร้อยละ 29.29 นอกจากนั้นนักศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย จะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จึงมีอิสระเป็นตัวของตัวเองพึ่งพาตนเองมากขึ้น เพื่อนและสังคมนอกครอบครัวจึงมีความสำคัญมากขึ้น จากข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษายพบว่า บุคคลที่เป็นที่ปรึกษาของนักศึกษาส่วนใหญ่คือตนเองร้อยละ 79.29 รองลงมาเป็นบิดา

มารดาร้อยละ 47.86 และคนที่นักศึกษามีความสนิทสนมส่วนใหญ่คือเพื่อนในวิทยาลัยพยาบาลฯ ร้อยละ 78.57 และคนอื่น ๆ นอกวิทยาลัยพยาบาลฯ ร้อยละ 69.29 รองลงมาเป็นพี่ ๆ ในวิทยาลัยพยาบาลฯ ร้อยละ 40.00 นักศึกษาพยาบาลใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในหอพักร่วมกับเพื่อน ๆ ต้องรับผิดชอบตนเองในการปรับตัวกับการเรียนและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งนักศึกษาได้รับทุนการศึกษาจากสภากาชาดไทย นักศึกษาจึงพึ่งพาครอบครัวน้อยลง รับรู้เรื่องราวของครอบครัวน้อยลง ครอบครัวหรือบิดามารดาจึงมีความสำคัญต่อพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาลดน้อยลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของนาฏนภางค์ โพธิ์ไพจิตร (2560) เรื่องปัจจัยเชิงพุทธจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการฟื้นฟูพลังของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดาไม่มีผลต่อพลังสุขภาพจิต (ความเข้มแข็งในการฟื้นฟูพลัง) จึงอาจกล่าวได้ว่าสถานภาพสมรสบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต

ภาวะเศรษฐกิจของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล แสดงว่าภาวะเศรษฐกิจของบิดามารดาไม่มีผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา (ซึ่งการวิจัยนี้บิดามารดาของนักศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะเศรษฐกิจเพียงพอ ร้อยละ 57.14) อาจเนื่องจากนักศึกษาทุกคนได้รับทุนการศึกษาจากสภากาชาดไทย ได้รับค่าใช้จ่ายประจำเดือนทุกเดือน และยังมีรายรับจากคนในครอบครัวนอกจากบิดามารดาด้วย โดยรายรับเฉลี่ยนอกจากทุนการศึกษาเท่ากับ 4,297.04 บาท นักศึกษาจึงไม่จำเป็นต้องพึ่งพาทางการเงินของบิดา

มารดา ซึ่งจากการศึกษาพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีรายรับเพียงพอคือ ร้อยละ 69.29 บางส่วนมีเงินเหลือเก็บด้วยร้อยละ 22.14 ดังนั้นภาวะเศรษฐกิจของบิดามารดาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา

ความเพียงพอของการใช้จ่ายของนักศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล แสดงว่าความเพียงพอของรายรับของนักศึกษาไม่มีผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา (ซึ่งการวิจัยนี้นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายรับร้อยละ 69.29) อาจเนื่องจากนักศึกษาทุกคนได้รับทุนการศึกษาจากสภาการศึกษา ได้รับค่าใช้จ่ายประจำเดือนทุกเดือน ได้รับสวัสดิการอาหาร 3 มื้อ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้บิดามารดาและครอบครัวของนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีภาระในการใช้จ่ายของนักศึกษา และนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย จึงไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องรายรับรายจ่าย

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิต ควรมีแนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สูง เสริมแรงสนับสนุนทางสังคม และเสริมสร้างสุขภาพของนักศึกษาให้แข็งแรงอยู่เสมอ อันจะส่งผลให้นักศึกษามีพลังสุขภาพจิตสูง

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรที่การศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในนักศึกษา

พยาบาลกลุ่มอื่น ๆ ในสถาบันการพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและอาจารย์ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จและขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *อิคิว: ความฉลาดทางอารมณ์*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *มารู้จักกับ RQ (Resilience Quotient)*. *ข่าวสารกรมสุขภาพจิต*, 16(182), 4-7.
- เกรือวัลย์ ศรียารัตน์ และ วิมา เจียวนา. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(9), 76-92.
- จันทร์สุดา จันทน์พคุณ และ ศิริลักษณ์ สุภปิฎพร. (2558). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของพยาบาลจบใหม่หมุนเวียนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(2) 113-126.
- นาฏนภางค์ โพธิ์ไพจิตร. (2560). ปัจจัยเชิงพุทธจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการฟื้นฟูพลังของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 253-263.
- ปวิดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา พุ่มพวง, และ สุนทรี ขะชาดย์. (2554). ความเครียด การปรับตัว และความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 22(2), 1-14.
- พจนา ปิยะปรณชัย. (2552). *การตอบสนองของบุคคลต่อภาวะเครียด (Human Response to Stress)*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

- Benada, N., & Chowdhry, R. (2017). A correlational study of happiness, resilience and mindfulness among nursing student. *Indian Journal of Positive Psychology*, 8(2), 105-107.
- Bozak, S. (2013). *College students' sense of belonging and social support: Potential factors in resilience* (Doctor of Psychology). Retrieved August 13, 2020, from <https://search.proquest.com>
- Cheung, K., Tam, K. Y., Tsang, M. H., Zhang, L. W., & Lit, S. W. (2020). Depression, anxiety and stress in different subgroups of first-year university students from 4-year cohort data. *Journal of Affective Disorders*, 274, 305-314.
- Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V., & Kornhaber, R. (2018). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 68, 112-120.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd Ed.). New York: Norton.
- Gomez, M., Vincent, A., & Toussaint, L. L. (2013). Correlates of resilience in adolescents and adults. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 1(1), 18-24.
- Haktanir, A., Watson, J. C., Ermis-Demirtas, H., Karaman, M. A., Freeman, P. D., Kumaran, A., et al. (2021). Resilience, academic self-concept, and college adjustment among first-year students. *Journal of College Student Retention: Research, Theory and Practice*, 23(1), 161-178.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Jeong, J. N. (2020). The Impacts of Resilience, Social Support on Adjustment to College Life of Freshman and sophomore year in university students. *Journal of the Korea Convergence Society*, 11(2), 385-394.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Leung, J. T., Shek, D. T., & Li, L. (2016). Mother-child discrepancy in perceived family functioning and adolescent developmental outcomes in families experiencing economic disadvantage in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(10), 2036-2048.
- Park, S. H., & Byun, E. K. (2017). Effectors of emotional intelligence, humor sense, and ego resilience on adjustment to the college life of nursing students. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 18(10), 256-264.
- Petrie, S. M. (2010). *The relationship between perceived stress and resilience among adolescents with cystic fibrosis*. Retrieved August 13, 2020, from <https://minds.wisconsin.edu>
- Shi, M., Wang, X., Bian, Y., & Wang, L. (2015). *The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: A cross-sectional study*. Retrieved August 13, 2020, from <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0297-2>
- Shilpa, S., & Srimathi, N. L. (2015). Role of resilience on perceived stress among pre university and undergraduate students. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(2), 141-149.
- Son, H. G., Kwon, S., & Park, H. J. (2017). The influence of life stress, ego-resilience, and spiritual well-being on adaptation to university life in nursing students. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 18(5), 636-646.
- Yee, N. Y., & Sulaiman, W. S. W. (2017). Resilience as mediator in the relationship between family functioning and depression among adolescents from single parent families. *Akademika*, 87(1), 111-122.

HOPE THERAPY FOR PATIENTS WITH DEPRESSION: CONCEPTS AND APPLICATIONS

*Onnalin Singkhorn, M.N.S., APN. *, Pawadee Hamtanon, Ph.D. ***

Abstract

Depression is characterized by clinical symptoms of sadness, emptiness, feelings of worthlessness, lack of confidence in one's own abilities, loss of energy, and, importantly, feeling of hopelessness. From experiences in caring for patients with depression, it was found that many patients had relapses and returned to have retreatment as inpatients because of the lack of hope for living.

Hope therapy is the encouragement for patients to create the clear goal at the present and can achieve the goal by themselves while the therapist is responsible for continually motivating patients to have hope for the goal. Hope therapy consists of 1) setting goal, 2) determining how to achieve the goal, 3) perceiving the ability to reach one's goals. Anyway, there are two main stages of the hope therapy process. The first step is creating the hope to achieve, consists of 1) finding the hope and 2) bonding with the hope. The second step is raising the hope that consists of 1) strengthening the hope and 2) reviewing the hope.

Keywords: hope therapy, patients with depression

**Corresponding author: Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University, e-mail: onnalin.sin@mfu.ac.th*

***Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat*

Received: 25 September 2020, Revised: 20 April 2021, Accepted: 29 April 2021

การบำบัดด้วยความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: แนวคิดและแนวทางการประยุกต์ใช้

อรณลิน สิงขรณ์, พย.ม.*, ภาวดี เหมทานนท์, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้า มีลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญ คือ มีความรู้สึกเศร้า รู้สึกว่างเปล่า รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกสูญเสียหรือพลังในชีวิตลดลงเป็นอย่างมาก และที่สำคัญคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน มีสาเหตุมาจากการขาดความหวังในการดำเนินชีวิต

การบำบัดด้วยความหวัง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างเป้าหมายในปัจจุบันให้ชัดเจน และสามารถที่จะทำให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง โดยผู้บำบัดมีหน้าที่เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความหวังต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการบำบัดด้วยความหวัง ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การกำหนดวิธีการที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย 3) การรับรู้ความสามารถที่จะไปถึงเป้าหมายของตนเอง ทั้งนี้ กระบวนการบำบัดด้วยความหวัง มี 2 ขั้นตอนหลัก ๆ คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความหวังที่ต้องการบรรลุ ได้แก่ 1.1) การค้นหาความหวัง 1.2) การสร้างข้อผูกพันกับความหวัง และ ขั้นตอนที่ 2 การเพิ่มความหวัง ได้แก่ 2.1) การเสริมสร้างความหวัง 2.2) การทบทวนความหวัง

คำสำคัญ : การบำบัดด้วยความหวัง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, e-mail: onnalin.sin@mfu.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

วันที่รับ: 25 กันยายน 2563, วันที่แก้ไข: 20 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2564

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติที่รุนแรงทางจิตเวชจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า มีความชุกระหว่าง ร้อยละ 2 – 21 โดยอัตราสูงสุดพบในบางประเทศของยุโรปและต่ำสุดอยู่ในเอเชีย (Gutiérrez-Rojas, et al., 2020) เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความอยากอาหาร สมาธิ อารมณ์ ระดับของแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเป็นอย่างมาก โดยมีลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญ คือ มีความรู้สึกเศร้า (sadness) รู้สึกว่างเปล่า (emptiness) รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง (feelings of worthlessness) ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกสูญเสียหรือพลังในชีวิตลดลงเป็นอย่างมาก (loss of energy) และที่สำคัญ คือ รู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) (Liu, et al., 2015) ซึ่งส่งผลให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน (American Psychiatric Association, 2018) ทั้งนี้ ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือการสูญเสียความหวังแม้เพียงระดับน้อย จะส่งผลให้บุคคลมีความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น การป้องกันการฆ่าตัวตายจึงต้องกระตุ้นให้บุคคลมีความหวัง (Huen, et al., 2015)

ความหวัง เป็นแรงจูงใจเชิงบวก ที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีพลังแห่งความตั้งใจที่จะทำตามวิธีการ หรือหนทางที่วางไว้ (agency thinking) และมีความเชื่อว่าตนเองสามารถค้นหาวิธีการ/หนทาง (pathways thinking) ที่จะไปให้ถึงเป้าหมายได้ (goal) ดังนั้น ความหวังจึงเป็นตัวที่จะช่วยสร้างความมุ่งมั่นในการค้นหาวิธีการปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งจะเพิ่มผลเชิงบวก คือ ช่วยให้ผู้บุคคลมีพลังในการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย หรือมีเป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้น

(Snyder, et al., 1991) อีกทั้ง ความหวังยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และความสามารถของบุคคล เช่น มีความสุข มองโลกในแง่ดี หรือมองเห็นโอกาส ทั้ง ๆที่กำลังตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ดังนั้นความหวังจึงช่วยให้บุคคลมีพลังงานที่จะจัดการกับความยากลำบากจนกระทั่งบรรลุเป้าหมายได้ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตทางสังคมมากขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้น (Bishop & Willis, 2014) และพบว่า ผู้ที่มีความหวังแรงกล้า จะมีแรงบันดาลใจ มีพลัง มีความมั่นใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงได้ (Keykha, et al., 2020) นอกจากนี้ ความหวังยังเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพในภาวะเรื้อรัง แม้ในช่วงที่มีความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีความหวังจะมีอาการดังกล่าวน้อยลง ซึ่งการมีความหวังสามารถทำหน้าที่เป็นปัจจัยป้องกันภัยคุกคามจากความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้ (Masjedi-Arani, et al., 2020; Abadi, et al., 2017) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การบำบัดด้วยความหวังถือได้ว่าเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมาก (Farzadegan, et al., 2016) จากประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยความหวังในกลุ่มโรคทางกาย ได้มีการนำการบำบัดด้วยความหวังไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช เนื่องจากเห็นว่าความหวังเป็นตัวแปรที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนใจให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น (Schrack, et al., 2011) ดังเช่น เออร์วิง และคณะ (Irving et al., 2004) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและผลลัพธ์ของการบำบัดในโรคต่าง ๆ พบว่าความหวังช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน และสามารถควบคุม

อารมณ์ได้ จึงเสนอว่า หากผู้ป่วยขาดพลังใจในการให้ความร่วมมือต่อการปฏิบัติตัว ควรสะท้อนให้เห็นถึงความหวังต่อการรักษา และเน้นที่การสร้าง ความหวัง หรือแรงบันดาลใจในการค้นหาวិธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การบำบัดด้วยความหวังในชุมชนให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรควิตกกังวล ช่วยลดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจ และความภาคภูมิใจในตนเองให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลได้ (Cheavens et al., 2006)

ทั้งนี้ ในประเทศไทยได้มีการนำการบำบัดด้วยความหวังมาประยุกต์ใช้ในคลินิกกับผู้ป่วยบ้าง แต่ยังไม่พบหลักฐานการศึกษาที่ชัดเจน ส่งผลให้ขาดแนวทางการดูแลที่ถูกต้อง ดังนั้น การศึกษาวิธีการบำบัดด้วยความหวัง จึงมีความสำคัญ และมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาต่ออย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามบริบทของสังคมไทย ให้มีการรู้จักอย่างแพร่หลายมากขึ้น ผู้เขียนจึงเขียนบทความนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสาระสำคัญของวิธีการบำบัดด้วยความหวัง เพื่อช่วยจุดประกายความคิดให้กับพยาบาลจิตเวชได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษา และนำวิธีการบำบัดด้วยความหวังไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและเป็นการยกระดับวิชาชีพพยาบาลต่อไปในอนาคตอีกด้วย

ทฤษฎีการบำบัดด้วยความหวัง (hope therapy) เป็นอย่างไร

ชาร์ล ริชาร์ด ซไนเดอร์ (Charles Richard Snyder) เป็นนักจิตวิทยาคลินิกชาวอเมริกา ซึ่งเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาเชิงบวก ได้สร้างทฤษฎีความหวัง (hope theory) ที่เชื่อว่า ทุกการกระทำของมนุษย์คือ การมุ่งสู่เป้าหมาย และทุกเป้าหมายคือการเกิดความหวังในจิตใจของบุคคล หากบุคคลมีความหวังในชีวิต จะช่วยให้มีพลังในการต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ สิ่งที่สำคัญคือ เป้าหมายควรเป็นความจริงที่มีคุณค่าพอสำหรับบุคคล และส่งผลให้เป้าหมายที่วางแผนไว้สามารถทำได้สำเร็จ (Snyder, 1991; Snyder, et al., 2003) ทั้งนี้ การบำบัดที่ใช้ความหวังเป็นฐาน (hope-based interventions) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ประโยชน์จากการสร้างความหวังในกระบวนการบำบัด โดยพบว่าความหวังเป็นจุดแข็งที่อ่อนแอ ซึ่งผู้บำบัดสามารถใช้ความหวังเป็นตัวช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้น เพื่อช่วยสร้างพลังใจ และค้นหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ (Kirmani, et al., 2015) โดยเฉพาะในผู้ป่วยทางจิตเวช การเสริมสร้างความหวัง เพิ่มความคิดที่มีความหวัง และเพิ่มกิจกรรมการแสวงหาเป้าหมายในชีวิต ใช้วิธีการเน้นไปที่จุดแข็งในการกำหนดเป้าหมาย การค้นหาวิธีการ และการสร้างแรงจูงใจในการที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Schrank, et al., 2011)

หลักการเบื้องต้นของการบำบัดด้วยความหวัง (basic principles of hope therapy)

หลักการเบื้องต้นของการบำบัดด้วยความหวัง (Kirmani, et al., 2015) มีดังนี้

1. การบำบัดด้วยความหวัง อยู่บนพื้นฐานขององค์ประกอบตามทฤษฎีความหวังของชไนเดอร์

2. การบำบัดด้วยความหวัง มีลักษณะเป็นกิ่งโครงสร้าง เป็นการบำบัดแบบสั้น เน้นที่เป้าหมายในปัจจุบันที่ชัดเจน และสามารถทำสำเร็จได้ โดยผู้บำบัดให้ความสนใจกับแบบแผนความคิดในอดีตที่เต็มไปด้วยความหวัง (hopeful thoughts) และการรู้จักที่ต้องการ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้รับบริการ

3. ความเชื่อของผู้รับบริการ (Clients' self-referential beliefs) จะได้รับการเสริมพลัง โดยการชี้ให้เห็นถึงเป้าหมาย ความสำเร็จในอดีต และความเป็นไปได้ มากกว่าปัญหาหรือความล้มเหลว

4. หลักการบำบัดด้วยความหวัง เน้นการใช้คำพูดที่เป็นบวก ความไว้วางใจ และการมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมให้กับผู้รับบริการ

5. ผู้บำบัดควรให้การช่วยเหลือแบบนำทาง เพื่อให้ผู้รับบริการมีการพัฒนากรอบความคิดในการเปลี่ยนแปลงใหม่ และยอมรับว่า ผู้รับบริการคือผู้ที่รู้ดีที่สุดในการจัดการของตนเอง

6. การบำบัดด้วยความหวัง คือ กระบวนการให้ความรู้ที่มีเป้าหมาย ที่สอนให้ผู้รับบริการจัดการกับความยุ่งยากในการแสวงหาเป้าหมายของตนเอง

7. การบำบัดด้วยความหวัง เป็นกระจุกที่สะท้อนให้เห็นกระบวนการพัฒนาความหวัง ซึ่งผู้บำบัดและผู้รับบริการร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ให้ชัดเจน รวมถึงวิธีการช่วยเหลือ การกระตุ้นพลังใจให้ผู้รับบริการแสวงหาเป้าหมายของตนเอง และมีความอดทน มีความหวังพยายามคงเป้าหมายนั้นไว้จนกว่าจะประสบความสำเร็จ

8. การบำบัดด้วยความหวัง เป็นการเปลี่ยนแปลง ที่เริ่มต้นจากระดับของการรู้จัก ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง และการกำหนดเป้าหมายที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

องค์ประกอบของการบำบัดด้วยความหวัง มีอะไรบ้าง

การบำบัดด้วยความหวัง มีองค์ประกอบที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Snyder, et al., 2003) ดังนี้

1. เป้าหมาย (goals) ตามกรอบแนวคิดของการบำบัดด้วยความหวังนั้น เป้าหมายคือ ทุกอย่างที่คุณต้องการที่จะได้มา การกระทำและประสบการณ์หรือการสร้างสรรค์ อาจจะเป็นเป้าหมายในระยะยาว ที่อาจต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี เพื่อให้ประสบความสำเร็จ เช่น การหายจากโรคซึมเศร้า การเรียนหนังสือให้จบตามเวลา เป็นต้น หรืออาจจะเป็นเป้าหมายระยะสั้นที่ต้องการเวลาเป็นวัน หรือเป็นนาที เช่น สามารถนอนหลับได้อย่างเพียงพอ มีสมาธิในการเรียนหนังสือ สามารถไปออกกำลังกายร่วมกับเพื่อน ๆ ได้ ทั้งนี้ ระดับของเป้าหมาย อาจประสบความสำเร็จได้ง่าย หรือเกือบจะเป็นไปไม่ได้ (nigh impossible) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการเลือกวิธีการที่เป็นรูปธรรมของคุณ โดยเป้าหมายสามารถแบ่งออกเป็น 6 มิติ ดังนี้ (Snyder et al., 1991)

1) สัมพันธภาพเชิงสังคม 2) สัมพันธภาพแบบคู่รัก 3) ชีวิตครอบครัว 4) การศึกษา 5) การทำงาน 6) กิจกรรมยามว่าง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างคนที่มีความหวังต่ำกับคนที่มีความหวังสูง พบว่า คนที่มีความหวังสูง จะมีเป้าหมายจำนวนมากในแต่ละมิติ มีการตั้งเป้าหมายแบบมุ่งกระทำ มากกว่าการ

ตั้งเป้าหมายแบบหลีกเลียง และมีการตั้งเป้าหมายที่
ง่ายต่อการทำได้สำเร็จ มากกว่าเป้าหมายที่ยากจน
กระทั่งไม่สามารถทำได้ (Baines & Christiansen, 2016)

2. ความเชื่อของบุคคลว่า ตนเองสามารถ
ค้นหาวิธีการ/หนทางที่จะบรรลุเป้าหมายได้
(pathways thinking) หมายถึง ความสามารถของ
บุคคลในการคิดกำหนดหนทางหรือวิธีการ เพื่อให้
บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (Ritschel & Sheppard,
2018) เป็นการสะท้อนถึงการรับรู้ศักยภาพในการ
หาวิธีการที่จะไปถึงเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งบุคคล
มักจะพูดว่า “ฉันจะหาวิธีทำงานให้สำเร็จ” “ฉันจะ
ทำอย่าง” “ฉันสามารถหาวิธีที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จ
ได้” ทั้งนี้ จำนวนของวิธีการหรือหนทางที่จะไปสู่
เป้าหมาย อาจมีเพียง 1 วิธี หรือหลายวิธี มีความสำคัญ
ต่อการบรรลุเป้าหมาย โดยพบว่า บุคคลที่มีความหวังสูง
มักจะกำหนดหลายวิธีการเพื่อให้ประสบความสำเร็จ
ตามเป้าหมาย แต่ในทางกลับกัน ถึงแม้ว่าจะมีเพียง
วิธีการเดียว หากบุคคลมีความหวัง มีความมุ่งมั่นที่
แรงกล้า ก็อาจจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย
ได้เช่นกัน หรือหากล้มเหลว อาจจำเป็นต้องกำหนด
เป้าหมายใหม่ที่สามารถทำได้ง่ายขึ้นมาทดแทน
(Huen, et al., 2015)

3. พลังแห่งความตั้งใจที่จะทำตามวิธีการ
หรือหนทางที่วางไว้ (agency thinking) เป็นการรับรู้
และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองว่า สามารถประสบ
ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ประกอบด้วย
แรงจูงใจในการสร้างความหวัง อาจจะเป็นการพูด
กับตนเองทางบวก ในลักษณะที่บุคคลสามารถ
เริ่มต้นทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย เช่น ผู้ที่มี
ความหวังที่แรงกล้าจะมีคำพูดที่บอกตนเอง ได้แก่

"ฉันทำได้" และ "ฉันจะไม่หยุดยั้ง" ซึ่งการกำหนด
วิธีการ หรือหนทาง อาจจะยังไม่เพียงพอที่จะไปถึง
เป้าหมายได้ ดังนั้น การกระทำจะเป็นตัวที่สะท้อน
ถึงการรับรู้ของบุคคลที่สามารถจะกระทำเพื่อให้ถึง
เป้าหมายตามที่ตั้งไว้

กระบวนการบำบัดด้วยความหวัง (the process of hope therapy) เป็นอย่างไร

กระบวนการบำบัดด้วยความหวังนั้น
สามารถทำได้ทั้งเป็นรายบุคคล ครอบคลุม และ
แบบกลุ่ม ซึ่งมีจำนวนครั้งที่ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับ
บริบทของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค แต่จะประกอบไป
ด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ๆ (Kirmani, et al., 2015) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความหวังที่ต้องการ
บรรลุ (instilling hope) ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอนย่อย
ดังนี้

1. การค้นหาความหวัง (hope finding) เป็น
ส่วนที่สำคัญมาก โดยความหวังที่เกิดขึ้นจะช่วยให้
บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย ผู้บำบัด
สามารถช่วยให้ผู้รับบริการค้นหาความหวังโดย
ผ่านการเล่าเรื่องราวจากชีวิตของตนเอง ซึ่งทำให้
สามารถระบอบองค์ประกอบของความหวังและทำให้
ชัดเจนได้มากขึ้น นอกจากนี้ การจัดหมวดหมู่ของ
ความหวัง (hope profiling) เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้บำบัด
ต้องช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความหวังของ
ตนเองในแต่ละมิติ ซึ่งเป็นอีกเทคนิคหนึ่งในการ
ค้นหาความหวัง โดยให้ผู้รับบริการเขียน หรือพูด
เกี่ยวกับการแสวงหาเป้าหมายเดิม และปัจจุบัน ใน
ทุกมิติของชีวิต เช่น การทำงาน ครอบครัว สังคม
 เป็นต้น เรื่องราวเหล่านี้ จะถูกนำมาจัดหมวดหมู่

ของความหวัง ในบริบทของการบำบัดและใช้ประโยชน์ ในการช่วยให้ผู้รับบริการเห็นว่า ผู้รับบริการต้องการ แหล่งสนับสนุนเพื่อช่วยในการเปลี่ยนแปลงชีวิต อย่างไรได้บ้าง

2. การสร้างข้อผูกพันกับความหวัง (hope bonding) เป้าหมายของการสร้างความผูกพันกับความหวังคือ การทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการกระทำ ตามความหวังที่ตั้งไว้มากขึ้น ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบของความหวังคือ เป้าหมาย ความรู้สึกว่าตนเองมีพลังแห่งความตั้งใจที่จะทำตามวิธีการ หรือหนทางที่วางไว้ และความเชื่อว่าตนเองสามารถค้นหา วิธีการหรือหนทางที่จะไปให้ถึงเป้าหมายนั้น จะทำงานร่วมกัน ผู้บำบัดควรให้ผู้รับบริการสร้างแผน และกำหนดเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ของการบำบัด ให้ชัดเจน รวมไปถึงการคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม ของผู้รับบริการ พฤติกรรมของตัวแบบที่เต็มไปด้วยความหวัง และการใช้คำพูดที่เต็มไปด้วยความหวัง จะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความพยายามที่จะทำให้ ความหวังเป็นจริงได้มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การเพิ่มความหวัง (increasing hope) โดยที่ผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยในการสร้างเสริม ความหวังและการกระตุ้นความหวัง เนื่องจาก บุคคลที่มารับการบำบัด มีประสบการณ์ที่ยุ่งยากในการกำหนดเป้าหมาย รวมไปถึงการค้นหาวิธีการ หรือหนทาง และการรับรู้ความสามารถที่จะไปถึง เป้าหมายของตนเอง ซึ่งการบำบัดด้วยความหวัง จะช่วยปรับเปลี่ยนอุปนิสัยของผู้รับบริการ และ วิธีการเดิมที่ไม่ประสบผลสำเร็จให้มีความชัดเจน และง่ายต่อการปฏิบัติมากขึ้น เป็นการช่วยเพิ่มความหวังให้กับผู้รับบริการ ซึ่งประกอบไปด้วย

1. การเสริมสร้างความหวัง (hope enhancing) เป้าหมายของการเสริมสร้างความหวังคือ การเพิ่ม ความคิดที่เต็มไปด้วยความหวัง (hopeful thinking) ให้กับผู้รับบริการ โดยผู้บำบัดควรประเมินมิติของความหวัง ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับบริการ และ ทบทวนบทบาทของความหวัง (role of hope) ต่อ การดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การชี้ให้เห็นถึง องค์ประกอบของความหวังที่เข้มแข็งของผู้รับบริการ

2. การทบทวนความหวัง (hope reminding) ประกอบด้วย การสอนผู้รับบริการให้มีการสังเกต ตนเอง ถึงสิ่งที่ตั้งความหวังเอาไว้ และใช้เทคนิคในการเสริมสร้างความหวังให้กับผู้รับบริการให้มีความหวังในระดับที่มั่นคง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้บำบัด ทั้งนี้ การทบทวนความหวัง สามารถทำได้ดังนี้

2.1 ให้ผู้รับบริการ ทบทวนเรื่องราว ความหวังในขั้นตอนการค้นหาความหวัง

2.2 การค้นหาคนที่ช่วยประคับ ประคองความหวัง (hope buddy) ของผู้รับบริการ ที่สามารถจะขอความช่วยเหลือในการวางแผนหรือ การเสริมแรงเมื่อประสบความยุ่งยากเกี่ยวกับ วิธีการไปให้ถึงเป้าหมาย

2.3 การสะท้อนถึงเป้าหมายที่ สำเร็จ และสิ่งที่ผู้รับบริการได้กระทำเพื่อนำมาซึ่ง ความสำเร็จ

2.4 ทำบันทึกความคิดอัตโนมัติ เพื่อทำความเข้าใจและเผชิญกับความคิดที่เป็น อุปสรรค

แนวทางการประยุกต์ใช้การบำบัดด้วยความหวังใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้เขียนได้นำการบำบัดด้วยความหวังไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคลจำนวน 5 ราย สามารถสรุปกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความหวังที่ต้องการบรรลุ (instilling hope)

1. การค้นหาความหวัง (hope finding)

ผู้เขียนได้จัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

- มอบหมายให้ผู้ป่วยเขียน หรือเล่าเกี่ยวกับความหวังเดิม ความหวังในปัจจุบัน และความหวังในอนาคต ในทุกมิติของชีวิตตนเอง เช่น ความหวังในการเรียน การทำงาน ครอบครัว และสังคม เป็นต้น

- ผู้เขียนและผู้ป่วยช่วยกันจัดหมวดหมู่ของความหวังตาม que ผู้ป่วยเขียน หรือพูดออกมา

- ผู้เขียนกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงความยากง่ายที่จะทำให้ความหวังเหล่านั้นประสบความสำเร็จ อันได้แก่ แหล่งสนับสนุน หรือปัจจัยเอื้อต่อการบรรลุตามความหวัง และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

- ผู้เขียนให้ผู้ผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของความหวัง โดยเฉพาะความหวังในปัจจุบันที่เป็นความหวังระยะสั้นในชีวิตของตนเอง

- ให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะทำให้ความหวังในเรื่องใดสำเร็จเป็นอันดับแรกในบริบทของการบำบัด

2. การสร้างข้อผูกพันกับความหวัง (hope bonding) ผู้เขียนได้จัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วย ดังนี้

- ผู้เขียนให้ผู้ผู้ป่วยวางแผนและ

กำหนดเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ของการบำบัดให้เป็นรูปธรรม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวตนเอง โดยเฉพาะกับบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าต่อตนเอง ซึ่งจะเป็นคนคอยช่วยประคับประคองจิตใจให้ผู้ผู้ป่วยมีความหวัง หรือสามารถทำตามความหวังได้

- ผู้เขียนพูดสะท้อนถึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย และพูดให้กำลังใจ ให้เชื่อมั่นในตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพยายาม และมีความอดทนที่จะทำให้ความหวังเป็นจริงได้มากขึ้น

- ผู้เขียนช่วยผู้ป่วยให้ได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวงจรของความสิ้นหวัง เช่น การรับรู้เชิงลบ ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และเหตุการณ์รอบตัว (Liu, et al., 2015) ว่าส่งผลกระทบต่อกำลังใจ และระดับความหวังของตนเองอย่างไรบ้าง

- ผู้เขียนกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายตามความสามารถของตนเอง โดยในช่วงแรกเน้นที่ความหวังในระยะสั้นและสามารถทำได้ง่ายเป็นหลัก ค้นหาวิธีการที่จะทำให้เป้าหมายประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้กับตนเองเพื่อให้เกิดการกระทำอย่างต่อเนื่อง

- ผู้เขียนสนทนาเชิงบวกกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และฝึกให้ผู้ผู้ป่วยพูดกับตนเองทางบวก เช่น “ฉันมั่นใจว่าทำได้” “ทำวันนี้ให้ดีที่สุด” “ฉันจะทำให้ความหวังเรื่องนี้ประสบความสำเร็จ” เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีพลังใจ มองโลกในแง่ดี สามารถเอาชนะความห่อหุ้ม และความสิ้นหวังได้ในที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การเพิ่มความหวัง (increasing

hope) ซึ่งประกอบไปด้วย

1. การเสริมสร้างความหวัง (hope enhancing)
โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- ผู้เขียนกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหา
บุคคลที่ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ หรือใช้คำพูดให้
กำลังใจเพิ่มระดับความหวังให้กับตนเอง

- ผู้เขียนพูดให้ผู้ป่วยเห็นถึงบทบาท
ของความหวัง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง
เช่น ช่วยให้ผู้ป่วยตั้งใจ อดทน ท้มทนร่างกายแข็งแรง
เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งความหวังเอาไว้

- ผู้เขียนพูดเน้นย้ำ ให้ผู้ป่วยมั่นคง
ต่อความหวัง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

2. การทบทวนความหวัง (hope reminding)
ประกอบไปด้วยกิจกรรม ดังนี้

- ผู้เขียนแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกต
ตนเอง เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความหวัง
ในแต่ละระยะ และความสุขที่เกิดขึ้นจากการได้ทำ
ตามความหวังที่วางไว้ หรือการเข้าใกล้ถึงเป้าหมาย
ของตนเอง

- ให้ผู้ป่วย ทบทวนเรื่องราว
ความหวังในขั้นตอนการค้นหาความหวังซ้ำ

- ผู้เขียนสะท้อนถึงเป้าหมายที่
สำเร็จ และสิ่ง que ผู้ป่วยได้กระทำเพื่อนำมาซึ่ง
ความสำเร็จ

- ให้ผู้ป่วยบันทึกความคิด
อัตโนมัติด้านลบ เพื่อทำความเข้าใจ และเผชิญกับ
ความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อความหวังของตนเอง

- ให้กำลังใจผู้ป่วย ในการทำตาม
แผนที่วางไว้เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามความหวัง

การประเมินผลการบำบัดด้วยความหวัง

การประเมินผลการบำบัดด้วยความหวัง
สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การใช้แบบวัดความหวัง
หรือให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของ
ความรู้สึกมีความหวังในแต่ละครั้งที่บำบัด หรือ
อาจได้จากการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของความ
ร่วมมือในการรักษา การพูดถึงตนเอง ผู้อื่น หรือ
มองโลกในแง่ดีมากขึ้น ซึ่งผู้เขียนประเมินผู้ป่วย
จากความเปลี่ยนแปลงของระดับความหวังใน
ชั่วโมงการบำบัด โดยให้ผู้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักของ
ระดับความหวังที่ตนเองมี ตั้งแต่ 0 ถึง 100 ทุกครั้ง
สังเกตการพูดถึงตนเองในด้านบวก และให้ผู้ผู้ป่วย
เปรียบเทียบถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองจาก
ระดับความหวังที่เพิ่มขึ้น

ข้อดีของการบำบัดด้วยความหวัง

ข้อดีของการบำบัดด้วยความหวัง เป็นการ
บำบัดที่มุ่งเน้นไปที่จุดแข็งของบุคคล มากกว่าจะ
เน้นไปที่ความล้มเหลว

ข้อพึงระวังในการบำบัดด้วยความหวัง

ข้อพึงระวังในการบำบัดด้วยความหวังคือ
ผู้บำบัดควรชี้แนะให้ผู้ผู้ป่วยตั้งความหวังกับตนเอง
ตามศักยภาพที่มีอยู่ ไม่ควรตั้งความหวังที่เกิน
ความสามารถของตนเอง ควรเริ่มจากการตั้งความหวัง
ในระยะสั้นที่สามารถทำได้ง่ายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมี
กำลังใจ และที่สำคัญคือ ไม่ควรให้ผู้ผู้ป่วยตั้งความหวัง
กับผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงได้ยาก และ
ส่งผลให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จมีน้อย

สรุป

การบำบัดด้วยความหวัง ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การสร้างความหวัง อันได้แก่ การค้นหาความหวัง การสร้างข้อผูกพันกับความหวัง และ 2) การเพิ่มความหวัง อันได้แก่ 1) การเสริมสร้างความหวัง 2) การทบทวนความหวัง ทั้งนี้ การบำบัดด้วยความหวังเป็นการบำบัดด้านจิตสังคม ที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลจิตเวช สามารถประเมินและให้การบำบัดผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง เป็นการพัฒนาความรู้ทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง และเป็นการยกระดับความสามารถของพยาบาลจิตเวชให้มีความโดดเด่นในการบำบัดด้านจิตสังคมอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำวิธีการบำบัดด้วยความหวังไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มากขึ้น เพื่อทำการวิจัยหาข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับการนำมาใช้ในบริบทของผู้ป่วย
2. ผู้ที่จะนำวิธีการบำบัดด้วยความหวังไปใช้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องจิตวิทยาเชิงบวก หลักการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยจิตเวช และการพยาบาลจิตเวช
3. พยาบาลจิตเวชควรนำวิธีการบำบัดด้วยความหวังไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อช่วยลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเพิ่มระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในชุมชนได้นานยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Abadi, M. N., Zadeh, D. Y., Movahedi, S & Kabutarkhani, F. H. (2017). The effect of group therapy based on hope therapy approach on mental well-being, anxiety, depression and stress in female patients with Multiple Sclerosis. *International Journal of Philosophy and Social-Psychological Sciences*, 3(4), 1-7.
- American Psychiatric Association. (2018). *DSM-5® Update: Supplement to DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION*. Retrieved 10 Jun, 2020, from https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_October2018.pdf
- Baines, L., Jones, A. & Christiansen, P. (2016). Hopelessness and alcohol use: The mediating role of drinking motives and outcome expectancies. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 65-69.
- Bishop, E. and Willis, K. (2014). 'Without hope everything would be doom and gloom': young people talk about the importance of hope in their lives. *Journal of Youth Studies*, 17(6), 778-793.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T. & Snyder, C. R. (2006) Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Farzadegan, L., Mahmoodabadi, H. Z., & Nasirian, M. (2016). The Efficacy of Hope Therapy on the Elderly Depression in Mehriz Day Care Centers. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(5), 329-334.
- Gutiérrez-Rojas, L., Porras-Segovia, A., Dunne, H., Andrade-González, N., & Cervilla, J. A. (2020). Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Brazilian Journal Psychiatric*, 42(6), 657-672.
- Huen, J., Ip, B., Ho, S. & Yip, P. (2015). Hope and Hopelessness: The Role of Hope in Buffering the Impact of Hopelessness on Suicidal Ideation. *PLOS ONE*, 10(6), p.e 0130073.

- Irving, L. M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P., & Nelson, N. (2004). The Relationships Between Hope and Outcomes at the Pretreatment, Beginning, and Later Phases of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(4), 419-443.
- Keykha, R., Rezaee, N., Navidian, A., & Moshtaghi, E. (2020). The Effect of Regular Family Appointments on Hope of Hospitalized Depressed Patients: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 9(1), 27-32.
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A. & Cheek, S. M. (2015). The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical psychology (New York)*, 22(4), 345-365.
- Kirmani, M. N., Sharma, P., & Jahan, F. (2015). Hope Therapy in Depression: A Clinical Case Work. *International Journal of Public Mental Health and Neurosciences*, 2(3), 39-44.
- Masjedi-Arani, A., Yoosefee, S., Hejazi, S., Jahangirzade, M., Jamshidi, M. A., Heidari, M. & Farhoush, M. (2020). Effectiveness of an Islamic Approach to Hope Therapy on Hope, Depression, and Anxiety in Comparison with Conventional Hope Therapy in Patients with Coronary Heart Disease. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*, 28(127), 82-89.
- Ritschel, K. A. & Sheppard, C. S. (2018). *Hope and Depression*. The Oxford Handbook of Hope, DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.22.
- Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G & Davidson, L. (2011). Hope in psychiatry. *Advances in psychiatric treatment*, 17, 227-235.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M. & Sigmon, S. T. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Snyder, C., Lopez, S., Shorey, H., Rand, K. & Feldman, D. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 122-139.
- Snyder, C.R, Rand, K.L., & Sigmon, D.R. (2003). *Chapt 19.pdf - 19 Hope Theory A Member of the Positive Psychology*. Retrieved 5 Jan, 2019, from <https://www.coursehero.com> › University of Texas › PSY › PSY 364.