



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564

Vol.35 No.3 September – December 2021

ISSN (print) : 0857-4553

ISSN (online) : 2773-9171

### บทความวิจัย

- อิทธิพลของเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว่ และความหมกมุ่นครุ่นคิด ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา
- ผลของโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล
- การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักร้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก
- ผลของโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติต่อความจำของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิตต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19



## วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

## THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

### จุดประสงค์

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

### กำหนดการออก

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

### เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

### สำนักงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา  
เลขที่ 112 ถนนสมเด็จพระยา 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 ยูนิพันธุ์  
รศ.สมพร เชื้อฮีรัญ  
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส  
นางกัลยา ภัคคีสมงคล  
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  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

### กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปิ่นดา  
รศ.ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย  
ผศ.ดร.เพ็ญภา แฉงค้อมยุทธ์  
อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธฤทธิ  
อ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์  
ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์  
ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระบุทก เกิดสังข์  
ดร.สุนทรี ศรี โกสโย  
ดร.กฤษณ์ชลี เพียรทอง  
นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง  
นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช  
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี  
สถาบันพัฒนาการเด็กทรานครินทร์ กรมสุขภาพจิต  
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต  
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

### ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

# คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

## ประจำปี 2563 - 2566

<p>กรรมการที่ปรึกษาจิตตimsศักดิ์</p> <p>กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย</p> <p>กรรมการที่ปรึกษา</p>	<p>อธิบดีกรมสุขภาพจิต</p> <p>นายเสรี สุวรรณ</p> <p>นายกสภาการพยาบาล</p> <p>นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา</p> <p>รองศาสตราจารย์ สมสร เชื้อหิรัญ</p> <p>รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญาบุรี</p> <p>รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์</p> <p>รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย</p> <p>ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลชิวประสาทวาทโยปถัมภ์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก</p> <p>ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร</p>
---	---

## คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

### ประจำปี 2563 - 2566

นางสาวมยุรี กลั้ววงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	อุปนายก คนที่ 1
นางพรทิพย์ คงศักดิ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	อุปนายก คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางอำพัน จารุทัศน์างกูร	ข้าราชการบำนาญ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	เหรียญฉีก
นางอรษา ฉวาง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญฉีก
นางวีณา วิทย์เกษขจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญฉีก
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพนิดา รัตนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโสทรก	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางดวงตา ภูริรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายหารายได้
นางอัญชลี วัตทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางรุจิรา จงสกุล	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจุฬาราชวิทยาลัย	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางนารีรัตน์ รุจิรพิพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
นางนิชนันท์ คำล้าน	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิษฎา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
ศศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
รศ.ดร.เอกอุมา อิ่มคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชูวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา โจคำปิ่น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

## บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัยซึ่งมีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องเสมอมา สำหรับวารสารฉบับที่ 3 ปีที่ 35 (กันยายน - ธันวาคม 2564) นี้มีประเด็นที่น่าสนใจและมีผลลัพธ์เชิงประจักษ์เกี่ยวกับ อิทธิพลของเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว่ และความหมกมุ่นครุ่นคิด ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ผลของโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเอง ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล การพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักร้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึม ผลของโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติต่อความจำของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรเลิกลสูบบุหรี่ของนักศึกษา และผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และให้การสนับสนุนติดตามมาโดยตลอด พร้อมทั้งขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานเพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม  
บรรณาธิการ

## สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564

หน้า

### บทความวิจัย

- อิทธิพลของเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว่ และความหมกมุ่น  
ครุ่นคิด ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา 1 - 22  
ยุพารัตน์ รัชดาชาน, โสภิณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, มาลาดี รุ่งเรืองศิริพันธ์
- ผลของโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองใน  
ผู้ป่วยโรคจิตเภท 23 - 41  
น้ำจิต กุลอ่อน, จำเนียร สุรวรางกูร, ธนิสร มหานัด
- ผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล  
ทยาวิร์ จันทรวีวัฒน์, สุหทัย โดสังวาลย์ 42 - 57
- การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักร้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา  
เขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี 58 - 81  
มยุรี รัตนพฤกษ์, พรสุข หุ่นนิรันดร์
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและ  
จิตเวชใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 82 - 106  
ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์รพ, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, วิไล นาป่า
- การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย  
กลุ่มอาการออทิสติก 107 - 125  
อารีย์ ชูศักดิ์, สมดี อนันต์ปฏิเวช, ปณัญญา บุญชนเมธิ
- ผลของโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติต่อความจำของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย  
126 - 140  
สำราญ บุญรักษา, ภาศิญา อ่อนดี, สุนีย์ อนุรักษ์ชูวงษ์
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล 141 - 155  
ธีระยุทธ เกิดสังข์, อริศรา แสนทวีสุข
- ผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
การเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา 156 - 169  
พิมพ์พัฒน์ จันทร์เทียน, ทัดติยา นครไชย, พัชรนันท์ รัตนภาค
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิตต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้า  
มหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 170 - 185  
เบญจมาภรณ์ ทศสูงเนิน, ภัทราภรณ์ ทุ่งปั้นคำ, ھرรรษา เศรษฐบุปผา

# THE INFLUENCES OF GENDER, AGE, ABILITY TO PERFORM ACTIVITIES OF DAILY LIVING, LONELINESS, AND RUMINATION ON DEPRESSION OF OLDER PERSONS LIVING IN NURSING HOME\*

Yuparat Rachadachan, B.N.S.\*\*, Sopin Sangon, Ph.D.\*\*\*,  
Patcharin Nintachan, Ph.D.\*\*\*\*, Malatee Rungruangsiripan, Ph.D.\*\*\*\*\*

## Abstract

**Objective:** The aim of this predictive research was to examine the influences of gender, age, ability to perform activities of daily living, loneliness, and rumination on the depression of the older persons living in nursing homes.

**Methods:** The participants were 91 older persons living in 2 social welfare development centers for the elderly in the perimeter area of the central region of Thailand. The participants were interviewed using 5 following questionnaires: personal demographic questionnaire, Barthel Activities of Daily Living Index Thai version (BADLs), Loneliness Inventory, Ruminative Response Scale Thai version, and Thai Geriatric Depression Scale-15 (TGDS-15). The data were analyzed using descriptive statistics and hierarchical multiple regression.

**Results:** The results showed that 27.48 % of the participants had depression. Gender, age, ability to perform activities of daily living, loneliness, and rumination could jointly explained 39.60 % of the variance of the depression in the older persons living in nursing homes ( $R^2 = .396$ ,  $F = 11.154$ ,  $p < .001$ ). The factor that significantly influenced the depression in the older persons was rumination ( $\beta = .494$ ,  $t = 4.926$ ,  $p < .001$ ).

**Conclusion:** The results of this study could be utilized to develop the program to prevent and reduce the depression in the older persons living in nursing homes.

**Keywords:** ability to perform activities of daily living, loneliness, rumination, depression, older persons living in nursing home

---

\* 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: [sopin.san@mahidol.edu](mailto:sopin.san@mahidol.edu)

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

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

Received: 5 July 2021, Revised: 16 November 2021, Accepted: 23 November 2021



# อิทธิพลของเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว่ และความหมกมุ่นครุ่นคิด ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา\*

ยุพรัตน์ รัชดาชาน, พย.บ. \*\*, โสภนิม แสงอ่อน, RN, Ph.D. \*\*\*,  
พัชรินทร์ นันทจันทร์, RN, Ph.D. \*\*\*\*, มาลาดี รุ่งเรืองศิริพันธ์, RN, Ph.D. \*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว่ และความหมกมุ่นครุ่นคิด ในการร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

**วิธีการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 2 แห่งในเขตปริมณฑลภาคกลางที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 91 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนีบาร์เรลฉบับภาษาไทย แบบสอบถามความว้าเหว่ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

**ผลการศึกษา :** ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.48 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น พบว่า เพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว่ และความหมกมุ่นครุ่นคิดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ร้อยละ 39.60 ( $R_2 = .396, F = 11.154, p < .001$ ) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความหมกมุ่นครุ่นคิด ( $\beta = .494, t = 4.926, p < .001$ )

**สรุป :** ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราต่อไป

**คำสำคัญ :** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว่ ความหมกมุ่นครุ่นคิด ภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

\*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: sopin.san@mahidol.edu

\*\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 5 กรกฎาคม 2564, วันที่แก้ไข: 16 พฤศจิกายน 2564, วันที่ตอบรับ: 23 พฤศจิกายน 2564

## ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักของตนเอง (ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์ และ บุรณี กาญจนถวัลย์, 2557) เนื่องจากต้องเผชิญกับความรูสึกถูกทอดทิ้งจากครอบครัวจนต้องมาอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ไม่มีญาติมาเยี่ยม และมีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุด้วยกันน้อย ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองลดลง และมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าได้ (ชนัญพร พรหมจันทร์, 2556; มาตุริอุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง, 2560) เห็นได้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 28.57 ถึง 57.30 (ชนัญพร พรหมจันทร์, 2556; พัสตราภรณ์ ลีเมธาว์, วิไลวรรณ มณีจักร สโนว์, และวรรณนิภา บุญระยอง, 2560; พิมพ์รัตน์ โทกุล, 2561; ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์ และ บุรณี กาญจนถวัลย์, 2557; สุมณฑิพย์ บุญเกิด, ปวีณา ระบำโพธิ์, สมฤดี ดินวนพะเนา, ศรีญญา นาคสระน้อย, และกัลยา ไผ่เกาะ, 2561)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานั้นส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ต่อครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และต่อสังคมและประเทศชาติ โดยผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและคุณภาพชีวิตลดลง และถ้าหากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงอาจ

พัฒนาไปสู่การเป็น โรคซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตายได้ (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559; พจนา เปลี่ยนเกิด, 2557; วีระ คุลย์ชูประภา, ชมภูณัฐ วีระวัชรชัย, และ ทวนธน บุญลือ, 2559) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีอารมณ์และพฤติกรรมที่แปรปรวน ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้ดูแลยังขาดความชำนาญและประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานานติดต่อกัน จึงอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้และเกิดความเครียดได้ (ณัฐกรกฤตา เขาวนัวรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณระปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) และผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติคือการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุนั้นมักมีอาการไม่ชัดเจน ทำให้กว่าจะวินิจฉัยโรคได้ผู้ป่วยอาจมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงแล้ว (Fostick, Silberman, Beckman, Spivak, & Amital, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้แก่ อายุ (Patra et al., 2016) การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าไม่ดี (สุมณฑิพย์ บุญเกิด และคณะ, 2561) การมีปัญหาการนอนหลับ (Mahmutovic et al., 2015)

การไม่ได้ออกไปทำกิจกรรมนอกสถานที่ (Patra et al., 2016) การมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) (Ferreira, Dias, & Fernandes, 2015) และการมีปัญหาสัมพันธ์ทางกับสมาชิกในสถานสงเคราะห์คนชรา กับผู้ดูแล และกับสมาชิกในครอบครัวเดิม (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Moore, Boscardin, Steinman, & Schwartz, 2012) รวมทั้งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่ามีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Mahmutovic et al., 2015) แต่ในบางการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้ายมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่าร้าง และคู่ (สุนนทิพย์ บุญเกิด และคณะ, 2561)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ได้แก่ จำนวนบุตรน้อย (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Patra et al., 2016) การไม่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) ระยะเวลาที่อยู่นอกห้องส่วนตัวน้อย (Jansen, Diegelmann, Schnabel, Wahl, & Hauer, 2017) ความพึงพอใจต่ออาหาร และการบริการของเจ้าหน้าที่น้อย (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมต่ำ (พิมพีรัตน์ โทกุล, 2561) การสนับสนุนทางสังคมต่ำ (พิมพีรัตน์ โทกุล, 2561; Patra et al., 2016) บางการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนจาก

ครอบครัวต่ำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาก (Gonzalez, Martin, & Martin, 2016) การมีความหวังระดับต่ำ (พัศตราภรณ์ ลิ้มเถาว์ และคณะ, 2560) และการรับรู้และเข้าใจความหมายในชีวิต ด้านการรู้จักลักษณะเฉพาะคนต่ำ (พัศตราภรณ์ ลิ้มเถาว์ และคณะ, 2560)

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ได้แก่ การไม่มีรายได้ประจำของตนเอง ความไม่เพียงพอของรายได้ (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; ศิริรำไพ สุวัฒน์คุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์, 2557) ความวุ่นวาย (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Gan, Xie, Duan, Deng, & Yu, 2015) และความหมกมุ่นครุ่นคิด (Gan et al., 2015; Niu, Kong, Zhang, & Shang, 2017) ส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบและมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (พิมพีรัตน์ โทกุล, 2561; Gonzalez et al., 2016; Patra et al., 2016) จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมในช่วง 6 เดือน (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Patra et al., 2016) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; ศิริรำไพ สุวัฒน์คุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์, 2557; Gonzalez et al., 2016) ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; สมฤดี บรรรยงคิด, วิภา เลก, และสมชาย เดียวกุล, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง

ต่างประเทศและประเทศไทย พบว่าเพศ สถานภาพสมรส การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกันอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้ร้อยละ 9.10 (Gonzalez et al., 2016) ปัจจัยระดับการศึกษา ความว้าเหว และความหมกมุ่นครุ่นคิดร่วมกันอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้ร้อยละ 14.50 (Gan et al., 2015) และปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเองอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้ร้อยละ 20.00 (สมฤติ บรรยงคิด และคณะ, 2561) การศึกษาข้างต้นสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้เพียงบางส่วนเท่านั้น และองค์ประกอบของตัวแปรที่ศึกษาก็แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่าการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทยนั้นยังพบน้อยและที่ศึกษาไปแล้วนั้นสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้เพียงบางส่วนเท่านั้น แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้ จากการศึกษาปัจจัยดังกล่าวส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเชิงความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Moore, et al., 2012) และอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (Patra et al., 2016) การศึกษาใน

เชิงทำนายในบริบทของประเทศไทยยังพบน้อยและยังไม่พบการศึกษาของปัจจัยบางตัวในลักษณะการร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ (Gan et al., 2015; Gonzalez et al., 2016; Niu et al., 2017; Patra et al., 2016) ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Gonzalez et al., 2016) ความว้าเหว (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Gan et al., 2015) และความหมกมุ่นครุ่นคิด (Gan et al., 2015) ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้จึงศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของปัจจัยเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว และความหมกมุ่นครุ่นคิดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา อันน่าจะเป็นองค์ความรู้ในการอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือบรรเทาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว และความหมกมุ่นครุ่นคิด ในการร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

### สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว่ และความหมกมุ่น  
ครุ่นคิด สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้  
พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะ  
ซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดย  
ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นภาวะ  
ทางอารมณ์ในลักษณะ โศกเศร้า โดดเดี่ยว มี  
ความคิดด้านลบต่อตนเอง โทษตนเอง มีพฤติกรรม  
แยกตัว อาจมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร  
มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน ความต้องการทางเพศ  
ลดลง และความต้องการในการทำกิจกรรมต่าง ๆ  
ลดลง (Beck & Alford, 2009) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง  
มีหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาอิทธิพล  
ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถาน  
สงเคราะห์คนชรา ได้แก่ เพศ อายุ ความสามารถในการ  
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว่และความ  
หมกมุ่นครุ่นคิด โดยมีรายละเอียดดังนี้

**เพศ:** เพศเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเชิง  
ชีวภาพ และจิตสังคม โดยในด้านชีวภาพ ได้แก่  
การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในเพศหญิงไม่ว่าจะ  
เป็นระยะการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ระยะระหว่างที่มี  
ประจำเดือน และระยะการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน  
ต่างก็เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้  
(Albert, 2015) ในด้านจิตสังคมได้แก่ ผู้หญิงมีบทบาท  
หน้าที่ภายในครอบครัว ให้ดูแลงานบ้านและความ  
เป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นงานที่ต้อง

ทำต่อเนื่องเป็นเวลานานแต่กลับไม่ได้รับการเห็น  
คุณค่าเมื่อเทียบกับเพศชายที่มักได้รับหน้าที่ในการ  
หารายได้ ทำให้เพศหญิงรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง  
น้อย ความรับผิดชอบเรื่องการดูแลบุตรมักจะเป็น  
หน้าที่ของผู้หญิง ทำให้เกิดความคาดหวังและความ  
กดดันที่จะต้องเลี้ยงดูบุตรให้ดี รวมทั้งค่านิยมที่  
มองว่าผู้หญิงควรอยู่บ้านทำให้การมีสัมพันธภาพ  
กับคนอื่นน้อยลง ขาดแหล่งสนับสนุนเมื่อต้อง  
เผชิญความเครียด จะเห็นได้ว่าเพศหญิงมีบทบาท  
หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมาก แต่กลับไม่ได้รับการ  
เห็นคุณค่าทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ  
ซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ  
และคณะ, 2555) อีกทั้งยังพบว่าในเพศหญิงมีความ  
รุนแรงของโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Marcus  
et al., 2008) และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการปรับเปลี่ยน  
บทบาท เช่น การเกษียณอายุการทำงาน และมีข้อ  
จำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งเสริมให้เกิด  
ความรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ ความภูมิใจใน  
ตนเองหายไป ส่งเสริมให้เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะ  
มีภาวะซึมเศร้าได้ (ตฤติลา จำปาวัลย์, 2560) ซึ่งจาก  
การทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศมีความสัมพันธ์  
กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์  
คนชรา โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ธนัญพร  
พรหมจันทร์, 2556; Mahmutovic et al., 2015; Moore  
et al., 2012) และเพศสามารถร่วมทำนายภาวะ  
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์  
คนชรา (Gonzalez et al., 2016)

**อายุ:** อายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อผู้สูงอายุ  
ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม โดยทางด้าน  
ร่างกายนั้น ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง

ทางด้านร่างกายที่ถดถอยลงเรื่อย ๆ อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่ถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในส่วนของจิตสังคมนั้น ผู้สูงอายุที่มีอายุมักจะมีโอกาสที่จะได้เผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่มาก เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโศกเศร้า เสียใจได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) นอกจากนี้วัยสูงอายุอยู่ในระยะพัฒนาการขึ้นความรู้สึกมั่นคงทางใจกับความท้อแท้สิ้นหวัง (Ego integrity vs. Despair) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุรู้สึกว่าประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จ ไม่พึงพอใจกับชีวิตในอดีต อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตล้มเหลว ท้อแท้สิ้นหวัง และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากไม่มีโอกาสกลับไปแก้ไขสิ่งต่าง ๆ ในอดีตได้แล้ว (นริรัตน์ จิตรมนตรี, 2554; ศิริไชย หงษ์สงวนศรี และนิดา ลี้มสุวรรณ, 2555; Eliopoulus, 2010; Erikson, 1963) โดยผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความไม่พึงพอใจกับชีวิตของตนเอง รู้สึกว่าเมื่ออายุมากขึ้นบทบาทหน้าที่และความสำคัญต่อคนในครอบครัวลดลงเนื่องจากไม่มีรายได้ บางรายรู้สึกเป็นภาระกับบุตรหลานจึงต้องมาอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (มาทรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมักมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาก (Patra et al., 2016) และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 74 ปี (ศิริราไพ สุวัฒนคุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์, 2557)

**ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน:** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activities of daily living: BADLs) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า นำไปสู่การเกิดความเจ็บป่วยด้านจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล ซึมเศร้า (Zhao et al., 2018) อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และมีความอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Maslow, 1970) ดังนั้นถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ซึ่งจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานเคราะห์คนชรา พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยจะพบในผู้ที่มีข้อจำกัดหรือต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (พิมพ์รัตน์ โทกุล, 2561; ศิริราไพ สุวัฒนคุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์, 2557; Patra et al., 2016) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าด้วย (Gonzalez et al., 2016; Kim, 2018)

**ความว่างเหว:** ความว่างเหวเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจที่เกิดมาจากการไม่สามารถมีความสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่นได้ ทำให้รู้สึกว่าไม่มีใครสนใจ ไม่มีใครเข้าใจตนเอง ไม่มี

ใครรัก ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (สุพรรณิ นันทชัย, 2534) ซึ่งปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดปัญหาด้านจิตใจต่าง ๆ (Feist & Feist, 2009; Sullivan, 1953) ไม่ว่าจะเป็นความเครียด วิตกกังวล เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย แยกตัวออกจากสังคม จนในที่สุดอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและจิตตามมา เช่น ปัญหาด้านการนอนหลับ การคิดและความจำไม่ดี มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ ภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย (Hawkey & Cacioppo, 2010; Mushtaq, Shob, Shah, & Mushtaq, 2014; Valtorta & Hanratty, 2012) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราพบว่า ความว่าเหว่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Gan et al., 2015; Zhao et al., 2018) อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ในระดับปานกลางถึงสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากถึง 12.87 เท่า (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) และความว่าเหว่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (Zhao et al., 2018)

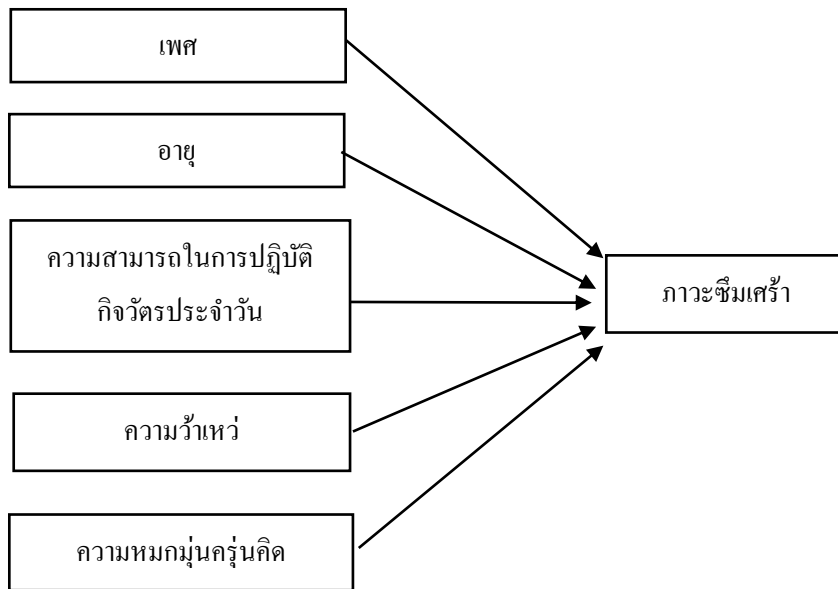
**ความหมกมุ่นครุ่นคิด:** ความหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นการคิดวนไปวนมา คิดซ้ำ ๆ และเป็นลักษณะการคิดที่ไม่นำไปสู่การแก้ปัญหา มักจะเป็นการคิดในแง่ร้ายทำให้เกิดความรู้สึกทางด้านลบต่อตนเองหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกทางด้านลบที่ยาวนานและรุนแรงมากขึ้น มีความคิดไปทางด้านลบมากขึ้น เกิดความเครียด

การรู้คิดและสมาธิลดลง จนกระทบความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Nolen-Hoeksema, 2004) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดในด้านลบเกี่ยวกับตนเอง รวมไปถึงการตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในด้านลบ (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ดังนั้นถ้าหากบุคคลมีความคิดด้านลบต่อตนเองที่เกิดในลักษณะของการคิดซ้ำ ๆ วนไปวนมา ก็มีโอกาที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราพบว่า ความหมกมุ่นครุ่นคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Gan et al., 2015; Niu et al., 2017) และความหมกมุ่นครุ่นคิดมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าด้วย (Gan et al., 2015)

ดังนั้นปัจจัยเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว่าเหว่ และความหมกมุ่นครุ่นคิดน่าจะสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้ดังแสดงในภาพที่ 1

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive study design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในเขตปริมณฑลภาคกลาง จำนวน 2 แห่งในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม พ.ศ. 2563 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ทั้งเพศชายและหญิง 3) สามารถสื่อสาร



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

และเข้าใจภาษาไทยได้ 4) ไม่มีการบกพร่องทางด้านสติปัญญาและการรู้คิด ประเมินโดยแบบคัดกรองหมวดหมู่ (The set test) ได้รับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน และ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนาม

#### การกำหนดขนาดตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลัก Power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1992) โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับขนาดอิทธิพล (Effect size) ของปัจจัยที่ศึกษา พบว่า มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง .17 ถึง .74 (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; พิมพ์รัตน์ โทกุล, 2561; Gan et al., 2015; Niu et al.,

2017; Patra et al., 2016) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับ Medium effect size คือ .30 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = .05$  และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 82 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.00 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 91 คน

#### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเขตปริมณฑล ภาคกลาง จำนวน 2 แห่ง ลักษณะประชากรแห่งที่ 1



มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 95 คน และแห่งที่ 2 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 190 คน จากข้อมูลข้างต้น คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลในแต่ละแห่งโดยคำนึงถึงสัดส่วนได้จำนวนตัวอย่างแต่ละพื้นที่ดังนี้ แห่งที่ 1 จำนวน 30 คน และแห่งที่ 2 จำนวน 61 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบคัดกรองหมวดหมู่ (The set test) พัฒนาโดย ไอแซค และอักทาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972) ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยการบอกชื่อสิ่งที่อยู่ในแต่ละหมวดหมู่ ได้แก่ สี สัตว์ ผลไม้ และเมืองให้ได้มากที่สุดหมวดหมู่ละ 10 ชื่อ โดย 1 ชื่อที่ตอบได้ถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 หมายถึง การมีการรู้คิดและสติปัญญาปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสมัครใจ เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ใน

สถานสงเคราะห์ จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)

#### 2.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ

ไทย 15 ข้อ (Thai version of the Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) แปลเป็นภาษาไทยโดยณทชัย วงศ์ปารันย์ และทินกร วงศ์ปารันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) จาก The 15-item Geriatric Depression Scale (Sheikh & Yesavage, 1986) ซึ่งประเมินความรู้สึกเศร้าของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ (Dichotomous question) คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” (0 - 1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 15 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก และแปลผลคะแนนได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนน 0 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 2) คะแนน 5 - 10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น และ 3) คะแนน 11 - 15 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา มีการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85 (พิมพ์รัตน์ โทกุล, 2561) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้มีความเชื่อมั่นโดย Kuder Richardson (KR-21) เท่ากับ .75

#### 2.3 แบบประเมินความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนีบาร์เซล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living Index Thai version) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul, Kamolratanakul

& Ebrahim, 1994) จาก The Barthel Activities of Daily Living Index (Mahoney & Barthel, 1965) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 2 ระดับ (0 - 1 คะแนน) จำนวน 2 ข้อ 3 ระดับ (0 - 2 คะแนน) จำนวน 6 ข้อ และ 4 ระดับ (0 - 3 คะแนน) จำนวน 2 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติ และสามารถแปลผลคะแนนได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนน 0 - 8 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 9 - 11 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติ มีการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86 - .97 (พิมพัทธ์ โทกุล, 2561; ลัญชนา พิมพัทธ์ชัยบุญ, 2558) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test - retest method) ห่างกัน 2 สัปดาห์ ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank - order correlation) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .76 ( $p < .05$ )

2.4 แบบวัดความว่าเหว่ แปลเป็นภาษาไทยโดยสุพรรณิ นันทชัย (2534) จาก University of California, Los Angeles Loneliness Scale (UCLA

Loneliness Scale) (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับเพื่อนสนิทและความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ (1 - 4) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความว่าเหว่มาก และสามารถแปลผลคะแนนความว่าเหว่ได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) คะแนน 61 - 80 คะแนน มีความว่าเหว่มากที่สุด 2) คะแนน 41 - 60 คะแนน มีความว่าเหว่ปานกลาง และ 3) คะแนน 20 - 40 คะแนน มีความว่าเหว่น้อยที่สุด ค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราโดย Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87 - .93 (ลัญชนา พิมพัทธ์ชัยบุญ, 2558; Zhao et al., 2018) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่น โดย Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .91

2.5 แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ฉบับภาษาไทย (Ruminative Response Scale Thai version) แปลเป็นไทยโดยวาริรัตน์ ถาน้อย (Thanoi, 2009) จาก Ruminative Response Scale (Nolen-Hoekseman & Morrow, 1991) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (depression related) การครุ่นคิด (brooding) และการสะท้อนความคิด (reflection) มีข้อคำถาม 22 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ (1 - 4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22 - 88 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง มีความครุ่นคิดในระดับสูง

ค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราโดย Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .77 (Gan et al., 2015) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ค่าความเชื่อมั่น โดย Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .90

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MURA2019/1197 และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุและผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล การยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ในท่านที่ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ ลงลายมือชื่อเป็นพยานแทน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีเจ้าหน้าที่ประจำแต่ละแห่งพาผู้วิจัยไปแนะนำตัวกับผู้สูงอายุและผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลในบริเวณที่สงบ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินการบกพร่องทางด้านสติปัญญาและการรู้คิด โดยแบบคัดกรองหมวดหมู่ (The set test)

หากได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน หรือไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ผู้วิจัยจะไม่ดำเนินการเก็บข้อมูลในส่วนอื่น และแสดงความขอบคุณ พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินการบกพร่องทางด้านสติปัญญาและการรู้คิดให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อไป

ในผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกรวบรวมตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างที่สัมภาษณ์จะมีเวลาให้กลุ่มตัวอย่างได้พักประมาณ 5 นาที หรือจนกว่าจะพร้อมในการตอบแบบสอบถามต่อไป ภายหลังจากสัมภาษณ์พบกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนความเครียดมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ซึ่งจำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อรับการรักษารักษาจำนวน 4 คน ผู้วิจัยได้แจ้งผลการประเมินภาวะซึมเศร้าให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อไป ระยะเวลารวมทั้งใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 45 นาทีต่อคน หลังจากสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเสร็จแล้ว ผู้วิจัยแสดงความขอบคุณที่ยินดีและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติบรรยายในการอธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว่าเหว และความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis)

ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นก่อน ซึ่งผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณแบบเชิงชั้น

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.82) มีอายุเฉลี่ย 78.55 ปี (SD = 7.73) โดยมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี (ร้อยละ 47.25) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.90) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.15) มีสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 47.25) ไม่มีบุตร (ร้อยละ 54.95) มีรายได้ต่ำกว่า 1,001 บาท (ร้อยละ 72.53) แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการบริจาคน (ร้อยละ 92.31) มีรายได้เพียงพอ และเหลือเก็บ (ร้อยละ 41.76) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.11) โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.74) สัมผัสใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (ร้อยละ 82.42) อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรามานาน 1 - 5 ปี (ร้อยละ 41.76) (Mean = 7.65, SD = 5.83) ไม่มีญาติมาเยี่ยมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 62.63) และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 85.71)

2. ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว่าเหว และความหมกมุ่นครุ่นคิดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 คะแนน (SD = 2.85) โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.48 ซึ่งในจำนวนนี้เริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.08 และเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.40 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.95 คะแนน (SD = 1.85) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติร้อยละ 97.80 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 2.20 ความว่าเหวมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.77 คะแนน (SD = 12.05) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความว่าเหวน้อย ร้อยละ 28.57 มีความว่าเหวปานกลางร้อยละ 45.06 และมีความว่าเหวมกร้อยละ 26.37 และความหมกมุ่นครุ่นคิดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.22 คะแนน (SD = 9.02)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว่าเหว ความหมกมุ่นครุ่นคิด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว่าเหว ความหมกมุ่นครุ่นคิด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank - order correlation) เนื่องจากข้อมูลของตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่ปกติพบว่า ความว่าเหวและความหมกมุ่นครุ่นคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ( $r_s$ ) ระหว่างอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว ความหมกมุ่นครุ่นคิด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ( $n = 91$ )

ตัวแปร	1	2	3	4	5
อายุ	1.000				
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.174	1.000			
ความว้าเหว	-.013	-.100	1.000		
ความหมกมุ่นครุ่นคิด	.060	-.218*	.422***	1.000	
ภาวะซึมเศร้า	.178	-.205	.411***	.613***	1.000

\* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล ( $r_{pb}$ ) ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ( $n = 91$ )

ตัวแปร	$r_{pb}$	$p$
เพศ	.126	.236

( $r_s = .411, p < .001, r_s = .613, p < .001$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 1) ส่วนตัวแปรอายุและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา สำหรับตัวแปรเพศได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยซ์ไบซีเรียล (Point – biserial correlation) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (ตารางที่ 2)

#### 4. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

การศึกษาครั้งนี้จัดลำดับตัวแปรที่ศึกษาเข้าสู่สมการทำนายตามกรอบแนวคิดการวิจัยโดย

ลำดับที่ 1 คือ เพศและอายุ ลำดับที่ 2 คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลำดับที่ 3 คือ ความว้าเหว และลำดับที่ 4 คือ ความหมกมุ่นครุ่นคิด ในสมการที่ 4 เมื่อใส่ตัวแปรอิสระครบทุกตัวแปรพบว่า เพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว้าเหว และความหมกมุ่นครุ่นคิดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้ร้อยละ 39.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .396, F(5,85) = 11.154, p = .000$ ) มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นจากสมการที่ 3 เท่ากับ .172 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{\text{change}} = .172, F_{\text{change}} = 24.270, p = .000$ ) แสดงว่าความหมกมุ่นครุ่นคิดทำให้โมเดลสามารถอธิบายความ

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) หาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (n = 91)

ปัจจัยทำนาย	b	S.E. (b)	Beta	t	p-value
<b>Model 1</b>					
ค่าคงที่ (Constant)	-1.068	3.044		-.351	.727
เพศ	.686	.700	.104	.980	.330
อายุ	.052	.039	.141	1.333	.186
R = .188; R <sup>2</sup> = .035; Adjusted R <sup>2</sup> = .013; Overall F <sub>(2,88)</sub> = 1.608, p = .206					
<b>Model 2</b>					
ค่าคงที่ (Constant)	7.305	4.336		1.685	.096
เพศ	.389	.687	.059	.567	.572
อายุ	.049	.038	.133	1.295	.199
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.417	.159	-.271	-2.631	.010
R = .326; R <sup>2</sup> = .106; Adjusted R <sup>2</sup> = .076; R <sup>2</sup> change = .071; Overall F <sub>(3,87)</sub> = 3.452, p = .020					
<b>Model 3</b>					
ค่าคงที่ (Constant)	1.540	4.368		.353	.725
เพศ	.378	.644	.057	.586	.559
อายุ	.052	.035	.141	1.465	.147
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.336	.150	-.218	-2.232	.028
ความวิตกกังวล	.082	.023	.347	3.607	.001
R = .473; R <sup>2</sup> = .224; Adjusted R <sup>2</sup> = .188; R <sup>2</sup> change = .117; Overall F <sub>(4,86)</sub> = 6.198, p = .000					
<b>Model 4</b>					
ค่าคงที่ (Constant)	-3.757	4.022		-.934	.353
เพศ	.420	.572	.064	.735	.465
อายุ	.036	.032	.098	1.145	.256
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.137	.139	-.089	-.983	.329
ความวิตกกังวล	.032	.023	.135	1.411	.162
ความหมกมุ่นครุ่นคิด	.156	.032	.494	4.926	.000
R = .629; R <sup>2</sup> = .396; Adjusted R <sup>2</sup> = .361; R <sup>2</sup> change = .172; Overall F <sub>(5,85)</sub> = 11.154, p = .000					

แปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 17.20

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความหมกมุ่นครุ่นคิด ( $\beta = .494, t = 4.926, p = .000$ ) สำหรับตัวแปรเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความหว้าวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.48 แบ่งเป็นเริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.08 และเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.40 โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ( $SD = 2.85$ ) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.00 โดยเป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.00 และเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 16.00 (พิมพ์รัตน์ โทกุล, 2561)

**ความหมกมุ่นครุ่นคิด:** ผลการวิจัยพบว่า ความหมกมุ่นครุ่นคิดมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มักจะมีความหมกมุ่นครุ่นคิด โดยการคิดมากเกินไป มาพร้อมกับเรื่องเดิมจะทำให้รูปแบบการแก้ปัญหาเกิดจากกระบวนการคิดซ้ำ ๆ วนไปมา ทำให้

ให้การแก้ปัญหาไม่สำเร็จ จมอยู่กับปัญหา เมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้จึงมีความคิดลบกับตนเอง (Nolen-Hoeksema, 2004) สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ฉบับภาษาไทยพบว่า เมื่อเศร้า แม่ หรือเสียใจผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมักจะปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียว คิดเกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึกที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 47.25) นึกถึงเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น และปรารถนาที่จะให้มันเป็นไปได้ดีกว่าที่มันเป็นอย่างอยู่ (ร้อยละ 54.95) มีคิดซ้ำ ๆ ว่าเพราะอะไรจึงต้องมาเจอปัญหาเหล่านี้ (ร้อยละ 48.35) อีกทั้งยังคิดถึงข้อบกพร่อง ความล้มเหลว ความผิดพลาดทั้งหมดของตนเองอีกด้วย (ร้อยละ 49.45) การมีความคิดด้านลบของบุคคลจะขัดขวางความสามารถในการคิดและจัดการปัญหา ส่งผลให้มองตนเองในด้านลบ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีปัญญานิยมที่ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีความคิดด้านลบต่อตนเองและต่อเหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญ ทำให้รู้สึกแย่ต่อตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559; Beck et al., 1979) ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าความหมกมุ่นครุ่นคิดมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

**ความหว้าว:** ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความหว้าวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.06) รองลงมาคือ มีความหว้าวน้อย (ร้อยละ 28.57) และมีความหว้าวมาก (ร้อยละ 26.37) ตามลำดับ โดยมีคะแนนความหว้าวเฉลี่ยเท่ากับ 48.77 ( $SD = 12.05$ ) ซึ่งอยู่ใน

เกณฑ์มีความว่าเหว่ระดับปานกลาง จากลักษณะทั่วไปของสถานสงเคราะห์คนชราที่มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องเข้าร่วมเป็นประจำทุกวัน แต่กลับพบว่ามีการระดับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากคิดเป็นร้อยละ 71.43 อาจอธิบายได้ว่า แม้ว่าในสถานสงเคราะห์คนชราจะมีกิจกรรมกลุ่มเป็นรูปแบบของกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ ตารางเก้าช่อง การรำไม้พลอง เป็นต้น แต่ลักษณะกิจกรรมดังกล่าวยังไม่มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในทางอารมณ์และสังคมระหว่างสมาชิกกลุ่ม จากลักษณะของความว่าเหว่ที่เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถมีความสัมพันธ์ที่มีความหมายหรือความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นได้ ซึ่งการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในรูปแบบดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534; Peplau & Perlman, 1979) ผู้สูงอายุจึงยังมีระดับความว่าเหว่ค่อนข้างมาก

ในส่วนของผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นในสมการที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรความว่าเหว่เข้าไปในสมการ ความว่าเหว่สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเพิ่มขึ้นได้อีกร้อยละ 11.70 และความว่าเหว่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะอธิบายได้ว่า ความว่าเหว่เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง แยกตัวออกจากสังคมก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534; Peplau & Perlman, 1979) อย่างไรก็ตามในสมการ

ที่ 4 พบว่า ความว่าเหว่ ร่วมกับปัจจัยเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความหมกมุ่นครุ่นคิดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้ร้อยละ 39.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความว่าเหว่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ความว่าเหว่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gan et al., 2015; Zhao et al., 2018)

**เพศ:** ผลการวิจัยพบว่า เพศมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า เพศหญิงและเพศชายมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงจะให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัว แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุกลับไม่ได้รับ การให้ความสำคัญอาจทำให้เพศหญิงเห็นคุณค่าในตนเองน้อย นำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนเพศชายให้ความสำคัญกับการทำงานหารายได้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553, 2560; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2555) เมื่อผู้วัยเกษียณ ไม่ได้ทำงาน อาจทำให้เพศชายเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Bleidorn & Schwaba, 2018) นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (สมฤติ บรรยงคิด และคณะ, 2561) แต่เมื่อผู้สูงอายุมาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นการดูแลงานบ้าน การดูแลความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว และการหารายได้มีความสำคัญน้อยลง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง



ส่วนใหญ่แม้ว่าจะมีสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 47.25) ไม่มีบุตร (ร้อยละ 54.95) แหล่งที่มาของรายได้มาจากเงินบริจาค (ร้อยละ 92.31) รู้สึกว่ารายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 41.76) แต่การเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ทางศูนย์ ฯ จะเป็นผู้ดูแลในเรื่องดังกล่าวให้ และในผู้สูงอายุที่ชำระค่าที่พักด้วยตนเองก็สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของตนเองได้ จากข้อมูลดังกล่าวอาจส่งผลให้ทั้งเพศชายและหญิงรู้สึกว่าไม่ได้กังวลหรือไม่กดดันในเรื่องการดูแลบุตร การดูแลคนในครอบครัว การหารายได้ ปัญหาด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงทำให้พบว่าเพศมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**อายุ:** ผลการวิจัยพบว่า อายุมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายुर้อยละ 52.75 มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี และมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ร้อยละ 47.25 อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในการศึกษานี้พบว่ายังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ร้อยละ 97.80) อีกทั้งยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ได้อีกด้วย (ร้อยละ 85.71) นั่นหมายถึงผู้สูงอายุยังสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองตามปกติ ซึ่งอาจมีส่วนทำให้ไม่พบอิทธิพลของอายุต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในการศึกษานี้

**ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน:** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 97.80) ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปกตินั้นแสดงถึงการที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ซึ่งแสดงถึงว่าผู้สูงอายุสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ มีความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Maslow, 1970) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim (2018) พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) สูงและการที่ผู้สูงอายู้รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถและมีคุณค่าทำให้โอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง (Kim, 2018; Sun et al., 2017) ดังนั้นในการศึกษานี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยลดความหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้
2. เมื่อนำปัจจัยความหมกมุ่นครุ่นคิดเข้าสู่สมการทำนาย ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความหว้าเหวไม่มีอิทธิพลต่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวในเชิงสาเหตุต่อไป

3. ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาตัวแปร เช่น การสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเองร่วมด้วย ซึ่งอาจเพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้

4. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเพียง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรพิจารณาการจะนำสมการไปใช้อย่างเหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จขอขอบคุณ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

ณัฐรุ้งกฤตา เขาวาน์วารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 110-122.

ศุภิลา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 1-11.

ธนัญพร พรหมจันทร์. (2556). ภาวะซึมเศร้า ความรู้เท่าเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า Depression. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 18(38), 105-118.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). ทฤษฎีความสูงอายุ. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บก.), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 35-44). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พจนนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18-21.

พัสดราภรณ์ ลีเมธาว์, วิไลวรรณ มณีจักร สโนว์, และวรรณนิภา บุญระยอง. (2560). การเปรียบเทียบความหวัง ความหมายในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง*, 3(2), 134-146.

พิมพ์รัตน์ โทกุล. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *วารสารสุสมิแล*, 38(1), 29-44.

ลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไว้วางใจของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม จิตวิญญาณ และการปรับตัวในผู้สูงอายุ. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บก.), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 59-74). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีระ คุณัญชูประภา, ชมกฤษ วีระวัชรชัย, และทวนชน บุญถื่อ. (2559). ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในด้านการขาดงานและการด้อยความสามารถในผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder. *วารสารไทยไกลษณียนิพนธ์*, 11(2), 1-12.

- ศิริไชย หงษ์สงวนศรี และนิดา ลิ้มสุวรรณ. (2555). พัฒนาการทางใจ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บก.), *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี: Using DSM-5* (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4, หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธุ์ สาส์คย์, พัศนา ชูวรรณะปรกรณ์, เดือนใจ กักคิพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริราไฟ สุวัฒน์กุลดี และบุรณี กาญจนถวัลย์. (2557). การศึกษาการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยูในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยูในบ้านพักคนชรา อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 58(3), 341-353.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). เพศภาวะกับสุขภาพจิต. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(1), 109-118.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2560). ภาวะซึมเศร้าในผู้ชาย: มองผ่านเลนส์เพศภาวะ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), 158-165.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัดนกุล, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัศรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, และเขวเรศ สุดะโท. (2555). เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 61-74.
- สมฤดี บรรยงคิด, วิภา เลค, และสมชาย เตียวกุล. (2561). อิทธิพลของความถี่ในการมาเยี่ยมของญาติ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเองที่มีต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยูในบ้านพักผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 269-275.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณิ นันทชัย. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนนทิพย์ บุญเกิด, ปวีณา ระบายโพธิ์, สมฤดี ดินวนพะเนา, ศรีัญญา นาคสระน้อย, และกัลยา ไผ่เกาะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 182-190.
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(4), 219–221.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: causes and treatment* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Bleidorn, W., & Schwaba, T. (2018). Retirement is associated with change in self-esteem. *Psychology and Aging*, 33(4), 586-594.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological nursing* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Norton.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Feist, J., & Feist, G. J. (2009). *Theories of personality* (7th ed.). Retrieved April 4, 2019, from [https://www.academia.edu/35309183/Theories\\_of\\_Personality\\_7e\\_English](https://www.academia.edu/35309183/Theories_of_Personality_7e_English).
- Ferreira, A. R., Dias, C. C., & Fernandes, L. (2015). Needs in nursing homes and their relation with cognitive and functional decline, behavioral and psychological symptoms. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8(72), 1-10.

- Fostick, L., Silberman, A., Beckman, M., Spivak, B., & Amital, D. (2010). The economic impact of depression: Resistance or severity?. *European Neuropsychopharmacology*, 20(10), 671-675.
- Gan, P., Xie, Y., Duan, W., Deng, Q., & Yu, X. (2015). Rumination and loneliness independently predict six-month later depression symptoms among Chinese elderly in nursing homes. *Public Library of Science One*, 10(9), 1-10.
- Gonzalez, R. E., Martin, M., & Martin, D. (2016). Risk factors associated with depression and anxiety in older adults of Mexican origin. *European Scientific Journal*, 12(24), 1-13.
- Hawley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 1-14.
- Isaacs, B., & Akhtar, A. J. (1972). The set test: A rapid test of mental function in old people. *Age and Aging*, 1, 222-226.
- Jansen, C. P., Diegelmann, M., Schnabel, E. L., Wahl, H. W., & Hauer, K. (2017). Life-space and movement behavior in nursing home residents: results of a new sensor-based assessment and associated factors. *BioMed Central Geriatrics*, 17(36), 1-9.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age and Aging*, 23, 97-101.
- Kim, M. S. (2018). The influence of self-efficacy and activities of daily living on depression among elderly nursing home residents. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 24(4), 367-375.
- Mahmutovic, J., Rudic, A., Pasalic, A., Jusupovic, F., Brankovic, S., & Jaganjac, A. (2015). Risk factors for depression in residents of gerontology center in Sarajevo. *Journal of Health Sciences*, 5(1), 19-24.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Marcus, S. M., Kerber, K. B., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A., Balasubramani, G. K., et al. (2008). Gender differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: STAR\*D confirmatory analyses. *Comprehensive Psychiatry*, 49(3), 238-246.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. Retrieved April 26, 2019, from [http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Motivation\\_and\\_Personality-Maslow.pdf](http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Motivation_and_Personality-Maslow.pdf)
- Moore, K. L., Boscardin, W. J., Steinman, M. A., & Schwartz, J. B. (2012). Age and sex variation in prevalence of chronic medical conditions in older residents of US nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 756-764.
- Mushtaq, R., Shob, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(9), 1-4.
- Niu, J. M., Kong, F. Z., Zhang, Y. T., & Shang, Y. X. (2017). Study on the correlation between depression and emotion regulation strategies in the elderly residents. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 38(12), 1611-1615.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107-123). West Sussex, England: John Wiley & Son.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Patra, P., Alikari, V., Fradelos, E. C., Sachlas, A., Kourakos, M., Gil, A. P. R., et al. (2016). Assessment of depression in elderly. Is perceived social support related? A nursing home study depression and social support in elderly. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 987, 139-150.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1979). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. In M. Cook & G. Wilson (Eds.), *Love and attraction* (pp.99-108). Oxford, England: Pergamon.

- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sun, Y., Zhang, D., Yang, Y., Wu, M., Xie, H., Zhang, J., et al. (2017). Social support moderates the effects of self-esteem and depression on quality of life among Chinese rural elderly in nursing homes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 197-204.
- Thanoi, W. (2009). *Adolescent suicide risk behaviors predictive model: Testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support*. Doctoral dissertation, Mahidol University.
- Valtorta, N., & Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105, 518-522.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12, 11-17.
- Zhao, D., Hu, C., Chen, J., Dong, B., Ren, Q., Yu, D., et al. (2018). Risk factors of geriatric depression in rural China based on a generalized estimating equation. *International Psychogeriatric*, 30(10), 1-9.
- Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., et al. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, 268, 143-151.

## THE EFFECTIVENESS OF RESILIENCE PROGRAM ON SELF-CONTROL FOR VIOLENT BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

*Namjit Kulon, M.N.S. \*, Jammian Suravarangkul, M.N.S. \*\*, Thanisorn Mahanat, M.N.S. \*\**

### Abstract

**Objective:** To compare the effectiveness of the Resilience Program on self-control for violent behaviors of schizophrenic patients.

**Methods:** This research was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design. A sample group was twenty-four male schizophrenia patients who exhibited violent behaviors caused by impulsivity or self-uncontrolled behavior who received inpatient treatment at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. They participated in a resilience program developed by the researcher from four concepts as follows; 1) Psychoeducation (Anderson et al., 1980), 2) Motivational interviewing (Miller & Rollnick, 2002), 3) Psychological stress and the coping process (Lazarus & Folkman, 1984), and 4) Resilience quotient (Grotberg, 1995). The program consisted of six activities held on Monday, Wednesday, and Friday twice a day and each session took sixty minutes. The control group of twenty-four patients received normal nursing care. The research instruments were 1) Resilience program for risk group (IOC=.98), and 2) Violent behavior management assessment form for schizophrenia patients ( $\alpha = .91$ ). Data were analyzed by a descriptive statistic and the repeated measures ANOVA.

**Results:** The study revealed that the experimental group had the mean score for managing violent behavior immediately after the experiment and the one-month follow-up period higher than before the experiment. The mean score for managing violent behavior immediately after the experiment and the one-month follow-up period was higher than the control group statistically significant ( $p$ -value=.05).

**Keywords:** resilience program, self-control, violent behaviors, schizophrenic patients

---

\*Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital, e-mail: namjit.k@gmail.com

\*\*Registered Nurse, Professional Level, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Received: 23 September 2021, Revised: 2 December 2021, Accepted: 9 December 2021

# ผลของโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุม พฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท

น้ำจิต กุลอ่อน, พย.ม.\*, จำเนียร สุรวรางกูร, พย.ม.\*\*, ธนิสร มหานัด, พย.ม.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทชายมีพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากหุนหันพลันแล่น หรือควบคุมตนเองไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ กลุ่มทดลอง 24 คนได้รับ โปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแนวคิด 1) สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson 2) การเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick 3) ความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman และ 4) Resilience Quotient ของ Grotberg จำนวน 6 กิจกรรม ดำเนินกลุ่มทุกวันจันทร์-พุธ-ศุกร์ วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที กลุ่มควบคุม 24 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ 1) โปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง และ 2) แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำด้วยสถิติ repeated measure ANOVA

**ผลการศึกษา :** กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนทดลอง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง การควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง พฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยโรคจิตเภท

\*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์, e-mail: namjit.k@gmail.com

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

วันที่รับ: 23 กันยายน 2564, วันที่แก้ไข: 2 ธันวาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 9 ธันวาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อย มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2018) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติด้านความคิด เป็นอาการเด่น ส่งผลกระทบการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมรุนแรงเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท (ศุภโชคสิงห์กันต์, 2558) ทั้งนี้พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสาเหตุเนื่องมาจากลักษณะ หุนหันพลันแล่น (Reddy et al., 2014) โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการรักษา ด้วยยา การดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด (Citrome & Volavka, 2015; Witt, Dorn, & Fazel, 2013) อาการทางจิตกำเริบ และความเครียดในชีวิต (Dorn, Volavka, & Johnson, 2012; Pompili & Fiorillo, 2015) พฤติกรรมรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อชีวิตอันตราย ต่อบุคคล ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ญาติ บุคคลอื่นและทรัพย์สิน และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงที่ผิดกฎหมาย โดยเฉพาะการฆาตกรรม (Wehring & Carpenter, 2011) เพศชายจะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (Robbins, Monahan, & Silver, 2003) ผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่างมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ปวดศีรษะ เบื่อหน่าย หวาดกลัว นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ร่างกายทรุดโทรมลงทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ (Batra, Saoji, & Ghildiyal, 2015) และพฤติกรรมรุนแรงเป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Hoptman,

2015) เพิ่มภาระในการดูแลของญาติ และชุมชน (Citrome & Volavka, 2015)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยพบว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยและเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) สามารถส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีขึ้น เพิ่มการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น อาการทางจิตลดลง ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคงทนอยู่ได้นานมากกว่า 6 เดือน (Chien, Mui, Cheung, & Gray, 2015) ปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด พบว่า การให้ความรู้ (Health education) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีทักษะและสามารถเผชิญปัญหาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chien & Thompson, 2014) ลดอาการแสดงต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ลดรายจ่าย รวมทั้งลดอาการกลับเป็นซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Hasan, Callaghan, & Lynn, 2015) ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ของมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick, 2002) เพื่อลดความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา รับทราบถึงผลเสียของการดื่มสุรา ให้ความร่วมมือในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและ



อาการทางจิตกำเริบ ซึ่งผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการรู้คิด และความร่วมมือในการรักษา การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Phan, 2016) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011) แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ของแอนเดอตัน โฮกราร์ที และริสส์ (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980) เป็นการสร้างความเข้าใจที่มีโครงสร้างและระบบที่ชัดเจนแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เกี่ยวกับลักษณะอาการ อาการเตือน สาเหตุ รวมถึงการดูแลรักษาโรคหรือภาวะที่บุคคลนั้น ๆ กำลังประสบอยู่ และปัจจัยเสี่ยงด้านความเครียดในชีวิต ซึ่งผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท อาการทางจิตที่กำเริบ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่เป็นตรรกะ (Dorn et al., 2012; Pompili & Fiorillo, 2015) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปรับตัว ขาดความยืดหยุ่นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีบกพร่องด้านความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient :EQ) (Bora, Gokcen, & Veznedaroglu, 2008) ขาดการยับยั้งชั่งใจ เมื่อต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล หรือมีปัจจัยกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา (Hoptman, 2015) แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการลดหรือ

ขจัดความเครียดและส่งเสริมวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งกาย จิต และสังคม สามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของตนเองได้

ทั้งนี้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้สามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงได้สำเร็จนั้น จำเป็นต้องมีการสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาทำความเข้าใจตัวเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่จนกลายเป็นความสำเร็จที่ตนภาคภูมิใจ โดยใช้หลักในการแก้ปัญหาของ Grotberg (1995) การรับรู้ถึงความสามารถที่ตนเองมี เป็นการเตรียมความพร้อมในการแก้ไขปัญหา และมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (เขาวานาญ ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ, 2550) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองนำไปสู่การวางแผนเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำไปสู่ความหวังของผู้ป่วย (Vrbova et al., 2017) เกิดเป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1965)

จากสถิติของ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชชนก ครินทร์ ปี 2559 - 2560 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 49.69 และ 48.02 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.86 และ 76.60 ตามลำดับ (ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชชนก ครินทร์, 2560) และจากสถิติการให้บริการปี 2560 หอพวงชมพู 1 และ

หอพวงชมพู 2 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประวัติการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการพฤติกรรมรุนแรง ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ทำลายสิ่งของ ทำร้ายญาติ ถึงร้อยละ 80.36 ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เช่น การถูกตำหนิจากครอบครัว/ชุมชน หรือการไม่ยอมรับจากสังคม และจากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง รู้สึกเครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งวิตกกังวลเรื่องความปลอดภัย ในการถูกคุกคามจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในปัจจุบันการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคทางจิตเวชและการรักษาอาการโรคจิตและแนวทางการจัดการ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่โปรแกรมดังกล่าวไม่ได้มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรุนแรงโดยตรง ประกอบกับยังไม่มีกรรูปแบบการบำบัดเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่ยากซับซ้อน ในการดูแลจึงต้องปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากการควบคุมตนเองไม่ได้หรือหุนหันพลันแล่น โดยการนำปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในลักษณะหุนหันพลันแล่น หรือควบคุมตนเองไม่ได้ ได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด อาการทางจิตกำเริบ และความเครียดในชีวิต ด้วยการนำแนวคิดทฤษฎี ประกอบด้วยแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ของแอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson et al., 1980) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และ

โรลนิก (Miller & Rollnick, 2002) แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) และแนวคิด Resilience Quotient ของกรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) มาเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดเนื้อหาและกิจกรรม

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ได้โปรแกรมที่ช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรมรุนแรง และเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภท

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับตัวของ

บุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยการนำปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในลักษณะหุนหันพลันแล่น หรือควบคุมตนเองไม่ได้ ได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด อาการทางจิตกำเริบ และความเครียดในชีวิต มาเป็นแนวทางในการจัดการ โดยมีการนำหลักแนวคิด 4 แนวคิดมาประยุกต์เป็นโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยแนวคิดที่ 1 สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับแนวคิดที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) แนวคิดที่ 3 ความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และแนวคิดที่ 4 Resilience Quotient ของ Grotberg (1995) มาเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดเนื้อหาและกิจกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม

**แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (psycho-education)** ของแอนเดอสัน และคณะ (Anderson et al., 1980) เป็นการเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ลักษณะอาการ อาการเตือน สาเหตุ การดูแลรักษาโรคหรือภาวะเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีความมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การพัฒนาความรู้ (education) 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) 4) การจัดการ

ความเครียด (coping skill) และ 5) การขอความช่วยเหลือทางสังคม (social support)

**แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ** ของมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick, 2002) เน้นผู้ช่วยค้นหาและจัดการกับความลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา รวมทั้งความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด รับประทานถึงผลเสียของการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนทำให้ระดับแรงจูงใจเพิ่มขึ้นนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ใน กิจกรรมที่ 3 ผู้พิชิต “โรคจิตเภท” และกิจกรรมที่ 4 การเลิกสุรา ยาเสพติด ชีวิตมีสุข

**แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียด** ของลาซาลัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จึงเกิดการตอบสนองเพื่อการปรับตัวซึ่งเป็นการรักษาสมดุลทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ใน กิจกรรมที่ 5 การผ่อนคลายง่ายนิดเดียว

**แนวคิด Resilience Quotient** ของกรอท์เบอร์ก (Grotberg, 1995) ที่อธิบายว่าเป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการเผชิญและยืนหยัดต่อสู้กับสถานการณ์ที่วิกฤตของชีวิตได้ ถือว่าเป็นความสามารถในการปรับตัวด้านบวกที่ทำให้บุคคลยังคงภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้ ซึ่งพัฒนามาจากสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต ซึ่งเน้นองค์ประกอบ

‘I can’ (สิ่งที่ตนเอง สามารถทำได้) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมที่ 6 ความสามารถที่ฉันมีและการช่วยเหลือทางสังคม

การศึกษาครั้งนี้จึงสามารถออกแบบเป็นโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยมีตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง เป็นการบำบัดรายกลุ่ม มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ตัวแปรตามได้แก่ การควบคุมพฤติกรรมรุนแรง ดังแสดงภาพที่ 1

**คำถามการวิจัย**

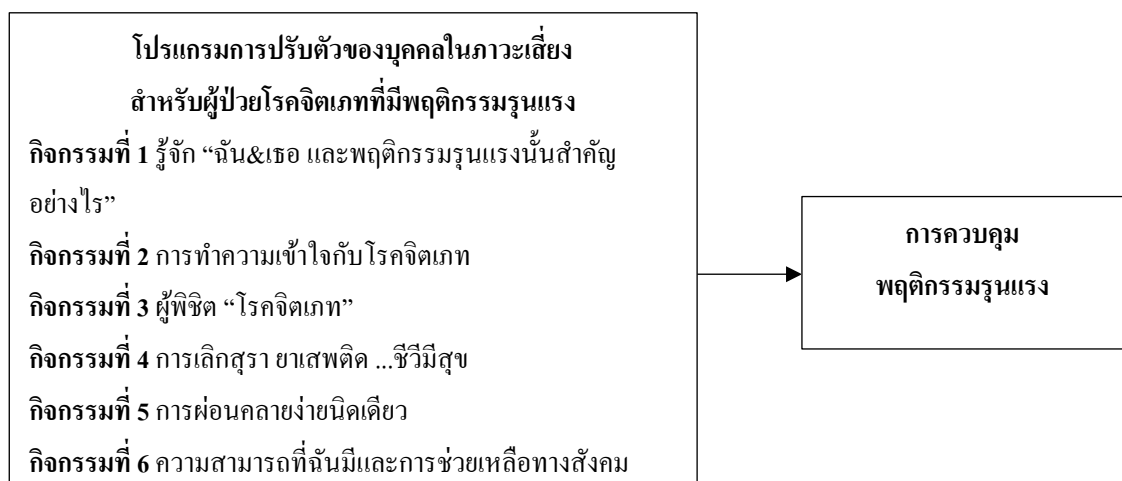
1. การจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงหรือไม่

2. การจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

**สมมติฐานของการวิจัย**

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยชายโรคจิตเภทที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากการควบคุมตนเองไม่ได้ หรือหุนหันพลันแล่นก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 ถึงเดือนธันวาคม 2561 มีค่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงอยู่ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (8 – 21 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงของยูโดฟสกี, ซิลเวอร์, แจคสัน, แอนดิกอร์ค และวิลต์เลียม (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986) อาการทางจิตสงบ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (PASS 8) มีค่าคะแนนรวม 8 – 16 คะแนน และไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) ค่าคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป อายุ 20 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในหอพวงชมพู 1 และหอพวงชมพู 2 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่มีจำนวนมากกว่า 2 ขึ้นไป (difference between many means) (Twisk, 2003) ตามสูตรดังนี้

$$n(\text{group}) = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2 (r + 1) [1 + (T - 1)\rho]}{V^2 r T}$$

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของพรทิพย์ คงสัจย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี, และสวัสดิ์เที่ยงธรรม (2556) พบค่าเฉลี่ยของข้อมูลในกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.18 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.49 ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.69 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุด เท่ากับ 0.51 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 ราย รวม 40 รายเพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20% (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คนและกลุ่มควบคุม 24 คน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 009/2561 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2561 เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง ว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย แจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษาสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้

จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว โดยผู้วิจัยจะดำเนินการในกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

#### 1.1 แบบทดสอบสภาพสมอง

ของไทย (Thai mental state examination :TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองทางปริชานปัญญา (Cognitive screening test) ที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยมีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 87 และค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 87 และทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ซึ่งแบบทดสอบมีค่าคะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งหมด 30 คะแนน การแปลค่าคะแนน มี 2 ระดับคือ ระดับการรู้คิดต่ำและปกติ ซึ่งมีจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องมียะเนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป

1.2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale: PASS 8) พัฒนาโดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.267 - 0.710 และมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.794 ส่วนผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน CGI-SCH มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.741 ( $p$ -value < 0.001) ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง พบว่า มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio พบว่าในระดับอาการน้อย มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio เท่ากับ ร้อยละ 98,89 และ 8.80 (1.39 – 55.90) ระดับอาการปานกลาง เท่ากับ ร้อยละ 18, 98 และ 8.49 (1.14 – 63.05) ส่วนระดับอาการรุนแรง เท่ากับ ร้อยละ 89, 98 และ 40.89 (5.80 – 288.05)

#### 1.3 แบบประเมินพฤติกรรม

รุนแรงของยูโดฟสกี และคณะ (Yudofsky et al., 1986) กชพงศ์ สารการ (2542) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และกัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ได้ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์ Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ .86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย

## จำนวนครั้งของการรับไว้รักษา

2.2 แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบประเมินการกำกับตนเองของบราวน์, มิลเลอร์ และลาเวนดอฟสกี (Brown, Miller, & Lawendowski, 1999) ซึ่งพรทิพย์ คงสตัย และคณะ (2556) พัฒนามาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ข้อคำถามมีทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามในทางบวก 18 ข้อ และข้อคำถามในทางลบ 7 ข้อ คำตอบเป็นมาตราวัดของลิเคิร์ต ระดับความคิดเห็น 5 ระดับ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับการประเมินการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 รู้จัก “ฉัน&เธอ และพฤติกรรมรุนแรงนั้นสำคัญอย่างไร” กิจกรรมที่ 2 การทำความเข้าใจกับโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 3 ผู้พิชิต “โรคจิตเภท” กิจกรรมที่ 4 การเลิกสุรายาเสพติด ชีวิตมีสุข กิจกรรมที่ 5 การผ่อนคลายง่ายนิดเดียวและกิจกรรมที่ 6 ความสามารถที่ฉันมีและ

การช่วยเหลือทางสังคม จำนวน 6กิจกรรม เป็นการบำบัดรายกลุ่ม ทุกวันจันทร์-พุธ-ศุกร์ วันละ 2 ครั้ง เวลา 9.30 - 10.30 น. และเวลา 13.30 - 14.30 น. มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) เท่ากับ .98

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้ 1.1) ประเมินการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Pre-test) 1.2) นัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม 1.3) เริ่มดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง ณ ห้องกิจกรรมหอพวงชมพู 2 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มทั้ง 6 กิจกรรม และ 1.4) ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง ประเมินการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Post-test)

2. กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้ 2.1) ประเมินการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Pre-test) 2.2) ให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่ได้รับ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเภทและการรักษาอาการโรคจิตและแนวทางการจัดการ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการติดตาม

ผลการรักษาต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป และ 2.3) นั้ดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 (นับตั้งแต่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมในครั้งที่ 1) เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Post-test)

### 3. ระยะติดตามผลการวิจัย

ประเมินการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะติดตามผล 1 เดือน (Post-test) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำด้วยสถิติ repeated measure ANOVA

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด 48 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 อายุเฉลี่ย 37.60 ปี (Min = 22, Max = 59, SD = 10.39) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 40 - 49 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 36.66 ปี (Min = 20, Max = 59, SD = 10.40) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

มากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 50 อาชีพรับจ้างมากที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 และ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ตามลำดับ สถานภาพสมรสโสดมากที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 54.17 และ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 - 5 ปีมากที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 45.83 ตามลำดับ กลุ่มทดลองระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.66 ปี (Min = 1, Max = 24, SD = 6.34) และกลุ่มควบคุมระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.95 ปี (Min = 1, Max = 27, SD = 8.26) และจำนวนครั้งของการเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาลระหว่าง 1 - 5 ปี มากที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 79.16 และ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.29 ครั้ง (Min = 1, Max = 18, SD = 3.85) และกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งของการเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.16 ครั้ง (Min = 1, Max = 12, SD = 3.03)

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง



**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง (n = 24) ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม	3908.38	2	1954.19	62.03	.00*
ความคลาดเคลื่อน	2960.94	94	31.49		

\*p-value < .05

**ตารางที่ 2** ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 48) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	p-value
ความแตกต่างภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	3290.04	1	3290.04	142.04	.00*
ระยะเวลา x กลุ่ม	793.50	1	793.50	34.25	.00*
error	1065.45	46	23.16		
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	3154.69	1	3154.69	36.46	.00*
error	3979.27	46	86.50		

\*p-value < .05

**ตารางที่ 3** ผลค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(N=48) โดยใช้สถิติทีในการทดสอบแบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

คะแนนการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	80.75	4.49	79.25	5.47	1.03	.350
ภายหลังทดลอง	97.04	9.12	83.46	4.84	.007	.00*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	98.21	8.32	85.21	5.19	.006	.00*

\*p-value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง (เฉลี่ยเท่ากับ 80.75) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (เฉลี่ยเท่ากับ 79.25) เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 นั่นคือ ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงไม่แตกต่างกัน

ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง (เฉลี่ยเท่ากับ 97.04, 98.21) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (เฉลี่ยเท่ากับ 83.46, 85.21) เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการ

พฤติกรรมรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

### การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอสัน และคณะ (Anderson et al., 1980) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 2002) แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัส และโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) และแนวคิด Resilience Quotient ของกรอทท์เบอร์ก (Grotberg, 1995) นั้น พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงทันที และระยะติดตาม 1 เดือน สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากการควบคุมตนเองไม่ได้ หรือหุนหันพลันแล่น เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต การเจ็บป่วยของตนเอง หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้เหมาะสม ไม่ก่อเกิดความรุนแรง สามารถอธิบายได้ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

(joining) ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 รู้จัก “ฉัน&เธอ และพฤติกรรมรุนแรงนั้นสำคัญอย่างไร” ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ เป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงความจริงใจ ยินดีที่จะช่วยเหลือ ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีความพร้อมและมีความต้องการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น และชี้ให้เห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้

องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรู้ (education) แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุ การเจ็บป่วยและการรักษา จนเกิดการยอมรับและสามารถจัดการกับอาการที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Phan, 2016) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 รู้จัก “ฉัน&เธอ และพฤติกรรมรุนแรงนั้นสำคัญอย่างไร” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง และปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้น และกิจกรรมที่ 2 การทำความเข้าใจกับโรคจิตเภท เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งมีแนวทางในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง และกิจกรรมที่ 3 ผู้พิชิต “โรคจิตเภท” ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวช และแนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับ

การเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดี (Phan, 2016; Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีค่าคะแนนการรับรู้และทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Matsuda & Kohno, 2016) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Xia, Merinder, & Belgamwar, 2014)

องค์ประกอบที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) เป็นการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick, 2002) มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมที่ 3 ผู้พิชิต “โรคจิตเภท” เพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลหรือลังเลใจเกี่ยวกับการใช้ยา และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้และทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาที่สูงขึ้น (Matsuda & Kohno, 2016) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและการรักษา การทำหน้าที่ทางสังคม จำนวนครั้งในการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและความรุนแรงของอาการ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการติดตามมากกว่า 6 เดือน (Chien, Mui, Cheung, & Gray, 2015) และกิจกรรมที่ 4 การเลิกสูรยา ยาเสพติด ชีวิตมีสุข เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด การสัมภาษณ์เพื่อ

เสริมสร้างแรงจูงใจเป็นยุทธวิธีในการเคลื่อนผู้ป่วยไปสู่ stage of change (Miller & Rollnick, 2002) ซึ่งจะช่วยแก้ไขปัญหาลดความลังเลใจและส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการความเครียด (coping skill) โดยนำแนวความคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมที่ 5 การผ่อนคลายง่ายนิดเดียว เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด สาเหตุ อาการและผลของความเครียด แนวทางในการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Holubova et al., 2015)

และองค์ประกอบที่ 5 การขอความช่วยเหลือทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน และการขอความช่วยเหลือ สนับสนุน โดยนำองค์ประกอบที่ 3 ของ RQ คือ I can หรือ ความสามารถที่ฉันมี มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม 6 ความสามารถที่ฉันมีและการช่วยเหลือทางสังคม จากลักษณะเฉพาะของโรคจิตเภทส่งผลทำให้บุคคลทั่วไปรู้สึกว่าผู้ป่วยมีความแตกต่างไปจากบุคคลอื่น สังคมมองว่าผู้ป่วย

ผิดปกติ ด้อยค่า ไม่น่าเชื่อถือ ไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ มีพฤติกรรมหรือใช้ชีวิตเหมือนบุคคลทั่วไปได้ (สุจิตรา วรสิงห์, 2557) เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปติดตัวผู้ป่วยไปตลอด (Switaj, Wciorka, Smolarska-Switaj, & Grygiel, 2009) ผู้ป่วยมักมีเครือข่ายทางสังคมแคบ โดยมากมักเป็นบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยมีความต้องการการตอบสนองทางบวกจากเครือข่าย โดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา และแรงจูงใจในการมาโรงพยาบาล รวมถึงการรับรู้คุณค่าของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนด่านป้องกันผลกระทบจากความเครียด (ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชยโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล, 2556) นอกจากนี้การนำองค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ เรื่อง I can ช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้ โดยใช้หลักในการแก้ปัญหาของกรอทเบอร์ค (Grotberg, 1995) มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่สมาชิกในการฝึกฝนตนเองให้รู้จักมองโลกแง่ดี ค้นหาความรู้จักตัวเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่จนกลายเป็นความสำเร็จที่ตนภาคภูมิใจ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถที่ตนเองมี มีความสามารถแก้ไขปัญหา และมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (เขาวานาญ พลิตนนท์เกียรติ และคณะ, 2550) การรับรู้ความสามารถของตนเองนำไปสู่การวางแผนเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำไปสู่ความหวังของผู้ป่วย (Vrbova et al., 2017)

ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลัง

ได้รับโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งในระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ (joining) การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยา (education) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา การใช้สุราและยาเสพติด โดยกระตุ้นแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การเลิกใช้สุราและยาเสพติด เน้นการฝึกทักษะที่สร้างสรรค์ (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และฝึกทักษะในการผ่อนคลายเครียดที่สร้างสรรค์ (coping skill) และการขอความช่วยเหลือทางสังคม (social support) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้เครือข่ายทางสังคมให้เกิดประโยชน์ และมีการสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้ป่วย โดยฝึกทักษะตนเองให้รู้จักมองโลกแง่ดี ค้นหาความรู้จักตัวเอง พัฒนาความถนัดที่มีอยู่ จนกลายเป็นความสำเร็จที่ตนภาคภูมิใจ มีความสามารถแก้ไขปัญหา และมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (เขาวานาญ ผลิตนันทเกียรติ และคณะ, 2550) มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มทดลอง มีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภาวะวิกฤติ หรือภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น

ถือเป็นปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนบางอย่างที่อาจส่งผลต่อการวิจัยได้ เช่น ชนิดและขนาดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
2. เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเพศชายที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดนครราชสีมาเท่านั้น

### ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

การนำโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงไปใช้ จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับขั้นตอนของกิจกรรมในคู่มือ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นควรมีการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้กับบุคลากรทีมสุขภาพผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยติดตามผลโปรแกรมต่อเนื่อง ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน หลังการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของความคงทนของการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในระยะยาวต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มภารกิจพยาบาล กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา

และกลุ่มงานฝึกอบรมและวิเทศสัมพันธ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ดร. มยุรี กลั้ววงษ์ และอาจารย์ ดร.ศักดา ขำคม ที่เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ สำหรับงานวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยนี้มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม

## เอกสารอ้างอิง

- กัญญาวรรณ ระเบียบ. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับการควบคุมความโกรธ ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กชพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย. สารศิริราช, 45(6), 359-374.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(1), 89-100.
- พรทิพย์ กงศักดิ์, ศิริภรณ์ ชัยศรี, และสวัสดิ์ เทียงธรรม. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(1), 45-61.
- เขาวานาฏ พลิตินนท์เกียรติ และคณะ. (2550). คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต(ต่อเนื่อง). กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2551-2553). ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคจิตเภท. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2560, จาก <http://www.prasri.go.th/upic/ie.php/0f624cc367cc2401>
- ศุภโชค สิงห์กันต์. (2558). พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประมวลสารสันไทยการพิมพ์.
- สุจิตรา วรสิงห์. (2557). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490–505. Retrieved December 15, 2017, from <https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>
- Batra, B. S., Saoji, A. M., & Ghildiyal, R. (2015). Effect of family psycho education on burden of disease & coping strategies among caregivers of patients with schizophrenia. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 15(12), 87-98.
- Bora, E., Gokcen, S., & Veznedaroglu, B. (2008). Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 160(1), 23-29.
- Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A. (1999). The selfregulation questionnaire. In L. Vandecreek & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in Clinical Practice: A Sourcebook* (17, pp.281-292). Sarasota, FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Chien, W. T., Mui, J. H., Cheung, E. F., & Gray, R. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *BioMed central*, 16(1), 270.
- Chien, W. T., & Thompson, D. R. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 205(1), 52–59.

- Citrome, L., & Volavka, J. (2015). Preventing violence in patients with schizophrenia. *Curr Treat Options Psych*, 2, 182–191.
- Dorn, R. V., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487–503.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and grove's the practice of nursing research* (8th ed.). St. Louis: Missouri.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Hasan, A. A., Callaghan, P., & Lymn, J. S. (2015). Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), 72.
- Hoptman, M. J. (2015). Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment. *CNS Spectrums*, 20(3), 280–286.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Matsuda, M., & Kohno, A. (2016). Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 581–586.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Phan, S. V. (2016). Medication adherence in patients with schizophrenia. *The International Journal of Psychiatric in Medicine*, 51(2), 211-9.
- Pompili, M., & Fiorillo, A. (2015). *Aggression and impulsivity in schizophrenia*. *Psychiatric Times*. 32(7). Retrieved December 11, 2017, from <http://www.psychiatristimes.com>.
- Reddy, L. F., Lee, J., Davis, M. C., Altshuler, L., Glahn, D. C., Miklowitz, D. J., et al. (2014). Impulsivity and risk taking in bipolar disorder and schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 39(2), 456–463.
- Robbins, C. P., Monahan, J., & Silver, E. (2003). Mental disorder, violence, and gender. *Law and Human Behavior*, 27(6), 561-71.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University.
- Switaj, P., Wciorka, J., Smolarska-Switaj, J., & Grygiel, P. (2009). Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(8), 513–520.
- Twisk, Jos W. R. (2003). *Applied longitudinal data analysis for Epidemiology: A practical guide*. Cambridge: Cambridge university press.
- Vrbova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Kamaradova, D., Marackova, M., Holubova, M., et al. (2017). Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 567–576.
- Wehring, H. J., & Carpenter, W. T. (2011). Violence and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 877–878.
- Witt, K., Dorn, V. R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE*, 8(2).
- World Health Organization. (2018). *Schizophrenia*. Retrieved December 11, 2017, from [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/)
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011a). *Psychoeducation for schizophrenia*. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2
- Xia, J., Merinder, I. B., & Belgamwar, M., R. (2014b). Psychoeducation for schizophrenia. *Europe PMC Funders Group Author Manuscript*. doi: 10.1002/14651858.CD002831.pub2

Yudofsky, SC., Silver, JM., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.



## THE EFFECTS OF ONLINE MINDFULNESS-BASED PROGRAM ON STRESS AND MINDFULNESS IN NURSING STUDENTS\*

Tayawee Juntarawiwat, M.N.S.\*\*, Suhathai Tosangwarn, Ph.D.\*\*\*\*

### Abstract

**Objective:** To study the effect of Online Mindfulness-Based Program on stress and mindfulness levels in Nursing Students.

**Methods:** The samples of this quasi-experimental research were 54 nursing students in their first year at the Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. The participants were pair matching selected and assigned to experimental (n = 29) or control (n = 25) groups. The research instruments comprised of the Online Mindfulness-Based Program, the Suanprung Stress Test 20 and Mindfulness Assessment Scale. The data were collected for the pre-test, the end of the intervention, and the 1-month follow-up. The data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test and repeated measure ANOVA.

**Results:** The results of the study showed a significant difference between the mean score of stress between experimental and control groups after the intervention and at the one-month follow-up ( $p < .05$ ). The result revealed reductions of the mean score of stress of the experimental group compared with the control group. In the experimental group, it was found that the mean score of stress after the intervention and the 1-month follow-up was significantly lower than before the experiment. ( $F(1, 104) = 95.246, p = .001$ ). In addition, there was no statistically significant difference in the mean score of mindfulness between the experimental group and the control group. In the experimental group, the mean score of mindfulness after the intervention and the 1-month follow-up was not significantly difference.

**Conclusion:** The online mindfulness-based program significantly elicited decreases in stress among nursing students between the experimental and control groups.

**Keywords:** online mindfulness-based program, stress, mindfulness, nursing students

---

\*This study was supported by a research grant from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

\*\*Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, e-mail: tayawee@knc.ac.th

\*\*\* Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

Received: 22 September 2021, Revised: 6 December 2021, Accepted: 13 December 2021

# ผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับความเครียด และระดับสติในนักศึกษาพยาบาล\*

ทยาวิวี จันทรวินันต์, พย.ม.\*\*, สุหทัย โตสังวาลย์, Ph.D.\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 54 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและจับคู่เป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินสติ ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตาม 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ทิสระ และความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

**ผลการศึกษา :** ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F(1, 104) = 95.246, p = .001$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยระดับสติหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป :** โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์นี้มีผลต่อการลดระดับความเครียดในนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ ความเครียด สติ นักศึกษาพยาบาล

\*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา,

e-mail: tayawee@knc.ac.th

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

วันที่รับ: 22 กันยายน 2564, วันที่แก้ไข: 6 ธันวาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 13 ธันวาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

สภาพสังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสุขภาพ ทุกมิติมีความเชื่อมโยงกันเมื่อเกิดปัญหาย่อมส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ตามมาอย่างมากมาย ในปัจจุบันผู้คนจำนวนมากต้องเผชิญกับภาวะเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต สภาวะอารมณ์ที่แปรปรวน การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับความเครียดที่สะสมยาวนานอาจมีความรุนแรง และนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า หรือการฆ่าตัวตายได้ องค์การอนามัยโลก รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 264 ล้านคน ซึ่งในประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2563 อยู่ที่ 7.37 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2564) หากบุคคลมีการปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ไม่เหมาะสม ปัญหาความรุนแรงดังกล่าวอาจเกิดตามมาได้

ข้อมูลจากสถิติการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์สายด่วนของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2562 พบปัญหาความเครียดเป็นปัญหาอันดับ 1 ของวัยรุ่นถึงร้อยละ 51.36 (กรมสุขภาพจิต, 2563) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี นับว่าเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการป้องกันแก้ไขในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งจะเป็นทรัพยากรสำคัญของประเทศในอนาคต นักศึกษาพยาบาลเป็นวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งที่ต้องเผชิญกับปัญหาการปรับตัวในสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติในรูปแบบออนไลน์ ทำให้นักศึกษา

พยาบาลบางส่วนอาจเกิดความเครียดและความวิตกกังวลสูงเพิ่มขึ้นจากการศึกษาของจริญญา แก้วสกุลทอง (2562) พบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีระดับความเครียดสูงสุด รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 2 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 มีความเครียดมากที่สุด ซึ่งอาจเกิดจากการที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง การเรียน อาจารย์ เพื่อน และสถานที่ใหม่ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดความเครียดขึ้น

การศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ชั้นปีที่สูงขึ้นมีการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าระดับชั้นปีที่ต่ำกว่า ในขณะที่ผลสัมฤทธิ์การเรียน และระดับสติปัญญาสูง สามารถประเมินสาเหตุและแก้ปัญหาความเครียดได้ดี ปัจจัยความมุ่งมั่น และการยอมรับต่อเกรด อาจารย์ หรือความตั้งใจที่จะสำเร็จการศึกษา ปัจจัยด้านการเรียนการสอนที่แตกต่างจากเดิมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ปัจจัยสัมพันธภาพกับอาจารย์และเพื่อนในการส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ รวมถึงปัจจัยด้านการเงินที่ไม่เพียงพอ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ และภาวะเจ็บป่วย (สืบตระกูล ตันตลานุกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดความเครียดแตกต่างกัน หากนักศึกษา

พยาบาลเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่มากจนเกินไปย่อมส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ ตามมา

ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน เกิดความวิตกกังวล กัดดัน แยกตัวจากสังคม การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง สัมพันธภาพลดลง อาจรุนแรงถึงขั้นกลายเป็นโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ สอดคล้องกับข้อมูลความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นในปี 2561 ที่พบผู้ป่วยถึง 5.33 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2563) ดังนั้นเมื่อนักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดหากสามารถจัดการความเครียดของตนเองอย่างเหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบและความรุนแรงลงได้ การจัดการกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมีหลากหลายวิธี ได้แก่ เทคนิคการหายใจ การออกกำลังกาย การนวด การพักผ่อน การรับประทานอาหาร อารมณ์ขัน การคิดเชิงบวก การดูภาพยนตร์ การฟังเพลง การฝึกสมาธิ และเทคนิคความเงียบหยุดความคิด เป็นต้น (สืบตระกูล ตันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) นักศึกษามีการใช้สมาธิน้อย ซึ่งสมาธิจะช่วยลดความว้าวุ่นใจ ช่วยให้ผ่อนคลาย เกิดความสงบ เป็นจิตขณะพัก ส่งผลต่อการฝึกสติได้ง่ายขึ้น การฝึกสติเป็นการรู้ตัวอย่างต่อเนื่อง ไม่ออกแวกตามอารมณ์ และสามารถควบคุมความคิดและอารมณ์ได้ เป็นจิตที่มีคุณภาพขณะทำงานหรือขณะเรียนสามารถอยู่กับสิ่งที่ทำขณะปัจจุบันได้นานและต่อเนื่อง ส่งผลต่อการพัฒนาสมองส่วนหน้ามากขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมตามมาได้

(ยังยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ, 2561) ซึ่งการฝึกสติเป็นที่ยอมรับมากโดยเฉพาะทางประเทศตะวันตก

จากการทบทวนวรรณกรรมการวิเคราะห์อภิมานของ Chen et al. (2021) ศึกษาถึงประสิทธิผลการบำบัดความเครียดด้วยการเจริญสติในนักศึกษาพยาบาลพบว่า สามารถลดความเครียด ลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวลลง และเพิ่มระดับสติขึ้นได้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการพบว่า การเจริญสติในนักศึกษาพยาบาลนอกจากสามารถลดความเครียด ลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล ยังสามารถลดความเบื่อหน่าย และเพิ่มความเห็นอกเห็นใจได้ (Van der Riet et al., 2018) ส่วนงานวิจัยการบำบัดด้วยการเจริญสติในรูปแบบออนไลน์จากงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมาน พบว่าในกลุ่มนักศึกษามีประสิทธิภาพในการลดความเครียดลง (Spadaro & Hunker, 2016) ลดความวิตกกังวล (Cavanagh et al., 2013) ลดการหมกมุ่นครุ่นคิดลง และเพิ่มระดับสติขึ้น (Greer, 2015) ได้เช่นกัน ระยะเวลาการบำบัดมีตั้งแต่ 2 - 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นการบำบัดที่สะดวก ประหยัดมากกว่าการบำบัดแบบพบหน้า ในบริบทที่ไม่สะดวกยุ่งยากในการเข้าถึง แต่ระบบออนไลน์สามารถเข้าถึงบริการได้ (Jayawardene et al., 2017) ดังนั้นการช่วยเหลือให้นักศึกษาให้สามารถจัดการกับความเครียดด้วยการเจริญสติเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและควรส่งเสริมฝึกทักษะให้เกิดความชำนาญต่อไป

จากข้อมูลการสำรวจระดับความเครียดและระดับสติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 - 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ปีการศึกษา 2563 พบว่า ระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.66 โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีระดับความเครียดมากที่สุด (ทยาวิรุ จันทรวีวัฒน์ และแสงนภา บารมี, 2563) แนวทางการช่วยเหลือนักศึกษาทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา มีการจัดกิจกรรมสวดมนต์ตอนเย็น สนับสนุนอุปกรณ์และสถานที่ในการออกกำลังกาย การเปิดเพลงเสียงตามสายเพื่อบรรยากาศการผ่อนคลาย และกิจกรรมพบอาจารย์ที่ปรึกษาในการให้คำปรึกษา และระบบส่งต่อให้คำปรึกษาเฉพาะทางแก่นักศึกษาที่มีปัญหาซับซ้อนจากประสบการณ์ของการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่มาขอรับบริการ การให้คำปรึกษา มีความอายไม่กล้าพูดคุย หรือ ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาของตนเองแบบเผชิญหน้า ส่วนใหญ่ นักศึกษาพยาบาลยังขาดทักษะในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม รวมถึงไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการศึกษา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่านักศึกษาพยาบาลต้องมีการปรับตัวอย่างมากเกี่ยวกับการเรียนการสอนแบบออนไลน์ รวมถึงการดำเนินชีวิตในขณะที่อยู่ที่บ้านของตนเองในระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรค ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเป็นผลให้นักศึกษาบางส่วนมีความวิตกกังวลและความเครียดสูง และมีข้อจำกัดในการเข้ารับการศึกษาหรือช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ดังนั้นจากสถานการณ์ดังกล่าวการฝึกเจริญสติแบบออนไลน์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยเหลือนักศึกษาให้สามารถเผชิญความเครียดด้วยตนเองได้โดยการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ ซึ่งจะพัฒนา

นักศึกษาให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด ที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะปัจจุบันจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างต่อเนื่อง ตรงตามความเป็นจริง ฝึกยอมรับและไม่ตัดสินกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เกิดการเชื่อมโยงร่างกายและจิตใจ เห็นอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ จนเกิดความผ่อนคลาย และบรรเทาความเครียดลงได้ และสำหรับประเทศไทยยังไม่พบการนำการบำบัดด้วยการเจริญสติออนไลน์ไปใช้ในนักศึกษาพยาบาล การบำบัดด้วยการเจริญสติออนไลน์เป็นประโยชน์สำหรับนักศึกษาได้เรียนรู้แนวทางการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์วิกฤต และต้องเว้นระยะห่างทางสังคม โดยการบำบัดผ่านสื่อออนไลน์ทางคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ส่งผลต่อการเรียนและการใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับสติระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับ

โปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันทิ และใน  
ระยะติดตามผล 1 เดือน

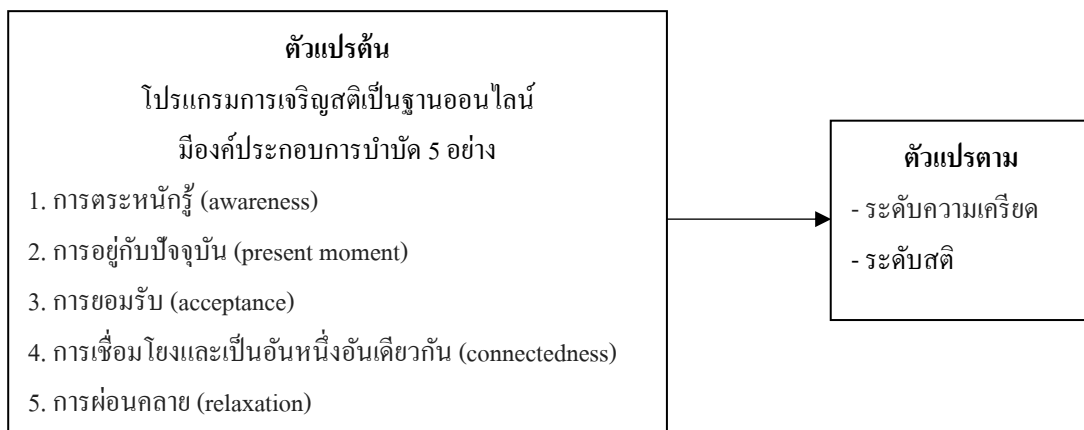
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความ  
เครียดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเจริญ  
สติเป็นฐานออนไลน์ก่อน ได้รับ โปรแกรมฯ หลัง  
สิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันทิ และในระยะติดตามผล 1  
เดือน

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับสติใน  
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐาน  
ออนไลน์ก่อน ได้รับ โปรแกรมฯ หลัง สิ้นสุด  
โปรแกรมฯ ทันทิ และในระยะติดตามผล 1 เดือน

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์  
ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ Kabat-Zinn (2003)  
ในการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ซึ่ง  
เป็นภาวะที่นักศึกษาเผชิญกับสิ่งกระตุ้นจาก  
สภาพแวดล้อมที่คุกคามทั้งภายในและภายนอก  
มีการตอบสนอง โดยการสู้อหรือหนีผ่านการ  
แสดงออกของปฏิกิริยาทางสรีระร่างกาย เกิดความ

ไม่สมดุลของร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม จาก  
การปรับตัวไม่เหมาะสมโดยขาดการตระหนักรู้ต่อ  
ความรู้สึกทางสรีระร่างกายของความเครียด มีการ  
ตัดสินใจตนเองจนเกิดความทุกข์ใจขึ้น ซึ่งเป็นตัวแปร  
สำคัญนำไปสู่ความเครียดในที่สุด ดังนั้นในการ  
จัดการกับความเครียดด้วยการเจริญสติ จะช่วยให้  
นักศึกษาตระหนักรู้ถึงปฏิกิริยาทางร่างกาย จิตใจ  
อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นจากความเครียด พักอยู่กับ  
ปัจจุบันสนใจ ใส่ใจกับปัจจุบัน ยอมรับโดยไม่  
ตัดสินสิ่งที่ได้เกิดขึ้นมาแล้ว ทำให้เกิดความ  
เชื่อมโยงร่างกาย จิตใจและสิ่งที่รับรู้ได้ในแต่ละ  
ขณะเข้าด้วยกัน นำไปสู่การผ่อนคลายในที่สุด การ  
บำบัดความเครียดด้วยโปรแกรมการเจริญสติเป็น  
ฐานออนไลน์ มีองค์ประกอบการบำบัด 5 อย่าง  
ได้แก่ การตระหนักรู้ (awareness) การอยู่กับปัจจุบัน  
(present moment) การยอมรับ (acceptance) การ  
เชื่อมโยงและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (connectedness)  
และการผ่อนคลาย (relaxation) ประกอบด้วย 8  
กิจกรรม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากรคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 1 รุ่นที่ 65 ประจำปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 149 คน (กลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 2563)

กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 1 รุ่นที่ 65 ประจำปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 54 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80.00 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดระดับอิทธิพล .74 จากการศึกษาของธีระยุทธ เกิดสังข์, อุไรวรรณ เกิดสังข์ และเบญจวรรณ งามวงศ์วัฒน์ (2561) ซึ่งมีลักษณะการศึกษาใกล้เคียงกัน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษา (drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จากจำนวน 48 คน จะได้เป็น 53 คน ผู้วิจัยขอเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน และทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มมีจำนวนเท่ากัน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตาม

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนความเครียดระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบ จำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มที่มีความเครียดระดับรุนแรง

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา (เอกสารรับรองเลขที่ COA No.02/2564) วันที่รับรองระหว่างวันที่ 7 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 6 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มวิจัยจะได้รับในครั้งนี้ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาในภาพรวมใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อ ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ หากขณะทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเกิดความรุนแรงของความเครียดเพิ่มขึ้นสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัย หรือผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยพิจารณาส่งต่อเพื่อการรักษา ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลจะเป็นผู้ติดต่อโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

ได้แก่ โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ โดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดการฝึกสติของ คาบัต-ซินน์ (Kabat-Zinn) จำนวน 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การฝึกสติเปลี่ยนชีวิตคิดเป็นนิสัย

กิจกรรมที่ 2 การฝึกสติตามธรรมชาติผ่านชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 การฝึกสติตระหนักรู้อารมณ์ สุข สนุกกับโยคะ

กิจกรรมที่ 4 การฝึกสติตระหนักรู้อารมณ์ ทุกข์ สนุกกับโยคะ

กิจกรรมที่ 5 การฝึกสติยอมรับ ปล่อยวาง ประสานกายและใจ

กิจกรรมที่ 6 การฝึกสติอย่างแข็งแกร่งต้อง ออกแรงผ่านการฝึก

กิจกรรมที่ 7 การฝึกสติอย่างต่อเนื่อง สมอง ปรากฏเรื่อง อารมณ์สุนทรีย์

กิจกรรมที่ 8 การฝึกสติเป็นนิจ พิชิตเป้าหมาย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประกอบด้วยเพศ อายุ ศาสนา เกรดเฉลี่ย สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การจัดการ ความเครียด และการปฏิบัติเจริญสติ

2.2 แบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20: SPST 20) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหิตนรินทร์กุล และคณะ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะ แพทยศาสตร์, 2563) เป็นแบบประเมินที่ผ่านการ

ทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง มีความแม่นยำตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยการประเมินระดับความเครียดแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ตามช่วงคะแนน ได้แก่ คะแนน 0 - 23 หมายถึง ความเครียดระดับน้อย คะแนน 24 - 41 หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง คะแนน 42 - 61 หมายถึง ความเครียดระดับสูง คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความเครียดใน ระดับรุนแรง ข้อคำถามทุกข้อจะมีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า .07

2.3 แบบประเมินสติ (Mindfulness Assessment Scale : MAS) พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปะกิจ (อรวรรณ ศิลปะกิจ, 2558) จำนวน 15 ข้อ แยกเป็น 3 มิติ ๆ ละ 5 ข้อ คือ ตระหนักรู้ ตั้งใจ และ อัตโนมัตติ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับและรายมิติตระหนักรู้ ตั้งใจ และอัตโนมัตติ ตามลำดับดังนี้ .73 .82 .70 และ .67 โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำถาม คือ 1 คะแนน หมายถึง เกือบไม่เคยเลย 2 คะแนน หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง 4 คะแนน หมายถึง เคยบ่อย ๆ 5 คะแนน หมายถึง เกือบตลอดเวลา และมีการแปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีสติมากและคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีสติน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยมา ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นดังนี้



1. การหาความเที่ยงตรง (validity) โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์สาขาการพยาบาลจิตเวช 2 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ได้ค่า IOC เท่ากับ .67 - 1.00

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบวัดไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 30 คน พบว่า แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินสติ ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และ .92 ตามลำดับ และแบบประเมินสติ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านตระหนักรู้ ด้านตั้งใจ และด้านอัตโนมัติ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 .72 และ .83 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นตอนการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้นำกลุ่ม ประกอบด้วย การศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เตรียมเอกสารคู่มือการบำบัด วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการดำเนินการบำบัด และการฝึกเจริญสติในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ โดยได้ผ่านการฝึกครูสมาธิจากสถาบันพลังจิตตานุภาพ เป็นระยะเวลา 4 เดือน

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาล ทำหน้าที่ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายรายละเอียดโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐาน

ออนไลน์ แบบสอบถาม แบบประเมิน ตลอดจนขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ สอบถามความสมัครใจยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกลุ่มการศึกษา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามออนไลน์ถือว่าเป็นการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

#### 2. ขั้นตอนทดลอง

2.1 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลก่อนเริ่มการทดลองในสัปดาห์แรกให้กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินสติ โดยเก็บข้อมูลพร้อมกันผ่านช่องทางออนไลน์ โดยก่อนเริ่มกิจกรรมแต่ละกลุ่มได้มีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อสร้างบรรยากาศด้วยความอบอุ่นเป็นกันเองและผ่อนคลายมากที่สุด โดยได้แนะนำกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการเลือกสถานที่ขณะดำเนินการทดลองแบบออนไลน์ด้วยบรรยากาศเงียบสงบ ไม่มีเสียงดังรบกวน การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีอื่น ๆ เพื่อการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ โดยกำหนดจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันอาทิตย์ จำนวน 4 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (Greer,

2015) เป็นเวลาเดียวกับที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

### 3. ชั้นหลังการทดลอง

3.1 ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวปิดโครงการวิจัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเครียด และแบบประเมินสติ ฉบับเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผ่านช่องทางออนไลน์

3.3 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองระยะติดตาม 1 เดือน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเครียด และแบบประเมินสติ ฉบับเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผ่านช่องทางออนไลน์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความเครียดและระดับสติในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดและระดับสติในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งในระหว่างดำเนินการวิจัย พบว่า มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง 6 คน เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบจำนวน 4 ครั้ง คงเหลือกลุ่มทดลองจำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 54 คน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันโดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.29 และ 92.00 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 20.06 ปี และ 19.80 ปี ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกรดเฉลี่ย 2.51 - 2.99 ร้อยละ 41.40 และ 42.00 ตามลำดับ สถานภาพโสดร้อยละ 96.60 และ 100 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,500 - 3,000 บาท ร้อยละ 45.00 และ 44.00 ตามลำดับ การจัดการความเครียดดูหนัง ฟังเพลงร้อยละ 55.00 และ 56.00 ตามลำดับ และเคยการฝึกสติร้อยละ 51.10 และ 52.00 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดและระดับสติกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดและระดับสติกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน

ระดับความเครียดและระดับสติ	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>ระดับความเครียด</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	40.55	11.08	40.92	10.63	-1.124	.902
หลังได้รับโปรแกรมฯทันที	29.45	7.43	38.92	10.63	-3.834	.000
หลังได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือน	30.17	7.99	37.96	10.70	-3.056	.004
<b>ระดับสติ</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	52.83	10.89	55.96	8.94	-1.143	.258
หลังได้รับโปรแกรมฯทันที	56.62	9.35	54.80	7.77	.771	.444
หลังได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือน	56.65	9.32	53.64	9.68	1.164	.250

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน

Source of Variation	Sum Square	df	Mean Square	F	p
ระหว่างกลุ่ม (group)	1390.621	1	1390.621	5.130	.028
ความคลาดเคลื่อน	14094.713	52	271.052		
ภายในกลุ่ม (time)	1564.985	2	782.492	95.246	.000
ความคลาดเคลื่อน	854.410	104	8.215		
Time * group	692.923	2	314.962	38.338	.000

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันรายคู่

ช่วงเวลา (A) -	ช่วงเวลา (B)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน		SE	p
		ความเครียด (A-B)			
ก่อนทดลอง -	หลังทดลอง	6.55		.669	< .05
ก่อนทดลอง -	ติดตามผล	6.67		.664	< .05
หลังทดลอง -	ก่อนทดลอง	-6.55		.669	< .05
หลังทดลอง -	ติดตามผล	0.11		.170	> .05
ติดตามผล -	ก่อนทดลอง	-6.67		.664	< .05
ติดตามผล -	หลังทดลอง	-0.118		.170	> .05

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับสติในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน

Source of Variation	Sum Square	df	Mean Square	F	p
ระหว่างกลุ่ม( group)	12.986	1	12.986	.058	0.811
ความคลาดเคลื่อน	11684.230	52	224.697		
ภายในกลุ่ม(time)	46.869	2	23.435	1.139	0.324
ความคลาดเคลื่อน	2140.007	104	20.577		
Time * group	285.314	2	142.657	6.933	0.001

ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ส่วนค่าเฉลี่ยระดับสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

**3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดและระดับสติในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน**

จากการทดสอบสถิติตามข้อตกลงเบื้องต้น ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ทดสอบกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติทั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และความแปรปรวนในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีขนาดเท่า ๆ กัน การตรวจสอบระดับความสัมพันธ์ของการวัดตัวแปรตามแต่ละคู่มีความสัมพันธ์เท่า ๆ กัน

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

ระดับสติก่อนได้รับ โปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F(1, 104) = 95.246, p = .000$ )

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันรายคู่ คือ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติก่อนได้รับโปรแกรมฯและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยระดับสติก่อนได้รับ โปรแกรมฯและระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับสติหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับสติก่อนได้รับ โปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 4 ครั้ง จำนวน 8 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 60 นาที ซึ่งในระหว่างดำเนินการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองขอยุติการเข้าร่วมวิจัย 1 คน และกลุ่มควบคุม 5 คน เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบจำนวน 4 ครั้ง คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน เป็นกลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 25 คน นำมาอภิปรายผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์มีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงาน ทั้งระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน อธิบายผลการฝึกเจริญสติสามารถจัดการความเครียดลงได้ว่า โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ได้มีกิจกรรมการเจริญสติในการจัดการกับพฤติกรรมอัตโนมัติที่บุคคลจะคิดและทำโดยไม่รู้ตัวเอง ซึ่งเป็นตัวแปรสื่อกลางทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ (Mayer, 2017; Lu et al., 2019) กิจกรรมมีการฝึกการเรียนรู้ถึงนิสยอัตโนมัติหรือการทำโดยการปล่อย เรียนรู้ถึงผลกระทบปฏิกิริยาทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและตามมาด้วยพฤติกรรมหรือการกระทำโดยไม่มี

รู้ตัว ไม่มีการตระหนักรู้ ผ่านการฝึกหยุดพัก และสำรวจหรือสังเกตร่างกาย เป็นเป้าหมายการฝึกปฏิบัติเพื่อนำมาสู่ความสนใจอยู่กับส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อลดช่องว่างพฤติกรรมตามความเคยชินลง เปลี่ยนเป็นความตระหนักรู้พิจารณาใคร่ครวญผลของปฏิกิริยาความเครียดแทน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cavanagh et al. (2013) ศึกษาถึงรูปแบบการบำบัดการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์แบบสั้นในกลุ่มนักศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง และผลการศึกษาโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ครั้งนี้ภายในกลุ่มทดลองพบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Spadaro & Hunker (2016) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติแบบออนไลน์ต่อความเครียดในนักศึกษาพยาบาล พบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังบำบัด 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 16 สัปดาห์ เนื่องจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์นำไปสู่การตอบสนองทางกระบวนการทางจิตวิทยาผ่านการเพิ่มขึ้นของสติ การเพิ่มขึ้นของความเห็นอกเห็นใจตนเอง และลดความกังวลลง (Gu, Cavanagh, & Strauss, 2018)

การดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐาน พบว่า บรรยากาศในการฝึกสติเป็นกันเอง เกิดสัมพันธภาพ ใจกว้างใจและมีความเชื่อมั่นต่อการฝึก เอื้ออำนวยในการอภิปราย

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึก และผลจากการฝึกสติ  
อุปสรรคที่เกิดขึ้น เช่น ความเบื่อ ความง่วง เป็นต้น  
และการจัดการกับอุปสรรคเหล่านั้น การฝึกการ  
สำรวจร่างกาย เกิดการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของ  
ร่างกาย การตระหนักรู้ลมหายใจ จากประสาท  
สัมผัสของร่างกาย การฝึกโยคะตระหนักรู้ในการ  
เคลื่อนไหวของร่างกายและตระหนักรู้ในลมหายใจ  
ซึ่งสามารถฝึกได้ง่ายทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิด  
ความรู้สึกเบาสบายใจ รู้สึกสงบ รู้สึกผ่อนคลาย มี  
สมาธิดีขึ้นจดจ่อมากขึ้น รับรู้ถึงความรู้สึก อารมณ์  
สุข อารมณ์ทุกข์ ความคิดในปัจจุบันขณะที่เกิดขึ้น  
ได้ รู้ตัวว่ากำลังรู้สึกอะไร คิดอะไร เคลื่อนไหว  
ร่างกายอย่างไร และหากอวกแวกก็สามารถดึงความ  
สนใจกลับมาได้ ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างให้ความ  
ร่วมมือในการฝึก และการฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน  
อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงสามารถเจริญสติผสมผสาน  
ในชีวิตประจำวันได้ เช่น ขณะเรียน อ่านหนังสือ  
ทำกิจวัตรประจำวัน สามารถเข้าใจธรรมชาติของ  
ร่างกาย อารมณ์ ความคิดที่ผ่านมาและก็ผ่านไป  
ง่าย ทำให้สามารถลดความเครียดลงได้ ซึ่งการฝึก  
สติจะส่งผลต่อกระบวนการทางสรีรวิทยาของ  
ปฏิกิริยาต่อความเครียด กระตุ้นการทำงานของ  
ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก ยับยั้งการ  
ทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำ  
ให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจ  
ลดลง และความดันโลหิตลดลง ทำให้ร่างกายสงบ  
ผ่อนคลาย จิตใจและอารมณ์ดีขึ้น และการฝึกสติ  
ช่วยให้มีสมาธิจดจ่อได้ดี เพิ่มระดับของสารสื่อ  
ประสาทโดพามีน นำไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ สร้าง  
รูปร่างของวงจรประสาทใหม่ กระตุ้นการทำงาน

ของเซลล์สมองให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น (ริค แชนสัน  
และริชาร์ด เมนดิอัส, 2558) สอดคล้องกับการศึกษา  
ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Gotink,  
Meijboom, Vernooij, Smits, & Hunink (2016) โดย  
ตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในผู้ที่ฝึกสติเป็นระยะเวลา  
8 สัปดาห์พบว่า โครงสร้างและหน้าที่ของสมอง  
เปลี่ยนแปลง โดยพบว่า พรีฟรอนทัล คอร์เท็กซ์  
(prefrontal cortex) คอร์เทกซ์ ซิงกูเลต (cingulate  
cortex) อินซูลา (insula) ฮิปโปแคมปัส (hippocampus)  
เพิ่มขึ้น และอมิกดาลา (amygdala) ลดลง มีการ  
เชื่อมต่อการทำงานกับส่วนพรีฟรอนทัล คอร์เท็กซ์  
เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมได้ดีขึ้น

ผลการศึกษาระดับสติระหว่างกลุ่มทดลอง  
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตาม  
ผล 1 เดือนไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ย  
ระดับสติภายในกลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรม  
และในระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างจากก่อน  
เข้าโปรแกรมฯ เนื่องจากการฝึกสติต้องอาศัย  
ระยะเวลาและความต่อเนื่องในการฝึก ระยะเวลา  
เพียง 4 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง  
ระดับของสติ คล้ายคลึงกับการศึกษาการเจริญสติ  
ในนักศึกษาของ Glück and Maercker (2011) นำบัค  
ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ระดับสติของกลุ่มทดลองและ  
กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผล  
การศึกษาระดับสติในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย  
สูงกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากกิจกรรม โปรแกรม  
การเจริญสติเป็นฐานออนไลน์เป็นกิจกรรมการฝึก  
ตามองค์ประกอบการนำบัค 5 อย่าง ได้แก่ การ  
ตระหนักรู้ (awareness) การอยู่กับปัจจุบัน (present

moment) การยอมรับ (acceptance) การเชื่อมโยง และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (connectedness) และการผ่อนคลาย (relaxation) ด้วยการสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกต่างที่เกิดขึ้น พักอยู่กับปัจจุบัน สนใจใส่ใจกับปัจจุบัน ยอมรับโดยไม่ตัดสินสิ่งที่เกิดขึ้น เชื่อมโยงร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การผ่อนคลายในที่สุด กิจกรรมฝึกเรียนรู้ทั้งรูปแบบเป็นทางการ เช่น ฝึกสติกับลมหายใจ การฝึกโยคะ การฝึกสำรวจร่างกาย การฝึกสติแบบเดิน การฝึกสติแบบนั่ง เป็นต้น และรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การฝึกสติการกิน การฝึกสติกับกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ผ่านการตระหนักรู้จากการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ หู ตา จมูก ปาก และกายสัมผัส โดยการหยุดสำรวจจดจ่ออยู่กับตัวเอง รวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ช้าลง รับรู้ตามความเป็นจริง ช่วยให้รู้เท่าทันตนเอง เป็นการสัมผัสแบบใส่ใจโดยไม่ตัดสิน ฝึกการมีสติกับอารมณ์สุขและอารมณ์ทุกข์ และเรียนรู้การฝึกปฏิบัติผสมผสานให้เป็นกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการมอบหมายให้มีการฝึกต่อเนื่องที่บ้านจึงส่งผลต่อระดับสติที่เพิ่มขึ้นได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อความเครียดและระดับสติของนักศึกษาพยาบาลในระยะยาวในช่วง 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี
2. ผู้บำบัดควรมีการฝึกสติอย่างประจำ และสม่ำเสมอเป็นการพัฒนาคุณภาพจิตใจในการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ 2563 ขอขอบคุณทางสถาบันการศึกษา และผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านในการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *กรมสุขภาพจิต ห่วงวัยรุ่นเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า และคนรอบข้างรับฟังอย่างเข้าใจ*. สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2563, จาก <https://gnews.apps.go.th/news?news=41688>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2564, จาก [https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat\\_prov.asp](https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp)
- กลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. (2563). *จำนวนนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563, จาก <http://edu.knc.ac.th/kharxng-tang>
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2562). *ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 1-11.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์. (2563). *ความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909295>
- ทยาวิรี จันทรวินันต์ และแสงนภา บารมี. (2563). *ความสัมพันธ์ระหว่างสติและความเครียดของนักศึกษาพยาบาล: บทบาทอัตโนมิติเป็นตัวแปรต้นกลาง*. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- ธีระยุทธ เกิดสังข์, อุไรวรรณ เกิดสังข์, และเบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์. (2561). *ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 33-48.

- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ. (2561). *สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization: MIO)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- ริค แชนสัน และริชาร์ด เมินคิอัส. (2558). *สมองแห่งพุทธะ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิง.
- สืบตระกูล ดันตลานุกุล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 9(1), 81-89.
- อรวรรณ ศิลปกิจ. (2558). การสร้างแบบประเมินสติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(2), 72-90.
- Cavanagh, K., Strauss, C., Cicconi, F., Griffiths, N., Wyper, A., & Jones, F. (2013). A randomised controlled trial of a brief online mindfulness-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 573–578.
- Chen, X., Zhang, B., Jin, S. X., Quan, Y. X., Zhang, X. W., & Cui, X. S. (2021). The effects of mindfulness-based interventions on nursing students: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 98, 1-8.
- Glück, T. M., & Maercker, A. (2011). A randomized controlled pilot study of a brief web-based mindfulness training. *BMC psychiatry*, 11(1), 1-12.
- Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M. M. (2016). 8-week mindfulness based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice—a systematic review. *Brain and cognition*, 108, 32-41.
- Greer, C. (2015). *An Online Mindfulness Intervention to Reduce Stress and Anxiety Among College Students*. Retrieved October 30, 2020, from <http://hdl.handle.net/11299/175442>
- Gu, J., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2018). Investigating the specific effects of an online mindfulness-based self-help intervention on stress and underlying mechanisms. *Mindfulness*, 9(4), 1245-1257.
- Jayawardene, W. P., Lohrmann, D. K., Erbe, R. G., & Torabi, M. R. (2017). Effects of preventive online mindfulness interventions on stress and mindfulness: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Preventive Medicine Reports*, 5, 150–159.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Lu, J., Mumba, M. N., Lynch, S., Li, C., Hua, C., & Allen, R. S. (2019). Nursing students' trait mindfulness and psychological stress: A correlation and mediation analysis. *Nurse education today*, 75, 41-46.
- Mayer, C. (2017). *Dispositional Mindfulness and Perceived Stress (Doctoral dissertation)*. Retrieved May 30, 2020, from [http://scholarworks.unr.edu:8080/bitstream/handle/11714/1892/Courtney\\_Mayer\\_Honors\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://scholarworks.unr.edu:8080/bitstream/handle/11714/1892/Courtney_Mayer_Honors_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Spadaro, K. C., & Hunker, D. F. (2016). Exploring the effects of an online asynchronous mindfulness meditation intervention with nursing students on stress, mood, and cognition: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 39, 163-169.
- Van der Riet, P., Levett-Jones, T., & Aquino-Russell, C. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse education today*, 65, 201-211.



## DEVELOPMENT OF UNDERWEIGHT HEALTH LITERACY MODEL FOR ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS IN THE 2TH PRIMARY EDUCATIONAL SERVICE AREA OFFICE PATHUMTHAINI PROVINCE\*

Mayuree Ratanaphruks, M.N.S.\*\*, Pornsuk Hunnirun, H.S.D.\*\*\*

### Abstract

**Objective:** To develop an Underweight Health Literacy Model for elementary school students in the 2th Primary Educational Service Area Office, Pathumthani Province.

**Methods:** This study was the research and development. The procedure had three phases. First Phase: There were consisted of the problems diagnosis and needs identifying of underweight health literacy model for elementary school students. Questionnaires were collected from 386 elementary school students (First - sixth grade). There were depth-interview questionnaires from school administrators, advisory teachers, Tambon health promoting hospital staff and parents. Second Phase: There were implemented the model of 30 elementary school students (First – sixth grade). This model were consisted of six interventions. Third Phase: The model were evaluated. The content validity was 0.8 and the reliability was 0.7. Statistical analysis were used One-way repeated-measures ANOVA and content analysis.

**Results:** The prevalence of Underweight elementary school students was 23.17% in Pathumthani province, Thailand. The results showed that 4.92 % of students had underweight condition and their underweight health literacy was low to moderate level. Underweight health literacy Model of elementary school students significantly increased the level of underweight health literacy all 6 – dimensions; access to information, cognitive about underweight condition, interaction, asking question and exchanging information about underweight, decision in choosing a practice method for good health, word of mouth and changing behavioral of eating, exercise and sleeping. There was statistically significant ( $p < 0.05$ ) in the average score of 6 – dimensions before and after using the underweight health literacy model. The school and parents follow and having underweight surveillance guide for elementary school students.

**Conclusion:** The results of this study showed that this program increases body weight and Health Literacy about Underweight of students. School and Parents has follow up their Underweight students continuously and have monitor handbooks.

**Keywords:** health literacy, underweight, elementary school students

---

\*Dissertation, Doctor of Philosophy (Public Health), Graduate School, Western University

\*\*Doctoral Student, Doctor of Philosophy (Public Health), Graduate School, Western University

\*\*\*Corresponding author: Associated Professor, Graduate School, Western University, e-mail: pornsuk1955@gmail.com

Received: 14 July 2021, Revised: 6 December 2021, Accepted: 13 December 2021

# การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี\*

มยุรี รัตนพุกภัย, พย.ม.\*\*, พรสุข หุ่นนิรันดร์ H.S.D.\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนา รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี

**วิธีการศึกษา :** การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา มีกระบวนการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วินิจฉัยปัญหา กลุ่มนักเรียน 386 คน และผู้บริหาร โรงเรียน ครูประจำชั้น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ปกครองนักเรียน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ได้นารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 จำนวน 30 คน มีกระบวนการเรียนรู้ 6 ขั้นตอน รวม 6 มิติ ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบฯ วิเคราะห์ค่าความตรงของเนื้อหา ได้ 0.8 และค่าความเที่ยง ได้ 0.7 วิเคราะห์ข้อมูลใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา :** พบว่าภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดปทุมธานีมีความชุก ร้อยละ 23.17 ระยะที่ 2 นักเรียนมีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.92 ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง หลังการใช้รูปแบบฯ นักเรียนประถมศึกษา มีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้นทั้ง 6 มิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ การตัดสินใจ การบอกต่อ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน คະแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**สรุป :** ผลการวิจัยแสดงว่าโปรแกรมนี้มีส่วนช่วยให้นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว และมีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น โรงเรียนและผู้ปกครองมีการติดตามและมีคู่มือเฝ้าระวังภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้สุขภาพ ภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ นักเรียนประถมศึกษา

\*คณบดีนิพนธ์ หลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

\*\*นักศึกษาลัทธิหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, e-mail: pornsuk1955@gmail.com

วันที่รับ: 14 กรกฎาคม 2564, วันที่แก้ไข: 6 ธันวาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 13 ธันวาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานในเด็ก เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขเร่งด่วนที่ต้องการการแก้ไขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ด้วย เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มการมีภาวะเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ที่อายุน้อยกว่า 5 ปี จนถึงเป็นโรคทุพโภชนาการมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น เด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี จากจำนวน 47 ล้านคนทั่วโลกมีภาวะผอม เด็ก 14.3 ล้านคน มีภาวะผอมแห้งรุนแรง และจำนวน 144 ล้านคนมีภาวะแคระแกร็น (WHO, 2020) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ร่วมมือกับองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย จัดทำโครงการสำรวจ สถานการณ์เด็กและสตรี (MICS) เมื่อ พ.ศ. 2562 พบว่าร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำแนกตามตัวชี้วัดภาวะโภชนาการ (น้ำหนักเทียบกับอายุ ความสูงเทียบกับอายุ และน้ำหนักเทียบกับความสูง) เด็กช่วงอายุระหว่าง 6 - 11 ปี มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 6.80 (<- 2 SD) มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ร้อยละ 11.90 (<- 2 SD) และมีภาวะผอมแห้ง ร้อยละ 4.60 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย, 2563) องค์การอนามัยโลก ได้มีรายงานประเด็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ปี 2010 ตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กได้แก่ สัดส่วนการเสียชีวิตของบุคคลอายุต่ำกว่า 5 ปี ระหว่างกลุ่มในเมืองและชนบท สัดส่วนเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (จำแนกกลุ่มโดยการศึกษาของมารดา) และเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำ ระหว่างกลุ่มในเมืองและชนบท เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กแอฟริกา พบว่า อัตราชุกของภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในเด็กผู้ชายสูงกว่าเด็กผู้หญิง

เด็กแอฟริกาใต้ที่อยู่ในชนบท มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 0.70 - ร้อยละ 66.00 (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2562)

อดีตที่ผ่านมาการศึกษาภาวะสุขภาพของนักเรียน และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ และกรมสามัญศึกษา จากจังหวัดปทุมธานี อ่างทอง และสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 20.31 และมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 10.20 (สุจินต์ สติรแพทย์ และคณะ, 2539) และถึงแม้เวลาจะผ่านมาเกือบ 20 ปี สถานการณ์ภาวะโภชนาการปีการศึกษา 2559 ก็ระบุชัดเจนว่า "ภาวะเตี้ย-ผอม" ยังคงเป็นปัญหาในระดับประเทศ โดยภาคเหนือประสบปัญหาเด็กเตี้ยถึงร้อยละ 34.00 ส่วนเด็กอีสานกว่าร้อยละ 29.00 กำลังเผชิญวิกฤติผอมเกินไป ซึ่งภาวะดังกล่าวนอกจากจะส่งผลถึงการเจริญเติบโตตามวัยแล้ว ยังมีผลต่อสภาพจิตใจ และอารมณ์ของเด็กอีกด้วย การแก้ปัญหาจึงต้องเริ่มจากการจัดการเรื่องโภชนาการในโรงเรียน (ปัญญา ไช่มุก, 2560) เด็กวัยเรียนคืออนาคตสำคัญของชาติ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน พบภาวะเตี้ย ภาวะผอม และภาวะซีด ภาวะเตี้ยมีสาเหตุจากการขาดอาหารเรื้อรัง ทำให้เด็กเตี้ย แคระแกร็น ภูมิคุ้มกันต่ำ โรคต่ำ เจ็บป่วยบ่อยและมีสติปัญญาต่ำ (Global Nutrition Report, 2017) นอกจากนี้โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 พบว่า

ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักเมื่อเทียบกับอายุ ห่างจากค่ามัธยฐานตามมาตรฐาน ของ WHO ในช่วง (a) ต่ำกว่าลบสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ -2SD (ปานกลางและรุนแรง) (b) ต่ำกว่าลบสามเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ -3SD (รุนแรง) มีค่าของตัวชี้วัด 6.7, 1.5 ตามลำดับ กล่าวคือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 92.00 ได้รับการชั่งน้ำหนัก และร้อยละ 90.40 ได้รับการวัด ส่วนสูง / ความยาว สำหรับเรื่องภาวะโภชนาการ เด็กที่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องการคำนวณตัวชี้วัด (วันเกิด น้ำหนัก หรือส่วนสูง/ความยาว) ไม่ครบถ้วนหรืออยู่นอกขอบเขต จะไม่นำมาใช้ในการคำนวณ ดังนั้น เด็กที่ไม่ได้นำมาใช้ในการคำนวณตัวชี้วัด น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน ทูพโภชนาการเรื้อรัง และ ทูพโภชนาการเฉียบพลัน ร้อยละ 8.70, 10.10 และ 10.70 สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, องค์การยูนิเซฟประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กทุกกลุ่มอายุ คือการอบรมเลี้ยงดู โดยพบว่า อิทธิพลของการอบรมเลี้ยงดูมีอิทธิพลสูงสุดในกลุ่มเด็กปฐมวัย (สุธรรม นันทมงคลชัย, 2559) จนถึงปัจจุบัน จากผลการดำเนินงานตามแผนงานบูรณาการการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย ปีงบประมาณ 2560 รอบ 9 เดือนของกรมอนามัยพบว่า ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 6 - 14 ปี ในเขตสุขภาพ 1 - 12 เฉลี่ยเด็กไทย อยู่ในภาวะ “ผอม” ร้อยละ 4.50 และภาวะ “เตี้ย” ร้อยละ 6.30 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในเด็กนักเรียน ยังเป็น

ปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข ซึ่งจากการสำรวจปี พ.ศ. 2558 พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 7.50 ภาวะ ผอม ร้อยละ 5.20 รวมถึงปัญหาภาวะซีดในเด็กวัย เรียน (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่ง ทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564 ด้วยปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” กับแนวคิด “สุขภาพพอเพียงและสุขภาวะ” โดย “คนเป็น ศูนย์กลางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมและมีพื้นที่ เป็นฐาน” ภายใต้ระบบสุขภาพพอเพียง “ระบบ สุขภาพหนึ่งเดียวแบบองค์รวมไว้รอยต่อเป็นธรรม และมั่นคงทางสุขภาพ” มุ่งพัฒนาสู่ “สังคมอยู่ ร่วมกันอย่างมีความสุข” สร้าง “ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ซึ่งประเทศไทยมีนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับชาติฉบับแรกได้ จัดทำ ขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบการทำงานระยะยาวของ ประเทศ ในช่วง พ.ศ. 2550 - 2559 ตามมาด้วย นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย ระดับชาติฉบับที่ 2 ในช่วง พ.ศ. 2560 - 2564 โดย จุดมุ่งหมายที่สำคัญของทั้งสองฉบับ เป็นเรื่องการ ส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย เน้นครอบครัวเป็นแกน หลัก และส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนของสังคม ได้มี ส่วนร่วมในการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพการ ให้บริการพัฒนาเด็กปฐมวัย ส่งเสริมความรู้ ความ เข้าใจ และบทบาทของพ่อแม่และครอบครัวในการ อบรมเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม

จากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่

9 เมื่อวันที่ 21 - 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ที่เมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal – SDG) มีประเด็นสำคัญที่ว่าความรอบรู้สุขภาพสามารถช่วยสนับสนุนความสำเร็จในการทำงานด้านสุขภาพและการเข้าถึงคุณภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน สถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพของคนไทย พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือความรอบรู้สุขภาพ” (Health Literacy) มีการสำรวจความรอบรู้สุขภาพของคนไทย ในกลุ่มอายุ 7 - 18 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 โดยการสุ่มจาก 24 จังหวัด 96 โรงเรียน รวม 4,800 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 86.48 และมีร้อยละ 5.25 ที่มีความรอบรู้สุขภาพในระดับดีมาก (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2559)

ความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) คือระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (วชิระ เฟ็งจันทร์, 2560) จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กโดยผลการสำรวจภาวะโภชนาการและประเมินผลตามเกณฑ์ 3 เกณฑ์ คือ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ของเด็กอายุ 3 - 5 ปี ในเขตศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี รวมถึงประเมินพัฒนาการด้านต่าง ๆ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านภาษา และด้านสังคมการปรับตัว ช่วยเหลือ

ตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยใน 4 จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 4 จำนวน 350 คน ผลการศึกษาพบว่า จากการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่าเด็กมีภาวะผอม ร้อยละ 13.70 และมีปัญหาเตี้ย ร้อยละ 6.30 และปัญหาผอมตามเกณฑ์ส่วนสูงร้อยละ 18.20 (บุญชอบ เกษโกวิท, 2560) ซึ่งในประเทศเพื่อนบ้าน มีการศึกษาวิจัยของ วู้เหวียน อันห์ จิราพร ชมพิกุล และศิริกุล อิศรางนุรักษ์ (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้อาหารเด็กและภาวะเตี้ยของเด็กอายุ 6 - 24 เดือน ในตำบลเขาชะชัน เมืองฮานอย ประเทศเวียดนาม เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเตี้ยของเด็กอายุ 6 - 24 เดือน โดยกลุ่มที่ศึกษาเป็นเด็กที่มีภาวะเตี้ย 118 คน และกลุ่มควบคุมเด็กปกติ 118 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเตี้ยของเด็ก ได้แก่ มารดาที่เตี้ยกว่า 150 เซนติเมตร น้ำหนักแรกเกิดน้อย มารดาขาดความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเสริมธาตุเหล็ก ช่วงเวลาการติดตามที่ไม่เหมาะสมในการชั่งน้ำหนักเด็กที่น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การรับประทานอาหารโปรตีนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่ครบห้าหมู่ และภาวะการฉี่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน การศึกษาในประเทศเมียนมา พบว่า น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ จากงานวิจัยของ เซย่า โช จิราพร ชมพิกุล และ โชอะ หงส์ (2016) ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ของเด็กที่อายุ 6 - 24 เดือน ในเมืองโลนด้ายร์ ประเทศเมียนมา พบความชุกของการมีน้ำหนัก

ต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กร้อยละ 17.70 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็ก ได้แก่ รายได้ครอบครัว อาชีพของมารดา อาชีพของบิดา อายุครรภ์ อายุเด็ก การฉีดวัคซีน อาหารที่กิน ระหว่างช่วงอายุ 10 ถึง 12 เดือน และ 13 ถึง 24 เดือน

ผลการสำรวจภาวะสุขภาพโภชนาการของนักเรียน จังหวัดปทุมธานี ประจำปี 2563 นักเรียนทั้งหมด 57,688 คน ทั้งรายเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 และเขต 2 จำนวนนักเรียนที่มีภาวะสุขภาพโภชนาการ 13,359 คน คิดเป็นร้อยละ 23.17 เป็นเด็กผอม ร้อยละ 4.92 เด็กเตี้ย ร้อยละ 2.70 เด็กผอมและเตี้ย ร้อยละ 2.31 (สำนักงานกองทุนเพื่ออาหารกลางวัน, 2563) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการดำเนินชีวิตที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร พระราชทานแก่พสกนิกรชาวไทย ผ่านพระบรมราชโองการและพระราชดำรัสในโอกาสต่าง ๆ มาตลอด ที่อธิบายถึงการดำเนินไปบนทางสายกลาง และพัฒนาบุคคลบนฐานของความรู้และคุณธรรม เป็นปรัชญาชี้แนวการดำรงอยู่ และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกๆ ระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจ เพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์

ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่ต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควรต่อการกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอก ต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความ

ระมัดระวังอย่างยิ่ง ในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญา และความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี การผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ โดยมี เงื่อนไข ของการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียง 2 ประการ คือ 1) เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผนและความระมัดระวังในการปฏิบัติ 2) เงื่อนไขคุณธรรม ที่ต้องเสริมสร้าง ประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริตและมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต (มูลนิธิชัยพัฒนา, 2559) มาใช้เป็นหลักการร่วมในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งจะเข้ามีส่วนเสริมในส่วนของการบูรณาการในการจัดรูปแบบกิจกรรมกับนักเรียน ประถมศึกษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนา รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการที่สมวัย ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดี และ

สร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้แก่นักเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี

### สมมติฐานการวิจัย

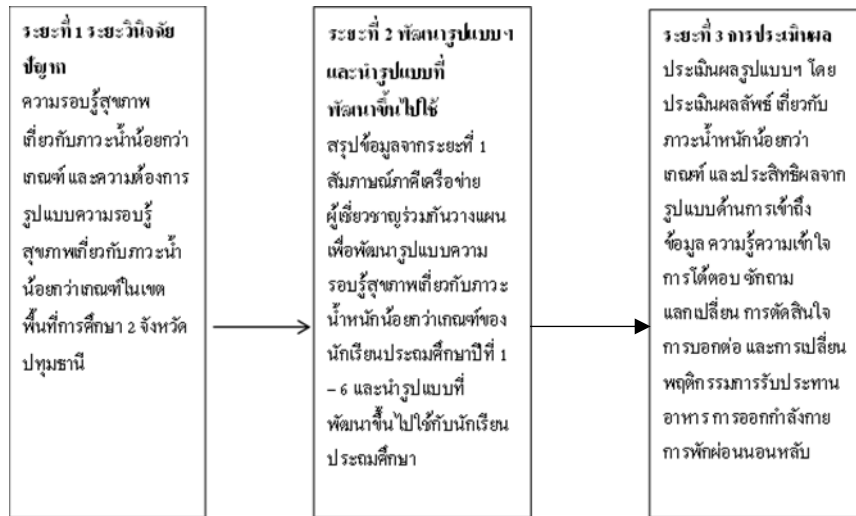
1. หลังการทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์นักเรียนประถมศึกษา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าถึง ความรู้ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม และแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การบอกต่อและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนแตกต่างจากระยะก่อนทดลองใช้รูปแบบ

2. หลังการทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์นักเรียนประถมศึกษามีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์เขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (Underweight Health Literacy Concept) บนพื้นฐานกระบวนการส่งเสริมความ

รอบรู้สุขภาพด้วย V – shape ของกรมอนามัย เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์กับเด็กนักเรียนประถมศึกษาใน 6 ฐานกิจกรรมหลัก โดยวัดตัวแปรในมิติต่างๆ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้แผนกิจกรรมได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) การโต้ตอบ ซักถามและแลกเปลี่ยน 4) การตัดสินใจ 5) การบอกต่อ 6) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน โดยบูรณาการหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy) 3 ห่วง (ความพอเพียง ความมีเหตุผล ภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี) 2 เงื่อนไข (ความรู้และคุณธรรม) ในขั้นตอนจัดรูปแบบกิจกรรมทั้ง 6 ฐาน โดยคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ (Social determinants of health) ตามหลักเกณฑ์ช่วงวัยของเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีเหล่านี้เพื่อเสริมสร้างความสามารถและทักษะของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 – 6 และการมีพฤติกรรมที่ดีในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน ซึ่งจะนำไปสู่การมีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐานตามอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านการร่วมในกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ที่สร้างขึ้น ซึ่งกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยมีองค์ประกอบของตัวแปรที่ศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 3 ระยะ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

ระยะที่ 1 ระบุวินิจฉัยปัญหาความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักร้อยกว่าเกณฑ์ และความ ต้องการพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักร้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี

**1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** แบ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

**กลุ่มที่ 1** ประชากรคือ นักเรียนประถมศึกษา ในเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี มีพื้นที่ครอบคลุม 3 อำเภอทางตะวันออกของจังหวัด ได้แก่ อำเภอธัญบุรี อำเภอลำลูกกา และอำเภอหนองเสือ มีจำนวนโรงเรียนในความรับผิดชอบทั้งหมด 67 โรงเรียน โดยเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก 14 แห่ง ขนาดกลาง 44 แห่ง ขนาดใหญ่ 6 แห่ง ขนาดใหญ่พิเศษ 3 แห่ง ซึ่งโรงเรียนเหล่านี้อยู่ในอำเภอ

ลำลูกกา 30 โรงเรียน อำเภอหนองเสือ 26 โรงเรียน และอำเภอธัญบุรี 11 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 28,021 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 จากโรงเรียนขนาดกลาง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณประชากรที่มีจำนวนแน่นอน (Daniel, 1995) สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 386 คน

**กลุ่มที่ 2** ประชากร คือ ผู้บริหารโรงเรียน ในเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี จำนวน 67 โรงเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 4 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 4 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID – 19

**กลุ่มที่ 3** ประชากร คือ ครูประจำชั้น ประกอบด้วย ครูประจำชั้น และหรือครูอนามัย โรงเรียน จำนวน 67 โรงเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ ครู



ประจำชั้น จำนวน 4 แห่ง ๆ ละ 1 - 2 คน รวม 8 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19

กลุ่มที่ 4 ประชากร คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่จังหวัดปทุมธานี จำนวน 78 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง จำนวน 7 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบและเข้าใจในกระบวนการการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนและแจ้งให้ทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้องจนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า จากนั้นให้ลงนามในเอกสารยินยอม โดยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างอิสระ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2562

## 2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สัมภาษณ์ผู้บริหาร โรงเรียน เป็น

คำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ นโยบายหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับนักเรียนที่มีภาวะน้อยกว่าเกณฑ์ แหล่งสนับสนุนทางการเงิน นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณภายในโรงเรียน ภาควิชาที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมในการดูแลนักเรียนที่มีภาวะน้อยกว่าเกณฑ์

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สัมภาษณ์ครูประจำชั้น/ครูอนามัยโรงเรียน โรงเรียน เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับนักเรียนที่มีภาวะน้อยกว่าเกณฑ์ การดูแลเรื่องสุขภาพนักเรียน และการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน

2.3 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่จังหวัดปทุมธานี เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ นโยบายหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับนักเรียนที่มีภาวะน้อยกว่าเกณฑ์ แหล่งสนับสนุนทางการเงิน โครงการหรือมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และหน้าที่รับผิดชอบดูแลส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

2.4 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยยึดหลักตามแนวความคิด V-Shape 6 ด้านของกรมอนามัย ข้อคำถาม 6 มิติรวมทั้งหมด 31 ข้อ คือ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคย ให้ 1

คะแนน บางครั้ง ให้ 2 คะแนน บ่อย ให้ 3 คะแนน โดยแบ่งช่วงการการปฏิบัติในแต่ละระดับด้วยวิธีหาความกว้างของอันตรภาคชั้น โดยใช้สูตรการหาความกว้างของอันตรภาคชั้นตามกฎของ Best (Best, 1977) ดังนี้ ช่วงคะแนน 1.0 - 1.66 การเข้าถึงข้อมูล ไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 1.67 - 2.33 การเข้าถึงข้อมูลพอใช้ ช่วงคะแนน 2.34 - 3.0 การเข้าถึงข้อมูลดีมาก 2) ด้านความรู้ความเข้าใจ จำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ช่วงคะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (1 คะแนน) มีความรู้ความเข้าใจระดับมาก ร้อยละ 60.00 - 80.00 ( 0.75 คะแนน) มีความรู้ความเข้าใจระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60.00 (0.5 คะแนน) มีความรู้ความเข้าใจระดับน้อย 3) ด้านการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน 5 ข้อ 4) ด้านการตัดสินใจ 4 ข้อ 5) ด้านการบอกต่อ จำนวน 5 ข้อ 6) ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 9 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเหมือนกับด้านที่ 1 รวมข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ มีรูปภาพประกอบ 12 ภาพ เพื่อช่วยให้เด็กเล็กหรือนักเรียนที่อ่านหนังสือไม่ค่อยออกเข้าใจคำถามได้ง่ายขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) หรือความสอดคล้องของระหว่างข้อความที่เขียนขึ้นในแบบสอบถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.8 และนำ

เครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบแล้วไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้และความเป็นปรนัยในนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha Cronbach Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมของเครื่องมือเท่ากับ 0.7

2.5 พัฒนาและตรวจสอบรูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาชนะน้ำหนักร้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา ตรวจสอบเพื่อนำไปใช้ในระยที่ 2

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ และการทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาชนะน้ำหนักร้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ ผู้ปกครองของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ในเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเนื่องจากสถานการณ์

การระบาดของไวรัส COVID-19 และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสมัครงใจ จำนวน 15 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากร คือ นักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 ที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ในเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 ที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสมัครงใจ จำนวน 30 คน

## 2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อความจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร และการอบรมเลี้ยงดูบุตร

2.1.2 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.8 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha Cronbach Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.7

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (Underweight) เป็นรูปแบบการเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยนำข้อมูลจากการสำรวจความต้องการของผู้ปกครอง ครูประจำชั้น มาออกแบบรูปแบบกิจกรรม ตลอดจนการเฝ้าระวังและติดตามภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา รูปแบบกิจกรรมผ่านการปรึกษาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ใน 2 ช่วงระยะเวลา คือ จัดกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 - 3 มิติการเข้าถึงการเข้าใจ การตอบโต้ชักถาม

กิจกรรมที่ 1 ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ โดยให้ความรู้เรื่องน้ำหนักปกติตามเกณฑ์ ภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ โดยนำหลักการเศรษฐกิจพอเพียง 3 ห่วง 2 เงื่อนไข ความพอเพียง ความมีเหตุผล พอประมาณ มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี และความรู้ คุณธรรม ประยุกต์หลักการมาสอนสอดแทรกไปกับการดำเนินชีวิตประจำวันของนักเรียนได้แก่การรับประทานอาหาร การดื่มนมทุกวัน การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การสร้างภูมิคุ้มกันให้ตนเอง การประพฤติศีลธรรมอันดีงาม

กิจกรรมที่ 2 การประเมินการเจริญเติบโต มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และการบันทึก โดยอธิบายความสำคัญและกระตุ้นให้ติดตามเป็นประจำทุกเดือน เน้นมิติของการเข้าถึงข้อมูล

กิจกรรมที่ 3 อาหารดีมีประโยชน์ เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้จากอาหารจริง บนพื้นฐานการประยุกต์หลักการความพอเพียง ปริมาณพลังงานแต่ละวัน ปริมาณอาหาร โดยแสดงอาหารสดที่ควรรับประทานในแต่ละมื้อ การรับประทานอาหารครบสามมื้อในแต่ละวัน การดื่มนมวันละ 2 แก้วเป็นประจำทุกวัน ความมีเหตุผล สารอาหารครบถ้วนตามปริมาณอาหาร ประโยชน์ของการดื่มนม งดน้ำหวานและน้ำอัดลม อาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์ที่ควรหลีกเลี่ยง พร้อมทั้งแสดงตัวอย่างอาหารประเภทต่าง ๆ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4-6 มิติการแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการบอกต่อกิจกรรมที่ 4 การออกกำลังกายกระดูก Bone Age สอนการออกกำลังกาย ท่าเดินที่กระดูก Bone Age การเล่นเกมสีกกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย ประกอบเพลงที่นักเรียนมีส่วนร่วมในการเลือกเพลงที่ชื่นชอบ (เพลงเมคิลิค่าสัตว์) อุปกรณ์ในฐานนี้คือลูกฟุตบอลและตุ๊กตาหมี เน้นหลักการ ความมีภูมิคุ้มกันที่ดี ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การวิ่งเล่น อย่างน้อยสามครั้งต่อสัปดาห์และใช้จำนวนเวลาที่เหมาะสม คือ 30 นาทีต่อครั้ง

กิจกรรมที่ 5 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านสติปัญญา และรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนมีส่วนร่วมการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์

กิจกรรมที่ 6 พฤติกรรมสุขภาพดี ไตวัย ใจมีสุข ผ่านการเล่นเกมสื่อบอกต่อ การฝึก

สมาธิ เพื่อการผ่อนคลาย ฝึกทำจิตใจให้สงบ (เพลงประกอบคือเพลงดอกไม้บาน) เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ และดำเนินการประเมินผลหลังร่วมกิจกรรม 2 สัปดาห์และติดตามผลหลังร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียนเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ นักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (เป็นกลุ่มประชากรในระยะที่ 2) กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 จำนวน 30 คน

#### 2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา หลังการเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบ

2.2 แบบบันทึกการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง BMI for age ของนักเรียนประถมศึกษา

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ

ในกิจกรรมรูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา และเปรียบเทียบน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองใช้ หลังการทดลองใช้ และติดตามหลังทดลองใช้รูปแบบ ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนที่มีการวัดซ้ำมากกว่า 1 ครั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (Analysis of Variance with Repeated measures)

### ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวินิจฉัยปัญหาและความต้องการรูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี

#### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนประถมศึกษา

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 จำนวน 386 คน จากโรงเรียนขนาดกลางทั้ง 3 โรงเรียนในจังหวัดปทุมธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 6 - 14 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 9.79 ปี นักเรียนส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 9 - 11 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.89 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ร้อยละ 25.38 นักเรียนส่วนใหญ่มีน้ำหนักก่อนข้างน้อยกว่าร้อยละ 6.73 รองลงมาคือน้ำหนักน้อย

กว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.92 กลุ่มตัวอย่างมีส่วนสูงตามอายุส่วนใหญ่เฉลี่ยร้อยละ 5.94 ผอม ร้อยละ 9.32 ดังแสดงในตารางที่ 1

#### 1.2 ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา

ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ มี 6 มิติ ในมิติที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ อยู่ในระดับพอใช้ (mean = 2.00, SD = .316) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบความสำคัญของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงที่ครูประจำชั้นวัดเป็นประจำทุกเดือน มิติที่ 2 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (mean = .88, SD = .206) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาบน้ำวันละสองครั้ง ล้างมือก่อนรับประทานอาหารกลางวัน รับนมโรงเรียนเป็นประจำทุกวัน มิติที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ปานกลาง (mean = 1.84, SD = .363) ส่วนใหญ่มักไม่กล้าซักถามข้อสงสัยและสาเหตุที่ไม่สบายกับครูหรือผู้ปกครอง มิติที่ 4 ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ พบว่าส่วนใหญ่มีการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.24, SD = .388) ในการเลือกซื้อหรือรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์แทนการดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมขบเคี้ยว มิติที่ 5 ด้านการบอกต่อเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 1.79, SD = .452) การบอกต่อเพื่อนในหังคกินอาหารประเภทของมันของดอง ใส้กรอก น้ำอัดลม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนประถมศึกษา (n = 386)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
6 - 8	114	29.53
9 - 11	181	46.89
12 - 14	91	23.58
mean = 9.79	Min = 6	Max = 14
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 1	63	16.32
ประถมศึกษาปีที่ 2	69	17.88
ประถมศึกษาปีที่ 3	77	19.94
ประถมศึกษาปีที่ 5	79	20.46
ประถมศึกษาปีที่ 6	98	25.38
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ		
น้ำหนักตามเกณฑ์ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	244	63.21
น้ำหนักค่อนข้างน้อย (<-1SD)	26	6.73
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (<-2SD)	19	4.92
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
ค่อนข้างเตี้ย (<-1SD)	14	3.62
เตี้ย (<-2SD)	23	5.94
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง		
ค่อนข้างผอม (<-1SD)	24	6.21
ผอม (<-2SD)	36	9.32

ระดับน้อย และมีมติที่ 6 ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนพฤติกรรมระดับพอใช้ (mean = 2.13, SD = .375) โดยพฤติกรรมการรับประทานอาหารยังกินอาหารที่มีประโยชน์ไม่ครบ 5 หมู่ ดื่มนมไม่ได้วันละ 2 ถ้วย ยังกินขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม ใส่น้ำตาล ลูกอม

ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยวิ่งเล่นกับเพื่อนวันละ 30 นาทีและไม่ออกกำลังกายไม่ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และการพักผ่อน ส่วนใหญ่ไม่เคยได้ฝึกจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายก่อนเข้านอน นอนหลับไม่ถึง 9 ชั่วโมงต่อวัน ดังแสดงภาพรวมรายด้านในตารางที่ 2

และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่มีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ใน 6 มิติ (n = 386)

ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	mean	SD	ระดับ
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	2.00	.316	พอใช้
2. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	.88	.206	มาก
3. ด้านการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับ	1.84	.363	ปานกลาง
4. ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	2.24	.388	ปานกลาง
5. ด้านการบอกต่อเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	1.79	.452	ปานกลาง
6. ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน	2.13	.375	พอใช้

โรงเรียน ครูประจำชั้น และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าทุกโรงเรียนมีโครงการอาหารกลางวัน นมโรงเรียน มีการตรวจสุขภาพนักเรียนเป็นประจำทุกเดือน มีการส่งต่อข้อมูลให้โดยจะประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียน มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำหน้าที่ประสานงานกับครูอนามัยโรงเรียน เพื่อประสานงานการตรวจสุขภาพนักเรียน ตรวจสายตา ตรวจฟัน ประเมินพัฒนาการ โดยใช้ DSPM บริการวัคซีน และรับข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของนักเรียนในเขตโรงเรียนที่รับผิดชอบมาบันทึกข้อมูลลงในระบบ โปรแกรม JHCIS ของระบบกระทรวงสาธารณสุข ทุกภาคการศึกษา ปีการศึกษาละ 2 ครั้ง สำหรับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการขาดหรือเกินจะประสานงานกับครูอนามัยโรงเรียนเพื่อจัดกิจกรรมร่วมกัน เช่น โครงการเด็กไทยอ่อนหวาน โครงการอบรมผู้นำนักเรียน มีเพียงบางโรงเรียนที่ดูแลอาหารเข้าให้กับนักเรียน ไม่มีกิจกรรมหรือโครงการดูแลเด็กนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่า

เกณฑ์อย่างเฉพาะเจาะจง มีเพียงการกำชับให้ครูประจำชั้นหรือครูอนามัยโรงเรียนดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดและสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลางวัน ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลเหล่านี้มาพัฒนารูปแบบฯ ในระยะที่ 2

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

โปรแกรมการพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์นักเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี เครื่องมือสำหรับระยะที่ 2 คือ การทดสอบโปรแกรมความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 จำนวน 30 คน ได้สำรวจความคิดเห็นของผู้ปกครอง 15 คน และความพึงพอใจของนักเรียนโดยใช้แบบสอบถามกับนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ผลดังนี้

### 2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 93.30 และเป็นบิดาเพียง 1 คน ร้อยละ 6.70 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31 - 40 ปี มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญามากที่สุด ร้อยละ 33 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 53.33 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 6.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/องค์กรเอกชน ร้อยละ 33.30 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ (อยู่ด้วยกัน)มากที่สุด ร้อยละ 66.70 ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 40.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 53.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 ลักษณะเด็กเมื่อแรกเกิดเป็นเด็กครบกำหนดมากที่สุดร้อยละ 66.70 รองลงมาเป็นเด็กเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 33.30 เป็นเด็กน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 66.70 รองลงมาน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 33.30 เด็กส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบ ร้อยละ 66.70 ได้รับวัคซีนไม่ครบร้อยละ 13.30 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาถ่ายพยาธิให้กับบุตรร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาหารให้บุตรรับประทานเองบ่อยที่สุด ร้อยละ 60.00 และร่วมโต๊ะรับประทานอาหารกับบุตรมากที่สุดร้อยละ 80.00 ผู้ปกครองพาบุตรไปพบแพทย์เวลาดูแลไม่สบายบ่อย เช่น คลินิก โรงพยาบาล หรือศูนย์อนามัยร้อยละ 46.60 และพาบุตรไปวิ่งเล่นที่สวนสาธารณะ หรือออกกำลังกายอื่น ๆ บางครั้งหรือน้อยกว่า (1 ครั้งต่อสัปดาห์) ร้อยละ 86.60 ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลเหล่านี้มาพัฒนารูปแบบกิจกรรม

เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภavnน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์นักเรียนประถมศึกษาในระยษที่ 2

## 2.2 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนที่มีภavnน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 ทั้งหมด 30 คน เป็นเพศชาย 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 เพศหญิง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.60 อายุอยู่ระหว่าง 6 - 11 ปี อายุน้อยที่สุด 6 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 11 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 8.53 ปี (S.D. = 1.676) ระดับการศึกษาอยู่ระหว่างระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุด 9 คน เท่ากับร้อยละ 30.00 และมีเพียง 1 คนอยู่ในประถมศึกษาชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 3.30 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่มีภavnน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ดังแสดงในตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 30 คน มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุส่วนใหญ่่น้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 60.00 รองลงมาน้ำหนักค่อนข้างน้อยร้อยละ 40.00 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุพบว่าเป็นเด็กเตี้ย ร้อยละ 43.33 ค่อนข้างเตี้ยร้อยละ 20.00 และจากค่าดัชนีมวลกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กพอมร้อยละ 36.67 และค่อนข้างพอมร้อยละ 10.00

จากตารางที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมรูปแบบ 2 สัปดาห์ พบว่านักเรียน



**ตารางที่ 3** น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (n = 30)

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ		
น้ำหนักค่อนข้างน้อย (<-1SD)	12	40.00
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (<-2SD)	18	60.00
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
ค่อนข้างเตี้ย (<-1SD)	6	20.00
เตี้ย (<-2SD)	13	43.33
ส่วนสูงตามเกณฑ์	11	36.67
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง		
ค่อนข้างผอม (<-1SD)	3	10.00
ผอม (<-2SD)	11	36.67
สมส่วน	16	53.33

**ตารางที่ 4** การทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมรูปแบบฯ 2 สัปดาห์ (n = 30)

รายด้าน	Mean	SD	t	Sig (2-tailed)
การเข้าถึงข้อมูล HL	ก่อน 1.93	.285	- 3.658	0.001*
	หลัง 2.22	.314		
ความรู้ความเข้าใจ HL	ก่อน .875	.170	- 2.845	.008*
	หลัง .975	.100		
การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน HL	ก่อน 1.98	.515	- .416	.168
	หลัง 2.08	.459		
การตัดสินใจเกี่ยวกับ HL	ก่อน 2.42	.416	- .926	.362
	หลัง 2.50	.318		
การบอกต่อเกี่ยวกับ HL	ก่อน 1.88	.351	- 4.625	.000*
	หลัง 2.25	.356		
การเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน	ก่อน 2.21	.321	- 3.834	.001*
อาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน	หลัง 2.47	.307		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 5** การทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมรูปแบบ ๗ 4 สัปดาห์ (n = 30)

รายด้าน	Mean	SD	t	Sig (2-tailed)
การเข้าถึง HL	ก่อน 1.93	.285	- 2.765	0.010*
	หลัง 2.83	1.737		
ความรู้ความเข้าใจ HL	ก่อน 0.875	.682	- 3.261	.003*
	หลัง 0.983	.254		
การโต้ตอบ ชักถามและแลกเปลี่ยน HL	ก่อน 1.98	.515	-.416	.000*
	หลัง 2.54	.288		
การตัดสินใจเกี่ยวกับ HL	ก่อน 2.42	.416	-6.528	.000*
	หลัง 2.91	.136		
การบอกต่อเกี่ยวกับ HL	ก่อน 1.88	.351	-9.055	.000*
	หลัง 2.62	.303		
การเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน	ก่อน 2.25	.296	-9.143	.000*
	หลัง 2.77	.150		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 6** การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนประถมศึกษา ก่อนการอบรม หลังการอบรม 2 สัปดาห์ และติดตามผลหลังอบรม 4 สัปดาห์ เป็นรายคู่ (ระยะที่ 3) (n = 30)

ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	Mean	SD	F	df	p-value
ก่อนอบรม	1.96	0.25	5992.307	2	< 0.01
หลังอบรม 2 สัปดาห์	2.18	0.20			
หลังอบรม 4 สัปดาห์	2.52	0.26			

**ตารางที่ 7** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนประถมศึกษา ก่อนอบรม หลังอบรม 2 สัปดาห์และติดตามผล 4 สัปดาห์ (ระยะที่3) (n = 30)

น้ำหนัก	Mean	SD	F	df	p-value
ก่อนอบรม	20.36	3.99	809.425	2	< 0.01
หลังอบรม 2 สัปดาห์	20.86	3.86			
หลังอบรม 4 สัปดาห์	22.47	4.62			

ประดุมศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การบอกต่อและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนแตกต่างจากระยะก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนด้านการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ไม่แตกต่างกับก่อนการใช้รูปแบบ

### ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

ผู้วิจัยประเมินผลผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ภาวะการเจ็บเรื้อรังโตของนักเรียน หลังจากทดลองกิจกรรม โปรแกรมรูปแบบฯ 4 สัปดาห์ โดยประเมินจากน้ำหนัก ส่วนสูง ประเมินคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความพึงพอใจนักเรียนจำนวน 30 คน ต่อโปรแกรมรูปแบบภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา

จากตารางที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมรูปแบบฯ 4 สัปดาห์ พบว่าหลังการใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในนักเรียนประถมศึกษาที่พัฒนาขึ้น ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูล (2.83) ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (1.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ด้านความรู้ความเข้าใจ (0.983) ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (0.875) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p <$

.05) ด้านการโต้ตอบ ซักถามและแลกเปลี่ยน (2.54) ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (1.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร (2.91) ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ด้านการบอกต่อ (2.62) ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (1.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน (2.77) ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (2.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงตามตารางที่ 5

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 พบว่า ก่อนการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (SD = 0.25) หลังการอบรม 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 (SD = 0.20) เมื่อติดตามผลหลังการอบรม 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 (SD = 0.26) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่า หลังการอบรม 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) การติดตามผลหลังอบรม 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และการติดตามผลหลังอบรม 4 สัปดาห์มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหลังการอบรม 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 พบว่า ก่อนการอบรม กลุ่มตัวอย่างมี

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักเท่ากับ 20.36 (SD = 3.99) หลังการอบรม 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเท่ากับ 20.86 (SD = 3.86) เมื่อติดตามผลหลังการอบรม 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเท่ากับ 22.47 (SD = 4.62) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักเป็นรายคู่ พบว่า หลังการอบรม 2 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) การติดตามผลหลังอบรม 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากก่อนกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

สำหรับผลวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจของนักเรียนต่อโปรแกรมรูปแบบหลังทดลอง โปรแกรมความรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 4 สัปดาห์ พบว่ามีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ 3 เรื่องอาหารมีประโยชน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.70 รองลงมาคือกิจกรรมที่ 2 การประเมินการเจริญเติบโต และความรุนแรงของภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ได้คะแนนร้อยละ 84.60

### การอภิปรายผล

จากการวิจัยการพัฒนาารูปแบบต้องการพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ดังนี้

ระยะที่ 1 จากการศึกษาปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา พบว่าอัตราภาวะน้ำหนักน้อยกว่า

เกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดปทุมธานีมีความชุกร้อยละ 23.17 นักเรียนมีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.92 สอดคล้องกับโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (MICS) (2563) พบว่า เด็กช่วงอายุระหว่าง 6 - 11 ปี มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 6.80 ( $< -2$  SD) มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ร้อยละ 11.90 ( $< -2$  SD) และมีภาวะผอมแห้ง ร้อยละ 4.60 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) และมีอัตราชุกใกล้เคียงกับการศึกษาของกรมอนามัยกรมอนามัยที่พบว่า ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 6-14 ปี ในเขตสุขภาพ 1 - 12 เฉลี่ยเด็กไทยอยู่ในภาวะ “ผอม” ร้อยละ 4.50 และภาวะ “เตี้ย” ร้อยละ 6.30 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

นักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 มีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยด้านการเข้าถึงข้อมูล การบอกต่อและการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ อยู่ในระดับน้อยและปานกลาง ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของอังสินันท์ อินทรกำแหง (2560) ส่วนด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนยังไม่ดีพอ นักเรียนไม่ค่อยได้ฝึกจิตใจให้สงบก่อนเข้านอน มักนอนดึกตามผู้ปกครองนอนไม่ถึงวันละ 9 ชั่วโมงอย่างที่เด็กวัยนี้ต้องการ การนอนหลับที่เพียงพอ ทำให้เกิดเป็นปัญหาห่วงวนนอนที่โรงเรียน ขาดสมาธิในการเรียนหนังสือ ซึ่งตามหลักทฤษฎีเรื่องพัฒนาการของการนอนหลับในเด็กแต่ละช่วงอายุจะมีแบบแผนและระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งการนอนหลับในเด็กวัยเรียน (Sleep in middle childhood) วัยนี้ต้องการการนอนหลับ

วันละ 9 - 11 ชั่วโมง และเป็นช่วงวัยที่สำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้สุขนิสัยการนอนที่ดี (Healthy sleep habits)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 หลังทดลองใช้รูปแบบโดยจัดกิจกรรม 6 ฐาน ด้วยกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย V - shape ของกรมอนามัยให้แก่ักเรียนประถมศึกษา โดยประยุกต์หลักการเศรษฐกิจพอเพียง 3 ห่วง (ความพอประมาณ มีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี) 2 เงื่อนไข เงื่อนไขความรู้ และเงื่อนไขคุณธรรม พบว่านักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ดีขึ้น แต่ยังไม่ครบทั้ง 6 มิติ กล่าวคือด้านการเข้าถึงความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการบอกต่อและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการได้ตอบ ชักถามและแลกเปลี่ยน ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ไม่แตกต่างกับก่อนการใช้รูปแบบ อธิบายได้ว่าอาจเกิดจากระยะเวลาที่ติดตาม 2 สัปดาห์ยังเร็วเกินไป เด็กยังต้องการเวลาในการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง หลังการฝึกอบรม ซึ่งแนวทางการสื่อสารกับเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี) ควรพูดคุยกับเด็กเพื่อติดตามว่าเด็กจะทำอะไรบ้าง ชอบหรือไม่ชอบอะไร สัมพันธภาพระหว่างเด็กกับเพื่อน พูดคุยกับเด็กเพื่อช่วยคิดเป้าหมายและ

วิธีแก้ไขปัญหา อธิบายเหตุผลที่ช่วยให้เด็กวัยนี้เข้าใจถึงการกระทำของเด็กที่กระทบต่อผู้อื่น การส่งเสริมให้เด็กพูดคุยถึงอารมณ์ความรู้สึกและที่มาของความรู้สึกนั้น ๆ (รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, 2556) และควรต้องติดตามประเมินซ้ำหลังฝึกอบรมแล้ว

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

สมมติฐานข้อที่ 1 เมื่อประเมินผลผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี ภาพการณ์เจริญเติบโตของนักเรียนประถมศึกษา ความพึงพอใจของรูปแบบกิจกรรม หลังทดลองจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ พบว่าหลังการใช้รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์นักเรียนประถมศึกษาที่พัฒนาขึ้น 4 สัปดาห์นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 6 มิติ แสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิผลของการใช้รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์นักเรียนประถมศึกษา

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ พบว่าหลังการใช้รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในนักเรียนประถมศึกษาที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำหนักเฉลี่ย (22.47) ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (20.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ความพึงพอใจของนักเรียนต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความ

พึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.78 ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูประจำชั้น และครูอนามัยโรงเรียน มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่จัดในโรงเรียน ได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่าเป็นกิจกรรมที่ดี มีประโยชน์ต่อนักเรียนโดยตรง เมื่อพิจารณาผลการประเมินภายหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่ากิจกรรมในโรงเรียนได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการดูแลนักเรียนประถมศึกษาและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

สรุปได้ว่า รูปแบบความรู้สุขภาพจากงานวิจัยนี้ได้ยืนยันแนวคิดความรู้สุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (Underweight Health Literacy Model) และหลักเศรษฐกิจพอเพียง 3 ห่วง 2 เงื่อนไข (ความพอประมาณ ความมีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันที่ดี และความรู้คู่คุณธรรม) โดยทำให้นักเรียนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มากขึ้น ทั้ง 6 มิติ โดยเฉพาะมีการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน ทำให้นักเรียนมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักดีขึ้น และมีติดตามเฝ้าระวังภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา

### ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาความรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าของเด็กนักเรียนประถมศึกษาควรคำนึงถึงปัจจัยหลายประการ ได้แก่ พื้นฐานอุปนิสัยส่วนตัวของนักเรียน ประถมศึกษา

พัฒนาการทางความคิด ระดับสติปัญญาของเด็ก การจัดกิจกรรมกับเด็กนักเรียนถ้าสามารถกระทำได้และมีเวลามากพอ ควรทำกิจกรรมซ้ำ ๆ เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับการกระตุ้นเตือนตอกย้ำในประเด็นสำคัญที่ต้องการพัฒนา เช่น การตัดสินใจ เลือกซื้อและรับประทานอาหาร สิ่งแวดล้อมของร้านอาหารเงินขายอาหารหน้าโรงเรียนควรให้เหมาะสมด้วย เพื่อให้เด็กสามารถเกิดการเรียนรู้ในสิ่งต้องการพัฒนาให้เด็กและเยาวชนได้ นอกจากนี้การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา กิจวัตรประจำวันของนักเรียน โดยเฉพาะเรื่องอาหารมื้อเช้า ซึ่งมีความสำคัญต่อเด็กนักเรียนมาก ผู้ปกครองต้องมีความเมตตาเอื้ออาทรต่อบุตรหลาน ควรดูแลให้เด็กได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่เพียงพอตามความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็ก โรงเรียนควรมีส่วนในการสนับสนุนดูแลจัดอาหารเช้าให้แก่เด็กนักเรียนที่ครอบครัวมีฐานะยากจน บิดามารดาไม่มีเวลาในการจัดอาหารเช้าให้บุตรสำหรับผู้ปกครองที่มีฐานะยากจนต้องทำมาหาเลี้ยงชีพเพื่อนำรายได้มาจุนเจือครอบครัว ต้องมีความอดทน ขยันหมั่นเพียรในการประกอบสัมมาอาชีพ เพื่อให้สามารถพึ่งตนเอง พ้นจากความยากจน ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง ใช้ชีวิตที่เป็นสุขตามอัตภาพ ไม่ฟุ้งเฟ้อ พ้นจากการเป็นหนี้ เพื่อให้ครอบครัวอบอุ่นและเป็นสุข

### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 6 - 14 ปี เขตสุขภาพ 1 - 12. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2562 จาก [http://planfda.fda.moph.go.th/newplan/mh/resultpdf/presentation%201\(Prachin2-60\).pdf](http://planfda.fda.moph.go.th/newplan/mh/resultpdf/presentation%201(Prachin2-60).pdf)

- บุญชอบ เกษโกวิท. (2560). ภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กอายุ 3 - 5 ปี ในเขตศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. *วารสารโภชนาการ*, 52(2), 2-15.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2562). ภาวะน้ำหนักน้อย ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนในเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก. *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 15. มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น*
- ปัญญา ไช่มุก. (2560). *เปิดบ้าน โรงเรียนเด็กไทยแถมใส่*. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2563 จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/35375>
- มูลนิธิชัยพัฒนา. (2559). เศรษฐกิจพอเพียง. สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2562 จาก [http://www.chaipat.or.th/site\\_content/item/1309-2010-06-03-09-50-07.htm](http://www.chaipat.or.th/site_content/item/1309-2010-06-03-09-50-07.htm)
- รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย. (2560). *การส่งเสริมทักษะภาษาสำหรับเด็ก Promotion of Language Development*. ใน ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย. รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย. สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์. และวีระศักดิ์ ชลไชยะ. (บรรณาธิการ). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 3 การดูแลและสุขภาพเด็กดี*. (108 – 124) กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). *การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย*. สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2562 จาก [http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL\\_DOH\\_drive.pdf](http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์การยูนิเซฟประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559*. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2563 จาก [https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org/thailand/files/2018-06/Thailand\\_MICS\\_Key\\_Findings\\_TH.pdf](https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org/thailand/files/2018-06/Thailand_MICS_Key_Findings_TH.pdf)
- สุจินต์ สติรแพทย์, สุรางค์ แนวกำพล, และสุวิมล พู่ทรงชัย (2539). *การศึกษาภาวะสุขภาพของนักเรียนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1*. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564 จาก [http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol21No1\\_04](http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol21No1_04)
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2559). *รายงานคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ” สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ที่ (สปท 4095/2559) 2564*. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2563 จาก <https://web.parliament.go.th/view/9/secretariat/TH-TH>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2560). *สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2550 – 2564*. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2563 จาก [https://www.nesdc.go.th/ewt\\_w3c/more\\_news.php?cid=230&filename=index](https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/more_news.php?cid=230&filename=index)
- สุธรรม นันทมงคลชัย. (2559). *ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูและ พัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข, 46(3); 205-210.*
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา (Health Literacy: Measurement and Development)*. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานกองทุนเพื่ออาหารกลางวัน. (2563). *ผลการสำรวจภาวะทุพโภชนาการของนักเรียน จังหวัดปทุมธานี*. สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2563 จาก <https://www.thaieducation.net/lunchsystem>.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3<sup>rd</sup> ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons.
- The Global Nutrition Report 2017. (2017). *Nutrition the SDGs*. สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <https://globalnutritionreport.org/reports/2017-global-nutrition-report/>
- Chien, H. D., Chompikul, J., & Sermisri, S. (2013). Risk Factor for underweight children ages 6 – 24 months in Quang Ngai Province, Vietnam. *Journal of Public Health and Development, 11(1)*, 3-18.
- Galgamuwa, L. S., Iddawela, D., & Dharmaratne, S. D. (2018). Prevalence and intensity of *Ascaris lumbricoides* infections in relation to undernutrition among children in a tea

- plantation community, Sri Lanka: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 18(1), 13.
- Anh, V. T. N., Chompikul, J., & Isaranurug, S. (2009). Relationship between stunting and food provided to children aged from 6 to 24 months in Soc Son District, Hanoi, Vietnam. *Journal of Public Health and Development*, 7(3), 43-58.
- World Health Organization. (2020). *Malnutrition, World Health Statistics 2011*. สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Soe, Z. Y., Chompikul, J. & Hong, S. A. (2016). Prevalence and risk factors of underweight status among children aged between six to twenty-four months in Hlaing Tharyar Township of Myanmar. *Journal of Public Health and Development*, 14(3), 17-24.



## FACTORS RELATED TO STRESS IN REGISTERED NURSES RESPONSIBLE FOR PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING IN SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTION HOSPITAL\*

*Thanyalak Chaiyasuk Mollerup, B.N.S. \*\*, Patcharin Nintachan, Ph.D., RN. \*\*\**

*Sopin Sangon, Ph.D., RN. \*\*\*\*, Wilai Napa, Ph.D., RN. \*\*\*\**

### Abstract

**Objective:** This descriptive correlational research aimed to investigate the relationships between age, educational levels, years of working experience, work readiness, resilience, and stress in registered nurses responsible for psychiatric and mental health nursing in sub-district health promotion hospitals.

**Methods:** The participants consisted of 112 registered nurses responsible for psychiatric and mental health nursing in the sub-district health promotion hospitals in a province of the Northeastern region of Thailand. The research instruments used in this study were a demographic questionnaire, Perceived Stress Scale, Work Readiness Scale, and Resilience Inventory. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and Spearman's rank correlation coefficient.

**Results:** The findings revealed that educational levels and work readiness (promotion and prevention) were significantly negatively related to stress ( $p < .05$ ). Resilience was significantly negatively related to stress ( $p < .01$ ). However, age and years of working experience were not significantly related to stress.

**Conclusion:** The results of this study can be used as basic information for preventing and reducing stress in registered nurses responsible for psychiatric and mental health nursing in the sub-district health promotion hospitals.

**Keywords:** stress, work readiness, resilience, registered nurses, sub-district health promotion hospitals

---

\*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: Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: patcharin.nin@mahidol.ac.th

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

Received: 2 October 2021, Revised: 23 December 2021, Accepted: 30 December 2021

# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล\*

ชญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์พ, พย.ม.\*\* , พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D., RN.\*\*\*,

โสภณ แสงอ่อน, Ph.D., RN.\*\*\*\*, วิไล นาป่า, ปร.ค., RN.\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ความพร้อมในการปฏิบัติงาน และความแข็งแกร่งในชีวิต กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**วิธีการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 112 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินความพร้อมในการปฏิบัติงาน และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

**ผลการศึกษา :** พบว่า ระดับการศึกษาและความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมและป้องกันความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนอายุ และระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

**สรุป :** ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันและลดปัญหาความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**คำสำคัญ :** ความเครียด ความพร้อมในการปฏิบัติงาน ความแข็งแกร่งในชีวิต พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

\*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*นักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: patcharin.nin@mahidol.ac.th

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 2 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 23 ธันวาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 30 ธันวาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญเนื่องจากต้องใช้ความรู้ความสามารถทางวิชาการ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานในการดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย (ทศชาชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤติยวรรณ, 2562) โดยให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและจิตเวช (ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2555) และให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน (ไพจิตร วราชิต และคณะ, 2554) จากรายงานยังพบว่าจำนวนพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชยังไม่เพียงพอกับการขยายงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือขาดแคลนมากที่สุด โดยมีอัตราส่วนเฉลี่ยของพยาบาลสุขภาพจิต/จิตเวช ต่อผู้รับบริการ โดยรวมทั้งทั่วประเทศและในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 4.9 และ 2.44 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559ก) ในขณะที่เป้าหมายขององค์การอนามัยโลก เมื่อ พ.ศ. 2553 กำหนดให้อัตราเฉลี่ยของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็น 12.97 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต, 2559) และพบว่า 1 ใน 3 ของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีงานที่รับผิดชอบประจำ ทั้งงานฝ่ายกายและงานฝ่ายจิตมากกว่า 5 งาน (สิรานีย์ ประเสริฐยศ, วันดี สุทธิรัมย์, และถนอมศรี อินทนนท์,

2558) นอกจากนี้ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นแล้วยังพบว่า มีปัญหาการบริหารจัดการ ปัญหาความก้าวหน้าในวิชาชีพ (ธีระพล ปัญญาวิ และวิสรดา ลุวิระ, 2559; Dos Santos, 2020) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ (Dos Santos, 2020) ภาระงานที่หนัก ขาดแหล่งสนับสนุน ขาดทักษะที่จำเป็น และการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณสุขของประเทศ สิ่งเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ อันอาจส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่าย (burn out) และการปรับเปลี่ยนสายงาน (Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill & Hannigan, 2000a; 2000b)

ความเครียด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ ความเครียดขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลของความต้องการและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Lazarus & Cohen, 1977; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launeir, 1978) ถ้าระดับความเครียดเพิ่มสูงขึ้นจะเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ (อรพรรณ ถีอนุช วัชชัย, 2556) จากสถิติพบว่าพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.70 มีความเครียดสูงกว่าปกติ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คัคนางค์ นาคสวัสดิ์, ชูชื่น ชิวพูนผล, และวรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2553) และยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความเครียดจากการทำงานในระดับสูงร้อยละ 41.80 (ทิพากร สายเพชร, 2552) ความเครียดส่งผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพ

หลายด้าน อันอาจแสดงออกเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการทำงาน และด้านครอบครัว ผู้ที่มีความเครียดสูงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพพบว่าตัวเองเจ็บป่วยร้อยละ 30.00 (ทิพากร สายเพชร, 2552) พยาบาลวิชาชีพประมาณ 1 ใน 3 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ และร้อยละ 8.00 - 10.00 เคยใช้ยานอนหลับ (กฤษฎา แสงวดี, 2558) ในด้านจิตใจพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 10.30 (ทิพากร สายเพชร, 2552) มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.00 (Robert Wood Johnson Foundation, 2012) พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 35.00 - 41.00 (Edwards et al, 2000a) นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลสุขภาพจิตชุมชน ร้อยละ 51.00 ต้องอยู่กับภาวะเหนื่อยล้าอย่างยาวนาน ร้อยละ 24.00 ต้องทนทุกข์กับภาวะเหนื่อยหน่าย และร้อยละ 14.00 อยู่กับการไม่มีเป้าหมายในชีวิตอย่างยาวนาน (Edwards et al., 2000b) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า ความเครียดส่งผลต่อปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวและทำให้ความรับผิดชอบในครอบครัวลดลง (ปาณิภา เสียงเพราะ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และ อรวรรณ แก้วบุญชู, 2557) นอกจากนี้ ความเครียดยังส่งผลถึงสถานภาพและประสิทธิภาพในการทำงาน พยาบาลที่มีความเครียดทำให้การรับรู้และการตัดสินใจบกพร่อง มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในงาน และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง (กฤษฎา แสงวดี, 2558) และยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 45.90 ตั้งใจจะเปลี่ยนอาชีพในอนาคตถ้ามีโอกาส

(ทิพากร สายเพชร, 2552)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในพยาบาลวิชาชีพพบว่า ที่ผ่านมามีการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยมีทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นอน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ได้แก่ ภาวะอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว (Yada et al., 2014) ภาวะอารมณ์อ่อนล้า (Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill, & Hannigan, 2001) บุคลิกภาพแตกแยก (Edwards et al., 2001) ภาระงาน (work load) (Coffey & Coleman, 2001) สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Yada et al., 2014) และความรุนแรงทางวาจาของผู้ป่วย (Itzhaki et al., 2015) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ได้แก่ ความพร้อม/การรับรู้ความสามารถของตนเอง (El Azzab, Hassan & Alam, 2019; Hodges, 2019; Mahdizadeh, Daihimfar & Kahouei, 2016) การจัดการความเครียด (Edwards et al., 2001) ความพึงพอใจในชีวิต (Itzhaki et al., 2015) การมีเป้าหมายในชีวิต (Edwards et al., 2001) สัมมาสติ (Mindfulness) (Atanes et al., 2015) ความแข็งแกร่งในชีวิต (Mróz, 2015) และการสนับสนุนทางสังคม (Almendra, 2010) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นอนกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับความคิด ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาในพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในชุมชน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และพบการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยฝ่ายกายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับความคิด ยังไม่เป็นที่ไปในแนวทางเดียวกัน ประกอบกับการศึกษาตัวแปรความพร้อมในการปฏิบัติงานในประเทศไทยมีการศึกษาค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะเป็นการบ่งบอกถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิด้วย (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทร์ไทย, 2556) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ความแข็งแกร่งในชีวิต และความพร้อมในการปฏิบัติงานกับความเครียดในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำมาพัฒนาแนวทางการป้องกันหรือลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล อันจะส่งผลถึงประสิทธิภาพในการพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ความพร้อมในการปฏิบัติงาน และความแข็งแกร่งในชีวิต กับความคิดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ความพร้อมในการปฏิบัติงาน และความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในพยาบาลวิชาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

**ความเครียด** หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน หากบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ดังกล่าวมีผลต่อสวัสดิภาพของตน และตนจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง จะทำให้บุคคลเกิดความเครียด (Lazarus & Folkman,

1984) พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในชุมชนนั้นมีความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่หลากหลาย (Coffey & Coleman, 2001; Edwards et al., 2000a; 2000b; 2001; Fothergill, Edwards, Hannigan, Burnard, & Coyle, 2000; McLeod, 1997; Parry-Jones et al., 1998; Prosser et al., 1999) ปัจจัยกดดันที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการศึกษารุ่นนี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ความพร้อมในการปฏิบัติงาน และความแข็งแกร่งในชีวิต ดังนี้

**อายุ:** อายุบ่งบอกได้ถึงการมีวุฒิภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีการพัฒนาตามลำดับขั้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) อายุสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ของบุคคลทั้งในชีวิตส่วนตัวและการทำงาน บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหลายประเภท มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง มีความสุขุมรอบคอบ รู้จักชีวิต มองชีวิตกว้างไกลลึกซึ้งมากขึ้น (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli, & Schwab, 1986) จากการศึกษาของซาคิ (Zaki, 2016) ที่ศึกษาในพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด การศึกษาของคอฟเฟย์และโคลแมน (Coffey & Coleman, 2001) ที่ศึกษาในพยาบาลจิตเวชชุมชน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างไรก็ดี จากการศึกษาของกาญจนา วิเชียรประดิษฐ์ และคณะ (2556) และการศึกษาของอรุณรัตน์ สุคนธมาน (2553) พบว่า

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

**ระดับการศึกษา:** การศึกษาที่ผ่านมามีผลต่อการมีความรู้ไม่เพียงพอจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดความกดดันในการทำงานซึ่งทำให้เกิดความเครียดตามมา ดังนั้นการอบรมเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอบรมเฉพาะเรื่องที่ตรงกับงานที่ปฏิบัติ จะเป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ในการทำงาน ช่วยให้บุคลากรประเมินสถานการณ์และแยกแยะได้ว่าอะไรที่ช่วยในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยลดภาวะเครียดได้ดีขึ้น (ปานิภา เสียงเพราะและคณะ, 2557) จากการศึกษาของเอล อัซเซบ และคณะ (El Azzab et al., 2019) ที่ศึกษาในพยาบาลจิตเวช พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด จากการศึกษาของปานิภา เสียงเพราะและคณะ (2557) ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง พบว่าการฝึกอบรมเฉพาะด้านมีความสัมพันธ์กับความเครียดและการฝึกอบรมเฉพาะด้านสามารถทำนายความเครียดได้ อย่างไรก็ดี จากการศึกษาของกาญจนา วิเชียรประดิษฐ์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การศึกษาของอัล โฮซิส และคณะ (Al Hosis, et al., 2013) ที่ศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข และการศึกษาของซาคิ (Zaki, 2016) ที่ศึกษาในพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

**ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน:** ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน

เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเชื่อว่าตนเองมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ (Benner, 1982) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานแสดงถึงประสบการณ์ที่สั่งสมมา ซึ่งใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจในเรื่องงานได้ ดีกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย (ปาณิภา เสี่ยงเพราะ และคณะ, 2557) การศึกษาของฮินเคเบิน (Hinkebein, 2002) ที่ศึกษาในบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในคลินิก พบว่าระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ส่วนการศึกษาของซาคิ (Zaki, 2016) ที่ศึกษาในพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และการศึกษาของเอล อัสเซบ และคณะ (El Azzab et al., 2019) ที่ศึกษาในพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของกาญจนา วิเชียรประดิษฐ์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล การศึกษาของอรุณรัตน์ สุคนธมาน (2553) ที่ศึกษาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และการศึกษาของอัล โฮซิส และคณะ (Al Hosis et al., 2013) ที่ศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข พบว่าระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด

#### ความพร้อมในการปฏิบัติงาน (Work

readiness): ความพร้อมในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความสามารถและทักษะขั้นพื้นฐานของบุคคลที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละอาชีพ ที่ถูกกำหนดโดยการวิเคราะห์งานหรือโครงสร้างของงาน (ACT, 2013) ความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองของพยาบาลวิชาชีพว่ามีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะในงาน สามารถปฏิบัติงานได้มาก - น้อย ตามที่กำหนดไว้ในขอบเขตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สิรานีย์ ประเสริฐยศ และคณะ, 2558; ACT, 2013) ความพร้อมในการปฏิบัติงาน ตามแนวคิดของเอซีที (ACT, 2013) ได้แบ่งทักษะที่จำเป็นไว้ 3 ทักษะได้แก่ 1) ทักษะพื้นฐานสำหรับวิชาชีพ เช่น ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร เป็นต้น 2) ทักษะเฉพาะด้านสำหรับวิชาชีพ สามารถปรับตามระดับความสำคัญและความแตกต่างในแต่ละวิชาชีพ และ 3) ทักษะที่จำเป็นตามลักษณะโครงสร้างของอาชีพ ได้แก่ สมรรถนะความรู้ ความสามารถและบุคลิกภาพที่สอดคล้องกับลักษณะงานนั้น ๆ โดยสมรรถนะและความรู้ความสามารถที่จำเป็นตามลักษณะโครงสร้างของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) การตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 2) การให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ 3) การส่งเสริมและป้องกัน 4) การดูแลการใช้ยาทางจิตเวช 5) การส่งต่อผู้ป่วย และ 6) การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2553; สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากการศึกษาของเอล อัสเซบ และคณะ (El Azzab et al., 2019) ที่ศึกษาในพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การศึกษาของโฮดเจส (Hodges, 2019) ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยวิกฤติและฉุกเฉินในโรงพยาบาล และการศึกษาของมาฮ์ดีซาดะห์ และคณะ (Mahdizadeh et al., 2016) ที่ศึกษาในหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าการรับรู้ความสามารถ/ความพร้อมในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด นั่นคือบุคคลที่มีความพร้อม/รับรู้ความสามารถสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ

**ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience):** เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคล ในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต และสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) ตามแนวคิดของกร็อทเบอร์ก (Grotberg, 1995) นั้น ความแข็งแกร่งในชีวิต มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ฉันมี (I have) ฉันเป็นคนที่ (I am) และฉันสามารถ (I can) เมื่อถึงคราวเผชิญปัญหาและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สามารถดึงองค์ประกอบเหล่านั้นมาใช้ เพื่อให้บุคคลผ่านพ้นช่วงวิกฤตินั้นได้ โดยที่องค์ประกอบที่ 1 ฉันมี (I have) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอก ได้แก่ มีคนในครอบครัว หรือนอกครอบครัวที่ไว้ใจได้ เชื่อใจได้ มีคนคอยตักเตือนเมื่อกระทำบางสิ่งบางอย่างนำปัญหามาสู่ตัวเอง มีตัวอย่างที่ดี ให้กำลังใจและสนับสนุน มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง องค์ประกอบที่ 2 ฉันเป็นคนที่ (I am) เป็น

ความเข้มแข็งภายในของบุคคล เป็นคนที่สามารถจะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้ เป็นคนที่มีความภูมิใจในตนเอง เป็นบุคคลที่มีพื้นฐานมั่งคั่ง รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความพร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่น มีความเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี และมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ องค์ประกอบที่ 3 ฉันสามารถที่จะ (I can) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น มีความสามารถในการหาทางออกหรือวิธีการใหม่ ๆ อย่างสร้างสรรค์ มีความมุ่งมั่น สามารถขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ต้องการ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) จากการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความเครียด (Mroz, 2015) บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ และปรับตัวได้ดี และบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ

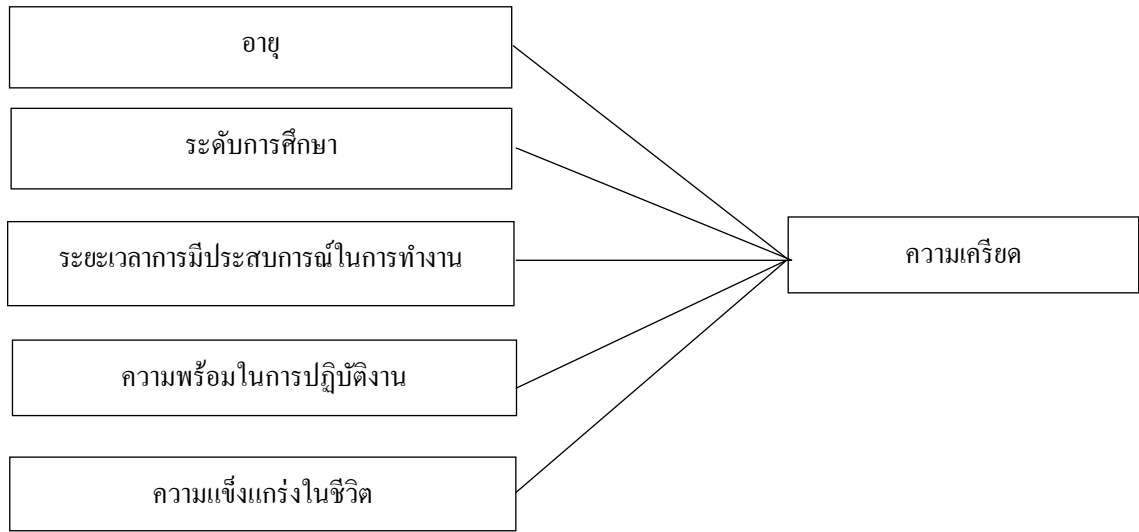
อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ความพร้อมในการปฏิบัติงาน และความแข็งแกร่งในชีวิต น่าจะมีความสัมพันธ์กับความเครียด ตามภาพที่ 1

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกคน





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ในจังหวัดแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาจาก ประชากรเป้าหมาย ซึ่งใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อย 1 ปี และ 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์กำลังทดสอบ (power analysis) ตามหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ โคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G\* Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของ

พยาบาล เช่น ความแข็งแกร่งในชีวิต ความพร้อม/ การรับรู้ความสามารถ อายุ ซึ่งเป็นการศึกษาใน ต่างประเทศ (Hinkebein, 2002; Martens, 2007; Mroz, 2015; Zaki, 2016) ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .27 ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่ระดับ .05 และค่าอำนาจการ ทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 จากนั้น นำมาคำนวณด้วยโปรแกรม G\* Power ซึ่งใช้สถิติ สหสัมพันธ์ (correlation) แบบ 2 ทาง (2- tailed) ได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 105 ราย ผู้วิจัยได้ทำ การเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการ สูญหายและกลุ่มตัวอย่างอาจทำแบบสอบถามไม่ ครบถ้วน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 ราย การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ ทั้งสิ้น 112 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ มีทั้งคำถามแบบให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิด ซึ่งถามเกี่ยวกับ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ดูแล จำนวนงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่รับผิดชอบงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

2. แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale) พัฒนาโดยโคเฮน และคณะ (1983) จากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด แปลเป็นภาษาไทยโดยโสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2004) เป็นชุดข้อคำถามที่ให้ผู้ร่วมวิจัยตอบเอง (self-report) มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ (ข้อความเชิงบวก 7 และข้อความเชิงลบ 7 ข้อ) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (0 - 4) โดยที่ 4 = บ่อยมาก ๆ 3 = ค่อนข้างบ่อย 2 = บางครั้ง 1 = แทบจะไม่เคย และ 0 = ไม่เคย คะแนนรวม 0 - 56 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความเครียดมาก และสามารถแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1997) ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ คะแนน 20 - 38 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่า 38 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง จากการหาค่าความเชื่อมั่นในพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และจากการหาค่าความเชื่อมั่นในการ

ศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

3. แบบประเมินความพร้อมในการปฏิบัติงาน พัฒนาโดยสิรานีย์ ประเสริฐยศ และคณะ (สิรานีย์ ประเสริฐยศ และคณะ, 2558) จากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความพร้อม (Readiness) ของดาวนิง และแทคครีย์ (Dowing & Thackcray, 1971 อ้างในเบญจมาศ วัชโรภาส, 2545) แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับระดับปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2553) และเกณฑ์มาตรฐานระดับปฐมภูมิ สาขาโรคจิตเวช โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งความพร้อมในการปฏิบัติงานมีอยู่ด้วยกัน 6 ด้านได้แก่ 1) การตรวจวินิจฉัย 2) การให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ 3) การส่งเสริมและป้องกัน 4) การดูแลการใช้ยาทางจิตเวช 5) การส่งต่อผู้ป่วย และ 6) การติดตามดูแลผู้ป่วย เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ร่วมวิจัยตอบเอง (self-report) ทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยที่ 4 = มากที่สุด 3 = มาก 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 30 - 120 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมมาก และแบ่งความพร้อมฯ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความพร้อมมาก ปานกลาง น้อย (คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00, 2.01 - 3.00, และ 1.00 - 2.00 ตามลำดับ) การศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นในพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และจากการหาค่าความเชื่อมั่นในการ

การศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

4. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) พัฒนาขึ้น โดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555; 2557) จากแนวคิด ความแข็งแกร่งในชีวิตของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995; 1997) เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ร่วมวิจัยตอบเอง (self-report) มีคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นแบบ ประมาณค่า 5 ระดับ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = เฉย ๆ 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวม 28 - 140 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นใน พยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และจากการหาค่าความเชื่อมั่นในการ ศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

#### การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ยึดหลัก จริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยผ่านการ พิจารณานุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ MURA2018/922 ลงวันที่ 11 มกราคม 2562 และมีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยที่ การเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตาม ความสมัครใจ หลังจากตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้สมัครใจ เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอม โดยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาแม้ว่าจะตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย

แล้วก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะ ถูกเก็บไว้ในที่ที่ปลอดภัย ผลการศึกษาจะถูก นำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถสืบค้น ระบุตัว ผู้ตอบแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่ม ตัวอย่างเป็นความลับ การเผยแพร่จะดำเนินการใน รูปแบบสรุปผลการศึกษาเท่านั้น

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบ ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติงาน และแบบ ประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต

2. ดำเนินการขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. หลังจากได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัย ดำเนินการทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมรายละเอียด การวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. หลังจากได้รับอนุญาตจากนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดแล้ว จึงเข้าพบสาธารณสุข อำเภอบางบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ประสานผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และจิตเวชประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบาล แห่งเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่ง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละ

อำเภอจะเป็นผู้เฝ้าอำนวยความสะดวกในการประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึก และส่งกลับไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสและวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติบรรยาย อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวด้วยสถิติ Kolmogorov – Smirnov test ผลการทดสอบพบว่าความพร้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการแจกแจงแบบปกติ ส่วน อายุ ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา ความแข็งแรงในชีวิต และการรับรู้ความเครียดไม่มีการแจกแจงแบบปกติ การศึกษาครั้งนี้จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ความพร้อมในการปฏิบัติงานฯ และความแข็งแรงในชีวิต กับการรับรู้ความเครียด ในพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 -

50 ปี จำนวน 31 คน (ร้อยละ 27.70) ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 42.86) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ จำนวน 75 คน (ร้อยละ 67.00) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 72 คน (ร้อยละ 64.30) รองลงมาสำเร็จการศึกษาการพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 34 คน (ร้อยละ 30.40) งานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้รับมอบหมายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่เป็นงานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 93 คน (ร้อยละ 83.00) จำนวนงานอื่นที่รับผิดชอบส่วนใหญ่มากกว่า 5 งาน จำนวน 81 คน (ร้อยละ 72.30) (ตารางที่ 1)

#### 2. การรับรู้ความเครียด

พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คะแนนการรับรู้ความเครียดเฉลี่ย เท่ากับ 22.04 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.74 ค่าคะแนนสูงสุดของการรับรู้ความเครียดเท่ากับ 34 คะแนน และพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง 82 คน (ร้อยละ 73.20) (ตารางที่ 2)

3. ความพร้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระดับความพร้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาล

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 112)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean = 40.88, SD = 10.16, Min = 24, Max = 58		
21 - 30	29	25.90
31 - 40	25	22.30
41 - 50	31	27.70
51 - 60	27	24.10
ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน (ปี) Mean = 9.92, SD = 9.32, Min = 1, Max = 43		
1 - 5	48	42.86
6 - 10	34	30.36
10 ปีขึ้นไป	30	26.78
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ	37	33.00
พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ	75	67.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	72	64.30
การพยาบาลเฉพาะทาง	34	30.40
การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป	30	88.24
การพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช	2	5.88
การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติชุมชน	1	2.94
การพยาบาลเฉพาะทางโภชนาบำบัด	1	2.94
ปริญญาโท	6	5.40
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	5	71.40
สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา	1	28.60
ประสบการณ์การอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช		
มี	88	78.60
ไม่มี	24	21.40

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 112) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
งานทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิตที่ได้รับมอบหมายใน รพสต. (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
งานจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	56	50.00
งานจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	93	83.00
งานจิตเวชและสุขภาพจิตอื่นๆ	60	53.60
งานยาเสพติด	10	16.67
งาน OSCC	7	11.67
ไม่ระบุ	43	71.67
งานอื่นที่ต้องรับผิดชอบใน รพสต.		
ไม่มี	4	3.60
มี	108	96.40
จำนวนงานอื่นที่รับผิดชอบ (งาน) Mean = 6.15, SD = 2.79, Min = 0, Max = 14		
1 - 4	27	24.10
มากกว่า 5	81	72.30

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความเครียด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุดการรับรู้ความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ (n = 112)

การรับรู้ความเครียด	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเครียดเล็กน้อย	น้อยกว่า 19	30	26.80
ความเครียดปานกลาง	19 - 38	82	73.20

( $\bar{X}$  = 22.04, SD = 5.74, Min = 6, Max = 34.00)

ส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลการใช้ยาทางจิตเวช ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .52 และด้านการติดตามดูแลผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .54 ส่วนระดับความพร้อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.91 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .44 (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามระดับความพร้อมในการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมในการปฏิบัติงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 69 คน (ร้อยละ 61.60) เมื่อ

แยกรายด้านพบว่าส่วนใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพที่มีความพร้อมแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 6 ด้าน (ตารางที่ 4)

**4. ความแข็งแกร่งในชีวิต**

พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใน โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 115.63 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.75 (ตารางที่ 5) และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย 56 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งรายด้านและโดยรวม (n = 112)

ความพร้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพฯ	Mean	SD	ระดับความพร้อม
โดยรวม	2.91	.44	ปานกลาง
1. ด้านการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา	2.86	.54	ปานกลาง
2. ด้านการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ	2.87	.53	ปานกลาง
3. ด้านการส่งเสริมและป้องกัน	2.67	.54	ปานกลาง
4. ด้านการดูแลการใช้ยาทางจิตเวช	3.08	.52	มาก
5. ด้านการส่งต่อผู้ป่วย	2.96	.55	ปานกลาง
6. ด้านการติดตามดูแลผู้ป่วย	3.02	.54	มาก

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพร้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 112 )

ความพร้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพฯ รายด้านและโดยรวม	ระดับความพร้อม		
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
โดยรวม	39 (34.80)	69 (61.60)	4 (3.60)
รายด้าน			
1. ด้านการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา	29 (25.89)	72 (64.29)	11 (9.82)
2. ด้านการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ	28 (25.00)	72 (64.29)	12 (10.71)
3. ด้านการส่งเสริมและป้องกัน	20 (17.86)	77 (68.75)	15 (13.39)
4. ด้านการดูแลการใช้ยาทางจิตเวช	36 (32.14)	68 (60.72)	8 (7.14)
5. ด้านการส่งต่อผู้ป่วย	32 (28.57)	68 (60.72)	12 (10.71)
6. ด้านการติดตามดูแลผู้ป่วย	35 (31.25)	68 (60.72)	9 (8.03)

ตารางที่ 5 ค่าสูงสุด - ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 112)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสูงสุด - ต่ำสุด		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	28 - 140	77-140	115.63	10.75
I have (ฉันมี...)	9 - 45	23-45	37.25	4.03
I am (ฉันเป็นคน)...)	10 - 50	29-50	41.68	3.87
I can (ฉันสามารถที่จะ...)	9 - 45	25-45	36.68	3.54

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r) ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ความพร้อมในการปฏิบัติงาน และความแข็งแกร่งในชีวิต ของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับความเครียด (n = 112)

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	-.129	.177
ระดับการศึกษา	-.202	.033
ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน	-.071	.496
ความพร้อมในการปฏิบัติงานฯ โดยรวม	-.122	.201
ด้านการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา	-.102	.285
ด้านการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ	-.115	.229
ด้านการส่งเสริมและการป้องกัน	-.200	.035
ด้านการดูแลการใช้ยาทางจิตเวช	-.110	.249
ด้านการส่งต่อผู้ป่วย	-.003	.979
ด้านการติดตามดูแลผู้ป่วย	-.071	.445
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.347	.000

5. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน ความพร้อมในการปฏิบัติงานและความแข็งแกร่งในชีวิต กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษา และความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความเครียดอย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.202, p = .033; r = -.347, p = .000$  ตามลำดับ) อายุ ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน และความพร้อมในการปฏิบัติงาน โดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียด แต่เมื่อแยกรายด้านพบว่า ความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมและการป้องกันมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.200, p = .035$ ) ส่วนความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา ด้านการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ ด้านการดูแลการใช้ยาทางจิตเวช ด้านการส่งต่อผู้ป่วย และด้านการติดตามดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด (ตารางที่ 6)

#### การอภิปรายผล

##### ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความเครียด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา วิเชียรประดิษฐ์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ และการศึกษาของอรุณรัตน์ สุคนธมาน (2553) ที่ศึกษาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า โดยทั่วไปอายุบ่งบอกได้ถึงวุฒิภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลหลายพฤติกรรมเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านอายุ (อรุณรัตน์ ลือบุญธวัชชัย,

2556) อายุสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ของบุคคลทั้งในชีวิตส่วนตัวและการทำงาน (Maslach et al, 1986) อย่างไรก็ดี พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น นอกจากดูแลงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแล้วยังดูแลงานทางฝ่ายกายด้วย โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยแยกเป็น 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค (ไพจิตร วราจิต และคณะ, 2554) และมีหน้าที่รับผิดชอบหลักที่ปฏิบัติ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผนและการบริหาร ด้านการประสานงาน และด้านการบริการ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทร์ไทย, 2556) โดยลักษณะงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่พยาบาลวิชาชีพได้รับมอบหมายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งใกล้เคียงกัน พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ว่าจะมีอายุอยู่ในช่วงไหน การปฏิบัติงานจะต้องประสานกับสหวิชาชีพทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมทั้งองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและนอกพื้นที่ สิ่งเหล่านี้จึงน่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่อธิบายถึงผลการศึกษานี้ที่พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

##### ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความเครียด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเครียดของ

พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ( $r = -.202, p = .033$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของปาณิภา เสียงเพราะและคณะ (2557) ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งเขตภาคกลางพบว่า การอบรมเฉพาะด้านมีความสัมพันธ์กับความเครียด อาจอธิบายได้ว่า การมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพียงพอส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ช่วยผ่อนคลายความเครียดลงได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (หลักสูตร 4 เดือน) 2 คน (ร้อยละ 5.88) และส่วนใหญ่ผ่านการอบรมระยะสั้นด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 88 คน (ร้อยละ 78.60) การขาดความรู้หรือมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในด้านการคัดกรอง การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งการได้รับการฝึกอบรมมาน้อยจะส่งผลให้พยาบาลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เกิดความกดดันในการทำงานซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียด ดังนั้นการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอบรมเฉพาะเรื่องที่ตรงกับงานที่ปฏิบัติ จะเป็นการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการทำงาน ช่วยให้บุคลากรประเมินสถานการณ์และแยกแยะได้ว่าอะไรที่จะช่วยในการปฏิบัติงาน ซึ่ง

จะช่วยลดภาวะเครียดลงได้ (ปาณิภา เสียงเพราะและคณะ, 2557) เช่น การคัดกรองทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มวัยต่าง ๆ ในชุมชน ถ้าขาดการอบรมความรู้ในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ความรู้ในการดูแลเบื้องต้นก่อนส่งต่อ หรือเมื่อคัดกรองแล้วพบความผิดปกติ ขาดเครือข่ายในการประสานการส่งต่อ จะทำให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดความยากลำบากในการทำงานส่งผลให้เกิดความเครียดได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดน้อยดังผลการศึกษาในครั้งนี้

#### **ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานกับความเครียด**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา วิเชียรประดิษฐ์ และคณะ (2556) การศึกษาของอรุณรัตน์ สุขคนธมาน (2553) และการศึกษาของอัล โฮซิส และคณะ (Al Hosis et al., 2013) ที่พบว่าระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างไรก็ตามก็ตีผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียด (El Azzab et al, 2019; Hinkebein, 2002; Zaki, 2016) จากผลการศึกษาครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า โดยทั่วไประยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานเป็น

ปัจจัยหนึ่งที่น่าจะทำให้พยาบาลวิชาชีพเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับใด ทั้งนี้ผู้ที่มีการประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ (Benner, 1982) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน 1 - 5 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 42.86) รองลงมาคือ 6 - 10 ปี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 30.36) และ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน (ร้อยละ 26.78) ซึ่งแม้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีระยะเวลาการมีประสบการณ์การทำงานไม่เหมือนกันแต่เนื่องจากโครงสร้างของหน่วยงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งจะมีพยาบาลวิชาชีพ 1 - 2 คน ซึ่งจะมีภาระงานด้านต่าง ๆ มากใกล้เคียงกันในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเมื่อพิจารณาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.00) ได้รับมอบหมายงานเหมือน ๆ กันคือ เกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.20) มีความเครียดใกล้เคียงกันคือ ระดับปานกลาง ปัจจัยเหล่านี้ น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

#### ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการปฏิบัติงานกับความเครียด

การศึกษาในครั้งนี้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความพร้อมในการปฏิบัติงาน

โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าความพร้อมด้านการส่งเสริมและป้องกันมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยมีความสัมพันธ์กันทางลบ ( $r = -.200, p = .035$ ) ส่วนความพร้อมด้านการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา ด้านการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ ด้านการดูแลการใช้ยาทางจิตเวช ด้านการส่งต่อผู้ป่วย และด้านการติดตามดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

ผลการศึกษาที่พบว่าความพร้อมด้านการส่งเสริมและป้องกันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของเอล อัสเซบและคณะ (El Azzab et al., 2019) การศึกษาของโฮดเจส (Hodges, 2019) และการศึกษาของมาฮิดิซาเดห์ และคณะ (Mahdizadeh et al., 2016) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตน/ความพร้อมในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า งานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตถือเป็นหน้าที่หลักที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2559) อาจเป็นไปได้ว่างานสุขภาพจิตเป็นงานที่เป็นนามธรรม ผลลัพธ์จากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต้องใช้เวลาในการเกิดผลลัพธ์ อาจทำให้พยาบาลรู้สึกไม่มั่นใจในการทำงานทางด้านนี้ว่าได้ผลบรรลุเป้าหมายที่

วางไว้ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดได้

ความพร้อมด้านการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา ด้านการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ ด้านการดูแลการใช้ยาทางจิตเวช ด้านการส่งต่อผู้ป่วย และด้านการติดตามดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนความพร้อมฯ ทั้ง 5 ด้านนี้พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางและค่อนข้างมากถึงมาก แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ศึกษาครั้งนี้ น่าจะได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ เหล่านี้มากพอสมควร และน่าจะมีการปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ใกล้เคียงกัน ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมินั้นค่อนข้างเป็นระบบ และพยาบาลวิชาชีพค่อนข้างมีเอกภาพในการปฏิบัติงานที่เป็นอิสระและมีระบบเครือข่ายส่งต่อที่เหมาะสม ประกอบกับได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกพื้นที่การทำงาน พยาบาลวิชาชีพจึงมีความพร้อมด้านต่าง ๆ เหล่านี้ใกล้เคียงกัน อันน่าจะเกี่ยวข้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าความพร้อมทั้ง 5 ด้านดังกล่าวข้างต้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

**ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความเครียด**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยพบว่าความ

แข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ( $r = -.347, p = .000$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ส (Mroz, 2015) ที่ผลการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ผลการศึกษานี้นี้อาจอธิบายได้ตามแนวคิดของกร็อทเบอร์ก (Grotberg, 1995) นั้นความแข็งแกร่งในชีวิต มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกของบุคคล ในบริบทของการทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นงานที่ต้องประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนมีการร่วมวางแผนและประสานงานกับองค์กรและบุคลากรในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย (ไพจิตร วราจิต และคณะ, 2554) การที่กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีทีมสหวิชาชีพที่คอยช่วยเหลือและมีผู้บังคับบัญชาคอยให้การปรึกษาแนะนำ/ให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในการทำงาน และการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงานจะช่วยให้ช่วยคลายซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ซึ่งน่าจะมีผลทำให้เกิดความเครียดน้อยลง (ปาณิกา เสียงเพราะ และคณะ, 2557; Wei, Shujuanb & Qiboc, 2011) 2) ฉันเป็นคน (I am) เป็นความเข้มแข็งภายในของบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีงานที่รับผิดชอบที่หลากหลายทั้งงานทางด้านสุขภาพจิต/จิตเวช และงานฝ่ายกายอื่น ๆ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง มีความรู้ความสามารถในงานที่ทำ ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเอง เมื่อต้องเจอกับปัญหาในการทำงานก็จะเชื่อว่าปัญหาต่าง ๆ จะเป็นไปได้ขึ้น และ 3) ฉันสามารถ (I can) เป็นปัจจัยด้าน

ทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การที่กลุ่มตัวอย่างร่วมงานกับทีมสหวิชาชีพ จึงน่าจะมีการพัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการ การแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย ตลอดจนมีทักษะในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลและหน่วยงานที่มีศักยภาพที่สูงกว่า น่าจะส่งผลให้มีการพัฒนาทักษะด้านการสร้างสัมพันธภาพและการแก้ปัญหา ความแข็งแกร่งในชีวิตน่าจะเป็นผลอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับปัญหาทั้งในชีวิตส่วนตัวและในการทำงาน สามารถจัดการกับอารมณ์ด้านลบต่าง ๆ มีความอดทน รวมทั้งสามารถปรับตัวได้ดี (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Mroz, 2015) จากการศึกษาที่ผ่านมา ก็แสดงให้เห็นว่าการมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะส่งผลในการบรรเทาและการลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (Frakenberger, 2014) นอกจากนี้ ความแข็งแกร่งในชีวิตยังช่วยปกป้องพยาบาลวิชาชีพจากภาวะเครียด ภาวะเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน และภาวะเจ็บป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder) (Mealer, Jones & Meek, 2017) พยาบาลวิชาชีพที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ

### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับความเครียด ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการศึกษาที่สูงกว่าระดับปริญญาตรี

เช่น การอบรมเฉพาะทางในด้านต่าง ๆ เพื่อช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานซึ่งจะช่วยป้องกัน/บรรเทาความเครียดได้

2. จากการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงน่าจะมีการจัดโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อช่วยป้องกันและลดผลกระทบจากความเครียด

3. จากการศึกษาพบว่าความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมและป้องกันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด งานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตถือว่าเป็นหัวใจหลักในระดับปฐมภูมิ ดังนั้นหน่วยงานที่เป็นพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับผู้ที่รับผิดชอบงานมากขึ้น เพื่อช่วยลดความเครียด และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

4. ควรมีการศึกษาด้านความสัมพันธ์เพิ่มเติมสำหรับตัวแปรที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ เช่น อายุ ระยะเวลาการมีประสบการณ์ในการทำงาน และความพร้อมในการปฏิบัติงาน (โดยรวม และรายด้าน เช่น ด้านการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา ด้านการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ ด้านการดูแลการใช้ยาทางจิตเวช ด้านการส่งต่อผู้ป่วย และด้าน

การติดตามดูแลผู้ป่วย) ในจังหวัดอื่น ๆ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย และมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เอื้ออำนวยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2553). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: บิอนด์ พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต. (2559ก). *ฐานข้อมูลป้องกันปัญหาสุขภาพจิต*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2560, จาก <http://mpis.srithanya.go.th/mhc/TotPopulation.aspx>
- กรมสุขภาพจิต. (2559ข). *มาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต. (2559). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พศ. 2560-2564)*. สืบค้นเมื่อ 31 ตุลาคม 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/.pdf>
- กฤษฎา แสงวดี. (2558). *รายงานการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลไทย*. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/200859>
- กาญจนา วิเชียรประดิษฐ์, ทนศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, และ ศรีรัตน์ ส้อมพงศ์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ. ใน *การประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 2*, หน้า 598-593. สืบค้นเมื่อ

4 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <https://www.researchgate.net/publication/244483577>

- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2555). *การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: บิอนด์พับลิชชิง.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คัตนางค์ นาคสวัสดิ์, ชูชื่น ชีวะพุลผล, และ วรณีย์ สัตยวิวัฒน์. (2553). ความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด และการจัดการกับความเครียดในพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 28(1), 67-75.
- ทศฯ ชัยวรรณวรรค และสุจิตรา กฤติยวรรค. (2562). พยาบาลกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, (33)2, 1-12.
- ทิพากร สายเพชร. (2552). *ความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระพล ปัญญาวิ และวริศรา ลูวีระ. (2559). ความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2), 185-197.
- เบญจมาศ วัชโรภาส. (2545). *ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการให้บริการอินเทอร์เน็ต จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริการรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปานิภา เสียงเพราะ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และอรวรรณ แก้วบุญชู. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งเขตภาคกลาง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 8(1), 17-27.
- พัชรินทร์ นันทจันทร์ (บก.). (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมินและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต: A resilience-enhancing program*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

- พัชรินทร์ นินทจันทร์, พิศสมัย อรทัย, และพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์. (2557). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ บรรยากาศในครอบครัว ความแข็งแกร่งในชีวิต และสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 20(3), 401-414.
- ไพจิตร วราชิด, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธาดล, นิตศน์ รวยยาว, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุทธานนท์, สุธิมา สงวนศักดิ์, และกณະ. (2554). *คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทร์ไทย (บก.). (2556). *คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานการบริหารการสาธารณสุข. (2556). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สิรินีย์ ประเสริฐยศ, วันดี สุทธิรัมย์, และถนอมศรี อินทนนท์. (2558). ความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 101-113.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ สุคนธมาน. (2553). การจัดการกับความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุข สัณนา*, 6(1), 94-103.
- ACT. (2013). Work readiness standards and benchmarks: *The key to differentiating America's workforce and regaining global competitiveness*. ACT, Inc. Retrieved March 16, 2018, from <http://www.act.org/content/dam/act/unsecured/documents/Work-Readiness-Standards-and-Benchmarks.pdf>
- Al Hosis, K. F., Mersal, F. A., & Keshk, L. I. (2013). Effects of job stress on health of Saudi nurses working in Ministry of Health Hospitals in Qassim Region in KSA. *Life Science Journal*, 10(1), 1036-1044.
- Almendra, C. (2010). *Relationships among Job demand, job control, social support and job stress in registered nurses working in skilled nursing facilities*. (Doctoral dissertation). Rutgers University-Graduate School-Newark, United State of America.
- Atanes, A. C., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., et al. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15(1), 303.
- Benner, P. (1982). From novice to expert, *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Coffey, M., & Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 397 - 407.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Dos Santos, L. M., (2020). Stress, burnout, and low self-efficacy of nursing professionals: A qualitative inquiry. *Healthcare*, 8, 424.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000a). Stress and burnout in community mental health nursing: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 7-14.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000b). Stressors, moderators and stress outcomes: Findings from the All-Wales Community Mental Health Nurse Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(6), 529-537.

- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2001). A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. *Journal of Advanced Nursing, 36*(6), 805-813.
- El Azzab, S., Hassan, I., & Alam, M. (2019). Work related stress, burnout and self-efficacy among psychiatric nurses. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing, 6*(2), 729-744.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behaviour Research Methods, 41*(4), 1149-1160.
- Fothergill, A., Edwards, D., Hannigan, B., Burnard, P., & Coyle, D. (2000). Self-esteem in community mental health nurses: Findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7*, 315-321.
- Frankenberger, W. D. (2014). *Work related stress, social support, and engagement as predictors of resilience in emergency department nurses*. Doctoral dissertation, Widener University School of Nursing, United State of America.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children*. Retrieved December 1, 2017, from <https://eric.ed.gov/?id=ED386271>
- Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience research project*. Retrieved June 6, 2017, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html>
- Hinkebein, J. M. (2002). *The relationship between job stress and physical health in mental health professionals*. (Doctoral dissertation). Spalding University, United State of America.
- Hodges, K. (2019). *The correlation between critical care nurses stress and self-efficacy*. A thesis of the faculty of the School of Nursing, California State University, San Marcos.
- Izhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostitsky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., & Bluvstein, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*(5), 403-412.
- Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. In *Human behavior and environment* (pp. 89-127). Springer, Boston, MA.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Lrumier, R. (1978). Stress-related transaction between person and environment. In L.A. Pitdion and M.lewis (Eds.) *Perspective in Interaction Psychology*. N.Y. Plenum.
- Mahdizadeh, J., Daihimfar, F., & Kahouei, M. (2016). The relationship of job stress with self-efficacy among nurses working in hospitals of Semman University of Medical Sciences, Iran. *Bioscience Biotechnology Research Communications, 9*(3), 435-438.
- Martens, M. L. H. (2007). *The relationship between perceived stress factors and perceived general self-efficacy of nurses working in home and inpatient hospice* (Doctoral dissertation, Cardinal Stritch University, Wisconsin, United State of America).
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory*, Consulting Psychologists Press Palo Alto, CA.
- McLeod, T. (1997). Work stress among community psychiatric nurses. *British Journal of Nursing, 6*(10), 569-574.
- Mealer, M., Jones, J., & Meek, P. (2017). Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses. *American Journal of Critical Care, 26*(3), 184-192.
- Mról, J. (2015). Predictive roles of coping and resilience for the perceived stress in nurses. *Progress in Health Sciences, 5*(2), 77-83.
- Parry-Jones, B., Grant, G., McGrath, M., Caldock, K., Ramcharan, P., & Robinson, C. A. (1998). Stress and job satisfaction among social workers, community nurses and community psychiatric nurses: Implications for the care management model. *Health & Social Care in the Community, 6*, 271-285.



- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Dunn, G., Szmukler, G., Reid, Y., et al. (1999). Mental health, "burnout" and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(6), 295-300.
- Robert Wood Johnson Foundation's. (2012). *Interdisciplinary nursing quality research initiative (INQRI) study: Nurses experience depression at twice the rate of general public*. Retrieved December 21, 2017, from <http://www.rwjf.org/en/library/articles-and-news/2012/07/inqri-study-nurses-experience-depression-at-twice-the-rate-of-g.html>.
- Sangon, S. (2004). Predictors of depression in Thai women. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(2-3), 243.
- Wei, S., Shujuan, Z., & Qibo, H. (2011). Resilience and social support as moderators of work stress of young teachers in engineering college. *Procedia Engineering*, 24, 856-860.
- Yada, H., Abe, H., Lu, X., Wakizaki, Y., Omori, H., Matsuo, H., et al. (2014). Job-related stress in psychiatric nurses in Japan caring for elderly patients with dementia. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 19(6), 436-443.
- Zaki, R. (2016). Job stress and self-efficacy among psychiatric nursing working in mental health hospitals at Cairo, Egypt. *Journal of Education and Practice*, 7(20), 103-113.

# THE DEVELOPMENT OF NURSES' COMPETENCY ENHANCEMENT PROGRAM IN MANAGING AGGRESSIVE BEHAVIOR AMONG CLIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

*Aree Chusak\*, Somdee Ananpatiwet\*\*, Panutta Boonthanametee\*\*\**

## Abstract

**Objective:** This study is a research and development design aiming to develop nurses' competency enhancement program in managing aggressive behavior among clients with autism spectrum disorder and evaluate the effectiveness of nurses' competency enhancement program in managing aggressive behavior among clients with ASD.

**Methods:** Twenty professional nurses with working age not exceeding 7 years were purposely recruited according to inclusion criteria. Data were collected with the competency evaluation form for professional nurses developed by the researcher. The descriptive statistics and Wilcoxon matched-paired signed ranks test were employed for data analysis.

**Results:** Content validity index range of developed program was .86 - 1.0. Competencies of professional nurses consisted of 3 parts, namely, part 1: knowledge, part 2: attitude and part 3: skills after receiving the nurses' competency enhancement program in managing aggressive behavior were significantly higher than those before, at  $p$ -value < .01, .01, .001, respectively.

**Conclusion:** The developed competency enhancement program for professional nurses is able to develop competency of professional nurses in knowledge, attitude, and skills in managing aggressive behavior among clients with ASD.

**Keywords:** aggressive behavior, nurses, competency, ASD

---

*\*Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, Yuwaprasart Waithayopathum Child Psychiatric Hospital, e-mail: jjjchu@hotmail.com*

*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing Science, St Theresa International College*

*\*\*\*Registered Nurse, Senior Professional, Yuwaprasart Waithayopathum Child Psychiatric Hospital*

Received: 8 August 2021, Revised: 22 December 2021, Accepted: 29 December 2021

# การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

อารีย์ ชูศักดิ์\*, สมคิด อนันต์ปฏิเวช\*\*, ปณัญญา บุญธนเมธี\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก และศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุการทำงานไม่เกิน 7 ปี จำนวน 20 คน ที่ถูกเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา และ Wilcoxon matched-paired signed ranks test

**ผลการศึกษา:** โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง .86 - 1.0 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้ 2) ด้านเจตคติ และ 3) ด้านทักษะการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01, .001 ตามลำดับ

**สรุป:** โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น สามารถพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกได้

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาล สมรรถนะ ออทิสติก

\*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, e-mail: jijchu@hotmail.com

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วันที่รับ: 8 สิงหาคม 2564, วันที่แก้ไข: 22 ธันวาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 29 ธันวาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก (Autism Spectrum Disorder: ASD) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการ 3 ด้าน ได้แก่ ความผิดปกติด้านสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติด้านการสื่อสาร และความสนใจที่จำกัด (กรมสุขภาพจิต, 2557) เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้ทั่วโลก ปัจจุบันอุบัติการณ์พบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจอุบัติการณ์ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention of America :CDC, 2017) พบว่า เด็ก 88 คนจะมีเด็กกลุ่มอาการออทิสติก 1 คน และจากการศึกษาในต่างประเทศ เด็กกลุ่มอาการออทิสติกจำนวน 1,584 คน พบอัตราความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 53.00 (Mazurek, Kanne, & Wodka, 2013) สำหรับอัตราความชุกในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ของโรคนี้นี้สูงขึ้นเช่นกัน จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563 (กรมสุขภาพจิต, 2563) พบข้อมูลของจำนวนเด็กกลุ่มอาการออทิสติกตั้งแต่ปี 2560 - 2563 มีจำนวน 55,019, 88,897, 29,592, 30,199 ตามลำดับ โดยเฉพาะในปี 2560 และ 2561 มีการค้นหาและคัดกรองเพื่อเก็บข้อมูลของเด็กกลุ่มนี้ทั่วประเทศ ทำให้มีจำนวนของเด็กกลุ่มอาการออทิสติกมากกว่าห้าหมื่นคน นับว่ามีอุบัติการณ์ที่สูงมาก โดยอัตราความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตัวเองในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 13.20 และพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นคิดเป็นร้อยละ 6.60 พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเท่ากับ 4 - 5:1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2561) ซึ่ง

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก นับเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกประกอบไปด้วยปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ความผิดปกติของสมองและการรับรู้ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2550) ร่วมกับความบกพร่องด้านการสื่อสารและภาษา จึงไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ไม่สามารถระบายออกมาเป็นคำพูด จึงเกิดความคับข้องใจ ไม่พอใจ จนถึงขั้นแสดงอารมณ์โกรธ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Kloosterman, Kelley, Parker, & Craig, 2014) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และขาดความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้น (Mazurek et al., 2013) ซึ่งหากพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมย่อมจะส่งผลกระทบต่อทางด้านดำเนินชีวิตของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว บุคคลรอบข้างและสังคมอย่างน่าเป็นห่วง เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกเป็นปัญหาที่สำคัญทางจิตเวช การที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลต่อการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว บุคคลรอบข้างและสังคมอย่างมาก (ฐิตินันท์ อ้วนคำ และนรุฒม์ แพงพรพมา, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมของการ

พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ประกอบด้วยบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ปกครอง และครู (จิตินันท์ อ้วนล้ำ และนรุตม์ แพงพรมมา, 2563; ชะไมพร พงษ์พานิช, สมมติ อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันธ์ ร่วมกระโทก, สมหมาย เศรษฐวิชากรณ์, 2555) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องเป็นผู้ที่มีองค์ความรู้ที่ผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านของการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วยและความพิการ และการป้องกันปัญหาด้านพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กตามวัย พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ได้แก่ การทำพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด (milieu therapy) ซึ่งจะเน้นสัมพันธภาพทางสังคม และการมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เรียนรู้และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดียิ่งขึ้น รวมถึงการฝึกทักษะสังคม (social skill training) นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทอื่น ๆ ในการให้ความช่วยเหลือ เช่น บทบาทในการดูแลเรื่องการรับประทานยา และบทบาทในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (จิตินันท์ อ้วนล้ำ และนรุตม์ แพงพรมมา, 2563)

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มภารกิจ

พยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2563 พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกจำนวน 51 คน ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะที่คาดหวัง (ระดับ 3) จำนวน 28 คน ร้อยละ 54.90 และไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 23 คน ร้อยละ 45.10 โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะด้านการปรับพฤติกรรม เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 7 ปีถึงร้อยละ 86.96 และประสบการณ์มากกว่า 7 ปีขึ้นไปร้อยละ 13.04 (กลุ่มภารกิจพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2563) และมีข้อมูลการสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลดังกล่าว ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 7 ปี ในเรื่องทักษะของการปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกของพยาบาลกลุ่มนี้ จะมีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำกว่าทักษะด้านอื่น ซึ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย จะสามารถให้การพยาบาลช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่ไม่ก้าวร้าวรุนแรงได้ ส่วนในรายของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พยาบาลกลุ่มนี้ยังขาดความสามารถในการวิเคราะห์พฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มั่นใจในการนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวรุนแรง อีกทั้งไม่สามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซับซ้อนได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลผู้ชำนาญการ หรือผู้เชี่ยวชาญ (กลุ่มภารกิจพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2563) สอดคล้องกับแนวคิดของ Benner (1984) ที่พบว่า

พยาบาลในระดับผู้เริ่มต้น (novice) ผู้เรียนรู้ (advance beginner) และผู้ปฏิบัติ (competent) ยังเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติทางการพยาบาลน้อยกว่า 7 ปี สามารถวางแผนให้การพยาบาลในระยะยาวและปฏิบัติงานตามแผน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ แต่ยังคงความยืดหยุ่นในการทำงาน และต้องการความช่วยเหลือในด้านการจัดการเพื่อให้งานออกมาได้ผลดี และต้องการฝึกฝนในเรื่องการตัดสินใจ

จากความรุนแรงและความซับซ้อนของพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ร่วมกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 7 ปีที่ยังไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นความสำคัญของระบบบริการสุขภาพในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกให้สูงขึ้น การศึกษาครั้งนี้มุ่งพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะให้แก่พยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบทางลบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก การที่พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะที่เพียงพอและเหมาะสม จะช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่างๆ ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกครั้งนี้ดำเนินการ

ตามขั้นตอนของกระบวนการพัฒนานวัตกรรม/ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการของกรมสุขภาพจิต โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญ ๆ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของเบนดูรา (Bandura, 1997) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) และทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ (Applied Behavior Analysis: ABA) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2562) ซึ่งผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เป็นการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพใน

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

2.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของพยาบาลในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของพยาบาลในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

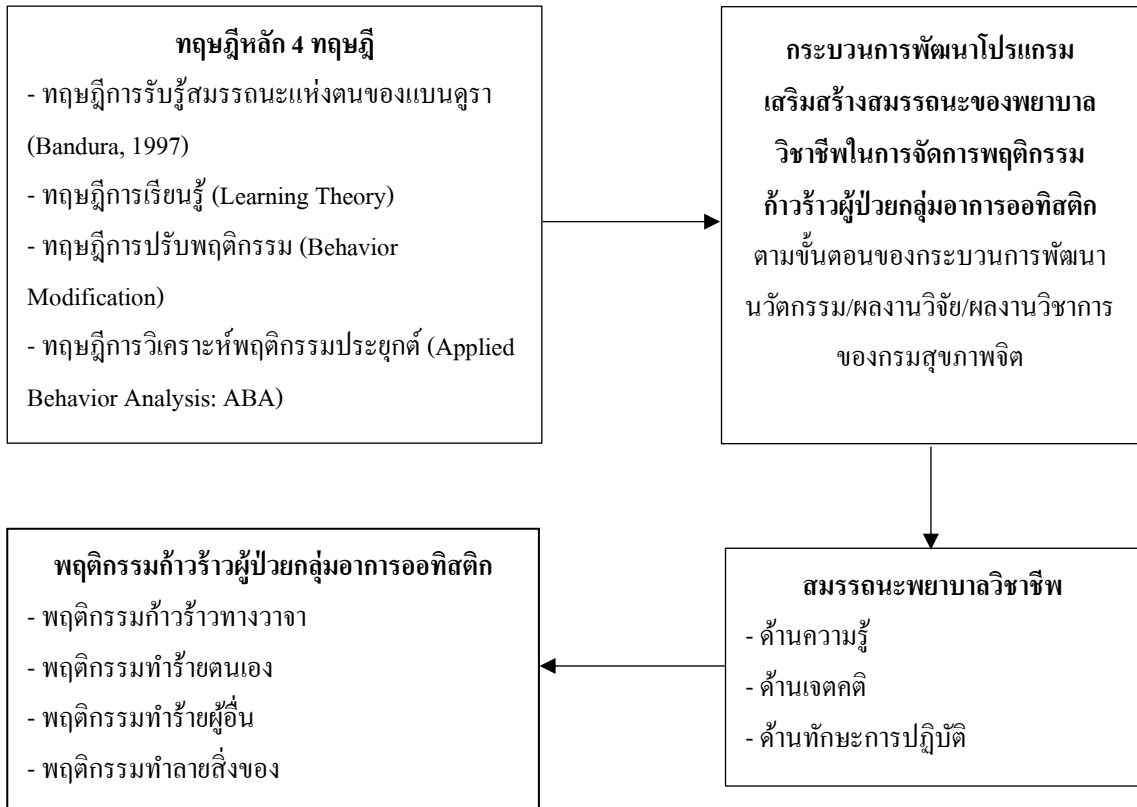
### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้าง

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ประกอบด้วยทฤษฎีและแนวคิดหลัก 4 ส่วน ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) และทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ (Applied Behavior Analysis: ABA) นำมาเป็นหลักการพื้นฐานในการกำหนดขอบเขตของการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพตามขั้นตอนของกระบวนการพัฒนานวัตกรรม/ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการของกรมสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยได้ใช้หลักการและแนวคิดของทั้ง 4 ทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบและจัดสร้างเทคโนโลยีต้นแบบในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ของการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) ในการสร้างโปรแกรมต้นแบบ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวก้าวร้าว ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น และพฤติกรรมทำลายสิ่งของในผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกได้ กรอบแนวคิดของการวิจัยตามภาพที่ 1

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การออกแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เป็นการพัฒนาโปรแกรมใหม่ขึ้น เพื่อช่วยเสริมสร้างสมรรถนะให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือสถานบำบัดที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและยากต่อการให้การดูแล

#### ชนิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest posttest design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยูประสาทไวมท โยปถัมภ์ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

น้อยกว่า 7 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์การเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2564 เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็กจำนวน 20 คน ผู้วิจัยจึงศึกษาจากกลุ่มประชากรทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

(ก) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน (IPD) หรือแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ที่



มีประสบการณ์ของการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกน้อยกว่า 7 ปี

(ข) เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโปรแกรม

(ค) ไม่อยู่ในช่วงของการตั้งครรภ์ และไม่อยู่ระหว่างการรักษาปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพกายที่รุนแรง เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคมะเร็ง

**เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)**

(ก) มีปัญหาทางกายหรือทางจิต ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องได้

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมขึ้นตามขั้นตอนของกระบวนการพัฒนานวัตกรรม/ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2559) เพื่อให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิผลและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยเริ่มศึกษาจากสภาพปัญหาและความต้องการของพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งนับเป็นปัญหาพฤติกรรมที่มีความยากและซับซ้อนในการให้ความช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ช่วยเหลือต้องมีความรู้และทักษะที่

เหมาะสมและเพียงพอต่อการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในลักษณะต่าง ๆ ของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก รวมถึงการช่วยเหลือผู้ปกครองให้สามารถดูแลและจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่เกิดขึ้นได้ โดยการนำข้อมูลที่ได้ มาใช้ในการออกแบบโปรแกรม ร่วมกับการศึกษาจากวรรณกรรม และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีการทดลองใช้โปรแกรมและการปรับแก้ไข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และจำนวนปีของการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

2.2 แบบสอบถามปัญหาในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาของพยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและทำลายสิ่งของของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

2.3 แบบสอบถามความต้องการในการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถามให้เลือกตอบเกี่ยวกับความต้องการสมรรถนะของการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในลักษณะต่าง ๆ รูปแบบการเรียนรู้ที่ต้องการในการ

เสริมสร้างสมรรถนะ ความรู้และทักษะที่พยาบาลต้องการจากการเข้าร่วมโปรแกรม และกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

2.4 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบทดสอบเป็นแบบข้อสอบปรนัยเลือกตอบ แต่ละข้อมีจำนวน 4 ตัวเลือก เป็นข้อสอบลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กออทิสติก (APN) 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน ค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ .90 และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน โดยหาค่า KR-20 เท่ากับ .89

2.5 แบบสอบถามเจตคติของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลจากการสอบถามความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีจำนวน 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ .86 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

2.6 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของยูคอฟสกีและคณะ (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 34 ข้อ (10 องค์ประกอบ) แต่ละข้อมีจำนวน 3 ระดับ ได้แก่ ดี พอใช้ และปรับปรุง ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 1.0 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .99

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ขอรับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยูวประสาทไวมโยปถัมภ์ เลขที่ 003/64 วันที่ 25 ธันวาคม 2563 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นไปตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในทุกขั้นตอน เช่น การชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์และโอกาสความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนแนวทางแก้ไข อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการวิจัยและ

ระยะเวลาในการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วม การปฏิเสธการเข้าร่วมในระยะใดก็ได้ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ไม่ส่งผลเสียหายต่อพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยูวประสาทวาทโยปถัมภ์แล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตชี้แจงข้อมูลต่อผู้บริหารของกลุ่มภารกิจการพยาบาล เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บข้อมูลตามแนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ

2. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้บริหารของโรงพยาบาลยูวประสาทวาทโยปถัมภ์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินงานตามแนวทางของกระบวนการพัฒนานวัตกรรม/ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ 1) สำรวจวิเคราะห์ความต้องการ / ความจำเป็น 2) วางแผนออกแบบนวัตกรรม เทคโนโลยี หรือผลิตภัณฑ์ 3) จัดสร้างเทคโนโลยีต้นแบบ 4) ทดสอบประสิทธิผล และ 5) ปรับปรุงเบื้องต้น ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจวิเคราะห์ความต้องการ / ความจำเป็น วัตถุประสงค์เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพใน

การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก จากข้อมูลของกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลยูวประสาทวาทโยปถัมภ์ ที่ได้ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะที่คาดหวัง ร้อยละ 54.90 และไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 45.10 โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะไม่ผ่านเกณฑ์ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 7 ปีถึงร้อยละ 86.96 (กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลยูวประสาทวาทโยปถัมภ์, 2563) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (ปี 2560-2564) ที่มีการจัดทำแนวทางการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพระดับยุ่งยาก ซับซ้อน (Super Specialist Service (3S)) สำหรับจิตเวชทั่วไป และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อปิดช่องว่างและเพิ่มความเชี่ยวชาญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยากและซับซ้อน รวมทั้งจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต, 2559) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สำรวจปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก โดยใช้ “แบบสอบถามปัญหาในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกและความต้องการในการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ” พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 7 ปีมีปัญหาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการ

ออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งในเรื่องของความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติ และพยาบาลทุกคนมีความต้องการให้ตนเองมีสมรรถนะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องของการปรับพฤติกรรม ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้ที่พยาบาลต้องการมากที่สุด คือการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง เป็นการเรียนรู้จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ โดยต้องการเรียนรู้ในกิจกรรมของการสาธิตแนวทางปฏิบัติ การอบรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการฝึกสาธิตย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนออกแบบนวัตกรรมเทคโนโลยี หรือผลิตภัณฑ์ วัตถุประสงค์เพื่อร่างต้นแบบของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยูวประสาทไทโยปถัมภ์ และกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (1997) ที่เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลเกี่ยวข้องกับปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ 1) การบรรลุผลจากการกระทำของตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การได้รับคำพูดชักจูง และ 4) ภาวะทางสรีระ โดยบูรณาการร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม และทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ คณะผู้วิจัยได้ประชุมปรึกษากในการวางแผนการออกแบบ โปรแกรมฯ ร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยูวประสาทไทโยปถัมภ์ จำนวน 8 คน ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมที่ต้องพัฒนา

ในประเด็นที่สำคัญดังนี้ (1) กิจกรรมกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้สมรรถนะของพยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก โดยใช้กิจกรรมของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้ความสำเร็จของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่ผ่านมา (2) กิจกรรมการได้รับประสบการณ์จากผู้อื่น โดยเน้นการให้ความรู้และแบ่งปันประสบการณ์จากพยาบาลที่มีความชำนาญพิเศษ โดยการสาธิตแนวทางการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกจากกรณีศึกษาและจากสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย หลังจากนั้น มีการมอบหมายให้พยาบาลวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกคนละ 2 ราย มีการแบ่งปันประสบการณ์และแนะแนวทางการดูแลให้แก่พยาบาลแต่ละรายเป็นระยะ ๆ (3) กิจกรรมการได้รับคำพูดชักจูงจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 7 ปีมีความเชื่อว่า ตนเองสามารถประสบความสำเร็จในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกได้ โดยเพิ่มในกิจกรรมทุกช่วงของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะในหัวข้อ “คุณลักษณะสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ” และในระหว่างการฝึกทักษะในสถานการณ์จริงของพยาบาลแต่ละราย และ (4) การดูแลและประเมินสุขภาพทางกายและจิตของพยาบาลทุกราย ตลอดระยะเวลา 2 เดือน

ที่เข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 3 จัดสร้างเทคโนโลยีต้นแบบ วัตถุประสงค์เพื่อสร้าง โปรแกรมต้นแบบเพื่อ เสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมต้นแบบตามการออกแบบ ในขั้นตอนที่ 2 โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการ อบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การเสริมสร้าง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก” ประกอบด้วย 11 แผนการสอน ผู้วิจัยเตรียมการในเรื่อง 1) แบบ วัตถุประสงค์พยาบาลวิชาชีพด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลต่อพฤติกรรม ก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก 2) แบบสอบถามปัญหาในการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก และ ความต้องการในการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพ 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก 4) แบบจำแนกระดับ ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่ม อาการออทิสติก 5) กรณีศึกษา/สถานการณ์สมมติ/ เพิ่มประวัติผู้ป่วย 6) คู่มือแนวทางการจัดการผู้ป่วย พฤติกรรมก้าวร้าว 7) การเตรียมผู้ป่วยกลุ่มอาการ ออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และ 8) อุปกรณ์ จำกัดพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบประสิทธิผล เพื่อ ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมต้นแบบ ผู้วิจัย ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยนำโปรแกรม ต้นแบบและแบบวัดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้าน ความรู้ ด้านเจตคติ และด้านทักษะการปฏิบัติไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย คือ จิตแพทย์เด็ก 1 ราย นักจิตวิทยา 1 ราย และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) ในสาขาการพยาบาลจิตเวชเด็ก 1 ราย ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมและเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไข โปรแกรมและแบบวัดทุกชุด ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและ แผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลยูวประสาท ไทโยปลั้มก่ จำนวน 20 คน โดยให้พยาบาลวิชาชีพ ทุกคนเข้าร่วมอบรมในหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการ จัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการ ออทิสติก” ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยใน 3 โรงพยาบาลยูวประสาทไทโยปลั้มก่ ระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ - 1 เมษายน พ.ศ.2564 รวม 8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ผู้วิจัยได้ ดำเนินการประเมินสมรรถนะด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมเสริมสร้าง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่พัฒนาขึ้น สามารถพัฒนาสมรรถนะทั้งสามด้านของพยาบาล วิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม มี ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการของพยาบาล วิชาชีพหลังการเข้าร่วม โปรแกรม 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 2 เดือน ไม่ เพียงพอกับจำนวนของพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรม และ 2) ควรมีกิจกรรมการฝึกการสอน/ให้คำแนะนำ

## ผู้ปกครองในสถานการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงเบื้องต้น วัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงโปรแกรมภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมต้นแบบ โดยนำข้อมูลจากการทดสอบประสิทธิผลในขั้นตอนที่ 4 มาปรับปรุงให้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวมีประสิทธิภาพมากขึ้นในประเด็นเกี่ยวกับการจัดให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในสถานการณ์จริงทุกราย ผู้วิจัยได้เสนอปรับปรุงแก้ไขดังนี้ 1) เพิ่มระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมจาก 2 เดือนเป็น 3 เดือน และ 2) จัดให้พยาบาลได้ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยอื่นที่มีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนประเด็นการฝึกผู้ปกครองในโปรแกรมฯ มีแนวทางการปรับปรุงดังนี้ 1) เพิ่มกิจกรรมการฝึกทักษะการสอน/ให้คำแนะนำผู้ปกครองในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของบุตร และ 2) จัดทำคู่มือการฝึกผู้ปกครอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯ โดยการทดสอบค่า Wilcoxon matched-paired signed ranks test

## ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) ผลการพัฒนาโปรแกรมฯ ได้แก่ 1.1) ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก 1.2) รายละเอียดโปรแกรมที่พัฒนาได้ และ

2) ผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วย 2.1) ข้อมูลทั่วไป และ 2.2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

1) ผลการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

1.1) ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

ปัญหาของพยาบาลที่พบสามารถจัดแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ข้อมูล “ความรู้ยังไม่เพียงพอ/ไม่มั่นใจ” “ผลไม่เป็นที่ตามที่คิด การจะปรับเปลี่ยนแผนในขณะนั้นไม่รู้จะอย่างไร” “เสี่ยงต่อการถูกทำร้ายเมื่อเข้าไปปรับพฤติกรรม” “ตกใจ เมื่อเจอพฤติกรรมที่รุนแรง” “ไม่รู้จะอย่างไรในการจัดการพฤติกรรม” “ไม่รู้จะบอก/สอนผู้ป่วยอย่างไร” “ไม่มั่นใจในการพูดปรับพฤติกรรมกับผู้ป่วย” เป็นต้น อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพมีความต้องการสมรรถนะในการ

จัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น สูงสุดร้อยละ 90.00 รองลงมาคือความต้องการในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ ร้อยละ 65.00 และรูปแบบการเรียนรู้ที่ต้องการมากที่สุดคือ การเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือรูปแบบการเรียนรู้จากพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 95.00 และจากแพทย์ ร้อยละ 75.00 ส่วนความต้องการด้านความรู้และทักษะที่ต้องการจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากที่สุดคือ แนวทางการพยาบาลเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ แนวทางการบำบัดรักษา แนวทางการประเมินและแนวความคิด ทฤษฎี ร้อยละ 95.00, 90.00, 85.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ กิจกรรมที่พยาบาลต้องการจากโปรแกรมฯ มากที่สุดคือ การสาธิตแนวทางปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมา คือการอบรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการฝึกสาธิต ย้อนกลับ ร้อยละ 95.00, 75.00, 75.00 ตามลำดับ

#### 1.2) รายละเอียดโปรแกรมที่พัฒนาได้

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของพยาบาล ร่วมกับข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมต้นแบบ โดยพัฒนาเป็นหลักสูตรอบรมระยะสั้น 2 เดือน เรื่อง “การเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก” ประกอบด้วยกรอบรวมในหัวข้อและกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลวิชาชีพดังนี้

#### (ก) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่

หัวข้อ (1) ความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก (2) ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก และ (3) คุณลักษณะสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### (ข) การอบรมให้ความรู้ ได้แก่หัวข้อ (1)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก (2) ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก (3) ลักษณะและสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก (4) การประเมินและจำแนกระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก และ (5) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการ/ปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) และทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ (Applied Behavior Analysis: ABA)

(ค) การทดลองปฏิบัติการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ (ABA) โดยใช้กรณีศึกษา/สถานการณ์สมมติ ในหัวข้อแนวทางการจัดการ/ปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ

(ง) การบริหารจัดการ/ปรับพฤติกรรม  
ในปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการ  
ออทิสติก: กรณีศึกษา/สถานการณ์จำลอง/การแสดง  
บทบาทสมมุติ

(จ) การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง/  
สถานการณ์จำลอง/กรณีศึกษา/การแสดงบทบาท  
สมมุติ โดยพยาบาลชำนาญการมีส่วนร่วมในการ  
วิเคราะห์พฤติกรรมกรณีศึกษาเพื่อวางแผนการปรับ  
พฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และ  
ประเมินผลการจัดการ/ปรับพฤติกรรมปัญหา  
พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก  
ของพยาบาลทุกรายที่เข้าร่วมโปรแกรม) ผลการ  
ทดลองใช้โปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วย

### 2.1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25 -  
35 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีอายุเฉลี่ย 31 ปี 6 เดือน  
มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 90.00  
สถานภาพสมรสร้อยละ 60.00 ปฏิบัติงานในหอ  
ผู้ป่วยในร้อยละ 70.00 แพนกผู้ป่วยนอกร้อยละ  
30.00 และมีระยะเวลาของการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย  
กลุ่มอาการออทิสติก 5 - 7 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมา  
คือระยะเวลา 2-4 ปี ร้อยละ 60.00 และน้อยกว่า 2 ปี  
ร้อยละ 20.00

2.2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบ  
สมมติฐานการวิจัย ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ  
การปฏิบัติในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของ  
ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก พบผลการศึกษาดัง  
ตารางที่ 1 - 3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ก่อนและหลังการทดลองของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วม  
โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก (n = 20)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	11.05	5.72	15.55	4.26	-3.10	.002

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านเจตคติก่อนและหลังการทดลองของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วม  
โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก (n = 20)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านเจตคติของพยาบาลวิชาชีพ	31.70	3.16	33.85	2.03	-2.89	.004



**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลองของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก (n = 20)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ	64.75	17.59	87.40	13.16	-3.92	.000

จากตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านเจตคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 3 พบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

### การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

### โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบของหลักสูตรอบรมระยะสั้น 2 เดือน จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมงโดยเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ 8 ลักษณะ ได้แก่ 1) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ “ความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก” และ “ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก” 2) กิจกรรมการบรรยายและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ “การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก” “คุณลักษณะสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ” 3) กิจกรรมการทดลองปฏิบัติการ

ทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและประเมิน  
จำแนกระดับความรุนแรง 4) กิจกรรมการบรรยาย  
และทดลองปฏิบัติการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์  
3 ทฤษฎี: ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีการปรับ  
พฤติกรรม และทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรม  
ประยุกต์ 5) กิจกรรมบรรยายและการแลกเปลี่ยน  
เรียนรู้จากกรณีศึกษา/สถานการณ์สมมติเกี่ยวกับ  
แนวทางการจัดการ/ปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของ  
ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก 6) กิจกรรมสาธิตการ  
จัดการ/ปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่ม  
อาการออทิสติก จากกรณีศึกษาในสถานการณ์  
จำลอง/ การแสดงบทบาทสมมติ 7) กิจกรรมการฝึก  
ปฏิบัติจากกรณีศึกษาในสถานการณ์จริง/  
สถานการณ์สมมติเกี่ยวกับวิเคราะห์พฤติกรรม  
กรณีศึกษาเพื่อวางแผนการปรับพฤติกรรมก้าวร้าว  
ของผู้ป่วยเฉพาะราย และ 8) กิจกรรมการประเมินผล  
การจัดการ/ปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่ม  
อาการออทิสติก จากกรณีศึกษาในสถานการณ์จริง/  
สถานการณ์สมมติ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง  
ระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง .86 -  
1.0 ซึ่งเป็นค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาที่  
ยอมรับได้ จัดอยู่ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนด (Davis,  
1992) โดยผู้ใช้โปรแกรมนี้ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ  
ชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วย  
กลุ่มอาการออทิสติกมากกว่า 7 ขึ้นไป และเป็นผู้ที่  
มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการ/ปรับพฤติกรรม  
ของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกมาก่อน

**ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ  
พยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว  
ของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก**

จากผลการทดสอบผลของโปรแกรม  
เสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการ  
พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก  
พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ  
ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติในการ  
จัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการ  
ออทิสติกสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้าง  
สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรม  
ก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01, .001 ตามลำดับ  
ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ซึ่งเห็นว่า  
โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพใน  
การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการ  
ออทิสติกที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาสมรรถนะทั้ง  
สามด้านให้แก่พยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรม  
ก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกได้ ทั้งนี้อาจ  
เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ  
พยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว  
ของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ช่วยให้พยาบาล  
ได้รับความรู้ที่สำคัญ ๆ รวมทั้งได้รับข้อมูลที่ช่วย  
ปรับเปลี่ยนเจตคติในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย  
กลุ่มนี้ในเชิงบวก และที่สำคัญที่สุด คือมีการจัด  
กิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการให้  
ความช่วยเหลือในรูปแบบที่พยาบาลต้องการ คือ  
การสาธิตจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในสถานการณ์  
จริง กิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้ช่วยให้  
พยาบาลมีความรู้และทักษะในการจัดการกับ  
พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น เกิดความมั่นใจและเจต  
คติที่ดีหรือทางบวกในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย  
กลุ่มนี้มากขึ้น พยาบาลมีการรับรู้และมีความเชื่อมั่น

ในความสามารถของตนเองในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำเร็จตามเป้าหมายและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Bandura, 1997) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงมีประสิทธิผลในการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เห็นได้จากความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังของคะแนนความรู้ เจตคติ และทักษะของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ สุพรรณภพ (2560) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทยทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ 112 ตัวชี้วัดที่มีองค์ประกอบ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และ 3) ด้านทักษะ นอกจากนี้ สมรรถนะที่เพิ่มมากขึ้นจะช่วยให้พยาบาลมีพลังอำนาจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (อุมพร พรหมสะอาดและคณะ, 2554) ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยให้พยาบาลมีความรู้ มีเจตคติ หรือมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่เหมาะสม และการส่งเสริมด้านทักษะ จะเป็นสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในปัจจุบันและอนาคต

#### ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกไปขยายผลในกลุ่ม

ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. การพัฒนาต่อยอดโปรแกรมนี้ในกลุ่มของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาล

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.รินสุข อองอาจสกุลมัน พว.สุภาวดี ชุ่มจิตต์ และอาจารย์ฉัตรมงคล น้ามาก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4 โรคหลัก*. กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) กระบวนการที่ 1 กระบวนการวิจัย/พัฒนา นวัตกรรม องค์ความรู้เทคโนโลยีของกลุ่มศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563*. กรุงเทพฯ: บริษัทละม่อม จำกัด.
- กลุ่มภารกิจพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2563). *รายงานผลการวิเคราะห์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ประจำปี 2563*. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.

- ชะไมพร พงษ์พานิช, สมติ อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันท์ ร่วมกระโทก, สมหมาย เสริมฐิชากรณ. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัวสำหรับผู้ปกครองและผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(1), 11-25.
- จิตินันท์ อ้วนล้ำ และนรุฒม์ แพงพรมมา. (2563). การพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2), 68-76.
- เพ็ญแจ ลิ้มศิลา. (2550). *คู่มือการดูแลเด็กออทิสติกแบบบูรณาการ*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต. (2562). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อรวรรณ สุพรรณภพ. (2560). *การพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อุมพร พรมสะอาด, อุดม ลีลาทวิวุฒิ, สมชาติ โตรักยา, และสุคนธา คงศีล. (2554). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Benner, P. (1984). *Novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park CA: Addison-Wesley.
- Centers for Disease Control and Prevention of America. (2017). Prevalence of autism spectrum disorders—autism and developmental disabilities monitoring network. *United States*, 61(3), 1-19.
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 104-107.
- Kloosterman, P. H., Kelley, E. A., Parker, J. D., & Craig, W. M. (2014). Executive functioning as a predictor of peer victimization in adolescents with and without an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 244-254.
- Mazurek, M. O., Kanne, S. M., & Wodka, E. L. (2013). Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Disorders*, 7(3), 455-465.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(3), 35-39.

## THE EFFECTS OF MEMORY STIMULATION AND MINDFULNESS-BASED TRAINING PROGRAM ON MEMORY OF THE ELDERLY WITH MILD DEMENTIA

*Samran Boonraksa, RN, MNS.\*; Pasitta Ondee, RN, Ph.D.\*\*; Suneo Anurukchuwong, RN, BNS.\**

### Abstract

**Objective:** This study was quasi-experimental research aimed to investigate the effect of the memory stimulation and mindfulness-based training program on the memory of the elderly with mild dementia.

**Methods:** The sample was twenty-two elderly with mild dementia receiving treatment at the outpatient department of Galya Rajanagarindra Institute. They were randomly divided into the experimental group and control group with eleven elderly in each group according to the inclusion criteria. The experimental group participated in the memory stimulation and mindfulness-based training program three times a week, each time for 90 minutes with a total of six sessions for two weeks. The control group received regular nursing care. The research instruments consisted of 1) the memory stimulation and mindfulness-based training program; 2) the general information questionnaire and; 3) the preliminary brain function test. Data were collected before the experiment, after the experiment, and after one month of follow-up. Then they were analyzed by using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

**Results:** 1) The mean score from the brain function test of the elderly in the experimental group after the experiment and after one month of follow-up was higher than before joining the program with a significance level of .05. But the mean score from the brain function test of the elderly after one month of follow-up was higher than after joining the program without statistical significance. 2) The mean score from the brain function test of the elderly in the experimental group after the experiment and after one month of follow-up was different from the control group with a significance level of .05.

**Conclusion:** Results of the study showed that the memory stimulation and mindfulness-based training program was effective in promoting brain function and memory stimulation in the elderly with mild dementia. Therefore, this intervention program should be applied to promote memory in elderly patients with mild dementia.

**Keywords:** dementia, elderly, memory stimulation and mindfulness-based training program

---

\*Registered Nurse, Professional Level, Galya Rajanagarindra Institute

\*\*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail: pasitta.ond@mahidol.ac.th

Received: 24 June 2021, Revised: 22 December 2021, Accepted: 29 December 2021

## ผลของโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติต่อความจำ ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย

ลำราญ บุญรักษา, RN, พย.ม.\*, ภาศิษฎา อ่อนดี, RN, ปร.ค.\*\*, สุนีย์ อนุรักษชูวงษ์, RN, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติต่อความจำของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย

**วิธีการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 6 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ทำการเก็บข้อมูลก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทดสอบที

**ผลการศึกษา :** 1) คะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการติดตามผล 1 เดือน สูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ หลังการติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการติดตามผล 1 เดือน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุป :** ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการทำงานของสมองและกระตุ้นความจำในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ เพื่อช่วยส่งเสริมความจำในผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย

**คำสำคัญ :** สมองเสื่อม ผู้สูงอายุ โปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: pasitta.ond@mahidol.ac.th

วันที่รับ: 24 มิถุนายน 2564, วันที่แก้ไข: 22 ธันวาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 29 ธันวาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะสมองที่มีการเสื่อมถอย ภาวะสมองเสื่อมมักพบในผู้สูงอายุ สถิติผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมพบร้อยละ 2.0 - 10.0 (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559) จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคสมองเสื่อม ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบร้อยละ 13.0 (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2560) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นภาวะที่สมรรถภาพการทำหน้าที่ของสมองถดถอย มีความบกพร่องในการรู้คิด ได้แก่ ความจำ สมาธิ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การมองเห็นแบบมิติสัมพันธ์ และการใช้เหตุผล ความบกพร่องนี้รบกวนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Mauk, 2018) นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ อารมณ์ และมีอาการทางจิตร่วมด้วย ผู้ป่วยมักจะสูญเสียความจำใหม่ ๆ ลืมสิ่งที่เคยทำประจำ ลืมการนัดหมาย เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก พุดซ้ำ ๆ การคิดการวางแผนบกพร่อง ความรุนแรงของอาการจะเพิ่มขึ้นตามระยะของโรค ผู้ป่วยที่มีอาการระดับเล็กน้อย (mild) จะมีอาการหลงลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้น มีความบกพร่องในหน้าที่การงานเล็กน้อย บุคคลใกล้ชิดอาจจะไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เมื่อเข้าสู่อาการระดับปานกลาง (moderate) ผู้ป่วยจะมีปัญหาความจำบกพร่องมากขึ้น ไม่สามารถตัดสินใจได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล เมื่อมีอาการระดับรุนแรง (severe) ผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยตัวเองได้ นอนติดเตียง มีอาการแทรกซ้อนทางกายจนทำให้เสียชีวิต

ภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่เกิดจากการสูญเสียของสมองหลายส่วนพร้อมกัน โดยจะสูญเสียความจำเป็นอันดับแรก (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะเกิดจากสาเหตุที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยชะลอการดำเนินโรคได้ การรักษาภาวะสมองเสื่อมมีทั้งแบบไม่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ทางเลือกหนึ่งของการรักษาแบบไม่ใช้ยา คือ การจัดกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้สมองได้รับการกระตุ้นส่งผลในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (cognitive) โดยเฉพาะความจำของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยที่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากนัก หากมีการจัดกิจกรรมกระตุ้นจะช่วยฟื้นฟูความจำกลับสู่สภาพปกติได้ หรือชะลอความเสื่อมได้ ทำให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพที่ดีได้ (อรรวรรณ กุหา, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกด้านการรู้คิด (cognitive training) มีผลต่อการพัฒนาการทำหน้าที่ของสมอง แนวทางการบำบัดรักษาเพื่อส่งเสริมความจำของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมีหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมการบริหารสมองทำให้ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความสามารถของสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (จารุวรรณ ก้านศรี และคณะ, 2560) โปรแกรมการกระตุ้นความจำด้วยการทำสมาธิ ฝึกจำหน้า จำชื่อ บวกเลข วาดภาพ เล่า

เรื่องประทับใจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความจำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และคะแนนความจำหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมการฝึกความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกโดยการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation therapy) ช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านความรู้คิดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (รัชนี ศรีเจียงคำ และคณะ, 2557) โปรแกรมการส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญา ด้วยกิจกรรมการรับรู้ตามความเป็นจริง การกระตุ้นรับความรู้สึกรับรู้ความจำเรื่องราวในอดีต การส่งเสริมการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัส และการเรียงลำดับเหตุการณ์ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีผลคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม (อรษา นวาง, ธันยพร สุขประเสริฐ และมาลี หนานเจียง, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยของต่างประเทศพบว่าโปรแกรมการกระตุ้นความจำร่วมกับการฝึกจิตช่วยเพิ่มความจำในผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของ Marieke & Amishi (2011) พบว่าการฝึกสติมีอิทธิพลต่อกระบวนการทำงานของระบบความจำ การฝึกสติของผู้ที่มีความรู้คิดบกพร่องช่วยให้ผู้ฝึกมีสมองส่วนความจำเพิ่มขึ้นและมีผลดีต่อสภาวะ Wong et al. (2017) พบว่าสติเป็นส่วนที่เสริมสร้างการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยของ

เดชา วรรณพาทูล (2557) พบว่าโปรแกรมการกระตุ้นความจำร่วมกับการฝึกจิต เพิ่มความจำในผู้สูงอายุด้วยการฝึกจิตให้มีสมาธิต่อสิ่งที่สัมผัสรับรู้ด้วยการหายใจร่วมกับการฝึกสมอง (brain gym) สามารถเพิ่มความจำระยะสั้นของผู้สูงอายุได้ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเพื่อค้นหาความรู้ในการบริหารสมอง กระตุ้นความจำเพียงอย่างเดียวในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การจำใบหน้า การจำเลข การวาดรูป การระลึกความหลัง การจินตนาการ การเล่าเรื่อง บางโปรแกรมมีการฝึกสมาธิในรูปแบบต่าง ๆ ร่วมด้วย เช่น การฝึกการหายใจโยคะ แต่ยังไม่พบโปรแกรมการกระตุ้นความจำร่วมกับการฝึกสติที่นำมาใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัจจุบันยังไม่มีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยที่จะช่วยป้องกันความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นความจำ (memory stimulation) และการฝึกสติ (mindfulness training) ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย โดยนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้ที่มีความจำบกพร่องระยะแรกของกรมการแพทย์และโปรแกรมสติบำบัดของกรมสุขภาพจิตมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีแนวทางการฟื้นฟูสมอง ชะลอสมองเสื่อม คงระดับความจำ และดูแลจิตใจของตนเองได้เบื้องต้น ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุตลอดช่วงชีวิต



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 1 เดือน

## สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ และหลังการติดตาม 1 เดือนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ และหลังการติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

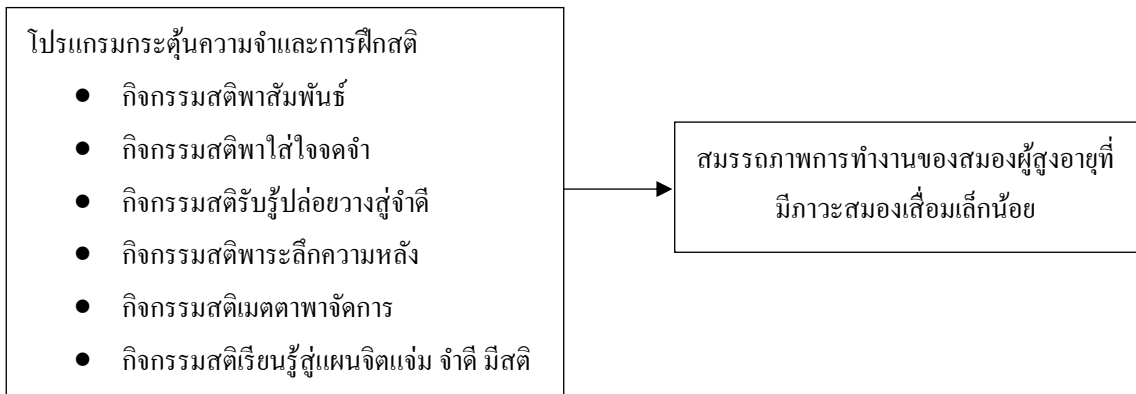
## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พัฒนาจากการนำกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อกระตุ้นสมรรถภาพทางสมอง

การทำงานของสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย โดยการประยุกต์ใช้กิจกรรมการกระตุ้นการรู้คิดและความจำในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2559) และใช้แนวความคิดบำบัดของชงยูทซ์ วงศ์ภิรมย์ สานต์ (2559) เป็นพื้นฐาน มีเป้าหมายเพื่อชะลอความเสื่อม หรือคงสภาพการทำงานของสมองด้านความจำ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนหลังโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (the pretest-posttest comparison group design) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 และ ICD-10 (F00-F06) ว่ามีภาวะสมองเสื่อมและมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีคะแนนจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) ระหว่าง 21 - 25 คะแนน 2) ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ได้คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยิน และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม 2) มีอาการทางจิตที่แสดงพฤติกรรมหรือ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

อารมณ์รุนแรง 3) ขาดการติดตามการรักษาต่อที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนงานวิจัยของจารุวรรณ ก้านศรี และคณะ (2560) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความจำก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 14.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.36 และค่าคะแนนเฉลี่ยของความจำหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 20.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.99 เป็นงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือคล้ายกัน จึงนำผลการศึกษาดังกล่าวไปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณ (ชนากานต์ บุญนุช และคณะ, 2554) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีอัตราการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.0 - 23.0 จึงมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 30.0 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 ราย และกลุ่มควบคุม 11 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพปัจจุบัน อาชีพก่อนเกษียณ โรคประจำตัว การบาดเจ็บที่ศีรษะ ระยะเวลาการป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแลหลัก

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental state Examination version 2002: MMSE-Thai 2002) ซึ่งพัฒนามาจากแบบทดสอบ MMSE ที่พัฒนาโดย Folstein, Folstein & McHugh (1975) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (สถาบันเวชศาสตร์สูงอายุ, 2559) มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ร้อยละ 86.0 มีความไวร้อยละ 80.0 แบบทดสอบมีจำนวน

11 ข้อ ใช้ประเมินสมรรถภาพของสมอง คะแนนรวม 21 - 25 คะแนน ถือว่า มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นเครื่องมือในการคัดเลือกรวมตัวอย่าง คะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง สำหรับผู้ที่มีความจำบกพร่องระยะแรกของกรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์สูงอายุ, 2559) และโปรแกรมสติบำบัดของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) เป็นพื้นฐานการทำกิจกรรมกระตุ้นความจำ รูปแบบกิจกรรมเป็นกลุ่มบำบัด ให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านทุกครั้ง โดยกลุ่มบำบัดจะจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 6 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และติดตามผลหลังเข้าโปรแกรม 1 เดือน มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมสติพาสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ (relationship) ให้แนะนำตัวเอง ทำท่าทางที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง จดจำจุดเด่นบนใบหน้าของเพื่อน สอบถามจำนวนที่จำได้ วิธีการจำ และให้ฝึกสมาธิ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มอบหมายกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน และฝึกสมาธิ

ทุกวัน วันละ 10 - 15 นาที การฝึกความจำและการฝึกสติ ฝึกจำชื่อ จำหน้า เป็นการกระตุ้นสมองส่วนของความจำ โดยฝึกการใส่ใจ เรียนรู้การจำ รับข้อมูล และเรียกใช้ข้อมูล ให้ความรู้และฝึกจิตด้วยสมาธิและสติเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้และการใส่ใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการจำ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมสติพาใส่ใจจดจำ เป็นการกระตุ้นความจำผู้ป่วยด้วยกิจกรรมการฝึกจำด้วยความใส่ใจ (attention) ใช้เทคนิคการฝึกความจำระยะสั้น เช่น จดจำภาพ จำชุดตัวเลข จำภาพผลไม้ จำของคู่กัน จำเป็นกลุ่ม สรุปกิจกรรมและเชื่อมโยงเรื่องสติ การรับรู้สิ่งที่ทำหรืออยู่กับปัจจุบัน ไม่วอกแวก การฝึกสติจึงทำให้ควบคุมความคิดและอารมณ์ได้ดี การมีสติอยู่กับปัจจุบันเป็นการจดจ่ออยู่กับเรื่องเดียว ทำให้สามารถจดจำสิ่งที่อยู่ตรงหน้าได้ง่าย ต่อจากนั้นให้ทำสมาธิ 1 นาที แล้วจดชุดตัวเลข ภาพของคู่กันใหม่อีกครั้ง เปรียบเทียบกับจำนวนรายการที่จำครั้งก่อน แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ครั้งที่ 3 กิจกรรมสติรับรู้ปล่อยวางสู่จำดี เป็นการกระตุ้นสมรรถนะสมองด้วยการฝึกจำแบบมิติสัมพันธ์ (visuo-spatial) การรับรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัว ทำให้เกิดความคิดรวบยอดในการแยกแยะสี รูปร่าง รูปทรงพื้นฐาน ลักษณะพื้นผิว มิติความรู้สึก มิติความกว้างยาวหนาสูง โดยให้ดูภาพ 3 มิติ ได้แก่ ภาพทรงเรขาคณิต ภาพธรรมชาติ ภาพตลาดน้ำ ภาพคน และภาพผลไม้ จำภาพ สังเกตภาพ ให้บอกสิ่งที่เห็น มีการฝึกจิตปล่อยวาง ไม่คิดเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีต ไม่คิดฟุ้ง เพื่อจะจดจำสิ่งที่อยู่ขณะนั้น ให้เขียนแผนที่การเดินทางจากที่บ้านมาสถาบันฯ แล้วให้ตอบคำถาม อธิบายความเชื่อมโยงกับสติ

รับรู้ทั่วร่างกาย ธรรมชาติของความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย (body scan) ฝึกสังเกตความรู้สึกบ่อย ๆ ช่วยให้ความรู้สึกตัวดีขึ้น

**ครั้งที่ 4** กิจกรรมสติพาระลึกความหลัง เป็นการฝึกระลึกความหลัง (remembrance) ด้วยการเล่าเรื่องราวในอดีต เป็นการกระตุ้นการเรียกคืนความจำระยะยาวให้กลับมาใช้ใหม่ ซึ่งเป็นเทคนิคทำให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูความจำ และพัฒนาการสื่อสารร่วมกับวิธีการฝึกจิตในการจัดการความคิดลบ เพื่อกำจัดความเครียดความกังวล ทำให้เกิดการผ่อนคลายเป็นการเพิ่มพื้นที่ความจำ

**ครั้งที่ 5** กิจกรรมสติเมตตาพาจัดการ เป็นการฝึกการจัดการ (executive function) ฝึกการจำรายการซื้อของประกอบอาหาร การใช้เงิน ทองเงิน การจัดการ การวางแผนแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการฝึกจิตด้วยสติเมตตา เพื่อฝึกการให้อภัย ป้องกันความเครียด กังวล และส่งเสริมการจำ

**ครั้งที่ 6** กิจกรรมสติเรียนรู้สู่แผนจิตแจ่มจำดี มีสติ เป็นการฝึกให้ทำแผนในคู่มือตนเองแบบย่อเพื่อการกระตุ้นความจำและการฝึกสติ (plan for good memory) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 - 5 และวางแผนการดูแลตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม โดยให้วางแผนและตั้งเป้าหมายการฝึกสมอง การรู้คิด การกระตุ้นความจำแผนการนำสติไปใช้ในชีวิตประจำวัน นัดหมายการติดตามหลังเข้าโปรแกรม ชื่นชมและให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโปรแกรมในการฝึกความจำต่อไป

โปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความ

ตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ตามเอกสารรับรอง โครงการที่ 6/2562 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาและการรับบริการต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลจะนำไปวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก รายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชผู้สูงอายุ และแจ้งหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอกและบุคลากรทราบถึงการดำเนินการวิจัยและขอเข้าเก็บข้อมูล และขอใช้พื้นที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยจากเวชระเบียน ทำการสุ่มคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 ราย ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินสภาพของสมอง การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม คำแนะนำในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การฝึกกิจกรรมบริหารสมอง และการพบแพทย์ตามนัดหมาย

กลุ่มทดลอง ได้รับการนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม โดยทำกิจกรรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และหลังการติดตามผล 1 เดือน ผู้วิจัยจะประเมินสมรรถภาพสมองเพื่อประเมินความจำ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายของข้อมูลคะแนนจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตาม 1 เดือน โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ( $p > .05$ )

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่

แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการทดสอบสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลอง ที่ได้จากการวัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ และหลังการติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

#### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.7 และร้อยละ 63.6 ตามลำดับ กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 66.73 ปี กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 68.08 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.5 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.6 กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสโสด และหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 36.4 เท่ากัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 45.4 กลุ่มทดลองทุกรายและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 90.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพก่อนเกษียณ คือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทำธุรกิจส่วนตัว และว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 27.3 เท่ากัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาชีพก่อนเกษียณ คือ รับจ้าง และว่างงาน ร้อยละ 45.5 เท่ากัน ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.7 และร้อยละ 90.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกราย ไม่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการป่วยสมองเสื่อมเฉลี่ย 3.09 ปี กลุ่มควบคุม

มีระยะเวลาการป่วยสมองเสื่อมเฉลี่ย 2.82 ปี ผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่ม คือ บุตร กลุ่มทดลองคิดเป็น ร้อยละ 72.2 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 63.6

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยกลุ่มทดลอง หลังการติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ และหลังการติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อมระดับเล็กน้อยกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นความจำและฝึกสติมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสภาพสมองภายหลังการทดลองและภายหลังการติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในส่งเสริมการทำงานของสมองและกระตุ้นความจำในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิ ศรีเจียงคำ (2557) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะ

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง

	ค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบ				p-value
	สมรรถภาพสมอง		t	df	
	Mean	SD			
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
หลังการทดลอง	23.36	0.92	2.63	10	0.02*
ก่อนการทดลอง	22.81	0.98			
หลังการติดตามผล 1 เดือน	23.81	1.88	1.04	10	0.32
หลังการทดลอง	23.36	0.92			
<b>ผลต่างระหว่าง</b>					
หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล 1 เดือน	0.454	1.43	- 0.19	10	0.85
ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง	0.545	0.68			

\* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบ		t	df	p-value
	สมรรถภาพสมอง				
	Mean	SD			
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	22.81	0.98	-0.409	20	0.68
กลุ่มควบคุม	23.00	1.09			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	23.36	0.92	2.108	20	0.04*
กลุ่มควบคุม	22.63	0.67			
<b>หลังการติดตามผล 1 เดือน</b>					
กลุ่มทดลอง	22.82	.98	2.111	20	0.04*
กลุ่มควบคุม	23.82	1.89			
<b>ผลต่างระหว่างก่อน-หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	0.54	0.68	2.439	20	0.02*
กลุ่มควบคุม	-0.36	1.02			
<b>ผลต่างระหว่างหลังการทดลอง-หลังการติดตามผล 1 เดือน</b>					
กลุ่มทดลอง	0.45	1.43	1.290	20	0.21
กลุ่มควบคุม	-0.27	1.19			

\* $p < .05$

ภาวะสมองเสื่อมระยะแรกที่ได้รับโปรแกรมฝึกความจำมีความจำเพิ่มขึ้นใน 1 วัน และ 2 สัปดาห์และการศึกษาของสุวรรณณี ศรีปาน (2555) พบว่าการฝึกความจำด้วยเกมฝึกสมองผ่านโปรแกรมประยุกต์เว็บ ร่วมกับการฝึกสมาธิสามารถเพิ่มความจำในผู้สูงอายุได้ การศึกษาของปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชวัฒนา (2559) ที่

พบว่าความจำของผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าการกระตุ้นการรู้คิดมีผลต่อการพัฒนาความจำของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีการฝึกให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองฝึกการจดจำ เช่น จำใบหน้า จำชื่อ จำภาพ เป็นการกระตุ้นประสาท

สัมผัส เกิดเป็นความจำสัมผัส สามารถเก็บไว้และเรียกข้อมูลกลับมาใช้ใหม่ได้นอกจากนี้ในโปรแกรมยังมีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สติและสมาธิ ฝึกปฏิบัติทำจิตใจให้สงบ มีความตั้งใจ ทำให้ความจำคงอยู่ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองจะเกิดการผ่อนคลายขณะทำกิจกรรม เมื่อสมองอยู่ในภาวะผ่อนคลายทำให้เกิดการตื่นตัวและสมองทำงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เกิดการเรียนรู้ได้ง่ายและรวดเร็ว เกิดการเก็บข้อมูลเป็นความจำระยะยาว (สมฤดี ชุมแก้ว และคณะ, 2561) ในการวิจัยครั้งนี้มีการจัดกิจกรรมวันเว้นวัน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้สูงอายุสามารถฝึกได้โดยไม่รู้สึกเป็นภาระ เนื่องจากระยะเวลาในการฝึกสามารถยืดหยุ่นได้ หากเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจจะทำให้มีความใส่ใจต่อเนื่อง ทำให้มีการจำที่ดีขึ้น การมีความตั้งใจที่จะรับรู้ข้อมูล และมีการทบทวนซ้ำ จะสามารถดึงข้อมูลที่จำเป็นมาใช้ได้ กระบวนการกลุ่มช่วยให้กลุ่มเกิดสัมพันธภาพและมีการเสริมพลังการดูแลตนเอง เกิดแรงจูงใจในการฝึก ส่งผลให้ความจำดี (อรพรรณ แอบไชสง, 2553)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองภายหลังได้รับ โปรแกรมทันที และภายหลังการติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของเอกอุมมา วิเชียรทอง (2543) ที่พบว่า การกระตุ้นความจำผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยด้วยการให้ผู้ป่วยฝึกจำหน้า การจับคู่ สุภามิต ก่อน

การทำกิจกรรมมีการสวดมนต์ ทำสมาธิ และออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมฯ มีความจำดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมฯ การวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้าร่วม โปรแกรมฯ ได้ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำที่ประยุกต์มาจากกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้นของกรมการแพทย์ ซึ่งเน้นการกระตุ้นและฟื้นฟูสมอง ฝึกความตั้งใจ (attention) โดยมีกิจกรรม เช่น ให้จำหน้า จำชื่อ ลักษณะเด่น มีการฝึกกระบวนการคิดและตัดสินใจ ด้วยกิจกรรมการวางแผนซื้ออาหาร กิจกรรมกระตุ้นความจำด้วยการระลึกความหลังในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทำให้ได้ง่ายกว่าการให้ผู้สูงอายุจำเรื่องราวใหม่ ๆ (สุภารัตน์ ปุณโณทก, 2554) การศึกษาครั้งนี้เป็นการทำกิจกรรมกระตุ้นความจำร่วมกับความตั้งใจ และกระตุ้นทักษะการจัดการ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมจึงมีการพัฒนาความจำได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของจากรุวรรณ ก้านศรี และคณะ (2560) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยใช้การฝึกความจำด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การบริหารสมอง ทำรำมะนา สุภามิต ทำอาหาร ทายชื่อสมุนไพร ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมฯ มีความจำดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมฯ เพราะการฝึกความจำช่วยกระตุ้นให้เซลล์ประสาทสมองทุกส่วนเกิดการตื่นตัว มีการเชื่อมโยงเซลล์ประสาทสมองส่วนต่าง ๆ มากขึ้น แข็งแรงขึ้น และทำงานประสานกันมากขึ้น ส่งผลต่อการฟื้นฟูความจำระยะสั้น (Reijnders et al., 2013) ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองดีขึ้นหรือไม่



## เสื่อมไปกว่าเดิม

การทำสมาธิซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมฝึกสติมีผลต่อความสามารถในการจำ (Jha & Vugt, 2011) ทำให้ความจำดีขึ้น ป้องกันความบกพร่อง การรู้คิด การฝึกสติควรทำต่อเนื่องที่บ้าน เพราะระยะเวลาของการทำสมาธิมีผลต่อความจำ สอดคล้องกับการศึกษาของเดชา วรณพาคู (2557) ที่แสดงให้เห็นว่าการทำสมาธิฝึกจิตใจอยู่กับลมหายใจร่วมกับการบริหารสมอง มีผลต่อความจำระยะสั้น ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เบื้องต้นเรื่องสมองเสื่อมและการบริหารสมอง คำแนะนำเรื่องยา และอาการข้างเคียง ผู้ป่วยสูงอายุทุกคนที่มารับการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จะได้รับการพยาบาลตามปกติในระหว่างที่รอรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยไม่มีรูปแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอายุโรคสมองเสื่อม คะแนนของการทดสอบสมรรถภาพสมองภายหลังการทดลองทันทีและติดตามผลหลังการติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมกระตุ้นความจำและการฝึกสติมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังการติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ยังมีความสามารถเรื่องการเรียนรู้และความจำ สามารถเรียนรู้ร่วมกิจกรรม และนำไปปฏิบัติที่บ้าน ทำให้คะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองหลังการติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนทดลอง นอกจากนี้

โปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้เป็นโปรแกรมใหม่สำหรับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่สถาบันฯ และเป็นกิจกรรมกลุ่มที่สมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน มีการนัดหมายเพื่อพบกันต่อเนื่องหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม กิจกรรมมีความหลากหลาย ทำให้เกิดความน่าสนใจ กิจกรรมการฝึกความจำและการฝึกสติออกแบบให้ผู้สูงอายุกลับไปทำกิจกรรมที่บ้าน เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของการทดสอบสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลอง ที่ได้จากการวัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นความจำและการฝึกสติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การวัดหลังทดลองและหลังการติดตามผล 1 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีประสิทธิผลดีหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ แต่ประสิทธิภาพของโปรแกรมจะลดลงหลังการติดตามผล 1 เดือน อาจเกิดจากกลุ่มทดลองไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง หรือขาดการกระตุ้นให้ปฏิบัติตามกิจกรรม ดังนั้นเพื่อให้ค่าเฉลี่ยคะแนนของการทดสอบสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองคงระดับไว้ จึงควรจัดโปรแกรมการกระตุ้นความจำและการฝึกสติซ้ำเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความคงทนของสมรรถภาพของสมอง

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาค้นคว้าและพัฒนากิจกรรมโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดเรื่องสมรรถนะในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ควรจัดเวลาในการทำกิจกรรมให้มีความยืดหยุ่น และมีกิจกรรมอื่นแทรกเพื่อผ่อนคลาย ทั้งนี้ควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยต่อในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3, 6, 12 เดือน

3. ควรทดลองใช้เครื่องมืออื่นที่มีความไวในการประเมินสภาพของสมอง เช่น Montreal Cognitive Assessment (MOCA) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องระดับเล็กน้อย ที่เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น โรคจิตเภท วิตกกังวลผิดปกติ การคิดสารเสพติด เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพสมองและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

2. สามารถนำโปรแกรกดังกล่าวไปใช้ในการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุแก่พยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้อง

### เอกสารอ้างอิง

จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จงพานิช, นกัทร เตียอนุกุล, กัทรวดี ศรีนวล, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของโปรแกรมการบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 34(3), 176-187.

ชนากานต์ บุญนุช, ชุวดี เกตุสัมพันธ์, สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก, จุฬารัตน์ พูลเอี่ยม, ปรีชญา พลเทพ และสมาชิก CoP วิจัย. (2554). *เอกสารชุมชนนักปฏิบัติ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช.

เดชา วรรณพาทูล. (2557). *การพัฒนาโปรแกรมฝึกบริหารสมองสำหรับเพิ่มความจำระยะสั้นในผู้สูงอายุ: การศึกษาค้นคว้าเพื่อสมองสัมพันธ์กับเหตุการณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี, วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปิ่นมณี สุวรรณ โมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(12): 45-56. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. (2559). *คู่มือสติบำบัด*. Mindfulness-Based Therapy and Counselling (MBTC).

รัชณี ศรีเจียงคำ. (2557). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฝึกความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกในคลินิกความจำ โรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2559). *ภาวะสมองเสื่อม: รู้จริงและเข้าใจสุขภาพผู้สูงวัย และภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: วิ.พรีนซ์.

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2560). *รายงานประจำปี*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น*. กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พรีนซ์กรุ๊ป จำกัด.

สมฤดี ชุมแก้ว, วิไลวรรณ ศรีนุ้ย และวิดาพรรณ จำปา. (2561). ผลของโปรแกรมกลุ่มการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีบุคลิกภาพบกพร่อง. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ*, 14(1): 30-38.

สุดารัตน์ ปุณโณชา. (2554). *ผลของโปรแกรมระลึกความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุวรรณิ ศรีปาน. (2555). *เกมส์ฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุผ่านโปรแกรมประยุกต์เว็บเพื่อส่งเสริมความจำและสุขภาพจิต*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะวิศวกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อรพรรณ แอบไชสง. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกความจำในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรวรรณ คุหา. (2558). รายงานการวิจัยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรณา ฉวาง, ชันยพร สุขประเสริฐ และมาลี หนานเจียง. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความพร้อมพุทธิปัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2): 111-120.
- เอกอุมา วิเชียรทอง. (2543). ผลการใช้โปรแกรมฝึกความจำต่อความจำของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับน้อย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & Mc Hugh, P.R. (1975). "Mini – Mental State". A practical method for Grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatric Research*, 12: 189-198.
- Jha P.A., Vugt van K.M. (2011). Investigating the impact of mindfulness meditation training on working memory: A Mathematic modeling approach. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 11(3): 344-353.
- Marieke K.V. & Amishi P. J. (2011). Investigating the impact of mindfulness meditation training on working memory: a mathematical modeling approach. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*. 11(3), 334-53.
- Mauk, K.L. (2018). *Gerontological Nursing: Competencies for Care*. (4<sup>th</sup> ed.). Burlington: John Bartlett Learning.
- Reijnders, J., Heugten, C.V., & Boxtel, M.V. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 263-75.
- Seagal, Z.V., William, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression*. New York: The Guilford press. 859-892.
- Wong, W.P. (2017). The Effects of Mindfulness on Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 1 (1): 181-193.

## FACTORS RELATED TO RESILIENCE IN NURSING STUDENTS\*

*Theerayut Kerdsang, RN, MNS.\*\*, Arissara Santaweasuk, RN, MNS.\*\*\**

### Abstract

**Objective:** To investigate factors associating relationships between mindfulness, adversity quotient, perceived self-efficacy and resilience among nursing students.

**Methods:** A descriptive correlational research was used. The population were 407 nursing students studying year 1 - 4. Research instruments included the general information form, resilience inventory, Philadelphia Mindfulness Scale, adversity quotient questionnaire, and the Perceived Self-efficacy's scale. Descriptive statistics, Spearman's rank-order correlation were used for data analysis.

**Results:** Resilience mean score of nursing students was 118.38 (SD = 10.67). Mindfulness mean score was 40.04 (SD = 5.69). Adversity quotient mean score was 146.28 (SD = 17.28), and Perceived Self-efficacy mean score was 35.56 (SD = 7.35). Results from correlation analysis showed that mindfulness, adversity response profile, perceived self-efficacy had positive correlation to resilience at significant level of .001 ( $r = .438, .350, \text{ and } .434$ , respectively).

**Conclusion:** The findings of this study can used as basic information to develop program to promote resilience among the nursing students.

**Keywords:** resilience, adversity quotient, perceived self-efficacy, nursing student

---

\*This study was supported by a research grant from Surathani Rajabhat University

\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Surathani Rajabhat University

\*\*\*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Surathani Rajabhat University, e-mail: arissarasuk15@gmail.com

Received: 17 August 2021, Revised: 23 December 2021, Accepted: 30 December 2021

# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล\*

ธีระยุทธ เกิดสังข์, พย.ม. \*\*, อริศรา แสนทวีสุข, พย.ม. \*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ ศึกษาจากประชากรเป้าหมายคือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 - 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ในมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง จำนวน 407 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต แบบประเมินสติ แบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

**ผลการศึกษา :** พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 118.38 (SD = 10.67) มีคะแนนเฉลี่ยสติเท่ากับ 40.04 (SD = 5.69) มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคเท่ากับ 146.28 (SD = 17.28) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 35.56 (SD = 7.35) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า สติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .438, .350, \text{ และ } .434$  ตามลำดับ)

**สรุป :** ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

**คำสำคัญ :** ความแข็งแกร่งในชีวิต, สติ, ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, นักศึกษาพยาบาล

\*การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, e-mail: arissarasuk15@gmail.com

วันที่รับ: 17 สิงหาคม 2564, วันที่แก้ไข: 23 ธันวาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 30 ธันวาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

ชีวิตนักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของช่วงวัย จากวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ สภาพแวดล้อม การเรียน การสอนที่ต่างไปจากเดิม เพื่อนฝูงและบุคคลรอบข้างที่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ ความคิด และวัฒนธรรม ตลอดจนปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัวและปัญหาเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลง และปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเครียด หรือความยุ่งยากใจได้ง่าย (Misra & McKean, 2000) และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สืบตระกูล ดันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) ที่ต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติซึ่งก่อให้เกิด ความเครียดได้ง่าย ในการเผชิญต่อสถานการณ์ ความเครียดนั้น บุคคลจะมีความสามารถในการ จัดการกับปัญหาที่แตกต่างกันและผลลัพธ์ที่ตามมา ก็แตกต่างกันด้วย บุคคลที่ไม่สามารถจัดการกับ ปัญหาที่เกิดขึ้นมักจะมองว่าเป็นปัญหากับตนเอง เพราะไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่วน บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถปรับตัว ต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถ ผ่านพ้นภาวะวิกฤตินั้น ๆ ได้ สามารถเรียนรู้และ ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ, 2553; พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ, 2555; Grotberg, 1995; 1997)

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็น

ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่จะยืนหยัด อยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำพาชีวิต ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดไปได้ พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวจาก ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์นั้นได้อย่างมี ประสิทธิภาพในเวลาอันรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และมีความเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2552) ซึ่งความ แข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1997; 2001) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) I have...(ฉันมี...) 2) I am...(ฉันเป็น...) และ 3) I can...(ฉันสามารถ...) โดยที่ I have...(ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมให้เกิด ความแข็งแกร่งในชีวิต เช่น ฉันมีคนที่จะให้ กำลังใจ เป็นต้น I am...(ฉันเป็น...) เป็นความ เข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล เช่น ฉันเป็นคน ที่พร้อมจะยอมรับฟัง เป็นต้น ส่วน I can...(ฉัน สามารถ...) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ฉันสามารถที่จะ เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อยู่เสมอ บุคคลที่มีความแข็งแกร่ง ในชีวิตจะสามารถดึงองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการ จัดการกับสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือภาวะคุกคาม หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้ และจะทำให้เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่น มีความ ภาคภูมิใจในตนเอง และมีความไว้วางใจผู้อื่น ตามมาได้ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทัศน ทวีคุณ, จริยา วิทยะศุกร และพิศสมัย ורתัย, 2554; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555)

ความแข็งแกร่งในชีวิตของแต่ละบุคคลมี

ความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศหญิงมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าเพศชาย (พัชรินทร์ นินทจันทร์, ศรีสุตา วณาสิน, ลัดดา แสนสีหา, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, และพิสมัย อรทัย, 2554) อายุ เป็นปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่น (Tusaie, Puskar, & Sereika, 2007) บุคคลที่มีอายุน้อยมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำกว่าบุคคลที่มีอายุมาก (Campbell-Sills, Forde, & Stein, 2009) สถานภาพสมรสของบิดามารดา วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาแยกกันอยู่ (อริศรา สุขศรี, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศน ทวีคุณ, 2559) บรรยากาศในครอบครัวมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่น (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) สถานะทางการเงินสามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิต (Campbell-Sills et al., 2009)

นอกจากนี้ มีรายงานกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต (ปวีณา นพโสทร, อัจรา จิตวัฒนกุล และนิรดา กลิ่นทอง, 2561) โดยผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมองปัญหาเป็นความท้าทาย และมีความพยายามในการเผชิญปัญหาและแก้ไขให้สำเร็จ ส่วนผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำจะมองความยุ่งยากเป็นภาวะคุกคาม ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงและล้มเลิกสิ่งเหล่านั้น (Evans, 1988) ผู้ที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจึงมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) นอกจากนี้สติ (mindfulness) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

แข็งแกร่งในชีวิต (Pidgeon, 2014) ผู้ที่สามารถฝึกจิตให้มีสติ ไม่หวั่นไหวต่อเหตุการณ์ยุ่งยากใจจะช่วยสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตได้ (วิณา บุญแสง, 2554) และยังมีการศึกษาพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค (Adversity Quotient) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต (มุสนีย์ แก้วมณี, วานิตา สามะ, สุภวรรณ สีแสงแก้ว และเปรมฤดี คำรักษ์, 2561; ปวีณานพโสทร และคณะ, 2561)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มมีสุขภาพจิตดีกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) ความแข็งแกร่งในชีวิตจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถจัดการกับภาวะการเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hodges, Keeley & Grier, 2005) ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความ

แข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ สติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สติ (mindfulness) เป็นการระลึกได้ การรู้สึกตัว ความไม่เพลา เป็นภาวะจิตที่ทำงานโดยไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ ไม่ว่าจะ เป็นอารมณ์ทางบวกหรือทางลบ ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบด้านรู้คิด 7 ประการ คือ การไม่ตัดสิน อดทน ใจเย็น จิตใจของผู้เริ่มต้น ใ่วางใจตัวเอง ไม่ดิ้นรนหรือไม่มุ่งมั่น ยอมรับปล่อยวาง และองค์ประกอบด้านอารมณ์ 5 ประการ คือ กตัญญู อ่อนโยน ใจกว้าง เห็นอกเห็นใจ รักและเมตตา (Kabat-Zinn, 2009) อ่างในอรรถธรรม ศิลปกิจ, สุทธิ ธรรมานุวัตร และบรรจบ บรรณรุจิ, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต (Keye & Pidgeon, 2013; Pidgeon & Keye, 2014) การมีสติของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความแข็งแกร่งในชีวิต (วาริรัตน์ ถาน้อย, อติทยา พรชัยเกตุ และภาศิญา อ่อนดี, 2555)

ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค (Adversity Quotient) เป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค

เป็นความสามารถของบุคคลในการเอาชนะอุปสรรค โดยสามารถฝ่าฟันอุปสรรคได้อย่างคนที่มีกำลังใจ และมีความหวังอยู่เสมอ (วิทยา นาควัชระ, 2557) บุคคลที่มีระดับความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคสูงจะรับรู้ว่ามีหนทางที่จะควบคุมสถานการณ์และสามารถหาหนทางออกของปัญหาที่เกิดขึ้นให้ดีขึ้นได้ (Control) มีความเต็มใจในการรับผิดชอบต่อปัญหาว่าเป็นปัญหาของตนเอง เพื่อที่จะหาทางแก้ไขปรับปรุง (Origin and Ownership) รวมทั้งรับรู้ว่ามีปัญหาจะไม่ขยายตัวออกไปอย่างมีสติ (Reach) และปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวไม่นานก็จะผ่านพ้นไปได้ (Endurance) (วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย และพนาวรรณ พาณิชย์, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (อารีย์ ชันดิธรรมกุล, 2558) ความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต (ปริมาณพโสธร และคณะ, 2561; นันทิกา อนันต์ชัยพัชานา, ดลฤดี เพชรขว้าง, สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน และเกศินี การสมพจน์, 2561; ลำเจียก กำธร, โสภิต สุวรรณเวลา และชาติไทยเจริญ, 2561)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-efficacy) เป็นการศึกษาที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะสะท้อนถึงความพยายามของบุคคลว่ามากน้อยแค่ไหนที่จะพยายามฝ่าฟันอุปสรรคหรือปัญหาต่าง ๆ



ในงานที่อยู่ยากที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (เบญจวรรณ ขุนฤทธิ์, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายความแข็งแรงในชีวิต (Cassidy, 2015; Sagone, Caroli, Falanga, & Indiana, 2020; ปวีณา นพโสทร และคณะ, 2561)

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่สัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ สติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังภาพที่ 1

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) ศึกษาจากประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง

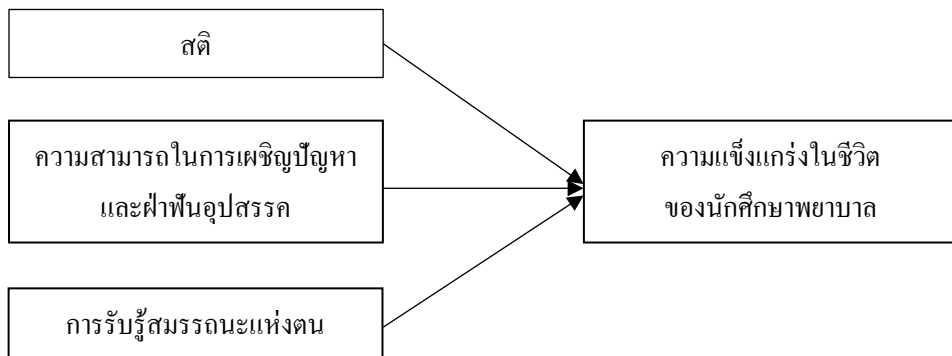
ปีการศึกษา 2563 จำนวน 407 คน

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ REC-SRU 019/2020 ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การป้องกันผลเสียและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งข้อมูลของการวิจัยการรักษาความลับ ซึ่งในการรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อ วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา ศาสนา ผลการเรียนที่ผ่านมา แหล่งที่มาของเงินค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของเงินที่ได้รับ การได้รับทุนการศึกษา การขอยืมเงินจากรัฐบาลเพื่อการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา
2. แบบสอบถามความแข็งแรงในชีวิต



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

พัฒนาจากแนวคิด Resilience ของ Grotberg (1995; 2005) โดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2553) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ I have (ฉันมี) เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่คอยสนับสนุนเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา I am (ฉันเป็นคนที่เป็น) เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล การเห็นคุณค่าในตัวเอง เคารพในตัวเอง เคารพในตัวผู้อื่น มีความเชื่อ และทัศนคติในแง่บวก I can (ฉันสามารถ) เป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคล การรู้จักควบคุมตนเองเมื่อรู้สึกอยากทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง รวมไปถึงการมีทักษะทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง มีข้อคำถามรวม 28 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง เฉย ๆ 4 หมายถึง เห็นด้วย 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเกี่ยวกับ I have มีจำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับ I am มีจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับ I can มีจำนวน 9 ข้อ คะแนนรวมความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นจากการนำไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 และจากงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

3. แบบประเมินสติ (Philadelphia Mindfulness Scale; PHLMS-Awareness scale) ฉบับภาษาไทย แปลโดยชัชวาลย์ ศิลปกิจ, อรวรรณ ศิลปกิจ และภัทรภรณ์ วิสาจันทร์, 2554) เป็นแบบประเมิน

ตามแนวคิด Kabat-Zinn มีข้อคำถามการตระหนักรู้จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยเลย 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 3 หมายถึง บางครั้ง 4 หมายถึง บ่อย ๆ 5 หมายถึง บ่อยมาก คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10 - 50 คะแนน ค่าคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงการมีสติรับรู้ตนเองมาก แบบประเมินสติมีค่าความเชื่อมั่นจากการนำไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และจากงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

4. แบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค เป็นแบบสอบถามที่ภาวดี เหมทานนท์ (2556) ปรับมาจากแบบทดสอบความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคของศรีธนพร คันทรส (2552) ซึ่งได้ปรับมาจากแบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค (The Adversity Response Profile) ของ Stoltz ที่แปลโดยธีระศักดิ์ กำบรรณรักษ์ (2551) เป็นแบบวัดที่กำหนดสถานการณ์ให้ตอบจำนวน 20 สถานการณ์ ในแต่ละสถานการณ์จะมีข้อคำถามที่สัมพันธ์กัน 2 ข้อ รวมเป็นจำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งกับความคิด/การกระทำด้านซ้ายให้ 1 คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยกับความคิด/การกระทำด้านซ้ายให้ 2 คะแนน 3 หมายถึง ไม่แน่ใจกับความคิด/การกระทำด้านซ้ายให้ 3 คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยกับความคิด/การกระทำด้านซ้ายให้ 4 คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งกับความคิด/การกระทำด้านซ้ายให้ 5 คะแนน

คะแนนเต็ม 200 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคมีความเชื่อมั่นจากการนำไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และจากงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

5. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (The Perceived Self-efficacy's scale) นำมาจากแบบสอบถามของเบญจจา นิมานวล (2547) ที่แปลและปรับปรุงตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย 2 คะแนน หมายถึง จริงบ้าง 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างเป็นจริง 4 คะแนน หมายถึง จริงมาก 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด โดยแบ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็น 3 ระดับ คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงในการวิจัยครั้งนี้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าความเชื่อมั่นจากการนำไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และจากงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีคณะ

พยาบาลศาสตร์ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตทำวิจัย โดยเลือกนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2563 และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต สติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากนักศึกษาที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามไว้เป็นหลักฐาน การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที เป็นไปด้วยความสมัครใจและเว้นไว้ไม่ตอบในกรณีที่ไม่สะดวก

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความแข็งแกร่งในชีวิต จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร ทุกตัวด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficient)

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.50 เป็นเพศชาย ร้อยละ 2.50 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.08 ปี (SD = 1.25) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 28.00 น้อยที่สุดคือชั้นปีที่ 4

ร้อยละ 22.10 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 75.20 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 24.10 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.70 ตามลำดับ ด้านผลการศึกษาในปีที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01 - 3.50 ร้อยละ 56.00 รองลงมาคือ เกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51 - 3.00 ร้อยละ 26.00 และเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.00 - 2.50 ร้อยละ 2.00 ด้านแหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ได้รับจากผู้ปกครอง ร้อยละ 85.70 รองลงมาได้รับจากกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา ร้อยละ 13.00 และได้รับทุนจากโรงพยาบาลและอื่น ๆ ร้อยละ 0.90 ด้านรายรับต่อเดือน ส่วนใหญ่ได้รับเงินอยู่ในช่วง 2,001 - 4,000 บาท/เดือน ร้อยละ 56.00 รองลงมา 4,001 - 6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 27.50 และน้อยที่สุดคือมากกว่า 6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 7.10 ตามลำดับ ด้านความเพียงพอของเงินที่ได้รับ ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 71.00 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 29.00 ด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดา ส่วนใหญ่อยู่

ด้วยกัน ร้อยละ 70.30 รองลงมาคือ บิดาหรือมารดาเสียชีวิต ร้อยละ 11.80 และน้อยที่สุดคือ บิดามารดาแยกกันอยู่ ร้อยละ 7.10

## 2. ความแข็งแกร่งในชีวิต สถิติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติบรรยาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 118.38 (SD = 10.67) และมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 44.23 มีคะแนนเฉลี่ยสถิติเท่ากับ 40.04 (SD = 5.69) และมีคะแนนสถิติมากกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 41.28 มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคเท่ากับ 146.28 (SD = 17.28) และมีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคมากกว่าค่าเฉลี่ย จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 46.93 มีคะแนนเฉลี่ยการ

**ตารางที่ 1** ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม สถิติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n = 407)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
1. ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	28 - 140	84 - 140	118.38	10.67
2. สถิติ	10 - 50	12 - 50	40.04	5.69
3. ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค	40 - 200	95 - 200	146.28	17.28
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	10 - 50	16 - 50	35.56	7.35

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมนระหว่างสติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความแข็งแกร่งในชีวิต (n = 407)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. สติ	.1.000			
2. ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค	.211**	1.000		
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.251**	.279**	1.000	
4. ความแข็งแกร่งในชีวิต	.438**	.350**	.434**	1.000

\*\* $p < .001$

รับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 35.56 (SD = 7.35) และมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่าค่าเฉลี่ย จำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 56.51 (ตารางที่ 1)

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างสติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความแข็งแกร่งในชีวิต

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความแข็งแกร่งในชีวิตโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนพบว่า สติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .438, r = .350, .434, p < .001$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

#### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า สติ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

**สติ:** ผลการศึกษาพบว่า สติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .438, p < .001$ ) นั่นคือนักศึกษาที่มีระดับสติสูง มีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2555) ที่ศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสติ การศึกษาของเคที เลี้ยวกุย และรามิ (Kathi, Xiaokui, & Rami, 2015) ที่ศึกษาในนักศึกษาแพทย์ของสหรัฐอเมริกาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสติ การศึกษาของคา และคณะ (Ka, Fiona, Winnie, & Alice, 2020) ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลในฮ่องกงพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสติ จากการศึกษาครั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลมีสติสูง และมีแนวโน้มมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง อาจเนื่องมาจากนักศึกษา

ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 70.30 มีรายรับต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,001 - 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมา มีรายรับต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,001 - 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.50 และมีความเพียงพอของเงินที่ได้รับต่อเดือน ร้อยละ 71.00 แสดงให้เห็นว่านักศึกษาในกลุ่มนี้มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือ พร้อมทั้งคอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรง (I have) ซึ่งจะทำให้นักศึกษามีทัศนคติต่อตนเองในทางบวก รู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง เชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ สามารถเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นได้ (I am) สามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง และจัดการกับสถานการณ์รุนแรงต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งรู้จักที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ในเวลาที่มีปัญหาหรือต้องเผชิญสถานการณ์รุนแรงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยรู้จักเลือกจังหวะเวลาตามความเหมาะสม (I can) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบหลักที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษากลุ่มนี้มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นและมีแนวทางในการจัดการปัญหาที่เหมาะสม

ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค: ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .350, p < .001$ ) กล่าวคือ นักศึกษาที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคสูงมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมุสนีย์ แก้วมณี และคณะ (2561) ที่พบว่า ความสามารถในการ

เผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกา อนันต์ชัยพัชฌา และคณะ (2561) ที่พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในชีวิต บุคคลจะสามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือความยากลำบากได้ จนทำให้ประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวัง สิ่งเหล่านี้เป็นความสามารถของบุคคลทั้งทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวเพื่อกลับสู่สภาพปกติหลังจากเผชิญสถานการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต ที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นไปได้และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2552; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2552; 2555) เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต บุคคลจะตั้งองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am และ I can) มาใช้เพื่อให้ผ่านพ้นจากสถานการณ์เลวร้ายเหล่านั้นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาครั้งนี้การที่นักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคสูง อาจเนื่องมาจากสถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 70.30) นักศึกษากลุ่มนี้จึงมีบิดามารดาคอยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคหรือความท้าทายต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งได้เห็นพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างที่ดีจากคนในครอบครัวหรือบุคคล

รอบข้างในการแก้ปัญหาอุปสรรคในชีวิต ทำให้นักศึกษากลุ่มนี้ได้ทราบแบบอย่างของการแก้ปัญหาที่ถูกต้องว่าเป็นอย่างไร (I have) อีกทั้งยังรู้จักใช้วิธีการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีการแสดงออกอย่างถูกต้องเหมาะสม (I can) และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (I am) สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างให้นักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน :** ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .434, p < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปวีณา นพโสธร และคณะ (2561) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต กล่าวคือ นักศึกษาที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาส่วนใหญ่มีผลการเรียนอยู่ที่ระดับ 3.01 - 3.50 ซึ่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นสมรรถนะหนึ่งของนักศึกษาและมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต และอาจเป็นเหตุผลให้นักศึกษามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.51) มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่าค่าเฉลี่ย นอกจากนี้ การรับรู้สมรรถนะของตนในแต่ละบุคคลมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ตรงหรือสิ่งที่เคยปฏิบัติแล้วประสบผลสำเร็จ การได้เห็นการกระทำของบุคคลที่ประสบความสำเร็จมาก่อน การถูกชักจูงหรือโน้มน้าวจิตใจจากคำพูดของบุคคลอื่น ซึ่งจากการเรียน

การสอนและการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมามีส่วนช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง จึงทำให้มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงและส่งผลให้ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูงด้วย (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558)

## สรุป

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ปัจจัยด้านสติความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น จึงควรส่งเสริมและพัฒนาให้นักศึกษาให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต และควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมดังนี้

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิต รวมถึงศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต
2. ควรขยายกลุ่มที่ศึกษาเป็นตัวแทนทั้งประเทศเพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกคนที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2552). *คู่มือการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต: อีดี ฮีดี ฮู้*. กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิง.
- ัชชาวลย์ ศิลปกิจ, อรวรรณ ศิลปกิจ และภัทรภรณ์ วิสาจันทร์. (2554). ความตรงของ Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 19(3), 140-147.
- เบญจวรรณ ขุนฤทธิ์.(2559). *การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตรคอมพิวเตอร์ธุรกิจ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ศูนย์การศึกษานอกที่ตั้งครั้งที่ 7. การประชุมภาคใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 7. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.*
- เบ็ญจา นิ่มนวล.(2547). *สมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีระศักดิ์ กำปารณรักษ์. (2551). *AQ พลังแห่งความสำเร็จ*. กรุงเทพฯ: ธรรมมล.
- นันทิกา อนันต์ชัยพัชณา, ดลฤดี เพชรขำ, สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน, เกศินี การสมพจน์. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยบรมราชชนนีพะเยา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(2), 106-119.
- ปวีณา นพโสทร, อังรา ฐิตวัฒน์กุล และนิรดา กลิ่นทอง. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 1-10.
- ศุสนีย์ แก้วมณี, วานิดา สามะ, ศุภวรรณ สีแสงแก้ว, และเปรมฤดี คำรักษ์.(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(3), 156-170.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์.(2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต : แนวคิด การประเมินและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคูณ, จริยา วิฑะศุกร และพิศ สมัย อรทัย.(2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี. *วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต*, 25(1), 1-13.

- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ศรีสุดา วนาลีสิน, ลัดดา แสนสีหา, ขวัญพนมพร ธรรมไทย และพิสมัย อรทัย. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(3), 430-443.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน, จริยา วิฑะศุกร, นพวรรณ เป็ยชื่อ, ทศนา ทวีคูณ และพิศสมัย อรทัย. (2552). *คู่มือการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน และทศนา ทวีคูณ. (2553). *การพัฒนาแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต*. รายงานการวิจัยโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน และทศนา ทวีคูณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- ภาวดี เหมทานนท์. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญปัญหาและการฝ่าฟันอุปสรรคการรับรู้ความสามารถแห่งตน และความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช*. รายงานการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช.
- ลำเจียก กำร, โสภิต สุวรรณเวลา และชาติ ไทยเจริญ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(2).
- วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย และพนาวรรณ พาณิชย์.(2559). การพัฒนาความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอิทีเอ็น*, 13(2), 16-29.
- วาริรัตน์ ฉาน้อย, อติทยา พรชัยเกตุ และภาศึกษา อ่อนดี.(2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(ฉบับพิเศษ), 60-67.
- วิทยา นาควัชระ. (2557). *วิธีเลี้ยงลูกให้เก่งคิมิสุข IQ EQ MQ AQ*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: Goodbook.
- วีณา บุญแสง. (2554). *คู่มืออบรมหลักสูตรการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับสื่อมวลชนท้องถิ่น*. นนทบุรี: สานคิด.



- ศรีจันทร์ ถิ่นธรณ. (2552). ผลของการอบรมเลี้ยงดูที่มีต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคของนักศึกษาเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สืบตระกูล ดันตลานุกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษายาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช, 9(1), 81-92.
- อรรวรรณ ศิลปกิจ, สุธี ธรรมานูวัตร และบรรจบ บรรณรุจิ. (2558). บทความฟื้นฟูวิชาการ: สติและแบบประเมินสติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 23(1), 184-197.
- อริศรา สุขศรี, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศน ทวีคุณ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นที่เผชิญเหตุการณ์รุนแรง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(2), 97-112.
- อารีย์ ขันดิธรรมกุล. (2558). ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี ตามทฤษฎีของสตอลทซ์. วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี, 11(3), 49-55.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Campbell-Sills, L., Forde, D.R., & Stein, M.B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 1007-1012.
- Cassidy, S. (2015). *Resilience Building in Students: The Role of Academic Self-Efficacy*. Retrieved Feb 5, 2020, from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01781/full>
- Evans, R.W. (1988). A dream unrealized : A brief look at the history of issue unturned approaches. *The Social Studies, 80*(4), 178-184.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening The human spirit*. Retrieved March 10, 2020, from <https://bibalex.org/baifa/attachment/documents/115519.pdf>
- Grotberg, E. H. (1997). *The International resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. Retrieved August 20, 2015, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html>
- Grotberg, E. H. (2001). Resilience program for children in disaster. *Ambulatory Child Health, 7*, 75-83.
- Grotberg, E. H. (2005). *Resilience for tomorrow*. Retrieved August 20, 2015, from [http://resilnet.uiuc.edu/library/grotberg2005\\_Resilience-for-tomorrow-brazil.pdf](http://resilnet.uiuc.edu/library/grotberg2005_Resilience-for-tomorrow-brazil.pdf)
- Hodges, H.F., Keeley, A.C. & Grier, E.C. (2005). Professional resilience, practice longevity and Parse's theory for baccalaureate education. *Journal of Nursing Education, 44*, 548-554.
- Ka, M. C., Fiona, W. K. T., Winnie, P. Y. T., & Alice, W. Y. L. (2020). Resilience-building module for undergraduate nursing students: A mixed-methods evaluation. *Elsevier, 49*. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102912>
- Kathi, J. K., Xiaokui, M., & Rami K. (2015). Are Mindfulness and Self-Compassion Associated with Sleep and Resilience in Health Professionals? *Elsevier, 59*(2). [doi.org/10.1089/acm.2014.0281](https://doi.org/10.1089/acm.2014.0281)
- Keye, M.D., & Pidgeon, A.M. (2013). An Investigation of the Relationship between Resilience, Mindfulness, and Academic self-Efficacy. *Open Journal of Social Sciences, 1*(6), 1-4.
- Misra, R., & McKean, M. (2000). College Students' Academic Stress and Its Relation to Their Anxiety, Time Management, and Leisure Satisfaction. *American Journal of Health Studies, 16*, 41-51.
- Pidgeon, A. M., Keye, M. (2014). Relationship between resilience, mindfulness, and psychological well-being in university students. *International Journal of Liberal Arts and Social Science, 2*(5), 27-32.
- Sagone, E., Caroli, M.E., Falanga, R., & Indiana, M.L. (2020). Resilience and perceived self- efficacy in life skills from early to late adolescence. *International Journal of Adolescence and Youth, 25*(1), 882-890.

Tusaie, K., Puskar, K., & Sereika, S.M. (2007). A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1),54-60.

## THE EFFECT OF PARTICIPATION AMONG FACULTIES AND STUDENTS IN APPLYING TRANSTHEORETICAL MODEL FOR SMOKING CESSATION\*

*Pimpat Chantian, Ph.D. \*\*, Tattiya Nakorncha, M.S. \*\*\*, Pacharanan Rattanapark, M.S. \*\*\*\**

### Abstract

**Objective:** To study the effect of participation among faculties and students in quit smoking behavior of students who were smokers.

**Methods:** It is quasi-experimental research. The sample group was male students from a University, Bangkok. They were divided into 30 experimental groups and 30 control group. Research tools include 1) General information questionnaire smoking behavior intention to quit smoking balance in decision making Self-efficacy in smoking cessation and smoking cessation behavior 2) A model of participation of professors and leading students in changing smoking cessation behavior through 5 experts to check the validity of the questionnaire and to be able to experiment with a group that is like the sample group. The confidence value is 0.84. The data collection process consisted of experimental group was educated for tobacco toxicity and smoking cessation and attended faculties and students' activities in transtheoretical model for smoking cessation weekly. Experimental groups had received consultation via Line application for 4 months and were evaluated the outcome after 2 months. Whereas the control group was educated, received pamphlets, and was evaluated after 2 months. Demographic data was analyzed by using descriptive statistics. The difference average scores between experimental and control group were analyzed by independent t-test. The scores included balancing of decision making, self-efficacy, and behavior in smoking cessation after intervention.

**Results:** The experimental group showed significantly higher average score than the control group in balancing of decision-making self-efficacy and behavior in smoking cessation ( $p$ -value < .05). The experimental group confidently followed instruction to quit smoking that the control group with statistical significance ( $p$ -value < .05).

**Conclusion:** It should be done after long-term follow-up studies to see if smoking cessation behaviors can be modified. and can use the Line group to give advice to change the smoking cessation behavior of the students in higher education institutions.

**Keywords:** self-efficacy, decision making, smoking cessation behavior

---

*\*This study was supported by a research grant from Thai Health Professional Alliance Against Tobacco and Thai Health Promotion Foundation*

*\*\*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, e-mail: [pimpat.chantian@gmail.ac.th](mailto:pimpat.chantian@gmail.ac.th)*

*\*\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University*

*\*\*\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University*

Received: 8 October 2021, Revised: 24 December 2021, Accepted: 30 December 2021

# ผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำ ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา\*

พิมพ์พัฒน์ จันทร์เทียน, ศศ.ศ. \*\*, ทัดติยา นครไชย, วท.ม. \*\*\*, พัชรนันท์ รัตนภาค, วท.ม. \*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาเพศชายของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตมิวนิบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ความสมดุลในการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยให้คำปรึกษาทางไลน์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ 1 ครั้ง พร้อมทั้งแจกคู่มือการเลิกสูบบุหรี่และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ

**ผลการศึกษา :** ภายหลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองสูงและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมั่นใจว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำและวิธีการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .05)

**สรุป :** ควรดำเนินการภายหลังจากการติดตามผลการศึกษาในระยะยาวว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้จริง และสามารถให้กลุ่มไลน์ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาต่อไป

**คำสำคัญ :** การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตัดสินใจ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

\*การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก โครงการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษาปลอดบุหรี่ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, e-mail: pimpat.chantian@gmail.ac.th

\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

\*\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

วันที่รับ: 8 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 24 ธันวาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 30 ธันวาคม 2564



การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำได้ 4 วิธี คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Master Experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การสังเกตตัวแบบพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจที่จะทำให้ผู้สังเกตฝึกความรู้สึกว่าตนเองสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีความพยายามตั้งใจ 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นวิธีการให้กำลังใจบุคคลว่าสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีดังกล่าวค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป ทำให้เกิดผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และหลักความสมดุลการตัดสินใจ (Decisional Balance) แต่ละคนจะไม่เหมือนกันขึ้นกับเหตุผลของแต่ละบุคคล ดังนั้นการจัดรูปแบบการเลิกบุหรี่จึงควรเพิ่มการรับรู้ข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ซึ่งจะนำไปสู่การเคลื่อนจากการไม่สนใจปัญหาไปสู่การสังเกตใจ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการสร้างความตระหนักและการทบทวนผลกระทบของตนเอง ช่วยในการเพิ่มการรับรู้ข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

นอกจากนี้การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เข้ามามีส่วนช่วยให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงด้านความสามารถของตนเอง หรือสมรรถนะของบุคคลซึ่งเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติก็เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละ

บุคคล

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) รวมถึงด้านความสามารถของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในการช่วยให้คำปรึกษาทางกลุ่มไลน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของอาจารย์ และนักศึกษาแกนนำในเรื่องการสร้างสมดุลเพื่อการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา
2. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของอาจารย์ และนักศึกษาแกนนำในเรื่องการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา
3. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของอาจารย์ และนักศึกษาแกนนำในเรื่องพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา

### สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์ และนักศึกษาแกนนำในการให้คำปรึกษา

มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถในการเลิกบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิด ทฤษฎีขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model; TTM / Stage of Change Model) ของ Prochaska, Redding, & Ever (2008) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self efficacy theory) ของ Bandura (1986) รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในการให้คำปรึกษาโดยการตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาดังภาพที่ 1

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Two groups posttest design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาชายในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร ที่มีประวัติสูบบุหรี่และยังคงสูบบุหรี่อยู่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายที่สูบบุหรี่และสมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 60 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ตามรายละเอียด ดังนี้

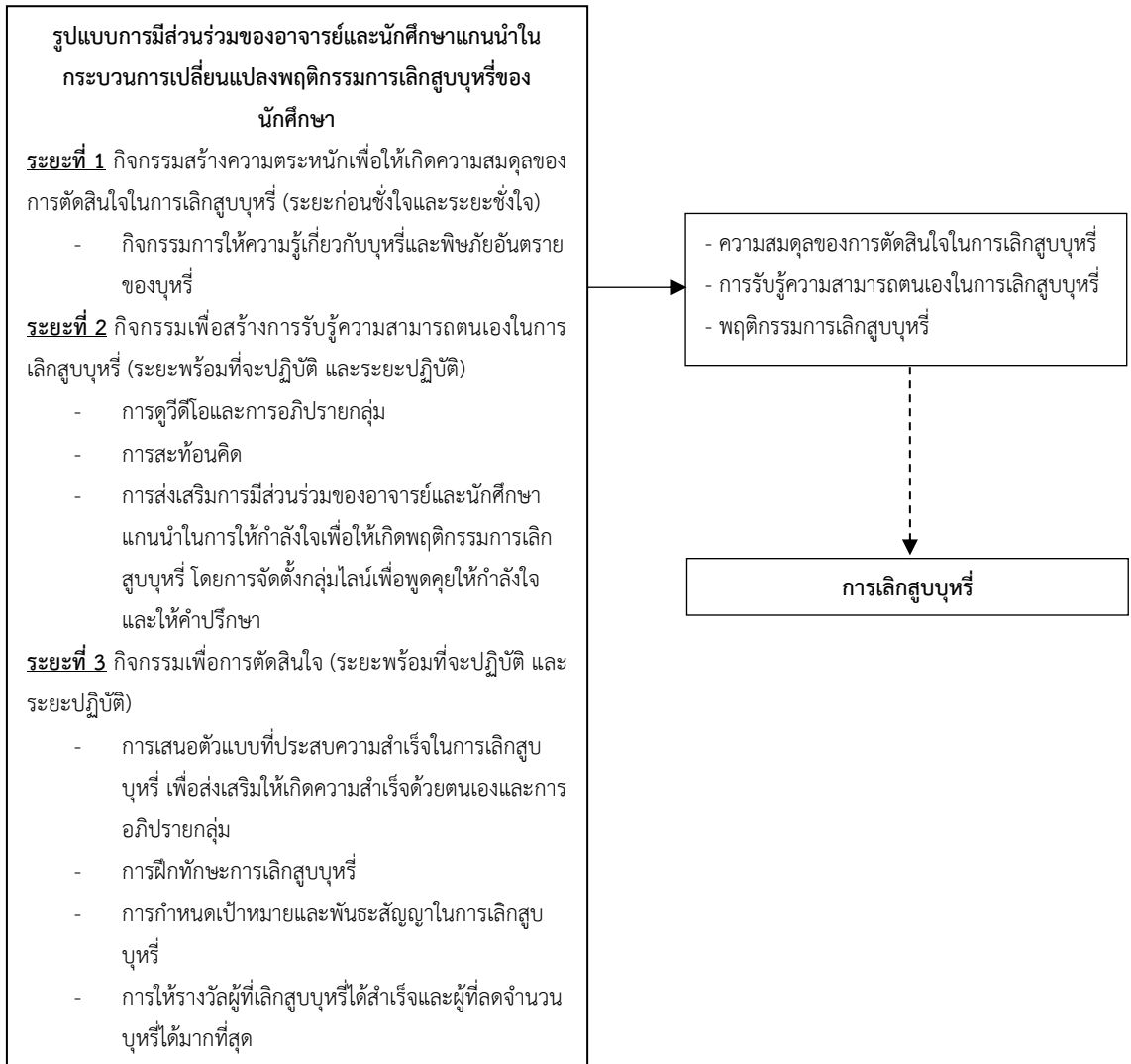
1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประวัติการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ วิธีพยายามเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามเกี่ยวกับความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับถามเกี่ยวกับการตัดสินใจในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ 20 ข้อ โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เกณฑ์การให้คะแนนด้านบวกมากที่สุดเท่ากับ 5 เรียงตามลำดับคะแนน และเกณฑ์การให้คะแนนด้านลบมากที่สุดให้ 1 เรียงตามลำดับคะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) คะแนน 20 - 59 เป็นความสมดุลการตัดสินใจระดับต่ำ คะแนน 60 - 79 เป็นความสมดุลการตัดสินใจระดับปานกลาง และคะแนน 80 - 100 เป็นความสมดุลการตัดสินใจระดับสูง



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มากที่สุดให้ 5 มากให้ 4 ปานกลางให้ 3 น้อยให้ 2 และน้อยที่สุดให้ 1 จำนวน 20 ข้อ คะแนน ระดับคะแนน

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) คะแนน 20 - 59 เป็นการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ระดับต่ำ คะแนน 60 - 79 เป็นการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่



ระดับปานกลาง และคะแนน 80 - 100 เป็นการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ระดับสูง

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับจำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 3 เมื่อปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งให้คะแนน 2 และไม่ปฏิบัติให้คะแนน 1 โดยแบ่งตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ระดับคะแนน 20 - 34 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ระดับต่ำ คะแนน 35 - 47 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ระดับปานกลาง และคะแนน 48 - 60 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ระดับสูง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในการให้คำปรึกษา โดยการตั้งกลุ่มไลน์เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พิษภัยของบุหรี่ และการดูวิดีโอ การอภิปรายกลุ่ม การสะท้อนคิด การใช้ตัวแบบที่เคยสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่แล้ว การฝึกปฏิบัติทักษะการเลิกบุหรี่ การกำหนดเป้าหมายและพันธะสัญญาในการเลิกบุหรี่รวมทั้งการเสริมแรงโดยการให้รางวัล

2.2 สื่อที่ใช้ประกอบการสอน ได้แก่ เอกสารแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และพิษภัยของบุหรี่และคู่มือในการเลิกบุหรี่ วิดีโอและโปสเตอร์ที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิง

เนื้อหา (Content validity) และนำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วย Cronbach 's alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.84

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต หมายเลข P002/63P เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2563 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะใช้และนำเสนอผลโดยภาพรวมเท่านั้น

## ขั้นตอนการดำเนินการ

**ขั้นเตรียมการทดลอง** ผู้วิจัยได้เตรียมอาจารย์และนักศึกษาแกนนำ จำนวน 10 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของรูปแบบการทดลอง การใช้แบบสอบถามและบทบาทการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ได้แก่ การทำกิจกรรมการทดลอง การสังเกตพฤติกรรมผู้ร่วมโครงการวิจัยขณะทำกิจกรรมและร่วมติดตามให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างทางไลน์ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย 8 สัปดาห์

## ขั้นดำเนินการทดลอง

- กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พิษภัยของบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ คู่มือที่ค้นเกี่ยวกับบุหรี่และพิษภัยของบุหรี่

โดยใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง พร้อมแจกเอกสาร แผ่นพับและแจกคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ และแบบบันทึกการสูบบุหรี่ด้วยตนเองเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจดบันทึกจำนวนมวนและเวลาการสูบบุหรี่ของตนเอง โดยดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง

- กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการทดลองทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 ดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 1 (ระยะก่อนตั้งใจ)

วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองทราบถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ และประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และพิษภัยอันตรายของบุหรี่ พร้อมทั้งแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ คู่มือในการเลิกสูบบุหรี่ และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งคู่มือเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่และร่วมอภิปรายซักถาม และเน้นย้ำ กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองเพื่อประเมินการก้าวผ่านไปสู่วาระตั้งใจ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งที่ 2 และตั้งกลุ่มไลน์อาจารย์ที่ปรึกษาและนักศึกษาแกนนำให้คำปรึกษา

#### สัปดาห์ที่ 2 (ระยะตั้งใจ)

วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองระบุดูเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค อาการที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ และบอกวิธีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ของการเลิกสูบบุหรี่รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสู

บุหรี่ ฝึกทักษะการเลิกสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่และอาการจากการถอนนิโคติน และร่วมอภิปรายพร้อมทั้งสะท้อนคิด ให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายและพันธะสัญญาในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งกำหนดวันในการเลิกสูบบุหรี่ และประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองเพื่อประเมินการก้าวผ่านไปสู่วาระพร้อมที่จะปฏิบัติ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 และให้คำปรึกษารายบุคคลทางไลน์

#### สัปดาห์ที่ 3 (ระยะพร้อมปฏิบัติ)

วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองบอกวิธีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ และบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่และอาการถอนนิโคติน โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เพื่อประเมินปริมาณการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งกล่าวชมเชยผู้ที่สูบบุหรี่ลดลงและให้กำลังใจผู้ที่ยังไม่สามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ได้ พร้อมทั้งเสริมแรงเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเสนอตัวแบบโดยนักศึกษาที่เลิกสูบบุหรี่ได้พูดคุยซักถามโน้มน้าวให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไข วิธีในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ พร้อมทั้งอภิปรายกลุ่มและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ที่ยังไม่สำเร็จเพื่อเป็นการระบายความรู้สึกและประเมินตนเอง กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ มีการอภิปรายกลุ่ม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการเลิกสูบบุหรี่ กำหนดวิธีการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง กำหนด

เป้าหมายและให้พันธะสัญญาในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งทั้งอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ แนะนำและเน้นย้ำการใช้ทักษะการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้สถานการณ์สมมติและร่วมอภิปรายพร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขเมื่อเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ และสะท้อนคิด ผู้วิจัยประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองเพื่อประเมินการก้าวผ่านไปสู่ระยะปฏิบัติ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งที่ 4 และให้คำปรึกษารายบุคคลทางกลุ่มไลน์

#### สัปดาห์ที่ 4 (ระยะปฏิบัติ)

วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองบอกถึงกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และบอกแนวทางการแก้ไขเมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ กิจกรรมประกอบด้วย การประเมินปริมาณการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างจากแบบบันทึก ให้ตัวแทนในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เล่าประสบการณ์การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ หรืออาการจากการถอนนิโคตินและแนวทางการแก้ไขให้สมาชิกกลุ่มฟังและร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็น และผู้วิจัย สรุปประเด็นที่ได้จากการอภิปราย และกล่าวชื่นชมพร้อมทั้งให้รางวัลผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และให้กำลังใจกับสมาชิกกลุ่มที่ตั้งใจและพยายามเลิกสูบบุหรี่

#### ขั้นตอนติดตามประเมินผล

การประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยประเมินผลความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่และพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้

ตอบแบบสอบถาม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 20.63 ปี (SD = 2.11) อายุต่ำสุด 18 ปี และสูงสุด 26 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.00 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 53.30 เกรดเฉลี่ยสะสม 2.01 - 3.00 ร้อยละ 73.40 อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 70.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,646.67 บาท และเพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 86.70 และส่วนใหญ่พบว่าบิดาสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 16.8 ปี เหตุผลส่วนใหญ่ที่เริ่มสูบบุหรี่คือผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ซอง/บุหรี่กั้นกรอง ร้อยละ 83.30 สูบบุหรี่มานาน 1 - 3 ปี ร้อยละ 46.70 โดยสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 60.00 และสถานที่สูบบุหรี่บ่อยมากที่สุดคือบ้าน/หอพัก ร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่เมื่ออยู่กับพ่อแม่จะไม่สูบ ร้อยละ 53.30 ชื่อบุหรี่เอง ร้อยละ 76.70 โดยซื้อจากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 86.70 เคย

คิดจะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.00 โดยวิธีการที่ใช้เลิกคือค่อย ๆ ลดจำนวนลงต่อวัน ร้อยละ 40.00 สำหรับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ร้อยละ 33.40 และสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่องน้อยกว่า 6 เดือน โดยเหตุผลที่ทำให้เลิกส่วนใหญ่คือสิ้นเปลืองร้อยละ 46.70

กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 21.63 ปี (SD = 1.96) อายุต่ำสุด 19 ปี และสูงสุด 26 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.30 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 50.00 เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.01 - 3.00 ร้อยละ 76.70 อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 66.70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,600 บาท และเพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 83.30 ส่วนใหญ่พบว่าบิดาสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.00 อายุเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเฉลี่ย 15.37 ปี โดยอายุต่ำสุดที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 10 ปี สูงสุดคือ 20 ปี เหตุผลส่วนใหญ่ที่เริ่มสูบบุหรี่คืออยากทดลอง ร้อยละ 50.00 โดยสูบบุหรี่ซอง/บุหรี่ปันกรอง ร้อยละ 93.30 และสูบบุหรี่มานาน 4 - 6 ปี ร้อยละ 36.70 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 66.70 และสถานที่สูบบุหรี่บ่อยมากที่สุดคือบ้าน/หอพัก ร้อยละ 60.00 และส่วนใหญ่เมื่ออยู่กับพ่อแม่จะไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 66.70 ซื่อบุหรี่เอง ร้อยละ 83.30 โดยซื้อจากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 83.30 ส่วนใหญ่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 53.30 โดยวิธีการที่ใช้เลิกคือหักดิบ/หยุดทันที ร้อยละ 33.30 เรื่องความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.00 ยังไม่คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า

**2. ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลของการ

ตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่สูงสุดในข้อการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่รุ่นน้องหรือคนอื่น ๆ ในสังคมที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ (mean = 4.53, SD = 0.98) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง (mean = 4.33, SD = 0.80) รองลงมาคือการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ครอบครัวและบุคคลรอบข้างปลอดภัยจากวันบุหรี่มือสอง และการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้มีเงินเก็บในแต่ละเดือนเพิ่มขึ้น (mean = 4.30, SD = 0.70 และ mean = 4.23, SD = 0.82 ตามลำดับ)

**3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่** ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .01) ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองคือมั่นใจว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำและวิธีการเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงสุดคือมีความมั่นใจว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถ้าตัดสินใจที่จะเลิก (mean = 4.23, SD = 0.86) รองลงมาคือมั่นใจว่าสามารถทนต่ออาการอยากสูบบุหรี่ได้

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ความสมดุลการตัดสินใจเลิกบุหรี่	n	mean	SD	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
คะแนนสูงสุด คือ การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่รุ่นน้องหรือคนอื่น ๆ ในสังคม (mean = 4.53, SD = 0.98)	30	3.42	0.53	36	0.528	.30
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
คะแนนสูงสุด คือ การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง (mean = 4.33, SD = 0.80)	30	3.30	0.51			

\*p-value < .05

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	n	mean	SD	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
คะแนนสูงสุดคือมีความมั่นใจว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถ้าตัดสินใจที่จะเลิก (mean = 4.23, SD = 0.86)	30	3.83	0.02	36	2.40	.009*
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
คะแนนสูงสุดคือมั่นใจว่าหากได้รับกำลังใจจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แน่นอน (mean = 4.00, SD = 1.17)	30	3.70	0.03			

\*p-value < .01

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	n	mean	SD	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
คะแนนสูงสุด คือ เลือกลงสถานที่นั่งหรือไปในสถานที่ปลอดบุหรี่ (mean = 2.20, SD = 0.55)	30	2.13	0.03	36	-0.05	0.48
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
คะแนนสูงสุด คือ สูบบุหรี่เฉพาะเวลาที่พบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ (mean = 2.37, SD = 0.72)	30	2.04	0.05			

\*p-value < .05

และน้อยที่สุดคือมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้จะรู้สึกเหงาหรืออยู่คนเดียว ( $mean = 3.50, SD = 1.11$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงสุดคือมั่นใจว่าหากได้รับกำลังใจจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แน่นอน ( $mean = 4.00, SD = 1.17$ ) และน้อยที่สุดคือ มั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้จะอยู่ในสถานที่ที่สามารถสูบบุหรี่ได้ ( $mean = 3.40, SD = 1.16$ )

**4. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) ดังตารางที่ 3

#### การอภิปรายผล

##### ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่

ผลวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และพิษภัยอันตรายของบุหรี่ ข้อดีและประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งคู่มือวิดีโอเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับและมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจ

และวิธีคิด รวมถึงค่านิยมความเชื่อและทัศนคติที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะของบุคคลที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเบญจมาศ บุญยะ และคณะ (2555) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

##### การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ ) อันเป็นผลมาจากการได้รับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการจัดกิจกรรมในระยะเวลาที่สองเป็นกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ โดยจัดให้กลุ่มทดลองอภิปรายกลุ่มและสะท้อนคิด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในการให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อพูดคุยให้กำลังใจและให้คำปรึกษา รวมทั้งมีการเสนอตัวแบบที่เคยสูบบุหรี่และประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่เล่าประสบการณ์ให้กลุ่มทดลองฟัง การเสนอตัวแบบเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเชื่อในความสามารถ

ตนเอง ซึ่งการที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำการผิดกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จจะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานิสาระยา และคณะ (2558) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ผลจากศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนโดยให้คำปรึกษารายบุคคล และการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำในการให้คำปรึกษาโดยการตั้งกลุ่มไลน์ และให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยผ่านกลุ่มไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จำแนกบุคคลตามระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวรัญญา ไชยสาลี (2559) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลา จังหวัดสงขลา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และ

คาดหวังในผลดีของพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

### สรุป

ควรดำเนินการภายหลังจากการติดตามผลการศึกษาในระยะยาวว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้จริง และสามารถใช้กลุ่มไลน์ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา ในสถาบันอุดมศึกษาต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกคนที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันอุดมศึกษาสามารถใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาแกนนำไปพัฒนา เพื่อใช้ในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในสถาบันการศึกษาได้
2. สถาบันการศึกษาควรบูรณาการความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อสร้างความตระหนักให้นักศึกษา และเป็นการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลการทดลองในระยะเวลา

ที่นานขึ้นเพื่อพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่

2. ศึกษารูปแบบการพัฒนานักศึกษาแกนนำในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาในสถาบันการศึกษา

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ ได้รับทุนสนับสนุนทุนวิจัยจากโครงการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษาปลอดบุหรี่เพื่อสุขภาพ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ ปี พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่ได้อนุญาตให้เก็บข้อมูลและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย รวมถึงอาจารย์และนักศึกษาแกนนำ และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

เบญจมาศ บุญยะ, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร กลัมพากร, และนันท์วัช สิทธีภิรัช. (2555). ประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลศิริราช. วารสารเกื้อการุณย์, 19(2), 88-102.

ภานิสรา รัชชา. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). รายงานสถานการณ์การบริโภทยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สันทวิกิจ พรินติ้งการพิมพ์.

วรัญญา ไชยสาลี. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษายาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จังหวัดสงขลา. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bandura, A (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bloom, B.S. (1971). Educational leadership. *Journal of the Department of Supervision and Curriculum Development, NEC*, 68(2), 52-57.

Prochaska, J.O., & Di Clemente (1993) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 520-528.



# EFFECT OF THE RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON STRESS OF STUDENTS PREPARING FOR UNIVERSITY ADMISSION EXAMINATION DURING THE PANDEMIC OF COVID-19\*

*Benjamaporn Tossungnoen, B.N.S. \*\*, Patraporn Tungpunkom, RN, Ph.D. \*\*\*,*

*Hunsa Sethabouppha, RN, Ph.D. \*\*\*\**

## Abstract

**Objective:** This quasi-experimental research is to study the effect of the resilience enhancement program on stress of students preparing for university admission examination during the pandemic of COVID-19.

**Methods:** The sample consisted of 20 students in high school who studied in Nakhon Ratchasima Province, and who were divided into an experiment and a control group. The research instruments were: 1) a personal data form, 2) the stress questionnaire, 3) the resilience inventory, and 4) the resilience enhancement program. Data were analyzed using descriptive statistics, a dependent t-test, and an independent t-test.

**Results:** 1) After receiving the program, students in the experimental group who prepared for university entrance examinations during the COVID-19 outbreak had lower mean stress scores than before receiving the Resilience Enhancement Program with statistical significance ( $p < .05$ ). 2) Students preparing for university entrance examinations during the COVID-19 pandemic who received the Resilience Enhancement Program had lower mean stress scores than those who did not receive the program with statistical significance ( $p < .05$ ).

**Conclusion:** The research results indicate that The Resilience Enhancement Program can help students to cope with stressful situations. It should continue to be implemented to prepare students to anticipate the situation of preparing for university entrance examinations during the COVID-19 pandemic.

**Keywords:** the resilience enhancement program, stress, students preparing for university admission examination

---

\*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\*Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\*\*Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

\*\*\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: 25 October 2021, Revised: 23 December 2021, Accepted: 29 December 2021

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิตต่อความเครียดของนักเรียน ที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19\*

เบญจมาภรณ์ ทศสูงเนิน, พย.บ.\*\* , ภัทธาภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ, RN, Ph.D.\*\*\*, พรรษา เศรษฐบุปผา, RN, Ph.D.\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรง  
ในชีวิตต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19

**วิธีการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 คน  
แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วน  
บุคคล แบบสอบถามความเครียด แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต และโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิต  
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติทดสอบค่าที  
ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

**ผลการศึกษา :** 1) หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิตนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้า  
มหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม  
ส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) นักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย  
ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่า  
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุป :** ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิตช่วยให้นักเรียนสามารถ  
เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีขึ้น ดังนั้นควรนำโปรแกรมไปใช้ต่อเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับ  
นักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19

**คำสำคัญ :** โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิต ความเครียด นักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย

\*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

\*\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 25 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 23 ธันวาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 29 ธันวาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

การศึกษาในปัจจุบันมีการแข่งขันสูง เป้าหมายหลักของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่คือการสอบเข้าในมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียง ระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยในสถานการณ์ปกตินักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยเกิดความเครียดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น ความคาดหวังของครอบครัว ภาระงานที่ได้รับมอบหมายร่วมกับการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย เป็นต้น (สุจิตรา อู๋รัตนมณี และ สุภาวดี เลิศสำราญ, 2560) และในปัจจุบันมีการใช้คะแนนในหลายส่วน ทำให้ต้องมีการวางแผนและเตรียมตัวตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 4 ในช่วงของการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) การปรับการเรียนการสอนของนักเรียนทั่วโลกส่งผลกระทบต่อการศึกษาทำให้นักเรียนเกิดความเครียดขึ้น (United Nations, 2020) สำหรับประเทศไทยเกิดผลกระทบต่อระบบการเรียนการสอนเป็นการเรียนในรูปแบบออนไลน์ (ปิยวรรณ ปานโต, 2563) ยังส่งผลกระทบต่อระบบรับสมัครคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2564 - 2565 การสอบ TGAT มีการเปลี่ยนแปลงเริ่มสอบได้ตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งการสอบทั้งหมดนักเรียนจะต้องนำไปใช้ในการยื่นสมัครสอบเข้ามหาวิทยาลัย (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2563; สมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งชาติ, 2563) ทำให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ต้องเรียนหนักเพื่อเตรียมตัวสอบทำให้เกิดความเครียดขึ้น (ฉัฐธนีย์ ลีมวัฒนาพันธ์, 2562)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่

ระบาดทั่วโลกนอกจากส่งผลกระทบต่อระบบการเรียนการสอนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ และคุณภาพชีวิตของนักเรียนเป็นอย่างมาก จากการศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนในช่วงการระบาดของโควิด-19 พบว่า ร้อยละ 82.0 ของนักเรียนกังวลเกี่ยวกับผลการเรียน (Liu & Hagger, 2020) ร้อยละ 81.0 นักเรียนเกิดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (Johnson, 2020) นักเรียนร้อยละ 20.5 มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง และร้อยละ 38.0 มีอาการซึมเศร้า (Jiang, Kanit and Sriyanto, 2021) จากผลกระทบบังกล่าวทำให้เห็นว่า นักเรียนต้องเตรียมตัวในการสอบเข้ามหาวิทยาลัยตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจก่อให้เกิดความเครียดและเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

ความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมแล้วประเมินว่าสิ่งที่เข้ามากระทบเกินกำลังที่ตนเองจะรับมือได้ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ส่งผลให้นักเรียนเกิดความเครียดในการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ต้องเตรียมความพร้อมตั้งแต่แรกเริ่มทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดความเครียดนักเรียนจะมองหาแหล่งสนับสนุนในการจัดการกับปัญหา โดยการหาแหล่งประโยชน์ส่วนตนเพิ่มเติมในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ๆ ซึ่งแหล่งประโยชน์ส่วนตนนี้จะส่งผลให้นักเรียนประเมินสถานการณ์

และมีสภาวะเครียดที่แตกต่างกันออกไป การเตรียมความพร้อมหรือเพิ่มแหล่งประโยชน์ให้กับนักเรียนเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นการเพิ่มปัจจัยส่วนบุคคลด้านความแข็งแกร่งในชีวิต อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการเผชิญกับสถานการณ์การเตรียมตัวสอบ จะส่งผลให้นักเรียนประเมินสถานการณ์การสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 เปลี่ยนไปในลักษณะเป็นสิ่งที่ท้าทาย เนื่องจากมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอในการจัดการกับสถานการณ์การสอบดังกล่าว

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) คือความสามารถในการป้องกัน หรือฟื้นฟูทางจิตใจหลังจากที่บุคคลได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Grotberg, 1995) เป็นการส่งเสริมแหล่งประโยชน์ของแต่ละบุคคลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถเข้าใจชีวิตมากขึ้น เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ ให้นักเรียนได้สำรวจตนเองให้มีความพร้อมใน 3 องค์ประกอบหลักคือสิ่งที่ฉันมี (I have) สิ่งที่ฉันเป็น (I am) และสิ่งที่ฉันทำได้ (I can) ภายใต้สถานการณ์การเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 จากการทบทวนวรรณกรรม พบโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตที่มีผลทางบวกหลากหลาย เช่น จากการศึกษาของเฟดเดอริกซ์, ลิน และ โอดิน (Frederick, Lyn, and Odin, 2017) ที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของชชฌูร์วินท์ จรบุรมย์ (2560)

พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตให้เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยส่งเสริมให้นักเรียนมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อให้นักเรียนเผชิญกับสถานการณ์เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 โปรแกรมจะเตรียมให้นักเรียนประเมินสถานการณ์การสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของระบบการสอบจากผลของการระบาดของโควิด-19 เช่น การประเมินศักยภาพของตนเอง เพื่อให้นักเรียนเชื่อมั่นในศักยภาพของตน พร้อมทั้งจัดการกับสถานการณ์การเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 โดยการทำกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นการเพิ่มความพร้อมของนักเรียนในด้านสิ่งที่ฉันมี (I have) สิ่งที่ฉันเป็น (I am) และสิ่งที่ฉันทำได้ (I can) เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในการลดความเครียดให้กับนักเรียนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด

ของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต

2. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design)

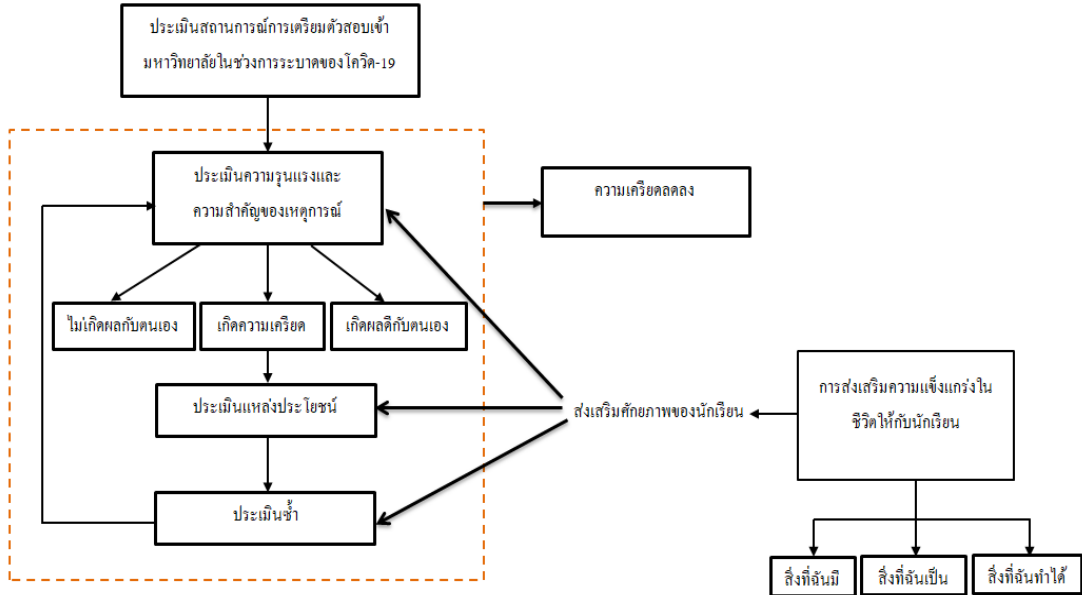
**ประชากร** ประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้คือนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 31 จังหวัดนครราชสีมา

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้คือนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 31 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2 โรงเรียน

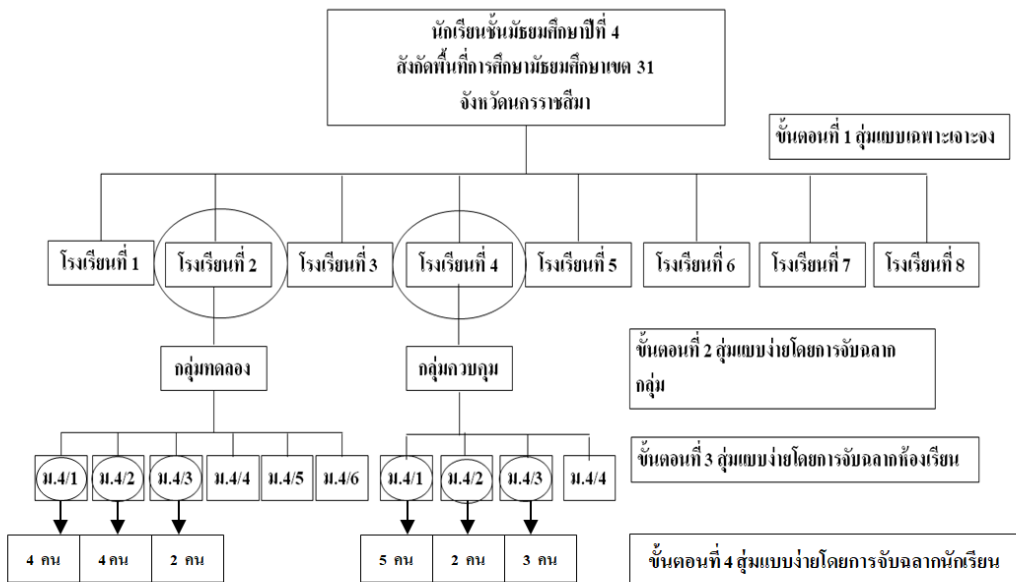
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้อำนาจการทดสอบของโพลิต (Polit, 1996) ในการทดลอง 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน (two sample independent groups test) กำหนดให้เป็นการทดสอบแบบทางเดียว (one-tailed test) มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจทดสอบ (power analysis) .80 ขนาดค่าอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม (effect size) คำนวณจากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล, 2547)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ได้คำนวณค่าอิทธิพลจากการศึกษาของเสาวลักษณ์ ภาวชาติ (2551) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 47.2 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 65 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.52

คำนวณขนาดอิทธิพลได้ค่าอิทธิพล (effect size) = 1.31 จากนั้นนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียวของโคเฮน (Cohen, 1988 อ้างใน งามอาจ นัยพัฒน์, 2544) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจทดสอบ (power analysis) .80 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 9 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20.0 (Polit & Beck, 2008) เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 2 คน ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 20 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

**การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ดังนี้

1. การเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัย ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 31 จังหวัดนครราชสีมา โดยการเลือกโรงเรียนแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่ง

ขั้นตอนที่ 1 เลือกโรงเรียนจำนวน

2 โรงเรียน จากทั้งหมด 8 โรงเรียน ผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลาก จากทั้งหมด 8 โรงเรียน ให้เหลือ 2 โรงเรียน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากให้เป็นกลุ่มควบคุมหนึ่งโรงเรียน และกลุ่มทดลองหนึ่งโรงเรียน

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 สายวิทย์ - คณิตฯ อย่างละ 3 ห้องเรียน มาเป็นตัวแทนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 สายวิทย์ - คณิตฯ มาเป็นตัวแทนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังภาพที่ 2

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

3. ทำการจับคู่เหมือน (matched - pair method) ในด้าน 1) เพศ 2) เกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป เนื่องจากเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการประเมินทางด้านสติปัญญา 3) ระดับคะแนนความเครียด และ 4)

ระดับความแข็งแรงในชีวิต

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)**

1. เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 สายวิทย์ - คณิตฯ ที่อยู่ระหว่างการเตรียมความพร้อมในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย

2. มีระดับคะแนนความเครียดจากการเตรียมตัวสอบเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด คะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 49.5 - 95 คะแนน

3. ระดับความแข็งแรงในชีวิตมีค่าคะแนนต่ำกว่าถึงระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 28 - 102.7 คะแนน

4. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย และผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการศึกษา

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยที่สามารถทำได้ทุกช่วงเวลาของการวิจัยเมื่อต้องการทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล เน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับไม่นำไปเปิดเผยที่ใด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจ และมอบหนังสือขออนุญาตไปยังผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วม

โปรแกรมเพื่อนำไปใช้ในการวิจัย เมื่อผู้ปกครอง และกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย โดยการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินโครงการวิจัยตามระเบียบการวิจัยต่อไป

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) จำนวนพี่น้อง ลำดับการเป็นบุตร และการได้รับผลกระทบในช่วงการระบาดของโควิด-19 ของครอบครัว

1.2 แบบสอบถามความเครียดจากการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของลาซารุสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ เกี่ยวกับสถานการณ์ในการสอบเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยใช้แบบลิเคิร์ต (likert) กำหนดความรู้สึกเป็นระดับ ตามระดับความรู้สึกของความเครียด คะแนนของแบบสอบถามมีค่าอยู่ระหว่าง 19 - 95 คะแนน การแปลผลคะแนน ตั้งแต่ “ไม่มี ความเครียด” จนถึง “มีความเครียดระดับมากที่สุด” การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดให้ผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน นักจิตวิทยา

1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง รวมทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสม อีกทั้งผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับนักเรียนที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 10 ราย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .94

1.3 แบบประเมินความแข็งแรงใน ชีวิต ที่พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) จากแนวคิดของกรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995; 1997) ผู้วิจัยนำมาใช้โดยมิได้ดัดแปลงแบบสอบถาม จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับนักเรียนที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 10 ราย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .94

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงจากชฎุर्वินทร์ จรบูรมย์ (2560) ตามกรอบแนวคิดความแข็งแรงในชีวิตของกรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) ประกอบด้วยแผนกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ระยะเวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 6 ท่าน สำหรับการตรวจสอบ



ความตรงของเนื้อหา ภาษา และความยากง่าย จากนั้น นำโปรแกรมไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรม และทดสอบความเป็นไปได้โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 2 คน ก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียดของโปรแกรมนี้นี้

**ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจความรู้สึกความแข็งแกร่งในชีวิต และความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โควิด-19

**ครั้งที่ 2** กิจกรรมการสำรวจและส่งเสริมสิ่งที่ตนเป็น (I am) เพื่อสร้างความเชื่อส่วนบุคคลในด้าน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

**ครั้งที่ 3** กิจกรรมส่งเสริมสิ่งที่ตนสามารถทำได้ (I can) เพื่อการฝึกมองโลกในมุมมองบวก

**ครั้งที่ 4** กิจกรรมสำรวจและส่งเสริมสิ่งที่ตนทำได้ (I can) เพื่อเป็นการฝึกการแก้ไขปัญหา

**ครั้งที่ 5** กิจกรรมส่งเสริมสิ่งที่ตนสามารถทำได้ (I can) เป็นการฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออกที่เหมาะสม

**ครั้งที่ 6** กิจกรรมสำรวจสิ่งที่ตนมี (I have) เพื่อเป็นการสำรวจแหล่งสนับสนุนในการจัดการความเครียดในการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ในสถานการณ์การระบาดโควิด-19

**ครั้งที่ 7** เป็นการสรุปและทบทวนสิ่งที่ได้จากการอบรม

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม โดยการศึกษาตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## 2. ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

2.1 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน เลือกกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมการวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดจากการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น มีการจับคู่ด้วย เพศ เกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป ระดับคะแนนความเครียดปานกลางถึงมากที่สุด และความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำถึงระดับปานกลาง จนครบ 10 คู่ และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ สัปดาห์ที่ 3 ให้ประเมินแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง หากผลการวิจัยได้ผลตามวัตถุประสงค์ จะดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตตามความสมัครใจ

2.3 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต โดยโปรแกรมประกอบด้วยแผนกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 16.00 - 17.00 น. รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ ดำเนินการโดยผู้วิจัย

2.4 การกำกับกรวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 7 ให้นักเรียนทำแบบสอบถามความเครียดจากการเตรียมตัวสอบเข้า

มหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตทันที โดยระหว่างการดำเนินกิจกรรม จะใช้คนละช่วงเวลาในการทำกิจกรรมที่แยกจากกลุ่มควบคุม และอธิบายเหตุผลความจำเป็นให้กลุ่มทดลองงดเว้นการพูดคุยถึงกิจกรรมที่ได้เข้าร่วม (โดยอธิบายว่าจะจัดกิจกรรมให้กลุ่มควบคุมภายหลังจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองเสร็จสิ้นแล้ว) ทั้งนี้เพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยภายนอกจากการถ่ายทอดระหว่างกลุ่ม (contaminate)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบ independent t-test และ dependent t-test

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 แผนการเรียนวิทย์-คณิตฯ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 10.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น (GPA) อยู่ในระดับ 3.51 - 4.00 ร้อยละ 80.0 ระดับคะแนนความเครียดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมากร้อยละ

90.0 และอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 10.0 ส่วนระดับความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำร้อยละ 10.0 ระดับคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตปานกลางร้อยละ 90.0 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีพี่น้อง 2 คนและ 3 คนเท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 50.0 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 60.0 และทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบในช่วงการระบาดของโควิด-19 ร้อยละ 80.0 และร้อยละ 70.0 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

#### 2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมในกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความเครียด	ก่อนทดลอง (n = 10)		หลังทดลอง (n = 10)		t	df	p-value
	mean	SD	mean	SD			
กลุ่มทดลอง	74.40	6.13	51.50	5.66	13.056	9	.005*

\*p-value < .05

**ตารางที่ 2** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		t	df	p-value
	mean	SD	mean	SD			
ก่อนทดลอง	74.40	6.13	75.60	5.79	-4.50	18	.658
หลังทดลอง	51.50	5.66	65.60	3.77	-6.551	18	.005*

\*p-value < .05

## การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

1. สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต อธิบายได้ว่า ความเครียดเกิดจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์จากการประเมินทางปัญญา (cognitive appraisal) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นตอนที่หนึ่งเป็นการประเมินว่าบุคคลประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ว่าเครียดหรือไม่ ขั้นตอนที่สอง เป็นการประเมินแหล่ง

ประโยชน์ที่ตนมีอยู่ และขั้นตอนที่สามเป็นการประเมินสถานการณ์ซ้ำ (Lazarus & Folkman, 1984) จะเห็นได้ว่าการประเมินทางปัญญามีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องคือ ปัจจัยด้านสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และปัจจัยด้านบุคคล หากบุคคลประเมินว่า สถานการณ์ที่เผชิญอยู่เป็นสถานการณ์ที่คุกคาม เกินแหล่งประโยชน์ที่บุคคลจะจัดการได้ หรือเกินกำลังที่ตนจะสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ก็จะเกิดความเครียดขึ้น จากการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 เมื่อบุคคลได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างคุณค่าในตนเอง ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อสถานการณ์ การฝึก

ทักษะการแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกที่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพ การทำความเข้าใจกับความเครียดและความแข็งแกร่งในชีวิตในการสำรวจสิ่งที่ตนเองมี สิ่งที่ตนเองเป็น และสิ่งที่ตนทำได้ จะทำให้ประเมินสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้จากการศึกษาของธัญญภัทร์ ศิริชนนราโรจน์, สกล วรเจริญศรี, และปริญญา มีสุข (2560) พบว่า การสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้นักเรียนประเมินสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณแสงอ่อน (2558) พบว่า เมื่อเด็กและวัยรุ่นเรียนรู้และเข้าใจความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะการมองโลกในแง่ดี จะทำให้วัยรุ่นมีชีวิตที่ดี และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดี และผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้จากการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ที่ส่งผลให้นักเรียนประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ ซึ่งในที่นี้คือ การเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 เมื่อนักเรียนได้สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม และทำความเข้าใจกับความเครียดและความแข็งแกร่งในชีวิต ได้ตระหนักถึงสิ่งที่มี (I have) สิ่งที่เป็น (I am) และสิ่งที่ตนทำได้ (I can) ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Grotberg, 1995) เป็นคนที่ฝึกมองโลกในมุมมองบวก มีทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อสถานการณ์การเตรียมตัวสอบในช่วงการระบาดของโควิด-19 มีทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการสื่อสารและการแสดงออกที่

เหมาะสม นักเรียนก็จะประเมินว่ามีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ จึงทำให้นักเรียนประเมินสถานการณ์ในการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยเป็นเรื่องที่ทำท่าย ไม่คุกคาม และเป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งทำให้นักเรียนประเมินตัดสินว่าการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยเป็นสิ่งที่ทำท่ายไม่เป็นความเครียด ทั้งนี้เมื่อมีการประเมินซ้ำจะทำให้ให้นักเรียนเกิดความเครียดลดลง เนื่องจากมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต ดังนั้นความเครียดในกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตจึงน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของนักเรียนต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยของเสาวลักษณ์ ภาวชาติ (2551) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต น้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ การศึกษาของชชญ์วินทร์ จรบุรมย์ (2560) พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ มีคะแนนความเครียดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วง

การระบาดของโควิด-19 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต อธิบายได้ว่าความเครียดจากการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 เกิดจากปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์จากสถานการณ์การเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้นักเรียนเกิดความเครียดขึ้น และจากปัจจัยด้านบุคคลจะเห็นได้ว่า เมื่อครอบครัวได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ส่งผลถึงนักเรียนในการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่จะมีบุตร 2 คน และนักเรียนส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก ส่งผลทำให้ครอบครัวคาดหวังในตัวนักเรียนในการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ซึ่งการสอบเข้ามหาวิทยาลัยจะเพิ่มความกดดันและความเครียดให้กับนักเรียนเป็นอย่างมาก อาจจะกลัวสอบไม่ได้อย่างที่หวัง ส่งผลให้นักเรียนเกิดความเครียดได้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สำหรับนักเรียนกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตตามกรอบแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของกรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) ส่งผลให้นักเรียนในกลุ่มควบคุมมีแหล่งประโยชน์เท่าเดิม จะเห็นได้จากคะแนนความความแข็งแกร่งในชีวิตที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มควบคุมอาจจะได้รับทางเลือกเพิ่มขึ้นจากการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย เนื่องจากมีมหาวิทยาลัยเอกชนเข้ามาแนะนำและให้ทุนการศึกษาอาจส่งผลต่อการ

ประเมินสถานการณ์การเตรียมตัวสอบ จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของความเครียดลดลงได้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 จุดมุ่งหมายของนักเรียนคือจะอย่างไรให้เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยได้ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 การที่กลุ่มควบคุมมีทางเลือกเพิ่มเติมก็ไม่ได้ทำให้ความเครียดในการเตรียมตัวสอบหมดไป เพราะเกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของนักเรียนกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยนักเรียนกลุ่มควบคุมจะประเมินสถานการณ์การเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ว่ามีผลคุกคามเป็นอันตรายต่อตนเอง เนื่องจากมีแหล่งประโยชน์ที่ไม่เพียงพอ และเมื่อประเมินสถานการณ์ซ้ำนักเรียนกลุ่มควบคุมก็ยังคงประเมินสถานการณ์การเตรียมตัวสอบว่าเป็นความเครียดเช่นเดิม เนื่องจากไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต ที่ส่งเสริมศักยภาพในการประเมินสถานการณ์และแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมต่อการจัดการกับสถานการณ์การเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต ที่อภิปรายไว้ในสมมติฐานที่ 1 ในการสำรวจสิ่งที่ตนเองมี สิ่งที่ตนเองเป็น และสิ่งที่ตนทำได้ ซึ่งกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้นักเรียนมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้นักเรียนประเมินว่า ตนเองมีศักยภาพในการจัดการกับสถานการณ์การเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ นักเรียนจึงประเมินสถานการณ์ที่

เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ทำลายและไม่รู้สึกเครียด ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับการศึกษาของชชญ์วินทร์ จรบุรมย์ (2560) พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ มีคะแนนความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของเฟเดอริก, ลิน และ โอดิน (Frederick, Lyn, and Odin, 2017) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเครียด เมื่อบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของกานดา นาคาวรี, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ โสภิตา แสงอ่อน (2558) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักเรียนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์, พิสมัย อรทัย และ พูลสุข เจนพานิชย์ (2557) ได้ศึกษาเรื่องการทดสอบโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ บรรยากาศในครอบครัว

ความแข็งแกร่งในชีวิตและสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลพบว่า ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสำคัญอย่างมากที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของชิง, ลองจุน และเจียนปิง (Qing, Longjun, and Jianping, 2020) เกี่ยวกับผลกระทบของโควิด-19 ต่อความแข็งแกร่งในชีวิตและการจัดการเรียนรู้ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งสำรวจนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 896 คน ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 นักเรียนต้องเผชิญกับปัญหาด้านการเรียนอาจทำให้เกิดความเครียดขึ้น ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกในการจัดการเรียนรู้และเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ( $r = .498, p < .01$ ) และความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความสามารถของนักเรียนในการเผชิญกับสถานการณ์ ซึ่งการปลูกฝังการมองในมุมมองบวกสามารถเพิ่มศักยภาพในการเรียนรู้ให้แก่นักเรียนได้ทำให้ความเครียดลดลง ( $p < .01$ ) ดังนั้นความแข็งแกร่งในชีวิตจึงเป็นการส่งเสริมแหล่งประโยชน์ของแต่ละบุคคลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการเผชิญกับสถานการณ์ ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้นักเรียนได้สำรวจตนเองให้มีความพร้อมใน 3 องค์ประกอบหลักคือ สิ่งที่มี สิ่งที่มีเป็น และสิ่งที่ฉันทำได้ ทำให้ความเครียดลดลงได้

#### ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรม

ส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถนำไปใช้ในการดูแลประชากรในวัยรุ่นที่มีความเครียดในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย และสามารถแนะนำให้อาจารย์ที่โรงเรียนนำไปเสริมสร้างศักยภาพให้กับนักเรียนตั้งแต่แรกเริ่ม

**ด้านการบริหาร** สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่นักวิชาการศึกษาทางการพยาบาลในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริม ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในเรื่องการจัดการความเครียดในวัยรุ่น แก่นักศึกษาพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ และผลักดันให้เป็นแนวปฏิบัติในโรงเรียนต่อไป

**ด้านการวิจัย** ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต ไปใช้ในนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพและเพิ่มปัจจัยปกป้องของนักเรียนตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้นักเรียนเผชิญสถานการณ์จริงได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการติดตามผลระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

กานดา นาควาริ, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ โสภณิ แสงอ่อน. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 46-63.

ณัฐชนันย์ ลีมวัฒนาพันธ์. (2562). *เด็กไทยเรียนหนักสุดในโลก-เครียดพ่อแม่กดดัน-แบกความหวังของคนรอบข้าง*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2564, จาก <https://www.tcijthai.com>.

ชญัญภัทร์ ศิริธัชชราโรจน์, สกล วรเจริญศรี และปริญญามีสุข. (2560). ความภาคภูมิใจในตนเองและความหุนตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(3), 512-529.

ปิยวรรณ ปานโค. (2563). *การจัดการเรียนการสอนของไทยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2564, จาก <https://library2.parliament.go.th>.

บุญใจ ศรีสถิตชัยรากุล. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, พิสมัย อรทัย, และพูลสุข เจนพานิชย์. (2557). การทดสอบโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ บรรยากาศในครอบครัว ความแข็งแกร่งในชีวิต และสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 20(3), 401-414.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณิ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.

มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภณิ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 57-75.

ชญัญวรินทร์ จรบูรณย์. (2560). ผลของการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์เพื่อลดความเครียดของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(1), 103-115.

สมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งชาติ. (2563). *การปรับระบบการทำงานของ TCAS 63 เพื่อรองรับปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 ฉบับที่ 2 (แก้ไข)*. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.mycas.com>.

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2563). *สถิติผู้สมัครคัดเลือกเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา (TCAS)*. สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.admissionpremium.com>

สุจิตรา อูร์ดินมณี และสุภาวดี เลิศสำราญ. (2560). ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนวัยรุ่นที่เตรียมตัวสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 78-94.

เสาวลักษณ์ ภาวชาติ. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

- องอาจ นัยวัฒน์. (2544). การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Frederick, A., Lyn, W., & Odin, H. (2017). Anxiety symptoms mediate the relationship between exposure to stressful negative life events and depressive symptoms: A conditional process modelling of the protective effects of resilience. *Asian Journal of Psychiatry*, 29(2), 41-48.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: Bernard Van Lee Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997). *The International resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. Retrieved June 14, 2020, from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419584.pdf>
- Jiang, L. , Li, S.Y., Pamanee, K. and Sriyanto, J. ( 2021) . Depression, Anxiety, and Stress During the COVID-19 Pandemic: Comparison Among Higher Education Students in Four Countries in the Asia-Pacific Region. *Journal of Population and Social Studies (JPSS)*, 29, 370-383.
- Johnson, R. (2020). *Students Stressed Out Due to Coronavirus, New Suevey Finds*. Retrieved August 17, 2021, from <https://www.bestcolleges.com>.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) . *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lui, T. & Hanger, V. (2020). Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *J Med Internet Res*, 22(9).
- Polit, D. F. (1996). *Data Analysis & Statistics for Nursing Research*. Stamford: Appleton & Lange.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Qing, Z., Longjun, Z., & Jianping, X. (2020). *Impact of COVID-19 on Emotional Resilience and Learning Management of Middle School Students*. *Medical science monitor*. Retrieved July 17, 2021, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7485285/pdf/medscimonit-26-e924994.pdf>
- United nations. (2020). *Policy Brief: Education during COVID-19 and beyond*. Retrieved June 14, 2021, from <https://www.un.org>