



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565

Vol.36 No.1 January – April 2022

ISSN (print) : 0857-4553

ISSN (online) : 2773-9171

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา
- ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
- ผลของโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ภาวะซึมเศร้า และแนวทางการส่งเสริมการรู้ดิจิทัล เพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมโทรตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- ผลของภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล
- การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง
- การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน
- ปัจจัยทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย



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 เชื้ออิริญ
 นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส
 นางกัลยา ภัคคิมงคล
 นางกาญจนา เหมะรัต
 รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย
 ศ.ดร.มรยาท รุจิวิษณุ
 ดร.มยุรี กลั้ววงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
 นางสาวพัชริน คุณคำชู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.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.ธีระบุทท เกิดสังข์
 ดร.สุนทรี ศรี โกสโย
 ดร.กฤษณ์ชลิ เพียรทอง
 นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
 นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
 สถาบันพัฒนาการเด็กทรานครินทร์ กรมสุขภาพจิต
 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

<p>กรรมการที่ปรึกษาทิตติมศักดิ์</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 บุญญานุรักษ์</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 โรงพยาบาลชิวประสาทไวกโยธัมภ์</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 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์	อุปนายก คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางอำพัน จารุทัศน์างกูร	ข้าราชการบำนาญ สถาบันกัลยาณ์ราชชนกรินทร์	เหรียญชัย
นางอรษา ฉวาง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญชัย
นางวีณา วิทย์เกษขจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญชัย
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทษา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชชนกรินทร์	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 วัฒนทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนกรินทร์	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางรุจิรา จงสกุล	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนกรินทร์	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 ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัยซึ่งมีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องเสมอมา สำหรับวารสารฉบับที่ 1 ปีที่ 36 (มกราคม – เมษายน 2565) นี้มีประเด็นที่น่าสนใจและมีผลลัพธ์เชิงประจักษ์เกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้คิดสุรา ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนตำบลนาขี้ อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี ผลของโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ต ภาวะซึมเศร้า และแนวทางการส่งเสริมการรู้ดิจิทัล เพื่อลดพฤติกรรมกรรมการคิดอินเทอร์เน็ต และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคคิดสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผลของภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนชายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล; กรณีศึกษาฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน และปัจจัยทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และให้การสนับสนุนติดตามมาโดยตลอด พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานเพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565

	หน้า
บทความวิจัย	
ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา	1 - 18
ภรภัทร สิมะวงศ์, คาราวรรณ ติ๊ะปิ่นตา, ธรฉนิทร์ กองสุข, สมบัติ สกุลพรรณ, เขาวานี ล่องชูผล, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, สกาวรัตน์ เทพประสงค์, สรัญญา วรณชัยกุล, ชลธิพร สมใจ	
ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาขี้ อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี	19 - 32
ลออ สิงห์โชคสุแพทย์	
ผลของโปรแกรมการควบคุมความสับสนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท	33 - 48
รุ่งทิภา วราพุด, รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา, เอกอุมา อิ่มคำ	
พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ภาวะซึมเศร้า และแนวทางการส่งเสริมการรู้ดิจิทัล เพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	49 - 67
อัจสรา ประเสริฐสิน, ผกาพรรณ นันทะเสน	
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรถามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่	68 - 87
ชไมพร วงษ์พรม, หารยา เศรษฐบุปผา, สมบัติ สกุลพรรณ	
ผลของภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช	88 - 103
วิสุทธิศักดิ์ หวานพร้อม, มณฑา สายธารวานิชร์กุล, เรียวไผ่ จันทรัชิต, สายฝน เอกวางกูร	
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล	104 - 119
ชุตินา ปัญญาพินิจกูร, เทียนทอง หาระบุตร	
การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง	120 - 147
อัญชลี วิจิตรปัญญา, ณีภูษพัชร สุนทโรวิทช์, มยุรี กลับบงษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์	
การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน	148 - 170
แพยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, พรรณภา เรื่องกิจ, วราภรณ์ ภูคา, อัจฉริยา เจริญเกียรติ	
ปัจจัยทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย	171 - 188
อภิทยา พรชัยเกตุ, โอว ของ, วาริรัตน์ ถ่าน้อย, นพพร ว่องศิริมาศ	

EFFECTIVENESS OF FAMILY-BASED COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY AND MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY PROGRAM ON DRINKING BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

*Pornphat Simawong, M.N.S.**, *Darawan Thapinta, Ph.D.***, *Thoranin Kongsuk, MD, M.Sc.****,
*Sombat Sakulphan, Ph.D.*****, *Chaowanee Longchoopol, Ph.D.******, *Jarunee Ratsamesuwiat, Ph.D.******,
*Sakaorat Thepprasong, Dip. APPMHN******, *Saranya Wannachaiyakul, Ph.D.*****
*Chaleeporn Somjai, M.N.S.******

Abstract

Objective: To compare the effects of the Family-based Cognitive Behavior Therapy (F-CBT) Program and Motivational Enhancement Therapy (MET) Program on drinking behavior among patients with alcohol dependence.

Methods: This quasi-experimental research was a part of the research and development. The sample group was 140 patients with alcohol dependence who had been treated in a hospital and lived in Chiang Mai province. Purposive sampling was used to recruit participants and they were divided into 2 groups: 70 patients in the F-CBT program and 70 patients in the MET program. Research instruments were: 1) Alcohol Use Identification Test (AUDIT), 2) Montreal Cognitive Assessment (MoCA), 3) F-CBT program, and 4) MET program. Descriptive statistics, one-way repeated measures ANOVA, and t-test were used in data analysis.

Results: 1) The mean scores of drinking behavior of participants in the F-CBT group at the immediate post-treatment, three-month follow-up, and six-month follow-up periods were significantly different at the .01 level ($p < .01$), 2) the mean scores of drinking behavior of participants in the F-CBT group and the MET group at the immediate post-treatment period were not statistically significantly different, and 3) the mean scores of drinking behavior of participants at the three-month and six-month follow-up periods for the F-CBT group was statistically significantly different from the MET group at the .01 level ($p < .01$).

Conclusion: The F-CBT program can reduce drinking behavior among patients with alcohol dependence when compared to the MET program at three-month follow-up and six-month follow-up after discharge. Therefore, the implementation of the F-CBT program should be promoted in the care of patients with alcohol dependence in the community to help them reduce their alcohol consumption.

Keywords: Family-based cognitive behavior therapy, Motivational enhancement therapy, alcohol dependence, drinking behavior

*Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital, e-mail: cholnat9889@gmail.com

**Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***Director, KhonHaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

*****Registered Nurse, Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital

*****Registered Nurse, Professional Level, Rajanagarindra Institute of Child Development

Received: 4 November 2021, Revised: 9 April 2022, Accepted: 16 April 2022

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้กรอบครัวเป็นฐานและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

ภรภัทร สิมะวงศ์, พย.ม.*, คาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา, ปร.ค**, ชรณินทร์ กองสุข, พบ., วท.ม., ศ.ม.***,
สมบัติ สกกุลพรรณ, ปร.ค.****, เขาวนีย์ ล่องชูผล, ปร.ค.*****, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, ปร.ค.*****,
สกาวัฒน์ เทพประสงค์, วพ.*****, สรัญญา วรณชัยกุล, ปร.ค.****, ชลธิพร สมใจ, พย.ม.*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้กรอบครัวเป็นฐาน (F-CBT) เปรียบเทียบกับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดสุราที่ เคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และอาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 140 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT 70 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET 70 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา 2) แบบประเมินความบกพร่องของการรู้คิด 3) โปรแกรม F-CBT และ 4) โปรแกรม MET วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันทีของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

สรุป : โปรแกรม F-CBT สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราดีกว่าโปรแกรม MET ในระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการนำโปรแกรม F-CBT ไปใช้ในการดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราลดการดื่มสุรา

คำสำคัญ : การบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้กรอบครัวเป็นฐาน การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ติดสุรา พฤติกรรมดื่มสุรา

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง, e-mail: cholmat9889@gmail.com

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

*****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง

*****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

วันที่รับ: 4 พฤศจิกายน 2564, วันที่แก้ไข: 9 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับ: 16 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

ประชากรทั่วโลกมีการดื่มสุรามาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ความชุกเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิตของการดื่มสุรา (alcohol use) ของคนทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 80.00 (ร้อยละ 3.8 - 97.1) การดื่มสุราเป็นประจำในปริมาณและความถี่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จะส่งผลต่อสุขภาพโดยทำให้เกิดความผิดปกติจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) จากรายงานการศึกษาการดื่มสุราของประชากรทั่วโลกพบว่า ความชุกเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิตและ 12 เดือนของผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกเท่ากับร้อยละ 8.60 และร้อยละ 2.20 ตามลำดับ (Glantz et al., 2020) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ดื่มสุราแล้วเกิดปัญหาจากการใช้สุรามีความชุกสูงถึงร้อยละ 19.60 หรือ 10.10 ล้านคน โดยประชากรไทยร้อยละ 6.60 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) (พันธันภากิตติรัตนไพบุลย์ และคณะ, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงในปีงบประมาณ 2562 - 2564 ที่พบว่าจำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 3,131, 2,666 และ 2,700 ราย ตามลำดับ และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเท่ากับ 582, 721 และ 631 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2564) จากสถิติข้างต้นจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ติดสุราในประเทศไทยมีจำนวนค่อนข้างสูง ทั้งนี้การติดสุราของผู้ติดสุราจะส่งผลกระทบต่อผู้ติดสุราเอง โดยพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่จะมีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ โรคตับแข็ง

โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น และมีโรคร่วมทางจิต ได้แก่ ความผิดปกติทางจิต โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และภาวะสมองเสื่อม (Bonea, Neacsu, & Miclutia, 2018) นอกจากนี้การติดสุราของผู้ติดสุรายังส่งผลกระทบต่อครอบครัวเกิดปัญหาทำร้ายร่างกาย ปัญหาค่าใช้จ่าย รบกวนและคุกคามผู้อื่นในชุมชน (วาริพร ชูศรี, บุตรี โรจน์พงษ์, จุฑามาศ พรหมมนตรี และสรวิญญ์ อุเสินยาง, 2561) และการติดสุรายังส่งผลให้ผู้ติดสุรากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อย โดยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 3.56 ครั้งต่อคน และแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 1.82 ครั้งต่อคน คิดเป็นต้นทุนตรงเฉลี่ยผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่ากับ 52,268.08 บาทต่อคนต่อปี ภาระเศรษฐศาสตร์ภาพรวมการรักษาของกรมสุขภาพจิต ปีพ.ศ. 2561 เท่ากับ 31,451.020 ล้านบาท (วัลลดา พุ่มไพศาลชัย และชิตชนก เรือนก้อน, 2563) จากจำนวนผู้ติดสุราที่มีจำนวนมากและผลกระทบของการติดสุราข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ โดยปัจจุบันการดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำนั้นยังให้ความสำคัญกับการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการรักษาด้วยยาในบริบทของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดจากราคายาที่ยังสูง ทำให้ไม่ถูกนำมาใช้ในระบอบสุขภาพไทย ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมจึงเป็นการรักษาหลักในการป้องกันการติดสุราซ้ำของผู้ติดสุรา โดยพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญและทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษา

บำบัดรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจุบันการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มในผู้ติดสุรา ได้แก่ 1) การบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ที่มีแนวคิดพื้นฐานจากแนวคิดทางปัญญา (cognitive model) ของอารอน ทีเบค (Aaron T. Beck) แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระร่างกายของบุคคลเกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thought) ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ และการตีความหรือวิเคราะห์สถานการณ์ที่บิดเบือนหรือไม่สมเหตุผล โดยความเชื่อเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปดื่มสุรา (Beck, 2011) การบำบัดจะช่วยให้ผู้ติดสุราค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ตรวจสอบความคิดความเชื่อบนพื้นฐานของความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะเผชิญและจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม และ 2) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโปรคลาสก้าและไดคลีเมนเต้ (Prochaska & Diclemente, 1983) และแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 2002) โดยการบำบัดจะเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สำรวจค้นหา และจัดการกับความรู้สึกล้มเหลว เกิดแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา (Miller & Rollnick, 2002; Thapinta, Skulphan, Kitsumban, & Longchoopol, 2017) ทั้งนี้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกัน

การติดสุราซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุงจากมุมมองผู้ติดสุรา ผู้ดูแล และทีมสุขภาพพบว่า การป้องกันการติดสุราซ้ำของผู้ติดสุราที่ผ่านมานั้น จัดการกับปัญหาในระดับบุคคลคือ เฉพาะตัวผู้ป่วย โดยให้การบำบัดโดยใช้ CBT และ MET ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อผู้ติดสุรากลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ต้องเผชิญกับตัวกระตุ้นต่าง ๆ โดยเฉพาะตัวกระตุ้นที่มาจากครอบครัว เช่น ความไม่เข้าใจโรค และการดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ จึงทำให้เกิดความขัดแย้ง ผู้ติดสุราจะมีความเครียด อารมณ์ด้านลบ เช่น โกรธ เศร้า และผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงหวนกลับไปดื่มสุราจนติดสุราซ้ำและเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือญาติในการร่วมดูแลผู้ติดสุราจึงมีความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากสถาบันด้านปัญหาจากการใช้สุราของสหรัฐอเมริกา (National Institute on alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2005) ที่สนับสนุนในการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด เพราะจะช่วยในการลดพฤติกรรมการดื่มให้ได้ผลดีมากขึ้น โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวได้เรียนรู้เพื่อที่จะใช้ทักษะใหม่ ๆ จัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัญหา และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ติดสุราให้สามารถลดการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์มาวิเคราะห์สังเคราะห์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้พัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม

โดยใช้ครอบครัวเป็นฐานขึ้น (Family-based Cognitive Behavior Therapy Program: F-CBT) (ดารา วรณ ต๊ะปินตา, สมบัติ สกฤตพรณ์, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, เซาวณี ล่องซุผล และ ภรภัทร สิมะวงศ์, 2562) ซึ่งเป็นการบำบัดผู้คิดสุราที่เคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ในชุมชน การบำบัดได้เปิดโอกาสให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้คิดสุรามีส่วนร่วมในการบำบัดโดยเรียนรู้แนวทางการบำบัดทางปัญญาพร้อมกับผู้คิดสุรา ร่วมกับผู้คิดสุราในการค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยญาติหรือผู้ดูแลจะเรียนรู้การทำหน้าที่เป็นทั้งผู้บำบัดและผู้ช่วยเหลือประคับประคองทั้งขณะรับการบำบัดและเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำโปรแกรม F-CBT ไปทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้นโดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้คิดสุราจำนวน 5 คน ใช้ระยะเวลาการบำบัดทั้งหมด 5 สัปดาห์ผลการทดสอบพบว่า โปรแกรม F-CBT สามารถช่วยลดพฤติกรรมการดื่มของผู้คิดสุราได้

อย่างไรก็ตาม การวัดผลของโปรแกรมดำเนินการภายหลังการได้รับโปรแกรมทันที ยังขาดการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคคิดสุราที่เป็นโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำของโรค จึงควรมีการศึกษาติดตามประสิทธิผลของโปรแกรม F-CBT ในระยะ 6 เดือนแรกที่เป็นระยะวิกฤตของการกลับคิดสุราซ้ำ นอกจากนี้เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม F-CBT จึงควรมานำโปรแกรมไปใช้ในการบำบัดผู้คิดสุรากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และเปรียบเทียบ

ประสิทธิผลของโปรแกรม F-CBT กับโปรแกรมอื่นที่มีความใกล้เคียงกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม F-CBT กับการบำบัดด้วยโปรแกรม MET ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ปรับโปรแกรม MET จากเดิมที่ให้การบำบัดผู้คิดสุรารายบุคคลขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เป็นการบำบัดผู้คิดสุราในชุมชนโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัด และกำหนดให้จำนวนครั้งของการบำบัดเท่ากับโปรแกรม F-CBT คือ 14 ครั้ง โดยผลลัพธ์ในการศึกษานี้จะประเมินพฤติกรรมการดื่มของผู้คิดสุรา ซึ่งผลการศึกษานี้จะช่วยให้นุคลากรพยาบาลมีทางเลือกในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้คิดสุราที่มีประสิทธิภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้คิดสุราเพื่อป้องกันการติดซ้ำเกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน และผู้คิดสุราสามารถลดเลิกการดื่มสุราได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม F-CBT ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้คิดสุรา
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรม F-CBT กับการบำบัดด้วยโปรแกรม MET ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้คิดสุราหลังการทดลองทันที ติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ของกลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรม F-CBT ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม F-CBT แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม MET

3. ร้อยละของผู้ที่ติดสุราที่มีพฤติกรรม การดื่มสุราหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือนของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม F-CBT ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

4. ร้อยละของผู้ที่ติดสุราที่มีพฤติกรรม การดื่มสุราหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม F-CBT แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม MET

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ติดสุราเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระตุ้น เช่น บุคคล สถานที่ สถานการณ์ต่างๆจะมีการรับรู้ ตีความสถานการณ์นั้นๆ บิดเบือนจากความเป็นจริง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองของร่างกายของผู้ติดสุรา ซึ่งจะทำให้ผู้ติดสุรากลับไปดื่มสุรา จนกลับติดสุราซ้ำ โปรแกรม F-CBT เป็นโปรแกรมที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด Cognitive Model ของเบค (Beck, 2011) โดยช่วยให้ผู้ติดสุรา ค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ส่งผลให้เกิด พฤติกรรมการดื่มสุรา ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และ

ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติอย่างเหมาะสม และในการบำบัดนั้นจะให้ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ติดสุราเข้ารับการบำบัดร่วมกับผู้ติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแลจะทำหน้าที่เสมือนเป็น “ผู้บำบัด (therapist)” หรือ “ผู้ช่วยเหลือปรับระดับประคอง (coach)” เมื่อผู้ติดสุราเข้าใจความคิด ความเชื่ออย่างเหมาะสม จะช่วยให้จัดการกับปัญหา สถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรม การดื่มสุราลดลงได้ ส่วนการบำบัด MET คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมแรงใจของมิลเลอร์ และ โรนิก (Miller & Rollnick, 2002) และทฤษฎี ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & Diclemente (1983) การบำบัดประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่น สัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง โดยผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ติดสุราค้นหาและจัดการกับความรู้สึกกังวลใจต่อการดื่มสุรา จนตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา และวางแผนการดูแลตนเองเพื่อลดหรือหยุดดื่มสุรา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือนและ 6 เดือน โดยเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานต่อพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุรา

ประชากร ได้แก่ ผู้ติดสุราที่เคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและมีญาติดูแลและ

อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ติดสุราทั้งชายและหญิงที่ผ่านการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และอาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่

- 1) อายุ 18 - 59 ปี
- 2) เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคติดสุรา
- 3) มีระดับคะแนน MoCA ≥ 17 คะแนน
- 4) สมาชิกครอบครัวยินดีเข้าร่วม โปรแกรม
- 5) อ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1) มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคจิตเภท หรือใช้สารเสพติด

2) มีโรคทางกายที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม โปรแกรม

กำหนดคุณสมบัติของผู้ติดสุราที่เข้าร่วม โปรแกรม ได้แก่

- 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป
- 2) มีระดับคะแนน MoCA ≥ 17 คะแนน
- 3) เป็นญาติสายตรงหรือญาติที่เป็นสมาชิกในครอบครัวไม่ต่ำกว่า 1 ปี

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ McHugh, Hearon, & Otto (2010) เรื่อง cognitive behavioral therapy for substance use disorders ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ศึกษามากที่สุด ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.45 ($d = 0.45$) หลังจากนั้นนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว กำหนดให้ค่า $\alpha = 0.05$ ค่า $power = 0.8$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 64 คนต่อกลุ่ม

จากนั้นเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 70 คน หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test หรือ AUDIT) ที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก และแปลเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุภากิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552 มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน แปลผลคะแนนโดยคะแนน 0 - 7 คะแนน หมายถึง ดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ คะแนน 8 - 15 คะแนน หมายถึง ดื่มแบบความเสี่ยง คะแนน 16 - 19 คะแนน หมายถึง ดื่มแบบอันตราย คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ดื่มแบบติด

2) แบบประเมินความบกพร่องของการรู้คิด (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยโสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (2553) แบบประเมินนี้มี 11 ข้อคำถาม ประเมินหน้าที่การทำงานด้านต่าง ๆ ของสมอง ได้แก่ ความจำ ความตั้งใจ การมีสมาธิจดจ่อ การบริหารจัดการ การตัดสินใจ การคิดคำนวณและการใช้ภาษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดย 25 - 30 คะแนน หมายถึง มีการรู้คิดระดับปกติ 17 - 24 คะแนน หมายถึง มีการบกพร่องการรู้คิดระดับเล็กน้อย คะแนน 9 - 16 คะแนน หมายถึง มีการบกพร่องการรู้คิดระดับปานกลาง คะแนน 0 - 8 คะแนน หมายถึง มีการบกพร่องการรู้คิดระดับรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) โปรแกรม F-CBT (Family-based Cognitive Behavior Therapy Program) พัฒนาขึ้น โดยคณะผู้วิจัย ตามแนวคิด Cognitive Model ของเบค (Beck, 2011) เป็นการบำบัดรายครอบครัว ผู้คิดสูตร 1 คน และสมาชิกครอบครัว 1 คน ให้การบำบัดจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน จำนวนทั้งสิ้น 14 ครั้ง รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ แต่ละครั้งจะใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 45 - 90 นาที มีขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและอารมณ์ปัญหา 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติอย่างเหมาะสม รวมทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษา และมอบหมายการบ้าน โดยเอื้ออำนวยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ จัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหา

2) โปรแกรม MET (Motivational Enhancement Therapy) พัฒนาขึ้น โดยคณะผู้วิจัยตามแนวคิดการสร้างเสริมแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 2002) และทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & Diclemente (1983) ให้การบำบัดรายครอบครัว ผู้คิดสูตร 1 คน และสมาชิกครอบครัว 1 คน บำบัดจำนวน 14 ครั้ง มีขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (กิจกรรมที่ 1 - 3 สัปดาห์ที่ 1 วันเว้นวัน) 2) การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (กิจกรรมที่ 4 - 9 สัปดาห์ที่ 3 วันเว้นวัน) และ 3)

การติดตามต่อเนื่อง (กิจกรรมที่ 10 - 14 สัปดาห์ที่ 8) การบำบัดใช้เวลาครั้งละ 45 - 90 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมิน AUDIT และแบบประเมิน MoCA ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายผู้วิจัยไม่นำมาดัดแปลงหรือแก้ไขใด ๆ (ปริทรรศ ศิลปกิจ และ พันธฐนา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552; โสพพัทธ์ เหมรัฐโรจน์, 2553) ดังนั้นจึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ สำหรับโปรแกรม F-CBT และโปรแกรม MET คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองและนำโปรแกรมทั้ง 2 ขอรับการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด CBT และ MET รวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านแอลกอฮอล์โปรแกรมละ 3 ท่าน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้คิดสูตรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คิดสูตร 5 คน และญาติ 5 คน เพื่อทดสอบความชัดเจนของภาษาและครอบคลุมของเนื้อหา ก่อนนำไปใช้จริง และในการวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้ ดัดแปลง โปรแกรม F-CBT และ MET และผู้วิจัยนำแบบประเมิน AUDIT และแบบประเมิน MoCA หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่า Inter-Rater Reliability โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 คน ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ AUDIT และ MoCA ทำหน้าที่ในการประเมินผู้คิดสูตรคนเดียวกัน จำนวน 5 ราย แล้วนำค่ามาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และ .88 ตามลำดับ และผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน ซึ่งผ่านการอบรมการปรับความคิดและพฤติกรรมจากผู้เชี่ยวชาญและเป็นผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม F-CBT ให้การบำบัดตาม

โปรแกรม F-CBT ขณะที่ผู้ช่วยวิจัย 2 คนที่ผ่านการอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และมีประสบการณ์ให้การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา 5 ปีขึ้นไปจะให้การบำบัดด้วยโปรแกรม MET

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต เลขที่รับรอง 21/2562 และผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ใบรับรอง DMH.IRB.CO.A 032/2563

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ติดสุรา หรือผู้ป่วยสุราทั้งชายและหญิงในวันที่ผู้ติดสุราจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินแบบประเมิน MoCA และ AUDIT เมื่อได้ผู้ติดสุราที่มีคุณสมบัติที่กำหนด จะชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นเชิญชวนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในเอกสารยินยอม และนัดหมายการบำบัดหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผู้คุมตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 70 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม F-CBT ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม MET

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมโปรแกรม F-CBT ดำเนินการบำบัดตามโปรแกรม F-CBT ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง จำนวน 70 คน โดยให้การบำบัดจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน จำนวนทั้งสิ้น 14 ครั้ง รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ แต่ครั้งจะใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 45 - 90 นาที ดำเนินการบำบัดในชุมชน นอกเวลาทำงานของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่บำบัดจะขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างเป็นคนเลือก โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้บำบัดและกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม MET ให้การบำบัดด้วยโปรแกรม MET ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมจำนวน 70 คน จำนวน 14 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 90 นาที ดำเนินการบำบัดในชุมชน นอกเวลาทำงานของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่บำบัดจะขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างเป็นคนเลือก โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้บำบัดและกลุ่มตัวอย่าง

5. ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT หลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและเปรียบเทียบร้อยละ

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และโปรแกรม MET วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนของกลุ่มทดลอง โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

3. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test)

4. เปรียบเทียบร้อยละพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ติดสุรา

การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราทั้งหมด 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มควบคุม 70 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 88.60 และ 95.70 มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 59 ปี ร้อยละ 85.70 เท่ากัน (อายุกลุ่มทดลอง Mean = 44.72 SD = 10.51 Min = 26 Max = 68 อายุในกลุ่มควบคุม Mean = 44.25 SD = 10.67 Min = 25 Max = 73) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.70 ขณะที่กลุ่ม

ควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.90 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.30 และ 57.10 ตามลำดับ อาชีพการเกษตร/ประมง/เหมืองแร่ ร้อยละ 35.70 และ 40.00 ตามลำดับ และจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 90.00 เท่ากัน และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ Chi-Square พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

2. ข้อมูลทั่วไปญาติ/ผู้ดูแลผู้ติดสุรา

ญาติ/ผู้ดูแลผู้ติดสุราในการวิจัยนี้มีทั้งหมด 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มควบคุม 70 คน กลุ่มตัวอย่างญาติ/ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 และ 85.71 มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี ร้อยละ 31.43 และ 34.29 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 84.29 และ 91.43 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.57 และ 72.86 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.43 และ 47.14 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.00 และ 45.71 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยติดสุราเป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 61.42 และ 65.71 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ Chi-Square พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดสุรา (n = 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	F-CBT (n = 70)		MET (n = 70)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	62	88.60	67	95.70	.11
หญิง	8	11.40	3	4.30	
อายุ (Mean = 44.72 SD = 10.51 Min = 26 Max = 68, Mean = 44.25 SD = 10.67 Min = 25 Max=73)					
20 – 29 ปี	4	5.70	6	8.60	.67
30 – 59 ปี	60	85.70	60	85.70	
60 ปีขึ้นไป	6	8.60	4	5.70	
การศึกษา					
ไม่ได้เรียน	1	1.40	3	4.30	.19
ประถมศึกษา	32	45.70	21	30.00	
มัธยมศึกษา	19	27.10	30	42.90	
ปวช./ปวส.	11	15.70	11	15.70	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	10.00	5	7.10	
สถานภาพสมรส					
โสด	16	22.90	20	28.60	.24
มีคู่	38	54.30	40	57.10	
แยกกันอยู่	6	8.60	1	1.40	
หย่า/ร้าง/หม้าย	10	14.30	9	12.90	
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	9	12.90	10	14.30	.27
การเกษตร/ประมง/เหมืองแร่	25	35.70	28	40.00	
ค้าขาย	14	20.00	20	28.60	
รับราชการ	13	18.60	5	7.10	
รับจ้าง	9	12.90	7	10.00	
จำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					
1 – 5 ครั้ง	63	90.00	63	90.00	.64
6 – 10 ครั้ง	4	5.80	2	2.80	
11 – 15 ครั้ง	1	1.40	3	4.40	
16 ครั้งขึ้นไป	2	2.80	2	2.80	

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแลผู้ติดสุรา (n = 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 70)		กลุ่มควบคุม (n = 70)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	14	20.00	10	14.29	.37
หญิง	56	80.00	60	85.71	
อายุ					
20 – 29 ปี	9	12.86	14	20.00	.66
30 – 39 ปี	22	31.43	24	34.29	
40 – 49 ปี	21	30.00	17	24.29	
50 – 59 ปี	13	18.57	9	12.86	
60 ปีขึ้นไป	5	7.14	6	8.56	
ศาสนา					
พุทธ	59	84.29	64	91.43	.19
คริสต์	11	15.71	6	8.57	
สถานภาพสมรส					
สมรส	48	68.57	51	72.86	.34
โสด	18	25.71	12	17.14	
หย่าร้าง	4	5.72	7	10.00	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	10	14.29	8	11.43	.73
ประถมศึกษา	20	28.57	26	37.14	
มัธยมศึกษา	36	51.43	33	47.14	
ปริญญาตรี	4	5.71	3	4.29	
อาชีพ					
รับจ้าง	28	40.00	32	45.71	.56
ทำสวน	28	40.00	19	27.14	
รับราชการ	3	4.29	3	4.29	
ค้าขาย	6	8.57	8	11.43	
ไม่ได้ทำงาน	5	7.14	8	11.43	

* $p < .05$, Chi-square test

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแลผู้ติดสุรา (n = 140) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 70)		กลุ่มควบคุม (n = 70)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
สามี/ภรรยา	43	61.42	46	65.71	.39
บิดา/มารดา	16	22.86	10	14.29	
พี่ชาย/พี่สาว น้องชาย/น้องสาว	11	15.72	14	20.00	

*p < .05, Chi-square test

3. ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ระยะหลังการทดลองระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน

ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT รายคู่ด้วยวิธี Bonferroni technique พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดื่มสุราในระยะหลังทดลองทันทีแตกต่างกับระยะติดตามผล 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระยะหลังการทดลองทันทีแตกต่างกับระยะติดตามผล 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะติดตามผล 3 เดือนกับระยะติดตามผล 6 เดือนไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

4. ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในระยะ

หลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังทดลองทันทีไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ดังตารางที่ 5

5. ข้อมูลเปรียบเทียบร้อยละของผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน

ผลการวิเคราะห์พบว่าร้อยละของพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ลดลงในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	Sum Square	df	Mean Square	F	p
ระหว่างกลุ่ม	1187.695	2	593.848	12.860	.001
ภายในกลุ่ม	9558.686	207	46.177		
รวม	10746.381	209			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดื่มสุราในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT รายคู่

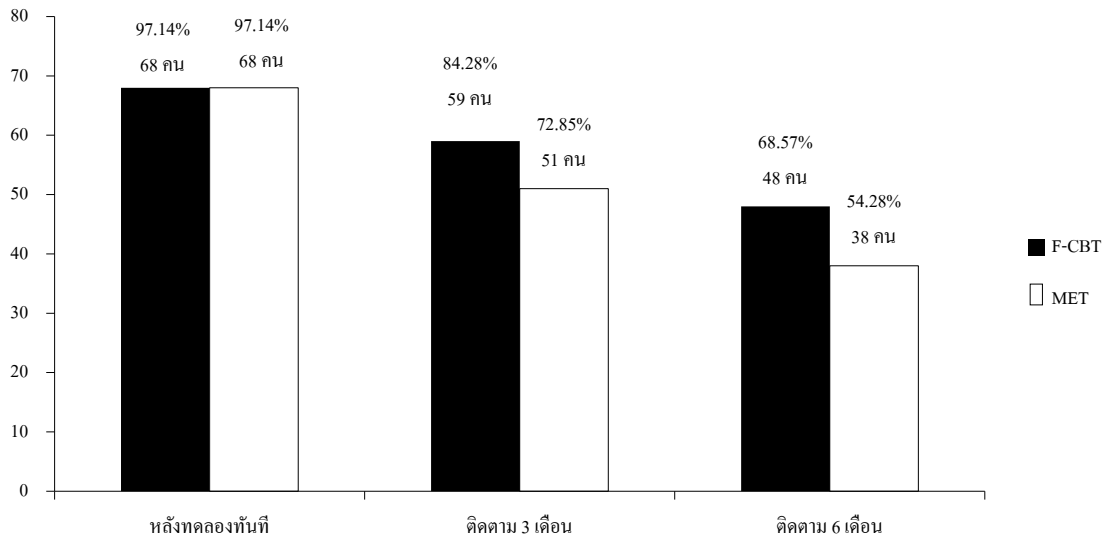
ระยะการทดลอง	หลังการทดลองทันที (Mean = 10.77)	ติดตามผล 3 เดือน (Mean = 6.65)	ติดตามผล 6 เดือน (Mean = 5.14)
หลังการทดลองทันที		Mean difference = 4.12**	Mean difference = 5.63*
ติดตามผล 3 เดือน			Mean difference = 1.51

** $p < .01$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET

คะแนนพฤติกรรมดื่มสุรา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
หลังทดลองทันที	10.77	7.31	11.52	7.23	-.610	.543
ติดตามผล 3 เดือน	6.65	6.27	10.02	8.70	-2.623	.01**
ติดตามผล 6 เดือน	5.14	6.76	8.40	8.72	-2.469	.01**

** $p < .01$



แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบร้อยละของผู้ที่คิดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน

ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีร้อยละของผู้ที่คิดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้คิดสุราที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนลดลง และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้คิดสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับกลุ่มที่

ได้รับโปรแกรม MET พบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันทีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ในระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน พฤติกรรมการดื่มสุราของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET และผู้คิดสุราที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีร้อยละของพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะหลังการทดลองทันทีมากกว่า ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ขณะที่ผู้คิดสุราที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตาม

ผล 6 เดือนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม MET ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าโปรแกรม F-CBT ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิด cognitive model ของเบค (Beck, 2011) นั้นได้ช่วยให้ผู้ติดสุราได้ค้นหาความคิด ความเชื่อทางลบที่เกิดจากการตีความสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และได้ตรวจสอบความคิดความเชื่อนั้นบนพื้นฐานของความเป็นจริง ส่งผลให้ผู้ติดสุราเกิดการเรียนรู้ ประเมินสถานการณ์อย่างเป็นจริง และเหมาะสมจนเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ไม่หวนกลับไปดื่มสุรา จึงทำให้มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง นอกจากนี้โปรแกรม F-CBT ยังส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัด โดยทำหน้าที่เสมือนผู้ช่วยเหลือ ประคับประคอง แนะนำแนวทางที่ถูกต้องในการจัดการอารมณ์ ความคิดในขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นจึงทำให้ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ และพบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง (กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สุกุลพรรณ และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2563; นกัศสรณ์ รังสิเวโรจน์, อรัญญา แพ้จู้ และลลิตา ศรีธรรมชาติ, 2562 ;Magill et al., 2019) นอกจากนี้การบำบัดโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานพบว่ามีประสิทธิผลในการลด

การดื่มสุรา (Slesnick & Prestopnik, 2009; Smit, Verdurmen, Monshouwer, & Smit, 2008) และการที่ผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันทีไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET อาจอธิบายได้ว่าในระยะนี้ผู้ติดสุราและผู้ดูแลได้รับการบำบัดทั้งโปรแกรม F-CBT และโปรแกรม MET อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ติดสุราทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ขณะที่เมื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะ 3 และ 6 เดือนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับโปรแกรม MET พบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีการดื่มสุราลดลงมากกว่าโปรแกรม MET นั้นอาจเนื่องมาจากโปรแกรม F-CBT นั้นจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดจากการตีความตัวกระตุ้นการดื่มสุราอย่างไม่เหมาะสมให้เหมาะสม ผู้ติดสุราได้ตรวจสอบความคิด ความเชื่อนั้นบนพื้นฐานของข้อเท็จจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหา สถานการณ์ที่ต้องเผชิญอย่างเหมาะสม และการบำบัดผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้การช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยในการค้นหาและจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างเหมาะสม และให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ติดสุราในการวางแผนเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ดังนั้นถึงแม้ว่าการบำบัดด้วยโปรแกรม F-CBT จะสิ้นสุดลง ผู้ดูแลซึ่งได้รับการฝึกในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมยังคงสามารถช่วยเหลือผู้ติดสุราได้ ขณะที่การบำบัดด้วยโปรแกรม MET นั้นในการบำบัดจะช่วยให้ผู้ติดสุราจัดการกับความกังวลใจที่มีต่อการดื่มสุรา โดยผู้บำบัดมีบทบาทสำคัญในการ

ให้ผู้ติดสุราสะท้อนถึงข้อดี ข้อเสียของการดื่มจนเกิดความตระหนักถึงผลกระทบทางลบของการดื่ม และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มของตนเอง ถึงแม้ในการบำบัดจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ติดสุรา วางแผนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แล้วจะพบว่าผู้ดูแลมีส่วนช่วยจัดการกับตัวกระตุ้นภายนอกเท่านั้น ขณะที่ตัวกระตุ้นภายใน เช่น ความคิด อารมณ์ ของผู้ติดสุรานั้นไม่ได้รับการจัดการ ดังนั้นเมื่อผู้ติดสุราต้องเผชิญกับตัวกระตุ้นภายในตนเอง จึงทำให้กลับไปดื่มสุราซ้ำได้

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดสุราควรมีการนำโปรแกรม F-CBT ไปใช้ในการดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นได้ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุรา ขณะที่การบำบัดด้วยโปรแกรม MET นั้นควรมีการติดตามให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินแรงจูงใจและทบทวนเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรคการของดำเนินการตามแผนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดสุรา

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สุกุลพรรณ และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. *พยาบาลสาร*, 47(2), 297-309.

ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สุกุลพรรณ, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, เขาวานี ล่องชุมผล, ภรภัทร สิมะวงศ์. (2562). *โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้กรอบครัวเป็นฐานต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา*. เชียงใหม่: นกัสนร์ รังสิเวโรจน์, อรัญญา แพ้ขุย และถลิศา ศรีธรรมชาติ. (2562). ผลของการให้การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(2), 67-73.

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ดันดิรังสี, รววรรณ จูหา, อธิบ ดันอริย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และคณะ. (2559). *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับมหาวิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

ปัทมพร ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

วาริพร ชูศรี, มุตรี โรจน์พงศ์, จูจามาศ พรหมมนตรี และสรัญณี อุเสินยาง. (2561). *ผลกระทบต่อการรอบครัวจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดสงขลา*. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

วัลลภา พุ่มไพศาลชัย และชิตชนก เรือนก้อน. (2563). การทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2), 150-10.

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2564). *สถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2562-2564*. เชียงใหม่: กลุ่มงานสารสนเทศ.

โศภพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์. (2553). *Cognitive impairment in medicine basic and clinical neuroscience, MoCA Thai version*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Beck, J. (2011). *Cognitive behaviour therapy: Basics and beyond* (2nd Ed). London: The Guilford Press.

Bonea, M., Neacsu, C.M., & Miclutia V.L. (2018). Comorbidities of alcohol use disorder. *Romanian Journal of Psychiatry*, 2, 63-67.

- Glantz, M.D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, A.N., Scott, K.M., Kessler, C.R. (2020). The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addictive Behaviors*, 102. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106128>
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive behavior therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1093-1105.
- McHugh, R.K., Hearon, B.A., & Otto, M.W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511–525.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- National Institute on alcohol Abuse and Alcoholism. (2005). *Professional Education Materials*. Retrieved March, 12, 2019. from niaaa.nih.gov/publications/social/module10j/families/module10j.html
- Prochaska, J.O., & Diclemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 255-277.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Smit, F. (2008). Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(3), 195-206.
- Thapinta, D., Skulphan, S., Kitsumban, V., & Longchoopol, C. (2017). Cognitive behavior therapy self-help booklet to decrease depression and alcohol use among people with alcohol dependence in Thailand. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(11), 964-970.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. World Health Organization. Retrieved June, 22, 2021 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf

EFFECTS OF SELF – HELP GROUP PROGRAM ON THE MENTAL HEALTH SELF - CARE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS’ CAREGIVERS IN NAWUNG SUB-DISTRICT COMMUNITY, MUEANG DISTRICT, PHETCHABURI

*Laoo Sinhachotsukpat, M.N.S.**

Abstract

Objective: The objective of this research was to study the effects of self-help group program on the mental health self-care behaviors of schizophrenic patients’ caregivers in Nawung Sub-district community, Mueang District, Phetchaburi.

Methods: The research samples consisted of 60 members of schizophrenic patients’ caregivers in Nawung Sub-district community, Mueang District, Phetchaburi, who met the inclusion criteria. They were matched by age and duration of patient care. Moreover, they were divided equally into two groups: the experimental group and the control group. Caretakers in the experimental group received the care according to the program while the self-help group in the control group received the normal nursing care. Research instruments were: 1) The self-help group program for schizophrenic patients’ caregivers in the community that was developed by the researcher which was six group activities: orientation and relationship creating, self-awareness, self-help in daily routines, facing problems and stress management, effective communication and way of life in society, 2) General information questionnaire, and 3) Scale of mental health self-care behaviors of schizophrenia patients’ caregivers by using dependent t-test, independent t-test, mean, and standard deviation (SD) to analyze the data. These two instruments were tested for content validity by five experts. The second instrument had the Cronbach alpha reliability coefficient as of .95.

Results: 1) The mean score on self-care behavior of the experimental group before and after participating in the program was significantly different at the statistical level of .01. 2) The mean score on self-care behavior of the experimental group and the control group after the experiment was significantly different at the statistical level of .01.

Conclusion: The self-help group program for Schizophrenic patients’ caregivers in the community could increase the mental health self-care of Schizophrenic patients’ caregivers in Nawung Sub-district community, Muang district, Phetchaburi.

Keywords: Self-help group program, mental health self-care behaviors, schizophrenic patients’ caregivers

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University,*

e-mail: laoo.sin@mail.pbru.ac.th

Received: 16 October 2021, Revised: 10 February 2022, Accepted: 17 February 2022

ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

ลออ สิงห์ โชติสุขแพทย์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 60 คนได้รับการจับคู่ด้วยอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ การปฐมนิเทศและการสร้างสัมพันธภาพ การรู้จักและตระหนักรู้ตนเอง การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การดำเนินชีวิตในสังคม 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ dependent t-test, independent t-test, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือชุดที่ 2 มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

ผลการศึกษา : 1) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป : โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถเพิ่มการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีได้

คำสำคัญ : โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, e-mail: laoo.sin@mail.pbru.ac.th
วันที่รับ: 16 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 10 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่ตอบรับ: 17 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทคือ บุคคลที่มีความผิดปกติด้านการคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่วนมากมักจะตกอยู่ในสภาพที่ป่วยเรื้อรัง (ปทานนท์ ขวัญสนธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) คือเป็นการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลานานติดต่อกันเกินกว่า 3 เดือน มักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบโรคเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) และมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และในปัจจุบันนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยเน้นทำให้การรักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น เฉพาะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80.00 จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน (ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2561) ดังนั้นผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับ World Health Organization (2019) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาาระดับโลก ครอบครัวและญาติมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นที่ยอมรับจากทั่วโลกว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ต้องเสียสละเวลาในการทำงานประจำของตนเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลนี้จะเริ่มตั้งแต่วินาทีที่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไปจนถึงการดูแลที่ยาวนานในช่วงที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน และในชุมชน ต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลให้

ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ (Ribé, Salamero, & Pérez-Testor, et al., 2018) คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นในเกือบทุกด้านของชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (อติญา โพธิ์ศรี, 2561) นอกจากนี้ยังมีบทบาทด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น โดยมีหน้าที่สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จัดการกับอาการก้าวร้าว การทำร้ายผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เก็บของมีคม ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติ ขอโทษเพื่อนบ้านที่ถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย และอีกบทบาทคือ ดูแลด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย เช่น จัดหาอาหาร ดูแลความสะอาดร่างกาย ดูแลการพักผ่อน อย่างเพียงพอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว สังคม และชุมชน ควบคุมไม่ให้ดื่มสุรา และสารเสพติดทุกชนิด ตลอดจนป้องกันการถูกล้อเลียน หรือรังเกียจจากคนอื่น จากบทบาทดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลายด้าน เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ (มัลลิกา จันท์เพ็ญ, 2560) อาจขาดเงินจากการที่ถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย (เดือนแรม ยศปัญญา, 2557) นอกจากนี้ยังเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า (Rungwittayanuwat, Phattharayuttawat, & Charoensak, 2018; ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เขียวลักษณ์ พินิตอังกูร, ต้นติมา ค้วงโยธา, อุบุญรัตน์ สุริราช และปิญช กิมเสาว, 2559; สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบททัย สิทธิธรรณฤทธิ์, ชีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และวาราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2561) ซึ่งถ้ามีมากขึ้นจะส่งผลต่อความคิด สติปัญญา อารมณ์ของ

ผู้ดูแล เกิดการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ท้อแท้ มีความทุกข์ (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009; Aarti, Ruchika, Kumar, & Varghese, 2019) มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง สัมพันธภาพกับญาติห่างเหินไป เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนลดน้อยลง (Das, Maiti, & Roy, et al., 2019)

จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่า และลงมือกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี โดยพัฒนาโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ของวอลซ์และบลูเออร์ (Walz & Bleuer, 1992) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งมี 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป การใช้โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประคับประคองจิตใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ลักษณะของกลุ่มประกอบด้วยบุคคลที่มีลักษณะเดียวกัน คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีปัญหาคล้ายคลึงกัน ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่นจึงไม่รู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง รู้สึกว่าคุณตนมีความทุกข์เช่นเดียวลดลง เกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก ยังมี

เพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกัน ซึ่งมีมิตรภาพที่เกิดจากความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกันจะทำให้สมาชิกยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหา โดยคำแนะนำที่ได้มาจะเป็นคำแนะนำง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ให้เอง (Robinson, 1985) จะทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้เสริมสร้างความสัมพันธ์ ให้กำลังใจ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่ม (Vogel, 1998) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยบุปผา ธนิกกุล (2555) ได้ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้เพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง และในต่างประเทศมีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวดีขึ้น (Chien, Norman & Thompson, 2004) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบช้าลง (Chien & Chan, 2013) และช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Chien, Norman & Thompson, 2004) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของอัญชลี ตักโพธิ์ (2559) เรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี หากนำโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาใช้

เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในตำบลนาวิ้ว อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้กรอบแนวคิดโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ของวอลซ์และบลูเออร์ (Walz & Bleuer, 1992) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยจะได้รับการช่วยเหลือ 4 ลักษณะได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (Share emotional and social support) การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (Information) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้ และการพัฒนาทักษะ (Education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (Advocacy) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีของจินดนา ยูนิพันธ์ (2534) เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่า และลงมือกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งมี 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลตนเองโดยทั่วไปประกอบด้วย

6 กิจกรรม คือ

1) การปฐมนิเทศและการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงความคิดเห็น ทั้งยังเป็นการปฐมนิเทศเพื่อสร้างความคุ้นเคยในการเริ่มต้นกิจกรรมที่ทำให้สมาชิกกลุ่มรับทราบถึงวัตถุประสงค์ และการดำเนินงานของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน มีการเสริมแรงทางบวกและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (Walz & Bleuer, 1992)

2) การรู้จักและตระหนักรู้ตนเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับความรู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม สามารถบอกจุดเด่น จุดด้อย ความขัดแย้ง หรือข้อจำกัดของตนเองได้ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้แก่สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง และแสดงความคิดเห็น ในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่ประสบมา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักรู้ในตนเองว่าจะต้องมีการปรับปรุง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้น (Cole, 1983)

3) การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่จะช่วยเหลือตนเองให้ดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมดุลในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่กันไป ได้แก่ การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยกระตุ้นและส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำรงไว้ซึ่ง

ความสมดุลในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (อัญชลี ตักโพธิ์, 2559)

4) การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียด ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือจากสาเหตุอื่น ๆ ก็ตาม สมาชิกซึ่งมีปัญหาล้ายคลึงกัน จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงปัญหา สาเหตุ การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น จึงไม่รู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง ความรู้สึกว่าคุณมีความทุกข์คนเดียวลดลง เกิดความรู้สึกละอายใจว่าไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์ และปัญหาเช่นเดียวกัน จะทำให้สมาชิกยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาและจัดการความเครียด จะเป็นคำแนะนำง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง (Robinson, 1985) จะทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกล้าที่จะสื่อสารให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง โดยจะเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการสื่อสารกันเองอย่างเปิดเผย แลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการสื่อสารของกันและกัน และสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลให้สามารถรับรู้และเข้าใจถึงความต้องการของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (ประเทือง ละเอียดสุวรรณ และนภาจิรัฐจินตนา, 2561)

6) การดำเนินชีวิตในสังคม เป็นการส่งเสริม

ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ถึงวิธีการที่จะดำเนินชีวิตในสังคมได้เป็นปกติสุขมากที่สุดทั้งที่ยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมด้วย สมาชิกจะได้มุมมองและวิธีการดำเนินชีวิตในสังคมและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (เดือนแรม ยศปัญญา, 2557) ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้สรุปดังภาพที่ 1

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

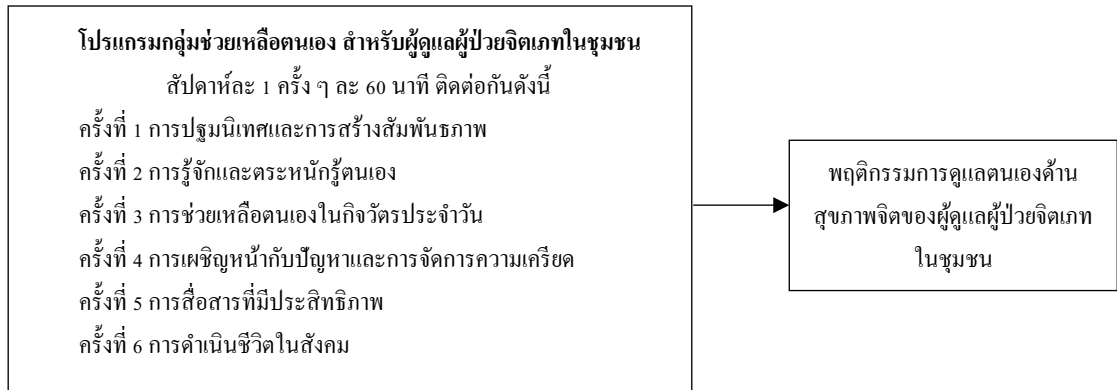
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research: a control group pretest-posttest design)

ประชากรวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวิ้ว อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวิ้ว อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี ที่ให้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยโดยตรง อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตาม ICD 10 อาศัยอยู่ในชุมชน ในตำบลนาุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน และมีความแปรปรวนเท่ากัน ดังนี้ (Chow, S.C., Shao, J. & Wang, H., 2008)

$$n_1 = n_2 = \frac{2(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ 0.8 และค่า effect size ที่ 7.5 (อัญชลิศักดิ์โพธิ์, 2559) ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม

การดูแลตนเองได้จากการทดลองใช้แบบสอบถามในประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 60 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ได้รับการจับคู่ด้วยอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แล้วถูกสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจากประชากรเป้าหมายที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าศึกษาเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการตามแผนการจัดโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามบริการสาธารณสุขปกติประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการปัญหาความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้สุขศึกษา การให้คำแนะนำด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัว การให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหา และจากการเยี่ยมบ้านของทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมทำให้ทราบว่าทั้ง 2 กลุ่มปฏิบัติตามเงื่อนไขและข้อตกลงก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลการเข้าร่วมทดลองและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (NPBRU06-2561) ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยรวมทั้งการขอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็น โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Walz และ Bleuer (1992) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีความ

คิดเห็นตรงกัน 4 ใน 5 โดยการปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย และกำหนดเวลาให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยการหาค่า CVI พบค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองฯ มีการดำเนินการด้วยกระบวนการกลุ่มโดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพเป็นการปฐมนิเทศเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพที่ดีในการเริ่มต้นกิจกรรม ครั้งที่ 2 การรู้จักและตระหนักรู้ตนเองเป็นการส่งเสริมให้รับรู้ความรู้สึกต่อตนเอง บอกจุดเด่น จุดด้อย ความขัดแย้งหรือข้อจำกัดของตนเองได้ ครั้งที่ 3 การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันที่จะช่วยเหลือตนเองให้ดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมดุลในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่กันไป ครั้งที่ 4 การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด เป็นการแลกเปลี่ยนถึงปัญหา สาเหตุ การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด ครั้งที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกล้าที่จะสื่อสารให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง ครั้งที่ 6 การดำเนินชีวิตในสังคม เป็นการส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ถึงวิธีการที่จะดำเนินชีวิตในสังคมได้เป็นปกติสุข และมี

สุขภาพจิตที่ดีขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัวอื่น ๆ

2.2 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) มาปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามที่ใช้วัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 50 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 มีการตรวจสอบความเที่ยง โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ในการวิจัยครั้งนี้ และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ ขออนุญาตการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทตาม ICD10 และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย 2) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางสายเลือด ทางกฎหมายหรือเครือญาติได้แก่บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติพี่น้อง 3) มีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป 4) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี 5) สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากการมารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเรื่องปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (post-test) สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (pre-test) กลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองตามแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ หลังจากการทดลองคณะผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (post-test)

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์และทำการประเมินผลโดยใช้แบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยายวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ dependent t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติใน

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงเท่ากัน โดยคิดเป็น ร้อยละ 76.70 ที่เหลือเป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 23.30 ในด้านความเพียงพอของรายได้พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 53.30 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 46.70 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ทางด้านอายุโดยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 51.3 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.63 ปี และด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.60 ปี ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.90 ปี

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถ	mean	SD	Mean diff	95%CI	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	63.4	14.7	21.1	18.2-22.6	19	-7.0	.01*
หลังการทดลอง	84.6	5.9					
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	64.8	14.2	-0.1	0.08-0.3	19	0.2	.83
หลังการทดลอง	64.7	13.6					

*p-value < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = 30, n_2 = 30$)

คะแนนความสามารถ	mean	SD	Mean diff	95%CI	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	63.4	14.7	1.3	0.5-1.2	8	0.5	.18
กลุ่มควบคุม	64.7	13.6					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	64.8	14.2	19.8	15.6-21.2	21	0.9	.01*
กลุ่มควบคุม	84.6	5.9					

*p-value < .05

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การอภิปรายผล

1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองพบว่า โปรแกรมสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสามารถยกระดับพฤติกรรม

การดูแลตนเองได้ดี แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรม เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ส่งเสริมการรู้จักตนเอง ผู้ดูแลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบมา ซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับปรุงตนเองและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (Cole, 1983) ซึ่งโปรแกรมฯ นี้ทำให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Corey & Corey, 2006) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น

2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาขี้ อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น ช่วยก่อให้เกิดการระคับระคองจิตใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, 2561) ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับ และสมาชิกในกลุ่มประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ได้มาร่วมระบายนความรู้สึกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์

จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทักษะคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2562) จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (อัญชลี ตักโพธิ์, 2559)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาวิจัย ควรติดตามผลในระยะยาวเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมที่เกิดขึ้นว่า ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเอง รวมถึงมีสุขภาพจิตดีขึ้นหรือไม่

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล นำไปใช้ในการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติจิตเวชชุมชน เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตลอดจนเห็นความสำคัญของบทบาทของพยาบาลในการจัดโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอริตีส์ จำกัด.
- จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 433-443.

- จินตนา ชูนิพันธ์. (2534). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยในภาคกลาง. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และอารยา ทิพย์วงศ์. (2561). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19* (พิเศษ), 487-494.
- เดือนแรม ยศปัญญา. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28*(3), 63-74.
- จิตพันธ์ ชานีรัตน์, เขวลักษณ์ พินทองกร, ดันติมา ค้วงโยธา, อุบลรัตน์ ชูริราช, ปิยนุช กิมเสาว์. (2559). ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61*(4), 319-330.
- บุปผา ธนิกกุล. (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเทือง ละออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 12*(2), 37-47.
- ปทานนท์ ขวัญสนิท และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 26*(1), 50-62.
- มัลลิกา จันทร์เพ็ญ. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตะกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ. (2561). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สแกนอาร์ค จำกัด.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธนฤกษ์, ชีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2561). ความทุกข์ของโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63*(1), 89-98.
- อดิญา โพธิ์ศรี. (2561). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาชุมชนหนองนาสร้าง. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(ฉบับพิเศษ), 239-247.
- อัญชลี ตักโพธิ์. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Aarti, R., Kumar, R. Varghese, A. (2019). Depression and quality of life in family caregivers of individuals with psychiatric illness. *International Journal Of Community Medicine And Public Health, 6*(2), 715-20.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes, 7*(9), 84.
- Chien, W. T. & Chan, S. (2013). The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: A randomized controlled trial with 24-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies, 50*(5), 1326-1340.
- Chien, W. T, Norman, I, & Thompson, D.R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies, 41*(2), 637-649
- Chow, S.C., Shao, J. & Wang, H. (2008). *Sample size calculation in clinical research*. (2nd ed). NY: Chapman & Hall/CRC.
- Cole, S.A. (1983). *Self-help group*. In Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.). (1993). *Comprehensive group psychotherapy* (3rd ed.). Williams & Wilkins Co.

- Corey, M. S., & Corey, G. (2006). *Group process and practice group*. (7th ed.). The United States of American: Thomson Learning, Inc.
- Das, P.K., Maiti, S., Roy, P., et al. (2019). A comparative study of stigma, quality of life and family burden in patients of schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. *Journal of neurology and neuroscience*, 10(5), 287.
- Hill, L., Smith, N. (1990). *Self-Care Nursing Promotion of Health*. 2nd ed. New Jersey: Appleton & Lange.
- Ribé JM, Salamero M, Pérez-Testor C, et al. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiver burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(1), 25-33.
- Robinson, D. (1985). Self-help group. *British Journal of Hospital Medicine*, 19(9), 109-111.
- Rungwittayanuwat, P., Phattharayuttawat, S., Charoensak, S. (2018). Prevalence of Depression and its Associated Factors among Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 101(1), S1-6-6.
- Vogel, S.H. (1998). Double trouble in Recovery: Self - Help for People with Dual Diagnosis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 356-364.
- Walz, G.R., & Bleuer, C. (1992). *Developing Support Groups for Students: Helping Students Cope with Crises*. Michigan: ERIC.
- World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved January 03, 2017, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/

THE EFFECTS OF A RELATIONAL REGULATION PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA*

Rungtiwa Waraput, B.N.S.**; Rangsiman Soonthonchiaya, RN, Ph.D.***; Ek-uma Imkome, RN, Ph.D.****

Abstract

Objective: The aim was to compare the quality of life of patients with schizophrenia before and after experiencing the relational regulation program, and to compare the quality of life between patients participating in this program and those receiving regular nursing intervention.

Methods: The samples were fifty-two patients with schizophrenia aged 20 to 59 years, all recruited from Bhuddasothorn Hospital in Thailand and randomly assigned to experimental and control groups of twenty-six each. The experimental group participated in the relational regulation program, six sessions twice weekly for 90-minute sessions for three weeks. The control group received regular nursing intervention. Data were collected using the quality of life Measurement of Psychiatric Patients, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87. Data were analyzed with descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Results: The results included: 1) the mean score for the quality of life among the patients with schizophrenia after participating in the relational regulation program (mean = 76.61, SD = 4.39) was statistically significantly higher than before participating in the program (mean = 62.26, SD = 5.27), ($t = 11.74, p < .001$), and 2) the mean difference for the quality of life among the patients with schizophrenia participating in the relational regulation program ($\overline{D}_1 = 14.35, SD = 0.88$) was statistically significant greater than the mean difference for the quality of life among the patients with schizophrenia receiving the regular nursing intervention ($\overline{D}_2 = 7.12, SD = 1.48$), ($t = 4.921, p < .001$).

Conclusion: A relational regulation program applying the concept of relational regulation which has 6 main components can promote quality of life for schizophrenic patients. Therefore, the implementation of the program should be encouraged to improve the quality of life of schizophrenic patients, leading to a normal life.

Keywords: quality of life, patients with schizophrenia, relational regulation

*Thesis, Master of Science in nursing, Major in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

**Student, Master of Science in nursing, Major in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

***Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, e-mail: rangsiman@nurse.tu.ac.th

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

Received: 16 October 2021, Revised: 21 February 2022, Accepted: 28 February 2022

ผลของโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท*

รุ่งทิภา วราพุดม, พย.บ. **, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, RN, Ph.D. ***, เอกอุมา อิมคำ, RN, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20-59 ปี จำนวน 52 คน สุ่มเลือกจากโรงพยาบาลพุทธโสธร ในประเทศไทย และสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมในโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราวน์ เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์และการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ (mean = 76.61, SD = 4.39) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับ โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ (mean = 62.26, SD = 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.74, p < .001$), 2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ ก่อนและหลังการทดลอง ($\bar{D}_1 = 14.35, SD = 0.88$) มากกว่าผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = 7.12, SD = 1.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.921, p < .001$)

สรุป : โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ โดยประยุกต์แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภท การควบคุมความสัมพันธ์

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, e-mail: rangsiman@nurse.tu.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับ: 16 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 21 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่ออกรับ: 28 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง จากข้อมูลการสำรวจทั่วโลกพบความชุกของการเกิดโรคจิตเภท 6.2 ต่อประชากร 1,000 คน (Orrico-Sánchez, López-Lacort, Muñoz-Quiles, Sanfélix-Gimeno, & Diéz-Domingo, 2020) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษามากที่สุดเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 32.50 (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2563) และรายงานของผู้มารับบริการด้านจิตเวช จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2558-2561 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 75, 142, 1,504 และ 4,456 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2563) ทั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ร้อยละ 58.52 (โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2558) โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของบุคคล การตัดสินใจ ศักยภาพการดูแลตนเองลดลง การประกอบอาชีพและปัญหาเรื่องความเสื่อมลงของร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้น้อยลง หรือแยกตัวออกจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงมาก การกำเริบของโรคอาจส่งผลต่อการปรับตัวในชีวิตประจำวันได้ (Sadock & Sadock, 2017) การศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีค่าต่ำ ($M = 59.5 \pm 15.1$) (Pinho, Pereira, & Chaves, 2018) และส่งผลถึงการฆ่าตัวตาย (Pirlog, Alexandru, & Popescu, 2018) แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตต่ำเป็นปัญหาสำคัญ ทำให้ไม่

สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ จนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ritsner, Lisker, & Grinshpoon, 2014)

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิต ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยม ที่อยู่อาศัย สัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งที่ควรพิจารณา (WHO, 2016) หรือคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมายเกี่ยวกับลักษณะของบุคคล บทบาทหน้าที่ จุดประสงค์ของชีวิตและการรับรู้ส่วนบุคคลในมิติต่าง ๆ รวมทั้งความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตต่อสิ่งที่ตนมองประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใต้วรรณธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช มีสภาวะทางกายและทางจิตที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจและการรับรู้ถึงความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ, 2555) ซึ่งประกอบไปด้วย 11 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านแรงจูงใจภายนอก ด้านสัมพันธภาพและการสื่อสาร ด้านการดูแลตนเอง ด้านภาวะสุขภาพ ด้านแรงจูงใจภายในและเป้าหมายชีวิต ด้านชีวิตการทำงานและการเรียน ด้านสภาพแวดล้อม ด้านนันทนาการ ด้านการจัดการปัญหา ด้านความต้องการและสมรรถภาพทางเพศ และด้านภาพลักษณ์ สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น หากผู้ป่วยมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อดูแลกิจวัตรของตนเองในชีวิตประจำวันได้ รับรู้เรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและจัดการอาการเตือนเบื้องต้นของอาการกลับเป็นซ้ำหรือจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตของตนเองได้ ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว รับรู้ถึงศักยภาพความสามารถในตนเองและมีเป้าหมายในการดูแลตนเองได้

โรคจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การเคลื่อนไหวและอารมณ์อย่างรุนแรง ทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมในด้านการติดต่อสื่อสาร การประกอบอาชีพและการดูแลตนเองลดลงอันนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไร้พลังอำนาจ ขาดความภูมิใจ (ภาวิณี สถาพรธีระ และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2561) ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การที่ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทหรือมีสัมพันธ์ทางที่ดีภายในครอบครัวส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตสูง (Ritsner et al., 2014) และยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 37.80 (Ritsner et al., 2014) คุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคม (รุ่งอรุณ

โตศักดิ์กรเลิศ และคณะ, 2552; Munikanan et al., 2017) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 72.00 (Munikanan et al., 2017) ขาดการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมที่หลากหลาย (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2556) สถิตินี้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะได้รับ การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต เมื่อดูแลตนเองได้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม ยังส่งผลต่อการรับรู้ถึงคุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้เหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีเมื่อได้รับการดูแลจากรอบข้าง ปัญหาเรื่องความเสื่อมลงของร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การมีสัมพันธ์กับผู้อื่นได้น้อยลง หรือแยกตัวออกจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงมาก การกำเริบของโรคอาจส่งผลต่อการปรับตัวในชีวิตประจำวันได้ (Sadock & Sadock, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey & Orehek, 2011) พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายการเชื่อมโยงการรับรู้ของการช่วยเหลือส่งผลกระทบต่ออารมณ์ (Beck, 1967; Dozois & Beck, 2008) ได้กล่าวว่า แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์

อธิบายเกี่ยวกับความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตัวเองต่อโลกและอนาคตของตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีการเชื่อมโยงอย่างมากกับความคิดเชิงลบและส่งผลต่อพฤติกรรม จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ผู้ป่วยรับรู้การช่วยเหลือและแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการส่งเสริมให้ได้รับรู้ถึงการสนับสนุนช่วยเหลือและสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey & Orehek, 2011) ที่ทำให้นักกลสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางจิตขึ้น สามารถปรับตัวเพื่อดูแลกิจวัตรของตนเองในชีวิตประจำวัน ได้รับรู้เรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและจัดการอาการเตือนเบื้องต้นของอาการกลับเป็นซ้ำของตนเอง ซึ่งนั่นคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และทั้งนี้แมคคาบี วาเทรส และกาลาโน (McCabe, Watrous & Galarnau, 2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบทางจิตใจ การรับรู้การสนับสนุน และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีสภาวะป่วยทางจิตใจหลังต้องเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง จำนวน 1,643 คน พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต รวมทั้งลดอาการซึมเศร้า อาการเครียด และคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ซึ่งการรับรู้การสนับสนุน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของทฤษฎีการควบคุมความสัมพันธ์ ที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การ

สนับสนุนทางสังคม โดยผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเอง ควบคุมอารมณ์ความคิดตนเองได้เหมาะสม ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก และยังพบว่า แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (RRT) พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายการเชื่อมโยงการรับรู้การช่วยเหลือที่ส่งผลต่ออารมณ์ (Beck, 1967; Dozois & Beck, 2008) ได้กล่าวว่า ความสัมพันธ์ของการรับรู้การช่วยเหลือต่อผลกระทบหลักระหว่างการรับรู้การช่วยเหลือและสุขภาพจิต แนวคิดอธิบายว่าการสนับสนุนการรับรู้การช่วยเหลือและสุขภาพจิตนั้นมีรากฐานมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยควรแยกความแตกต่างระหว่างอิทธิพลทางสังคมและบุคลิกภาพของบุคคล การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือสนับสนุนกันทั้งด้านอารมณ์ การยอมรับ การให้กำลังใจ ให้ความหวังใจ ช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การประเมินผล ประเมินค่าของพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งนี้แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (RRT) อธิบายความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตัวเองต่อโลกและอนาคตของตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีการเชื่อมโยงอย่างมากกับความคิดเชิงลบและส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งการควบคุมความสัมพันธ์ เป็นเสมือนด่านป้องกันผลกระทบจากความเครียดในการที่จะแปล

ความหมายสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางลบให้น้อยลง (Harahsheh, 2016) อีกทั้งนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน มุ่งเน้นการอยู่รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังนั้นการสนับสนุนการรับรู้การช่วยเหลือในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งนำไปสู่การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว ชุมชน และกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วยและการอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้ และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นได้ด้วย การสนับสนุนการรับรู้การช่วยเหลือยังส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตในทุกมิติ ซึ่งประกอบด้วย สภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน สอดคล้องตามแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมที่เชื่อว่า การที่บุคคลรับรู้การช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุสิ่งของ กำลังใจ และการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ครอบครัว หรือกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ต่อกันในรูปแบบเป็นทางการ เช่น กลุ่มเจ้าหน้าที่ องค์กรต่าง ๆ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญ มีคุณค่า และมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป (Thoits, 2011; จุฬารักษ์ โสตะ, 2554)

ในประเทศไทยมีการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ ได้แก่ กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (จิระภา สุมาลี, 2559) และผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา (สุริย์ บุญเฉย, 2564) เป็นต้น ส่วนการสนับสนุนทางสังคมให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจ

และพลังในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคยังคงเป็นสิ่งที่ทำนายสำหรับทีมสุขภาพ และด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ย่อมเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการส่งเสริมการรับรู้การช่วยเหลือในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว จึงนำแนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey & Orehek, 2011) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์กับกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey & Orehek, 2011) ซึ่งอธิบายถึงการเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้การสนับสนุนช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพจิต โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แบ่งประเภทของการควบคุมความสัมพันธ์ออกเป็น 6 องค์กรประกอบ คือ 1) การรับรู้การช่วยเหลือ 2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3) การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์

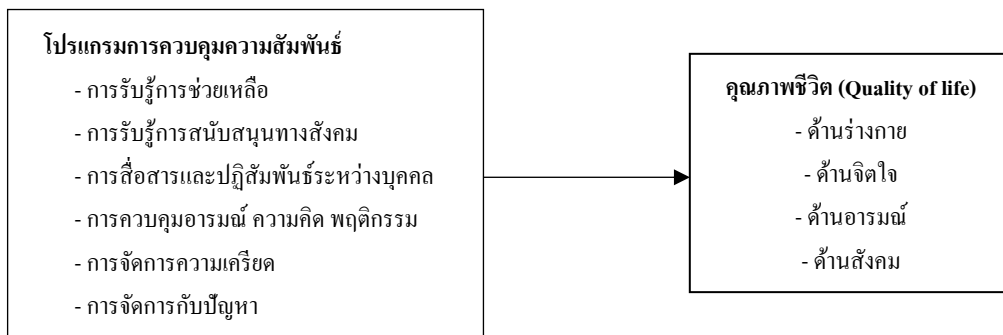
ระหว่างบุคคล 4) การควบคุมอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม 5) การจัดการความเครียด 6) การจัดการกับปัญหา เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีจะสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้โดยผ่านการสนทนาที่เหมาะสมและกิจกรรมที่ใช้ร่วมกัน รายละเอียดในการสนทนานั้นเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด โดยสนับสนุนการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อจัดการกับความเครียดและจัดการกับความกดดันที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ครอบครัวยุติ ส่งผลต่อปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวหรือมีเพื่อนสนิท สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตสูง (Ritsner et al., 2014) และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 37.80 (Ritsner et al.,

2014) ในโปรแกรมนั้นเป็นการจัดให้ผู้ป่วยรับรู้การช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม ด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอารมณ์ ความคิด ความเครียด การแก้ปัญหา นำไปสู่การดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม นั่นคือการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังในภาพที่ 1

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัย International Classification of Disease (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20.0) มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร และกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20 - 59 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) คือ 1) คะแนนการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ฟังและอ่านออกเขียนได้ และเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ มีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกายในระดับรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Cohen (1992) งานวิจัยนี้ใช้ power of test 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพลของประชากร (effect size) ที่ระดับใหญ่ (0.8) พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (กลุ่มทดลอง 26 คนและกลุ่มควบคุม 26 คน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรอง

จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ใบรับรองโครงการวิจัย COA No.026/2564 และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ใบรับรองโครงการวิจัย BSH-IRB ๐๐๘/๒๕๖๔ โครงการวิจัยนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อ สิทธิอันพึงมีพึงได้ต่าง ๆ เช่น สิทธิการรักษา สวัสดิการจากรัฐที่อาสาสมัครได้รับ ในระหว่างดำเนินกิจกรรมหากเกิดความไม่สบายใจจากการดำเนินโครงการวิจัยหรือเห็นว่าส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และหากเห็นว่าส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการวิจัยได้อย่างอิสระ ตลอดโครงการได้รับความร่วมมืออย่างดี ทั้งนี้ การนำเสนอข้อมูลและเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ประเมินถึงระดับความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเวชพัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุภากิตติรัตนไพบูลย์ ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตรวัด 7 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ, 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ, 3 = มีอาการเล็กน้อย, 4 = มีอาการปานกลาง, 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง, 6 = มีอาการรุนแรง และ 7 = มีอาการรุนแรงมาก มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง .62 - .87 และมีคะแนนอยู่

ในช่วง 18 - 126 คะแนน เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้ ระดับคะแนน 18 - 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย ระดับคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก สำหรับการศึกษาคั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ มีคะแนนระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่น้อยกว่า 36 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด ที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลหลักหลังจำหน่าย บุคคลใกล้ชิดและไว้ใจ แหล่งประโยชน์ในชุมชน สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน สิทธิการรักษา

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พัฒนาโดยกาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ (2555) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งมีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี มีความตรงเชิงเอกนัยระหว่าง 0.85 - 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.87 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่า

ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .887 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ยอมรับได้ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey & Orehek, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการจัดทำโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 6 องค์ประกอบ ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หลังจากนั้นนำโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม ผู้วิจัยนำปัญหาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะทดลองโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไข ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ต่อการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทําวิจัย

1.1 ภายหลังจากการวิจัยผ่าน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์และ ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่โรงพยาบาล พุทธโสธร ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อชี้แจงและอธิบาย และขอความร่วมมือในการวิจัยหรือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และดำเนินการจัดกลุ่ม ตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการ สุ่มอย่างง่าย

1.3 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย โดยผู้ช่วย วิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช 1 ราย ซึ่งเป็น ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี ได้รับความรู้เรื่อง โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ แบบสอบถามและแบบประเมินต่าง ๆ กับผู้วิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัย ให้สอดคล้องกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

(1) ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองไปยัง ห้องกิจกรรม ซึ่งจัดเตรียมไว้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ ทำวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะ ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการ เข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงชื่อยินยอมในหนังสือ แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัคร วิจัย (informed consent form) ซึ่งในการเข้าร่วมการ วิจัยครั้งนี้อาสาสมัครวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอน

ตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่สูญเสียสิทธิ ในการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น สัปดาห์ที่ 1 ให้ กลุ่มตัวอย่างทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชฯ (pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถาม ในกรณี อาสาสมัครอ่านหนังสือไม่คล่อง หรือไม่เข้าใจคำถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและอธิบายข้อคำถามให้เกิด ความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อเก็บเป็นข้อมูล

(2) ผู้วิจัยนัดหมายกับอาสาสมัคร วิจัย ที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินการ ทดลอง โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ใน ผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม 1 และ 2 จำนวน 9 คน และกลุ่มที่ 3 จำนวน 8 คน คือ กลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรมรอบเช้า (เวลา 9.30 - 11.00 น.) ในวันจันทร์และวันพุธ กลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมรอบบ่าย (เวลา 13.30 - 15.00 น.) ในวัน จันทร์และวันพุธ และกลุ่มที่ 3 ทำกิจกรรมรอบเช้า (เวลา 9.30 - 11.00 น.) ในวันอังคารและพฤหัสบดี จัดกระทำในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มจะได้เข้าร่วมกิจกรรมมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ได้แก่ ครั้งที่ 1 กิจกรรม เรามารู้จักกัน ครั้งที่ 2 กิจกรรม การรับรู้การช่วยเหลือ ครั้งที่ 3 กิจกรรม สื่อสารสร้างมิตร ครั้งที่ 4 กิจกรรม ความดีของฉัน ครั้งที่ 5 กิจกรรม การจัดการกับความเครียด และ ครั้งที่ 6 กิจกรรม ชีวิตที่ดีกว่าของเรา ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มดำเนินกิจกรรมตามคู่มือ โปรแกรมการควบคุม ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่ ประยุกต์ขึ้น โดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียว

(3) ผู้ช่วยวิจัย ให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชฯ ในสัปดาห์ที่ 3 (post-test) หลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมและกล่าวปิดโครงการวิจัย

2.2 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

(1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมือนกับในกลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงชื่อยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (informed consent form) ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครวิจัย สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น สัปดาห์ที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชฯ (pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและในกรณีอาสาสมัครอ่านหนังสือไม่คล่อง หรือไม่เข้าใจคำถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและอธิบายข้อคำถามให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ คือการดูแลทั่วไปจากเจ้าหน้าที่ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นต้น

(2) ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อทำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชฯ (post-test)

(3) ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสัปดาห์ที่ 3 หากพบว่าโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ เพิ่มคุณภาพชีวิตได้จริงและอาสาสมัครวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มควบคุมมีความประสงค์จะเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ตามความสมัครใจ สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาวิจัยแล้ว

กล่าวโดยสรุป ตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์ของการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลพุทธโสธร หลังจากการสิ้นสุดการทดลองในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยจะทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact) ใช้สถิติที (t - test)

2. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที (t-test) โดยใช้สถิติชาไฟโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk) พบว่ามีข้อมูลโค้งปกติ ($p > .05$)

3. การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพ

ชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (dependent t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4. การทดสอบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติที ชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (independent t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศอายุ จำนวนเท่ากัน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 61.50 เพศหญิง ร้อยละ 38.50 และมีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 47 ปี (S.D = 8.93) ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าในกลุ่มทดลองอยู่ในสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.20 ส่วนกลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกัน มีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษา กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.00 กลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.50 อาชีพ กลุ่มทดลอง ว่างานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 กลุ่มควบคุม มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.60 รายได้ กลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 0 - 10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.20 กลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 0 - 10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.50 ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย กลุ่มทดลองอยู่บ้านของตนเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.60 ส่วน

กลุ่มควบคุม ก็พบว่าอยู่บ้านของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 88.50 กลุ่มทดลองทั้งหมดมีญาติ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ข้อมูลของกลุ่มควบคุมพบว่า มีญาติ คิดเป็นร้อยละ 92.30 โดยมีบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.20 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแหล่งประโยชน์ในชุมชน สถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียงบ้านเหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ด้านข้อมูลสิทธิการรักษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สิทธิบัตรทองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.90 และ 46.20 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักหลังจำหน่าย บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิด แหล่งประโยชน์ในชุมชน และสิทธิการรักษา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกัน

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์

ผลการศึกษาดารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (mean = 76.61, SD = 4.39) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 62.26, SD = 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.74, p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น ($n = 26$)

คุณภาพชีวิต	mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	62.26	5.27	25	11.74	.00
หลังการทดลอง	76.61	4.39			

* p -value < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n = 52$) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ ชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (independent t - test)

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)			กลุ่มควบคุม ($n = 26$)			df	t	p-value
	mean	\bar{D}_1	SD	mean	\bar{D}_2	SD			
ก่อนทดลอง	62.26			61.03					
หลังทดลอง	76.61	14.35	0.88	68.15	7.12	1.48	50	4.92	.00

* p -value < .05

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธักกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาดังกล่าวที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธัก มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ($\bar{D}_1 = 14.35$, $SD = 0.88$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = 7.12$, $SD = 1.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.92$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับ โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธักอยู่ในระดับสูง (mean = 62.26, $SD = 5.27$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธักอยู่ในระดับสูงมาก (mean = 76.61, $SD = 4.39$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 11.744$, $p < .001$) สามารถอธิบายได้ดังนี้ การที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยจิตเภทสูงชันกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ เนื่องจากโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ มีความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมากขึ้น ได้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จากการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การสนับสนุนช่วยเหลือ โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างการเรียนรู้การช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม (Lakey & Orehek, 2011) สอดคล้องที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต รวมทั้งลดอาการซึมเศร้า อาการเครียด และคุณภาพชีวิตสูงชัน (McCabe, Watrous, & Galameau, 2020) ซึ่งการเรียนรู้การช่วยเหลือ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ ที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยผ่านปฏิสัมพันธ์ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเอง ควบคุมอารมณ์ความคิดตนเองได้เหมาะสม

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ ($D_1 = 14.35, SD = 0.88$) มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($D_2 = 7.12, SD = 1.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p -value < .001) สามารถอธิบายได้ดังนี้ โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การ

ช่วยเหลือ โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างการเรียนรู้การช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม (Lakey & Orehek, 2011) เพื่อให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกิจกรรมมีการสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ถึงแนวทางการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น เนื่องจากสัมพันธ์ภาพนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งแนวคิดการสนับสนุนความสัมพันธ์ ยังส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจ และพลังในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค มีความรู้และความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง ทั้งยังมีแนวทางการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองในเรื่องดี ๆ ของการมีเพื่อนและเครือข่ายการช่วยเหลือ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่ตนเองมีอยู่ ได้แก่ กลุ่มบุคคล องค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมั่นใจมากขึ้นและรับรู้ถึงการช่วยเหลือที่ตนเองมีอยู่ ส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจ และพลังในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค เพื่อที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างเป็นปกติสุข หรือการกระทำสิ่งใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นริศรา พิงโพธิ์สภ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2557) อย่างไรก็ตามกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อันได้แก่ การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ กิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการรับประทานยา รวมถึงการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน ติดตาม

โทรศัพท์เยี่ยมหลังรับยาตามนัด 1 เดือน เป็นต้น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (mean = 68.15, SD = 7.58) มากกว่าก่อนการทดลอง (mean = 61.03, SD = 6.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.13, p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น
2. สนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลนำโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ไปดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้มีแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของตนเองได้
3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงสมบัติ ชูติมานุกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้และขอขอบคุณบุคลากรของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโรงพยาบาลพุทธโสธรทุกท่านที่เอื้ออำนวยให้สามารถดำเนินการวิจัยได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2563. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563, จาก <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ. (2555). การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 28-40.
- ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- จิระภา สุมาลี. (2559). กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2561, จาก <https://digital.lib.ru.ac.th/m/c11898926.PDF>
- นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ. (2557). ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 20(1), 35-51.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ภาวิณี สถาพรธีระ และกฤตยา แสงวงเจริญ. (2561). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(2), 145-154.
- รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราดิส, สันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 3(1), 1-11.

- โรงพยาบาลพุทธโสธร. (2558). รายงานประจำปีงบประมาณ 2558. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563, จาก <http://www.bsh.go.th/> รายงานประจำปีงบประมาณ-2558/
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2563). *สรุปรายงานสถิติประจำปี 2563*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563, จาก <https://www.srithanya.go.th/images/stat/stat63.pdf>
- สุริย์ บุญเฉย. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โครงการทดลองจ้างงานโรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการ*, 17(1), 56-67.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cohen, J. (1992). The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(1), 158.
- Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2008). *Cognitive schemas, beliefs and assumptions*. San Diego, CA: Academic.
- Harahsheh, Q. (2016). *Social support and mental health introduction and background*. Retrieved December 1, 2020, from <http://www.mejn.com/Sept2016/SocialSupport.pdf>
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482–495.
- McCabe, Cameron T., Watrous, Jessica R. & Galarneau, Michael R. (2020). Trauma exposure, mental health, and quality of life among injured service members; Moderating effects of perceived support from friends and family. *Military Psychology*, 32(2), 164-175.
- Munikanan, T., Midin, M., Daud, T. I. M., Rahim, R. A., Bakar, A. K. A., Jaafar, N. R. N., ... Baharuddin, N. (2017). Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 75(1), 94–102.
- Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., & Diéz-Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-9.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pinho, L., Pereira, A.M., & Chaves, C.M. (2018). Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends Psychiatry Psychother*, 40(3), 202-209.
- Pirlog, M.C., Alexandru, D.O., & Popescu, R. E. (2018). Quality of life-a goal for schizophrenia's therapy. *Current Health Sciences Journal*, 44(2), 122-128.
- Ritsner, M. S., Lisker, A., & Grinshpoon, A. (2014). Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(4), 308–317.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2017). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(1), 145-161.
- World Health Organization. (2016). *Schizophrenia*. Retrieved December 1, 2020, from https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/

INTERNET ADDICTION, DEPRESSION AND GUIDELINE DEVELOPMENT FOR PROMOTING DIGITAL LITERACY TO REDUCE INTERNET ADDICTION AND PREVENT DEPRESSIVE SYMPTOMS OF SENIOR HIGH SCHOOL STUDENTS*

*Ujsara Prasertsin, Ph.D. **, Pakawan Nantasen, Ph.D. ****

Abstract

Objective: The purposes of this research were 1) to study addiction and depression behavior among senior high school students and 2) to develop and promote digital literacy to reduce internet addiction and depression.

Methods: The author employed mixed-method research. The sample group included 1,005 senior high school students from several schools in Thailand and 10 key informants. The research instruments used were an internet addiction test, CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale), and the Semi-structured interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The study found that: 1) Internet addiction is mainly caused by time management in internet usage. In terms of depression, secondary school students struggle the most with feelings and thoughts, namely self-esteem 2) In terms of the development and promotion of digital literacy to reduce internet addiction and depression, in the first component, the practical skill, students show a high level of aptitude in digital technology both in terms of theoretical and practical knowledge. In the second component, the thinking skill, the emphasis is made to ensure knowledge regarding creativity, awareness, thoughtfulness, ethics, and morals related to digital technology. In the third component, the collaboration skill, the focus is made for collaboration in promoting digital literacy to reduce internet addiction and depression among students. In the fourth component, the awareness skill, the awareness is promoted to students to realize the advantages and disadvantages of internet usage.

Conclusion: Results from this study provided important information for the internet addiction prevention among senior high school students, to develop and promote digital literacy to reduce internet addiction and depression.

Keywords: internet addiction, depression, digital literacy, senior high school students

**This study was supported by a research grant from Thailand Science Research and Innovation Fund*

***Assistant Professor, Educational and Psychological Test Bureau, Srinakharinwirot University*

****Corresponding author: Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University,*

e-mail: pakawan.n@rumail.ru.ac.th

Received: 4 November 2021, Revised: 6 March 2022, Accepted: 13 March 2022

พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ภาวะซึมเศร้า และแนวทางการส่งเสริมการรู้ดิจิทัล เพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย*

อัจตรา ประเสริฐสิน, ก.ค.**, ผกาพรรณ นันทะเสน, พร.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และ 2) ค้นหาแนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา : การวิจัยแบบผสมวิธี กลุ่มตัวอย่างข้อมูลเชิงปริมาณคือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 1,005 คน และกลุ่มตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา จิตวิทยา เทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้อำนวยการโรงเรียนศึกษานิเทศก์ชำนาญการพิเศษ และหัวหน้างานครูแนะแนว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบวัดการรู้ดิจิทัล แบบวัดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต แบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : พบว่า 1) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมในการติดอินเทอร์เน็ต โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมใช้เวลาเล่นเกมออนไลน์นานกว่าที่ตั้งใจไว้ และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีภาวะซึมเศร้าด้านความรู้สึกและความคิดส่วนใหญ่ในด้านที่เกี่ยวกับความรู้สึกดีต่อตนเอง 2) การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า องค์ประกอบที่ 1 ส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้และทักษะการใช้ดิจิทัล องค์ประกอบที่ 2 ส่งเสริมให้นักเรียนเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดิจิทัล องค์ประกอบที่ 3 ส่งเสริมความร่วมมือกับกลุ่มบุคคลเพื่อเพิ่มทักษะการรู้ดิจิทัล องค์ประกอบที่ 4 ส่งเสริมให้นักเรียนตระหนักถึงคุณและโทษของอินเทอร์เน็ต

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ภาวะซึมเศร้า การรู้ดิจิทัล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, e-mail: pakawan.n@ru.ac.th

วันที่รับ: 4 พฤศจิกายน 2564, วันที่แก้ไข: 6 มีนาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 13 มีนาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (2563) รายงานผลสำรวจว่าวัยรุ่นเรียนเป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยต่อวันสูงถึงวันละ 12 ชั่วโมง สูงกว่าประมาณ 2 เท่าจากปี 2560 โดย ผลการรณ นันทะเลน ขวัญหญิง ศรีประเสริฐภาพ และอัจตรา ประเสริฐสิน (2563) กล่าวถึง พฤติกรรมของวัยรุ่นไทยเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตว่า นักเรียนใช้เวลาส่วนใหญ่ทำกิจกรรมในอินเทอร์เน็ตเป็นเวลาานและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการใช้อินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ของนักเรียนเป็นการใช้โซเชียลมีเดีย เพื่อความบันเทิง หรือใช้ติดต่อสื่อสาร เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวกับการเรียน โดยนักเรียนที่ไม่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้อย่างเหมาะสมอาจเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามมาหลายด้าน และนำไปสู่การคิดอินเทอร์เน็ตในที่สุด

จากงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียน พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ทั้งยังพบภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว สมาธิสั้น และภาวะย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วย (จุฑามาศ ทองประดับ, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2562) นอกจากนี้ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่น ยังพบกลุ่มอาการร่วม (comorbid symptom) คือภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้คิดอินเทอร์เน็ตที่เป็นวัยรุ่นมีความ

สอดคล้องกับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง การประเมินตนเองด้านลบ และการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Kuss & Griffiths, 2015) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มผู้ใช้ที่อยู่ในขั้นคิดอินเทอร์เน็ตนั้นแสดงระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ใช้ที่ไม่คิดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2559; Vries, Nakamae, Fukui, Denys, & Narumoto, 2018)

ผู้มีบทบาทในเชิงนโยบาย ดังเช่น ภาครัฐและสถาบันการศึกษา รวมถึงสถาบันครอบครัวที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่น จึงจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นประจำ และเป็นการใช้อย่างไม่เหมาะสม จนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและเป็นอาการหลักที่พบได้บ่อย แต่การจะปิดกั้นหรือลดปริมาณการใช้อินเทอร์เน็ตในกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่เกิดและเติบโตมาในยุคดิจิทัลนั้น อาจไม่ใช่ทางออกของการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน เนื่องจากในวัยนี้มีการใช้เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตและเครือข่ายสังคมออนไลน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตก็ว่าได้ (ITU, 2013) ประเด็นสำคัญคือปัจจัยใดที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นในตัวนักเรียน เพื่อเป็นผู้ใช้อินเทอร์เน็ตอย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ตประเสริฐ ผลิผลการพิมพ์ (2562) ให้ทรงสนะเกี่ยวกับการศึกษาไทยว่าสะท้อนให้เห็นวิกฤติด้านคุณภาพนักเรียน นักเรียนในศตวรรษที่ 21 มีช่องทางค้นหาความรู้ด้วยตนเอง

จากทุกหนแห่งผ่านสื่อดิจิทัล แต่ไม่มีศักยภาพที่จะรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง จึงควรปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่โดยพัฒนาให้เด็กและเยาวชนมีความสามารถรู้ดิจิทัล (digital literacy) (Garcia & Ferrando, 2014)

การรู้ดิจิทัลเป็นทักษะใหม่ที่ภาครัฐต้องให้ความสนใจ เป็นทักษะที่จะต้องสร้างความมั่นใจว่าบุคคลหนึ่งจะสามารถอยู่ในโลกดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยที่สุด (รุ่งเกียรติรัตนบานชื่น, 2563) เพื่อให้ให้นักเรียนมีทักษะในการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างเหมาะสม ใช้อินเทอร์เน็ตอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด ในการติดต่อสื่อสาร การเรียน การทำงาน หรือ ใช้เพื่อพัฒนาตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ (Newman, 2012) การวิจัยในระยะที่ผ่านมาพบว่า ทักษะการรู้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต Deonisius, Lestari, & Sarkadi (2019) ศึกษาผลกระทบของการรู้ดิจิทัลต่อการติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 347 คน ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การรู้ดิจิทัลส่งผลต่อการติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนที่มีการรู้ดิจิทัลสูงจะมีระดับการติดอินเทอร์เน็ตต่ำ จึงอาจเป็นไปได้ที่การรู้ดิจิทัลสามารถลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ได้

งานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค้นหาแนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยยัง

ไม่มีการกำหนดแนวทางหรือนโยบายในการพัฒนาทักษะดังกล่าวในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน ผลจากการวิจัยนี้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป เป็นการเตรียมความพร้อมให้นักเรียน มีความรู้และทักษะที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิต มีสุขภาพจิตดี เป็นการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่อค้นหาแนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ภาวะซึมเศร้าและการรู้ดิจิทัลของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต หมายถึง การใช้อินเทอร์เน็ตเป็นระยะเวลาานาน และใช้งานอย่างไม่เหมาะสม จึงอาจนำไปสู่พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ หรือพฤติกรรม Davis (2001) กล่าวถึงการติดอินเทอร์เน็ตเกิดจากกระบวนการการคิดของบุคคลที่มีปัญหาเมื่อบุคคลต้องการได้รับการยอมรับในสังคมจริงแต่ไม่สามารถทำได้ จึงแสวงหาการ

ยอมรับจากสังคมอินเทอร์เน็ต ที่ช่วยให้หลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายใจ แสวงหาความมีตัวตน การยอมรับนับถือ ส่งผลต่อปริมาณการใช้งานที่มากขึ้นเรื่อย ๆ

ผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตมีรูปแบบความคิดที่คล้ายกับผู้มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพทางกาย แสดงออกในลักษณะจิตใจที่หม่นหมองหดหู่นร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนืดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน (กรมสุขภาพจิต, 2562ก) สำหรับทฤษฎีทางจิตวิทยา Beck (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองด้านจิตใจของบุคคลต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด แสดงออกผ่านการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรือพฤติกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะร่วมบางประการ เช่น ความรู้สึกผิด การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ การประเมินตนเองในทางลบ เป็นต้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ทั้งยังพบภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว สมาธิสั้น และภาวะย่ำคิดย่ำทำร่วมด้วย (ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2564; Kuss & Griffiths, 2015) ในผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตแสดงระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่

ไม่ติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lee, Chang, Chiu, Chen, & Miao, 2014)

การลดพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ควรมีการเสริมสร้างความสามารถหรือทักษะในการใช้สารสนเทศดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะดังกล่าวเรียกว่า การรู้ดิจิทัล (digital literacy) (Newman, 2012; Garcia & Ferrando, 2014) แววดา เตชะทวิวรรณ และอัจฉรา ประเสริฐสิน (2559) อธิบาย “การรู้ดิจิทัล” ว่าหมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด เป็นการใช้ในเชิงสร้างสรรค์และปลอดภัย การรู้ดิจิทัล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะปฏิบัติ (operation skills) คือ ความสามารถในการปฏิบัติหรือใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวัน การศึกษา และการประกอบอาชีพ 2) ทักษะการคิด (thinking skills) คือ ความสามารถในการคิดขั้นสูงที่ซับซ้อนเพื่อเข้าใจ ประเมิน และสร้างสรรค์ในการใช้ดิจิทัล 3) ทักษะการร่วมมือ (collaboration skills) คือ ความสามารถในการร่วมมือกับกลุ่มบุคคลในสภาพแวดล้อมดิจิทัล เพื่อทำงานหรือกิจกรรมใด ๆ ให้ประสบความสำเร็จ 4) ทักษะการตระหนักรู้ (awareness skills) คือ การใช้สื่อดิจิทัลอย่างมีจริยธรรมและถูกกฎหมาย โดยตระหนักถึงความถูกต้องดีงามของสังคม

ผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ทักษะการรู้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต จากการศึกษาของ Deonisius, Lestari,

& Sarkadi (2019) ถึงผลกระทบของการรู้ดิจิทัลต่อการคิดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 347 คน ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การรู้ดิจิทัลส่งผลต่อการคิดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนที่มีการรู้ดิจิทัลสูงจะมีระดับการคิดอินเทอร์เน็ตต่ำ จึงอาจเป็นไปได้ที่การรู้ดิจิทัลสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ตและส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ตลอดจนค้นหาแนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed-method) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามวิธีการวิจัย ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 1,005 คน ซึ่งสุ่มจากประชากรข้างต้น วิธีการสุ่มในระยษนี้ เป็นการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (three-stage random sampling) ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเขตในกรุงเทพมหานคร 2 กลุ่มเขต คือ กลุ่มเขตสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร 1 และ 2 ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงเรียนในแต่ละกลุ่มเขต กลุ่มเขตละ 5 โรงเรียน รวมทั้งหมด 10 โรงเรียน ขั้นตอนที่ 3 สุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ตอนปลายแบบละชั้น โรงเรียนละ 100 คน รวมนักเรียนทั้งหมด 1,005 คน โดยการสุ่มในแต่ละขั้นตอนจะใช้การสุ่มอย่างง่าย

2. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) จำนวน 10 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาจิตวิทยา เทคโนโลยีสารสนเทศ และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ระดับ รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ 2 ท่าน ผู้อำนวยการโรงเรียน 2 ท่าน ศึกษาพิเศษ 2 ท่าน ผู้อำนวยการพิเศษ 2 ท่าน และหัวหน้างานครูแนะแนว 4 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ เป็นกลุ่มคนที่มีประสบการณ์มากในเรื่องการรู้ดิจิทัล การลดพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ตและการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า (ชาย โพธิ์สิตา, 2550; Rubin & Rubin, 2011)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลข SWUEC-502/2563E ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างในการยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบวัดพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ตและแบบ

วัดภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 คำถาม ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย เวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตใน 1 วัน การรู้ดิจิทัล การคิดอินเทอร์เน็ต ภาวะซึมเศร้า

2. แบบวัดพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากเกณฑ์ PIU based on DSM-5 criteria และ The Cognitive-Behavioral Model (Davis, 2001) เพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินพฤติกรรม การคิดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในบริบทของสังคมไทย ประกอบด้วยเกณฑ์ ดังนี้ 1) ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อตอบสนองความต้องการทางอารมณ์บางอย่าง 2) ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหลีกเลี่ยงงานบางอย่าง 3) หงุดหงิดกระวนกระวายเมื่อไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ต 4) มีความสนใจในกิจกรรมอื่น ๆ น้อยลง 5) ใช้เวลาเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ 6) การใช้อินเทอร์เน็ตส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การงาน การเรียน และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทั้งสองด้าน คือ สภาพที่เป็นอยู่ และสภาพที่ควรจะเป็น พบว่า มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (IOC) เท่ากับ 0.60 - 1.00 แสดงว่า เครื่องมือมีคุณภาพในด้านความตรงเชิงเนื้อหา เป็นไปตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบวัดรวมทั้งฉบับเท่ากับ .878 รายข้อเท่ากับ .863 - .892 แสดงว่า

มีความเที่ยงระดับดีมาก และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) เท่ากับ .41 - .74 แสดงว่าแบบวัดพฤติกรรมการคิดอินเทอร์เน็ต มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

3. แบบวัดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D)) โดยอุมพร ตรังคสมบัติ (2540) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบรายงานตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกตอบตามความถี่ของอาการและความรู้สึกของตนเองภายใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ตามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยแบ่งคะแนนความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระหว่าง 10 ถึง 30 คะแนน หากมีคะแนนระหว่าง 10 ถึง 22 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าต่ำ และหากมีคะแนนระหว่าง 23 ถึง 30 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูง ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพบว่า ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (IOC) เท่ากับ 0.80 - 1.00 แสดงว่ามีความเที่ยงระดับดีมาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของข้อคำถามรวมทั้งฉบับเท่ากับ .912 รายข้อเท่ากับ .899 - .914 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) เท่ากับ .31 - .86 แสดงว่าแบบวัดภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมั่นในระดับต่ำ-ดีมาก มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

4. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรม

ติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดและทฤษฎีรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจและใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 7 ข้อ ประกอบด้วย ระดับการรู้ดิจิทัล การนำความรู้ดิจิทัลไปใช้ประโยชน์ต่อการเรียนและการดำเนินชีวิต ความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับการรู้ดิจิทัลทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติ แนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัล เพื่อลดพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยตรวจสอบว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พบว่า ข้อคำถามสัมภาษณ์มีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (IOC) เท่ากับ 0.60 -1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพในด้านความตรงเชิงเนื้อหาเป็นไปตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยแบบผสมวิธี มีการเก็บรวบรวมเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการออกแบบแบบ Exploratory design ใช้รูปแบบ Taxonomy development model

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อค้นหาแนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัล ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและประเมินตามมาตรฐานของ Stufflebeam

โดยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับคุณภาพและการนำไปใช้ประโยชน์ของรูปแบบ ซึ่งมีเกณฑ์การแปลความหมายของการประเมิน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ในการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 และเขต 2 ทั้งหมด 1,005 คน เป็นเพศชาย 331 คน (ร้อยละ 32.94) เป็นเพศหญิง 674 คน (ร้อยละ 67.06) นักเรียนส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับ 3.00 – 3.49 (ร้อยละ 35.42) นักเรียนใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเวลานาน ประมาณ 11 – 15 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 38.31) มีระดับการรู้ดิจิทัลในระดับมาก จำนวน 649 คน (ร้อยละ 64.58) เมื่อพิจารณาการติดอินเทอร์เน็ต พบว่าอยู่ในระดับมาก 615 คน (ร้อยละ 61.19) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 47.16)

2. การศึกษาพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

นักเรียนมีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51) ในส่วนของรายด้านพบว่า ด้านพฤติกรรมภายนอกอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.78) ข้อที่สูงที่สุดคือ ใช้เวลานั่งเล่นอินเทอร์เน็ตนานกว่าที่ตั้งใจไว้ (ค่าเฉลี่ย 4.05) ด้านพฤติกรรมภายในอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.22) ข้อที่สูงที่สุดคือ ชอบความตื่นเต้น

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 1,005)

ข้อรายการความคิดเห็น	% แต่ละระดับคะแนน (เต็ม 100)					Mean	SD	SK	KU
	5	4	3	2	1				
ด้านพฤติกรรมภายนอก (ค่าเฉลี่ยรวม = 2.78)									
1. ฉันใช้เวลาว่างเล่นอินเทอร์เน็ตนานกว่าที่ตั้งใจไว้	0.30	4.78	21.59	36.32	37.01	4.05	0.90	-0.60	-0.40
2. ฉันไม่ทำการบ้านหรือกิจกรรมที่จำเป็นในขณะนั้น เพื่อที่จะได้มีเวลายามว่างเล่นอินเทอร์เน็ต	11.24	24.68	35.22	19.80	9.05	2.91	1.12	0.09	-0.64
4. ฉันชอบสร้างสัมพันธ์กับเพื่อนใหม่ทางอินเทอร์เน็ต	12.84	16.82	29.65	19.60	21.09	3.19	1.30	-0.13	-1.01
6. ผลการเรียนของฉันลดลงเนื่องจากฉันใช้เวลาไปกับการเล่นอินเทอร์เน็ตมากเกินไป	29.75	26.87	22.49	13.73	7.16	2.42	1.24	0.50	-0.78
7. คุณภาพของการบ้านหรืองานที่ฉันทำลดลง เนื่องจากการเล่นอินเทอร์เน็ต	26.97	25.07	25.97	14.03	7.96	2.51	1.24	0.40	-0.83
12. ฉันมักนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากเล่นอินเทอร์เน็ตเกินเวลาจนดึก	15.62	17.51	26.37	21.79	18.71	3.10	1.33	-0.11	-1.09
14. ฉันมักจะบอกตัวเองขณะที่นั่งเล่นอินเทอร์เน็ต ว่าขอเล่นต่ออีกหน่อย	9.95	16.82	30.45	22.79	20.00	3.26	1.24	-0.18	-0.88
15. ฉันพยายามจะลดเวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ตลง	3.48	8.46	32.64	26.97	28.46	3.68	1.08	-0.42	-0.47
16. ฉันพยายามปิดหรือทำเป็นลืมว่าฉันได้ใช้เวลาไปกับอินเทอร์เน็ตนานเพียงใด	23.98	22.29	30.15	13.93	9.65	2.63	1.25	0.29	-0.86
17. ฉันเลือกที่จะนั่งเล่นอินเทอร์เน็ตมากกว่าที่จะออกไปข้างนอกกับคนในบ้านหรือคนอื่น เช่น ไปเที่ยว ไปออกกำลังกาย	20.40	20.90	25.37	16.62	16.72	2.88	1.36	0.12	-1.15

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 1,005) (ต่อ)

ข้อรายการความคิดเห็น	% แต่ละระดับคะแนน (เต็ม 100)					Mean	SD	SK	KU
	5	4	3	2	1				
ด้านพฤติกรรมภายใน (ค่าเฉลี่ยรวม = 2.22)									
3. ฉันชอบความตื่นเต้นในการเล่นอินเทอร์เน็ต เพื่อจะได้รู้จักกับเพื่อนใหม่	7.86	14.33	31.74	25.27	20.80	3.37	1.19	-0.28	-0.73
5. คนรอบข้างชอบบ่นและวิจารณ์เกี่ยวกับระยะเวลาที่ฉันใช้ไปกับการเล่นอินเทอร์เน็ต	16.02	20.30	29.25	18.71	15.72	2.98	1.29	0.03	-1.01
8. ฉันรู้สึกต่อต้าน หรือรำคาญใจเมื่อมีคนมาถามว่าฉันกำลังทำอะไรอยู่กับอินเทอร์เน็ต	20.40	24.88	28.56	15.32	10.85	2.71	1.25	0.26	-0.88
9. ฉันหยุดความคิดสับสนวุ่นวายที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยหันไปเล่นอินเทอร์เน็ตแทน	9.45	17.21	29.55	22.59	21.19	3.29	1.24	-0.19	-0.91
10. ฉันมีความรู้สึกกลัวหรือกังวลใจว่า ถ้าชีวิตฉันไม่มีอินเทอร์เน็ต คงน่าเบื่อ ว่างเปล่าและไร้ความสนุก	12.74	19.70	29.65	21.39	16.52	3.09	1.25	-0.06	-0.95
11. ฉันรู้สึกโกรธ ตะคอกใส่คนอื่น หรือแสดงท่าทีรำคาญ เมื่อมีคนมารบกวน ขณะที่ฉันเล่นอินเทอร์เน็ต	33.83	23.98	24.58	11.04	6.57	2.33	1.23	0.57	-0.66
13. ฉันรู้สึกเหมือนยังเล่นอินเทอร์เน็ต หรือคิดฝันถึงสิ่งต่างๆ บนอินเทอร์เน็ตอยู่ ถึงแม้ว่าได้ปิดเครื่องไปแล้ว	39.60	20.40	20.40	12.44	7.16	2.27	1.29	0.63	-0.78
18. ฉันรู้สึกหดหู่ใจ อารมณ์ไม่ดี กังวลใจ เมื่อหยุดเล่นอินเทอร์เน็ต เพื่อไปทำกิจกรรมอื่น	41.59	23.28	20.10	9.55	5.47	2.14	1.21	0.79	-0.40

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 1,005)

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	% แต่ละระดับคะแนน (เต็ม 100)				Mean	SD	SK	KU
	0	1	2	3				
ด้านความรู้สึกและความคิด (ค่าเฉลี่ยรวม = 1.06)								
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	14.53	52.34	27.96	5.17	1.24	0.76	0.29	-0.17
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	38.61	35.52	19.50	6.37	0.94	0.91	0.63	-0.54
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอ ๆ กับคนอื่น	13.83	32.84	39.50	13.83	1.53	0.90	-0.10	-0.74
6. ฉันรู้สึกหดหู่ใจ	39.90	39.10	16.42	4.58	0.86	0.85	0.72	-0.22
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว	36.62	40.10	16.92	6.37	0.93	0.89	0.69	-0.30
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว	46.47	38.61	11.44	3.48	0.72	0.80	0.96	0.37
14. ฉันรู้สึกเหงา	26.17	41.39	21.09	11.34	1.18	0.95	0.45	-0.69
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน	23.98	37.11	32.54	6.37	1.21	0.88	0.13	-0.84
18. ฉันรู้สึกเศร้า	29.95	45.87	17.91	6.27	1.00	0.85	0.60	-0.22
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต	34.23	40.20	17.91	7.66	0.99	0.91	0.63	-0.42
ด้านพฤติกรรมและอาการทางกาย (ค่าเฉลี่ยรวม = 0.87)								
3. ฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจได้ แม้จะมีคนช่วยเหลือก็ตาม	40.80	36.02	15.92	7.26	0.90	0.92	0.77	-0.32
5. ฉันไม่มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานใด ๆ	21.79	53.83	20.50	3.88	1.06	0.76	0.43	-0.02
7. ทุก ๆ สิ่งที่ผมจะทำจะต้องฝืนใจทำ	38.91	44.28	13.13	3.68	0.82	0.80	0.78	0.17
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	37.41	34.93	21.19	6.47	0.97	0.92	0.57	-0.65
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ	34.33	38.11	18.71	8.86	1.02	0.94	0.60	-0.56
12. ฉันมีความสุข	30.35	41.79	24.38	3.48	1.01	0.83	0.35	-0.67
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร	34.23	45.57	15.62	4.58	0.91	0.82	0.67	-0.04
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยจะเป็นมิตรกับฉัน	54.33	33.13	9.25	3.28	0.61	0.79	1.20	0.90
17. ฉันร้องไห้	38.81	42.59	15.62	2.99	0.83	0.80	0.67	-0.15
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน	54.43	37.21	6.27	2.09	0.56	0.71	1.22	1.37

ในการเล่นอินเทอร์เน็ตเพื่อจะได้รู้จักกับเพื่อนใหม่ (ค่าเฉลี่ย 3.37) ในส่วนของภาวะซึมเศร้า พบว่านักเรียนมีภาวะซึมเศร้าในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.13) โดยด้านความรู้สึกและความคิดสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.06) ในข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกดีต่อตนเอง (ฉันรู้สึกว่าคุณดีพอ ๆ กับคนอื่น) (ค่าเฉลี่ย 1.24) รองลงมาคือพฤติกรรมและอาการทางกาย (ค่าเฉลี่ย 0.87) คือฉันไม่มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานใด ๆ (ค่าเฉลี่ย 1.06) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

จากผลการศึกษาเชิงปริมาณแสดงให้เห็นว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรู้ดิจิทัลในระดับมาก มีพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยที่สุด อาจสามารถเชื่อมโยงกับการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาว่ามีปัจจัยหรือคุณลักษณะใดในตัวของนักเรียนที่มีทักษะการรู้ดิจิทัลสูง ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย เพื่อค้นหาแนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัล ต่อการลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ต่อไป

3. แนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) จำนวน 10 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive

sampling) ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาดิจิทัล เทคโนโลยีสารสนเทศ และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ระดับ รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ 2 ท่าน ซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการนำร่องการศึกษาผลกระทบทางพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตจากการใช้สื่อออนไลน์ 2) ผู้อำนวยการโรงเรียน 2 ท่านเป็นผู้มีประสบการณ์ในการวางแผน ควบคุม กำกับดูแลสถานศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในด้านการช่วยเหลือดูแลผู้เรียนที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้า 3) ศึกษานิเทศก์ชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน เป็นผู้มีประสบการณ์ทำหน้าที่นิเทศ แนะนำ ให้ครูและผู้บริหารสถานศึกษาเกิดความรู้ ความตระหนัก และมีทักษะในการบริหารจัดการเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และ 4) หัวหน้างานครูแนะแนว 4 ท่านที่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้า โดยผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 10 ท่านเป็นผู้มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้ามากกว่า 5 ปี

ผลการศึกษาพบว่า แนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า มี 4 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 ด้านทักษะปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีแนวทางให้มีการส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้และทักษะการใช้ดิจิทัล เช่น การใช้งานอินเทอร์เน็ตในการเรียน การสืบค้นข้อมูล การนำเสนอผลงาน การสร้างสื่อดิจิทัล การสืบค้นแสวงหาความรู้ ความ

บันเทิงและการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่า

ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2 “จัดตั้งชมรมหรือกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการรู้ดิจิทัล การสืบค้นข้อมูล การนำเสนอผลงาน การสร้างสื่อดิจิทัล โดยมีครูให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการสืบค้นข้อมูลที่มีคุณภาพ”

ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1 “สร้างหลักสูตรหรือรายวิชาที่เกี่ยวกับการรู้ดิจิทัลมีเนื้อหาที่ครอบคลุมของการรู้ดิจิทัล หรือบูรณาการกับรายวิชาอื่นที่เกี่ยวข้องเน้นการจัดการเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์จริงหรือสถานการณ์ปัจจุบัน”

องค์ประกอบที่ 2 ทักษะการคิด ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความคิดเห็นสอดคล้องกันโดยมีแนวทางให้มีการส่งเสริมให้นักเรียนเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีจริยธรรม คุณธรรม และจรรยาบรรณในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่า

ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 6 “สอดแทรกวิธีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในการเลือกรับสื่อเชิงสร้างสรรค์และส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเอง บูรณาการเข้ากับการเรียนการสอนในรายวิชา”

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการร่วมมือ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความคิดเห็นสอดคล้องกันโดยมีแนวทางให้มีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้วยการจัดสภาพแวดล้อมกิจกรรมการเรียนรู้ ผ่านการบูรณาการร่วมกัน ได้แก่ ผู้ปกครอง (ครอบครัว) โรงเรียน (ผู้บริหาร ครูประจำชั้น ครูแนะแนว และครูประจำวิชา ฯลฯ) เพื่อนักเรียน หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่

เกี่ยวข้อง หรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลกับนักเรียนแต่ละช่วงวัย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่า

ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 3 “จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจโดยเน้นความสนใจของนักเรียน ทั้งกิจกรรมการออกกำลังกาย การทำ Challenge เพื่อชิงรางวัล การแข่งขันเพื่อพัฒนาตนเอง เพื่อส่งเสริมนิสัยและลดพฤติกรรมเสี่ยงภาวะซึมเศร้า”

ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 5 “ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในครอบครัวและเพื่อน ดูแลเอาใจใส่พร้อมให้คำปรึกษา ให้กำลังใจและให้คำแนะนำที่ดีแก่นักเรียนอยู่เสมอและต่อเนื่อง”

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตระหนักรู้ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความคิดเห็นสอดคล้องกันโดยมีแนวทางให้มีการส่งเสริมให้นักเรียน ตระหนักถึงคุณและโทษของอินเทอร์เน็ต พัฒนาด้านการบริหารจัดการตนเองด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อลดภาวะซึมเศร้า เปิดโอกาสให้นักเรียนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่า

ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2 “สร้างความตระหนักรู้ให้แก่นักเรียนเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ การป้องกันตนเองจากภัยสังคมออนไลน์”

ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 9 “ให้ความรู้ถึงคุณและโทษของอินเทอร์เน็ต การลดความเครียด หรือลดภาวะซึมเศร้าลงได้ด้วยตนเอง แนะนำวิธีพัฒนาตนเอง”

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมี

พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตด้านพฤติกรรมภายนอกสูงที่สุด คือ ใช้เวลานั่งเล่นอินเทอร์เน็ตนานกว่าที่ตั้งใจไว้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ต ส่วนด้านพฤติกรรมภายในสูงที่สุดคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายชอบความตื่นเต้นในการเล่นอินเทอร์เน็ตเพื่อจะได้รู้จักกับเพื่อนใหม่ เนื่องจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในพัฒนาการช่วงวัยรุ่นที่ต้องการอิสรเสรีภาพในการคิด การปฏิบัติตัว การคบเพื่อน และต้องการความเป็นส่วนตัว ส่งผลให้วัยรุ่นใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัว วัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับการคบเพื่อน และต้องการเลือกกลุ่มเพื่อนที่มีค่านิยม และมีความสนใจในสิ่งเดียวกันเพื่อให้ตนเองได้รับการยอมรับซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตด้านพฤติกรรมภายในที่วัยรุ่นชอบความตื่นเต้นในการสื่อสารการพูดคุยในอินเทอร์เน็ตเพื่อจะได้รู้จักกับเพื่อนใหม่ สังคมใหม่ พฤติกรรมภายในนี้จึงส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมภายนอก คือ เมื่อเล่นอินเทอร์เน็ตวัยรุ่นจะเพลิดเพลินและตื่นเต้นกับการทำความรู้จักเพื่อนและสังคมใหม่ จึงทำให้ใช้เวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ตนานกว่าที่ตั้งใจไว้ สอดคล้องกับเสาวภาคย์ แหม่มเพชร (2559) ศึกษาพฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรีพบว่า นักเรียนมีการจัดการเวลาที่ไม่เหมาะสมโดยเชื่อมต่อการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ไว้ตลอดเวลา อีกทั้งในกลุ่มนักเรียนมัธยม ซึ่งหากใครไม่ใช้อินเทอร์เน็ตอาจถือได้ว่าไม่ทันสมัย (พิพัฒน์พงศ์ เข็มปัญญา, 2561)

2. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ตอนปลาย

นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยด้านความรู้สึกและความคิดสูงที่สุดในข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกดีต่อตนเอง (ฉันรู้สึกว่าคุณดีพอ ๆ กับคนอื่น) รองลงมาคือ พฤติกรรมและอาการทางกายอยู่ในระดับน้อยที่สุดคือ ฉันไม่มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานใด ๆ อาจกล่าวได้ว่า ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต Davis (2001) กล่าวถึง สาเหตุการติดอินเทอร์เน็ตว่าเกิดจากกระบวนการคิดซึ่งเป็นพฤติกรรมภายในของบุคคล เป็นกระบวนการคิดที่มีปัญหาเกี่ยวกับมุมมองและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง เช่น เมื่อบุคคลต้องการได้รับการยอมรับในสังคมจริงแต่ไม่สามารถทำได้ จะแสวงหาการยอมรับจากคนในสังคมอินเทอร์เน็ต คนที่ติดอินเทอร์เน็ตเชื่อว่าโลกของอินเทอร์เน็ตนั้นเป็นสถานที่ที่เขาจะได้รับการยอมรับนับถือปลอดภัย ไม่ต้องแสดงตัวตน เป็นต้น กระบวนการคิดนี้ส่งผลต่อการตอบสนองหรือพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (maladaptive behavior) คือ ทำให้นักเรียนใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเวลานานเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตใจ แสวงหาความมีตัวตน การยอมรับนับถือจากสังคมในอินเทอร์เน็ต โดยมีการใช้อินเทอร์เน็ตทุกครั้งที่เกิดความคิดเหล่านี้ และเมื่อไม่ได้ใช้งานก็จะรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย ไม่มีความสุข ไม่มีสมาธิ ในการเรียนหรือการทำงานต่าง ๆ สอดคล้องกับ Kuss & Griffiths (2015) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดอินเทอร์เน็ตที่เป็นวัยรุ่นมีความสอดคล้องกับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกดีต่อ

ตนเอง การประเมินตนเองด้านลบ และการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำนอกจากนี้

จากการศึกษานักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนึ่ง ภาคใต้ จำนวน 412 คน พบว่าภาวะคิดเฟซบุ๊กมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (จุฑามาศ ทองประดับ, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2562) เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้ากับการคิดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดแห่งหนึ่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 400 คน พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคิดอินเทอร์เน็ต และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2564)

3. แนวทางส่งเสริมการรู้ดิจิทัลเพื่อลดพฤติกรรมคิดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

องค์ประกอบที่ 1 ด้านทักษะปฏิบัติ ส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้และทักษะการใช้ดิจิทัล เช่น การใช้งานอินเทอร์เน็ตในการเรียน การสืบค้นข้อมูล การนำเสนอผลงาน การสร้างสื่อดิจิทัล การสืบค้นแสวงหาความรู้ ความบันเทิงและการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล สะท้อนให้เห็นว่าในสังคมปัจจุบันวัยรุ่นมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีที่แตกต่างจากยุคก่อน และวัยรุ่นมีความ

คล่องแคล่วหรือมีทักษะในการใช้อินเทอร์เน็ตสูงกว่าคนวัยอื่น ๆ (Canares, 2018) แต่ประเด็นที่ควรพัฒนาคือ ให้นักเรียนใช้ทักษะดิจิทัลที่มีอยู่ในในการหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพและทักษะที่เป็นประโยชน์ พ่อแม่ผู้ปกครอง รวมถึง คุณครู อาจารย์ ในสถานศึกษา ต้องใส่ใจเฝ้าระวัง พุดคุย ให้คำแนะนำและคำปรึกษาที่เหมาะสม แก่นักเรียน โดยมีการกำกับติดตามพฤติกรรมนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ ผ่านการบูรณาการร่วมกัน ตลอดจนเปิดโอกาสให้นักเรียนได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยลดพฤติกรรมคิดอินเทอร์เน็ตและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

องค์ประกอบที่ 2 ทักษะการคิด ส่งเสริมให้นักเรียนเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีจริยธรรม คุณธรรม และจรรยาบรรณ ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับวิภาดา พินลา (2559) กล่าวว่า ทักษะการคิดเป็นสิ่งสำคัญที่มาพร้อมกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เนื่องจากผู้เรียนไทยในปัจจุบันสามารถเข้าถึงความรู้ได้อย่างหลากหลายด้วยเทคโนโลยีที่ง่าย สะดวกสบาย สิ่งสำคัญที่ต้องตระหนักเป็นอย่างมากคือ การพัฒนาผู้เรียนให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ การคิดวิเคราะห์เป็นส่วนหนึ่งในการปูพื้นฐานการคิดระดับสูง ผู้เรียนต้องแยกแยะได้ว่าอะไรควรทำหรือไม่ควรทำ รู้จักแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ไม่หลงเชื่อหรือคล้อยตามผู้อื่นโดยปราศจากเหตุผล ซึ่งการส่งเสริมให้นักเรียนเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับแผนการศึกษาแห่งชาติ

พ.ศ. 2560 - 2579 ที่มุ่งพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ เป็นการดำเนินงานตามแผนระยะเร่งด่วน ให้สถานศึกษาขั้นพื้นฐานจัดกระบวนการเรียนรู้เชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และความคิดสร้างสรรค์เพิ่มขึ้น (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560) อุษณีย์ โพธิสุข (2537) ได้เสนอแนวทางพัฒนาการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียนด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงหรือเปิดโอกาสให้ผู้เรียนทดลองปฏิบัติสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ใช้กิจกรรมเป็นสื่อกระตุ้นความคิด การอภิปรายในหัวข้อต่าง ๆ การจัดมุมหรือชมรมนักคิด ฯลฯ

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการร่วมมือ ส่งเสริมการร่วมมือกับกลุ่มบุคคลในการพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัล เพื่อลดพฤติกรรมการใช้ อินเทอร์เน็ต และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าแก่นักเรียน ด้วยการจัดสภาพแวดล้อม กิจกรรมการเรียนรู้ ผ่านการบูรณาการร่วมกัน โดยกลุ่มคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นควรเฝ้าระวังการติดอินเทอร์เน็ตและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม (ณัฐศรัณย์ กิตติศรี, ดารารารณ ต๊ะปิ่นตา และสมบัติ สกมลพรรณ, 2563) สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2562ข) ระบุว่า การส่งเสริมทักษะการรู้ดิจิทัล องค์ประกอบที่ 3 นี้ จึงเน้นการร่วมมือกับกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลกับนักเรียนแต่ละช่วงวัย ด้วยการจัดสภาพแวดล้อม กิจกรรมการเรียนรู้ ผ่านการบูรณาการร่วมกัน ทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง โรงเรียน เพื่อนนักเรียน หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงคารา

นักแสดงศิลปิน ซึ่งเป็นตัวแบบที่มีอิทธิพลกับนักเรียน

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตระหนักรู้ ส่งเสริมให้นักเรียนตระหนักถึงคุณและโทษของอินเทอร์เน็ต พัฒนาตนเองด้วยกิจกรรมและแนวทางที่หลากหลายเพื่อลดภาวะซึมเศร้า เปิดโอกาสให้นักเรียนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ในองค์ประกอบนี้จะเน้นการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลอย่างมีจริยธรรมและถูกกฎหมาย ตระหนักถึงความถูกต้องดีงามของสังคม มีความรู้ เข้าใจและปฏิบัติตามกฎระเบียบและกฎหมายต่าง ๆ ซึ่งตามทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของโคลเบิร์ก (Kohlberg, 1981) ในช่วงวัยรุ่นจะเรียนรู้คุณธรรมจริยธรรมจากตัวแบบทั้งสื่อ นักแสดง ศิลปิน วิดีโอที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารสนเทศ สื่อ และอุปกรณ์ดิจิทัล เป็นต้น อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ แสวงหาอัตลักษณ์ ซึ่งวัยนี้ต้องการการเลียนแบบและต้องการการยอมรับ ปัจจัยด้านสังคมจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ อินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น (วรวิทย์ ชูชาติ, 2557)

ดังนั้นในกระบวนการเรียนรู้ระหว่างนักเรียนวัยรุ่นกับครู หรือพ่อแม่ผู้ปกครองกับบุตรหลานที่เป็นวัยรุ่น สิ่งที่สำคัญที่สุดคือความไว้วางใจต่อกัน จะส่งผลให้นักเรียนวัยรุ่นมีสติตระหนักรู้ในความต้องการของตนเอง เปิดใจ รับฟังข้อมูลที่หลากหลาย ไม่ว่าจะป็นครู พ่อแม่ผู้ปกครองจึงถือว่ามิตบาทสำคัญในการจะสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องต่าง ๆ ให้เกิดกับผู้เรียน ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญมากในการสร้างบุตรหลานให้เป็นคนดีมีความสุข และเป็นคนที่มีความค่า

ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม พ่อแม่ที่ปรับตัวได้เหมาะสม และเป็นตัวอย่างที่ดีของการรู้ดิจิทัล เป็นเพื่อนคู่คิดกับลูก มีความทันสมัย รู้เรื่องเทคโนโลยี ย่อมสามารถอบรมสั่งสอนบุตรหลานวัยรุ่นให้สามารถใช้สื่อดิจิทัลอย่างมีจริยธรรมและถูกกฎหมาย ตระหนักถึงความถูกต้องดีงามของสังคม ดังนั้น หากต้องการพัฒนาทักษะการตระหนักรู้ให้เกิดขึ้นในนักเรียน ผู้ใหญ่ต้องเป็นแบบอย่างทางคุณธรรม จริยธรรมในการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สถานศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายควรจัดให้มีวิชาเฉพาะเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัล ทั้ง 4 องค์ประกอบ หรือบูรณาการเนื้อหาการเรียนเพื่อพัฒนาการรู้ดิจิทัลด้านทักษะปฏิบัติ ในการเรียนการสอนรายวิชาต่าง ๆ จัดอบรมนักเรียนสอดแทรกสาระความรู้ที่เกี่ยวข้อง สถานศึกษาควรกำกับติดตามพฤติกรรมนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้จัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม ควรจัดตั้งศูนย์การให้คำปรึกษาเฉพาะด้านดิจิทัลและภาวะซึมเศร้าให้แก่นักเรียนและผู้ปกครอง

1.2 ครูที่สอนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายควรได้รับการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัล เพื่อช่วยให้ครูผู้สอนมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะการใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอน สามารถนำมาประยุกต์

เพื่อจัดการเรียนการสอนส่งเสริมผู้เรียนให้พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ และควรสอดแทรกสาระความรู้ที่เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัล ในการจัดการเรียนการสอน

1.3 พ่อแม่ผู้ปกครองควรตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่อาจนำไปสู่การติดอินเทอร์เน็ตได้ ทั้งยังส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ด้วยการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ดิจิทัล มีความทันสมัย เป็นตัวอย่างที่ดีของการรู้ดิจิทัล สามารถแนะนำบุตรหลานให้ปฏิบัติตามอย่างถูกต้องและเหมาะสม และเปิดโอกาสให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระและหลากหลาย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนศึกษาอุปสรรคที่จะขัดขวางทักษะการรู้ดิจิทัลของนักเรียน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์นำไปสู่การพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัลแก่นักเรียน และเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต

2.2 ควรมีการศึกษาแนวทางการสร้างโปรแกรมพัฒนาการรู้ดิจิทัลสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เน้นการพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัลในแต่ละองค์ประกอบ ตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2562ก). โรคซึมเศร้าทำใจพัง เช็กลิสต์สาเหตุ และอาการ. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>
- กรมสุขภาพจิต. (2562ข). สสส.ปลูกพ่อแม่ร่วมแก้เด็กติดจอมือถือพุ่ง 9 ชั่วโมง/วัน. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29725>
- จุฬามาศ ทองประดับ, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นันทจันทร์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะคิดเฟ้นักกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(2), 116-133.
- ชาญวิทย์ พรนภดล, ศิริโชค หงษ์สงวนศรี, เบญจพร ดันตสูติ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, อนุญญา ลินรัชชานันท์, โขมิติกานวสุทธิไพสิฐ, และวรภัทร รัตนอาภา. (2559). แนวทางการบำบัดรักษาภาวะติดอินเทอร์เน็ตและเกมออนไลน์. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564, จาก https://drive.google.com/file/d/0B5L_N4G_4NHLURQT3pnN0hWV1k/view
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐศรีณัฐย์ กิติศรี, คาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา, และสมบัติ สกฤพรณ์. (2563). การทำหน้าที่ของครอบครัวและการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(2), 1-11.
- ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. (2562). *ทักษะแห่งอนาคตใหม่: การศึกษาเพื่อศตวรรษที่ 21*. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564, จาก <https://bookscape.co/books/education-and-learning-societies/21st-century-skills>
- ผกาพรรณ นันทะเสน, ขวัญหญิง ศรีประเสริฐภาพ, และอัจจรา ประเสริฐสิน. (2563). คุณลักษณะของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตอย่างสร้างสรรค์ในวัยรุ่นไทย. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์*, 14(3), 91-105.
- พิพัฒน์พงศ์ เข้มปัญญา. (2561). พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 25(1), 120-124.
- รุ่งเกียรติ รัตนบานชื่น. (2563). *การเงินการธนาคารในยุคดิจิทัล 4.0 และระบบเศรษฐกิจดิจิทัล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นันทจันทร์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(2), 5-112.
- วราวิทย์ ชูชาติ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นจังหวัดปทุมธานี. *วารสารเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ*, 12(1), 16-127.
- วิภาดา พินลา. (2559). แนวทางการจัดการเรียนรู้สังคมศึกษาสู่ความเป็นพลเมืองไทย พลเมืองอาเซียน และพลโลก สำหรับผู้เรียนยุคศตวรรษที่ 21. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 10(4), 8-18.
- แหวดดา เตชาทวิวรรณ, และอัจจรา ประเสริฐสิน. (2559). การประเมินการรู้ดิจิทัลของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*, 34(4), 1-28.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2563). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2563*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564, จาก <https://www.etcha.or.th/th/newsevents/pr-news/ETDA-released-IUB-2020.aspx>
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2560). *แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- เสาวภาคย์ แผลมเพชร. (2559). พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี. *สุทธิปริทัศน์*, 30(93), 116-130.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. *คลินิก*, 13(7), 412-416.
- อุษณีย์ โพธิ์สุข. (2537). *วิธีสอนเด็กปัญญาเลิศ*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.

- Canares, M. (2018). *Online Privacy: Will they Care? Teenagers Use of social media and their Understanding of Privacy Issues in Developing Countries*, Retrieved 20 August 2021, from https://webfoundation.org/docs/2018/08/WebFoundationSocialMediaPrivacyReport_Screen.pdf
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187-195.
- Deonisius, R. F., Lestari, I., & Sarkadi, S. (2019). The effect of digital literacy to internet addiction. *Journal EDUCATIO: Journal Pendidikan Indonesia*, 5(2), 71-75.
- Garcia, C. G., & Ferrando, I. N. (2014). Digital literacy and metaphorical models. *Multidisciplinary Journal for Education, Social and Technological Sciences*, 1(2), 160-180.
- ITU. (2013). *Promoting digital literacy for women and girls at the bottom of the pyramid*. Retrieved 10 August 2021, from <https://www.itu.int/en/ITU-D/Digital-Inclusion/Women-and-Girls/Pages/Digital-Literacy.aspx>
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development: moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper & Row.
- Kuss, D., & Griffiths, M. (2015). *Internet addiction in psychotherapy*. New York: Springer.
- Lee, C.-M., Chang, F.-C., Chiu, C.-H., Chen, P.-H., & Miao, N.-F. (2014). Predictors of the initiation and persistence of Internet addiction among adolescents in Taiwan. *Addictive behaviors*, 39(10), 1434-1440.
- Newman, B. L. (2012). *Defining digital literacy*. Retrieved 13 July 2021, from <http://www.districtdispatch.org/2012/04/defining-digital-literacy>
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2011). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. London: Sage
- Vries, H. T., Nakamae, T., Fukui, K., Denys, D., & Narumoto, J. (2018). Problematic internet use and psychiatric comorbidity in a population of Japanese adult psychiatric patients. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-10.

EFFECTIVENESS OF THE IMPLEMENTATION OF THE PHONELINK PROGRAM AMONG PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE AFTER DISCHARGE FROM SUANPRUNG HOSPITAL, CHIANG MAI PROVINCE

*Chamaipron Vongprom, M.N.S. *, Hunsu Sethabouppha, Ph.D. **, Sombat Skulphan, RN, Ph.D. ****

Abstract

Objective: This study aimed to examine the effectiveness of implementing a Phonelink program among persons with alcohol dependence after discharge from Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province, from January to March 2021.

Methods: This study was an operational study which the 42 samples were purposively selected from three specific groups: 1) eighteen persons with alcohol dependence, 2) eighteen relatives of persons with alcohol dependence, and 3) six health care team members who implemented the program. The instruments used in this study were: 1) Phonelink Program; 2) Demographic Data Questionnaire; 3) TimeLine Follow Back; 4) Readmission record form according to the indicators of Suanprung Psychiatric Hospital; 5) The Opinion of Health Care Team Members Questionnaire; 6) the Opinion of Persons with Alcohol Dependence Questionnaire, and 7) the Opinion of relatives of Persons with Alcohol Dependence Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, mean, percentage, and comparing mean of heavy drinking days and stop drinking days using a t-test.

Results: 1) Results from the t-test comparing mean of heavy drinking days and stop drinking days after the program was statistically significantly higher than that before the program at .001 ($t = 25.26, P < .05$). There was no readmission within 28 days. 2) All persons with alcohol dependence were satisfied with the Phonelink program. 3) All relatives of persons with alcohol dependence were satisfied with the program. 4) All nursing personnel were satisfied with using the Phonelink program.

Conclusion: Phonelink program is effective and can reduce the number of heavy drinking days, increase the number of stopped drinking days, and lessen re-admission to hospitals, Therefore, healthcare providers should implement continuing care at a tertiary hospital.

Keywords: the Phonelink program, alcohol dependence, drinking behavior

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

**Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

Received: 10 October 2021, Revised: 2 April 2022, Accepted: 9 April 2022

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ชไมพร วงษ์พรม, พย.ม.*, ทรรรยา เศรษฐบุปผา, พย.ค.**, สมบัติ สุกุลพรรณ, ปร.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 3 กลุ่ม จำนวน 42 คน ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 18 คน ญาติผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 18 คน และทีมบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมกรตี้มโดยการติดตามเป็นช่วงเวลา 4) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสวนปรุง 5) แบบสำรวจความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมาใช้ 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เป็นโรคจิตสุราในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม 7) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวันคืนหมักและวันหยุดคืนโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการศึกษา : 1) ผลการวิเคราะห์สถิติทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยของวันคืนหมักและวันหยุดคืนภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 1 เดือน มีจำนวนวันคืนหมักลดลง และมีจำนวนวันหยุดคืนเพิ่มขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 25.26, p < .05$) และไม่มีการรับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 2) ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมทุกราย มีความพึงพอใจในทุกด้าน ร้อยละ 100.00 3) ญาติผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมทุกราย มีความพึงพอใจในทุกด้าน ร้อยละ 100.00 4) ทีมบุคลากรทางการแพทย์ทุกราย มีความพึงพอใจในทุกด้าน ร้อยละ 100.00

สรุป : โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมีประสิทธิผลในการลดจำนวนวันคืนหมัก เพิ่มจำนวนวันหยุดคืน และไม่มีการรับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จึงควรนำเสนอโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราไปใช้และขยายผลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา พฤติกรรมกรรมกรตี้มสุรา

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

วันที่รับ: 10 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 2 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับ: 9 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

ผู้มีปัญหาการดื่มสุราอย่างรุนแรง หรือผู้ที่ เป็นโรคติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะของการดื่ม สุราที่ไม่เหมาะสม และมีรูปแบบการดื่มจนนำไปสู่ การเกิดความบกพร่องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการหรือมากกว่า ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งติดต่อกันในช่วง 12 เดือนที่ ผ่านมา ได้แก่ ใช้สุราในปริมาณมากหรือในช่วง ระยะเวลา นานกว่าที่ตั้งใจไว้ อยากรับประทานอยู่ ตลอดเวลาโดยไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้ ใช้เวลาอย่างมากเพื่อให้ได้สุรานั้นมาหรือใช้เวลา ในการฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา มีความอยากหรือ ต้องการอย่างมากในการใช้สุรา บริโภคสุราใน ปริมาณมาก หรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้ มี ความต้องการสุราอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถหยุดดื่ม หรือควบคุมการดื่มสุรา การทำกิจกรรมทางสังคม หรืออาชีพลดลงจากการใช้สุรา บริโภคสุราซ้ำๆจน เกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติภาระหน้าที่ที่สำคัญ ใช้สุราอย่างต่อเนื่องแม้จะทราบว่าไม่มีโอกาสก่อหรือ กระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้ เกิดขึ้น มีอาการติดต่อสุราโดยมีอาการใช้สุราใน ปริมาณที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้อาการเบา ผลของสุราลดลง เมื่อใช้ในปริมาณเท่าเดิม มีอาการถอนพิษสุราโดยมี ลักษณะของกลุ่มอาการถอนพิษสุรา มีการใช้สุรา เพื่อบรรเทาอาการถอนพิษสุรา (American Psychiatric Association, 2013) จากการสำรวจระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า กลุ่มที่มีการดื่มสุราสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 25 - 44 ปี (ร้อยละ 36.00) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี และ 45 - 49 ปี ร้อยละ 33.50 และ 31.10 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,

2560) จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทย พบว่ามีผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) 9 แสนคน (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2561) และ จากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลสวนปรุง ปี 2559 - 2561 พบว่ามีผู้ที่มี ปัญหาจากการดื่มสุราจำนวน 1,372 ราย, 1,250 ราย และ 1,068 ราย และพบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราเพศ ชายจำนวน 887 ราย, 898 ราย และ 775 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 64.65, 71.84 และ 72.56 ของผู้ที่มี ปัญหาการดื่มสุราและการกลับมารับ การรักษาซ้ำ ของผู้เป็นโรคติดสุราที่รับการรักษาทั้งหมดในปี 2559 - 2561 พบผู้ป่วยโรคติดสุรากลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันร้อยละ 7.30, 8.20 และ 8.30 ของผู้ที่เป็น โรคติดสุราที่กลับมารักษาซ้ำ และพบว่าผู้ป่วย โรคติดสุรากลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันสูงถึงร้อยละ 19.60, 19.80 และ 16.20 ตามลำดับ ของจำนวนผู้เป็น โรคติดสุราที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2562)

ผู้ที่เป็น โรคติดสุราเป็นผู้ที่ดื่มสุราเป็น เวลานาน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และเศรษฐกิจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อร่างกายเป็น ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ สูญเสียการทรงตัว การควบคุมของระบบกล้ามเนื้อ ผิดปกติ การตัดสินใจช้าลง คิดนาน ความสามารถในการมองเห็นภาพลดลง มึนงงสับสน การรับรู้ต่อการกระตุ้นช้าลง (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนกาซทริน (Gastrin) ทำให้มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ

กระเพาะทะลุ เลือดออกในกระเพาะอาหาร (กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน, 2553) ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า ผู้ติดสุรามีความวิตกกังวล และบางรายมีโรคทางจิตประสาทร่วมด้วย เช่น มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง (ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, 2556) จากการศึกษา ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกับปริมาณการดื่มสุราหรือการดื่มสุราอย่างหนัก (จิราลักษณ์ นนทารักษ์, 2558) ส่วนผลกระทบด้านครอบครัว เกิดการทำร้ายร่างกาย ทะเลาะวิวาทรุนแรง มีการแยกกันของกลุ่มสมรส หรือหย่าร้าง และทำลายความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานจนเกิดปัญหาการทำงาน (เบญจพร ปัญญาขง, 2552) และผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนสูงกว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกถึง 7.38 เท่า (ธัชนันท์ โกมลไพศาล, 2562)

การบำบัดฟื้นฟูหลังจากพ้นระยะถอนพิษสุราถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมากเนื่องจาก เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีอาการด้านร่างกายและจิตใจฟื้นตัวพอที่จะทำกิจกรรมอย่างอื่นได้ เป็นระยะที่สามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราทนต่ออาการอยากสุรา โดยมีวิถีชีวิตที่สมดุลปราศจากการดื่มสุรา มีสุขภาพและจิตใจดีขึ้น ช่วยให้มีความสามารถในการปรับตัวอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ โดยการฟื้นฟูสภาพใช้ระยะเวลา 4 - 6 เดือน เป็นระยะที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนตนเองของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่สามารถที่จะนำไปสู่การเลิกสุราได้อย่างสำเร็จ (ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา, 2555) ซึ่งการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่เป็นโรคติดสุราในระยะฟื้นถอนพิษสุราในโรงพยาบาลสวนปรุงมีหลากหลาย ดังนี้ การ

บำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) การจัดการรายกรณี (case management) กลุ่มเอเอ (Alcoholic Anonymous: AA) การเข้ากลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enchantment Therapy: MET) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behaviour therapy) ซึ่งพบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้รับการบำบัดเพียงการบำบัดเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่ไม่ต้องการอยู่โรงพยาบาลนาน จึงทำให้บางรายไม่ได้เข้ากลุ่มบำบัด การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราควรจะต้องดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาหรือผู้เพิ่งเริ่มติดสุรา ซึ่งจะช่วยให้การแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น ด้วยการเสริมแนวทางการเลิกดื่มสุราตั้งแต่ยังเพิ่งเริ่มติดสุรา เปลี่ยนจากการรักษาเป็นการบำบัด (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2556)

การกลับไปปรึกษาซ้ำ เกิดจากการที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรากลับไปดื่มสุราซ้ำหลังจากการบำบัด และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สังเกต พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีความต้องการเลิกดื่มสุรา แต่ไม่สามารถที่จะหยุดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาด มีเพียงการลดปริมาณการดื่มลง และในที่สุดก็กลับมารักษาซ้ำ ซึ่งพบปัญหา 3 ด้านที่เป็นสาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ คือ 1) ด้านการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย ไม่ไปรับการตรวจตามนัด หลังรับประทานยามีอาการง่วงซึม เกิดความไม่สุขสบายจึงไม่รับประทานยา ขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน

จากอาการถอนพิษสุรา เมื่ออาการทุเลาก็มักจะลืมผลกระทบบจากการดื่มสุรา และคิดว่ายังสามารถดื่มสุราได้ ตนเองสามารถควบคุมการดื่มได้ และจะไม่ทำให้ติดซ้ำ 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ ทั้งผู้เป็นโรคติดสุรา และญาติขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำการบำบัดรักษาส่งต่อเมื่ออาการกำเริบ 3) ด้านการบริการสนับสนุน ประคับประคองพบว่า มีฐานะยากจน ไม่มีผู้จ้างงาน เกิดความเครียด ไม่สนใจดูแลสุขภาพร่างกาย และที่อยู่อาศัยของตนเอง และกลับไปดื่มสุราซ้ำ หรือบางคนมีงานทำ แต่เมื่อดื่มสุราแล้วไม่สามารถไปทำงานได้ ขาดงานและขาดรายได้ตามมา ส่งผลกระทบต่อครอบครัวสูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายในการพาผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่งโรงพยาบาล (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2562) จากสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าวพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่กลับมารักษาซ้ำ มีปัญหา 3 ด้านดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงได้มีการตระหนักถึงปัญหา และได้มีการค้นคว้าหาวิธีการที่จะนำมาบำบัดฟื้นฟูผู้ที่เป็นโรคติดสุราให้สามารถดูแลตนเอง และ ลด ละ พุดิตกรรมการดื่มสุราลง จนสามารถเลิกดื่มได้ หรือลดระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราลง และไม่กลับมารักษาซ้ำ แต่การรักษาที่จะทำให้ผู้ติดสุราเลิกดื่มได้อย่างเด็ดขาดนั้น เป็นสิ่งที่ยาก ผู้ป่วยจำนวนมากมักกลับไปดื่มซ้ำหลังออกจากการรักษาไประยะหนึ่ง (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม เป็นโปรแกรมที่เกิดผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุราเป็นหลัก โดยลักษณะของโปรแกรมประกอบไปด้วย การประเมิน

การซักถาม และการบันทึกในแบบบันทึก่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะผ่านทางโทรศัพท์ตาม 9 องค์ประกอบของแนวคิด การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การบำบัดดูแล (Treatment) ประกอบด้วยการบำบัดดูแลโดยมีความเกี่ยวข้องของสมาชิกในครอบครัว (Family involvement) การดูแลเรื่องยา (Medication support) การให้การปรึกษา(Counseling) 2) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation services) ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน (Rehabilitative approach to daily living skills) และ 3) การบริการสนับสนุน ประคับประคอง (Support) ประกอบด้วยการสร้างโอกาสในการทำงาน (Work opportunities) การจัดการเอกสาร (Entitlements) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (Housing assistance) การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย (Financial management) (हरया शरभुषा, जरुणी ररुववदन, और सरवरदन तेषरररर, 2556) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสม และเป็นไปได้ในการนำมาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุราในพื้นที่ที่ศึกษา จึงได้คัดเลือกโปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม มาใช้ในการแก้ไขปัญหของหน่วยงานที่เกิดขึ้น โดยใช้กรอบของ FAME ในการประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ (Pearson, Wicbula, Lockwood, & Court, 2005) ซึ่งพบว่า มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility) โปรแกรมมีความสะดวก และง่ายต่อการนำไปใช้ และมีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดำเนินการ ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ทำกิจกรรม

สามารถทำการอบรมจากผู้พัฒนาโปรแกรม มีความเหมาะสมกับบริบทและปัญหาของหน่วยงาน (Appropriateness) มีความสอดคล้องกับปัญหาของหน่วยงานในด้านการบำบัดฟื้นฟูที่ครอบคลุม มีคุณค่าต่อผู้รับบริการ (Meaningfulness) โดยช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับการดื่มสุราและสถานการณ์เสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกลับไปดื่มสุราซ้ำในชุมชน และเป็นการบำบัดฟื้นฟูที่มีความเฉพาะเจาะจง ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลดี มีประสิทธิผล (Effectiveness) ซึ่งจากการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการ ต้นทุนและต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุราและสารเสพติด 4 ภาค จำนวน 236 คน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการทดลองแบบสุ่ม และมีการควบคุม (Randomized Controlled Trial (RCT)) ซึ่งประสิทธิผลของการศึกษาพบว่า 1) ประสิทธิภาพทางคลินิก ได้แก่ 1.1) พฤติกรรมการดื่มสุราเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี โดยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง มีการดื่มสุราลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีเปลี่ยนแปลงการดื่มแบบติดทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) เป็นดื่มแบบติด (ร้อยละ 3.30 - 17.20) ดื่มแบบอันตราย (ร้อยละ 6.70 - 10.30) ดื่มแบบเสี่ยงมาก (ร้อยละ 13.30 - 36.70) ดื่มแบบปลอดภัย (ร้อยละ 20.00 - 53.30) และไม่ดื่ม (ร้อยละ 10.30 - 63.30) มีจำนวนวันดื่มหนักลดลง จาก 14.07-26 วันเป็น 0.90-7.10 วัน วันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นจาก 0 - 16.21 วันเป็น 20.17 - 28.23 วัน 1.2) คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยก่อนการทดลอง เสร็จสิ้นการทดลองทันที ระยะเวลา 1

เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุม มีปัญหาจากการใช้สุราลดลง ในระยะก่อนการทดลอง เสร็จสิ้นการทดลอง 6 เดือน จากช่วง 10.31 - 16.93 คะแนนเป็นช่วง 3.40 - 8.03 คะแนน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุม 1.3) มีการกลับมารักษาซ้ำน้อยลง โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผู้กลับไปรักษาซ้ำร้อยละ 30.00 - 60.33 ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับไปรักษาซ้ำร้อยละ 70.00 - 100.00 2) ประสิทธิภาพทางกระบวนการ ได้แก่ ทีมสุขภาพที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดสุรา มีความพึงพอใจ ในการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับดีขึ้น มีความพึงพอใจในการนำโปรแกรมไปใช้ทุกด้านร้อยละ 100.00 ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและญาติมีความพึงพอใจในการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมร้อยละ 100.00 (หรรษา เศรษฐบุปผา, 2558) จึงเห็นได้ว่า โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมสามารถช่วยให้พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดลง ซึ่งช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และยังใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วย

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ และนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมาเพื่อลด ละ เลิกการดื่มสุรา และลดจำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการเผยแพร่วัฒนธรรมของโรเจอร์ การเผยแพร่วัฒนธรรมเป็นกระบวนการถ่ายทอดความคิด ข่าวสาร หรือพฤติกรรมจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งไปสู่กลุ่มบุคคลหนึ่ง โดยมีการกระจายออกไปอย่างแพร่หลายจนเป็นผลให้เกิดการยอมรับความคิดและพฤติกรรมเหล่านั้น ซึ่งมี

ผลต่อวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและโครงสร้างของหน่วยงาน ซึ่งโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมเป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่เคยนำมาลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน ผู้ศึกษาจึงได้นำการเผยแพร่วัฒนธรรมของโรเจอร์มาใช้เพื่อเผยแพร่นวัตกรรมให้กับทางบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางคลินิก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรา และการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และความพึงพอใจของญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Study) การดำเนินการของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการ คือ บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ 2) ญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ได้แก่ บุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ติดสุราโดยเป็นสมาชิกในครอบครัว 3) ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง แบบผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยของแพทย์ ตามรหัสโรค คือ F10.2 ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับโปรแกรมที่นำมาใช้คือผู้ที่เป็นโรคจิตสุราชาย และอยู่ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นผู้ป่วยโรคจิตสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวนปรุง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด และขนาดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ปี 2563 ประมาณการตามจริงในระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งจากสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2563 มีประมาณ 18 คน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) ญาติผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 18 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 6 คน โดยรายละเอียดของคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม มีดังนี้

- 1) ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2564 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ได้แก่ อยู่

ในช่วงของการรักษาตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ ตามรหัสโรค คือ F10.2 เป็นผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 19 - 59 ปี อยู่ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความต้องการลดละเลิกการใช้สุรา มีปัญหาซับซ้อนด้านจิตสังคม หรือปัญหาโรคร่วมทางจิตเวชสามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์สามารถติดต่อสื่อสารได้ และมีความสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์

2) ญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่เข้าร่วมในการศึกษา กำหนดคุณสมบัติของญาติได้แก่ เป็นผู้ดูแลหลัก และอาศัยในบ้านเดียวกันมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบตามโปรแกรม มีโทรศัพท์มือถือ/บ้านในการติดต่อสื่อสาร สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ และมีความสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

3) บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ ได้แก่ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุงที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดสุรา มีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยสุรา ไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรม โทรถามตามเยี่ยม สามารถโทรศัพท์ในการติดตามและให้การบำบัดทางโทรศัพท์ได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม ยินดีและมีความสมัครใจ

ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม และการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ 2563-083 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่โครงการ SPH.IRB 017/2563 SCs_Ful ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการภายในขอบข่ายโครงร่างการศึกษาที่น่าเสนอ ผู้ศึกษาได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่ม โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และกระบวนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาได้ตลอดช่วงดำเนินการศึกษา โดยจะไม่เกิดผลเสียหายใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ โดยการลงชื่อในเอกสารยินยอม ผู้ศึกษาจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ผู้ศึกษาเก็บไว้เป็นความลับ โดยได้สรุปผลการศึกษาออกมาเป็นภาพรวม และใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการ ได้แก่ โปรแกรมโทรถามตามเยี่ยมพัฒนาโดยहरยา

เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องความต้องการการดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์จากผู้ติดสุราและสารเสพติด ญาติ แกนนำในชุมชนและทีมสุขภาพ ร่วมกับเนื้อหาที่คัดแปลงจากโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจสำหรับผู้ติดสุรา (หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมิ์สูวิวัฒน์, นพวรรณ อุปคำ, และภรภัทร ลิ้มระวงศ์, 2555) ต่อจากนั้นจึงนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม โดยลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วยชุดเครื่องมือ 4 เล่ม ได้แก่ คู่มือการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์สำหรับบุคลากร คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดสุราและใช้สารเสพติด คู่มือการดูแลผู้ติดสุราและใช้สารเสพติดโดยญาติ และแบบบันทึกโทรถามตามเยี่ยมสำหรับการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์ โดยดำเนินกิจกรรมตามคู่มือ ดังนี้ ทำการโทรศัพท์ถึงผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จำนวน 5 ครั้ง และโทรศัพท์ไปยังญาติจำนวน 2 ครั้ง ร่วมกันกับการโทรศัพท์ถึงผู้ที่เป็นโรคติดสุราครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที โดยครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรถามตามเยี่ยมการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดการที่อยู่อาศัย และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตการเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 3 การรับประทานยา การส่งเสริมสุขภาพ และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงาน การจัดการเงิน และการให้การปรึกษา ครั้งที่ 5 การประเมินและให้ความรู้ และติดตามต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 6 ชุดคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาของการดื่มสุรา จำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

2. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มโดยการติดตามเป็นช่วงเวลา (Time Line Follow Back) (Sobell et al., 2001) แปลเป็นภาษาไทยโดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) โดยได้ดำเนินการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) จนได้แบบประเมินฉบับภาษาไทย สำหรับใช้ในการวิจัย การแปลผลคะแนนเทียบการดื่มมาตรฐานโดยกำหนดให้เครื่องดื่มประเภทสุรา 30 cc เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐาน และเบียร์ 330 cc เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐาน และกำหนดวันดื่มหนักมากกว่า หรือ เท่ากับ 5 ดื่มมาตรฐาน แล้วนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มต่อเดือน (1 ดื่มมาตรฐาน หมายถึง เบียร์ 5 ดิกรี 1 กระป๋อง 330 cc, เหล้าขาว 40 ดิกรี 32 cc 1 เป๊ก/ตอง/กึ่ง 50 cc เท่ากับ 1.50 ดื่ม, เหล้าสี 30-40 ดิกรี 2 ฝาใหญ่ เท่ากับ 30 cc , ไวน์ 12 ดิกรี (100 cc) หรือ 1 แก้ว (100 cc) ในผู้ชายไม่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในแต่ละสัปดาห์ควรหยุดดื่ม

อย่างน้อย 2 วัน ทั้งนี้ไม่เกิน 6 เดือนมาตรฐานในวันเดียว)

3. แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นแบบบันทึกข้อมูลการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสวนปรุง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ที่สร้างขึ้นโดยโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 1) เดือนที่จำหน่าย 2) ปีงบประมาณ 3) ผู้ป่วย F10.2 กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 4) เปอร์เซ็นต์ไม่กลับมารักษาซ้ำ 28 วัน และ 5) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

4. แบบสำรวจความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมาใช้แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยहरषा เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) มีข้อความจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) ความมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา 2) ความมีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา 3) ความมีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน 4) ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 5) ความคุ้มค่าคุ้มทุนต่อการดำเนินงาน 6) ความมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน และ 7) ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม เป็นแบบเลือกตอบเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เป็นโรคจิตตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม แบบสอบถามนี้พัฒนาโดย हरषा เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของผู้เป็นโรคจิตตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมเกี่ยวกับความมีประโยชน์ต่อตนเอง ความมีประโยชน์ต่อญาติ

ความสะดวกและความพึงพอใจเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน มีข้อความจำนวน 4 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ = เห็นด้วย หรือ ไม่ใช่ = ไม่เห็นด้วย และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อคิดเห็นในคำถามแต่ละข้อ

การแปลคะแนน คะแนนจากข้อความคิดค่าความถี่ของจำนวนผู้ตอบและนำมาคำนวณเป็นร้อยละในแต่ละข้อโดยการตอบว่า ใช่ หมายถึง มีความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องนั้น ส่วนข้อมูลจากคำถามปลายเปิดนำมาจัดหมวดอยู่ในคำถามแต่ละข้อ

6. แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดย हरषा เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) เป็นการสอบถามการรับรู้ของญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมเกี่ยวกับความมีประโยชน์ต่อผู้จิตตสุรา ความมีประโยชน์ต่อญาติ ความสะดวก และความพึงพอใจในเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน มีข้อความจำนวน 4 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ = เห็นด้วย หรือ ไม่ใช่ = ไม่เห็นด้วย และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อคิดเห็นในคำถามแต่ละข้อ

การแปลคะแนน คะแนนจากข้อความคิดค่าความถี่ของจำนวนผู้ตอบและนำมาคำนวณเป็นร้อยละในแต่ละข้อโดยการตอบว่า ใช่ หมายถึง มีความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องนั้น ส่วนข้อมูลจากคำถามปลายเปิดนำมาจัดหมวดอยู่ในคำถามแต่ละข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1. โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดย हरषा

เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) ได้รับการแนะนำ และปรับแก้ให้มีเนื้อหาถูกต้อง และครอบคลุมจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลง เนื้อหา จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาซ้ำ

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบ บันทึกรายข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรม การดื่ม โดยการติดตามเป็นช่วงเวลา (Time Line Follow Back) (Sobell et al., 2001) แปลเป็นภาษาไทย โดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) โดย วิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) จนได้แบบ ประเมินฉบับภาษาไทยสำหรับการวิจัย 3) แบบ บันทึกรายการกลับมารักษาซ้ำตามตัวชี้วัดของ โรงพยาบาลสวนปรุง 4) แบบสำรวจความคิดเห็น ของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมโทรตามตาม เยี่ยมมาใช้ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่ เป็นโรคจิตสุรา 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของ ญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ผู้ศึกษานำมาใช้โดย ไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่ม (Time Line Follow Back) ผู้ศึกษาได้นำไปทดลองใช้ในผู้ที่เป็น โรคจิตสุราที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน (พิมพ์ภรณ์ แก้วมา, พิกุล วิริยา และ พูลทรัพย์ วงศ์วรรณ, 2564) ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ โดยการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) เป็นการทดสอบด้วยแบบทดสอบ เดียวกันจำนวนสองครั้งในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ หลังการทดสอบครั้งแรก โดยนำไปคำนวณค่า

ความสอดคล้องของผลการทดสอบ โดยการหาค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) (อนิวัช แก้วจันทร์, 2564) ได้ ค่า $r = 1$ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (จารุณี ไชยมูล และ Jarunee Chaimoon, 2542)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจาก โครงร่างการศึกษาผ่านการ พิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ และโรงพยาบาลสวนปรุงแล้ว ผู้วิจัยได้มี การทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล สวนปรุง เพื่อขออนุญาตดำเนินการใช้โปรแกรม โทรตามตามเยี่ยมในพื้นที่ โดยดำเนินการตาม กรอบแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ซึ่ง มี 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะให้ความรู้ (The knowledge stage) 2) ระยะโน้มน้าว (The persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (The decision stage) 4) ระยะลงมือ ปฏิบัติ (implementation stage) 5) ระยะยืนยันผล (confirmation stage) ซึ่งมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการ (ระยะที่ 1-3 ของโรเจอร์) ผู้ศึกษานำเสนอสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของปัญหาที่พบ และผลกระทบที่เกิดขึ้นของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ของ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่หลังจำหน่าย กลับไปสู่ชุมชน เพื่อเป็นการสะท้อนถึงข้อมูล เกี่ยวกับปัญหาการดูแล และการติดตามผู้ที่เป็นโรค จิตสุรา ให้แก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลได้รับทราบ เมื่อทีมบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลยอมรับ และตัดสินใจใช้โปรแกรมแล้ว ผู้ศึกษาให้ข้อมูล คำชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร เปิด

โอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมโครงการนี้ ต่อจากนั้น ผู้ศึกษาจัดเตรียมเอกสารคู่มือ แบบสอบถามหนังสือแสดงความยินยอม เตรียมอุปกรณ์ วัสดุในการดำเนินการ และให้ผู้ดำเนินการมีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรม ผู้ศึกษาและทีมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด 6 คน ได้เข้ารับการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมโทรตามตามเชื่อมกับอาจารย์ ดร.हरรรษา เศรษฐบุปผาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ซึ่งพัฒนาโปรแกรมการบำบัด ผ่านทางระบบออนไลน์ (Zoom Video Conference)

2. ขั้นตอนการ (ระยะที่ 4 ของโรเจอร์) ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลและที่ได้รับการนัดหมายให้มาตรวจตามนัดในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และทำการประเมิน สังเกต และสัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้บริการ และใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มโดยการติดตามเป็นช่วงเวลา (TimeLine Follow Back) (Sobell et al., 2001) ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราย้อนหลัง 1 เดือนก่อนเข้าร่วม โปรแกรมโทรตามตามเชื่อม มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม จำนวน 6 คน เพื่อใช้ในการแจ้งและสอบถามข้อมูลเป็นระยะ โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์แต่ละคนได้รับผิดชอบในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตสุราอัตรา 1 ต่อ 3 โดยทำการโทรศัพท์ ถึงผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 5 ครั้ง และโทรศัพท์ไปยังญาติจำนวน 2 ครั้ง ร่วมกันกับการ

โทรศัพท์ถึงผู้ที่เป็นโรคจิตสุราครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที โดยดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรตามตามเชื่อมการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดการที่อยู่อาศัย และการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตการเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 3 การรับประทานยาการส่งเสริมสุขภาพ และการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงาน การจัดการเงิน และการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 5 การประเมินและให้ความรู้ และติดตามต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน

3. ขั้นตอนประเมินผลลัพธ์ (ระยะที่ 5 ของโรเจอร์) รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 18 คน นำแบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มโดยการติดตามเป็นช่วงเวลา ประเมินหลังได้รับ โปรแกรมโทรตามตามเชื่อมครั้งที่ 5 เป็นเวลา 1 เดือน สอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และความคิดเห็นของทีมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการนำโปรแกรมไปใช้ ประเมินหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเชื่อม โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและทีมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนวันที่วันดื่มหนักและหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยใช้สถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ และเปรียบเทียบค่าร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม

ส่วนที่ 3-4-5 ข้อมูลความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมาใช้ ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ติดสุรา และข้อมูลความพึงพอใจของญาติต่อการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละของแต่ละข้อคำถาม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และทีมบุคลากรทางการแพทย์

ข้อมูลผู้ที่เป็น โรคจิต สุราที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 29 - 59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.40 โดยเฉลี่ยมีอายุ 43.06 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 50.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.80 ประกอบอาชีพรับจ้าง

เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 33.30 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 38.90 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 2 - 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 61.10 ระยะเวลาของการดื่มส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.60 และข้อมูลส่วนบุคคลของทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 28 - 53 ปี เฉลี่ย 39 ปี (SD = 8.70) จบการศึกษาระดับปริญญาโทมากที่สุด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 22 ปีมากที่สุด เฉลี่ย 10 ปี (SD = 7.70) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ระหว่าง 1-10 ปี เฉลี่ย 5.3 ปี (SD = 3.10)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็น โรคจิตสุรา 1 เดือนไม่พบ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา กลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุราแสดงไว้ในตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันที่ดื่มหนักและวันหยุดดื่มของผู้ที่เป็น โรคจิตสุรา ก่อนได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม 1 เดือน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันดื่มหนัก 21.60 วันต่อเดือน (SD = 9.50) และหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันดื่มหนักลดลงเหลือ .50 วันต่อเดือน (SD = 2.10) และพบว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม 1 เดือน (n = 18)

	วันดื่มหนัก		วันหยุดดื่ม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	21.60	9.50	4.60	5.20	5.20	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	.50	2.10	29.40	3	25.26	.000*

*p-value < .05

โทรตามตามเยี่ยม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันหยุดดื่ม 4.60 วันต่อเดือน (SD=5.20) และหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นเป็น 29.40 วันต่อเดือน (SD = 3) ซึ่งผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของจำนวนวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนัก 21.60 วันต่อเดือน ส่วนค่าเฉลี่ยวันหยุดดื่ม 4.60 วันต่อเดือน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} = 0.000$) และพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนัก .50 วันต่อเดือน ส่วนค่าเฉลี่ยวันหยุดดื่ม 29.40 วันต่อเดือน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value}=0.000$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นของทีมบุคลากรทางการพยาบาลที่นำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมไปใช้ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

พบว่า ทีมบุคลากรทางการพยาบาลจำนวนทั้งหมด 6 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีประโยชน์ในการประสานกับงานประจำของ

หน่วยงานมีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ โปรแกรมมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน มีความคุ้มค่าคุ้มทุนต่อการดำเนินงาน และมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวนทั้งหมด 18 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เห็นด้วยกับความมีประโยชน์ของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมต่อตัวเอง เห็นว่าโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแล ความสะดวกในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม และมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมโดยรวม

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม

พบว่า ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจำนวนทั้งหมด 18 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เห็นด้วยกับความมีประโยชน์ของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมต่อตัวเอง ความมีประโยชน์ของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในความ

ดูแล ความสะดวกของตนเองและผู้ที่ เป็นโรคจิตสุรา ในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม และมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยรวม

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางคลินิก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรา และการกลับมารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 1 เดือน เปลี่ยนไปในทางที่ดี มีจำนวนวันดื่มหนักลดลง จำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 1 เดือน ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคจิตสุรา ร้อยละ 100.00 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมีลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้คำปรึกษา การดำเนินกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การดูแลร่างกาย จิตใจ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การจัดการกับความเครียด ออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีรวมไปถึงการสื่อสารกัน ในครอบครัว ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการ

เลิกดื่มสุรา ก่อให้เกิดการลด ละ เลิกการดื่มสุราลง

- 3) ด้านการบริการสนับสนุน ปรึกษา ปรึกษา (Support services) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การให้ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพ การแนะนำการดูแลที่อยู่อาศัย การให้คำแนะนำการเงิน โดยการทำบัญชีรายรับรายจ่ายในครัวเรือน (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2556) โดยญาติจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ได้แก่ เรื่องการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้คำปรึกษา ซึ่งหลังจบกิจกรรม 5 ครั้ง ตามโปรแกรม พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราต่อตนเองและครอบครัว มีความรู้เรื่องการจัดการกับภาวะวิกฤต อาการถอนพิษสุรา อาการหงุดหงิด กระวนกระวาย จากการอยากดื่มสุรา สาเหตุ และปัญหาการทะเลาะกับญาติ ซึ่งเกิดจากการพูดคุยสื่อสารระหว่างผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และญาติที่ไม่เหมาะสม ญาติไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ระหว่างมีอาการเมาสุราได้ จึงเกิดการทำร้ายร่างกายเกิดขึ้น และญาติมีความรู้สึกเบื่อหน่าย และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ญาติมีการแสดงออกถึงการปรับตัว และการเผชิญปัญหา สามารถหาที่ปรึกษาได้เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้ สามารถพูดคุยให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อไม่มีการดื่มสุราได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตสุรา โรงพยาบาลกระแสนินธุ์ จังหวัดสงขลา พบว่า ร้อยละ

50.00 มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย สาเหตุมาจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการเมาสุราก็มีอาการหงุดหงิด ทำให้ญาติรู้สึกเบื่อหน่าย และการมีบุคคลที่คอยช่วยในการดูแล เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระ ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ต่อการดูแลและรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลลดลงหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว (กุสุมา แก้วแดง, 2564) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของยวดี อัครลาวัณย์ (2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็โรคริดสีดวงทวารหนัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100.00 เมื่อผู้ที่เป็โรคริดสีดวงทวารได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ จากทั้งแหล่งสนับสนุนภายในและภายนอกก็จะทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเอง มีความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะนำไปสู่การลด ละ เลิกการดื่มสุราได้อย่างยั่งยืน (อรัญญา สาลี และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2563) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้จริง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคริดสีดวงทวาร และความพึงพอใจของญาติของผู้ที่เป็นโรคริดสีดวงทวารหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลทุกรายมีความพึงพอใจทุกด้านร้อยละ 100.00 เนื่องจากโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมมีชุดคู่มือประกอบการติดตามของผู้ป่วยที่เป็นโรคริด

สีดวงทวาร จำนวน 4 เล่ม ประกอบด้วย 1) คู่มือการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์สำหรับบุคลากรสุขภาพ 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดสุราและใช้สารเสพติด 3) คู่มือการดูแลผู้ติดสุราและใช้สารเสพติดโดยญาติ และ 4) แบบบันทึกโทรตามตามเยี่ยม ในการโทรเยี่ยมผู้ที่เป็โรคริดสีดวงทวารจำนวน 5 ครั้ง และญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที ประเมินจากการสังเกต ซักถาม และแบบบันทึกโทรตามตามเยี่ยม โดยมีกิจกรรม ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรตามตามเยี่ยมถึงการดำเนินกิจกรรมประจำวันการจัดการที่อยู่อาศัย และการให้การศึกษา ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตการเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้การศึกษา ครั้งที่ 3 การรับประสานยาการส่งเสริมสุขภาพ และการให้การศึกษา ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงาน การจัดการเงิน และการให้การศึกษา ครั้งที่ 5 การประเมินและให้ความรู้ และติดตามต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน และมีแบบบันทึกในการดำเนินงานที่ชัดเจนทำให้มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และบุคลากรทางการพยาบาลได้รับการอบรมการใช้ก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรม หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อปรึกษาการใช้คู่มือได้ ทำให้ทีมบุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางในการบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคริดสีดวงทวารทางโทรศัพท์เพิ่มมากขึ้น และสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคริดสีดวงทวารได้ โปรแกรมมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ เน้นการบำบัดดูแลแบบประคับประคอง สนับสนุนและการฟื้นฟูสภาพ มีประโยชน์ในการประสานกับงานประจำของหน่วยงานในการดูแลเชิงรุก ทำให้

ทำงานเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา อำเภอเถลิง จังหวัดลำพูน ที่พบว่า ทีมสุขภาพมีความเห็นด้วยว่าโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีความสะดวก และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติร้อยละ 100.00 เนื่องจากมีชุดคู่มือที่มีรายละเอียดของโปรแกรมประกอบไปด้วย ลักษณะของการบำบัดเชิงรุกในชุมชนในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและขั้นตอนการดำเนินงานของโปรแกรม 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ (พิมพร กำแพงทิพย์, 2556) ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมโทรตามเยี่ยมทุกราย มีความพึงพอใจทุกด้านร้อยละ 100.00 เนื่องจากโปรแกรมมีคู่มือการดูแลผู้ติดสุราสำหรับการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์ ซึ่งมีเนื้อหาในการให้ความรู้ ช่วยจัดการกับปัญหา และการให้คำปรึกษา โดยมีการติดตามดูแล เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา รวมไปถึงการให้กำลังใจในการเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเอง มีความตระหนักในการดูแลตนเอง มาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีสอดคล้องกับการศึกษาของทศพรทองชัย และคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลคู่ชุมชน ในการติดตามประเมินผลพฤติกรรมงดดื่มสุราเมื่อผู้รับบริการกลับไปอยู่บ้าน ผู้รับการบำบัดสุรามีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีคุณสมบัติให้กำลังใจทำให้ชีวิตมีความหวัง และ

สามารถหยุดดื่มสุราได้นาน 3 เดือน ในขณะที่ความพึงพอใจของญาติหลังได้รับโปรแกรมโทรตามเยี่ยม พบว่า ญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทุกรายมีความพึงพอใจทุกด้าน ร้อยละ 100.00 และจากข้อคิดเห็นของญาติหลังได้รับโปรแกรมโทรตามเยี่ยม พบว่า การติดตามดูแลที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้ญาติเกิดความไว้วางใจ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราลด ละ และเลิกการดื่มสุราได้จริง ภายใน 1 เดือนไม่มีการกลับมาปรึกษาซ้ำ จึงมีความเชื่อมั่นในการบำบัดดูแล และมีความพึงพอใจต่อการบำบัด มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ตนเอง และผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหรรษา เศรษฐบุปผา (2558) พบว่าเมื่อญาติหรือผู้ดูแลได้รับความรู้ และทักษะในการสื่อสารทำให้ในครอบครัวมีการสื่อสารกันในทางบวก และการศึกษาของพิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ (พ.ศ. 2550) อ่างใน ธิษณามา โพธิ์งาม และเพ็ญพัศตร์ อุทิศ, 2561) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา พบว่า สมาชิกในครอบครัว คือ ผู้ที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนให้ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหยุดดื่ม โดยเฉพาะด้านอารมณ์

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย

โปรแกรมโทรตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม โดยมีจำนวนวันดื่มหนักที่ลดลง และจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้น ลดการกลับมาปรึกษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้ จึงควรมีการนำเสนอเชิงนโยบายให้มีการบรรจุการนำโปรแกรมโทรตามเยี่ยมไปใช้ในหน่วยงาน

โรงพยาบาล

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการนัดเวลาการเยี่ยมทางโทรศัพท์ ช่วงเย็นเนื่องผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและญาติทำงาน ช่วงกลางวันสะดวกในตอนเย็น และควรมีการนัดหมายล่วงหน้า และโทรไปย้ำวันนัดล่วงหน้ากับญาติหรือผู้ดูแลก่อน 1 วัน เพื่อให้บรรลุล่วงวัตถุประสงค์ ในการดำเนินการตามโปรแกรม

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โดยมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราหลังจากได้รับโปรแกรม ระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และควรมีการพัฒนาโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง และสามารถประเมินพฤติกรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยการโทรวิดีโอผ่านไลน์ซึ่งจะสามารถเห็นหน้าคู่สนทนา และการส่งรูปภาพผ่านไลน์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษปัญญา และหัวหน้าหอผู้ป่วยกรุณาทุกท่าน ที่อนุญาติให้ผู้ศึกษาได้เข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่เพื่อประโยชน์แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และทีมบุคลากร

ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสวนปรุงที่ได้ให้ความร่วมมือในการติดตามและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานซึ่งส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.हरรษา เศรษฐบุผา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ สกฤตพรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระที่ได้สละเวลาให้คำชี้แนะและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์พร้อมทั้งตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.हरรษา เศรษฐบุผา ผู้พัฒนาโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ที่ได้อนุญาตให้ผู้ศึกษานำโปรแกรมมาใช้ และได้ให้ความอนุเคราะห์มาเป็นวิทยากรในการอบรมการใช้โปรแกรมแก่ทีมบุคลากรทางการพยาบาลจนส่งผลให้การศึกษาในการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กุสุมา แก้วแดง. (2564). การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตสุรา โรงพยาบาลกระแสนินธุ์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 51-64
- กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุณี ไชยมูล, และ Jarunee Chaimoon. (2542). ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 และอำนาจการทดสอบสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและแบบสเปียร์แมน เมื่อใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และการแจกแจงแบบต่าง ๆ โดยเทคนิคมอนติคาร์โล. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จิราลักษณ์ นนทกรักษ์. (2558). *การดื่มสุรากับภาวะซึมเศร้า*. ใน *สาวตรี อัยฉางค์กรชัย (บรรณาธิการ), ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2559 - 2561 (พิมพ์ครั้งที่ 1 หน้า 73-76)*. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- ทานตะวัน สุรเดชาสกุล. (2556). *แอลกอฮอล์กับความรุนแรง*. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.).
- ทศพร ทองย้อย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, และกิตติภูมิ ภิญโย. (2562). *การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ชุมชน*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 80-89.
- ธิษณา มา โปธีงาม, และเพ็ญพักตร์ อุทิส. (2561). ผลของโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 450-458.
- ธัชพันธ์ โกมลไพศาล. (2562). การประเมินต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2560. *คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- เบญจพร ปัญญาขง. (2552). *การปฐมพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พิมพ์ครั้งที่1)*. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาแบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).
- พันธุภา กิตติรัตนไพฑูริย์. (2556). *ศส. เผยแอลกอฮอล์ทางยทำงานดื่มน้ำใหม่เพิ่ม*. สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2564, จาก <https://www.hfocus.org/content/2013/09/4759>
- พันธุภา กิตติรัตนไพฑูริย์, นพพร ตันดิรังสี, วรวรรณ จูหา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, และสาวตรี อัยฉางค์กรชัย. (2561). *แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พิมพ์ครั้งที่1)*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2553). *จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาแบบรูปแบบและวิธีการบริโภคสุราแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พิมพ์พร กำแพงทิพย์. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราอำเภอลี่ จังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์ภากรณ์ แก้วมา, พิภูล วิริยา, และพุดทรีพงษ์ วงศ์วรรณ. (2564). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกรรมการดื่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์โรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 1(1), 1-14.
- ยุวดี อัครลาวัณย์. (2555). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์*. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2562). *ฐานข้อมูลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2559-2561*. เชียงใหม่: ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหารโรงพยาบาลสวนปรุง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2563). *ฐานข้อมูลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2562-2563*. เชียงใหม่: ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหารโรงพยาบาลสวนปรุง.
- ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา.(2555). *การฟื้นฟูสมรรถภาพ*. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2564 จาก, <http://www.1413.in.th/contents/view/46>
- สาวตรี อัยฉางค์กรชัย. (2552). *การคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พิมพ์ครั้งที่1)*. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาแบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *ผลสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา พ.ศ. 2560*. สืบค้นเมื่อ 16 กันยายน 2562, จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N30-08-61-2.aspx>

- หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัชมิสูวิวัฒน์, และสทวารรัตน์ เทพประสงค์. (2556). *ผลลัพธ์ทางคลินิก และ กระบวนการ ต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินการ โปรแกรม โทรดาม ตามเยี่ยม (โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์) สำหรับผู้ติดสุราและใช้สารเสพติด: กรณีศึกษา 4 ภาค. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)*.
- หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัชมิสูวิวัฒน์, ภรภัทร สิมะวงค์, และ นพวรรณ อุปคำ. (2555). *แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. เชียงใหม่: พิมพ์เดือนดี.
- หรรษา เศรษฐบุปผา, ชลธิดา สิมะวงค์, นพวรรณ อุปคำ, และ จารุณี รัชมิสูวิวัฒน์. (2553). *การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา.แผนพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. เชียงใหม่: พิมพ์เดือนดี สืบค้นเมื่อ 16 กันยายน 2562, จาก https://mis.nurse.cmu.ac.th/mis/research/view_research_detail.asp?TRes_id=03-56-A-53
- หรรษา เศรษฐบุปผา. (2558). *ผลลัพธ์ทางคลินิกและ กระบวนการ ต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินการ โปรแกรม โทรดาม ตามเยี่ยม ฉบับสั้น (โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์) สำหรับผู้ติดสุราและใช้สารเสพติด: กรณีศึกษา 4 ภาค. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)*.
- อนิวัช แก้วจันทงศ์. (2564). *แนวคิดเกี่ยวกับการวัด ปัจจัยที่มีผล ต่อความคลาดเคลื่อนจากการวัด การตรวจสอบคุณภาพ ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (เน้นเครื่องมือวัดเชิงปริมาณ)*. สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2565, จาก https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2021091022210536.pdf
- อัญญา สาลี, และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2563). *การปรับตัวของครอบครัวที่มีบุคคลติดสุรา: การศึกษาหลายกรณี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(2), 188-194.*
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). *The JBI model of evidence-based healthcare. JBI Reports. 3(8), 207-216.* Retrieved June 23, 2020, from http://cfkr.dk/media/343307/alan_pearson_temadag_130913.pdf
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. & Lockwood, C. (2005). *The JBI model of evidence-based healthcare. Int J Evidence-Based Healthcare, 2, 207-215.*
- Sobell, L. C., Agrawal, S., Annis, H. M., Ayala-Velazquez, H., Echeverria, L., Leo, G. I., et al. (2001). *Cross-cultural evaluation of two drinking related assessment instruments: Alcohol Timeline Follow back and Inventory of Drinking Situations. Substance Use & Misuse, 36, 313-331.*

THE EFFECTS OF DEPRESSION AND MENTAL TRAUMA EXPERIENCE ON SUICIDE RISK AMONG ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS IN EXTENDED OPPORTUNITY SCHOOLS, NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE

Wisuttisak Vanprom, Ph.D. *, Montha Saithanwanitkul, RN., B.N.S. **,

Riawphai Chantarachit, M.S. ***, Saifon Aekwarangkoon, RN., Ph.D****

Abstract

Objective: This correlational predictive research was aimed to determine the prevalence of depression, mental trauma experience, suicide risk and predictive factors of suicide risk among students.

Methods: The sample was selected by stratified random sampling from 421 elementary school students in extended opportunity schools, Nakhon Si Thammarat Province. Data were collected by the personal questionnaire, Thai Version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents, Suicide questionnaires, and Trauma questionnaires. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and logistic regression analysis.

Results: The results revealed that 72.44 percent of the subjects had depression, 41.09 percent experienced in high trauma level, and 48.22 percent were at risk of suicide. Mild and high level of depression were 3.58 times more likely to have suicide risk (95%CI = 1.95 - 6.82, $p = 0.001$) and 21.9 times (95%CI = 9.1 - 57.69, $p = 0.001$). Mental trauma experience in moderate and high level was 4.67 times more likely to suicide risk (95%CI = 2.48 - 9.06, $p = 0.001$) and 8.48 times (95%CI = 4.61 - 16.11, $p = 0.001$).

Conclusion: Teachers, parent and public health personnel should prioritize screening for depression and mental trauma experience to increase sensitivity to surveillance and early suicide prevention among students.

Keywords: predictive factor, suicide, depression, mental trauma experience, adolescent

*Lecturer, Faculty of Education, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of nursing, Suratthani Rajabhat University, e-mail: thanasrifa@gmail.com

***Ph.D. Student, Faculty of Science, Mahidol University

****Associate Professor, School of Nursing, Walailak University

Received: 30 October 2021, Revised: 6 April 2022, Accepted: 12 April 2022

ผลของภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจต่อ การฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิสุทธิศักดิ์ ทวานพร้อม, Ph.D. *, มณฑา สายธารวานิชร์กุล, RN., พย.บ. **

เรียวไผ่ จันทร์ชิต, วท.ม.***, สายฝน เอกวางกูร, RN., Ph.D****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียน

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบชั้นภูมิจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 421 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแบบวัดประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา : พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 72.44 มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับสูงร้อยละ 41.09 ร้อยละ 48.22 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและระดับมากมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น 3.58 เท่า (95%CI = 1.95 - 6.82, $p = 0.001$) และ 21.9 เท่า (95%CI = 9.1 - 57.69, $p = 0.001$) ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับปานกลางและระดับสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น 4.67 เท่า (95%CI = 2.48 - 9.06, $p = 0.001$) และ 8.48 เท่า (95%CI = 4.61 - 16.11, $p = 0.001$)

สรุป : ครู ผู้ปกครอง และบุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญต่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจเพื่อเพิ่มความไวต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักเรียนตั้งแต่ในระยะแรก

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย ฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ วัยรุ่น

*อาจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

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

***นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วันที่รับ: 30 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 6 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับ: 12 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขที่มีอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องของทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ผลการศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายของกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 13 - 17 ปี ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบรายงานการพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 3.90 ในประเทศอินโดนีเซีย และร้อยละ 13.30 ในประเทศไทย (World Health Organization, 2017) รายงานสถิติการฆ่าตัวตายของกลุ่มวัยรุ่นไทยอายุระหว่าง 10 - 19 ปี ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบร้อยละ 3.50, 3.70 และ 2.51 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ขณะที่ผลการศึกษาความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดอุบลราชธานีพบ ร้อยละ 16.8 (สุพัตรา สุขาวห และคณะ, 2563) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและทวีความรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่น

การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ระบบบริการสุขภาพ และความเข้มแข็งของประเทศ ผู้มีชีวิตรอดจากการพยายามฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกผิด คิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของปัญหา ขณะที่ครอบครัวมักเกิดความรู้สึกเครียดและอับอายในความบกพร่องของการทำหน้าที่จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2560) ด้านสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพ วัยรุ่นถือเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้า

ในอนาคต การฆ่าตัวตายทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ จนเกิดเป็นความพิการหรือทุพพลภาพส่งผลให้สังคมขาดกำลังคนคุณภาพที่เติบโตเพื่อพัฒนาประเทศ ยิ่งกว่านั้น การดูแลร่างกายและสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายส่งผลให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของประเทศโดยไม่สามารถประมาณค่าความเสียหายได้ (ปริญญา ชะอินวงษ์, สมบัติ สกฤษพรรณ, และดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2563)

การฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับความคิดเกี่ยวกับความตายตั้งแต่ช่วงวัยเด็กตอนปลายถึงวัยรุ่นตอนต้น รวมทั้งการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีรูปแบบแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ การฆ่าตัวตายของช่วงวัยนี้เกี่ยวข้องกับความหุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรองและอดทนต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้น้อย อีกทั้งวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วในอดีตจะมีโอกาสเกิดซ้ำได้สูงหากปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขหรือดูแลอย่างถูกวิธี (สมบุญ หทัยอยู่สุข และสุพร อภินันทเวช, 2563) ผลการศึกษพบว่า การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีความซับซ้อนจากหลายสาเหตุปัจจัยทั้งด้านชีวภาพและพันธุกรรม ปัจจัยด้านจิตใจและโรคทางจิตเวช และปัจจัยด้านสังคมวิทยา (สมบุญ หทัยอยู่สุข และสุพร อภินันทเวช, 2563; สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์, นุจรี ไชยมงคล, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2561; สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2560) การฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับพัฒนาการของวัย โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้นอายุระหว่าง 10 - 14 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่นและต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้าน

ร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจริยธรรม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของสมองและฮอร์โมนเพศส่งผลสำคัญต่อลักษณะรูปร่าง ความต้องการทางเพศ อารมณ์อ่อนไหวง่าย ไม่มั่นคง เป็นของตัวเอง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ปัญหาในช่วงวัยรุ่นจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นหากวัยรุ่นต้องเผชิญอุปสรรคในชีวิต ทั้งปัญหาสัมพันธภาพ ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ขาดการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง การย้ายถิ่นฐาน ลักษณะสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวพบมากขึ้นกับนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสซึ่งมีข้อจำกัดต่อกระบวนการพัฒนาในหลายด้าน ส่งผลให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตในลักษณะเรื้อรังและรุนแรง (แพรวนภา บุญประถัมภ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560; สุภชัย ตู๊กกลาง, อรพรรณ ทองแดง, ธีรศักดิ์ สาตรา, และสุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2555) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว วัยรุ่นจึงเป็นช่วงวัยที่มีภาวะเปราะบางที่สุดของชีวิตจนเรียกว่า “ช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ” วัยรุ่นที่ไม่สามารถยอมรับและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้จะเกิดความขัดแย้งและคับข้องใจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า จนนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (อุษณี อินทสุวรรณ และสาริณีย์ จินดาภูมิพันธ์, 2564; ชญานิกา ศรีวิชัย, 2558)

การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีความซับซ้อนแตกต่างกันตามลักษณะปัจเจกบุคคล ผลกระทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น (สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข และสุพร อภินันทเวช, 2563; สุธิดา

พลพิพัฒน์พงศ์, นุจรี ไชยมงคล, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2561; สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2560) คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ในลักษณะของความสิ้นหวัง ไร้ความหมาย เป็นภาระ กระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย ไม่เป็นมิตร ร้องไห้บ่อย รู้สึกไม่กระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัว หรือเก็บตัวอยู่คนเดียว ให้ความสนใจกับโลกออนไลน์มากกว่าสังคมปกติ เกิดปัญหาในการควบคุมอารมณ์ รวมทั้งปัญหาด้านการนอนหลับ (อุษณี อินทสุวรรณ และสาริณีย์ จินดาภูมิพันธ์, 2564) ภาวะซึมเศร้าเชื่อมโยงบุคคลสู่การมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในแง่ลบ รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ไม่รักตนเอง พบทางตัน มองไม่เห็นหนทางที่จะมีชีวิตต่อ เกิดความคิดทำร้ายตนเอง จนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในที่สุด (แพรวนภา บุญประถัมภ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560) ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยมากในวัยรุ่นตอนต้น ผลการศึกษาพบความชุกในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 14.60 ถึง 66.90 (วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล และโษมิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, 2563; จรยพร เกียมเจริญกุล และนิดา ลี้มสุวรรณ, 2558) โดยพบภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมากที่สุด รองลงมาคือระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับรุนแรง ร้อยละ 49.80, 13.20, 3.20 และ 0.70 ตามลำดับ (วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, และโษมิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, 2563) ขณะที่ผลการศึกษาในนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.03 ถึง 28.70 ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงเช่นกัน (แพรวนภา

บุญประถัมภ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560; ศุภชัย ตู๊กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชีรศักดิ์ ศาตรา, และสุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2555) ประเด็นสำคัญพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, และโชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, 2563; สุพัตรา สุขาวท และคณะ, 2563; Lew et al., 2019)

บาดแผลทางใจ (Mental trauma experience) เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่อาจเกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆแบบครั้งเดียวหรือในรูปแบบซ้ำ ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดการทารุณกรรม อุบัติเหตุหรือภัยพิบัติอย่างกระทันหัน ส่งผลให้บุคคลรับรู้ผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อตนเองทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย จนสามารถพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพจิตตามมา (อารยา ผลธัญญา และกุลวดี ทองไพบูลย์, 2564) ส่วนในวัยรุ่นนั้นบาดแผลทางใจนอกจากจะเกิดจากสาเหตุที่กล่าวมาในข้างต้นแล้วอาจเกิดจากเหตุการณ์รบกวนใจที่เกิดขึ้นได้บ่อยในชีวิตประจำวัน ทั้งจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ จนทำให้บุคคลในสังคมขาดความตระหนัก และกระทำต่อกลุ่มวัยรุ่น เช่น เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงจิตใจ เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงทางร่างกายและเพศ และเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการละเลยทอดทิ้ง จึงทำให้พบการเกิดบาดแผลทางใจในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ที่ส่วนใหญ่เผชิญประสบการณ์รบกวนใจในระดับน้อย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับประสบการณ์รบกวนใจคือเพศและสถานภาพในครอบครัว (นวพรรษ เชื้อต่าย

และปรีชวัน จันทร์ศิริ, 2560) ขณะที่ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าร้อยละ 8.50 ของเด็กและเยาวชนเคยประสบกับการทารุณกรรมทางเพศ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัว ผิดบาป อับอาย โกรธเกลียดชังตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ บางรายใช้วิธีการหลีกหนีหรือลี้มเหตุการณการถูกทารุณกรรมทางเพศ และการถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็กจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดและการฆ่าตัวตายในวัยต่อมา (Ammerman et al, 2019; Ebert et al., 2019; King, Arango, & Foster, 2018; Larson, Chapman, Spetz, & Brindis, 2017)

ผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้า (สุพัตรา สุขาวท และคณะ, 2563; วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, และโชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, 2563; Lew et al., 2019) และบาดแผลทางใจ (นวพรรษ เชื้อต่าย และปรีชวัน จันทร์ศิริ, 2560; Ammerman et al, 2019 Ebert et al., 2019; Larson, Chapman, Spetz, & Brindis, 2017; King, Arango, & Foster, 2018) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นตอนต้นแต่การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจหรือการเกิดบาดแผลทางใจในกลุ่มนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสยังพบได้น้อย โดยเฉพาะการคัดกรองปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาส ซึ่งมีการยืนยันว่าควรได้รับการคัดกรองและประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (แพรวนภา บุญประถัมภ์ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560) การทำความเข้าใจใน

รายละเอียดของการประเมินเพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจรายละเอียดอย่างลึกซึ้ง ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถพัฒนาสมรรถนะการดำเนินการเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายวัยรุ่นตอนต้นที่มีแนวโน้มการเกิดความรู้แรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ช่องว่างของการศึกษาดังกล่าวนำมาสู่การศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีเป้าหมายหลักในการศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อใช้เป็นแนวทางและมีคุณค่าต่อกระบวนการคัดกรองประเมิน ป้องกัน และให้การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อลดความทุกข์ทรมานและความสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ และ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายด้านปัจจัยภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจที่มีผลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานของการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญ

เหตุการณ์รบกวนใจสามารถร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนขยายโอกาสขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 - 4 จำนวน 8 โรงเรียน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้านจิตใจหรือโปรแกรมอื่นที่เกี่ยวข้อง และ 2) ไม่ยินยอมหรือผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางสำเร็จรูป Taro Yamane (ภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง, วนิตา ทองโครต, และสุพรรณิ อึ้งปัญญ์ดวงศ์, 2563) กำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 5% ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 383 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.00 (แพรวานภา บุญประถัมภ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 421 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งกลุ่มโรงเรียนออกเป็น 4 พื้นที่ตามสังกัด ประกอบด้วย สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราชเขต 1 - 4

2. เลือกโรงเรียนขยายโอกาสขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับฉลากไม่คืนที่จากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช (สพป.นศ.) เขต 1-4 เขตละ 2 โรงเรียน รวมจำนวน 8 โรงเรียน

3. เลือกนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของแต่ละโรงเรียนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับฉลากไม่คืนที่จากรายชื่อนักเรียนตามสัดส่วนจำนวนที่คำนวณได้จากแต่ละพื้นที่ แบ่งเป็น โรงเรียนที่ 1 และ 2 จาก สพป.นศ. 1 โรงเรียนละ 40 คน โรงเรียนที่ 3 และ 4 จาก สพป.นศ. 2 โรงเรียนละ 82 คน โรงเรียนที่ 5 และ 6 จาก สพป.นศ. 3 โรงเรียนละ 40 คน และโรงเรียนที่ 7 และ 8 จาก สพป.นศ. 4 โรงเรียนละ 48 และ 49 คน ตามลำดับ รวมจำนวนนักเรียนทั้งหมด 421 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 27 ข้อ คือ เพศ อายุ ระดับชั้น เกรดเฉลี่ย ความพอใจในผลการเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ความสัมพันธ์

ระหว่างนักเรียนกับบุคคลอื่น ประวัติโรคซึมเศร้าหรือการฆ่าตัวตายของญาติสายตรง ประวัติการถูกกลั่นแกล้งหรือถูกทำร้ายร่างกายหรือการพยายามฆ่าตัวตาย และภาวะสุขภาพของนักเรียน เป็นต้น

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai Version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) พัฒนาโดยวิมลวรรณ ปัญญาว่อง โขยิตา ภาวสุทธิพิศุทธิ์ และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล (2561) เป็นแบบประเมินสำหรับวัยรุ่นอายุ 11 - 20 ปี ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) ถึง มีแทบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน คะแนน 0 - 4 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 5 - 9 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 10 - 14 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 15 - 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก และคะแนน 20 - 27 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และมีคำถามเพิ่มอีก 2 คำถาม กรณีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองโดยไม่ต้องคิดคะแนน

3. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS 10) เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาโดยทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี และไม่มี แปลผลโดย หากตอบ “ มี ” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการบริการการปรึกษาหรือพบแพทย์ และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่กันด้วย

4. แบบวัดประสพการณ์การเผชิญเหตุการณ์

รบกวนใจ พัฒนาโดยนพพรชัย เชื้อดำย (2558) เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 ไม่เคย ถึง 5 เป็นประจำ วัดจากเหตุการณ์เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงและก่อให้เกิดความเชื่อทางลบ 4 ด้าน คือ เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงทางกาย เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงทางจิตใจ เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงทางเพศ และเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการละเลยทอดทิ้ง มีข้อคำถามจำนวน 59 ข้อ คะแนนรวมน้อยกว่า 125 คะแนน หมายถึง มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในระดับน้อยและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์รบกวนใจในระดับน้อย 126 - 144 คะแนน หมายถึง มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในระดับปานกลางและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์รบกวนใจหากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร และสูงกว่า 145 คะแนน หมายถึง มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในระดับสูงและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์รบกวนใจในระดับสูง ควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือส่วนที่ 2-4 หลังจากปรับแก้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s alpha coefficient) ของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS 10) และแบบวัดประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ เท่ากับ 0.77, 0.74 และ 0.93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ WUEC-20-168-01 และได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียนเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และกระบวนการมีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การเรียนและชีวิต กรณีตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา นักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งบิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมเป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนที่จะทำเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับในตู้เก็บเอกสารที่ไม่มีผู้อื่นสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัย ผู้วิจัยจะทำลายหลักฐานทั้งหมดภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยในระยะเวลา 3 ปี การรายงานผลการศึกษายะแสดงในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์เฉพาะในการทำวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ผู้วิจัยทำหน้าที่ขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน ทุกแห่งที่ดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหารโรงเรียนที่เข้าร่วม โครงการเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และความเสี่ยงที่กลุ่ม ตัวอย่างอาจได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอ อนุญาตรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ประสานงานกับครูประจำชั้นเพื่อชี้แจง รายละเอียดการวิจัยและขอความร่วมมือดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเตรียม ความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับครูจน เกิดความมั่นใจ

4. ครูประจำชั้นพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ ผลกระทบที่อาจเกิดจาก การวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การตัดสินใจเข้าร่วม และปฏิเสธอย่างอิสระ นักเรียนที่ยินยอมเข้าร่วม จะมีหนังสือขออนุญาตจากผู้ปกครอง นักเรียนและผู้ปกครองมีการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วม และอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย กลุ่ม ตัวอย่างจะเริ่มทำแบบสอบถามในชั้นเรียนในคาบ ที่นักเรียนว่าง ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีอาจารย์ประจำชั้นอยู่ด้วย จากนั้น ผู้วิจัยนัดหมายกับครูประจำชั้นเพื่อเก็บรวบรวม แบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ ภายหลังการวิเคราะห์ ข้อมูล ผู้วิจัยส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลคืนกลับให้ โรงเรียนเพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลนักเรียน

ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความชุกของภาวะ ซึมเศร้า ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวน ใจ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของนักเรียน วิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) แบบหลายตัวแปร โดยใช้สถิติ Multinomial Logistic Regression ด้วย วิธี enter method โดยปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์การ ถดถอยโลจิสติกคือ ภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์ การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ และความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย โดยแบ่งเป็นระดับตามแบบประเมิน เนื่องจากยึดตามผลการศึกษาและผลการทบทวน วรรณกรรม และผู้วิจัยรวบรวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง มาก และ รุนแรงเข้าด้วยกันเนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล และ นำเสนอจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรุนแรง ของภาวะซึมเศร้ามาก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็น นักเรียน ระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนขยาย โอกาสจำนวน 421 คน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 54.87 เป็นเพศหญิง รองลงมาเป็นเพศชายและเพศ ทางเลือก ร้อยละ 42.28 และ 2.85 ตามลำดับ มีอายุ ระหว่าง 12 - 16 ปี (Mean = 13.89, SD = 0.93) ร้อยละ

92.16 พอใจกับผลการเรียน ร้อยละ 63.18 ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.04 และ 36.10 ตามลำดับ) บิดามารดามีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ถึงร้อยละ 32.54 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนไม่ถึงรายได้ขั้นต่ำคือ 8,529.10 บาท (SD = 9,981.04) มีเพียงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.16) ที่รายได้ในครอบครัวเพียงพอและเหลือเก็บกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติอาการผิดปกติหรือโรคทางจิตเวชของญาติสายตรง (ร้อยละ 97.15) ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าของญาติสายตรง (ร้อยละ 96.67) และไม่มีประวัติการฆ่าตัวตายของญาติสายตรง (ร้อยละ 98.34) ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.28 พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา รองลงมาพักอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 18.05) และพักอาศัยอยู่กับปู่ย่าหรือตายาย (ร้อยละ 15.91) ความสัมพันธ์ของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น (ร้อยละ 72.21) และเฉยชาห่างเหินต่อกัน (ร้อยละ 22.80) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่กันอย่างราบรื่น (ร้อยละ 81.95) ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับพี่น้องส่วนใหญ่อยู่กันอย่างราบรื่น (ร้อยละ 83.37) ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อนส่วนใหญ่อยู่กันอย่างราบรื่น (ร้อยละ 92.87) ร้อยละ 73.87 ไม่มีประวัติการถูกเพื่อนข่มขู่ แต่ร้อยละ 26.13 เคยมีประวัติถูกเพื่อนข่มขู่ ร้อยละ 98.57 ไม่มีประวัติการถูกลวนลามทางเพศ ร้อยละ 91.92 ไม่มีประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 90.26 ไม่เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 9.74 เคยมีประวัติใช้สารเสพติด แต่ปัจจุบันหยุดใช้แล้ว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.00)

ไม่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รองลงมา เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 15.20) และเคยพยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 3.80) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกภูมิใจในตนเอง (ร้อยละ 80.52) ส่วนไม่แน่ใจ (ร้อยละ 19.00) และรู้สึกไม่ภูมิใจในตนเอง (ร้อยละ 0.48)

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้า ประสิทธิภาพการเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียน

การประเมินระดับภาวะซึมเศร้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.45 ในจำนวนดังกล่าวมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมากที่สุด ร้อยละ 53.45 รองลงมาคือระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับรุนแรง ร้อยละ 14.01, 4.28 และ 0.71 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในระดับสูงร้อยละ 41.09 รองลงมามีประสิทธิภาพการเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในระดับน้อยและระดับปานกลาง ร้อยละ 33.25 และ 25.65 ตามลำดับ ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 51.78 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะที่ร้อยละ 48.22 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาส

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสมการถดถอยแบบโลจิสติก

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SE (b)	OR	95% CI	p-value
Constant	-2.67	0.34	0.07	0.03 - 0.13	<0.001
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	1.28	0.32	3.58	1.95 – 6.82	<0.001
ภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป	3.09	0.47	21.9	9.1 – 57.69	<0.001
ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ ระดับปานกลาง	1.54	0.33	4.67	2.48 – 9.06	<0.001
ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ ระดับสูง	2.14	0.32	8.48	4.61 – 16.11	<0.001

การฆ่าตัวตายที่มากขึ้น 3.58 เท่า (95%CI = 1.95 - 6.82, $p = 0.001$) และ 21.9 เท่า (95%CI = 9.1 - 57.69, $p = 0.001$) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในระดับปานกลาง และระดับสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มากขึ้น 4.67 เท่า (95%CI = 2.48 - 9.06, $p = 0.001$) และ 8.48 เท่า (95%CI = 4.61 - 16.11, $p = 0.001$) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

สมการจากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ $\log \text{Odds}$ (ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย) = $-2.67 + 1.28$ (ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย) + 3.09 (ภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป) + 1.54 (ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับปานกลาง) + 2.14 (ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับสูง)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาส

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.45 ในจำนวนดังกล่าวพบความรุนแรงทั้งในระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับรุนแรง ร้อยละ 53.45, 14.01, 4.28 และ 0.71 ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสูงกว่าผลการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือ ผลการศึกษาของศุภชัย ตู่กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชีรศักดิ์ สาตรา, และสุชีรา ภักทรายุตวรรณ (2555) พบความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้าทุกระดับความรุนแรงในวัยรุ่นตอนต้นของโรงเรียนขยายโอกาสร้อยละ 11.03 และผลการศึกษาของ

แพรวนภา บุญประถัมภ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2560) พบความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสร้อยละ 28.70 ภาวะซึมเศร้าเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้สูงในช่วงวัยรุ่นตอนต้นเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ที่มีอายุระหว่าง 12 - 16 ปี (Mean = 13.89, SD = 0.93) ทั้งนี้อธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสมองและฮอร์โมนเพศส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (Vijayakumar, Macks, Shirtcliff, & Pfeifer, 2018) ประกอบกับต้องปรับตัวกับสถานการณ์ทางครอบครัวและสังคมในลักษณะห่างเหินแข่งขัน และคาดหวัง ดังเช่นผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าบิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือแยกกันอยู่สูงถึงร้อยละ 32.54 ก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว หรือความรู้สึกโดดเดี่ยวของกลุ่มตัวเอง และถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบิดามารดา แต่สังคมในยุคปัจจุบันทั้งบิดาและมารดาต่างก็ต้องไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว และในกลุ่มตัวอย่างบางคนต้องหยุดเรียนเพื่อไปช่วยผู้ปกครองทำงานและหารายได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคนขาดการทำกิจกรรมร่วมกับครูและเพื่อนที่โรงเรียน อีกทั้งยังทำให้ขาดความสนุกสนานเพลิดเพลินตามช่วงวัย นอกจากนี้การหลงใหลของสื่อเทคโนโลยีและสิ่งยั่วยุต่าง ๆ ที่ควบคุมไม่ได้กระตุ้นให้เกิดภาวะขัดแย้ง คับข้องใจ ความห่างเหินของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลต่อการเกิดความยากลำบากต่อการดำเนินชีวิตและ

การก้าวผ่านปัญหาตามช่วงพัฒนาการของวัยนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Santrock, 2014 อ้างใน กาญจนา สุทธิเนียม และอุบล สุทธิเนียม, 2563) ยิ่งกว่านั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้มีความรู้สึกไม่มั่นใจในคุณค่าของตนเองร้อยละ 19 ความรู้สึกไร้คุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองส่งผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล (สายฝน เอกวารงกูร และอุจน์จิตร कुमारิกษ์, 2564) และการนำเสนอผลของภาวะซึมเศร้าในการศึกษาค้นคว้านี้ (ร้อยละ 72.45) เป็นการรายงานภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงจึงทำให้ผลการศึกษภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้อย่างสูงว่าการศึกษาที่ผ่านมา สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปรากฏการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญอย่างมาก

ด้านประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.09 มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในระดับสูง รองลงมาเป็นระดับน้อยและระดับปานกลางร้อยละ 33.25 และ 25.65 ตามลำดับ ขณะที่ผลการศึกษาที่ผ่านมาของนวพรรษ เชื้อต่าย และปรีชวัน จันทร์ศิริ (2560) พบว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับน้อย ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเกิดจากความแตกต่างด้านลักษณะส่วนบุคคล กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสซึ่งมีข้อจำกัดด้านบริบทของครอบครัว เศรษฐกิจ และระบบสนับสนุนทุกด้านมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับบริบทของนักเรียนในโรงเรียน

ทั่วไป (แพรวนภา บุญประถัมภ์, ภัทรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560) ยิ่งกว่านั้น ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างไม่ถึงรายได้ขั้นต่ำ มีเพียงครึ่งหนึ่งที่รายได้ในครอบครัวเพียงพอและเหลือเก็บ ภาวะขาดแคลนส่งผลต่อการปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่มีความสุขสงบ (Goodman, McEwen, Dolan, Schafer-Kalkhoff, & Alder, 2005) ขณะเดียวกัน พฤติกรรมด้านลบหรือการละเลยจากบุคคลรอบข้างทั้งสมาชิกในครอบครัว ครู เพื่อน บิบบันให้ทางเลือกต่อการแก้ไขปัญหาและดำเนินชีวิตต่อของกลุ่มตัวอย่างน้อยลง เช่นผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.13 เคยมีประวัติถูกเพื่อนข่มขู่ ร้อยละ 1.43 เคยมีประวัติถูกลวนลามทางเพศ ร้อยละ 8.08 เคยมีประวัติถูกทำร้ายร่างกาย สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะบีบบังคับ สิ้นหนทางรุนแรง เจ็บปวด สร้างบาดแผลทางจิตใจให้เกิดขึ้น (ปรีชวัน จันทร์ศิริ, 2562) ผลการศึกษาครั้งนี้พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 48.22 เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติการฆ่าตัวตายของนักเรียนในการศึกษาที่ผ่านมาพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นร้อยละ 11.40 และร้อยละ 16.80 (ฐิติวิ แก้วพรสวรรค์ และเบญจพร ดันตสูติ 2555; สุพิศรา สุขาวห และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่าสถิติดังกล่าวพบสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด ทั้งนี้ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นพบว่าเกิดจากความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.00 ไม่นำใจในคุณค่าหรือรู้สึกไม่ภูมิใจในตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกไร้ความหมาย ไร้ความหวัง ไม่ยอมรับ

สิ้นหนทาง จนเลือกจบชีวิตของตนเองได้ในที่สุด (Dávila-Cervantes & Luna-Contreras, 2019) นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวและพักอาศัยอยู่กับปู่ย่าหรือตายายรวมร้อยละ 33.96 และความสัมพันธ์ของบิดามารดามีลักษณะเฉชาห่างเหินต่อกัน ร้อยละ 22.80 การขาดแรงสนับสนุนและความผูกพันทางสังคมในลักษณะไว้ว่างใจ (Trust) โดยเฉพาะจากสมาชิกที่สำคัญในครอบครัวส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง ไร้ทางเลือก จนเลือกจบชีวิตของตนเอง (Dávila-Cervantes & Luna-Contreras, 2019)

2. ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาส

จากผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การมีประวัติเคยถูกเพื่อนข่มขู่ ประวัติการถูกลวนลามทางเพศ ประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย และประวัติการใช้สารเสพติด เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาส โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางขึ้นไปมีโอกาสร้อยละเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มากขึ้น 3.58 และ 21.9 เท่า และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในระดับปานกลางและระดับสูงมีโอกาสร้อยละเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น 4.67 และ 8.48 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจสามารถ

ร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาตาคกุล, และโชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, 2563; สุพัตรา สุขาวห และคณะ, 2563; King, Arango, & Foster, 2018; Lew et al., 2019) การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจในวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ เพื่อนำไปค้นหานักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตั้งสมการที่กล่าวมาในข้างต้น และนำนักเรียนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายเข้าระบบการดูแลโดยเร็ว เพื่อการลดอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวต่อไป (Ebert et al., 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหาร คณะครูในโรงเรียน พ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญต่อการคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียน โดยเฉพาะในโรงเรียนขยายโอกาส รวมทั้งควรบรรจุเนื้อหา ดังกล่าวในการเรียนการสอนเพื่อให้นักเรียนเกิดความเข้าใจและสามารถดูแลจิตใจตนเองได้อย่างถูกต้อง

2. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพควรดำเนินงานร่วมกับโรงเรียนขยายโอกาสพัฒนาแนวปฏิบัติคัดกรองประเมิน และให้การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจกับนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และมีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ เพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการทำร้าย

ตนเอง

3. ชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น วัด และมัสยิด ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนขยายโอกาส เนื่องจากวัยรุ่นในกลุ่มนี้จะอาศัยในพื้นที่ของชุมชนมาตลอด ส่วนใหญ่ในชุมชนจะเป็นเครือญาติทำให้เกิดความใกล้ชิดกันชุมชน อีกทั้งพื้นที่ในชุมชนและโรงเรียนจะอยู่ใกล้กับวัดและมัสยิด จึงควรให้ผู้นำทางศาสนาเข้ามาช่วยในการดูแลวัยรุ่นในชุมชน

4. ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งผู้บริหาร คณะครูในโรงเรียน พ่อแม่ ผู้ปกครอง พยาบาล วิชาชีพและบุคลากรสุขภาพ ชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้นำศาสนาในชุมชนควรตระหนักถึงความสำคัญและร่วมมือกันเพื่อลดสิ่งกระตุ้นร่วมกับดูแลช่วยเหลืออย่างเข้าใจเพื่อให้นักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสสามารถปรับตัว และข้ามผ่านปัญหาสุขภาพจิต อีกทั้งได้มีโอกาสเรียนรู้ รู้จัก และพัฒนาตนเองได้อย่างมีความสุขและเต็มศักยภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนวิจัยจากมูลนิธิแพชทูเฮลท์ ภายใต้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และข้อมูลจากโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพแบบดำเนินการทั้งระบบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย: แยกตามช่วงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2564, จาก www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp
- กาญจนา สุทธิเนียม และอุบล สุทธิเนียม. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(3), 43-61.
- จรรยา เจียมเจริญกุล และนิดา ลี้มสุวรรณ. (2558). ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 60(4), 253-263.
- ชญานิกา ศรีวิชัย. (2558). วัยรุ่นตอนต้นติดเกมคอมพิวเตอร์ มีผลกระทบอย่างไร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 157-164.
- จิตวี แก้วพรสวรรค์ และเบญจพร ดันตสูติ. (2555). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 395-402.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2546). การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- นพพรชัย เชื้อด้าย. (2558). การพัฒนาเครื่องมือวัดประสพการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ
- นพพรชัย เชื้อด้าย และปรีชวัน จันท์ศิริ. (2560). การพัฒนาเครื่องมือวัดประสพการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. *Chulalongkorn Medical Journal*, 60(1), 129-142.
- ปรีชวัน จันท์ศิริ. (2562). EMDR standard protocol. ใน *การฝึกอบรม EMDR Therapy Level 2 Training*. กรุงเทพฯ: สมาคม EMDR ประเทศไทย.
- ปริญญา ชะอินวงษ์, สมบัติ สกฤพรณ์, และคาราวรรณ ติ้ะปินดา. (2563). การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเยาวชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(3), 133-151.
- แพรวนภา บุญประถัมภ์, ภรภัทร เสงอุมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(2), 43-58.
- ภัทรานิช เหมาะะทอง, วนิดา ทองโครต, และสุพรรณิ อึ้งปัญต์ตวงศ์. (2563). การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2563, จาก http://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf
- วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โขมิตา ภาวสุทธิไพสิฐ และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. (2561). รายงานวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2563, จาก https://new.camri.go.th/_admin/file-downloadlist/FM-686-1566179464.pdf
- วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, และโขมิตา ภาวสุทธิไพสิฐ. (2563). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2), 136-149.
- ศุภชัย ผู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชිරศักดิ์ สาตรา, และสุชีรา กัทรายุควรรณ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 283-294.
- สายฝน เอกวางกูร, และอุจน์จิตร คุณารักษ์. (2564). ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวางกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (หน้า 219-254). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
- สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์, นุจรีย์ ไชยมงคล, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(1), 40-49.

- สุพัตรา สุขาวท, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, กมลทิพย์ สงวนรัมย์ย์, ภูษณ์ชัชลี เพียรทอง, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญมาศ, และพลับพลึง หาสุข. (2563). ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(1), 15-24.
- สุพัตรา สุขาวท และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น : การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 359-378.
- สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข และสุพร อภินันทเวช. (2563). การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทย : อุบัติการณ์ สาเหตุและการป้องกัน. *เวชบันทึกศิริราช*, 13(1), 40-47.
- อารยา ผลธัญญา และกุลวดี ทองไพบูลย์. (2564). บาดแผลทางจิตใจ: การคัดกรองและการประเมินผู้ที่ได้รับผลกระทบสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, 52(1), 41-61.
- อุษณี อินทสุวรรณ และสาริณีย์ จินดาวุฒิพันธ์. (2564). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น: ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟื้นฟูอุปสรรค. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(2), 64-74.
- Ammerman, R. T., Scheiber, F. A., Peugh, J. L., Messer, E. P., Ginkel, J. V., & Putnam, F. W. (2019). Interpersonal trauma and suicide attempts in low-income depressed mothers in home visiting. *Child Abuse & Neglect Journal*, 97. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104126.
- Dávila-Cervantes, C. A., & Luna-Contreras, M. (2019). Suicide attempt in teenagers: associated factors. *Revista chilena de pediatria Journal*, 90(6), 606-616.
- Ebert, D. D., Buntrock, C., Mortier, P., Auerbach, R., Weisel, K. K., & Kessler, R. C. (2019). Prediction of major depressive disorder onset in college students. *Depression and Anxiety Journal*, 36, 294-304.
- Goodman, E., McEwen, B. S., Dolan, L. M., Schafer-Kalkhoff, T., & Adler, N. E. (2005). Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescent Health*, 37(6), 484-492.
- King, C. A., Arango, A., & Foster, C. E. (2018). Emerging trends in adolescent suicide prevention research. *Current Opinion in Psychology journal*, 22, 89-94.
- Larson, S., Chapman, S., Spetz, J., & Brindis, C. D. (2017). Chronic childhood trauma, mental health, academic achievement, and school-based health center mental health service. *Journal of School Health*, 87(9), 675-686.
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D., & Ping, F. et al. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PLOS ONE*, 14(7). Retrieved July 17, 2021, from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217372>
- Vijayakumar, N., Macks, Z. O., Shirtcliff, E. A., & Pfeifer, J. H., 2018. Puberty and the human brain: insights into adolescent development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews Journal*, 92, 417-436.
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Mental health status of adolescents in South-East Asia: Evidence for action*. Retrieved July 16, 2021, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254982>

SELECTED FACTORS RELATED TO HAPPINESS OF NURSING LECTURERS

*Chutima Panyapinitnugoon, RN, Ph.D. *, Tieantong Harabuttra, RN, M.N.S. ***

Abstract

Objective: To study the level of happiness and the relationship between age, income, body mass index (BMI), health care, length of rest, illness, family relationship, relationship with friends, self-esteem, stress, resilience, on the one hand, and happiness, on the other, among nursing lecturers.

Methods: The researchers collected data with 30 nursing lecturers using power analysis. The instrument was a 5-part questionnaire as follows: 1) General Information 2) Happiness 3) Self-esteem 4) Stress and 5) Resilience. It was tested by 5 experts and got a validity index according to the criteria (CVI=0.86). The researchers checked the confidence of the questionnaire by Alpha Cronbach coefficient which was between 0.74 - 0.94. The statistics used in the research were as follows: frequency, percentage, mean, standard deviation, Correlation coefficient (r), Chi-square correlation test with Phi and Cramer's V.

Results: The overall level of happiness among nursing lecturers was 72.4 (happy). Education, age, resilience, emotion stability, morale, problem management, and income and family relationship were positively related with happiness significantly at $p \leq .05$ ($r=.396, .513, .529, .458, .477$ and Cramer's $V = .444$ and $.485$ respectively).

Conclusion: Research results could be applied for happiness promotion for nursing lecturers.

Keywords: happiness, nursing lecturers

*Dean, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

**Corresponding author: Lecturers, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

Received: 6 October 2021, Revised: 11 April 2022, Accepted: 18 April 2022

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล

ชุติมา ปัญญาพิณิจกูร, ปร.ศ.*, เทียนทอง หาระบุตร, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับความสุขของอาจารย์พยาบาล และความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายรับ ดัชนีมวลกาย การดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิตกับความสุขของอาจารย์พยาบาล

วิธีการศึกษา : เก็บข้อมูลกับอาจารย์พยาบาล จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความสุข 3) แบบสอบถามคุณค่าในตนเอง 4) แบบประเมินความเครียด 5) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเป็นไปตามเกณฑ์ (CVI = 0.86) และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.74 - 0.94 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Correlation coefficient (r), Chi-square ทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Phi and Cramer's V

ผลการศึกษา : ระดับความสุขโดยรวมของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับมีความสุข (เฉลี่ย = 72.4, SD = 3.429) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ พลังสุขภาพจิต โดยรวมและด้านย่อย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ($r = .396$.513 .529 .458 และ .477 ตามลำดับ) รายรับ และความสัมพันธ์ในครอบครัว (Cramer's V = .444 และ .485 ตามลำดับ)

สรุป : ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความสุขให้กับอาจารย์พยาบาล

คำสำคัญ : ความสุข อาจารย์พยาบาล

*คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

วันที่รับ: 6 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 11 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับ: 18 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

จากนโยบายประเทศไทยสนับสนุนการสร้างความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2552) อย่างเป็นทางการและมหาวิทยาลัยมหิดล (ชินุทัตย์ กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิ์สิตา, และกฤตยา อาชวนิจกุล, 2551) ทำการสรุปสาระสำคัญของความสุขตั้งแต่ระดับโลกจนถึงการสำรวจความสุขในพนักงานบริษัท พบว่าความสุขของพนักงานอยู่ในระดับดี มีความสุขอยู่ที่ระดับ 6.92 คะแนน (จาก 10 คะแนน) และสำนักงานข้าราชการพลเรือนได้ใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยมหิดลทำการสำรวจความสุขข้าราชการ พบว่าความสุขของข้าราชการมีความสุขระดับสูง (สิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และจรัมพร โห้ถ้ายอง, 2556) และได้ขยายผลการสำรวจความสุขไปยังองค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ มาเป็นลำดับ นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558) ได้ดำเนินการสำรวจความสุขคนไทยทั่วประเทศ โดยสำรวจความสุขคนไทยในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปพบว่า คนไทยโดยรวมมีค่าความสุขเฉลี่ย 31.44 (เกณฑ์ 27.01 - 34.00) ถึงร้อยละ 64.9 ผู้มีค่าความสุขเฉลี่ยสูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 18.7 และผู้มีค่าความสุขเฉลี่ยต่ำ ร้อยละ 16.4 ภาคบริการและการค้ามีค่าความสุขเฉลี่ย 31.86 เพศชายมีค่าความสุขเฉลี่ย 31.79 เพศหญิงมีค่าความสุขเฉลี่ย 31.17 ดังนั้น บุคคลสามารถสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามถนัดและชื่นชอบแต่ให้รู้เท่าทันความคิดความรู้สึก ความเครียด และความวิตกกังวลใด ๆ มหาวิทยาลัยมหิดล (2556) ได้ทำการสำรวจพบว่าความสุขคนไทยมีค่าเฉลี่ย 60.9 และมีมติที่พบว่าคน

ไทยมีความสุขมากที่สุด คือ จิตวิญญาณคดี มีค่าเฉลี่ย 68.8 ต่ำสุดคือการผ่อนคลายดี มีค่าเฉลี่ย 52.0 ซึ่งมีช่วงคะแนนที่ใกล้เคียงกับ 50 คือ ไม่มีความสุข ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของกรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์ และจันทร์ธรา สมด้ว (2556) ได้สำรวจความสุขในบุคลากรสาธารณสุขพบว่า ความสัมพันธ์ของการทำงานที่บุคลากรสาธารณสุขมีความสุขมาก จะส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อพฤติกรรมบริการที่มีประสิทธิภาพ ได้มากถึง 5.18 เท่า ดังนั้น บุคลากรที่มีความสุขมากสามารถเอื้อประโยชน์และสรรสร้างผลงานที่ดี ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2552) ให้กับตนเองและสังคมรอบด้านอย่างมีคุณภาพ ดังนั้น การใช้แนวทางในการพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องกำหนดบทบาทหน้าที่ของอาจารย์พยาบาล คือเป็นครูผู้ทำการสอน ต้องเป็นครูที่มีความรู้ มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ สามารถผลิตพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถ มีศักยภาพ และมีประสิทธิภาพสูงพร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรมเพื่อที่จะไปให้บริการสังคม ดังนั้น อาจารย์พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสุขเพราะความสุขสามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการบริการวิชาการกับนักศึกษา หากอาจารย์มีภาระงานที่มากเกินไปจะส่งผลต่อความสุขและเกิดความเบื่อหน่าย (วัชรพร เชยสุวรรณ, รุ่งทิพย์ ช้างศิลา, รัชนิ ศุจิจันทร์รัตน์, และวัลลภา บุญรอด, 2556) และบันทึกความสุขจิตโดยรวม

ความสุข หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจที่เกิดจากประสบการณ์ (Bhattacharjee & Mogilner, 2014) ต่าง ๆ รอบตัว ซึ่งมีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละเพศและวัย คนเราจะมีสุขได้เพราะคิดบวก จึงสามารถปลดปล่อยความเครียดได้เร็ว สามารถทำตามความต้องการ และการครอบครองเพื่อให้ความหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นให้เป็นไปตามเป้าหมาย จึงช่วยให้จิตใจสุขสงบมีความคิดสร้างสรรค์ และดำเนินชีวิตได้ดี (อภิชัยมงคล และคณะ, 2544) จากสถานการณ์ความสุขของอาจารย์พยาบาลพบว่า อาจารย์พยาบาลต้องมีความสุขพร้อมที่จะเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีคุณภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะ และจริยธรรมของวิชาชีพ สามารถให้ความรู้ในทุกกลุ่มวัยทุกระดับ (สุพิศรุ่งเรืองศรี และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2558) ความสุขในการทำงานมีอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ สถานการณ์การทำงาน ค่านิยมทางวัฒนธรรม รายได้ มิตรภาพในงาน และกิจกรรมในงาน (ถิรัตน์ พิมพาภรณ์ และธีระวัฒน์ จันทิก, 2559) ทั้งนี้ ประสบการณ์ด้านอารมณ์ทางบวก เช่น ความปีติ ความสนใจ และความภาคภูมิใจ ต้องมีเกิดขึ้นให้บ่อยครั้ง ขณะที่ประสบการณ์ด้านอารมณ์ทางลบ เช่น ความเศร้า ความวิตกกังวล และความโกรธ ต้องไม่ให้เกิดบ่อย (Veenhoven, 1996; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005)

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญเรื่องความสุขของอาจารย์พยาบาลว่าอยู่ที่ระดับใดซึ่งจะส่งผลต่อความสุขด้านร่างกายจิตใจด้วย เช่น การมีเวลาพักผ่อนน้อย มีความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ (อมรรรัตน์ จันโยธา, สุทธิพันธ์ ฉันทันกุล,

เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์, และสุคนธา ศิริ, 2560) หากไม่ทำการศึกษาจะมีผลเสียต่อความสุขในด้านร่างกายจิตใจ สัมพันธภาพภายในองค์กร หากส่งผลต่อความสุขโดยรวมลดลงจะแสดงถึงประสิทธิภาพในการสอนลดลงหรือไม่ หากประสบปัญหาใดและทราบเร็วมีผลในการช่วยเหลือได้เร็วเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาทั้ง 11 ปัจจัย ได้แก่ อายุ รายรับ ดัชนีมวลกาย การดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิต ว่ามีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาอาจารย์พยาบาลให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข มีประสิทธิภาพ และพร้อมให้บริการวิชาการแก่นักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความสุขของอาจารย์พยาบาลอยู่ระดับใด
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรทางด้าน อายุ รายรับ ดัชนีมวลกาย การดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิตส่งผลต่อความสุขของอาจารย์พยาบาลเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของอาจารย์พยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายรับ ดัชนีมวลกาย การดูแลสุขภาพ

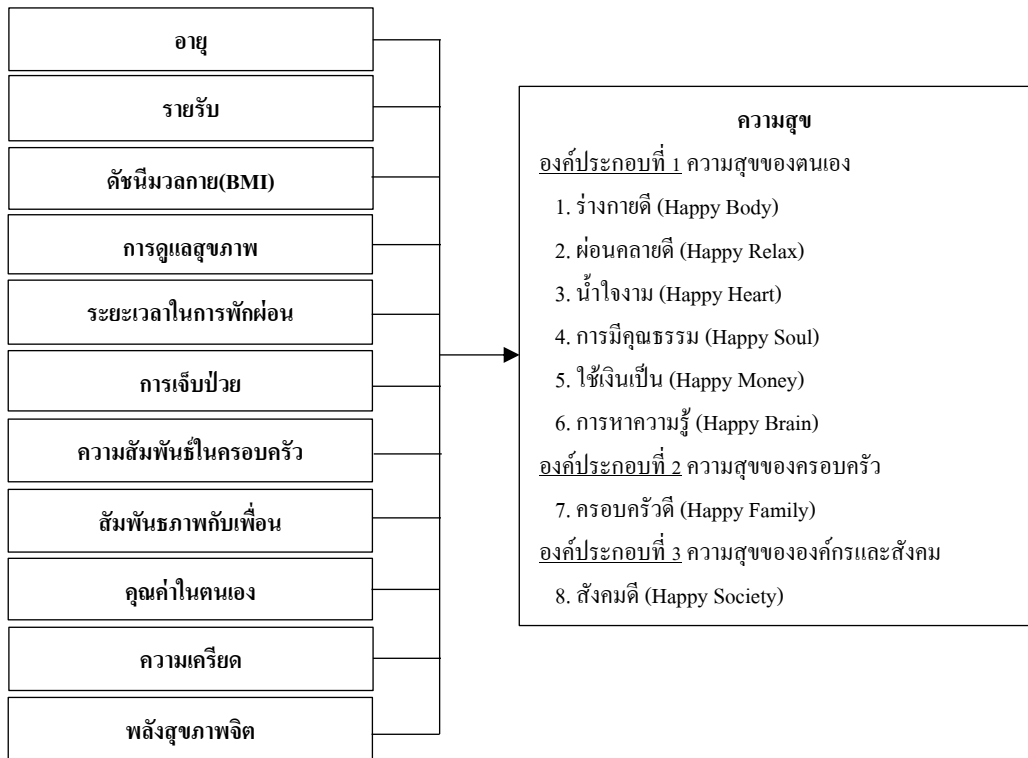
ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิตกับความสุขของอาจารย์พยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสุขของอาจารย์พยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

อายุ (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ, 2558) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (รสรินทร์ แก้วตา, 2551) การดูแลสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ระยะเวลาในการพักผ่อน และการเจ็บป่วย (ปริญทร์ ศรีศศลักษณ์, 2557) ความสัมพันธ์ใน

ครอบครัว (สิรินันท์ ขุนเพชร, และชอเคียะ บิลยะลา, 2560) สัมพันธภาพกับเพื่อน (อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, วิภาพร วรหาญ, และวิพร เสนารักษ์, 2554) คุณค่าในตนเอง (ฐาปนีย์ ตั้งจิตภักดีกุล, 2545) ความเครียด (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540) พลังสุขภาพจิต (Shigemi, Mino, Tsuda, Babazono, and Aoyoma, 1997) ดังนั้น ตัวแปร 11 ตัว ที่เกี่ยวข้องกับความสุขมีดังนี้ อายุ รายรับ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วยความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด และพลังสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลต่อความสุขของตนเอง ความสุขของครอบครัว และความสุขขององค์กรและสังคม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ระดับความสุขของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับสูง

2. ปัจจัยคัดสรรของอาจารย์ ได้แก่ อายุ รายรับ ค่าดัชนีมวลกาย การดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความสุขของอาจารย์พยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของอาจารย์พยาบาลด้าน อายุ รายรับ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิตกับความสุขของอาจารย์พยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ รายรับ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด และพลังสุขภาพจิต

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสุข

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คืออาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 36 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้มาจากการคำนวณ

และเลือกแบบเจาะจง ซึ่งขนาดตัวอย่างได้จากการเปิดตาราง Power Analysis มีระดับความเชื่อมั่น (confidence level) เท่ากับ $1 - \alpha$ ผู้วิจัยกำหนดความผิดพลาด แบบที่ 1 ไว้เท่ากับ 5% ที่ขนาดประชากร (N) 36 คน ใช้วิธีที่เลือกแบบเจาะจง เฉพาะ ผู้ที่ให้ความร่วมมือและเต็มใจในการให้ข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน จำนวน 114 ข้อ ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติเป็นอาจารย์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน มีค่าการทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (Content Validity Index) มีระดับความเชื่อมั่นที่ 0.86 ซึ่งอุไรวรรณ ไชยชนะ และชญาภา วันทุม (2560) กล่าวถึงการทดสอบความตรงของเนื้อหาคือ สัดส่วนของข้อคำถามและความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญควรมีค่าไม่น้อยกว่า 0.80 ผู้วิจัยนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายใกล้เคียง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ แบบสอบถามความสุข 0.94 แบบประเมินความเครียด 0.91 แบบสอบถามคุณค่าในตนเอง 0.74 และแบบสอบถาม พลังสุขภาพจิต 0.85 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ รายรับ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว

และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนเป็นมาตราประเมินแบบ เรียงลำดับ(ordinal rating scale) แบบ 5 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 และ 5 ส่วนการแปลผล 1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสุขของตนเอง มี 6 มิติ ประกอบด้วย ร่างกายดี ผ่อนคลายดี น้ำใจงาม การมีคุณธรรม ใช้เงินเป็นและการหาความรู้ 2) ความสุขของครอบครัวมี 1 มิติ คือ ครอบครัวดี 3) ความสุขขององค์กรและสังคมมี 1 มิติ คือสังคมดี และเกณฑ์การประเมินมี 4 ระดับ คือ ไม่มีความสุขเลย (0 - 24.99) ไม่มีความสุข (25 - 49.99) มีความสุข (50 - 74.99) และมีความสุขมาก (75 - 100) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นของการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณค่าในตนเอง ตามแนวคิด Rosenberg พัฒนา โดยรูป นี ย์ ตั้งจิตภักดีศกุล (2545) มีจำนวน 10 ข้อ มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา แบบวัดนี้อาจารย์เป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราประเมินแบบ เรียงลำดับแบบ 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4 ส่วนการแปลผล 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 3 = เห็นด้วย, 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 7 และ 10 เป็นระดับ 4, 3, 2 และ 1 และข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 5, 6, 8 และ 9 เป็นระดับ 1, 2, 3 และ 4 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และค่าความเชื่อมั่นของการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต พัฒนา

โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเครียดตั้งแต่ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ผู้ตอบจะได้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน เกณฑ์การประเมินเป็น 4 ระดับ คือ เครียดต่ำ (1 - 24 คะแนน) ปานกลาง (25 - 42 คะแนน) มาก (43 - 61 คะแนน) และรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และค่าความเชื่อมั่นของการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (2552) จำนวน 20 ข้อ มีองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ข้อ 1 - 10 2) ด้านกำลังใจ ข้อ 11 - 15 และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา ข้อ 16 - 20 เครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 ส่วนการแปลผลค่า 1 = ไม่จริง, 2 = จริงบางครั้ง, 3 = ค่อนข้างจริง และ 4 = จริงมาก เกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ ดังนี้ เกณฑ์ต่ำกว่าปกติ (< 55 คะแนน) เกณฑ์ปกติ (55 - 69 คะแนน) และเกณฑ์สูงกว่าปกติ (> 69 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75 และค่าความเชื่อมั่นของการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับหนังสือรับรอง โครงการวิจัยในมนุษย์จาก

คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เลขที่ R003/62X วันที่รับรอง 16 ธันวาคม 2562 และได้ทำหนังสือชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งทำหนังสือแจ้งความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยซึ่งจะให้รายละเอียดต่าง ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถามข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมซึ่งผู้วิจัยจะนำมาใช้ประโยชน์ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการ ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่กำหนด โดยทำจดหมายถึงกลุ่มตัวอย่างพร้อมแบบฟอร์มและการแจ้งความยินยอมเข้าร่วมวิจัยซึ่งให้รายละเอียดกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะมีอิสระและตัดสินใจในการกรอกข้อมูลและลงนามไว้เป็นหลักฐาน ข้อมูลที่ได้มาจะเก็บไว้เป็นความลับ

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในเดือนมิถุนายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติที่ใช้หาค่าความสัมพันธ์ ได้แก่ Pearson's product moment correlation และ Chi-square ทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Phi and Cramer's V โดยมีตัว

แปรจำนวน 6 ตัว หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's product moment correlation ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระยะเวลาในการพักผ่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิต ส่วนสถิติ Chi-square ทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Phi and Cramer's V เพื่อใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เป็น nominal ทั้งคู่ แต่มีได้ dichotomous ทั้งคู่ โดยมีตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ รายรับ การดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาจารย์พยาบาล พบว่า อาจารย์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 มีอายุเฉลี่ย 57.4 ปี และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี มากที่สุด รายรับส่วนใหญ่มีเพียงพอ ร้อยละ 80.0 และรายรับไม่พอ ร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินจนถึงอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 70.0 การดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 60.0 มีระยะเวลาในการพักผ่อน เฉลี่ย 6.6 ชั่วโมง ร้อยละ 80.0 ความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กลมเกลียวมากที่สุด ร้อยละ 93.3 และมีสัมพันธภาพกับเพื่อน (เพื่อนร่วมงานเป็นที่ปรึกษา และให้ความช่วยเหลือ) ร้อยละ 96.7 และการเจ็บป่วย (มีโรคประจำตัว) พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.3

2. ความสุขของอาจารย์พยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขในภาพรวมอาจารย์พยาบาลมีค่าเฉลี่ยระดับมีความสุข (เฉลี่ย = 72.4, SD = 3.429) เมื่อพิจารณารายของก็ประกอบพบว่าค่าเฉลี่ยความสุข

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความสุขของอาจารย์พยาบาล (n = 30)

ความสุข	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลความหมายของความสุข
1. ร่างกายดี	68.1	2.487	มีความสุข
2. ผ่อนคลายดี	68.3	2.728	มีความสุข
3. น้ำใจงาม	79.2	3.991	มีความสุข
4. การมีคุณธรรม	73.3	2.947	มีความสุข
5. ครอบครัวยุติ	74.2	2.532	มีความสุข
6. สังคมดี	71.8	2.801	มีความสุข
7. การหาความรู้	74.2	1.814	มีความสุข

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างอายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระยะเวลาในการพักผ่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิตกับความสุขของอาจารย์พยาบาล

ปัจจัยคัดสรร	ความสุข		แปลผลระดับความสุข
	rx _y	p-value	
1. อายุ	.396*	.030	ค่อนข้างต่ำ
2. ดัชนีมวลกาย	.298	.110	ต่ำ
3. ระยะเวลาในการพักผ่อน	.108	.571	ต่ำ
4. คุณค่าในตนเอง	.143	.451	ต่ำ
5. ความเครียด	-.017	.929	ต่ำ
6. พลังสุขภาพจิต	.513**	.008	ปานกลาง
6.1 ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	.529**	.003	ปานกลาง
6.2 ด้านกำลังใจ	.458*	.011	ปานกลาง
6.3 ด้านจัดการกับปัญหา	.477**	.008	ปานกลาง

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

มากที่สุด คือ น้ำใจงาม (79.2) รองลงมา ได้แก่ ครอบครัวยุติ และการหาความรู้ (74.2) เท่ากัน ส่วนค่าเฉลี่ยความสุขน้อยที่สุด คือ ร่างกายดี (68.1) (ดังตารางที่ 1)

3. ปัจจัยคัดสรรของอาจารย์พยาบาล

พบว่า ปัจจัยคัดสรร 4 ตัว มีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล ได้แก่ อายุ พลังสุขภาพจิต โดยรวมและพลังสุขภาพจิตด้านย่อยรายรับ และความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยอายุ ($r = .396$) และพลังสุขภาพจิตด้านย่อยกำลังใจ ($r = .458$)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Phi and Cramer's V ระหว่าง รายรับ การดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วยความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนกับความสุขของอาจารย์พยาบาล

ปัจจัยคัดสรร	ความสุข			
	Chi-square	p-value	Phi and Cramer's V	แปลผลค่าสัมประสิทธิ์
1. รายรับ	19.904	.014	.444*	ปานกลาง
2. การดูแลสุขภาพ	20.972	.078	-.327	ค่อนข้างต่ำ
3. การเจ็บป่วย	4.838	.794	-.050	ต่ำ
4. ความสัมพันธ์ในครอบครัว	44.464	.007	.485**	สูง
5. สัมพันธภาพกับเพื่อน	6.724	.589	-.103	ต่ำ

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

มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พลังสุขภาพจิตโดยรวม ($r = .513$) และพลังสุขภาพจิตด้านย่อย คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ($r = .529$) และด้านการจัดการกับปัญหา ($r = .477$) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รายรับ และความสัมพันธ์ในครอบครัว (Cramer's $V = .444, .485$) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2 - 3)

การอภิปรายผล

ในการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาลผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ระดับความสุขของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับมีความสุข (เฉลี่ย = 72.4, SD = 3.429) ระดับมีความสุขตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าระดับความสุขของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับสูงซึ่งเป็น

ระดับความสุขตามเป้าหมาย (ไพรัช บำรุงสุนทร, 2561) และจะส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อพฤติกรรมบริการที่มีประสิทธิภาพได้มากถึง 5.18 เท่า (กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์ และจันทร์ธราสมตัว, 2556) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบได้แก่ ร่างกายดี ผ่อนคลายดี น้ำใจงาม การมีคุณธรรม ครอบครัวยุติ สังคมดี การหาความรู้ และใช้เงินเป็น เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่าค่าเฉลี่ยความสุขมากที่สุด คือ น้ำใจงาม (79.2) รองลงมาได้แก่ ครอบครัวดี และการหาความรู้ (74.2) เท่ากัน ส่วนค่าเฉลี่ยความสุขน้อยที่สุด คือ ร่างกายดี (68.1) เมื่ออาจารย์มีความสุขของตนเองก็สามารถแบ่งปันความสุขให้กับบุคคลรอบข้างได้โดยไม่ต้องลงทุน เช่น มีรอยยิ้ม มีเมตตา กรุณา เอื้อเฟื้อ มีสังคม ซึ่งตรงกับเบญจพร ก้องบุญลาพงษ์ และดวงกมล ปิ่นเฉลียว (2559) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสุขระดับสูง (เฉลี่ย = 3.69, SD = .41) สามารถยกระดับความสมบูรณ์ของผู้ให้บริการที่หลากหลายทั้งด้าน

วิชาการ บริการ และบริการด้านสุขภาพได้อย่างดี โดยเฉพาะด้านการสอนในสถาบันการศึกษาพยาบาล ทำการสอน นิเทศและดูแลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งการผลิตผลงานทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนสาขาพยาบาล และการศึกษาหาความรู้เพื่อพัฒนาตนเองตลอดเวลา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้อาจารย์พยาบาลเกิดการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้แก่ตนเองเกิดความก้าวหน้าในงานและความมั่นคงในอาชีพ การทำงานของอาจารย์พยาบาลนั้นต้องมีการศึกษาหาความรู้ตลอดเวลาเพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่นักศึกษาพยาบาลหรือการแลกเปลี่ยน ความรู้กับอาจารย์พยาบาลท่านอื่นได้ (บุญญาภา โปธิ์เกษม, 2558) และยังพบว่าการมีน้ำใจระหว่างกันของบุคคลในองค์กรช่วยลดความขัดแย้งในการทำงานมีความสามัคคีและก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมจนเกิดความรู้สึกผูกพันมักจะแสดงถึงความรักในงาน รักในองค์กร พึงพอใจในการทำงานและทำอย่างมีความสุข (Kanungo, 1982) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความสุขของอาจารย์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงในด้านกรมีน้ำใจงาม ครอบครัวยุติ และการหาความรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา บูรณชนิด (2539) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับมีความสุข (72.80)

2. ปัจจัยคัดสรรของอาจารย์พยาบาล ได้แก่ อายุ รายรับ ดัชนีมวลกาย การดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการพักผ่อน การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิต มี

ความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล ดังนี้

ในภาพรวมความสุข ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล พบว่ามี 4 ตัวแปร คือ อายุ พลังสุขภาพจิตและด้านย่อยพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา รายรับ และความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสุขของอาจารย์พยาบาล ($r = .396, .513, .529, .458, .477$ และ Cramer's $V = .444, .485$ ตามลำดับ) รายละเอียด ดังนี้

อายุ ($r = .444$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของอาจารย์พยาบาล โดยพบว่า อาจารย์พยาบาลที่ศึกษา อายุเฉลี่ย 57.4 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่ประสบการณ์ชีวิตที่หลากหลายรูปแบบ มีความปรารถนาดีและเป็นห่วงหาอาทรรุ่นหลัง อยากรจะถ่ายทอดองค์ความรู้ และประสบการณ์ รวมทั้งอบรมสั่งสอนคนรุ่นหลังต่อไป หากเป็นครูก็ต้องการที่จะถ่ายทอดให้ลูกศิษย์ด้วยความสุขและเต็มใจ สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่เป็นอาจารย์พยาบาล ที่ต้องการจะปลูกฝังให้ลูกศิษย์เป็นคนดี ทั้งนี้ในช่วงวัยนี้มีความสามารถในการปรับตัวได้ดี จะทำให้มีความสุขเพิ่มขึ้นตามอายุ (เจษฎา งามมาก, 2557; Erikson, 1997) ประกอบกับอายุการทำงานที่มากขึ้นทำให้อาจารย์พยาบาลเกิดความผูกพันกับองค์กร และเกิดความรัก มีสัมพันธภาพที่ดีกับนักเรียนพยาบาล ศิษย์เก่า และอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมกัน เกิดเป็นความสุข ความภูมิใจที่ได้ทำงานให้กับองค์กร (บุญญาภา โปธิ์เกษม, 2558)

พลังสุขภาพจิตโดยรวม ($r = .513$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของอาจารย์พยาบาล ทั้งนี้เป็นอาจเป็นเพราะว่า การที่บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ได้ก็จะช่วยให้มีร่างกาย จิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถให้การใส่ใจเข้าใจผู้อื่นได้ พร้อมเปิดเผยความต้องการในระดับปัจเจกด้วยตนเอง (Self-Actualization) (Heylighen, 1999) ความสุขและชีวิตที่ดีจะช่วยให้มีความสุขตลอดจนเสริมสร้างคุณค่าแห่งตนให้สูงขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรับรู้คุณค่าของความหมายในชีวิตที่ถูกต้อง และมีจริยธรรมอันดีงาม ส่งผลต่อความสุขในชีวิตของมนุษย์ให้ดีขึ้นตามเจตนาที่กระทำลงไป ซึ่งความสุขจึงไม่ได้เกิดจากความรู้สึกพึงพอใจเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมและการรับรู้คุณค่าของชีวิตที่ถูกต้องด้วย โดยเฉพาะความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหา ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพลังสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการอยู่ดีมีสุข (Brülde, 2007)

รายรับของอาจารย์พยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของทรรสวรรณ ขาวพราย (2560) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับภาวินี พลายน้อย และจักรชัย สือประเสริฐสิทธิ (2561) พบว่า เงินเดือนหรือค่าตอบแทนมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากองค์กรควรมีผลตอบแทนจากการทำงาน เช่น รายได้ประจำ เนื่องจากเงินสามารถตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานบุคคลได้อย่างเพียงพอ

ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนในองค์กรควรมีการจัดสรรสวัสดิการต่าง ๆ ซึ่งเงื่อนไขทางการเงินและค่าตอบแทนข้างต้นทำให้ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มสูงขึ้น และสอดคล้องกับชินกร น้อยคำยาง และปภาดา น้อยคำยาง (2553) พบว่า ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าบุคลากรที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็ค่าใช้จ่ายในครอบครัวหรือค่าใช้จ่ายส่วนตัวจะมีผลต่อความสุขในการทำงาน นอกจากนี้รายได้เป็นปัจจัยเบื้องต้น และเป็นการสร้างแรงจูงใจ เพราะสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐาน

ความสัมพันธ์ในครอบครัวของอาจารย์พยาบาล พบว่า มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กลมเกลียวมากที่สุด ร้อยละ 93.3 ซึ่งสอดคล้องกับที่สิรินันท์ ขุนเพ็ชร และชอเดชะ บิลยะลา (2560) พบว่าครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล ควรแบ่งเวลางานกับครอบครัวให้เหมาะสม ตลอดจนการบริหารจัดการให้เกิดความสมดุลระหว่างการทำงานและครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนปัจจัยคัดสรรที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล คือ ดัชนีมวลถาย การดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วย ระยะเวลาในการพักผ่อนสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน คุณค่าในตนเอง และความเครียดอภิปรายผล ได้ดังนี้

ดัชนีมวลกาย จากข้อมูลทั่วไปของอาจารย์พยาบาลพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 70.0 มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี) มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับ 2 (อ้วน) แต่ยังไม่ถึงป่วยและส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 56.7) ทำให้มีการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และไม่มีความสัมพันธ์กับความสุข

การดูแลสุขภาพของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงร้อยละ 60.0 แต่ยังไม่เจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุข ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตตภา ฉิมจินดา (2555) ที่กล่าวถึงความสุขในชีวิตของบุคคลจะให้อยู่ในระดับมากได้ ต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพและเรียนรู้ที่จะป้องกันสุขภาพของตนเองตามแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2006)

การเจ็บป่วย อาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 การเจ็บป่วยที่มีโรคมักจะทำให้ความสุขลดลง แต่อาจารย์พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ เข้าใจกลไกการเกิดโรคดีจึงทำให้มีการเจ็บป่วย แต่ยังไม่พบปัญหาที่จะทำให้ความสุขลดลง ดังเช่น มณี อภานันท์กุล, รุจา ภูไพบูลย์, และกุสุมา คุณวัฒน์สัมฤทธิ์ (2558) กล่าวถึงการมีสุขภาพดีนั้นต้องพอเพียงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน กับการมีเหตุผลในการป้องกัน และภูมิคุ้มกัน โดยการสร้างความรู้ มีการวางแผนที่ดี จะก่อให้เกิดความสุข และมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย

ระยะเวลาในการพักผ่อน พบว่าร้อยละ 80.0 ของอาจารย์พยาบาล มีระยะเวลาในการพักผ่อนเฉลี่ย 6.6 ชั่วโมงต่อวัน และส่วนใหญ่อยู่ใน

วัยสูงอายุ ซึ่งไม่พบว่าเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต และไม่มีความสัมพันธ์กับความสุข ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกัมภีรพรรณ สาชิน, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2562) พบว่าการนอนน้อยมีผลต่อสุขภาพจิต ทำให้ไม่มีความสุข อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการพักผ่อนมีความสำคัญจึงควรจัดเวลาในการพักผ่อนให้เหมาะสม โดยเฉลี่ย 7 - 9 ชั่วโมง สำหรับผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2563)

สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน พบว่า อาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน (เพื่อนร่วมงานเป็นที่ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือ) ร้อยละ 96.7 แต่เนื่องจากอาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี ถึงร้อยละ 70.0 ซึ่งให้คุณค่าและให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่า เนื่องจากวัยของอาจารย์เป็นวัยที่ต้องการความรักความอบอุ่นทางใจมากกว่าเพื่อนที่พบปะสังสรรค์ในระยะเวลาที่จำเพาะ (สิทธิพร สุนทร, วัชรินทร์ สุทธิชัย, และพงษ์ศักดิ์ ชิมมอนต์ส, 2561) จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความสุข และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินันท์ ขุนเพชร และฮอเดียะ บิลยะลา (2560) ที่กล่าวถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพในที่ทำงานให้แน่นแฟ้นจะช่วยให้มีมีความสุข

คุณค่าในตนเอง ของอาจารย์พยาบาลพบว่า อยู่ในระดับสูงซึ่งช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว และสังคมรอบข้าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาจารย์พยาบาลรับรู้คุณค่าในตนเองจากบทบาทที่ได้รับ ความเคารพในฐานะอาจารย์ ซึ่งเป็นผู้ให้ความรู้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความสุข และไม่สอดคล้อง

กับงานวิจัยของชุดิมา บูรณชนิด (2539) ที่พบว่า การมีคุณค่าในตนเองจะช่วยยกระดับความสุขให้สูงมากขึ้นตามไปด้วย (ชุดิมา บูรณชนิด, 2539)

ความเครียด ของอาจารย์พยาบาล พบว่าอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีของบุคคลแม้จะมีสิ่งคุกคามก่อให้เกิดความไม่สมดุลทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณก็ตาม หากบุคคลรู้เท่าทันความเครียดสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกเวลาจะทำให้มีการปรับตัวต่อความเครียด และลดระดับความรุนแรงลง เมื่อรู้เท่าทันความเครียดก็สามารถหยุดและปรับตนเองได้ทันที จะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ในทุกสถานการณ์โดยไม่ให้ความเครียดมาทำร้ายตนเองได้ เช่น การคิดบวก การทำกิจกรรมคลายเครียดที่ชื่นชอบ (Selye, 1976) ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวนี้เป็นสิ่งจำเป็นของชีวิตและเป็นส่วนสำคัญบนพื้นฐานของการมีชีวิตและการพัฒนา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2560)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้บริหารควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความสุขให้กับอาจารย์พยาบาล

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความสุขระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์กับคณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันเอกชนอื่น ๆ ที่มีลักษณะการทำงานเหมือน ๆ กัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณคณะผู้บริหารทุกท่านที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย พร้อมทั้งคณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและกรุณาให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสิ้นสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, วิไลวรรณ ทองเจริญ, มาสรีน สุกดบัณย์, รัชณี ศุภจินทรรัตน์, ดวงเนตร ธรรมกุล, และวัลลภา บุญรอด. (2558). ปัจจัยทำนายความตั้งใจจะออกจากงานของอาจารย์พยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 105-127.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). *การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี: พลังสุขภาพจิต RQ*. นนทบุรี: บริษัท ดินาคู จำกัด.
- กรมอนามัย. (2563). *คู่มือการนอนหลับเพื่อสุขภาพที่ดี*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กรแก้ว ดิรพงษ์สวัสดิ์, และจันทร์ธรา สมด้ว. (2556). สุขภาวะของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 6*, 5(2), 14-27.
- กัมภีรพรหม สาชิน, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 98-111.
- จินตนา ฉิมจินดา. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชน จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เจษฎา กุญามมาก. (2557). ความเครียดในการทำงานของอาจารย์มหาวิทยาลัยรัฐ. *วารสารพัฒนบริหารศาสตร์*, 54(1), 259-285.

- ชินกร น้อยคำยาง, และปภาดา น้อยคำยาง. (2553). รายงานการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อดัชนีความสุขในการทำงานของบุคลากรในสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิ์สิตา, และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2551). *สำรวจสุขภาพคนไทย ปี 2550*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หุติมา บูรณชนิด. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ความมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/73237>
- จูปนิย์ ตั้งจิตภักดีสกุล. (2545). *แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถิรรัตน์ พิมพาภรณ์, และธีระวัฒน์ จันทิก. (2559). ความสุขในการทำงาน: ความท้าทายของการจัดการทรัพยากรมนุษย์ในอุตสาหกรรมบริการ. *วารสารมนุษยสังคมปริทัศน์*, 18(2), 38-52.
- ทรศวรรณ ขาวพราย. (2560). *ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐแนวใหม่, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- บุญญาภา โพธิ์เกษม. (2558). อาจารย์พยาบาลกับความสุขในการทำงาน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 13-24.
- เบญจพร ก้อนมูลยาพงษ์, และดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 151-160.
- ปริญทร์ ศรีศศลักษณ์. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ไพรัช บำรุงสุนทร. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของบุคลากรด้านสุขภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 4(2), 22-35.
- ภาวิณี พลายน้อย, และจักรชัย สื่อประเสริฐสิทธิ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการศิลปะศาสตร์ประยุกต์*, 11(1), 92-105.
- มณี อากานันท์กุล, รุจา ภูไพบูลย์, และกุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. (2558). การวิเคราะห์และบูรณาการดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(1), 41-5.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). ผลการสำรวจความสุขคนทำงานในประเทศไทยรอบครึ่งปีแรก (มกราคม-มิถุนายน 2555). สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2564, จาก <http://www.happinometer.ipsr.mahidol.ac.th>.
- รสรินทร์ แก้วดา. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรพร เขยสุวรรณ, รุ่งทิพย์ ช้างศิลา, รัชณี สุจิตจันทร์รัตน์, และวัลลภา บุญรอด. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 51-59.
- สิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เถลิ้มพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และจรัมพร โห้ล้าของ. (2556). *คุณภาพชีวิตการทำงานและความสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรสจำกัด.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *ผลการสำรวจความสุขคนทำงานในประเทศไทย ปีที่ 1 รอบครึ่งปีหลัง (กรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2555)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ปทุมธานี: บริษัท We Are Friends Design Co., Ltd.

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER: The Happiness Self-Assessment)* พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *แผนงานสุขภาพขององค์กรภาคเอกชน. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2564, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/2504>. แผนงานสุขภาพของกองทุนภาคเอกชน. Html*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2564, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mental-healthm_FullReport_58.pdf*
- สิทธิพร สุนทร, วัชรินทร์ สุทธิชัย, และพงษ์ศักดิ์ ชิมมอนด์ส. (2561). *รูปแบบความสุขของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม. คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.*
- สิรินันท์ ขุนเพชร, และฮอเคียะ บิลยะลา. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 2(4), 69-80.*
- สุพิศ รุ่งเรืองศรี, และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2558). *พยาบาล: ความท้าทายต่อสมรรถนะส่วนบุคคล. พยาบาลสาร, 42(ฉบับพิเศษ), 214-221.*
- สุวรรณ มหัตถ์นรินทร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ คาปัญญา. (2540). *แบบวัดความเครียดสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.*
- อภิชัย มงคล, วัชนิ หัตถพนม, กัสรา เขมฐ์โชคศักดิ์, วรรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, และสุจริต สุวรรณชีพ. (2544). *การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(3), 209-225.*
- อมรรัตน์ จันโยธา, สุพธินันท์ ฉันท์ธนกุล, เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์, และสุคนธา สิริ. (2560). *ศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก, 18 (ฉบับพิเศษ), 166-174.*
- อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโยตะ, วิภาพร วรหาญ, และวิพร เสนารักษ์. (2554). *ความสุขของนักศึกษาพยาบาล. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(2), 70-79.*
- อุไรวรรณ ไชยชนะ, และชญาภา วันทุม. (2560). *การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11(2), 105-111.*
- Bhattacharjee, A., & Mogilner, C. (2014). Happiness from ordinary and extraordinary experiences. *Journal of Consumer Research, 41(1), 1-17.*
- Brüde, B. (2007). Happiness Theory of the Good Life. *Journal of Happiness Studies, 8(1), 15-49.*
- Erikson, E. (1997). Erik Erikson: Critical Times, Critical Theory. *Child Psychiatry and Human Development, 28(1), 15-21.*
- Heylighen, F. (1999). *Happiness*. Retrieved January 22, 2010, from <http://pespmc1.vub.ac.be/happines.html>
- Kanungo, R. N. (1982). *Work alienation: An integrative approach*. New York: Praeger.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. *Review of general psychology, 9(2), 111.*
- Maslow, Abraham H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Brothers.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Boston: Butterworths.
- Shigemi J, Mino Y, Tsuda T, Babazono A, and Aoyoma H. (1997). The relationship between job stress and mental health at work. *Industrial Health, 35(1), 29-35.*
- Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy: A comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research, 39, 1-58.*

DEVELOPMENT OF A COMBINED COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY AND SELF - CONTROL PROGRAM FOR PSYCHIATRIC PATIENTS HAVING VIOLENT BEHAVIORS

Anchalee Wijitphanya, RN, M.N.S., Nuttaphat Suntarowit, M.N.S., APN***

*Mayuree Klubwong, RN, Ph.D.***, Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.*****

Abstract

Objective: 1) to develop a combined cognitive behavior therapy and self-control program for psychiatric patients having violent behaviors and 2) to investigate effects of the program developed.

Methods: This study was a research and development (R&D). The major steps involved the situation analyses, developing the program and testing the effectiveness of the program developed. Purposive sampling was used to select the subjects according to the inclusion criteria. The subjects were 50 psychiatric patients having violent behaviors, 25 for an experimental group receiving the program and 25 for a control group receiving routine nursing care. The research instruments consisted of 1) The combined cognitive behavior therapy and self - control program for psychiatric patients having violent behaviors, 2) thoughts and emotions on violent behavior questionnaire, 3) self - control inventory, 4) violence assessment scale, and 5) the questionnaire for assessing nurses' perception of the program benefit. All instruments were validated for content validity by 3 experts. The 2nd - 5th instruments had reliability with Cronbach's alpha coefficient equal to .70, .71, .88, and .76 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Fisher's exact test, Chi-square test, independent t - test, and repeated measures ANOVA.

Results: The results revealed as the follows: 1) The combined cognitive behavior therapy and self-control program for psychiatric patients having violent behaviors comprised of five sessions conducting as a therapeutic group in the hospital for a period of one week. The Item Objective Congruence (IOC) of the program was 1. The nurses' perception of the program benefit on very benefit to most benefit was 90.57 percent. 2) Results from repeated measures ANOVA showed that the mean scores of the thoughts and emotions on violent behavior, self-control, and violent behavior were statistically significant differences between experimental and control groups ($p < .001$) and the mean scores of the 3 variables between before experiment, immediately after experiment, and 1 month after the experiment were statistically significant differences ($p < .001$). Multiple comparison analysis showed that the mean scores of the thoughts and emotions on violent behavior and violent behavior immediately after the experiment and 1- month follow - up period were statistically significantly lower than those before the experiment. Additionally, the mean scores of the self - control immediately after the experiment and 1- month follow - up period were statistically significantly higher than that before the experiment.

Conclusion: The combined cognitive behavior therapy and self - control program for psychiatric patients having violent behaviors could improve the thoughts and emotions on violent behavior, self - control, and violent behavior. The program should be considered as an alternative for nursing intervention in the service system in psychiatric patients having violent behaviors.

Keywords: violent behavior, psychiatric patients, CBT, self - control

**Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level, Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital, e-mail: anchalee2655@gmail.com*

***Registered Nurse, Professional Level, Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

****Lecturer, Faculty of Nursing, Watcharapol Campus, Western University*

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

Received: 30 January 2021, Revised: 16 April 2022, Accepted: 21 April 2022

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับ การฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

อัญชลี วิจิตรปัญญา, พย.ม. *, ฉัญจุพัชร สุนทรโรวิทย์, พย.ม., วพย. **,
มยุรี กลั้ววงษ์, พว., วท.ค.***, พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ 2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฯ

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาโปรแกรมฯ และการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมฯ จำนวน 25 คนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง 2) แบบประเมินความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง 3) แบบประเมินการควบคุมตนเอง 4) แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง และ 5) แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ซึ่งเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือลำดับที่ 2 – 5 เท่ากับ .70, .71, .88, และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย การทดสอบของฟิชเชอร์ การทดสอบไคสแควร์ สถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาล ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์ เท่ากับ 1 และผลการประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ ระดับมาก - มากที่สุด ร้อยละ 90.57 2) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป : โปรแกรมฯ มีผลให้ความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จึงน่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดทางการพยาบาลที่จะนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

คำสำคัญ : พฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยโรคจิตเวช การปรับความคิดและพฤติกรรม การควบคุมตนเอง

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, e-mail: anchalee2655@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

****รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 30 มกราคม 2564, วันที่แก้ไข: 16 เมษายน 2565, วันที่ออกรับ: 21 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกของบุคคลที่ส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบถึงการกระทำใด ๆ ของตนเองอย่างจริงจังด้วยการใช้กำลัง วาจาข่มขู่ หรือใช้อำนาจคุกคาม ที่มีเจตนามุ่งหวังให้เกิดอันตราย การบาดเจ็บ ตาย ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ หรือความเสียหายแก่บุคคล รวมถึงทรัพย์สินของผู้อื่น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา (Harwood, 2017) ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรง อาจเกิดจากความเชื่อที่ผิดว่าการกระทำรุนแรงเป็นวิธีการแก้ปัญหา หรือการใช้อำนาจข่มขู่ที่ด้อยกว่า หรือการถูกปลุกฝังมาตั้งแต่เด็ก การขาดความอบอุ่น การอบรมสั่งสอน การเลียนแบบจากบิดามารดาและสื่อ การระบายความเครียดโดยใช้ความรุนแรงกับคนที่ด้อยอำนาจกว่า หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่มีประวัติขาดการรักษาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เคยก่อความรุนแรงมาก่อน มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พยายามฆ่าตัวตาย การเลียนแบบพฤติกรรมที่รุนแรงรวมถึงสัมพันธภาพที่ไม่ดี การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ใช้ความรุนแรง การใช้สุราและสารเสพติดขาดการสนับสนุนทางสังคม ไม่ตระหนักรู้ถึงปัญหาการเจ็บป่วย ขาดความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และขาดการควบคุมตนเอง จึงใช้การแก้ปัญหาด้วยวิธีรุนแรง (นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ, 2559; รัศมีแสงหนูเป็นน้อย, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2561; Choe, Teplin, & Abram, 2008; Fisher, 2016; Iozzino et al., 2015; Rueve & Welton, 2008) และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มี

พฤติกรรมรุนแรงมักอยู่ในภาวะที่ถูกกักต้อน ได้รับการรบกวนทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกโกรธ และแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา ด้วยการคำทอ พูดเสียดสี ขู่ทำร้าย ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายตนเอง ทั้งนี้ความชุกของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลก พบได้ร้อยละ 17 หรือประมาณการเกือบ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (Iozzino et al., 2015) และร้อยละ 12 - 20 มีประวัติกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง (Walsh et al., 2003) โดยผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำรุนแรงกับผู้ชายมากเป็น 2 - 6 เท่าและเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงมากเป็น 2 - 8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีอาการทางจิต (Rao et al., 2010) และพบว่าพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชจะพบได้สูงสุดช่วงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือในระยะเวลาที่มีอาการทางจิตในระดับรุนแรง และในช่วง 10 สัปดาห์แรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Rueve & Welton, 2008) เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรงย่อมส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ หรือเกิดความสูญเสียทรัพย์สิน งบประมาณในการรักษาพยาบาลทัศนคติต่อการทำงานที่ไม่ปลอดภัยต่อคุณภาพชีวิตเจ้าหน้าที่ (บุปผา รุ่งเรือง และสายชล ยุกบลพันธ์, 2558) สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยลดลง (Needham et al., 2005) เพิ่มความหวาดกลัวให้กับสังคม ส่งผลต่อทัศนคติเชิงลบในผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น (ปัญญา ทองทัฬ และกฤติยา

แสวงเจริญ, 2556)

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์พบว่า มีสภาพปัญหาที่มีความใกล้เคียงกับปรากฏการณ์ข้างต้น โดยในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบมีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 7,546 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (violent behaviors) 7,031 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.17 ของผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด อาการสำคัญที่นำมาับการรักษา คือ ทำลายสิ่งของ คิดเป็นร้อยละ 63.56 (4,796 ราย) รองลงมาคือ ทำร้ายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 26.33 (1,987 ราย) และทำร้ายตนเอง ร้อยละ 3.28 (248 ราย) ตามลำดับ และในผู้ป่วยจำนวนเดียวกันนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) จำนวน 344 ราย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยก่อความรุนแรง พบว่า ร้อยละ 33.72 (116 ราย) ควบคุมตนเองไม่ได้ ร้อยละ 29.65 (102 ราย) คิดทำร้ายผู้อื่น/ทำร้ายผู้อื่น ร้อยละ 17.73 (61 ราย) มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.43 (29 ราย) สามารถเข้าถึงอาวุธได้ง่าย ร้อยละ 6.98 (24 ราย) มีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 3.49 (12 ราย) การหยั่งรู้ผิดปกติ และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากพฤติกรรมรุนแรง ระดับปานกลาง (moderate risk) จำนวน 34 ครั้ง (ร้อยละ 47.22) ระดับสูง (high risk) จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 1.39) โดยผู้ป่วยที่ก่อความรุนแรงตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป กระทำรุนแรงด้วยการทำร้ายผู้อื่น จำนวน 55 ราย ทำร้ายเจ้าหน้าที่ จำนวน 15 ราย และทำร้ายตนเอง จำนวน 11 ราย (กลุ่มภารกิจ

การพยาบาล, 2562) และข้อมูลจากการทบทวนบันทึกทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมรุนแรงในระยะ 5 - 10 วันแรกที่เข้ามารับการรักษา สาเหตุเนื่องมาจากการที่รู้สึกถูกรังแกหรือถูกผู้อื่นพุดจาเหยียดหยาม มีการรับรู้ อารมณ์ ความคิด บกพร่อง และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงทำให้แสดงอารมณ์โกรธรุนแรง ขาดความยับยั้งชั่งใจ จนกระทั่งกระทำความรุนแรงด้วยการทำร้ายให้ผู้อื่นบาดเจ็บและเกรงกลัว

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำรุนแรงที่อยู่ระหว่างการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการกระทำรุนแรงต่อตนเอง จำนวน 2 คน กระทำรุนแรงต่อผู้อื่นหรือทรัพย์สิน จำนวน 3 คน พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีประวัติได้รับการเลี้ยงดูที่ขาดความอบอุ่น บางรายพ่อแม่แยกทางกัน บิดาหรือมารดาเสียชีวิตแล้วมีครอบครัวใหม่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเลี้ยงดูจากปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา ผู้ป่วยบอกเล่าด้วยสีหน้า แววตาที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเศร้ามาก ว่า “ที่ผ่านมามีความคิดอยู่เสมอว่า ทำไมพ่อแม่ถึงไม่อยู่ด้วยกันและเลี้ยงดูผม” ส่วนใหญ่ของชีวิตจะรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวมาก บางครั้งรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ชีวิตนี้ไม่มีใครต้องการ ไม่มีใครรัก นอกจากนี้ยังรับรู้ชีวิตตนเองไม่ประสบความสำเร็จ ไม่มีความภาคภูมิใจ เป็นคนไม่ดีในสายตาของพ่อหรือแม่หรือผู้ที่เลี้ยงดู ผู้ป่วยทุกรายบอกว่า รู้สึกเครียด หงุดหงิด ทุกข์ใจ เนื่องจากน้อยใจ พ่อหรือแม่ หรือคนที่ตนรัก จึงดื่มสุราร่วมกับการเสพยาบ้า ส่งผลให้ผู้ป่วยกระทำรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สิน โดยขณะที่

ทำผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รู้เพียงแต่ว่าต้องทำตามเสียงสั่งให้ลองกรีดข้อมือ แทะหน้าอกตัวเอง บางรายมีภาพหลอน หรือหวาดระแวงกลัวคนวางยาพิษ บางรายทำโดยไม่มีเสียงสั่งแต่บอกไม่ได้ว่าทำไปเพราะอะไร เช่น ตั้งใจขับรถมอเตอร์ไซค์ชนเสาไฟฟ้าจนได้รับบาดเจ็บ กระชกขาที่นอนล่างหัก หรือเผาเสื้อผ้าตัวเองอยู่ภายในบ้านจนได้รับความเสียหาย ฯลฯ ขณะทำควบคุมตนเองไม่ได้ และไม่ได้คิดว่าจะเกิดผลเสียหายตามมาอย่างไรจากการกระทำของตัวเอง ส่วนกรณีผู้ป่วยที่กระทำรุนแรงต่อผู้อื่นจนกระทั่งผู้ถูกกระทำเสียชีวิต เล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ผู้ป่วยเดินผ่านบ้านคู่กรณี ขณะนั้นมีเสียงสุนัขในบ้านเห่าเสียงดัง (จากข้อมูลผู้ป่วยได้ขโมยไก่ของบ้านคู่กรณี) แต่ก็ยังคงเดินตามถนนต่อไปเรื่อย ๆ ต่อมาคู่กรณีขับรถมอเตอร์ไซค์ตามมา และลงจากรถมาใช้ท่อนเหล็กกลม ความยาวประมาณ 2 ศอก ฟาดมาที่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงยกแขนขึ้นรับเพื่อไม่ให้คู่กรณีตีศีรษะของตนเอง และใช้มีดยาวประมาณ 1 กีบแทงไปที่หน้าอกด้านซ้ายบริเวณหัวใจของคู่กรณี 1 ครั้ง ผู้ป่วยบอกว่า คิดว่าคู่กรณีไม่น่าจะตาย แต่ตำรวจบอกว่าคู่กรณีตาย และเมื่อถามถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่กระทำลงไป ผู้ป่วยนั่งนิ่งอยู่ครู่หนึ่งแล้วบอกว่า “เขาพูดเสียงดัง โวยวายหาว่าผมขโมยไก่ที่เขาเลี้ยงไว้ แล้วมาทำผมก่อน ผมต้องได้ตอบ และก็ไม่รู้สึกอะไรที่ทาลงไปเพราะ คนเราคิดว่าจะทำอะไรก็ต้องทำ” (ข้อมูล ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563) (กลุ่มภารกิจพยาบาล, 2563)

จากข้อมูลสภาพปัญหาที่พบข้างต้นชี้ให้เห็นถึงปรากฏการณ์ความเสี่ยงสำคัญต่อการ

กระทำรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบ โดยคิดว่าชีวิตนี้ไม่มีใครต้องการ ชีวิตไม่ประสบผลสำเร็จ ไม่มีคุณภาพภูมิใจ เป็นคนไม่ดีในสายตาของพ่อหรือแม่หรือผู้ที่เลี้ยงดู รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ผลที่มีความคิดด้านลบทำให้รู้สึกเครียด น้อยใจ หงุดหงิดทุกข์ใจ ไม่มีความสุข และจัดการกับความทุกข์ด้านลบด้วยการดื่มสุราร่วมกับการเสพยาบ้า ผู้ป่วยจึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และไม่ได้คิดว่าจะเกิดผลเสียหายตามมาอย่างไรจากการกระทำของตน รู้เพียงแต่ว่าต้องกระทำตามแรงตามที่ต้องการ ต้องการ หรือต้องทำตามเสียงสั่งเท่านั้น ซึ่งปรากฏการณ์ที่พบข้างต้น อาจอธิบายได้ว่าปัญหาการกระทำรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะต่าง ๆ มีปัจจัยสาเหตุสำคัญจากการมีความคิดด้านลบหรือความคิดที่บิดเบือนและความบกพร่องในการควบคุมตัวเอง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าความคิดในทางลบหรือความคิดที่บิดเบือน มีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง (Beck, 1999; Milner & Webster, 2005) และพบว่า การควบคุมตัวเอง (self-control) เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง (Agbaria & Natur, 2018; Chen et al., 2019; Gavriel-Fried et al., 2018; Larson et al., 2014; Pechorro et al., 2021; Xie et al., 2020) นอกจากนี้พบข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาที่สนับสนุนว่า การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการแสดงออกที่เหมาะสม (จุมทรัพย์ ก้อนทอง และคณะ, 2559; Smeets et al., 2015) และมีการศึกษา

การใช้แนวคิดการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์พบว่ามิผลให้การพัฒนาทางอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง (มะลิ แสวงผล, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และสุนิสา สุขตระกูล, 2558; Okuda et al., 2017)

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงนับเป็นภาวะเร่งด่วนที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอย่างทันที่ก่อนที่จะลุกลามไปถึงขั้นเกิดความรุนแรงต่อตนเอง คนรอบข้างและทรัพย์สิน (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2556) การดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง/ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงนั้นมีเป้าหมายสำคัญ ก็คือ การป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ (remission) กำเริบซ้ำ (relapse) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างเหมาะสม และสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2563; เครือวัลย์ ศรียารัตน์, 2558) การให้การดูแลดังกล่าวมี วิธีการที่หลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนความก้าวหน้าขององค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยการสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลในประเทศ คือ ฐานข้อมูล ThaiJo, Google scholar โดยใช้คำสืบค้น คือ ผู้ป่วยจิตเวช พฤติกรรมรุนแรง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการควบคุมตนเอง และจากฐานข้อมูลต่างประเทศ คือ PubMed, Google scholar และ ดิพิมพ์ระหว่างปี 2009 - 2019 ใช้คำค้น psychiatric patients, schizophrenia, depression,

violent behaviors, aggression, cognitive behavior therapy, self - control ผลจากการสืบค้นพบการศึกษาของ Haddock et al. (2009) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ a single - blind randomised controlled trial เปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) กับการบำบัดด้วยกิจกรรมทางสังคม (social activity therapy) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยได้เมื่อเทียบกับการบำบัดด้วยกิจกรรมทางสังคม ทั้งช่วงการรักษา (over the treatment) และระยะติดตามผล (follow - up period) และพบว่า การบำบัดด้วย CBT ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรง จากการศึกษาของ Wilson, Barton, & Maguire (2011) ที่ใช้การบำบัดด้วย CBT ระยะสั้นในหอผู้ป่วยจิตเวชสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง พบว่าหลังให้การบำบัดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Kim et al. (2014) ซึ่งศึกษาแบบ A Case - Controlled Study ในผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติอาชญากรรม พบว่าหลังการบำบัดช่วยให้พฤติกรรมก้าวร้าวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการควบคุมตนเอง นั้นมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาปริญญาตรีที่พบว่า การฝึกการควบคุมตัวเอง (self - control training) ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ที่มีบุคลิกลักษณะที่มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวสูง (high in trait aggression) และยังพบว่าเมื่อได้รับ

ข้อมูลย้อนกลับในเชิงลบหรือการดูหมิ่น (insulting feedback) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีอาการโกรธน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Denson, Capper, Oaten, Friese, & Schofield, 2011) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง (self-control) ก็พบว่าบุคคลที่มีการควบคุมตัวเองต่ำ (low self-control) มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าบุคคลที่มีการควบคุมตัวเองสูง (high self-control) (Larson et al., 2014) การควบคุมตนเองต่ำเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมรุนแรง (Brown et al., 2019; Ozbay & Koelksoy, 2009; Schreck et al., 2021)

จึงอาจกล่าวได้ว่าการประยุกต์แนวความคิดบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ที่มุ่งให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกของผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ โดยผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการตอบสนองตอบ หรือปรับเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกของผู้ป่วยที่มีความคิดบิดเบือน (Beck & Rector, 2005) ขณะเดียวกันการฝึกให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ก็น่าจะส่งผลให้การแสดงพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งแนวความคิดการควบคุมตนเอง (Self-Control) อธิบายไว้ว่า เป็นการกระทำที่ใช้กระบวนการคิดอย่างมีจุดมุ่งหมายหรือตั้งใจ ภายใต้การควบคุมของจิตใจ ประกอบด้วย การควบคุมตนเองในลักษณะที่ทำให้สภาพของร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้อีกครั้งตามปกติ และการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนการกระทำหรือ

พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องหรือเกิดผลเสียกับร่างกาย โดยการกระทำที่ถูกต้องมาแทนที่ (Rosenbaum, 1990) จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การประยุกต์แนวความคิดบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck & Rector, 2005) ร่วมกับแนวความคิดควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1990) น่าจะสามารถช่วยให้ความคิดที่บิดเบือนและการควบคุมตนเองในการแสดงพฤติกรรมรุนแรง เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างเหมาะสมได้

ในทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนั้น โรงพยาบาลจะให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน ตั้งแต่ระยะแรกรับระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย โดยการดูแลเป็นไปตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล กิจกรรมการดูแลประกอบด้วย การให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางสังคมจิตใจ การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา และกลุ่มบำบัดการจัดการกับความโกรธ จะเห็นได้ว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของบุคลากรพยาบาลในช่วงที่ผ่านมายังมิได้มีการบำบัดเพื่อจัดการความคิดที่ไม่เหมาะสมหรือความคิดที่บิดเบือนและการควบคุมตนเองอย่างเหมาะสม และเมื่อทำการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน ก็พบว่า โรงพยาบาลทั้งหมดเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มี

พฤติกรรมรุนแรง แต่ยังมีประณินปัจจัยเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงได้ไม่ครอบคลุม ระบุได้เพียงว่า การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้น้อย ถูกกระตุ้นได้ง่าย เช่น แคนผู้ป่วยเดินผ่านกัน มองหน้ากัน แล้วรู้สึกไม่พอใจ ไม่ถูกชะตา ก็คำทอ หรือตบตีกันได้ หรือผู้ป่วยบางรายบอกว่าไม่รู้ตัว จำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้น ควบคุมตัวเองไม่ได้ เป็นต้น ส่วนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้การพยาบาลด้วยการลดสิ่งกระตุ้น ประณินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต การจำกัดพฤติกรรม การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงของผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษา และจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยพลังด้วยการให้ใช้แรงในการเล่นกีฬา ออกกำลังกาย รวมถึงการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการกระทำพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ แต่ยังคงขาดการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่จะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ไม่ให้การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยมีความรุนแรงมากขึ้นและยากที่จะควบคุมตนเองได้ จนมีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ และจากศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำก็พบว่า มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยด้วยพฤติกรรมรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 80.56 ด้วยการใช้จ่ายค่าพุดที่รุนแรง คำทอ ทูบทำลายข้าวของ ถี้ออาวุธและจะจะทำร้ายผู้อื่น นอกจากนี้ มีบางรายทำร้ายตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับยาที่มีขนาดเพิ่มสูงขึ้นจากที่เคยได้รับ ร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า (กรรณิการ์ ชื่นสมบัติ, 2562; อดิศักดิ์

ชัยศิริ, 2562) ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (length of stay [LOS]) โดยมีระยะวันนอนเกิน 21 วัน ร้อยละ 23.61 (กลุ่มการกิจการพยาบาล, 2564) จากปรากฏการณ์ที่พบแสดงให้เห็นถึง ปัญหาของกระบวนการบำบัดที่มุ่งเน้นการจัดการพฤติกรรม ยังไม่มีกระบวนการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเวชควบคุมตนเอง เพื่อเป็นการลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการกำกับดูแลคุณภาพการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยประยุกต์แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-control) และข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมตลอดจนการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ที่นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย อันจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

2. ผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอย่างไร

3. ผลการประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงไปใช้ในการปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช เลยราชนครินทร์ที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดย

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ความสามารถในการควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างระยะก่อนการ

ทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

3. เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงไปใช้

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอน (ศิริชัยกาญจนวาที, 2559) ประกอบด้วยการดำเนินงานใน 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์สภาพปัญหา และประเมินความต้องการ/จำเป็น

การวิเคราะห์ความต้องการด้านพฤติกรรม

รุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวช และความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนเพิ่มเวชระเบียนผู้มารับบริการด้วยอาการสำคัญในการนำส่งโรงพยาบาล ทบทวนสถิติการรับบริการแบบรับไว้รักษาผู้ป่วยใน ทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยใน ระหว่างปี 2560 - 2562 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยจิตเวช 15 คน 2) พยาบาลจิตเวช จำนวน 15 คน โดยใช้แนวคำถามหลัก เกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง นำมาวิเคราะห์ในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

2. การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนา

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดโครงสร้างหัวข้อ ความรู้ เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหากิจกรรมในแต่ละส่วน และจัดทำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้แนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck & Rector, 2005) ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1990)

3. การออกแบบและจัดทำต้นร่าง

ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการบำบัดทาง

ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเอง เพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยเนื้อหาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยจำนวน 5 กิจกรรม คือ 1) รับรู้และยอมรับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและผลกระทบของการเจ็บป่วยที่ตามมา 2) รับมือกับความคิดอัตโนมัติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้เท่าทันถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบได้ 3) ขอเพียงแค่นี้...เข้าใจตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเอง ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย 4) เกิดขึ้นได้ ก็แก้ไขได้ ช่วยให้ผู้ป่วยประยุกต์กลวิธีในการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นนำมาใช้ในการควบคุมตนเอง 5) เตือนตัวไว้...ไม่ให้ล้ม เพื่อให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเอง ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกาย

4. การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการและประเมินผล

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน ประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา กิจกรรมและวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ครั้งที่ 1 ได้เท่ากับ 0.67 - 1

หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วคำนวณค่า IOC ครั้งที่ 2 ได้เท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และปรับปรุงโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเอง และจัดทำเป็นโปรแกรมฯ (ฉบับปรับปรุง) ปรับเนื้อหากิจกรรมตามข้อเสนอแนะ และผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ (ฉบับปรับปรุง) ไปทดลองใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในหอผู้ป่วย

5. สรุปผล

สรุปผลการทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และจัดทำเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์

6. การเผยแพร่และขยายผล

หลังสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเผยแพร่ และดำเนินการขยายผลโดย จัดทำคู่มือโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ออกแบบหลักสูตรการอบรม และนำไปบูรณาการกับระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงภายใต้การนำของทีมงานการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่อไป

วิธีดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

ประชากรเป้าหมาย (target population) ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลย

ราชนครินทร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในช่วงเดือน สิงหาคม - กันยายน 2563 จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน

เกณฑ์คัดเข้า

ก. เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช และมารับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

ข. มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนนำส่ง เช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ

ค. ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมองจากการประเมินด้วย MMSE ก่อนเข้ากลุ่มต้องมีคะแนน ≥ 14 คะแนนขึ้นไป

ง. อาการทางจิตสงบจากการประเมินด้วย BPRS ก่อนเข้ากลุ่มมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน (โดยข้อ 6, 7, 8, ต้อง ≤ 2 คะแนน)

จ. สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

ฉ. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

ก. ป่วยเป็นโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาหรือการตอบสนองต่อการรักษา เช่น stroke

ข. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะแทรกซ้อนทางกายจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย

ค. ผู้ป่วยหรือญาติขอยกออกจากทดลองในระหว่างการบำบัด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่า effect size จากผลงานวิจัยที่ผ่านมา (Haddock et al., 2009; Wilson, Barton, & Maguire,

2011; Kim et al., 2014) ได้ medium effect size กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ใช้สถิติ repeated measures ANOVA ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 19 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา ซึ่งอาจมีการถอนตัวหรือเข้าร่วมการศึกษาไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนขนาดที่ใช้ในการศึกษา อีกร้อยละ 30 (จรณิต แก้วก้งวาน และประตาศิลา สิงหวิวัฒน์, 2554) รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ กลุ่มละ 25 คน รวมเป็น 50 คน

การเลือกตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและเพื่อเป็นการป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแลกเปลี่ยนการบำบัดขณะพักรักษาอยู่ในตึกเดียวกัน (contamination) สัปดาห์ที่ 1 เดือนสิงหาคม 2563 จึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลา 13.30 - 14.30 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์ เลขที่เลขที่ 1/62 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2562 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากการวิจัยและวิธีการป้องกันแก้ไขที่

ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น การขอความยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้น รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พัฒนาโดยทีมผู้วิจัยตามกระบวนการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นการบูรณาการกลยุทธ์ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) (Beck & Rector, 2005) ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-Control: SC) (Rosenbaum, 1990) ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ดำเนินการกลุ่มระหว่างวันจันทร์ถึงวันศุกร์ จำนวนสมาชิกกลุ่มที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มละ 6 - 8 คน ผู้บำบัดหลักคือ เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีทักษะการบำบัดด้วยโปรแกรมฯ โดยการผ่านการอบรมด้วยโปรแกรมฯ และได้รับการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดอย่างน้อย 5 ปี ผู้ช่วยผู้บำบัดคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชมากกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์การดำเนินกิจกรรมกลุ่มในผู้ป่วยจิตเวช การดำเนินการจัดทำเป็นกลุ่มบำบัด โดยที่โปรแกรมนี้มีเป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัดในแต่ละกิจกรรม แสดงในตารางที่ 1

2. แบบประเมินความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

กิจกรรม	เป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัด
ครั้งที่ 1: รับรู้และยอมรับตนเอง	<p>เป้าหมาย: ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและผลกระทบในการเจ็บป่วยที่ตามมา</p> <p>กลยุทธ์ SC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกต่อเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังและผลกระทบในการเจ็บป่วยที่ตามมา - ตั้งคำถามเพื่อให้สมาชิกได้มีการทบทวนถึงพฤติกรรมที่มีต่อเหตุการณ์ที่ผ่านมา - การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น - แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเองกับพฤติกรรมรุนแรง และการดูแลตนเอง
ครั้งที่ 2: รับมือกับความคิด อัตโนมัติ	<p>เป้าหมาย: ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้เท่าทันถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบได้</p> <p>กลยุทธ์ CBT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตั้งคำถามให้สมาชิกได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ - ตั้งคำถามให้สมาชิกทบทวนความคิด ความรู้สึก ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง - สรุปวงจรการเกิดเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม - ชี้ให้เห็นความคิดอัตโนมัติและฝึกการจับความคิดอัตโนมัติ <p>กลยุทธ์ SC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - สสำรวจประสบการณ์พฤติกรรมรุนแรงของตนเอง เกิดการตระหนักรู้เท่าทันถึงอารมณ์
ครั้งที่ 3: ขอเพียงแค่...เข้าใจ ตัวเอง	<p>เป้าหมาย: ผู้ป่วยได้มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเอง ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย</p> <p>กลยุทธ์ CBT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - แลกเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติต่อสถานการณ์ - ฝึกการจับความคิดอัตโนมัติ - การเชื่อมโยงความคิด ความรู้สึกที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง <p>กลยุทธ์ SC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ความคิดและการเตือนตนเองในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย - ตั้งคำถามให้สมาชิกแยกแยะระหว่างความคิด ความรู้สึก ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (ต่อ)

กิจกรรม	เป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัด
ครั้งที่ 4: เกิดขึ้นได้ ก็แก้ไขได้	<p>เป้าหมาย: การประยุกต์กลวิธีในการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้น นำมาใช้ในการควบคุมตนเอง</p> <p>กลยุทธ์ SC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยกตัวอย่างสถานการณ์ความรุนแรงให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงการประเมินทางเลือกและการคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดตามมา - ฝึกการพิจารณาและหาเหตุผล รวมทั้งการไม่ทำตามใจตนเอง และสามารถควบคุมความต้องการของตนเองได้ <p>กลยุทธ์ CBT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้สมาชิกเลือกวิธีการคิดแบบอื่น ร่วมกับการสังเกตความรู้สึกของตนเองใหม่ - ฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยการฝึกการรับรู้ลมหายใจ
ครั้งที่ 5: เตือนตัวไว้...ไม่ให้ลืม	<p>เป้าหมาย : การตั้งเป้าหมายในการลงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเองในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกาย</p> <p>กลยุทธ์ SC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - สรุปบททวนถึงผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาตัวจากพฤติกรรมรุนแรง - แลกเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาในอดีต ถึงข้อดีและข้อเสีย รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมตนเอง - ให้สมาชิกร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

Beck and Rector (2005) เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง โดยเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ 2,4,6,8 และเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 5, 8 ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยข้อความทางลบหากตอบเป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด = 4 คะแนน เป็นจริงในเรื่องนั้นมาก = 3

เป็นจริงในเรื่องนั้นปานกลาง = 2 เป็นจริงในเรื่องนั้นน้อย = 1 มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 13 คะแนน หมายถึง มีความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 14 – 21 หมายถึง มีความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง คะแนนมากกว่า 22 หมายถึง มีความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระดับสูง แบบประเมินนี้ได้รับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .703. แบบประเมินการควบคุมตนเอง เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวคิดการควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1990) เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการควบคุมตนเอง แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด เป็นจริงในเรื่องนั้นมาก เป็นจริงในเรื่องนั้นปานกลาง เป็นจริงในเรื่องนั้นน้อย โดยเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 6, 9 และเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 5, 7, 8, 10 โดยข้อความทางบวกหากตอบเป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด = 4 คะแนน เป็นจริงในเรื่องนั้นมาก = 3 เป็นจริงในเรื่องนั้นปานกลาง = 2 เป็นจริงในเรื่องนั้นน้อย = 1 มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 19 หมายถึง มีการควบคุมตนเองระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 20 – 28 หมายถึง มีการควบคุมตนเองระดับปานกลาง คะแนนมากกว่า 29 หมายถึง มีการควบคุมตนเองระดับสูง แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71

4. แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบท (กรมสุขภาพจิต, 2563; ศรีนุช ราษฎร์คุชดี, มรรยาท รุจิวิษญ์, และ

เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2557; หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวท, ทรงพล โลดทงค์, และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, 2559; Scott & Resnick, 2006; Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 12 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ แสดงพฤติกรรมนั้นน้อยหรือไม่แสดง แสดงพฤติกรรมนั้นปานกลาง แสดงพฤติกรรมนั้นมาก แสดงพฤติกรรมนั้นมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 16 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมระดับรุนแรงเล็กน้อย 16 – 30 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมระดับรุนแรงปานกลาง มากกว่า 30 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมระดับรุนแรงมาก แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

5. แบบประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) เพื่อใช้ในการประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมไปใช้ มีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ 1 = รับรู้โปรแกรมฯ มีประโยชน์น้อยที่สุดหรือไม่มีประโยชน์เลย 2 = รับรู้โปรแกรมฯ มีประโยชน์น้อย 3 = รับรู้โปรแกรมฯ

มีประโยชน์ปานกลาง 4 = รับรู้โปรแกรมฯ มีประโยชน์มาก 5 = รับรู้โปรแกรมฯ มีประโยชน์มากที่สุด แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติบรรยาย
2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Fisher's exact-test และ Chi-square test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง และการควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรง และในระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Fisher's exact- test และ Chi-square Test พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้ง

ในการนอนโรงพยาบาล และประวัติพฤติกรรมรุนแรงก่อนนำส่งโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าสถิติ = 1.00, 6.27, .22, 6.92, 6.27, และ 3.18; $p = .50, .99, .89, .14, .99$ และ $.20$ ตามลำดับ)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

- 3.1 คะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.15, p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่างระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 111.79, p < .001$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.14, p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง (25 คน)	กลุ่มควบคุม (25 คน)	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
คะแนนของความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง				
ก่อนการทดลอง	21.92 (3.35)	21.48 (3.22)	.47	.64
คะแนนการควบคุมตนเอง				
ก่อนการทดลอง	18.24 (3.14)	18.68 (3.57)	-.46	.33
คะแนนพฤติกรรมรุนแรง				
ก่อนการทดลอง	33.44 (1.36)	33.24 (1.56)	.48	.31

3.2 คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 19.93, p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 150.18, p < .001$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนการควบคุมตนเองระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 19.21, p < .001$)

3.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 51.26, p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 698.25, p < .001$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มกับ

ระยะเวลาการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 80.95, p < .001$) ดังตารางที่ 3

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni Correction ดังนี้

4.1 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงในระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4 และภาพที่ 1)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

แหล่งที่มา	ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง					การควบคุมตนเอง					พฤติกรรมรุนแรง				
	SS	df	MS	F	p	SS	df	MS	F	p	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม															
กลุ่ม	62.7	1	62.7	2.1	<.001	1892.3	1	62.7	2.1	<.001	748.2	1	748.2	51.26	<.001
ความคลาดเคลื่อน	1402.8	48	29.2			1268.9	49	29.2			700.6	48	14.6		
ภายในกลุ่ม															
ระยะเวลา	1064.7	2	644.2	112	<.001	3161.2	1.1	2821	150.2	<.001	11705.1	2	5852.5	698.3	<.001
กลุ่ม X เวลา	77.5	2	46.9	8.1	<.001	404.4	1.1	360.8	19.2	<.001	1356.9	2	678.5	80.95	<.001
ความคลาดเคลื่อน	457.1	79	5.8			1010.4	54	18.7			804.6	96	8.4		
เคลื่อน															

SS = sum of square, df = degree of freedom, MS = mean square

4.2 การควบคุมตนเอง คะแนน

เฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4 และภาพที่ 2)

4.3 พฤติกรรมรุนแรงคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมรุนแรงระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงในระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4 และภาพที่ 3)

5. การรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผลการประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ระดับมาก - มากที่สุด ร้อยละ 90.57 และพยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่าเนื้อหาของโปรแกรมมีการเรียงลำดับจากง่ายไปหายาก ซึ่งเนื้อหา มีความชัดเจน เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน เวลาในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม ซึ่งสามารถนำแนวทางปฏิบัตินี้ไปปรับใช้ในหน่วยงานได้

การอภิปรายผล

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พัฒนามาจากการวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก การสัมภาษณ์ และหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่พบว่าผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงขณะที่รู้สึกโกรธหรือโมโหหรือไม่พอใจโดยการทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น และทำร้ายตนเอง เมื่อสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าเหตุที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงเนื่องจากมีกระบวนการความคิดต่อการแสดงออกยังไม่เหมาะสมรวมทั้งไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทีมผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัด ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) (Beck, & Rector, 2005) และแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-Control) (Rosenbaum, 1990) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ซึ่งโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 หลังจากผู้วิจัยดำเนินการปรับเนื้อหาโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำกิจกรรมกลุ่มบำบัดดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มละ 6 - 8 คน ทำกิจกรรมกลุ่มทุกวันจันทร์ - ศุกร์ ครั้งละ 60 นาที ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

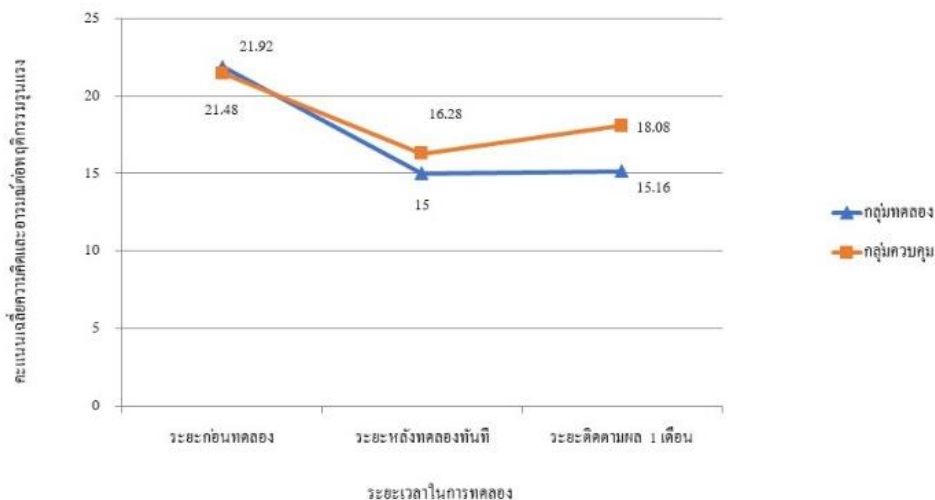
เมื่อนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ ผลการประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของ

โปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการปฏิบัติจริง จากพยาบาลที่ใช้โปรแกรมมีจำนวน 7 คน พบว่า อยู่ในระดับมีประโยชน์มาก - มากที่สุด ร้อยละ 90.57 และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ผู้ป่วยทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามโปรแกรม โดยความคิดเห็นส่วนใหญ่ของ

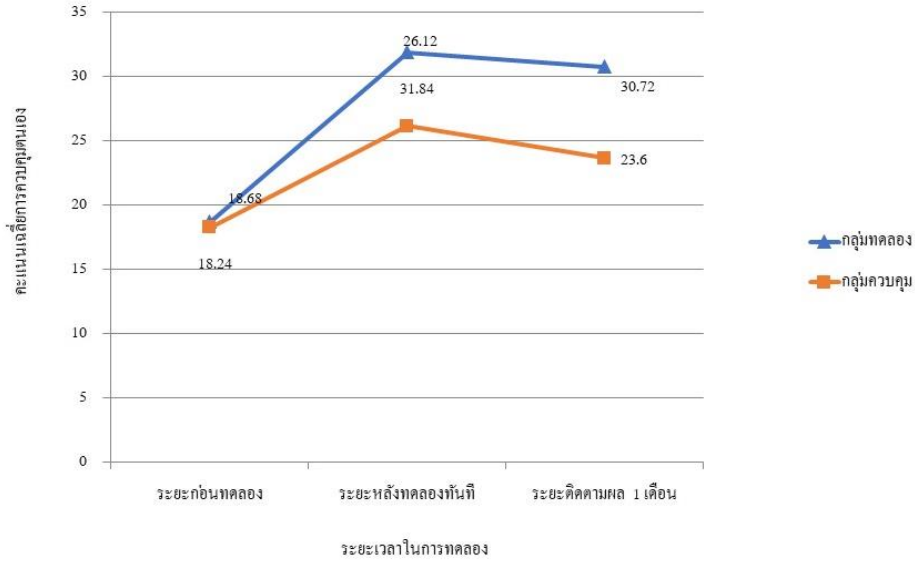
พยาบาลต่อการใช้โปรแกรมฯ เห็นว่าแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมในการเรียงกิจกรรมจากง่ายไปหายาก เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงานซึ่งมิได้เป็นการเพิ่มภาระงาน เนื้อหาที่มีความเข้าใจง่ายไม่มีความยุ่งยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดก็สามารถเข้าใจกิจกรรมได้ง่าย

ตารางที่ 4 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ Pairwise Comparisons แบบ Bonferroni Correction

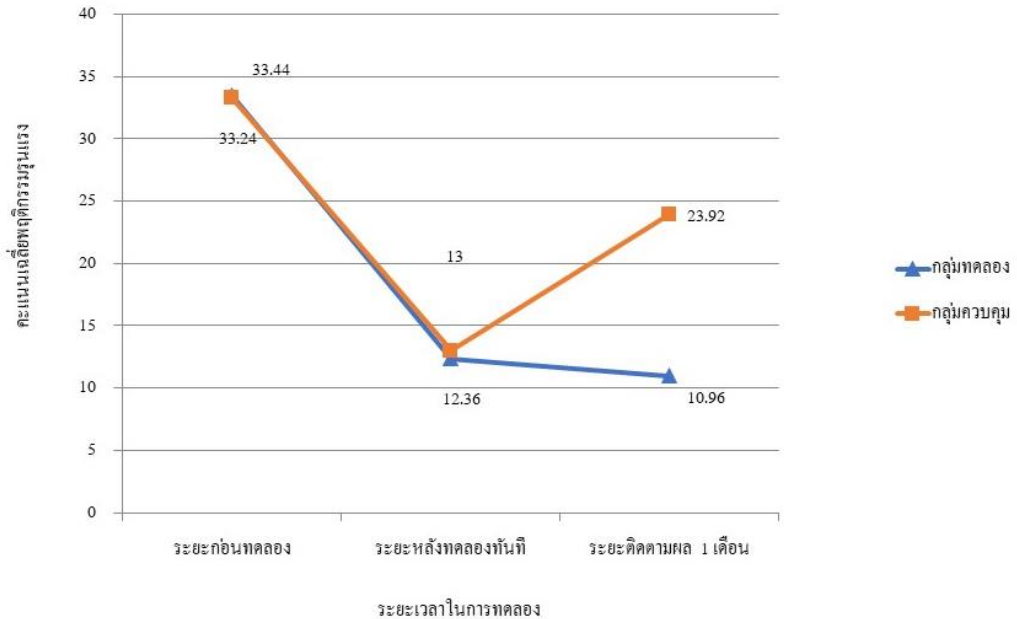
ระยะเวลาการทดลอง				Mean Difference	Std. Error	p-value	ระยะเวลาการทดลอง				Mean Difference	Std. Error	p-value	
Mean	Std.	p-value	Mean				Std.	p-value	Mean	Std.				p-value
ความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมรุนแรง						การควบคุมตนเอง				พฤติกรรมรุนแรง				
T0	T1	6.04	0.51	< .001	T0	T1	-10.52	0.79	< .001	T0	T1	20.66	0.30	< .001
	T2	5.16	0.52	< .001		T2	-8.7	0.77	< .001		T2	15.90	0.65	< .001
T1	T2	-0.88	0.35	< .05	T1	T2	1.82	0.35	< .001	T1	T2	-4.76	0.70	< .001



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษานี้ได้ผลการศึกษานำเองเดียวกันกับผลการศึกษาของ Haddock et al. (2009) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) กับการบำบัดด้วยกิจกรรมทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บำบัดด้วยกิจกรรมทางสังคม และสอดคล้องกับผลของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) ที่พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิผลดีและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

(Rampling et al., 2016; Ross, Quayle, Newman, Tansey, 2013; Stefan et al., 2012)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นนี้ สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 และ 2 สมาชิกกลุ่มได้รับรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบในการเจ็บป่วย ยอมรับการเจ็บป่วย เมื่อสมาชิกได้รับรู้ถึงผลที่ตามมาส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง ซึ่งในกิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมที่ทำให้สมาชิกได้มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเอง ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย เป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้มาใช้ในการเปลี่ยนความเชื่อของบุคคลที่ไม่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสมและแสดงออกออกทางคิด พฤติกรรม อารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น (दारवारณ ต๊ะป็นตา, 2556; วิโรจน์ วีรชัย, ภัทรภรณ์ กิณร, พรณอ กลิ่นกุหลาบ, และสุกมา แสงเดือน ฉาย, 2558; สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2556; Beck & Rector, 2005) เมื่อสมาชิกสามารถใช้ความคิดในการเตือนตนเองได้แล้วก็จะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นลำดับขั้น โดยใช้กระบวนการกลุ่มซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงพฤติกรรมเดิมของตนเอง เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม ทำให้มีความรู้สึกคล้ายกันของสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการปรับความคิดความเชื่อเดิมของผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปรับพฤติกรรมของตน จะพบว่าค่าคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

1 เดือน ต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากสภาพสิ่งแวดล้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ในกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 เป็นการตั้งเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเองในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย เป็นไปตามแนวคิดการควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1990) อันเป็นการกระทำที่ใช้กระบวนการคิดอย่างมีจุดมุ่งหมายหรือตั้งใจภายใต้การควบคุมของจิตใจ ประกอบด้วย การควบคุมตนเองในลักษณะที่ทำให้สภาพของร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้อีกครั้งตามปกติ และการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนการกระทำหรือพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องให้เป็นการกระทำที่ถูกต้องมาแทนที่ ซึ่งการควบคุมตนเองในขณะที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดหรือไม่สบายใจด้วยเรื่องใดก็ตาม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องใช้ลักษณะการควบคุมตนเองทั้ง 2 อย่างพร้อม ๆ กัน ซึ่งเป็นกิจกรรมมุ่งเน้นให้เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมตนเอง ต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงมีการกำกับติดตามด้วยแบบสังเกตความคิดพฤติกรรมและการควบคุมตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นการตั้งเป้าหมายในการลดพฤติกรรมรุนแรง และการกำกับตนเองเพื่อลดการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะพบว่าในกลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และเมื่อเวลาผ่านไปในระยะติดตาม

ผล 1 เดือน พบว่าคะแนนยังคงอยู่ในระดับสูง

อาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ในด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อติดตามความยั่งยืนของผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาวต่อพฤติกรรมรุนแรง และการกลับมารักษาซ้ำด้วยพฤติกรรมรุนแรง

2. ควรมีการขยายผลการใช้โปรแกรมฯ ในทุกหอผู้ป่วย โดยอบรมบุคลากรที่จะใช้โปรแกรมฯ ให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมฯ เนื้อหากิจกรรม และติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส.
- กรณีการ์ ชื่นสมบัติ. (2562). *ศึกษาศานการณผู้ป่วยโรคจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ*. เลข: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. กลุ่มภารกิจกรมพยาบาล. (2562). *ตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล*. เลข: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.
- ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิณา จิระแพทย์, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 52 - 65.

- เครือวัลย์ ศรียารัตน์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 29(1), 76-92.
- จรัมพร แก้วกั้งวาน และประดาป สิงห์วานานท์. (2554). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563, จาก <https://rdo.psu.ac.th/ResearchStandards/animal/assets/document/SampleSizes.pdf>
- คาราวรรณ พีระปิตดา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ตรีษฐ ราฎร์คุษดิ, มรยาท รุจิวิษณุ, และเพ็ญพัทธ์ อุทิส. (2557). ผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพยาอมเฟดามีน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(1), 92-104.
- นันทวัช สัทธีรักษ์, และ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- บุปผา รุ่งเรือง และสายชล ขุลพันธ์. (2558). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของโรค. การจัดการความรู้. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2562, จาก http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_th/KM-CQI-2R/member/myfile/201512081106.pdf
- ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงวงเจริญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 121-127.
- มณฑาทิพย์ ชัยเปรม. (2559). รายงานเบื้องต้นพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(1), 57-65.
- มะลิ แสงผล, เพ็ญพัทธ์ อุทิส, และสุนิสา สุขตระกูล. (2558). ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้เสพยาอมแอลกอฮอล์ที่ได้รับการบำบัดด้วยยา. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*, 29(2), 77-88.
- รัศมีแสง หนูเป็นน้อย, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2561). การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมรังแกกันในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 13 - 32.
- วิโรจน์ วีระชัย, ภัทรภรณ์ กิรินทร์, พรนอ กลิ่นกุหลาบ, และสุกมาแสงเดือนฉาย. (2558). *การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติด*. เอกสารวิชาการประกอบการอบรม. สถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2559). การวิจัยและพัฒนาการศึกษาไทย. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 8(2), 1-18.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หวาน ศรีเรือนทอง, ธรฉัตร กองสุข, สุพัศตรา สุขาวท, ทรงพล โลดทนงค์, และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2559). การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(3), 253-266.
- อดิศักดิ์ ชัยศิริ. (2562). *รายงานพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวช*. เลย: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.
- Agbaria, Q., & Natur, N. (2018). The relationship between violence in the family and adolescents aggression: The mediator role of self-control, social support, religiosity, and well-being. *Children and Youth Services Review*, 91(C), 447-456.
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive bias of anger, hostility and violence*. New York: Harper Collins.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 577-606.
- Brown, W. (2019). The influence of self-control on the impact of exposure to violence among youths. *Victims & Offenders*, 14(6), 692-711.
- Chen, X., Zhang, G., Yin, X., Li, Y., Cao, G., Gutiérrez-García, C., & Guo, L. (2019). The relationship between self-efficacy and aggressive behavior in boxers: The mediating role of self-control. *Frontiers in Psychology*, 10. Article 212, 1-9.

- Choe, J. Y., Teplin, L. A. & Abram K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164.
- Denson, T. F., Capper, M. M., Oaten, M., Friese, M., & Schofield, T. P. (2011). Self-control training decreases aggression in response to provocation in aggressive individuals. *Journal of Research in Personality*, 45(2), 252-256.
- Fisher, K. (2016). Inpatient Violence. *The Psychiatric clinics of North America*, 39(4), 567-577. Retrieved March 18, 2019, from <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.07.005>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Gavriel-Fried, B., Ronen, T., Agbaria, Q., Orkibi, H., & Hamama, L. (2018). Multiple facets of self-control in Arab adolescents: Parallel pathways to greater happiness and less physical aggression. *Youth & Society*, 50(3), 405-422.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J. J., Dunn, G., Novaco, R. W., & Tarrier, N. (2009). Cognitive-Behavioural Therapy v. Social Activity Therapy for people with psychosis and a history of violence: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 152-157.
- Harwood, R. H. (2017). How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47(2), 176-182.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 10(6), e0128536.
- Kim, W. Y., Kim, S. B., Kim, M. J., Shim, G., Lee, J. Y., & Ryu, M. K. (2014). A case-controlled study of Cognitive Behavioral Therapy for patients with schizophrenia having violence-related crime. *Korean Journal of Schizophrenia Research*, 17(2), 80-85.
- Larson, M., Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. P., & Delisi, M. (2014). Narcissism, low self-control, and violence among a nationally representative sample. *Criminal Justice and Behavior*, 42(6), 644-661.
- Milner, R. J., & Webster, S. D. (2005). Identifying schemas in child molesters, rapist, and violent offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 425-439.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J. G., Dassen, T., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2005). The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 42(6), 649-655.
- Okuda, T., Asano, K., Numata, N., Hirano, Y., Yamamoto, T., Tanaka, M., Matsuzawa, D., Shimizu, E., Iyo, M., & Nakazato, M. (2017). Feasibility of cognitive remediation therapy for adults with autism spectrum disorders: A single-group pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2185-2191.
- Özbay, Ö., & Köksoy, O. (2009). Is low self-control associated with violence among youths in Turkey? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(2), 145-167.
- Pechorro, P., DeLisi, M., Abrunhosa Gonçalves, R., & Pedro Oliveira, J. (2021). The role of low self-control as a mediator between trauma and antisociality/criminality in youth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 567.
- Ramplung, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S. P. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 34, 17-28.

- Rao, C., Porapakham, Y., Pattaraarchachai, J., Polprasert, W., Swampunyalert, N., & Lopez, A. D. (2010). Verifying causes of death in Thailand: Rationale and methods for empirical investigation. *Population Health Metrics*, 8(11), 1-13.
- Rosebaum, M. (1990). *Learned Resourcefulness: on coping skill, Self - control, and adaptive behavior*. New York, Springer Publishing.
- Ross J., Quayle E., Newman E., Tansey L. (2013). The impact of psychological therapies on violent behaviour in clinical and forensic settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 18, 761-773.
- Rueve, M. E., & Welton, R. S. (2008). Violence and mental illness. *Psychiatry*, 5(5), 34-48.
- Schreck, C. J., Berg, M. T., & Rogers, E. M. (2021). Predicting the probability of violence in actor–target relational dyads: Self-control and interpersonal provocations as mutual properties. *The British Journal of Criminology*, 61(5), 1282-1299.
- Scott, C. L., & Resnick, P. J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior*, 11(6), 598-611.
- Smeets, K. C., Leeijen, A. A., van der Molen, M. J., Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2015). Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(3), 255-264.
- Stefan G.H., Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Sullivan, T. P., Meese, K. J., Swan, S. C., Mazure, C. M., & Snow, D. L. (2005). Precursors and correlates of women's violence: Child abuse traumatization, victimization of women, avoidance coping, and psychological symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 290-301.
- Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K. W. A. M. E., Burns, T. O. M., Creed, F., ... & Fahy, T. (2003). Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 233-238.
- Wilson, H., Barton, L., & Maguire, T. (2011). Implementation of anger management interventions in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7, 35–39.
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.
- Xie, Q., Bi, T., Du, Y., Kou, H., & Yang, B. (2020). Childhood maltreatment is associated with aggression among male juvenile delinquents in China: The mediating effects of callous-unemotional traits and self-control. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-13.

DEVELOPMENT OF AN INTEGRATED INSTRUCTIONAL MODEL TO ENHANCE HEALTH PROMOTION COMPETENCIES OF OLDER PERSONS AMONG NURSING STUDENTS: A CASE STUDY OF A PRACTICUM ON OLDER PERSONS WITH MENTAL HEALTH PROBLEM IN COMMUNITY

*Payao Phongsakchat, Ph.D. *, Phannapa Ruangkit, M.N.S. **,*

*Waraporn Phuca, M.N.S.***, Achariya Charoenkiat, Dip in N.EQU BN.*****

Abstract

Objective: To develop an integrated instructional model enhancing health promotion competencies of older persons among nursing students and to study the effectiveness of the model.

Methods: The study was composed of four phases, including: Phase 1 analyze the situation; Phase 2 design an integrated instructional model; Phase 3 implement the model; and Phase 4 evaluate the model. The samples included 14 nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira in the 2563 academic year. The instruments were 1) the integrated knowledge and the analytical, connected thinking and integrated problem solving competencies scale 2) the questionnaires of nursing students', instructors', and older persons' opinions towards the model 3) the practical integrated instructional manual for instructors and nursing students 4) the scenarios and 5) the stress test (SPST-20). The data analysis included the mean, standard deviation, Wilcoxon signed ranks test and content analysis.

Results: The integrated instructional model involved 4 components: 1) Content and main concept 2) Interacting among teachers, learners, and clients based on caring 3) Integrated teaching and learning process and 4) Authentic assessment. The process took 1 week. After implementing, the overall mean scores of the integrated knowledge and the analytical, connected thinking and integrated problem solving competencies of nursing students were significantly higher than the pretest scores at the .01 level. The number of older persons with mental health problem in the community with high level of stress has decreased from 42.86 percentage to 14.29 percentage. The older persons and caregivers satisfied with the model and the invited experts approved the model for its accuracy, helpfulness, appropriateness and possibility.

Conclusion: The integrated instructional model could be used for enhancing the health promotion competencies of older persons among nursing students. The nursing institutions should apply this model among older persons with mental health problems in other communities.

Keywords: integrated instructional model, health promotion competencies, nursing students

*Corresponding author: Director, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, e-mail: payao2507@hotmail.com

**Registered nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

***Registered nurse, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

****Registered nurse, Senior Professional Level, Public Health Center 69 Kannayao, Bangkok

Received: 9 December 2021, Revised: 18 April 2022, Accepted: 25 April 2022

การพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาฝึกปฏิบัติการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน

เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ด.ศ. *, พรรณภา เรืองกิจ, พย.ม. **, วราภรณ์ ภูคา, พย.ม. ***, อัจฉริยา เจริญเกียรติ, ป.พ.ศ. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ

วิธีการศึกษา : วิจัยดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์ 2) สร้างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ 3) นำรูปแบบไปใช้ และ 4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เชิงบูรณาการ การคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาเชิงบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล 2) แบบประเมินความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล อาจารย์ และผู้รับบริการต่อรูปแบบ 3) คู่มือการเรียนการสอนภาคปฏิบัติแบบบูรณาการของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ และ 4) แบบวัดความเครียด ของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิตินอนพารามेटริกด้วยเทคนิค Wilcoxon Signed Ranks Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เนื้อหาและแนวคิดหลัก 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน ผู้สอน และผู้รับบริการบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร 3) กระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการ และ 4) การประเมินตามสภาพจริง ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ภายหลังการใช้รูปแบบ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้เชิงบูรณาการ สมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยงและแก้ปัญหาเชิงบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าช่วงก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่มีความเครียดระดับสูงมีจำนวนลดลง จากเดิมร้อยละ 42.86 เป็นร้อยละ 14.29 ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบรวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิให้การรับรองรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่ามีความถูกต้อง เป็นประโยชน์ เหมาะสม และมีความเป็นไปได้

สรุป : รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการช่วยพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลได้ ซึ่งสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชนอื่น ๆ

คำสำคัญ : รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ, สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ, e-mail: payao2507@hotmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

***พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 คันทนา ยาว กรุงเทพมหานคร

วันที่รับ: 9 ธันวาคม 2564, วันที่แก้ไข: 18 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับ: 25 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

ในปี ค.ศ.2020 โลกมีประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,050 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.47 ของประชากรทั้งหมด จำนวน 7,795 ล้านคน และมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวนมากถึง 146 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 1.87 ของประชากรโลกทั้งหมด เมื่อพิจารณาแคบลงมาในส่วนของภูมิภาคอาเซียนพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 73 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.99 ของประชากรทั้งหมด จำนวน 664 ล้านคน โดยที่มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 1.14 ของประชากรทั้งหมดในภูมิภาคอาเซียน สำหรับประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ.2563 ประชากรสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 12.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.05 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย จำนวน 66.5 ล้านคน ประกอบด้วยเพศชาย จำนวน 5.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 42.50 และเพศหญิง จำนวน 6.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 57.50 ของประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยพบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) จำนวน 7.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 60.83 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) จำนวน 3.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.33 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 1.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.67 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดของประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ผู้สูงอายุใน 12.0 ล้านคนนี้ อาศัยอยู่ในพื้นที่เขต

ก้นนายาว กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่วิทยาลัย ได้จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ จำนวน 13,136 คน ประกอบด้วยช่วงอายุ 60 - 69 ปี (จำนวน 8,021 คน ร้อยละ 61.06), 70 - 79 ปี (จำนวน 3,581 คน ร้อยละ 27.26), 80 - 89 ปี (จำนวน 1,338 คน ร้อยละ 10.19), 90 - 99 ปี (จำนวน 194 คน ร้อยละ 1.48) และอายุ 100 ปี (จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.02) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ ได้จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติกับผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุในพื้นที่ชุมชน เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนโดยรอบวิทยาลัยมาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการในชุมชนพบว่าส่วนใหญ่เจ็บป่วยเป็นโรคทางกายเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น สำหรับปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และสมองเสื่อม เป็นต้น สืบเนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิตการเรียนและการทำงาน ตลอดจนคุณภาพชีวิตของประชากรในทิศทางที่เสื่อมลง ทำให้ประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ต้องปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามรูปแบบของการดำเนินชีวิตวิถีปกติแนวใหม่ (New Normal) รวมทั้งส่งผลให้สถานศึกษาต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการสอนจากการสอนในห้องเรียนตามปกติมาเป็นสอนแบบออนไลน์ และปรับลดช่วงเวลาการฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลและในชุมชน

ลงเพื่อให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม ลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนาให้แก่ผู้รับบริการ ทำให้นักศึกษาพยาบาลไม่สามารถฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลหรือในชุมชนเช่นเดิมได้

จากผลการประชุมกลุ่มอาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาที่จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระศรี ในปีการศึกษา 2562 พบประเด็นสำคัญประการหนึ่งคือ การจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติในรายวิชาภาคปฏิบัติมีความคาบเกี่ยวกันหรือมีความทับซ้อนกันในบางรายวิชา เช่น วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ วิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในช่วงที่ของการฝึกปฏิบัติสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ทางด้านกลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการซึ่งได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยรอบวิทยาลัยโดยมักอยู่ในวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้พบว่ากิจกรรมการฝึกปฏิบัติบางกิจกรรมมีความคาบเกี่ยวกัน เช่น การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพในชั้นการประเมินสภาพของผู้รับบริการ การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยบนพื้นฐานของความเอื้ออาทรและองค์รวม การสร้างเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นเรื่องท้าทายให้ผู้สอนต้องการจะหาแนวทางจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อช่วยลดความคาบเกี่ยวกันหรือความทับซ้อนกัน (Overlapping) ของรายวิชาดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเรียนการสอนแบบบูรณาการ (Integrated instruction) ซึ่ง

เป็นการบูรณาการแบบสหวิทยาการหรือระหว่างกลุ่มสาระการเรียนรู้ (Across several disciplines) นั้นหมายถึงการนำเนื้อหาสาระความรู้ ความคิดรวบยอดหรือทักษะการเรียนรู้ที่คาบเกี่ยวกันหรือทับซ้อนกันอยู่ของหลาย ๆ วิชาหรือหลายกลุ่มสาระการเรียนรู้มาวางแผนจัดการเรียนการสอนร่วมกันเป็นทีม โดยที่การบูรณาการแบบนี้จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ สามารถเชื่อมโยงสิ่งที่เรียนจากวิชาต่างๆหรือสาระการเรียนรู้ต่าง ๆ เข้ากับสภาพการณ์จริงได้ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียน ให้สามารถคิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและคิดวางแผนการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสภาพการณ์ (Fogarty, 1991; จิรัชพรรณ ชาญช่วง, 2563) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการพบว่า เป็นงานวิจัยบูรณาการพันธกิจเป็นส่วนใหญ่ (สายสมร เฉลยกิตติ, จุฑารัตน์ บันดาลสิน, กุสุมา กังหลี, และพรณากำพราร, 2557; ชนม์ณภัทร เจริญราช, วณิฎา ศิริวรสกุล, และชัชสรีย์ รอดยิ้ม, 2559; อังศรีสา พิณิจจันทร์, ปารวีร์ กุศลรัตนวิโรจน์, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, สุทิสสา สงวนสังข์, และสุรศักดิ์ อธิคมานนท์, 2559; พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศรีวรรณ มีบุญ, พรณภา เรืองกิจ, อาทิตยา แก้วน้อย, รุ่งนภา โพธิ์แสน, 2563) ในขณะที่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบูรณาการการเรียนการสอนในวิชาหรือระหว่างวิชาในประเทศไทยยังมีจำนวนค่อนข้างน้อย (ศรีสมพร ทรวงแก้ว และอนัญญา กุวาริยะกุล, 2557) จึงทำให้คณะวิจัยสนใจจะทำการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริม

สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลโดยทดลองนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการระหว่างวิชาภาคปฏิบัติมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับการฝึกปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ปีการศึกษา 2563 ซึ่งคณะวิจัยได้วางแผนการฝึกปฏิบัติให้นักศึกษาพยาบาลได้นำเนื้อหาความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองทางสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามหลักการป้องกัน 3 ระยะของงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาผสมผสานกับเนื้อหาสาระเรื่องการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย จากรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และแนวคิดเรื่องการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการดูแลตนเอง จากรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ที่นักศึกษาเคยเรียนในชั้นเรียนมาแล้วในชั้นปีที่ 2 มาผสมผสานหรือบูรณาการเพื่อใช้ในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ในชุมชน โดยรอบวิทยาลัยเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ และมีทักษะการคิดเชื่อมโยง คิดวิเคราะห์ ตลอดจนจินตนาการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพแก่ผู้รับบริการในสถานการณ์จริง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีภาวะสุขภาพจิตดี และครอบครัว ผู้ดูแลในชุมชน มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้จากศาสตร์ทางการพยาบาลในหลาย

สาขาวิชาที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน มาประยุกต์ใช้ในการลงมือปฏิบัติจริงในชุมชนในคราวเดียวกัน นับว่าเป็นการช่วยประหยัดทรัพยากร ผู้สอนงบประมาณค่าใช้จ่ายในการฝึกปฏิบัติ และยังช่วยลดระยะเวลาในการพบปะ ทำกิจกรรมร่วมกับผู้รับบริการในชุมชน นับว่าสอดคล้องกับบริบทของสถาบันการศึกษาในยุคปัจจุบันที่จำเป็นต้องลดระยะเวลาฝึกปฏิบัติกับผู้รับบริการ ท่ามกลางกระแสเปลี่ยนแปลงตามวิถีปกติแนวใหม่ (New Normal) นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางให้สถาบันการศึกษาพยาบาลอื่น ๆ นำไปประยุกต์เพื่อปรับระบบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน

สมมติฐานของการวิจัย

1. สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตใน

ชุมชนสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

2. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลมีประสิทธิผลที่ดีขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) สร้างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลในการศึกษาปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน รวมทั้งประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม - ธันวาคม พ.ศ.2564 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดเรื่องหลักสูตรบูรณาการ (Integrated Curriculum) ของโฟการ์ตี (Fogarty, 1991) แนวคิดเรื่องรูปแบบการบูรณาการ (Integrated Model) ของวิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุฒ พัฒนาผล (2558) แนวคิดเรื่องการจัดการเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาองค์กร (Strategic Management of Healthcare Organizations) ของกินเตอร์ สแวนและดันแคน (Ginter, Swayne & Duncan, 1998) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์ 2) สร้างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ 3) นำรูปแบบไปใช้ และ 4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ซึ่งการประเมินประสิทธิผลได้ใช้แนวคิดรูปแบบโดนาเบเดียน (Donabedian model) เกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ (Donabedian, 1980; Shi & Singh, 2021) เป็นพื้นฐาน โดยเขียนเป็นกรอบ

แนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการช่วงปลายเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ.2564 โดย 1) สันทนากลุ่มกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ผู้สอน จำนวน 8 คน 2) สันทนากลุ่มกับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 คน ที่ผ่านการเรียนภาคปฏิบัติมาแล้ว และ 3) สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 8 คน จากนั้นนำข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปเป็นประเด็นสำคัญตามวิธีการของโคไลซี (Colaizzi, 1978 as cited in DiVeronica, Elaine, 1997) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของข้อมูลตามแนวคิดของลินคอนและกูบา (Lincoln & Guba, 1986; Davoodv, Abbaszadeh & Ahmadi, 2016; Forero et al., 2018) โดยใช้เกณฑ์ความเชื่อถือได้ (credibility) การยืนยันผลของข้อมูล (confirmability) และวิธีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation of methods) เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2564 สร้างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการภาคปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดเรื่องหลักสูตรบูรณาการ (Integrated Curriculum) ของโฟการ์ตี (Fogarty, 1991) แนวคิดเรื่องรูปแบบการบูรณาการ (Integrated Model) ของวิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุฒ พัฒนาผล (2558) เป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เนื้อหาและแนวคิดหลัก 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน ผู้สอน และผู้รับบริการบนพื้นฐาน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ของความเอื้ออาทร 3) กระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการ และ 4) การประเมินตามสภาพจริงมีการกำหนดเนื้อหาสาระและแนวคิดหลักของ 3 รายวิชาภาคปฏิบัติที่จะนำมาบูรณาการกันเพื่อใช้ในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2563 ได้แก่ วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่องการตรวจคัดกรองทางสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพ

และการป้องกันโรคตามหลักการป้องกัน 3 ระยะของงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และวิชาที่เกี่ยวข้องซึ่งนักศึกษาเคยเรียนมาแล้วในชั้นปีที่ 2 ได้แก่ วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เรื่องการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 เรื่องการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการดูแลตนเอง จากนั้นจัดทำคู่มือการสอนภาคปฏิบัติ

แบบบูรณาการสำหรับอาจารย์ และคู่มือการเรียนภาคปฏิบัติแบบบูรณาการสำหรับนักศึกษา กำหนดขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมผู้สอนและผู้เรียนโดยจัดสอนในคลินิก (Clinical Teaching) 2) ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติภาคการ (Field Practice) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้เรียนและผู้สอน (Knowledge Sharing) และ 3) ขั้นประเมินผลโดยใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติการตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ กำหนดวิธีการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ แนวทางประเมินผลผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติแบบบูรณาการทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และนำร่างรูปแบบที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการนำร่างรูปแบบไปใช้ ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้ปรับวิธีการเรียนการสอนในขั้นเตรียมการ โดยเพิ่มการแสดงบทบาทสมมติ (Role play) ช่วงฝึกใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์จำลอง จากนั้นนำร่างรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 3 จำนวน 24 คนที่กำลังฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร ภายหลังการทดลองใช้ร่างรูปแบบคณะวิจัยได้ปรับวิธีการสอน สื่อการเรียนรู้และช่องทางการสื่อสารโดยเน้นเป็นรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้เหมาะสมกับช่วงเวลา

ฝึกปฏิบัติซึ่งอยู่ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) กลับมารุนแรงอีกครั้ง จนทำให้นักศึกษาและอาจารย์พยาบาลไม่สามารถออกไปให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้านแบบเผชิญหน้า (face to face) ตามเดิมได้

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้และปรับปรุงรูปแบบ เป็นการนำรูปแบบที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้ในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างวันที่ 2 - 6 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2564 ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ที่เรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2563 จำนวน 60 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยยึดตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยรอบวิทยาลัย จำนวน 14 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 4 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการเรียนการสอนภาคปฏิบัติแบบบูรณาการของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้โดยการศึกษา นำร่องเรียบร้อยแล้ว และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เชิงบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีข้อคำถามแบบถูก - ผิด จำนวน 10 ข้อ 2) แบบประเมินสมรรถนะ

การคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาแบบบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 18 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 11 ข้อ และด้านการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 7 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ 3) แบบสอบถามแบบกึ่งมีโครงสร้างสำหรับใช้สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาล ผู้สูงอายุ และครอบครัว/ผู้ดูแล ผู้สูงอายุต่อรูปแบบ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 4 - 6 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ และ 4) แบบวัดความเครียด ของกรมสุขภาพจิต มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผลประเมินความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .82 จากนั้นนำแบบวัดความรู้เชิงบูรณาการและแบบประเมินสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาแบบบูรณาการไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่าแบบวัดความรู้เชิงบูรณาการมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น คูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) โดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.65 และแบบประเมินสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยงและแก้ปัญหาแบบบูรณาการ มีค่า

สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ รายด้าน ปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และรายด้านส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว ชุมชน เท่ากับ .94 , .93 และ .83 ตามลำดับ นอกจากนี้ได้นำแบบประเมินความคิดเห็นของอาจารย์ นักศึกษา ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับผู้รับบริการในชุมชน อาจารย์และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 24 คน ช่วงฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ในเดือนกรกฎาคม 2564 เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการใช้ประเด็นคำถามแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนเตรียมการ จัดอยู่ในระยะ

ก่อนทดลอง เพื่อเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย 1) เตรียมอาจารย์พยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของกิจกรรม การประเมินผลผู้เรียน และซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการบูรณาการ เนื้อหาระหว่างรายวิชา โดยจัดให้อาจารย์ผู้สอนชมคลิปสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากนั้นตอบคำถามกระตุ้นการคิดเพื่อฝึกการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา การคิดเชื่อมโยง ปัญหาบนพื้นฐานแนวคิด และเนื้อหาสาระหลักจากในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ตลอดจนคิดวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างองค์รวม แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มของอาจารย์เพื่อให้เกิดความ

เข้าใจตรงกัน 2) เตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล โดยชี้แจงลักษณะวิชา วัตถุประสงค์ กิจกรรมการเรียน และการประเมินผลภาคปฏิบัติ จากนั้นจัดสอนในคลินิก (Clinical Teaching) เนื้อหาสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฝึกให้แก่นักศึกษาพยาบาล โดยใช้วิธีการสอนหลากหลายวิธีร่วมกัน เช่น บรรยายสรุป การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิต การใช้กรณีตัวอย่างโดยให้นักศึกษาชมคลิปวิดีโอที่บันทึกสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต แล้วตอบคำถามกระตุ้นการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ จากนั้นนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มของนักศึกษาและอาจารย์เพื่อความเข้าใจตรงกัน 3) เตรียมความพร้อมของชุมชนและประสานงานศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนโดยรอบวิทยาลัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดกิจกรรมระยะเวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน และ 4) ประเมินความรู้เชิงบูรณาการ และประเมินสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และการแก้ปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

2. ขั้นตอนการ จัดอยู่ในระยะทดลอง โดยมอบหมายนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 14 คน ฝึกปฏิบัติการ (Field Practice) ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยรอบวิทยาลัยที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งได้แก่ความเครียด ตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินสภาพด้วยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนผ่านช่องทางออนไลน์ 2) วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็น

แนวทางจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เตรียมสื่อการเรียนรู้อันเหมาะสมกับผู้รับบริการวัยสูงอายุ 4) ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนผ่านช่องทางออนไลน์ และ 5) ประเมินผล จากนั้นจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Knowledge Sharing) ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์ประจำกลุ่มภายหลังเสร็จสิ้นการประเมินผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน ขึ้นดำเนินการ ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนการสอนภาคปฏิบัติแบบบูรณาการทั้งหมด 10 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 3 - 4 ชั่วโมง รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 35 ชั่วโมง ประกอบด้วย กิจกรรมรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครั้ง (7 ชั่วโมง) กิจกรรมจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดปัญหาทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม จำนวน 1 ครั้ง (4 ชั่วโมง) กิจกรรมสืบค้นข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ วางแผนสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และจัดเตรียมสื่อ อุปกรณ์การเรียนรู้อันเหมาะสม จำนวน 1 ครั้ง (3 ชั่วโมง) ปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดในชุมชน จำนวน 4 ครั้ง (14 ชั่วโมง) กิจกรรมประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดในชุมชนจำนวน 1 ครั้ง (4 ชั่วโมง) และกิจกรรมประเมินผล ถอดบทเรียนความสำเร็จของการเรียนการสอนแบบบูรณาการ จำนวน 1 ครั้ง (3 ชั่วโมง)

3. ขั้นตอนประเมินผล อยู่ในระยะหลังทดลอง ประเมินผล ดังนี้ 1) ด้านผู้ให้บริการ โดยประเมินความรู้เชิงบูรณาการ และประเมิน

สมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และการแก้ปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล และสัมภาษณ์ความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาลต่อรูปแบบ และ 2) ด้านผู้รับบริการ โดยประเมินภาวะสุขภาพจิต ความเครียดของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ประเมินความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแลต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความรู้เชิงบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียด และข้อมูลที่ได้จากการประเมินสมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาแบบบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบความรู้เชิงบูรณาการของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดก่อนและหลังการเรียนภาคปฏิบัติโดยการวิเคราะห์สถิติอนพาราเมตริก (Nonparametric) ด้วยเทคนิค Wilcoxon Signed Ranks Test เปรียบเทียบสมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาแบบบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดช่วงก่อนและหลังการเรียนภาคปฏิบัติ โดยการวิเคราะห์สถิติอนพาราเมตริก (Nonparametric) ด้วยเทคนิค Wilcoxon Signed Ranks Test เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเครียดก่อนและหลังการร่วม

โครงการจำแนกตามระดับความเครียด และนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนักศึกษา และการสัมภาษณ์กลุ่มอาจารย์ และกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนภายหลังเข้าร่วมโครงการมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปเป็นประเด็นสำคัญตามวิธีการของโคไลซซี่ (Colaizzi, as cited in DiVeronica, 1997)

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้รูปแบบใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนาและวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการเดือนสิงหาคม พ.ศ.2564 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 14 คน ที่ฝึกภาคปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2563 ในชุมชนโดยรอบวิทยาลัย 2) อาจารย์พยาบาลประจำกลุ่ม จำนวน 4 คน 3) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 18 คน และ 4) ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการศึกษา จำนวน 6 คน ครอบครัวสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน ด้านการศึกษา จำนวน 2 คน และด้านการวิจัย 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เชิงบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีข้อคำถามแบบถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ 2) แบบประเมินสมรรถนะ

การคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาแบบบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 18 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 11 ข้อ และด้านการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 7 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ 3) แบบสอบถามแบบกึ่งมีโครงสร้างสำหรับใช้สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาล ผู้สูงอายุ และครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อรูปแบบ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 4 - 6 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ 4) แบบวัดความเครียด ของกรมสุขภาพจิต มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และ 5) แบบประเมินความสอดคล้องความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ประเด็น คือ 1) ความถูกต้องของวัตถุประสงค์และกิจกรรมการเรียนการสอนแบบบูรณาการ 2) ความเป็นประโยชน์ของรูปแบบที่สร้างขึ้นกับการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล 3) ความเหมาะสมของการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน และ 4) ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้นักศึกษาพยาบาลตอบแบบสอบถามวัดความรู้เชิงบูรณาการและแบบประเมินสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ การคิดเชื่อมโยง และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ สนทนากลุ่ม/

สัมภาษณ์ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล และอาจารย์พยาบาลต่อรูปแบบ สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการต่อรูปแบบ และจัดประชุมสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อรับรองรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความรู้เชิงบูรณาการและประเมินสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาแบบบูรณาการของนักศึกษาพยาบาลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เชิงบูรณาการและคะแนนสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาแบบบูรณาการของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยการวิเคราะห์สถิติอนพารามेटริก ด้วยเทคนิค Wilcoxon Signed Ranks Test 3) นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล และสัมภาษณ์อาจารย์พยาบาลและผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแลมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปเป็นประเด็นสำคัญ ตามวิธีการของ โคลไลซี (Colaizzi, 1978 as cited in DiVeronica, Elaine A., 1997) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของข้อมูลตามแนวคิดของลินคอนและกูบา (Lincoln and Guba, 1986; Davoodvand et al., 2016; Forero et al., 2018) โดยใช้เกณฑ์ความเชื่อถือได้ (credibility) การยืนยันผลของข้อมูล (confirmability) และใช้วิธีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation of methods) เพื่อความน่าเชื่อถือของผลวิจัย 4) เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเครียดก่อนและหลังการร่วมโครงการจำแนกตามระดับ

ความเครียด และ 5) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญ นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทั้งในรายชื่อและโดยรวม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม เลขที่ COA 1/2564 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ.2564

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทาง สุขภาพจิตในชุมชน

รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ 1) เนื้อหาและ แนวคิดหลักของ 3 รายวิชาที่นำมาบูรณาการกัน ได้แก่ วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 และวิชา ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้เรียน ผู้สอน และผู้รับบริการบนพื้นฐานของความ เอื้ออาทร 3) กระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการ มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมผู้สอนและผู้เรียน โดยจัดสอนในคลินิก (Clinical Teaching) ขั้นดำเนินการ เป็นการฝึก ปฏิบัติการ (Field Practice) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันระหว่างผู้เรียนและผู้สอน (Knowledge Sharing) และขั้นประเมินผล ใช้ระยะเวลาฝึกปฏิบัติ

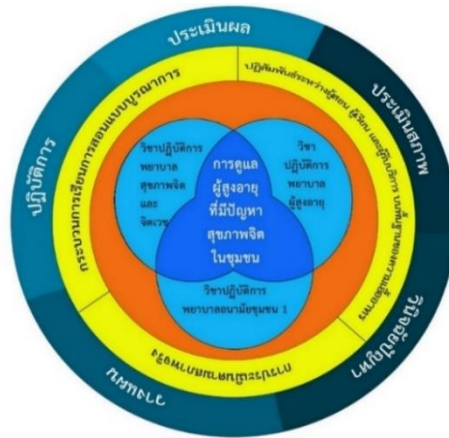
1 สัปดาห์ และ 4) การประเมินตามสภาพจริง เป็น การประเมินผลสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยประเมินความรู้เชิง บูรณาการและประเมินสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ การคิดเชื่อมโยง การคิดวางแผนแก้ปัญหาแบบ บูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ นักศึกษาพยาบาล รวมทั้งการประเมินความคิดเห็น ของนักศึกษาพยาบาล อาจารย์ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ รูปแบบที่คณะวิจัยสร้างขึ้นแสดงให้เห็นชัดเจน ดัง ภาพที่ 2

2. ประสิทธิภาพผลของรูปแบบการเรียน การสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการ สร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการ เรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริม สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา พยาบาล ประกอบด้วย การประเมินความรู้เชิง บูรณาการ และประเมินสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ การคิดเชื่อมโยง และคิดวางแผนแก้ปัญหาแบบบูรณา การของนักศึกษาพยาบาล ได้ผลดังนี้

2.1 การเปรียบเทียบความรู้เชิง บูรณาการของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตก่อนและ หลังการใช้รูปแบบ

การเปรียบเทียบความรู้เชิงบูรณาการ ของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้การ วิเคราะห์ด้วยสถิตินอนพารามेटริก (Nonparametric)



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความรู้เชิงบูรณาการของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อน และหลังใช้รูปแบบ

ตัวแปร		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
ก่อนเรียน	Negative Ranks	0	0.00	0.00	3.093**	.002
หลังเรียน	Positive Ranks	12	6.50	78.00		
	Ties	2				
	Total	14				

**p < .01

ด้วยเทคนิค Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิเคราะห์ปรากฏ ดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 แสดงว่าความรู้เชิงบูรณาการของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยนักศึกษาพยาบาลมีความรู้เชิงบูรณาการภายหลังการใช้

รูปแบบสูงกว่าช่วงก่อนใช้รูปแบบ

2.2 การเปรียบเทียบสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาแบบบูรณาการของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตก่อนและหลังใช้รูปแบบ

การเปรียบเทียบสมรรถนะการคิด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และแก้ปัญหาแบบบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตัวแปร		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
สมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์ โดยภาพรวม						
ก่อนเรียน	Negative Ranks	0	0.00	0.00	3.062**	.002
หลังเรียน	Positive Ranks	12	6.50	78.00		
	Ties	2				
	Total	14				
1. ด้านปฏิบัติการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ						
ก่อนเรียน	Negative Ranks	1	1.50	1.50	2.805**	.005
หลังเรียน	Positive Ranks	10	6.45	64.50		
	Ties	3				
	Total	14				
2. ด้านส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว ชุมชน						
ก่อนเรียน	Negative Ranks	1	2.00	2.00	3.078**	.002
หลังเรียน	Positive Ranks	12	7.42	89.00		
	Ties	1				
	Total	14				

** $p < .01$

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเครียดจำแนกตามระดับความเครียดก่อนและหลังเรียนรู้รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการภาคปฏิบัติ

ระดับความเครียด	ก่อนเรียน		หลังเรียน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ระดับน้อย (0 – 23 คะแนน)	4	28.57	5	35.71
2.ระดับปานกลาง (24 – 41 คะแนน)	4	28.57	7	50.00
3.ระดับสูง (42 – 61 คะแนน)	6	42.86	2	14.29
4.ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)	0	0.00	0	0.00
รวมทั้งหมด	14	100.00	14	100.00

วิเคราะห์ คิดเชื่อมโยงและคิดแก้ปัญหาแบบบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งโดยภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสมรรถนะภายหลังใช้รูปแบบแบบบูรณาการสูงกว่าช่วงก่อนการใช้รูปแบบ

2.3 การประเมินสุขภาพจิตของผู้รับบริการในชุมชน

การประเมินสุขภาพจิตของผู้รับบริการในชุมชนโดยรอบวิทยาลัย จำนวน 14 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตความเครียดตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับสูงช่วงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการภาคปฏิบัติ ได้ผลดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาระดับความเครียดของผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการในภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความเครียดลดลง โดยเปรียบเทียบจากช่วงก่อนเรียนพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเครียดระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 42.86 จากนั้นช่วงหลังเรียนพบว่ามีจำนวนลดลง คิดเป็นร้อยละ 14.29

2.4 ผลการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวต่อรูปแบบ

พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจและชอบที่มีนักศึกษาพยาบาลมาพูดคุย ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต ทำให้ได้รู้วิธีผ่อนคลาย ระบายความเครียดใหม่ ๆ ทดแทนวิธีเดิมที่เคยเก็บไว้คนเดียว เมื่อได้ลองทำตามที่นักศึกษาพยาบาล

คำแนะนำแล้วรู้สึกดีขึ้น จิตใจผ่อนคลาย นอนหลับได้ง่ายขึ้น ปวดศีรษะลดลง ดังตัวอย่างคำพูด เช่น “นักศึกษาแนะนำว่าเวลาเครียด ให้พูดระบายกับคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านที่เข้าใจเราก็ลองไปทำดู ช่วยให้ผ่อนคลายได้เหมือนกันดีกว่าเก็บไว้คนเดียว” “นักศึกษาสอนให้ทำสมาธิบำบัดได้ทำทุกวันช่วยให้ผ่อนคลาย ไม่คิดมากเรื่องลูกเรื่องสามี ช่วยให้หายปวดหัวได้เหมือนกันค่ะ” “นักศึกษาสอนให้ออกกำลัง บริหารเข้าด้วยยางยืด ทำให้ลดปวดเข่า และนอนหลับง่ายขึ้น” เป็นต้น ในส่วนของญาติ ผู้ดูแลพบว่ามี ความพึงพอใจที่นักศึกษาพยาบาลมาให้ความรู้เรื่องในเรื่องการดูแลสุขภาพและหากิจกรรมมาให้ผู้สูงอายุร่วมทำไปด้วยกัน เห็นผู้สูงอายุยิ้มแย้ม พูดคุยมากขึ้น ก็รู้สึกดีใจไปด้วยและอยากให้นักศึกษาพยาบาลมาทำกิจกรรมด้วยกันอีก ดังตัวอย่างคำพูด เช่น “รู้สึกดีที่เห็นแม่ยิ้ม มีความสุขมากขึ้นช่วงที่มีนักศึกษามาดูแล” “คุณลุงบอกว่าตั้งแต่ นักศึกษาโทรศัพท์มาพูดคุย สอนให้ออกกำลังกาย และฝึกหายใจคลายเครียด ช่วยให้ลุงนอนหลับสบาย หายเครียดเรื่องลูกเรื่องการเจ็บป่วยได้เหมือนกัน” และ “เห็นญาติมีเพื่อนคุย มีอะไรทำไม่เหงาแบบนี้ก็อยากให้นักศึกษามาทำกิจกรรมด้วยบ่อย ๆ” เป็นต้น

2.5 ผลการสนทนากลุ่มและคู่สนทนา

สัมภาษณ์ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล ต่อรูปแบบ พบว่าช่วงแรกนักศึกษาพยาบาล จำนวน 5 คน มีความกังวลใจเนื่องจากต้องปรับวิธีการเยี่ยมบ้านเป็นแบบออนไลน์ การทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุผ่านช่องทางออนไลน์นั้นเนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

ยังคงทวิความรุนแรงอยู่ และรู้สึกกดดันเพราะระยะเวลาฝึกปฏิบัติค่อนข้างสั้น ทำให้กังวลว่าจะทำได้ไม่ดี แต่เมื่อฝึกปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้วนักศึกษาพยาบาลทุกคนมีความเห็นว่าตนสามารถเชื่อมโยงความรู้จากวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 เมื่อครั้งที่เรียนตอนอยู่ชั้นปี 2 มาใช้ในการประเมินสภาพ วิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุได้ครอบคลุมองค์รวม สามารถดึงสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านให้มาร่วมทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาได้ รวมทั้งรู้สึกภูมิใจ มีความสุขที่เห็นผู้สูงอายุที่ตนดูแลมีสุขภาพจิตดีขึ้น

2.6 ผลการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของอาจารย์ที่ร่วมเป็นอาจารย์ผู้สอนประจำกลุ่มต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ

พบว่าอาจารย์ผู้สอน จำนวน 4 คน เห็นว่าการจัดการเรียนแบบบูรณาการในภาคปฏิบัติครั้งนี้ช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถเชื่อมโยงความรู้และทักษะปฏิบัติจากวิชาที่เคยฝึกมาแล้วในปี 2 คือวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 มาใช้กับการฝึกปฏิบัติสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนได้ แต่เห็นว่าระยะเวลาฝึกปฏิบัติค่อนข้างสั้นไปเพราะใช้เวลาฝึก 1 สัปดาห์เท่านั้น จึงมีข้อเสนอแนะว่าในครั้งต่อไปควรจัดให้มีระยะเวลาฝึกปฏิบัติเรื่องการบูรณาการเนื้อหาระหว่างวิชาให้ยาวนานกว่านี้

2.7 ผลการรับรองรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ

จากการจัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) จำนวน 9 คน พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิ

ให้การรับรองรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่า มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาล โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องจำแนกรายประเด็น ได้แก่ 1) ความถูกต้อง 2) ความเป็นประโยชน์ 3) ความเหมาะสม และ 4) ความเป็นไปได้ เท่ากับ .89, .89, .78, และ .78 ตามลำดับ และโดยรวมมีค่าเท่ากับ .84

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

จากผลการวิจัยในตารางที่ 1 พบว่าความรูเชิงบูรณาการของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการเรียนภาคปฏิบัติสูงกว่าช่วงก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการวิจัยในตารางที่ 2 ซึ่งพบว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยงและแก้ปัญหาแบบบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการเรียนภาคปฏิบัติสูงกว่าช่วงก่อนการเรียนภาคปฏิบัติเช่นกันทั้งโดยภาพรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 แสดงว่ารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานหรือบูรณาการ (Integrated) ระหว่างวิชา/กลุ่มสาระการเรียนรู้ (Across several disciplines) ที่ผู้วิจัยนำเอาความรู้ ความคิดรวบยอดที่คาบเกี่ยวกันกับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชนของวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 มาวางแผนจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติร่วมกันเป็นทีมตามแนวคิดวิธีการบูรณาการหลักสูตรการเรียนการสอนของโฟการ์ที (Fogarty, 1991) ที่คณะวิจัยสร้างขึ้น ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเชื่อมโยงแนวคิด ทักษะรวมทั้งความคิดรวบยอดที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน จากทั้ง 3 รายวิชาภาคปฏิบัติข้างต้น (จิรัชพรรณ ชาชูช่วง, 2563) ได้อย่างดี จึงสามารถกล่าวได้ว่ารูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครั้งนี้ ช่วยพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่นักศึกษาพยาบาล ได้สอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพราะนักศึกษาพยาบาลสามารถนำเนื้อหาสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติจากที่เคยเรียนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 มาเชื่อมโยงกับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในชุมชน ซึ่งได้แก่ ความเครียด ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยฝึกปฏิบัติการ

ประเมินสภาพเพื่อรวบรวมข้อมูล คิดวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงองค์รวมครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยต่างๆและนำมาเป็นแนวทางในการคิดวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด ตลอดจนประเมินผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล สืบเนื่องจากการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลครั้งนี้อยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ระลอกใหม่ที่มีความรุนแรง ทำให้นักศึกษาไม่สามารถไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนได้โดยตรง จึงต้องปรับเปลี่ยนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุมาเป็นรูปแบบออนไลน์ รวมทั้งปรับช่องทางการสื่อสารและดัดแปลงสื่อการเรียนรู้ทางสุขภาพเพื่อถ่ายทอดความรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุผ่านช่องทางออนไลน์ (Social media) เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก คลิป์วิดีโอ เป็นต้น โดยมีญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือ แนะนำสำหรับผู้สูงอายุบางรายที่ไม่ถนัดหรือมีข้อจำกัดในการสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ (social media)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลมีประสิทธิผลที่ดีขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบ

การพัฒนาารูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเนื้อหาาระหว่างวิชาปฏิบัติการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช วิชาปฏิบัติการพยาบาล
อนามัยชุมชน 1 และวิชาปฏิบัติการพยาบาล
ผู้สูงอายุครั้งนี้ประสบความสำเร็จ (Feasibility)
ในการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุให้แก่ นักศึกษาพยาบาลในการดูแล
ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเนื่องจาก
เห็นผลลัพธ์ (Outcomes) และผลกระทบ (Impacts)
ที่ตามมาชัดเจน และสามารถประเมินผลสำเร็จ
(Testability) ได้จากเกณฑ์เรื่องผลผลิต ผลลัพธ์และ
ผลกระทบ (Read, 2018 อ้างถึงใน กัมปนาท
วิจิตรศรีกรมล, 2564) กล่าวคือ ผลผลิต (outputs) ที่
เกิดขึ้นจากโครงการซึ่งได้แก่ สมรรถนะการสร้าง
เสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลอัน
ประกอบด้วย ความรู้เชิงบูรณาการในการสร้าง
เสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และทักษะการคิดเชื่อมโยง
คิดวิเคราะห์ และการคิดวางแผนปฏิบัติการเพื่อ
เสริมสร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ตามที่กล่าว
ข้างต้นมีความสอดคล้องกับผลประเมินเชิงคุณภาพ
ที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์นักศึกษ
พยาบาลภายหลังการเข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับ
ประเด็นความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการเรียน
ภาคปฏิบัติแบบบูรณาการครั้งนี้ดังข้อความ “ได้นำ
วิจัยที่ศึกษามาเชื่อมโยงกับเคส” และ “การเชื่อมโยง
ความรู้จากที่เคยฝึกวิชาผู้สูงอายุและวิชาชุมชน
สามารถนำมาใช้ในการฝึกกับเคสผู้สูงอายุในชุมชน
ที่มีปัญหาสุขภาพจิตครั้งนี้ได้ แม้จะมีปัญหาตรงไม่
สามารถไปเยี่ยมบ้านได้จริงๆแต่ก็ใช้วิธีเยี่ยมทาง
ออนไลน์แทน” “การฝึกทำให้เราไม่ลืมที่จะดูแล
สุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม
และต้องให้ครอบครัว เพื่อนบ้านมาร่วมด้วย” “รู้สึก

ดีใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และสามารถช่วยลด
ความเครียดและอาการปวดหัวของกรณีศึกษาได้”
“รู้สึกดีมีความสุขที่ได้ดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ที่มีปัญหาความเครียด” “รู้สึกดีใจที่ได้เป็นส่วน
หนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ถึงจะเป็นแค่
ระยะเวลาสั้น ๆ” และ “ตอนแรกรู้สึกกังวลมาก
เพราะเป็นการฝึกแบบออนไลน์ กลัวว่าจะทำได้ไม่
ดี แต่พอฝึกเสร็จก็รู้สึกดีที่สามารถนำความรู้และ
ทักษะที่เรียนมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับเคส
ผู้สูงอายุ” เป็นต้น และสอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์
ความคิดเห็นของอาจารย์ผู้สอน ดังข้อความ
“นักศึกษาสามารถคิดเชื่อมโยงการประเมินสภาพ
ร่างกายที่อาจส่งผลต่อจิตใจ” “นักศึกษาเชื่อมโยง
ประสบการณ์ในการดูแลกรณีศึกษาที่อยู่ในชุมชน
จากการฝึกปฏิบัติในปีที่ 2 มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพทางกายและทางจิตใจ
ได้” “ปัญหาการแพร่ระบาดของ COVID-19 และ
มาตรการ Lockdown ทำให้นักศึกษาไม่สามารถ
ประเมินเคสได้ในสถานการณ์จริง แต่นักศึกษา
สามารถปรับใช้ Social Media ให้เคสเข้าถึงโดยง่าย
ทั้งในเรื่องการสอน การหาแหล่งสนับสนุนให้เคส
เข้าถึงสื่อ Social media ต่าง ๆ โดยให้ครอบครัว
และชุมชนของเคสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล”
และ “การสื่อสารกับผู้ป่วยในชุมชนไม่สามารถทำ
แบบ face to face ได้ นักศึกษาจึงหารูปแบบในการ
ติดต่อผ่าน line แล้วส่งสื่อการสอนผ่าน Line เช่น
วิดีโอ เสียงบันทึกไปให้ผู้สูงอายุและครอบครัว”
เป็นต้น สำหรับผลลัพธ์ (Outcomes) ที่ได้จากการ
วิจัยครั้งนี้คือรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบ
บูรณาการ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล นั้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) เนื้อหาและแนวคิดหลักของ 3 รายวิชาภาคปฏิบัติที่นำมาบูรณาการกัน 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน ผู้สอน และผู้รับบริการบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร 3) กระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการ และ 4) การประเมินตามสภาพจริงจากนักศึกษาพยาบาล อาจารย์ผู้สอน ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ตอบแบบสอบถาม สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ สำหรับผลกระทบ (Impacts) ที่ตามมาด้านผู้รับบริการพบว่าภายหลังเสร็จสิ้นโครงการผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โครงการมีระดับความเครียดลดลง ดังตารางที่ 3 สอดคล้องกับผลประเมินเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ดังข้อความ “นักศึกษาสอนวิธีทำให้หายเครียด ให้พูดระบายกับคนที่เข้าใจเรา ช่วยให้อ่อนคลายขึ้นดีกว่าเก็บไว้คนเดียว” “นักศึกษาสอนให้ทำสมาธิบำบัดได้ทำทุกวันช่วยให้ผ่อนคลาย ไม่คิดมากเรื่องลูกเรื่องสามี ช่วยให้หายปวดหัวได้เหมือนกันค่ะ” “นักศึกษาสอนให้ออกกำลังกาย บริหารเข้าด้วยยางยืด ทำให้ลดปวดเข่า และนอนหลับง่ายขึ้น” “รู้สึกดีที่เห็นแม่ยิ้ม ภูมิใจมีความสุขมากขึ้นช่วงที่มีนักศึกษามาดูแล” เป็นต้น จากผลการวิจัยที่ได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแสดงว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

การฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน โดยรอบวิทยาลัยของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้รูปแบบการเรียนการ

สอนแบบบูรณาการระหว่างวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุครั้งนี้ จัดเป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพกับผู้รับบริการวัยสูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน จัดได้ว่าเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง โดยมีพื้นฐานหลักมาจากการผสมผสานความรู้ทางทฤษฎี การเชื่อมโยงความรู้และทักษะปฏิบัติจากรายวิชาที่เคยเรียนหรือเคยฝึกปฏิบัติแล้วมาประยุกต์ให้เข้ากับการฝึกปฏิบัติครั้งนี้ รวมทั้งการสืบค้นความรู้เพิ่มเติมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยต่าง ๆ (Bailey, Carpenter, & Harrington, 2002) จึงทำให้นักศึกษามีโอกาสพัฒนาความรู้ในวงกว้างและเชิงลึกไปพร้อมกับการทำความเข้าใจเนื้อหาสาระสำคัญของการฝึกปฏิบัติจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ตลอดจนสามารถพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูง (Higher order thinking skills) ของนักศึกษาพยาบาลได้ ซึ่งได้แก่ การคิดวิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพหรือวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการคิดสร้างสรรค์ จะเห็นได้จากกรณีที่นักศึกษาพยาบาลรู้จักคิดค้นแปลงกิจกรรม สื่อการเรียนรู้ ตลอดจนปรับช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้รับบริการที่อยู่ในวัยสูงอายุ นับว่าสอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom' revised taxonomy) เกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย (Anderson & Krathwohl, 2001) สอดคล้องกับ

แนวคิดของจิรชพรรณ (จิรชพรรณ ชาญช่วง, 2563) ที่กล่าวถึงการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการสาระการเรียนรู้ผ่านการผสมผสานเนื้อหาสาระภายในสาขาวิชาหรือระหว่างสาขาวิชาว่าช่วยพัฒนาการคิดเชื่อมโยง การคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุผลและการคิดสร้างสรรค์ของผู้เรียนได้ จึงกล่าวได้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการสาระการเรียนรู้ระหว่างวิชาภาคปฏิบัติในครั้งนี้เป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้นำความรู้มาสู่การปฏิบัติได้จริง (Eymard, Breaux, & Dozar, 2013) และการสร้างประสบการณ์ตรงให้กับนักศึกษาพยาบาลครั้งนี้ยังเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีต่อกันระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ผู้สอน และผู้รับบริการในชุมชน (ทิสนา แคมมณี, 2561) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลตลอดจนเพื่อนบ้านได้เป็นอย่างดี นับว่าการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการนั้นถือเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างหนึ่งสำหรับอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา (ศุภิสรา สุวรรณชาติ, อนุญา คูอาริยะกุล, และอุราภรณ์ เขยกาญจน์, 2562) ในการที่จะพัฒนานักศึกษาให้ถึงพร้อมซึ่งความรู้และสมรรถนะที่จำเป็นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุในสังคมท่ามกลางกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลง และความผันผวนของทุกสิ่งในโลก (VUCA world)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบ

บูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไปใช้ในการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยการนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไปขยายผลในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยเพิ่มจำนวนวิชาที่นำมาบูรณาการและขยายระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติออกไปอย่างน้อย 1 เดือนเพื่อให้เกิดผลในการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาให้ชัดเจนมากขึ้น

2.2 ควรศึกษาวิจัยการนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไปขยายผลในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมายประชาชนวัยสูงอายุในชุมชนอื่นตามบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่ทำให้การสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิษญ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและอาสาสมัครวิจัยนักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนโดยรอบวิทยาลัย

ทุกท่านที่เอื้ออำนวยและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยประสบผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กัมปนาท วิจิตรศรีกรมล. (2564). *การประเมินผลกระทบจากงานวิจัยและพัฒนา หลักการเบื้องต้นและแนวทางปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : สถาบันคลังสมองของชาติ.
- จิรัชพรรณ ชาญช่วง. (2563). การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูง : การเรียนรู้สู่การปฏิบัติจริง. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 48(3), 78-89.
- ชนม์ฉัตร เจริญราช, วณิศา ศิริวรสกุล และชัชศรีรัฐ รอดชัย. (2559). การบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 6(1), 25-38.
- ทิสนา เขมมณี. (2561). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศรีวรรณ มีบุญ, พรณภา เรืองกิจ, อาทิตยา แก้วน้อย, และรุ่งนภา โพธิ์แสน. (2563). รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(3), 158-176.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย วงษ์ใหญ่, และมารุฒ พัฒนา. (2558). *การออกแบบการเรียนรู้อินTEGRATED LEARNING DESIGN*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2564, จาก <http://www.curriculumandlearning.com/upload/EPUB..pdf>
- ศรีสมพร ทรวงแก้ว, และอนัญญา คูอาริยะกุล. (2557). รูปแบบการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลสู่การสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(2), 32-47.

- ศุภิสรา สุวรรณชาติ,อนัญญา คูอาริยะกุล, และอุราภรณ์ เขชกาญจน์. (2562). การบูรณาการพันธกิจบทบาทที่ท้าทายของอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 25(1), 158-175.
- สายสมร เฉลยกิตติ, จุฑารัตน์ บันดาลสิน, กุสุมา กังหลี, และพรณภา คำพราว. (2557). การศึกษาการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชา การศึกษาทั่วไปเพื่อการพัฒนาบุษย์ต่อการมีจิตอาสาและความสุขในการเรียนของนักเรียนพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 15(3), 421-429.
- อังคิสา พินิจจันทร์, ปารวีร์ กุลรัตนวิโรจน์, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, สุทิสรา สงวนสัง, และสุรศักดิ์ อธิคมาพันธ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการกับพันธกิจบริการวิชาการแก่สังคมและการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสันนาท. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(3), 63-90.
- Anderson, L.W., & Krathwohl, D. R. (2001). *A taxonomy for learning, teaching and assessing: A revision of bloom's taxonomy of educational objectives: complete edition*. New York: Longman.
- Bailey, P.A., Carpenter, D. R., & Harrington, P. (2002). Theoretical foundations of service learning in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 41(10), 433-436.
- Davodvand S, Abbaszadeh A, & Ahmadi F. (2016). Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9(5), 1-8.
- DiVeronica, Elaine A. (1997). *A phenomenological study of self-disclosure of male's HIV seropositivity to another person*. FIU Electronic Theses and Dissertations.3064. Retrieved from <https://digitalcommons.fiu.edu/etd/3064/>
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality: A conceptual exploration*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Eymard, A. S., Breaux, P., & Dozar, K. (2013). Transformative learning in nursing students through a service learning project with a vulnerable community. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(3), 35.

- Fogarty, R. (1991). *The Mindful School: How to Integrate the Curricula*. Illinois: Skylight Publishing, Inc.
- Forero R, Nahidi S, Costa J D, Mohsin M, Fitzgerald G, Gibson N, McCarthy S, & Sarfo P A. (2018). Application of four-dimension criteria to assess rigour of qualitative research in emergency medicine. *BMC Health Services Research*, 18(120), 1-11.
- Ginter, P.M., Swayne, L.M., & Duncan, W.J. (1998). *Strategic management of health care organizations* (3rd ed.). Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Lincoln Y.S, & Guba E.G. (1986). *But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic Evaluation*. In D. D. Williams (Ed.), *New Directions for Program Evaluation*. no.30 (pp.73-84). San Francisco: Jossey-Bass.
- Shi, L., & Singh, D.A. (2021). *Delivering Health Care in America: A Systems Approach* (8th ed.). Sudbury: Jones and Bartlett Publisher, Inc.

PREDICTORS OF RESILIENCE AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS*

*Atittaya Pornchaikate Au Yeong, RN, Ph.D.***, *Wareerat Thanoi, RN, Ph.D.***,

*Nopporn Vongsirimas, RN, Ph.D.*****

Abstract

Objective: The purpose of this study was to examine resilience, factors associated with resilience and predicting factors of resilience among high school students.

Methods: This predictive correlational study with convenience sample of 421 high school students was conducted at two schools in Bangkok. Data were collected by a set of self-report questionnaires including a demographic questionnaire, Negative Events Scale, Mindful Attention Awareness Scale, and the Resilience Inventory. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and multiple regression were employed for statistical analyses.

Results: Majority of the participants were female (59.6%). The mean age was 16.3 years old. Students reported as having quite high scores on resilience ($M = 104.7$, $SD = 14.6$). Pearson's correlation indicated a moderate level of correlation between resilience and mindfulness, and a low level of correlation between resilience and academic performance, negative life events, and sufficiency of monthly stipend. The findings revealed that all studied factors were jointly predicted resilience ($R^2 = .18$, $F = 15.038$, $p < .01$) and accounted for 18.0% of the variance on resilience. Mindfulness ($\beta = .376$, $p < .01$) and academic performance ($\beta = .099$, $p < .05$) were found to be statistically significant predictors of resilience among high school students.

Conclusion: Mindfulness and academic performance are predictors of resilience among high school students. The findings can be used as basic information to develop nursing interventions for adolescents to promote resilience on the basis of enhancing ability for academic performance together with mindfulness in order to promote mental health and prevent mental problems.

Keywords: resilience, mindfulness, negative life events, academic performance, high school students

*As part of a research project on Factors Influencing Depressive Symptoms among High School Students

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

***Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail: wareerat.tha@mahidol.edu

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

Received: 30 March 2022, Revised: 21 April 2022, Accepted: 27 April 2022

ปัจจัยทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย*

อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. **, วาริรัตน์ ถาน้อย, ปร.ด. ***, นพพร ว่องสิริมาศ, ปร.ด. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษา

วิธีการศึกษา : การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนสองแห่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 421 คน ได้จากการคัดเลือกแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ แบบวัดการมีสติ และแบบวัดความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.6 มีอายุเฉลี่ย 16.3 ปี พบว่า มีความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับค่อนข้างสูง (mean = 104.7, SD = 14.6) และความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีสติ และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการเรียน เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และความเพียงพอของรายได้ โดยปัจจัยที่ศึกษาร่วมกันทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .18, F = 15.038, p < .01$) และอธิบายความผันแปรของความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตได้ร้อยละ 18 โดยการมีสติ ($\beta = .376, p < .01$) และผลการเรียน ($\beta = .099, p < .05$) ทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : การมีสติและผลการเรียนที่ผ่านมาเป็นปัจจัยทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษา ผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวัยรุ่นในการเสริมสร้างความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต โดยการส่งเสริมศักยภาพทางการศึกษาร่วมกับการพัฒนาการมีสติเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตในวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ : ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต การมีสติ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ผลการเรียน นักเรียนมัธยมศึกษา

*เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: wareerat.tha@mahidol.edu

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 30 มีนาคม 2565, วันที่แก้ไข: 21 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับ: 27 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่คาบเกี่ยวระหว่างวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยแห่งการเรียนรู้และเติบโตทางพัฒนาการด้านต่าง ๆ อย่างเต็มที่ เพื่อพัฒนาไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการของวัยรุ่นพบว่ามีส่วนเป็นความเปราะบางและนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยพบว่า วัยรุ่นอายุระหว่าง 15 - 24 ปี เป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงวัยอื่น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) จากรายงานการรับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า วัยรุ่นประสบกับผลกระทบต่าง ๆ ที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่เข้ามารับบริการปรึกษา ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาความรัก และภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2563) จะเห็นได้ว่า วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มาก ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า จากการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 11- 19 ปี พบมีความชุกร้อยละ 17.5 โดยพบว่าวัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี มีสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นตอนต้น คือ ร้อยละ 17.8 และร้อยละ 16.2 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุที่สำคัญในการฆ่าตัวตาย โดยพบว่า วัยรุ่นตอนปลายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 5.9 (วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาตกุล, และโชษิตา ภาวสุทธิพิสิฐ, 2563) ดังนั้นการเสริมสร้างคุณลักษณะทางบวกและศักยภาพหรือความสามารถของวัยรุ่นให้มี

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นในการเผชิญกับปัญหาหรือความท้าทายที่เข้ามาในชีวิต เพื่อให้วัยรุ่นสามารถมองเห็นสิ่งที่มากระทบ สถานการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ สามารถปรับตัวได้ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเติบโตอย่างมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี ปราศจากปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาศา ทวีคุณ, 2555; Grotberg, 1995, 1999)

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Resilience) เป็นตัวแปรเชิงบวกที่มีการเรียกแตกต่างกัน เช่น ความแข็งแกร่งในชีวิต หรือพลังสุขภาพจิต เป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการปรับตัวทางบวกให้สามารถเผชิญและจัดการกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความยากลำบาก หรือเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตได้อย่างเหมาะสมโดยยังคงสุขภาวะทางจิตที่ดีได้ (Anderson & Priebe, 2021; Grotberg, 1995, 1999) เป็นลักษณะของบุคคลที่รับรู้ถึงความสามารถของตนในการจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสุขภาพจิตที่ดี และดำเนินชีวิตด้วยความเข้มแข็ง (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555)

การศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Anyan & Hjemdal, 2016; โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และจุฑาทิพย์

กิ่งแก้ว, 2561; วาริรัตน์ ฉานน้อย, อทิตยา พรชัยเกตุ โอบอว ของ, ภาศิศญา อ่อนดี, 2555) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และสุขภาพทางจิตใจ (Dong, Dang, Li & Yang, 2021; Klainin-Yobas et al., 2016; ชุติมา จิรัฐเกรียงไกร, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ฉานน้อย และสุภาภักดิ์ เกศราสุวรรณ, 2564) อีกทั้งเป็นตัวแปรส่งผ่านที่สำคัญระหว่างความเครียดและสุขภาพทางจิตใจของวัยรุ่น (Vonsirimas et al., 2020) จากความสำคัญดังกล่าว จึงมีงานวิจัยที่มุ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต เพื่ออธิบายกลไกการทำงานของ ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นทั้งในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายนอกและภายในตัวบุคคล เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตโดยใช้พื้นฐานของการมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ และความเพียงพอของรายได้ (Campbell-Sills, Forde & Stein, 2009; Ziaian, de Anstiss, Antoniou, Baghurst & Sawyer, 2012; พัชรินทร์ นินทจันทร์, วาริรัตน์ ฉานน้อย, โสภิติน แสงอ่อน, มาณวิภา พัฒนมาศ, และช่อทิพย์ อินทรักษา, 2560) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นที่มีอิทธิพลสามารถทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตได้ ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และการมีสติ (Bajaj, 2017; Bajaj &

Pande, 2016; Keye & Pidgeon, 2013; Xu et al., 2018) โดยการศึกษาส่วนใหญ่ ศึกษาในนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา ส่วนการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษา ยังมีไม่มากนัก ทั้งนี้ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจยุ่งยากหลายประการที่จำเป็นต้องใช้การปรับตัวทางบวกเพื่อสามารถเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การปรับตัวจากการเรียนในระดับช่วงชั้นที่สูงขึ้น เนื้อหาวิชาที่ซับซ้อนขึ้น การเปลี่ยนกลุ่มเพื่อนที่คุ้นเคย และการเตรียมตัวกับการสอบแข่งขันเข้าสู่มหาวิทยาลัย สถานการณ์ยุ่งยากใจเหล่านี้ หากนักเรียนมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตที่ดี ก็จะ สามารถปรับตัวได้และมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ ความเพียงพอของรายได้) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และการมีสติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ ความเพียงพอของรายได้) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และการมีสติ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ ความเพียงพอของรายได้) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และการมีสติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้มาจากแนวคิดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Resilience) ของ Grotberg (1995, 1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในวัยรุ่นทั้งที่เป็นนักเรียนและนักศึกษา ซึ่งเป็นแนวคิดที่กล่าวถึง ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถในการคงอยู่ได้ท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายหรือก่อให้เกิดความทุกข์ใจอย่างยากใจ สามารถฟื้นตัว เรียนรู้จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนำไปสู่การเติบโต เข้มแข็ง และเข้าใจสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตมากขึ้น (Anderson & Priebe, 2021; Grotberg, 1995, 1999; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555) โดยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นในชีวิต มีองค์ประกอบหลัก ที่บุคคลสามารถดึงมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือความทุกข์ใจอย่างยากใจ เพื่อจัดการกับปัญหา ลดความรุนแรง และเกิดการเรียนรู้จากกระบวนการที่ตนเองผ่านพ้นสภาวะการณ์นั้น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ฉันมี (I have) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ย่างยาก 2) ฉันเป็น (I am) เป็นการรับรู้ถึงความเข้มแข็งภายในจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ทศนคติ ความมั่นใจ ความรู้สึกมี

คุณค่าและความรับผิดชอบของตนเอง และ 3) ฉันสามารถ (I can) เป็นการรับรู้ถึงการมีทักษะทางสังคมที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลจากการมีปฏิสัมพันธ์ในตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Grotberg, 1995, 1999) วัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเมื่อมีเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจเกิดขึ้น จะสามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่มาจากการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือจากผู้อื่น มีความมั่นใจและรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองที่มีอยู่แสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่ตนมีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหา และรับผิดชอบต่อสิ่งที่จะตามมาจากการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น การศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ทำให้บุคคลมีความเข้าใจตนเอง มองตนเองในแง่บวก รักและเมตตาตนเอง มีกำลังใจ รู้จักให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น เข้าใจผู้อื่นมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีขึ้น และรู้จักแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ตนมีมาใช้ในการแก้ปัญหา (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555)

การศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ ความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และการมีสติ มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Bajaj, 2017; Bajaj & Pande, 2016; Campbell-Sills et al., 2009; Keye & Pidgeon, 2013; Xu et al., 2018; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2560) ในส่วนของอายุ การศึกษาพบว่า บุคคลที่มีอายุน้อย มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต

น้อยกว่าบุคคลที่มีอายุมาก (Campbell-Sills et al., 2009) ในส่วนของเพศ การศึกษาในวัยผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เพศหญิงมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตน้อยกว่าเพศชาย (Campbell-Sills et al., 2009) ในขณะที่การศึกษาในวัยรุ่นไทยพบว่า เพศหญิงมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสูงกว่าเพศชาย (พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, จริยา วิริยะสุทร และพิศสมัย อร์ทัย, 2554) เมื่อพิจารณาปัจจัยด้าน ผลการเรียนรู้ พบว่านักเรียนที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตดี มีผลการเรียนดีกว่านักเรียนที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับต่ำ (Novotny & Kremenkova, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบติดตามในระยะยาว ที่พบว่านักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต มีเส้นทางความก้าวหน้าทางการศึกษา (Academic trajectories) และเกรดที่ดีกว่า และมีความตั้งใจในการลาออกจากการศึกษา น้อยกว่านักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับต่ำ (Bittmann, 2021) สุดท้าย ในส่วนของ ความเพียงพอของรายได้ การศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีปัญหาทางการเงิน มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตต่ำ และมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554)

เมื่อพิจารณาถึง การรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (Negative life events) เป็นความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตในเชิงลบที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจ ไม่สบายใจ คับข้องใจ เป็นความรู้สึกกดดันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถคาดการณ์ หรือควบคุมได้ และ

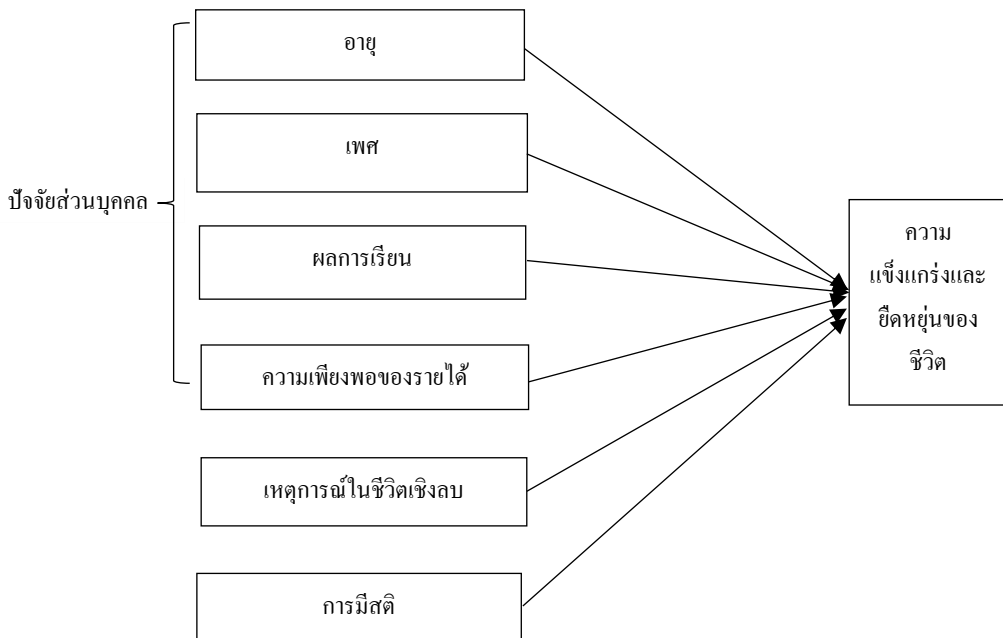
ส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคล (Cohen & Williamson, 1988) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หากวัยรุ่นรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามและเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ จะนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้วัยรุ่นรับรู้ทำให้เกิดความยุ่งยากใจ คับข้องใจ เกิดความรู้สึกเชิงลบ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bajaj, 2017; Bajaj & Pande, 2016; Keye & Pidgeon, 2013; Xu et al., 2018; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2560) กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นในชีวิตในระดับสูงจะมีการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบในระดับต่ำ

ปัจจัยสุดท้าย การมีสติ เป็นสภาวะการที่คงไว้ซึ่งการรู้ตัวทั้งในความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการรู้สึกทางกายของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวในทุกขณะ (Kabat-Zinn, 2003; Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006) เป็นการควบคุมตนเองให้ตั้งมั่น จดจ่อกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ ตระหนักรู้ในความคิดความรู้สึกของตนเองโดยไม่ตัดสิน ซึ่งจะนำบุคคลไปสู่การเรียนรู้ประสบการณ์ทั้งภายนอกและภายใน (Brown & Ryan, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีสติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Dong et al., 2021) และเป็นปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bajaj & Pande, 2016; Bajaj, 2017) กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีสติ มีการรู้ตัวและควบคุมตนเองได้ จะมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับสูง

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ ความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และการมีสติ มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่ง

และยืดหยุ่นของชีวิต การทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และช่วยพัฒนาปัจจัยเหล่านั้น เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตให้กับนักเรียน เพื่อให้นักเรียนสามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Cross-sectional predictive correlational design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และการมีสติ กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 จากโรงเรียนมัธยมศึกษา 2 แห่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคัดเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) จากประชากร เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณสำหรับ Structural equation modeling จำนวน 421 คน ซึ่งมีขนาดเพียงพอที่จะใช้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้โดยใช้ Power analysis (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพลปานกลางในการคำนวณ Multiple regression เท่ากับ .10 ซึ่งเป็นค่า R^2 ที่ได้จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตกับผลการเรียนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาของ Novotny & Kremenkova (2016) เมื่อนำมาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 คน เพื่อเป็นการรักษากลุ่มตัวอย่างที่มีไว้การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ จำนวน 421 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญว่ามีคุณภาพและมีความเหมาะสมสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยนักเรียน

ตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุดด้วยตนเอง และใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที แบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Profile) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ผลการเรียนที่ผ่านมา รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ที่พักอาศัย สถานภาพสมรสของบิดามารดา และระดับการศึกษาของบิดามารดา

2. แบบสอบถามเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) พัฒนาโดย Maybery (2003) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (back translation) และปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นไทย โดย Boonyamalik (2005) จำนวน 42 ข้อ ใช้ประเมินการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ โดยสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกยุ่งยากใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นแบบมาตราวัด Likert scale จาก 0 ถึง 5 โดย 0 หมายถึง เหตุการณ์ไม่เกิดขึ้น 1 หมายถึง เหตุการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่รู้สึกยุ่งยากใจ ไปจนถึง 5 หมายถึง เหตุการณ์เกิดขึ้น และรู้สึกยุ่งยากใจมากที่สุด โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 210 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ระดับการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบมีระดับสูง จากการศึกษาที่ผ่านมาได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดได้ค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ที่ 0.91 - 0.96 (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2560; โสภิติน แสงอ่อน และคณะ, 2561; Boonyamalik, 2005) ได้นำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบความ

เชื่อมั่น โดยทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .88 และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 421 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .94

3. แบบสอบถามการมีสติ (Mindful Attention Awareness Scale: MAAS) ของ Brown และ Ryan (2003) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ โดย Christopher และคณะ (2009) จำนวน 15 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลในการควบคุมตนเอง และการจดจ่อกับการกระทำในปัจจุบัน โดยสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตประจำวันที่บุคคลกระทำในลักษณะรีบร้อน ขาดความระมัดระวัง หรือกระทำโดยอัตโนมัติ เป็นแบบมาตรวัด Likert scale มีคำตอบให้เลือก 6 ระดับคือ 1 หมายถึง กระทำเกือบตลอดเวลา ไปจนถึง 6 หมายถึง เกือบไม่เคยกระทำเลย มีค่าคะแนนตั้งแต่ 15 - 90 คะแนน โดยคะแนนยิ่งมากแสดงถึงการมีสติในระดับสูง จากการศึกษาที่ผ่านมาได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดได้ค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ที่ .87 (ชุตินา จิรัฐเกรียงไกร และคณะ, 2564; Vongsirimas et.al, 2020) ได้นำแบบประเมินนี้ไปทดสอบความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน พบว่าได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89 และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 421 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .91

4. แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต (The Resilience Inventory) ใช้วัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต พัฒนาจากแนวคิดความ

แข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ของ Edith Henderson Grotberg (1995, 1999) โดย พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ "I have" "I am" และ "I can" โดย I have (ฉันมี) หมายถึงแหล่งประโยชน์จากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต I am (ฉันเป็น) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ I can (ฉันสามารถ) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ เป็นข้อคำถาม "I have" จำนวน 9 ข้อ "I am" จำนวน 10 ข้อ และ "I can" จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตรวัด Likert scale มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ามีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสูง การศึกษาที่ผ่านมาได้ค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ที่ 0.86 - 0.91 (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2560) ได้นำแบบประเมินนี้ไปทดสอบความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน และในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 421 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .94 ทั้งสองครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษาทั้งสองแห่ง ผู้วิจัยประสานงานกับอาจารย์ผู้ประสานงานที่

ได้รับมอบหมาย และพบนักเรียนในแต่ละห้องของแต่ละระดับชั้นเพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการวิจัย และสิทธิของนักเรียน หากนักเรียนสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ให้นำเอกสารกลับไปอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจ เมื่อผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ ผู้ปกครองและนักเรียนลงนามในเอกสารยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ จากนั้นให้นักเรียนนำกลับมาคืนผู้วิจัย ในการพบกันครั้งต่อไป ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้นักเรียนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง IRB-NS2013/200.1112 และได้รับอนุญาตจาก ผู้อำนวยการโรงเรียนทั้งสองแห่งก่อนทำการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย สิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นไปด้วยความสมัครใจ นักเรียนสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล รหัสนักเรียนในที่ไหนที่ทำให้เข้าถึงข้อมูลของนักเรียนได้ การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวม เมื่อนักเรียนยินยอมเข้าร่วมโครงการ และผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการ ผู้ปกครองและนักเรียนลงนามในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต โดยใช้การวิเคราะห์ สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบนำเข้าพร้อมกัน (Enter method) โดยผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 421 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.6 เพศชาย ร้อยละ 40.4 มีอายุ 14 - 19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.3 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 137 คน (ร้อยละ 32.5) ปีที่ 5 จำนวน 170 คน (ร้อยละ 40.5) และปีที่ 6 จำนวน 114 คน (ร้อยละ 27.0) ผลการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.9 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 80.5 โดยได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองเฉลี่ย 3,278.7 บาทต่อเดือน มากกว่าร้อยละ 72.1 ได้รับค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 2,000 - 4,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 86.5 รายงานว่าค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอกับการใช้ชีวิต ในส่วนของระดับการศึกษาของบิดามารดา พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.2 ในบิดา และร้อยละ 36.6 ในมารดา และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.8

2. ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับค่อนข้างสูง (mean = 104.7, SD = 14.6) โดยมีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 39.0 และมีค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 140.0 แบ่งตามองค์ประกอบรายด้าน แสดงในตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ผลการเรียนรู้ ความเพียงพอของรายได้ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การมีสติ กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ผลการเรียนรู้ ($r = .19, p < .01$) ความเพียงพอของรายได้ ($r = .12, p < .05$) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ($r = -.17, p < .01$) และการมีสติ ($r = .41, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต แสดงในตารางที่ 2

4. ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยวิธีถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .424 ($p < .001$) และมีความสามารถในการร่วมอธิบายการเปลี่ยนแปลงระดับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียน ได้ร้อยละ 18.0 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 13.3 ตัวแปรที่สามารถทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คือ การมีสติ และผลการเรียน

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายสูงสุดคือ การมีสติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .376 และรองลงมาคือ ผลการเรียนรู้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .099 แสดงในตารางที่ 3

การอภิปรายผล

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต
 ผลการศึกษาพบว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตค่อนข้างสูงและมากกว่าร้อยละ 53.2 ของนักเรียน มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสูงกว่าค่าเฉลี่ย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2554) ที่พบว่า ร้อยละ 54.3 ของนักเรียนมัธยมศึกษา มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย สะท้อนให้เห็นว่านักเรียนสามารถปรับตัวเมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ จากการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตได้แก่ ฉันมี (I have) ฉันเป็น (I am) และ ฉันสามารถ (I can) โดยมองเห็นคุณค่าของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนกระทำ (I am) และมองว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและตนมีความสามารถและมั่นใจในการจัดการกับความยุ่งยากใจที่เกิดขึ้นได้ (I can) ดังสะท้อนจากคำตอบที่นักเรียนตอบในแบบสอบถามที่มีค่าเฉลี่ยสูง โดยนักเรียนรายงานถึง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความที่เป็นคนอารมณ์ดี การมองชีวิตใน

ตารางที่ 1 ระดับความแข็งแกร่งและขีดหุ่นของชีวิตรายด้านและในภาพรวม (n = 421)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	Mean	SD
ความแข็งแกร่งและขีดหุ่นของชีวิต	28 - 140	39	140	104.7	14.6
- I have (ฉันมี)	9 - 45	12	45	33.4	5.5
- I am (ฉันเป็น)	10 - 50	12	50	38.4	5.5
- I can (ฉันสามารถ)	9 - 45	14	45	32.9	4.9

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและขีดหุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 421)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1.000					
2. เพศ	-.010	1.000				
3. ผลการเรียน	-.158**	-.271**	1.000			
4. ความเพียงพอของรายได้	-.026	.141**	-.009	1.000		
5. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.033	-.132**	-.152**	-.306**	1.000	
6. การมีสติ	.012	-.057	.232**	.123*	-.424**	1.000
7. ความแข็งแกร่งและขีดหุ่นของชีวิต	.005	-.089	.191**	.116*	-.170**	.405**

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

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและขีดหุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 421)

ตัวแปรทำนาย	b	SE _b	β	t	p-value
1. อายุ	.317	.713	.020	.444	.657
2. เพศ	-1.347	1.418	-.045	-.950	.343
3. ผลการเรียน	2.660	1.305	.099	2.038	.042*
4. ความเพียงพอของรายได้	3.695	2.052	.085	1.801	.072
5. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.012	.025	.025	.483	.630
8. การมีสติ	.438	.059	.376	7.469	.000**

$R = .424$, $R^2 = .180$, Adjusted $R^2 = .168$, $S.E_{est} = 13.310$, $F = 15.038$, $p\text{-value} = .000$

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

เชิงบวกว่ามีความหวังเสมอ และพร้อมที่จะจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาด้วยความรับผิดชอบและยอมรับกับผลที่เกิดขึ้น (I am) รวมถึงเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถหาทางออกในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ รู้จักจังหวะในการที่จะพูดและกระทำ และสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดได้ (I can) ตลอดจนมองเห็นแหล่งช่วยเหลือรอบข้างที่ตนมีอยู่ มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อน และครูที่คอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือ (I have) ซึ่งนักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว และมีบทบาทเป็นนักเรียนในระบบการศึกษาของโรงเรียน ทำให้สามารถรับรู้ได้ว่าตนสามารถที่จะหาแหล่งช่วยเหลือหากประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในชีวิตได้จากครอบครัว เพื่อน และครู ดังสะท้อนจากการรายงานของนักเรียนถึงการรับรู้ว่ามีครอบครัวที่มั่นคง มีคนที่สามารถไว้วางใจ และพร้อมที่จะให้ความรักและการช่วยเหลือ นักเรียนเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น และมีคนคอยสอนและตักเตือน ไม่ให้นักเรียนกระทำในสิ่งที่อาจนำความยุ่งยากใจมาสู่ตนเอง เหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตให้กับนักเรียนได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต

การมีสติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และเป็นปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายถึง นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีคะแนนการมีสติสูงมีคะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต

สูงด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การมีสติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Dong et al., 2021) และเป็นปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bajaj & Pande, 2016; Bajaj, 2017) ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากเมื่อมีเหตุการณ์ยุ่งยากใจเกิดขึ้นในชีวิต บุคคลที่อยู่ในสภาวะการมีสติจะสามารถคงไว้ซึ่งการรู้ตัวทั้งในความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการรู้สึกทางกายต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวทุกชั่วขณะ (Kabat-Zinn, 2003) สามารถควบคุมตนเองให้ตั้งมั่น จดจ่อกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักรู้ในความคิด ความรู้สึกของตนเองในปัจจุบันขณะโดยไม่ตัดสินและไม่กระทำไปโดยอัตโนมัติหรือไม่ได้ยังคิดนำไปสู่การเรียนรู้ประสบการณ์ทั้งภายในและภายนอกภายในตัวบุคคล (Brown & Ryan, 2003) ทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงศักยภาพของตน และคุณค่าของตน ตลอดจนแหล่งช่วยเหลือทั้งภายในและภายนอกตนเอง ซึ่งเป็นการสร้างเสริมให้บุคคลมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ทำให้บุคคลมีการปรับตัว ไม่หมกมุ่นครุ่นคิดกับเรื่องยุ่งยากใจที่เกิดขึ้น แต่จะเลือกใช้การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้แก่ การประเมินสถานการณ์ในเชิงบวก และการจัดการกับปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Dong et al., 2021; Garland, Gaylord & Fredrickson, 2011) ในทางกลับกัน บุคคลที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสูงจากการได้พัฒนาการมีสติ ก็จะมีชีวิตโดดเด่นในลักษณะของการมีสติ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้ที่จดจ่อในความคิด ความรู้สึกของตนในปัจจุบันขณะ ทำให้การติดอยู่กับความครุ่นคิด

หรือคิดกลับไปกลับมาในอดีตและความกังวลใจต่าง ๆ ลดลง (Shapiro et al., 2006; Verplanken & Fisher, 2014) ส่งผลให้ลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

ผลการเรียน มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และเป็นปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงนักเรียนที่มีผลการเรียนดีจะมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสูง อาจเกี่ยวข้องในด้าน ผลการเรียนเป็นการบ่งบอกถึงการพัฒนาทางด้านสติปัญญาของวัยรุ่นที่เกิดจากการเรียนรู้และพัฒนาการตามวัย ผลการเรียนที่ดีบ่งบอกถึงความสามารถทางด้านสติปัญญาในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ทำให้นักเรียนรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถเมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นก็สามารถมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย และตนมีความสามารถในการจัดการได้ (I can) มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมั่นใจว่าจะจัดการกับความยุ่งยากใจที่เกิดขึ้นได้ (I am) มีความสามารถในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือรอบข้างที่ตนมีอยู่ (I have) เพื่อให้ตนสามารถผ่านเรื่องราวต่าง ๆ ที่มากระทบได้ หรือในอีกนัยหนึ่งนักเรียนที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตดี จะมองว่าความยุ่งยากในการเรียนเป็นสิ่งที่ท้าทาย และตนมีความสามารถในการจัดการ ทำให้เกิดการปรับตัวได้ดี นำไปสู่การมีผลการเรียนที่ดี ดังการศึกษาที่พบว่านักเรียนที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับสูง มีผลการเรียนดีกว่านักเรียนที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับต่ำ (Novotny & Kremenkova, 2016) และ

การศึกษาแบบติดตามในระยะยาว ที่พบว่านักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต มีเส้นทางความก้าวหน้าทางการศึกษา (Academic trajectories) และเกรดที่ดีกว่า และมีความตั้งใจในการลาออกจากการศึกษาน้อยกว่านักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับต่ำ (Bittmann, 2021)

ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนได้ การที่บุคคลรับรู้และมองสถานะทางการเงินของตนและพอใจกับรายได้ที่ตนมี มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของบุคคล แสดงถึงการรับรู้ถึงการมีอยู่ของแหล่งช่วยเหลือ (I have) และรับรู้ว่ามีเพียงพอที่จะทำให้ตนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีปัญหาทางการเงิน มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตต่ำ (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) อย่างไรก็ตามเนื่องจากความเพียงพอของรายได้ไม่สามารถทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มนักเรียนอาจไม่มีความหลากหลายเรื่องรายได้มากนัก โดยนักเรียนส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 72.1 ใช้จ่ายอยู่ในช่วง 2,000 - 4,000 บาท และมากกว่าร้อยละ 86.5 รายงานว่าค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอกับการใช้ชีวิต ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาต่อไปในกลุ่มนักเรียนที่มีความหลากหลายมากขึ้น หรือขยายการศึกษาในวัยรุ่นในบริบทที่แตกต่างกัน

การรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นของบุคคลในเชิงลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงนักเรียนที่มีการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบน้อยจะมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสูง อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่สามารถทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบสามารถทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Tan & Martin, 2012; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2560) ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ค่าคะแนนการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบในการศึกษานี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ ($M = 62.3, SD = 30.3$) แสดงถึง นักเรียนอาจไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์ด้านลบเหล่านี้ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพ หรือปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากนักเรียนอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องกังวล และอยู่ในวัยเรียนที่ได้รับการดูแลด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จากผู้ปกครอง จึงไม่เกิดความยุ่งยากใจกับปัญหาเหล่านี้ ในส่วนของปัญหาด้านการเรียน เพื่อน ครูอาจารย์ และครอบครัว นักเรียนมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่ได้ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจแก่ตนเองในเชิงลบมากนัก จึงไม่ก่อให้เกิดความเครียด และไม่ส่งผลต่อความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต นอกจากนี้ผลการศึกษาที่พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีอำนาจการทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต แสดง

ให้เห็นว่าอาจมีตัวแปรที่เป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสอง ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาในลักษณะโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุเป็นลำดับต่อไป

อายุและเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษา เมื่อพิจารณาปัจจัยด้าน อายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีอายุอยู่ระหว่าง 14 - 19 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.3 ปี ซึ่งเป็นช่วงของวัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุใกล้เคียงกัน ดังนั้นการพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตจึงแตกต่างกันค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ที่มีช่วงอายุที่ต่างกันพบว่า บุคคลที่มีอายุน้อย มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตน้อยกว่าบุคคลที่มีอายุมาก (Campbell-Sills et al., 2009) ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาในนักเรียนที่มีความหลากหลายในเรื่องอายุ เช่น ศึกษาทั้งระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย หรือศึกษาเพิ่มเติมในนักเรียนการศึกษาพิเศษที่มีความหลากหลายในเรื่องของอายุเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสอง

สำหรับปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องจาก นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้ผ่านพัฒนาการทางด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่นมาในระยะเวลาหนึ่ง และมีการปรับตัวเข้าสู่วัยรุ่นได้พอสมควร ประกอบกับการเรียนในโรงเรียนที่เป็นการเรียนร่วมกันทั้งเพศหญิงและเพศชายอาจทำให้นักเรียนมีพัฒนาการในการเรียนรู้และพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตไปด้วยกัน เผชิญกับ

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจยุ่งยากในบทบาทของนักเรียนที่ต้องปรับตัวคล้ายคลึงกันได้แก่ การปรับตัวในการเรียน หรือการปรับเปลี่ยนกลุ่มเพื่อนที่คุ้นเคย จึงเกิดการเรียนรู้และปรับตัวไปด้วยกัน ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องของความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต อย่างไรก็ตามบางการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตสูงกว่าเพศชาย (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) ปัจจัยด้านเพศกับความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

สรุป

ผลการเรียน และการมีสติสามารถทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีผลการเรียนที่ดี มีการรับรู้การมีสติระดับสูงจะมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตระดับสูงด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

สามารถนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานการส่งเสริมและพัฒนาความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตที่เหมาะสมกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการส่งเสริมศักยภาพทางการศึกษาควบคู่ไปกับการพัฒนาการมีสติเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีสุขภาพจิตที่ดีและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตเป็น ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่คิดต่อไป

ด้านการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรอิสระสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตได้เพียงร้อยละ 18 อาจมีปัจจัยอื่นที่สามารถร่วมทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตได้ รวมทั้งจากผลการวิจัยพบว่าบางปัจจัยมีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต แต่ไม่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงตัวแปรอื่นๆที่น่าจะเป็นปัจจัยทำนายความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาต่อไป โดยอาจทำการศึกษาในลักษณะ โมเดลอิทธิพลในลักษณะตัวแปรส่งผ่าน ไปยังความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต หรือศึกษาในลักษณะเชื่อมโยงไปสู่การมีสุขภาวะทางจิตใจทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นตัวแปรส่งผ่านเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันมากยิ่งขึ้นทั้งการศึกษาแบบตัดขวางและการศึกษาระยะยาว รวมทั้งสามารถขยายขอบเขตการวิจัยไปสู่กลุ่มตัวอย่างในลักษณะกลุ่มนักเรียนระดับอาชีวศึกษา และนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา เป็นต้น และที่สำคัญสามารถนำไปใช้พัฒนาการวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- หุติมา จิรัฐเกรียงไกร, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย, และ สุภาภัก เกตุราสุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจ ในวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(2), 77-89.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, จริยา วิทยะศุกร, และพิศสมัย อรทัย. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของ นักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(1), 1-17.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน, และทศนา ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (A resilience-enhancing program)*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, วาริรัตน์ ถาน้อย, โสภิน แสงอ่อน, มานวิภา พัฒนมาศ, และช่อทิพย์ อินทร์รักษา. (2560). ปัจจัยทำนาย ความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 13-28.
- วาริรัตน์ ถาน้อย, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ, และภาศิญา อ่อนดี (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภากาพยาบาล*, 27 (ฉบับพิเศษ), 60-76.
- วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตติกาล สันติธาตกุล, และ โษษิมา ภาวสุทธิไพสิฐ. (2563). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2), 136-149.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สุขภาพคนไทย 2563 สองทศวรรษปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภิน แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 13-38.
- Anderson K., & Priebe, S. (2021). Concepts of resilience in adolescent mental health research. *Journal of Adolescent Health*, 69: 389-695.
- Anyan F., & Hjemdal, O. (2016). Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiate the relationships. *Journal of Affective Disorders*, 203: 213-220.
- Bajaj, B. (2017). Mediating role of self-esteem in the relationship of mindfulness to resilience and stress. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 19(4), 1-6.
- Bajaj, B., & Pande, N. (2016). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 93, 63-67.
- Bittmann, F. (2021). When problems just bounce back: about the relation between resilience and academic success in German tertiary education. Retrieved from SN Social Science, 1: 65 (18 pages) <https://doi.org/10.1007/s43545-021-00060-6>
- Boonyamalik, P. (2005). Epidemiology of adolescent suicidal ideation: roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use (Thailand). Unpublished Dissertation, Johns Hopkins University, USA.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822.
- 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.
- Christopher, M. S., Charoensuk, S., Gilbert, B. D., Neary, T. J., & Pearce, K. L. (2009). Mindfulness in Thailand and the United State: A case of apples versus oranges? *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 590-612.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Dong, Y., Dang, L., Li, S. & Yang, X. (2021). Effects of facets of mindfulness on college adjustment among first year Chinese college students: The mediating role of resilience. *Psychology Research and Behavior Management*, 14: 1101-1109.

- Garland, E. L., Gaylord, S. A., & Fredrickson, B. L. (2011). Positive reappraisal coping mediates the stress-reductive effect of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2, 59-67.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague, Netherlands: Bernard Van Lee Foundation.
- Grotberg, E. H. (1999). *Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything*. Oakland: New Harbinger.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-56.
- Keye, M. D., & Pidgeon, A. M. (2013). Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efficacy. *Open Journal of Social Sciences*, 1(6), 1-4.
- Klainin-Yobas, P., Ramirez, D., Fernandez, Z., Sarmiento, J., Thanoi, W., Ignacio, J., & Lau, Y. (2016). Examining the predicting effect of mindfulness on psychological well-being among undergraduate students: A structural equation modelling approach. *Personality and Individual Difference*, 91, 63-68.
- Maybery, D. J. (2003). Incorporating interpersonal events within hassle measurement. *Stress and Health*, 19, 97-110.
- Novotny, S., & Kremenkova, L. (2016). The relationship between resilience and academic performance in youth placed at risk. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/313602814>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Tan, L., & Martin, G. (2012). Taming the adolescent mind: Preliminary report of a mindfulness-based psychological intervention for adolescents with clinical heterogeneous mental health diagnoses. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18, 300-312.
- Verplanken, B., & Fisher, N. (2014). Habitual worrying and benefits of mindfulness. *Mindfulness*, 5(5), 566-573.
- Vongsirimas, N., Sitthimongkol, Y., Kaesornsamut, P., Thanoi, W., Pumpuang, W., Phetrasuwan, S., Kesornsri, S., Thavorn, T., Pianchob, S., Pimroon, S., & Klainin-Yobas, P. (2020). Mediating role of mindfulness, self-efficacy, and resilience on the stress-psychological wellbeing in Thai adolescents. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(10), 5376-5391.
- Xu, W., Fu, G., An, Y., Yuan, G., Ding, X., & Zhou, Y. (2018). Mindfulness, posttraumatic stress symptoms, depression and social functioning impairment in Chinese adolescents following a tornado: Mediation of posttraumatic cognitive change. *Psychiatric Research*, 259, 345-349.
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P. & Sawyer, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia. *International Journal of Population Research*, 1-9.