



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

Vol.37 No.3 September – December 2023

ISSN (print) : 0857-4553

ISSN (online) : 2773-9171

บทความวิจัย

- ผลการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย
ณัฐศรียา จักรสมศักดิ์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา
แสงนภา บารมี, ทยาวิร์ จันทรวีวัฒน์
- การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย: การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม
เกษราภรณ์ เคนบุปผา, กุณฑลธิ์ เพียรทอง, กมลทิพย์ สงวนรัมย์ย์, สุพัตรา สุขาวท
- การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ชลพร กองคำ, กาญจนา สุทธิเนียม, อโนทัย แทนสวัสดิ์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19
ศรีัญญา ชาญสุข, สุจิตตา ฤทธิมนตรี
- ความเครียด ภาวะซึมเศร้า กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
สุหทัย โตสังวาลย์, ทยาวิร์ จันทรวีวัฒน์



วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

จุดประสงค์

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

กำหนดการออก

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

เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

สำนักงาน

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

Objectives

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

Published by

Psychiatric Nurses Association of Thailand

Office

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

คณะกรรมการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ประจำปี 2563 - 2566

ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
 รศ.ดร.จินตนา ชูนิพันธ์
 รศ.สมพร เชื้อหิรัญ
 นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส
 นางกัลยา ภักดีมงคล
 นางกาญจนา เหมะรัต
 รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย
 ศ.ดร.มรรยาท รุจิวิเศษชัย
 ดร.มยุรี กลั้ววงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
 นางสาวพัชริน คุณคำชู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.คาราวรรณ ต๊ะปันตา
 รศ.ดร.วรวิรัตน์ ถาน้อย
 อ.นิรันดรา นฤพันธ์
 ผศ.ดร.เพ็ญภา แฉงค้อมยุทธ
 อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธณฤทธิ์
 อ.ดร.อจันรา คำมะতিชัย
 ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์
 ผศ.ว่าที่ ร.ด.ธีระยุทธ เกิดสังข์
 ดร.สุนทร ศรีโกสย
 ดร.กฤษณ์พิทักษ์ เพียรทอง
 นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
 นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี
 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
 สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ศูนย์วิทยการ กรมแพทยทหารเรือ
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

กรรมการที่ปรึกษา
กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย
กรรมการที่ปรึกษา

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

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

นางสาวมยุรี กลับวงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางพรทิพย์ คงสัคย์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 1
นางอัญชลี วัคทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 2
ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางสาวโสธรา ศุกโรจน์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเลขาธิการ
นางดวงตา กุลรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เหรียญกษาปณ์
นางพรเพ็ญ นิลกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกษาปณ์
นางสาวพิมพ์พนา ศรีหมอนันต์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกษาปณ์
ผศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพนิดา รัตนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโตรก	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางเพ็ญลี เสียงโซ่อยู่	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ประธานฝ่ายจัดหาทุน
นางวิภา วิทยกิจขจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นายอัมมา หรั่งลอย	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นางนริศรัตน์ รุจิรพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
นางสาวธัญชนก จิงา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิษฎา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
อ.นิรันดรา นฤพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชูศักดิ์ วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3/2566 ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ผลการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาามหาวิทยาลัย 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา 3) การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย: การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม 4) การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 และ 6) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บทความทุกเรื่องนอกจากมีความน่าสนใจเนื้อหาให้ได้เรียนรู้และต่อยอดต่อไปแล้ว ยังเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชนั้นมีการพัฒนาศาสตร์ของตนเองให้ก้าวหน้า ครอบคลุมบุคคลตลอดช่วงวัย และในฉบับใหม่ของปี 2566 มีการปรับบรรณานุกรมมาเป็น APA version 7 พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯและส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพทั้งนี้ ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯและขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกองบรรณาธิการ ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาเผยแพร่ทำให้เห็นว่าการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นมีการพัฒนาก้าวหน้าในยุคแห่งการเปลี่ยนผ่าน และช่วยให้วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย โรค ปลอดภัยนะคะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

	หน้า
บทความวิจัย	
ผลการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย ณัฐศรียา จักรสมศักดิ์	1 - 14
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา แสงนภา บารมี, ทยาวิรุ์ จันทรวินันท์	15 - 30
การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย: การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม เกษราภรณ์ เคนบุปผา, คุณท์ชลี เพียรทอง, กมลทิพย์ สงวนรัมย์ย์, สุพัตรา สุขาวห	31 - 52
การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ ในการนอนหลับของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ชลพร กองคำ, กาญจนา สุทธิเนียม, อโนทัย แทนสวัสดิ์	53 - 75
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 ศรีัญญา ชาญสุข, สุจิตตา ฤทธิมนตรี	76 - 91
ความเครียด ภาวะซึมเศร้า กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่าง การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สุหทัย โตสังวาลย์, ทยาวิรุ์ จันทรวินันท์	92 - 113

EFFECTS OF EMOTION REGULATION AND LIFE SKILLS PROGRAM ON EMOTIONAL AND SOCIAL INTELLIGENCE OF UNIVERSITY STUDENTS

*Natsariya Chaksomsak, Ph.D.**

Abstract

Objective: To determine the effectiveness of Emotion Regulation and life skills program on emotional and social intelligence of university students. It was measured by the following approaches: 1) Comparing the mean scores of emotional and social intelligences of the students between the experimental group and the controlled group, before and after the experiment. 2) Comparing the mean scores of emotional and social intelligences of the students after experiment between experimental group and controlled group.

Methods: The quasi-experimental study. The sample of this study comprised 60 students where 30 students were in the experimental group, and 30 rest students were in the controlled group. The duration of the program was six weeks. The developed questionnaire was used as a research instrument. Data were analyzed by means, standard deviation, t-test at the statistical significance level of .05.

Results: The Emotion Regulation and life skills program was effective according to the following results. 1) After the experiment, the mean score of emotional and social intelligence of the students in the experimental group was significantly higher than the mean score before the experiment. ($t = -9.53, p < .05$) 2) After the experiment, the mean score of emotional and social intelligence of the students in the experimental group was significantly higher than such mean score of the controlled group. ($t = 10.66, p < .05$).

Conclusion: This developed program is effective and is able to enhance university students' emotional and social intelligence.

Keywords: emotion regulation, life skills, emotional intelligence, social intelligence

*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Education, Udon Thani Rajabhat University, e-mail: natsariya.ch@udru.ac.th

Received: 12 June 2023, Revised: 20 August 2023, Accepted: 29 August 2023

ผลการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย

ณัฐศรียา จักรสมศักดิ์, ค.ด.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดย 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองของนักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม หลังการทดลองระหว่างนักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา : วิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ชั้นปีที่ 1 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ระยะเวลาในการจัดโปรแกรม 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบด้วยสถิติที ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา : โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัยมีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาจาก 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.53, p < .05$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.66, p < .05$)

สรุป : โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและสามารถช่วยให้นักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การกำกับอารมณ์, ทักษะชีวิต, ความฉลาดทางอารมณ์, ความฉลาดทางสังคม

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, e-mail: natsariya.ch@udru.ac.th

วันที่รับ: 12 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข: 20 สิงหาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 29 สิงหาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตจากวัยเด็ก และย่างก้าวไปสู่วุฒิภาวะแห่งการเป็นผู้ใหญ่ จัดเป็นวัยพายุบูแคม (Period of storm and stress) (Steinberg, 2014) ซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนผ่าน ระหว่างวัยเด็กไปสู่กระบวนการพัฒนาความเป็นผู้ใหญ่ทั้งทางร่างกาย การรู้ การเข้าใจ อารมณ์ และ สังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) วัยรุ่นที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองจะเป็นวัยรุ่นที่ไวต่อความรู้สึก มีความกระวนกระวายใจต่อคำพูดที่กล่าวออกไป เป็นช่วงเปลี่ยนวัย ชีวิตทางสังคม อารมณ์ จิตใจ ค่านิยม อุดมคติ ฯลฯ อารมณ์ของวัยรุ่นนั้นจะเปลี่ยนแปลงง่าย อีกทั้งความฉลาดทางอารมณ์ยังเป็นปัจจัยหลักในด้านจิตวิทยาการศึกษาและปัจจัยสำคัญในชีวิตการศึกษาของนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย (Iqbal et al., 2022) และวัยนี้จะให้ความสำคัญต่อการคบเพื่อน ซึ่งการคบเพื่อนร่วมวัยเดียวกันเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่สำคัญอย่างยิ่งต่อจิตใจของวัยรุ่น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) นักศึกษามหาวิทยาลัยนั้นถือว่าเป็นวัยที่กำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและมักประสบภาวะเครียดจากหลากหลายสาเหตุ โดยเฉพาะนักศึกษาที่เริ่มการศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่ต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม เพื่อน และการรับผิดชอบตัวเองที่มากขึ้น นักศึกษาที่มีระดับวุฒิภาวะแตกต่างจากเพื่อน มักจะมีปัญหาในการปรับตัว (Clark, 2016) เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่จะคบเพื่อนที่มีรสนิยมคล้ายคลึงกัน และเริ่มปรับปรุงบุคลิกภาพเลียนแบบผู้ที่ตนยกย่อง ซึ่งสภาพแวดล้อมใหม่จะมีผลต่อ

พัฒนาการทางสังคมของวัยรุ่น (สุชา จันทร์เอม, 2540) นอกจากนี้ นักศึกษาจะต้องเผชิญกับความหลากหลายของบุคคลและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ มักก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันสำหรับนักศึกษาที่เข้าใหม่จำนวนมาก (Lorca et al., 2023; Rahiman et al., 2023) ทั้งนี้ การช่วยเหลือเพื่อให้นักศึกษาสามารถเผชิญปัญหาความเครียดและความกดดัน การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมในการศึกษาระดับอุดมศึกษาได้นั้น คณะอาจารย์ควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง รวมถึงส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงโดยอาจจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมให้กับนักศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการกำกับอารมณ์ที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม พบว่าการกำกับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม ซึ่งสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวทางการเรียน การปรับตัวทางสังคม และลดอาการซึมเศร้าได้ (ณัฐธิดา คุ่มรอด และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560; พรพิมล พรมนัส, 2561; Marashi & Nikmanesh, 2018, Shafait & Huang, 2022) จากการสังเคราะห์ความหมายและองค์ประกอบของการกำกับอารมณ์

สรุปได้ว่า การกำกับอารมณ์ คือ การจัดการกับความรูสึกของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อประสบกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเพื่อแสดงออกต่อเหตุการณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงจัดการกับอารมณ์ที่เกิดในเชิงลบให้เปลี่ยนแปลงเป็นอารมณ์ในเชิงบวก (Gross & Jazaieri, 2014; ณัฐธิดา คุ่มรอด และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา; 2560; Gross, 1998) นอกจากนี้ การส่งเสริมให้นักศึกษาได้เตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงของสังคม สามารถเผชิญปัญหาที่อยู่รอบตัว และปรับตัวกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมได้นั้นควรได้รับการพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลในการปรับตัวและเลือกทางเดินชีวิตที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่อยู่รอบตัวและเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองสุศึกษา, 2542) อีกทั้งยังส่งผลดีต่อสุขภาพจิต สามารถลดความเครียด ภาวะการคิดยาเสพติด การใช้ความรุนแรง และพฤติกรรมแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ และส่งผลให้เกิดการนับถือตนเอง และความผาสุกในชีวิต (Jamali et al., 2016; Moulier et al., 2019)

จากการศึกษาสภาพปัญหาที่นักศึกษามักประสบภาวะความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความเครียด ความกดดันต่าง ๆ รวมถึงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม สามารถกล่าวได้ว่าการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมให้แก่ักศึกษาในปัจจุบันนับเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทาง

สังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมให้นักศึกษา และเป็นแนวทางสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง คณาจารย์ และผู้ที่สนใจนำไปพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

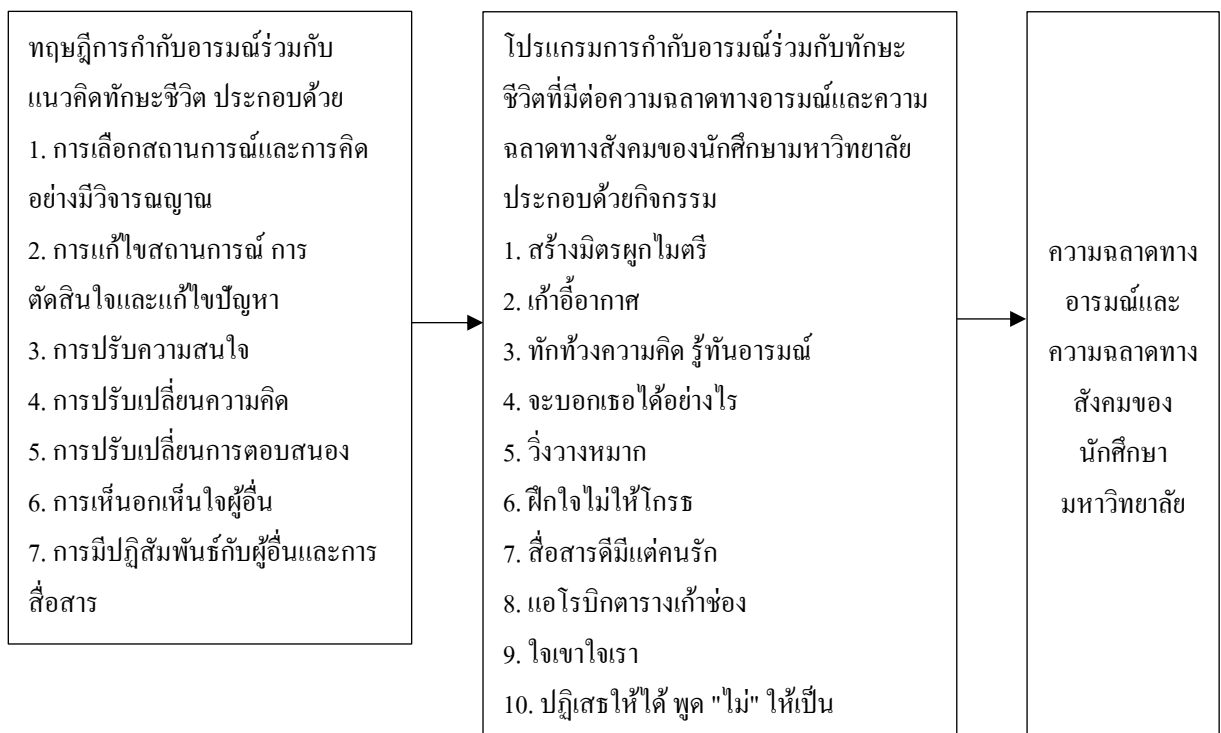
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดย 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองของนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม หลังการทดลองระหว่างนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความฉลาดทางอารมณ์เป็นปัจจัยหลักในด้านจิตวิทยาการศึกษาและปัจจัยสำคัญในชีวิต การศึกษาของนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย (Iqbal et al., 2022) นอกจากนี้ การที่นักศึกษาเผชิญกับความหลากหลายของบุคคลและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ มักก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันสำหรับนักศึกษาที่เข้าใหม่จำนวนมาก (Lorca et al., 2023; Rahiman et al., 2023) ดังนั้นจึงควรมีการช่วยเหลือให้นักศึกษาให้สามารถเผชิญปัญหาความเครียดและความกดดัน รวมถึงส่งเสริมความ

สามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลง โดยอาจจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมให้กับนักศึกษา ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการกำกับอารมณ์มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย จากการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม ได้แก่ ทฤษฎีการกำกับอารมณ์ของ Gross (1998) และแนวคิดทักษะชีวิต ประกอบด้วย 1) การเลือกสถานการณ์และ

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ 2) การแก้ไขสถานการณ์ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา 3) การปรับความสนใจ 4) การปรับเปลี่ยนความคิด 5) การปรับเปลี่ยนการตอบสนอง 6) การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และ 7) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการสื่อสาร นอกจากนี้ จากการศึกษาและกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม ได้องค์ประกอบความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การตระหนักรู้ตนเอง การตระหนักรู้สังคม การสร้างสัมพันธภาพ และการจัดการอารมณ์ตนเอง กรอบแนวคิดการวิจัยปรากฏดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยพิจารณาจาก 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ชั้นปีที่ 1 จำนวน 518,336 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .86 อำนาจการทดสอบที่ระดับ .95 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 60 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยเลือก

มหาวิทยาลัยที่ผู้บริหารและอาจารย์ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้โปรแกรม โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง จากนั้นสุ่มนักศึกษาเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการคัดเลือกนักศึกษาที่มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 60 คน แบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณาการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นนักศึกษาที่มีคะแนนจากแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษา ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา 2) เป็นนักศึกษาที่ไม่ได้อยู่ในระหว่างการรักษาจากแพทย์ 3) เป็นนักศึกษาที่ไม่ได้ใช้ยาในการรักษาอาการทางจิตเวช 4) เป็นนักศึกษาที่มีความสนใจในการเข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) นักศึกษาไม่มีความสนใจในการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมอีกต่อไป 2) นักศึกษาเกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาในการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมโดยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมได้อีก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก (รหัส COA No.006 RMUTTO REC No.004/2564)

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

1) โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย และ 2) แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษา ซึ่งมีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือดังนี้

1) โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 10 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60 นาที ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างมิตรผูกไมตรี ดำเนินกิจกรรมโดยการเล่นเกมนันทนาการ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้นักศึกษามีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

กิจกรรมที่ 2 แก้อาการสับสน โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม ร่วมระดมสมอง แก้ไขปัญหา และการทำงานเป็นทีม

กิจกรรมที่ 3 ทักท้วงความคิด รู้ทันอารมณ์ ให้นักศึกษาทำใบงานเกี่ยวกับการรับรู้อารมณ์ตนเอง และร่วมกันอภิปรายถึงผลกระทบจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากการแสดงอารมณ์ และเสนอแนะวิธีการจัดการอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์

กิจกรรมที่ 4 จะบอกเธอได้อย่างไร ให้นักศึกษาทำใบงานเกี่ยวกับการแสดงออกต่อผู้อื่น และแสดงบทบาทสมมติ

กิจกรรมที่ 5 วังวาทมาก จัดกิจกรรมเกมนันทนาการ ให้นักศึกษารู้วิธีการจัดการอารมณ์

ความเครียดอย่างเหมาะสม และมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

กิจกรรมที่ 6 ฝึกใจไม่ให้โกรธ ให้นักศึกษาร่วมกันอภิปรายถึงเหตุการณ์ที่รู้สึกโกรธหรือโมโห และวิเคราะห์สาเหตุ นำเสนอวิธีการจัดการอารมณ์ และการแสดงออกพฤติกรรมตอบโต้ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 7 สื่อสารดีมีแต่คนรัก ให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการพูด การสื่อสารที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น และร่วมกันเสนอวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี

กิจกรรมที่ 8 แอโรบิกตารางเก้าช่อง เป็นกิจกรรมเดินแอโรบิกในตารางเก้าช่อง ให้นักศึกษาได้รู้จักวิธีการจัดการความเครียด การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน

กิจกรรมที่ 9 ใจเขาใจเรา ให้นักศึกษาดูวิดีโอเกี่ยวกับการเข้าใจผู้อื่น การเห็นอกเห็นใจ และร่วมกันวิจารณ์เกี่ยวกับแง่คิดที่ได้

กิจกรรมที่ 10 ปฏิเสธให้ได้ พุด "ไม่" ให้เป็น จัดกิจกรรมโดยให้นักศึกษาแบ่งกลุ่มร่วมกันทำใบงานเกี่ยวกับการปฏิเสธเพื่อรักษาสัมพันธภาพ และแสดงบทบาทสมมติ

จากนั้นนำไปตรวจพิจารณาความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ย เท่ากับ 0.94 ผลการพิจารณาความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรมกิจกรรม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ย เท่ากับ 1.00 ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกกิจกรรมที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (Rovinelli & Hambleton, 1977)

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษา ประกอบด้วยองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม 4 ด้าน คือ การตระหนักรู้ตนเอง การตระหนักรู้สังคม การมีสัมพันธภาพ และการจัดการอารมณ์ตนเอง โดยกำหนดวิธีการและเกณฑ์การให้คะแนนประยุกต์ตามวิธีของ Clark (2005) เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด คำถามเชิงบวกให้คะแนน 1 - 4 ตามลำดับ คำถามเชิงลบให้คะแนน 4 - 1 ตามลำดับ และเกณฑ์การแปลผลคะแนน 3.56 ขึ้นไป หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.00 - 3.55 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.45 - 2.99 หมายถึง ระดับน้อย คะแนน น้อยกว่า 2.45 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพิจารณาจากความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามที่ต้องการ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (Rovinelli & Hambleton, 1977) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.99 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.95 ต่อมานำไปหาค่าอำนาจจำแนก (Item-total Correlation) ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0.48 - 0.84 ได้ข้อ

คำถามที่มีคุณภาพ จำนวน 40 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการขอความอนุเคราะห์ผู้บริหารมหาวิทยาลัยและติดต่อฝ่ายวิชาการ อาจารย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การวัดและการประเมินผล และกำหนดตารางเวลาการใช้โปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการ และการยินยอมในการเข้าร่วมการทดลองให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรทดลองเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนรู้และการใช้ชีวิตประจำวัน ในกรณีกลุ่มตัวอย่างอายุไม่ถึง 19 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อน ทำการประเมินความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มดำเนินการตามโปรแกรม (pre-test) นำผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบ โดยทดสอบค่าที (t-test) ดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย หลังเลิกเรียน สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การอภิปราย สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบรรยาย กรณีศึกษา ระดมสมอง บทบาทสมมุติ และเกม นันทนาการ ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการจัดโปรแกรม หลังจากดำเนินการตามโปรแกรม ทำการประเมินความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมโดยการทดสอบค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็น

นักศึกษาชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีอายุ 19 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00

กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เช่นกัน ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 มีอายุ 19 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ปรากฏดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะการทดลอง	Mean	SD	MAX	MIN	Sk	Ku
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	2.70	0.35	3.40	2.20	-0.18	-1.07
	หลังการทดลอง	3.43	0.18	3.80	2.95	0.11	1.49
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	2.72	0.27	3.18	2.30	-0.40	-0.97
	หลังการทดลอง	2.79	0.28	3.63	2.23	0.45	1.86

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมในนักศึกษาในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อพิจารณาการกระจายข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองข้อมูลส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยและข้อมูลมีลักษณะกระจายมาก และหลังการทดลองมีการกระจายของข้อมูลน้อย ส่วนกลุ่ม

ควบคุม ก่อนทดลองข้อมูลส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย และหลังการทดลองมีการกระจายของข้อมูลน้อย

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาในกลุ่มทดลองและนักศึกษาในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ปรากฏดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษากลุ่มทดลองและนักศึกษากลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
		Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	30	2.70	0.35	3.43	0.18	-9.53	.00*
กลุ่มควบคุม	30	2.72	0.27	2.79	0.28	0.90	.38

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษากลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมเท่ากับ 2.70 คะแนน หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 คะแนน ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษากลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและ

หลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม เท่ากับ 2.72 คะแนน หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม เท่ากับ 2.79 คะแนน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษากลุ่มทดลองและนักศึกษากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง ปรากฏดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษากลุ่มทดลองและนักศึกษากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

	n	หลังการทดลอง		t	p
		Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	30	3.43	0.18	10.66	.00*
กลุ่มควบคุม	30	2.79	0.28		

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมสูงกว่า นักศึกษากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษากลุ่มทดลองในระบะหลังการทดลอง เท่ากับ 3.43 และ นักศึกษากลุ่มควบคุม เท่ากับ 2.79

การอภิปรายผล

จากสมมติฐาน โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยพิจารณาจาก 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคม หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถนำมาอภิปรายได้ในประเด็น ดังนี้

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง การตระหนักรู้สังคม การมีสัมพันธภาพ และการจัดการอารมณ์ตนเอง การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมในด้านการตระหนักรู้ตนเอง มีการจัดกิจกรรมทบทวนความคิด รู้ทันอารมณ์

กิจกรรมจะบอกเธอได้อย่างไร กิจกรรมฝึกใจไม่ให้โกรธ และกิจกรรมใจเขาใจเรา เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาได้รับรู้และเข้าใจอารมณ์ต่าง ๆ ของตนเอง สามารถอธิบายถึงสาเหตุและผลของอารมณ์ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม ข้อดีและข้อเสียของตนเอง อาจส่งผลให้นักศึกษาได้เข้าใจความรู้สึกของตนตามความเป็นจริง และจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Gross & Jazaieri (2014) กล่าวว่า การรู้สีกตัวหรือการมีสติอยู่กับตัวเองอยู่เสมอจะสามารถช่วยในการเลือกวิธีการจัดการกับอารมณ์ได้ดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของพรพิมล พรมนัส (2561) พบว่า โปรแกรมการกำกับอารมณ์ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมรู้ตนรู้ทาง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถทางอารมณ์และสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมนี้ยังมุ่งเน้นส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมในด้านการตระหนักรู้สังคม ดังเช่นกิจกรรมเก้าอี้อากาศ ใจเขาใจเรา กิจกรรมจะบอกเธอได้อย่างไร และกิจกรรมวิ่งวงหมากรุก เป็นกรกิจกรรมที่นักศึกษาได้อธิบายถึงสาเหตุและผลของอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่น เข้าใจและยอมรับถึงความเหมือนและความต่างของบุคคล รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นและการเคารพผู้อื่น อาจช่วยให้นักศึกษาได้แสดงออกถึงการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสมในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสังคมได้ สอดคล้องกับ Goleman (1995) กล่าวว่า ีว่า การรู้และเข้าใจ

อารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นและสามารถแสดงอารมณ์ตนเองตอบสนองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะกับคนที่ต้องเกี่ยวข้องกับสัมผัสด้วย จะช่วยให้สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ดีและมีความสุขมากขึ้น นอกจากนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Moulier et al. (2019) พบว่า โปรแกรมการป้องกันโดยยึดหลักทักษะชีวิต ซึ่งมีการจัดกิจกรรมการอภิปรายเรื่องการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ส่งผลให้คะแนนการนับถือตนเอง ความผาสุก และด้านอารมณ์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการมีสัมพันธภาพของโปรแกรมนี้ ซึ่งเน้นการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม สัมผัสได้แก่ กิจกรรมสร้างมิตรผูกไมตรี กิจกรรมเก้าอี้อากาศ กิจกรรมจะบอกเธอได้อย่างไร กิจกรรมวิ่งวางหมาก กิจกรรมสื่อสารดีมีแต่คนรัก กิจกรรมแอโรบิกตารางเก้าช่อง และกิจกรรมปฏิเสธให้ได้พูด "ไม่" ให้เป็น น่าจะเป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล การใช้คำพูดที่เหมาะสม การทำงานเป็นทีม รวมทั้งสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Raimundo et al. (2013) ได้กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีเมื่ออยู่ร่วมกันกับผู้อื่น และสามารถแสดงออกด้วยภาษาที่เหมาะสมทั้งด้านคำพูดและการแสดงพฤติกรรมภายนอก และสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐธิดา คุ้มรอด และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2560) พบว่า โปรแกรมการกำกับอารมณ์ที่มีการจัดกิจกรรมการสร้าง

สัมพันธภาพและความไว้วางใจ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการจัดการอารมณ์ตนเอง ดังเช่น กิจกรรมทักท้วงความคิด กิจกรรมรู้ทันอารมณ์ กิจกรรมฝึกใจไม่ให้โกรธ กิจกรรมเก้าอี้อากาศ กิจกรรมจะบอกเธอได้อย่างไร กิจกรรมวิ่งวางหมาก และกิจกรรมแอโรบิกตารางเก้าช่อง น่าจะเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ นักศึกษาสามารถจัดการความเครียด สามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังที่ Raimundo et al. (2013) ได้กล่าวว่า การจัดการกับอารมณ์ตนเองเป็นการรับรู้และควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ทั้งในการลดพฤติกรรมทางลบและส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Marashi & Nikmanesh (2018) พบว่า โปรแกรมการฝึกควบคุมอารมณ์ด้วยวิธีคิดเชิงบวก ซึ่งมีกิจกรรมการสอนให้รู้จักอารมณ์ด้านลบและผลกระทบของการเกิดอารมณ์ด้านลบ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในเด็กที่ป่วยด้วยมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมแก่นักศึกษา โดยมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและเน้นการมีส่วนร่วม อาทิ กิจกรรม

กลุ่มสัมพันธ์ ใบบาง กรณีศึกษา บทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม และเกมนันทนาการ สามารถส่งเสริม นักศึกษาได้รู้จักคิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง รับฟังความคิดเห็นของเพื่อน มีความกล้าแสดงออก และรู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ซึ่งอาจารย์ บุคลากรในมหาวิทยาลัยหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำไปปรับใช้ในการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมให้แก่ นักศึกษาต่อไป

1.2 การใช้สื่อที่วิดีโอ ภาพเคลื่อนไหว สามารถกระตุ้นให้นักศึกษามีความสนใจในการทำกิจกรรมมากขึ้น รวมถึงการจัดกิจกรรมโดยใช้เกมนันทนาการและการออกกำลังกาย ทุกคนสามารถมีส่วนร่วมกับการกิจกรรม มีการแข่งขันกันในแต่ละทีม ทำให้นักศึกษาเกิดความสุขสนุกสนานท้าทาย และมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมได้เป็นอย่างดี

2. ข้อเสนอในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยในเรื่องผลการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมโดยแยกตามเพศ ตามวัย หรือระดับชั้น การศึกษา

2.2 ควรมีการติดตามผลความคงทนของพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้โปรแกรมที่พัฒนามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา.
- ณัฐธิน คุ่มรอด และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของ โปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 37(2), 136-152.
- พรพิมล พรหมนัส. (2561). ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อ ความสามารถทางอารมณ์และสังคมของเด็กที่มาจาก ครอบครัวหย่าร้าง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: วัยรุ่น - วัยสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 9). สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2550). การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น. เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). จำนวนนักเรียน นิสิต นักศึกษาในระบบโรงเรียน ในสถานศึกษาของรัฐบาลและ เอกชน จำแนกตามระดับการศึกษา และชั้น ปีการศึกษา 2560 – 2564. <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/03.aspx>
- สุชา จันทรเอน. (2540). วัยรุ่น. อักษรบัณฑิต.
- Clark, A. E. (2016). *SWB as a Measure of Individual Well-Being*. Oxford University Press.
- Clark, C. K. (2005). *Percentile* (Vol. 3). John Wiley.
- Goleman, D. (1995) *Emotional intelligence: why it can matter more than IQ*. Bantam Books.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401.

- Iqbal, J., Asghar, M. Z., Ashraf, M. A., & Yi, X. (2022). The Impacts of Emotional Intelligence on Students' Study Habits in Blended Learning Environments: The Mediating Role of Cognitive Engagement during COVID-19. *Behavioral Sciences*, 12(1):14.
- Jamali, S., Sabokdast, S., Nia H. S., Goudarzian, A. H., Beik, S., & Allen K. (2016). The Effect of Life Skills Training on Mental Health of Iranian Middle School Students: A Preliminary Study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 11(4), 269-272.
- Lorca, M. M., Zabala-Baños, M. C., Calvo, S. M., Martínez-Lorca, A., & Romo, R. A. (2023). Assessing emotional, empathic and coping skills in Spanish undergraduates in Health Sciences and Social Sciences. *Retos*, 47, 126–137.
- Marashi, F., & Nikmanesh, Z. (2018). The effectiveness of emotion regulation training with a positive thinking approach in quality of life and Its dimensions among children with cancer. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 7(1), 1-7.
- Moulier, V., Guinet, H., Kovacevic, Z., Bel-Abbass, Z., Benamara, Y., Zil, N., et al. (2019). Effects of a life-skills-based prevention program on self-esteem and risk behaviors in adolescents: a pilot study. *BMC Psychology*, 7(82), 1-10.
- Rahiman, H. U., Panakaje, N., Kulal, A., Harinakshi, Parvin, S. M. R. (2023). Perceived academic stress during a pandemic: Mediating role of coping strategies. *Heliyon*, 9(6): e16594.
- Raimundo, R., Marques-Pinto, A., Lima, M. L. (2013). The Effects of a Social-Emotional Learning Program on Elementary School Children: The Role of Pupils' Characteristics. *Psychology in the Schools*, 50(2), 165-180.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Shafait, Z., & Huang, J. (2022). Nexus of Emotional Intelligence and Learning Outcomes: A Cross-Country Study of China and Pakistan Higher Educational Institutes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23): 16215.
- Steinberg, L. (2014). *Adolescence (10th ed.)*. Trans-Theoretical Model. McGraw-Hill.

THE FACTOR RELATED TO STRESS OF ONLINE LEARNING DUE TO THE COVID-19 SITUATION AMONG GRADE 12 STUDENT IN NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

*Sangnapa Baramee, M.N.S. *, Tayawee Juntarawiwat, M.N.S. ***

Abstract

Objective: To study the factors related to the stress of online learning from the situation of COVID-19 in Grade 12 student at a school in Nakhon Ratchasima province.

Methods: The purpose of this correlation descriptive research. The sample consisted of 290 high school students has obtained from an online questionnaire, it consists in 4 parts as follows: personal factors, factors support environmental factors while studying in part of the obstacle in communication, the stress of online learning, and a stress measurement (SPST - 20) from Department of Mental Health Data were analyzed with a program, statistics were used to analyze the data by determining the frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Correlation.

Results: These Factors were significantly related to stress of online learning such as gender, personal, and family status. About supporting factors is an academic environment classified in noise, thermal, and the communication breakdown classified in latency data transmission, stability of the signal or the internet of the network. Statistically significant at .01, but Grade Point Average (GPA), location of the house, types of the housing, the expense of service internet, and the equipment that used in online learning were not related to stress of online leaning. most of students got severe stress (45.9%).

Conclusion: Environmental and communication barriers in an online class were factor related to stress of online learning.

Keywords: online learning, stress, COVID-19, Grade 12 students

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, e-mail: sangnapa@knc.ac.th*

***Lecturer, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima*

Received: 28 May 2023, Revised: 13 October 2023, Accepted: 20 October 2023

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์ โควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา

แสงนา บารมี, พย.ม.*, ทยาวิร์ จันทรวีวัฒน์, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 290 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามออนไลน์ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน ความเครียดในการเรียนออนไลน์ และแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา : ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศและด้านสถานภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยสนับสนุนได้แก่ สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ จำแนกเป็น ด้านเสียง ด้านความร้อน และอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์จำแนกเป็น ความล่าช้าของการรับส่งข้อมูลและความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นักเรียนส่วนมากมีความเครียดในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 45.9

สรุป : สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์และอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์

คำสำคัญ : การเรียนออนไลน์, ความเครียด, โควิด 19, นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, e-mail: sangnapa@knc.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วันที่รับ: 28 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 23 ตุลาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 20 ตุลาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

แนวโน้มการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยมีความรุนแรงและเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลจึงประกาศใช้พระราชกำหนด (พ.ร.ก.) การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน และมีมาตรการการปิดเมือง (lockdown) ในหลายพื้นที่ พร้อมกับให้ทุกคนเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และกักตัวเอง (self-quarantine) กระทรวงศึกษาธิการได้ออกประกาศปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนโดยมีแนวทางการปฏิบัติ คือ โรงเรียนหรือสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด (สีแดงเข้ม) งดการจัดการเรียนการสอนที่โรงเรียน ให้จัดการเรียนการสอนเฉพาะรูปแบบการจัดการศึกษาทางไกล (On Air, Online, On Demand, On Hand ผ่านทางไปรษณีย์) เท่านั้น (กระทรวงศึกษาธิการ, 2565) ซึ่งจังหวัดนครราชสีมา จัดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดตามประกาศของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรงเรียนสุรนารีวิทยา จังหวัดนครราชสีมา จึงได้ออกประกาศเรื่องการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อให้สอดคล้องกับกับมาตรการจังหวัดนครราชสีมา ให้นักเรียนทุกระดับชั้น เรียนออนไลน์ที่บ้าน โดยให้ครูจัดการเรียนการสอนผ่านโปรแกรมออนไลน์ เช่น Microsoft team, Google meet, Zoom เป็นต้น (โรงเรียนสุรนารีวิทยา, 2564)

งานแนะแนวโรงเรียนสุรนารีวิทยา จังหวัดนครราชสีมา มีการสำรวจสุขภาพจิต

นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ภาคการศึกษาที่ 1 ที่เรียนออนไลน์ พบว่ามีภาวะเครียดจากการเรียนออนไลน์ เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับวิธีการเรียนผ่านการใช้แพลตฟอร์ม (Platform) ที่พักอาศัยไม่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนไม่พร้อม สัญญาณอินเทอร์เน็ตที่บ้านไม่แรง หลุดง่าย ส่งงานแล้วอาจารย์ไม่ได้รับ เป็นต้น (โรงเรียนสุรนารีวิทยา, 2564)

ความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในเรื่องไม่เข้าใจเนื้อหาที่เรียน กลัวเรียนไม่ทัน กังวลคะแนนจะลดลง ในระดับชั้นที่ต้องเปลี่ยนสถาบันการศึกษาและสอบเข้ามหาวิทยาลัยก็จะยิ่งเพิ่มภาวะความเครียดให้มากขึ้น สภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่เอื้ออำนวยให้มีพื้นที่ส่วนตัวในการเรียนออนไลน์ รวมถึงปัญหาเรื่องอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ที่เป็นอุปสรรค มีปัญหาเรื่องคุณภาพการสื่อสาร สัญญาณอินเทอร์เน็ต หรือแม้แต่เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเรียนออนไลน์ไม่พร้อม อาจเป็นอุปสรรคได้เช่นกัน (กรมสุขภาพจิต, 2564)

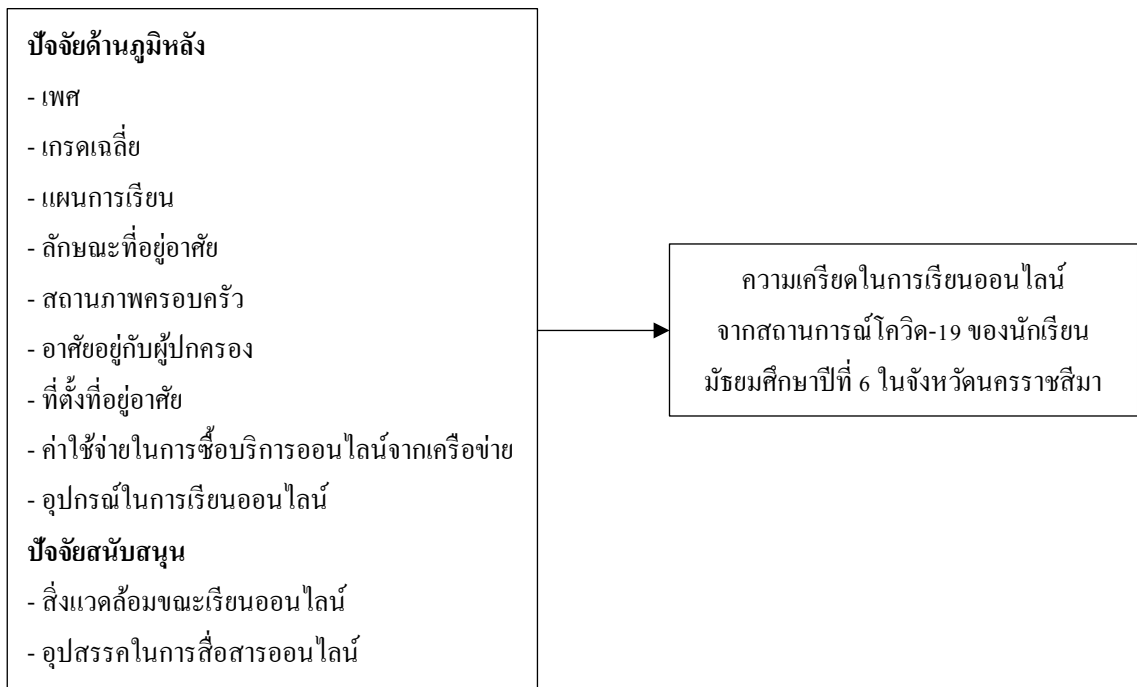
จากเหตุผลและปัญหาเกี่ยวกับความเครียดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ และศึกษาระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการป้องกันหรือลดความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเรียนออนไลน์และเพื่อเป็นแนวทางสำหรับสถานศึกษาใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน เพื่อลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Lazarus & Folkman (1984) อ้างถึงในภุริทัต ศรีมติ (2561) กล่าวว่า องค์ประกอบ ของความเครียดเกิดจาก เหตุการณ์ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดได้แก่ปัจจัยด้านภูมิหลังและปัจจัย สันับสนุนดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. จากสถานการณ์โควิด-19 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา มีความเครียด

ในการเรียนออนไลน์

2. จากสถานการณ์โควิด-19 ปัจจัยด้านภูมิหลัง และปัจจัยสนับสนุน ของนักเรียนมัธยมศึกษา

ปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์

3. จากสถานการณ์โควิด-19 นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา มีความเครียดหลายระดับแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาของรัฐแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ปีการศึกษา 2564 จำนวน 720 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เลือกระดับชั้นของจำนวนประชากร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรของยามานะ (Yamane, 1973) โดยใช้ $e = 0.05$ ขนาดของความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 257 คน และป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (drop-out rate) อีก 33 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 290 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2564
2. สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ
3. สามารถใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์ Smart phone ,Tablet และ iPad ระบบปฏิบัติการ Android และ IOS และมีความสามารถใช้

แอปพลิเคชันไลน์

4. มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ตลอดจนช่วงระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ไม่สามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลได้จนจบกระบวนการ
3. ได้รับผลกระทบต่อจิตใจหรือชีวิตด้านอื่น ๆ

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2021-072 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา เพื่อขออนุญาต ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเข้าพบครูแนะแนวที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงเรียน และเข้าร่วมกลุ่มไลน์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอน ประโยชน์ของการวิจัย และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในรูปแบบ Google form โดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง หากต้องการออกจากกรวิจัยสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาหรือมีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น โดยในการ

เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือส่วนที่ 2 - 3 ได้นำมาจากการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติเป็นแบบสอบถามออนไลน์เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ จากสถานการณ์โควิด COVID-19 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1974) ได้พบว่าแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 4 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

แบบสอบถามส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านภูมิหลัง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ เกรดเฉลี่ย แผนการเรียน ลักษณะที่อยู่อาศัย สถานภาพครอบครัว อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่ตั้งของอยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จากเครือข่าย อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์

แบบสอบถามส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ ประกอบด้วย เสียงและความร้อน ด้านอุปสรรค

ของการสื่อสาร ประกอบด้วย ความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล และความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย

แบบสอบถามส่วนที่ 3 ความเครียดในการเรียนออนไลน์ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดในการเรียนออนไลน์ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ปวดศีรษะ รู้สึกเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้น ไม่มีสมาธิ ไม่มีความสุข ไม่สบายใจเมื่อต้องส่งงานทางออนไลน์ กังวลใจ เบื่อหน่ายเมื่อมีการเรียนออนไลน์ รู้สึกว่าการเรียนออนไลน์เป็นปัญหา ไม่อยากเรียนออนไลน์

เกณฑ์การให้คะแนน คือ มาก เท่ากับ 4 คะแนน ก่อนข้างมาก 3 คะแนน ก่อนข้างน้อย 2 คะแนน และน้อย 1 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลจากผลค่าเฉลี่ย คือ

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.99 หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.00 - 2.99 หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.00 - 4.00 หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมาก

แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด (SPST - 20) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยนายสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ 0.85 โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนให้ประเมินตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยค่าคะแนนยิ่งสูง ยิ่งแสดงว่าปัจจัยนั้นก่อให้เกิดความเครียดมาก โดยแบ่งระดับความเครียดเป็นดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2564)

ออนไลน์

6. คณะผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และขออนุญาตออกจากกลุ่มไลน์ คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาสรุปและวิเคราะห์ตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยการหาความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและความเครียดในการเรียนออนไลน์โดยการหาค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน กับระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 290 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 287 คน (ร้อยละ 99) มีเกรดเฉลี่ยมากกว่า 3.00 จำนวน 222 คน (ร้อยละ 76.6) แผนการเรียนสายศิลป์ จำนวน 141 คน (ร้อยละ 48.6) มีที่อยู่อาศัยในเขตเมือง จำนวน 220 คน (ร้อยละ 75.9) ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็น บ้านเดี่ยว จำนวน 265 คน (ร้อยละ 91.4) สถานภาพครอบครัวบิดามารดาอยู่ด้วยกัน จำนวน 197 คน (ร้อยละ 67.9) อาศัยอยู่กับ

บิดามารดา จำนวน 255 คน (ร้อยละ 87.9) มีค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จาก เครือข่ายอยู่ระหว่าง 399 - 699 บาท เดือน จำนวน 140 คน (ร้อยละ 48.3) มีการใช้อุปกรณ์ ในการเรียนออนไลน์เป็นสมาร์ตโฟน (smart phone) จำนวน 271 คน (ร้อยละ 40.3)

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์ COVID-19 ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา ในภาพรวมพบว่า เสียหามีค่าเฉลี่ย (mean = 3.37, S.D. = .68) มากกว่าความร้อน (mean = 3.19, S.D. = .88) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมาก ยกเว้นข้อ “ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่องเมื่อมีเสียงฟ้าร้อง” และ “ถ้าอากาศร้อนเป็นอุปสรรคในการเรียนออนไลน์” อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์

ในภาพรวมปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมาก โดยพบว่าด้านอุปสรรคของการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยมากกว่า (mean = 3.21, S.D. = 0.65) ด้านสิ่งแวดล้อม (mean = 3.06, S.D. = 0.63)

จากตารางที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนด้านอุปสรรคของการสื่อสารที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ ในภาพรวม พบว่าความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่ายมีค่าเฉลี่ย (mean = 3.32, S.D. = 0.86) มากกว่าความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล (mean = 3.08, S.D. = 0.94) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมาก ยกเว้น

“ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลว่าอินเทอร์เน็ตจะหลุดเมื่อส่งงานทางออนไลน์” และ “ข้าพเจ้าไม่สบายใจเมื่อส่งงานแล้วไม่มีการตอบรับจากผู้สอน” อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ระดับความเครียด

ระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ จากสถานการณ์ COVID-19 ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความเครียดระดับรุนแรง จำนวน 133 คน (ร้อยละ 45.9)

รองลงมา คือ เครียดระดับสูง จำนวน 102 คน (ร้อยละ 35.2) และความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 53 คน (ร้อยละ 18.3)

จากตารางที่ 3 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อยู่ในระดับมาก ($\text{mean} = 3.07, \text{S.D.} = .82$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมาก ยกเว้น “ข้าพเจ้าไม่มีสมาธิในการเรียนออนไลน์” “ข้าพเจ้าไม่มีความสุขจากการเรียนออนไลน์” และ “ข้าพเจ้ากังวลใจในการเรียนออนไลน์” อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 ปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม ในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์ COVID-19 ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ($n = 290$)

ปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม	Mean	S.D.	อันดับ	แปลผล
<u>เสียง</u>				
1. ข้าพเจ้าเสียสมาธิในการเรียนออนไลน์เมื่อมีเสียงรบกวน	3.37	.68	1	มาก
2. เสียงรบกวนขณะเรียนออนไลน์ทำให้ข้าพเจ้าไม่เข้าใจเนื้อหาที่เรียน	3.34	.74	2	มาก
3. เสียงรบกวนขณะเรียนออนไลน์ทำให้ผลการเรียนรู้ของข้าพเจ้าแย่ลง	3.08	.88	5	มาก
4. ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่องเมื่อมีเสียงฟ้าร้อง	2.63	1.09	8	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวมด้านเสียง	3.12			
<u>ความร้อน</u>				
5. ถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้าไม่มีสมาธิในการเรียนออนไลน์	3.19	.88	3	มาก
6. ถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้าไม่อยากเรียนออนไลน์	3.18	.93	4	มาก
7. ถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่อง	2.82	1.02	7	มาก
8. ถ้าอากาศร้อนเป็นอุปสรรคในการเรียนออนไลน์	2.89	1.03	6	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวมด้านความร้อน	3.02			
รวม	3.06	.63		มาก

ตารางที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนด้านอุปสรรคของการสื่อสาร ในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์ covid-19 ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา (n = 290)

ปัจจัยสนับสนุนด้านอุปสรรคของการสื่อสาร	Mean	S.D.	อันดับ	แปลผล
<u>ความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล</u>				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลว่าอินเทอร์เน็ตจะหลุดเมื่อส่งงานทางออนไลน์	2.85	.99	7	ปานกลาง
10. ข้าพเจ้าไม่สบายใจเมื่อส่งงานแล้วไม่มีการตอบรับจากผู้สอน	2.94	1.02	6	ปานกลาง
11. ข้าพเจ้าเบื่อหน่ายเมื่ออินเทอร์เน็ตล่าช้าขณะส่งงาน	3.46	.80	3	มาก
เฉลี่ยโดยรวมความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล	3.08	0.94		
<u>ความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย</u>				
12. ข้าพเจ้าเบื่อหน่ายเมื่ออินเทอร์เน็ตหลุดขณะส่งงาน	3.51	.82	2	มาก
13. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเมื่อภาพหรือสไลด์ไม่ตรงกับเสียงของผู้สอน	3.00	.96	5	มาก
14. ข้าพเจ้ากังวลเมื่อคำสอนขาดหายเป็นช่วงๆถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่อง	3.21	0.86	4	มาก
15. ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่องเมื่ออินเทอร์เน็ตไม่เสถียรขณะเรียนออนไลน์	3.54	0.74	1	มาก
เฉลี่ยโดยรวมความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย	3.32	0.86		
รวม	3.21	.65		มาก

ตารางที่ 3 ความเครียดในการเรียนออนไลน์ (n = 290)

ความเครียดในการเรียนออนไลน์	Mean	S.D.	อันดับ	แปลผล
1. ข้าพเจ้าปวดศีรษะเมื่อเรียนออนไลน์	3.12	1.09	6	มาก
2. การเรียนออนไลน์ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อ อาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้น	3.42	1.19	4	มาก
3. ข้าพเจ้าไม่มีสมาธิในการเรียนออนไลน์	2.24	1.25	9	ปานกลาง
4. ข้าพเจ้าไม่มีความสุขจากการเรียนออนไลน์	2.46	1.14	7	ปานกลาง
5. ข้าพเจ้าไม่สบายใจเมื่อต้องส่งงานทางออนไลน์	3.13	1.31	5	มาก
6. ข้าพเจ้ากังวลใจในการเรียนออนไลน์	2.42	1.27	8	ปานกลาง
7. ข้าพเจ้าเบื่อหน่ายเมื่อมีการเรียนออนไลน์	3.49	1.35	2	มาก
8. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการศึกษาออนไลน์เป็นปัญหาของข้าพเจ้า	3.45	1.30	3	มาก
9. ข้าพเจ้าไม่ชอบเรียนออนไลน์	3.90	1.23	1	มาก
รวม	3.07	.82		มาก

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับความเครียดในการเรียนออนไลน์ (n = 290)

ตัวแปร	r	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	0.12**	0.03
เกรดเฉลี่ย	- 0.81	1.67
แผนการเรียน	0.10	0.07
ที่ตั้งของที่อยู่อาศัย	0.05	0.34
ลักษณะที่อยู่อาศัย	0.09	0.09
สถานภาพครอบครัว	0.15**	0.00
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ	0.03	0.58
ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จากเครือข่าย	0.01	0.75
อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์	0.03	0.54
ปัจจัยสนับสนุน		
สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านเสียง	0.33**	0.00
สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านความร้อน	0.27**	0.00
อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล	0.38**	0.00
อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ต	0.42**	0.00
ของเครือข่าย		

** $p < 0.01$

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์ COVID-19 ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .15, p < .01$) รองลงมา คือปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ($r = .12, p < .01$) ปัจจัยสนับสนุน ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้แก่ อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ต อุปสรรค

ของการสื่อสารออนไลน์ด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล และสิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านเสียง ความสัมพันธ์ระดับ ระดับต่ำ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านความร้อน

การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพครอบครัวและเพศ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ และเกรดเฉลี่ย แผนการเรียนที่ตั้งของที่อยู่อาศัย ลักษณะที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการออนไลน์จากเครือข่ายต่าง ๆ และอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์

สถานภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อาจเนื่องมาจากสถานภาพครอบครัวที่แตกต่างกัน ครอบครัวที่มีความพร้อมด้านต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์การเรียน ค่าอินเทอร์เน็ต การดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง ครอบครัวที่มีความพร้อมด้านต่าง ๆ ก็สามารถดูแลเด็กได้ดี ส่วนครอบครัวที่ไม่มีความพร้อมก็ไม่สามารถดูแลเด็กได้ครบตามความต้องการของเด็ก อาจทำให้เด็กเกิดความเครียดได้เช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัย กัญทิรา เตชะบรรเกียรติ (2561) กล่าวว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียด โดยพบว่าสถานภาพสมรสของบิดา มารดาหม้าย หย่าร้าง แยกทาง มีความเครียดสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพสมรสของบิดา มารดาอยู่ด้วยกัน ลักษณะครอบครัวที่ประกอบไปด้วยบิดามารดาที่อาศัยอยู่ร่วมกันทำให้บรรยากาศในครอบครัวมีความรักความอบอุ่น การขาดความสนใจของผู้ปกครอง ผู้ปกครองมีความขัดแย้งกันนั้นส่งผลให้มีระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งต่างจากครอบครัวที่บิดามารดาหย่าร้าง หรือที่ต้องสูญเสียบิดา หรือมารดาไป เหล่านี้ส่งผลต่อสภาพจิตใจ รวมทั้งการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ความรู้สึกกดดันจากการเรียน การสอบ

ออนไลน์ จนก่อให้เกิดความเครียดได้

อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ เด็กที่อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่เป็นบิดามารดาจะมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (family relationship) ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กในทุก ๆ ด้าน สอดคล้องกับงานวิจัย นิธิสนี รุจิรังสีเจริญ (2564) กล่าวว่า การที่วัยรุ่นแต่ละคนมีความสามารถทางสังคมหรือเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้แตกต่างกันนั้น ย่อมมาจากพื้นฐานสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่แตกต่างกัน เพราะ หากมีการทำหน้าที่ของครอบครัว (family functioning) อย่างเหมาะสมจะเสริมสร้างให้เด็กวัยรุ่นเกิดความเข้มแข็งมั่นคงทางจิตใจเมื่อเผชิญกับสภาพสังคมภายนอกครอบครัว มีทักษะการตัดสินใจแก้ปัญหาได้เหมาะสม และป้องกันการเกิดความกดดัน ลดความวิตกกังวล บรรเทาการเกิดความเครียดให้น้อยลง

เพศ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการสอนอย่างกะทันหัน จากการเรียนแบบปกติในห้องเรียนเป็นแบบออนไลน์ ทำให้ปรับตัวไม่ทัน ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่จะมีความอ่อนไหวและวิตกกังวล สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญทิรา เตชะบรรเกียรติ (2561) ได้ศึกษาความเครียดด้านการเรียนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน โดยพบว่านักเรียนหญิงมีความเครียดด้านการเรียนสูงกว่านักเรียนชายโดยผู้วิจัย เห็นว่า เพศหญิงเป็นเพศที่มีอารมณ์อ่อนไหวที่มีความรอบคอบและมีความรับผิดชอบสูงกว่าเพศชาย

เกรดเฉลี่ยและแผนการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอาจเนื่องจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 พบว่า ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยในระดับ 3.00 ขึ้นไป ซึ่งมีผลการเรียนอยู่ในระดับที่ดีไม่มีปัญหาด้านการเรียน และการเรียนออนไลน์นั้นกระทรวงศึกษาธิการได้ลดตัวชี้วัดในการเรียนรู้ลงจากการเรียนการสอนในช่วงเวลาปกติ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนการวัดและประเมินผล ให้ลดการสอบลง และดูคะแนนจากการส่งงานแทนนักเรียนจึงไม่เกิดความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19 สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัณทิรา เตชะบรรเทียรดี (2561) ได้ศึกษาความเครียดด้านการเรียนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน โดยพบว่าระดับเกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด เนื่องจากระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง เด็กมีความเข้าใจและรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและเลือกเรียนหรือประกอบอาชีพที่ตนมีความสามารถที่จะเรียนหรือทำงานได้ก็จะไม่ตกอยู่ในภาวะเครียด

ที่ตั้งของที่อยู่อาศัยและลักษณะที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอาจเนื่องจาก นักเรียนส่วนใหญ่ พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง มีเครือข่ายการให้บริการอินเทอร์เน็ตที่หลากหลายบริษัท การให้บริการจึงดีกว่านอกเมือง นอกจากนี้ส่วนใหญ่ นักเรียนมีที่พักอาศัยเป็นบ้านเดี่ยวเป็นลักษณะของที่อยู่อาศัยของนักเรียนจึงเอื้อต่อการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2564) ที่พบว่า ท่าเลที่พัก

อาศัยในเขตเมืองและลักษณะของที่อยู่อาศัยของนักศึกษาเอื้อต่อการเรียนออนไลน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ ผลการตรวจสอบการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต พบว่า บ้านที่อาศัยในเขตเมืองมีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตมากกว่าบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตนอกเมือง

อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ และค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จาก เครือข่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ เนื่องจากนักเรียนทุกคนมีการใช้อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์โดยเป็นสมาร์ตโฟน (smartphone) และอุปกรณ์อื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น แท็บเล็ต โน้ตบุ๊ก และคอมพิวเตอร์ เป็นอุปกรณ์ที่มีอยู่แล้วก่อนที่จะมีการเรียนการสอนออนไลน์ ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 รัฐบาลได้ให้เงินสนับสนุนในการเรียนออนไลน์ให้กับนักเรียนจำนวนเงิน 2,000 บาทต่อคน เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ปกครอง

2. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมขณะเรียน อุปสรรคการสื่อสาร

2.1 อุปสรรคของการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2564) กล่าวว่า อุปสรรคในการสื่อสาร หมายถึง สิ่งที่ทำให้การสื่อสารไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้สื่อสารและผู้รับสาร อุปสรรคในการสื่อสารอาจเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอน ของกระบวนการสื่อสาร โดยเฉพาะกระบวนการ สื่อสารออนไลน์ สอดคล้องกับ

งานวิจัยของสถาบันวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ เรื่องการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์ Covid-19 จำนวน 505 ตัวอย่าง ในเขตกรุงเทพฯ ที่เรียนออนไลน์ พบว่า ร้อยละ 75.1 รู้สึกเครียด จากการเรียนออนไลน์ และจากการสัมภาษณ์นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในการเรียนออนไลน์นักเรียนจะเครียดมาก ถ้าเกิดความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล ทำให้ไม่เข้าใจเรื่องที่อาจารย์สอนหรือ ในช่วงที่ต้องส่งคำตอบหรือมีการสอบ พบว่า การส่งข้อมูลไม่สมบูรณ์ หรือส่งช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด ปิดรับคำตอบแล้ว หรือขณะส่งข้อมูลการเชื่อมโยงเครือข่ายหลุดจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมาก

2.2 สิ่งแวดล้อมขณะเรียน มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์ (2561) กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมขณะเรียนที่อยู่รอบตัวเรา ที่เราสัมผัสได้ว่า ร้อน หนาวเย็น มีด สว่าง มีกลิ่น หรือเสียงที่ได้ยินจากประสาทสัมผัสทั้งห้า อาจมีผลต่อร่างกาย หากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้น มากเกินไป เช่น เสียงที่ดังมากทำให้รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ อาจทำให้เกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พบว่า สิ่งจำเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ คือการมีสถานที่ที่เงียบสงบ จัดเป็น สิ่งจำเป็นอันดับแรกที่นักเรียน ควรจะต้องมีเพื่อให้มีสมาธิในการ เรียนรู้ ข้อมูลจากโครงการประเมินผล

การศึกษาของประเทศสมาชิก (Program for International Student Assessment: PISA) ในปี ค.ศ. 2018 พบว่า นักเรียนอายุ 15 ปี ในกลุ่มประเทศสมาชิก องค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา มีร้อยละ 9 ที่ไม่มีสถานที่เงียบสงบในบ้าน และ ร้อยละ 30 ในอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ รวมทั้งประเทศไทย โดยเฉพาะประเทศไทยมีนักเรียนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมด้อยขาดสถานที่เงียบสงบในบ้านที่ใช้เพื่อการเรียนรู้มากกว่านักเรียนที่มาจากโรงเรียนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่าอย่างเห็นได้ชัด

2.3 ระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์ COVID-19 ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก มีผลมาจากปัจจัยด้านอุปสรรคของการสื่อสาร ได้แก่อุปสรรคการการรับส่งข้อมูล การส่งข้อมูลล่าช้า การตอบรับการส่งงาน รู้สึกเบื่อเมื่ออินเทอร์เน็ตล่าช้า และอุปสรรคการความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย ส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียดในการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชญาภา ประเสริฐทรง (2564) ปัจจัยสนับสนุนสิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านเสียง สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านความร้อน อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล และอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4

กล่าวคือสิ่งแวดล้อมขณะเรียนประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเราที่เราสัมผัสได้ว่าร้อนหนาว เช่น มีดวงอาทิตย์หรือเสียงที่ได้ยินจากประสาทสัมผัสทั้งห้าอาจมีผลต่อร่างกายหากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นมากเกินไป เช่น เสียงที่ดังมากทำให้รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ อาจทำให้เกิดความเครียดได้

2.4 แบบวัดระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) ในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์ COVID-19 ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ระดับความเครียดรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมา ระดับความเครียดสูง (42-61 คะแนน) จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 35.2 อาจเป็นผลมาจากระยะเวลาในการเรียนออนไลน์ที่นานเกินไปทำให้เกิดปัญหาด้านวิตกกังวลเรื่องการเรียน รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิดเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ เข้ามาในการเรียน การปวดกล้ามเนื้อจากการนั่งเรียน จ้องหน้าจอเป็นเวลานาน และปัญหาด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ต ความร้อน เสียงรบกวน ปัญหาด้านการเงินและครอบครัว และเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงใกล้สอบปลายภาค ส่งผลให้เด็กเกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิสากร โพธิมาศ (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับสูง

และรุนแรง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าสาเหตุหรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุด้านการเรียนออนไลน์เพียงอย่างเดียว แต่อาจจะมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ส่งผลทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้น รวมอยู่ด้วย เช่น สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ไม่เอื้ออำนวย เช่น ที่พักอาศัยไม่เงียบสงบ มีเสียงดังทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน มีอุปสรรคในเรื่องของสัญญาณอินเทอร์เน็ต ทำให้การรับส่งข้อมูลมีความล่าช้า การไม่คุ้นเคยกับแพลตฟอร์ม (platform) ออนไลน์ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่เป็นวิกฤตทางสุขภาพของทั่วโลก กลัวการติดเชื้อ การเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นระยะเวลายาวนานที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกลบข้อใจ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. จากผลการศึกษา ความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกลุ่มที่มีความเครียดอยู่ระดับสูงและรุนแรง ควรได้รับการส่งต่อให้ครูแนะแนว ครูประจำชั้นหรือครูผู้เชี่ยวชาญ เพื่อดูแล หรือส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป
2. โรงเรียนควรวางแผนดูแล ติดตาม และหาแนวทางช่วยเหลือนักเรียนที่มีความเครียดจากการเรียนออนไลน์ อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง
3. โรงเรียนควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษา แนะแนว และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเรียนออนไลน์ ต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือขยายศึกษาวิจัยทำทุกชั้นปี (ม.1 - ม.6)

2. ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ควรเป็นช่วงที่นักเรียนกำลังเรียนออนไลน์ ไม่ควรเก็บข้อมูลช่วงใกล้สอบกลางภาค หรือปลายภาค เพราะอาจส่งเสริมให้นักเรียนเกิดความเครียดมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (6 สิงหาคม 2564). แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต. <https://dmh.go.th/test/>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (6 สิงหาคม 2564). *ลดความตึงเครียดของเด็กเรียนออนไลน์*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30920>.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (3 มกราคม 2565). ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ. <https://moe360.blog/2022/01/03/3-1-2565>.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง, จรินทร์พร แสงหิรัญรัตน์, พรชานา กลัดแก้ว. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 13(1): 14-28.
- ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อทักษะการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล [ปริณิญา มหามบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5814030101_8990_9626.pdf

กันทิรา เดชบวรเกียรติ. (2561). ความเครียดด้านการเรียนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน [การวิจัยรายบุคคล ปริญญาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร].

ภูริทัต สรมณี. (2561). การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมของนักศึกษาวิชาชีพครู คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ [การวิจัยรายบุคคล ปริญญาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร].

โรงเรียนสุรนารีวิทยา. (1 สิงหาคม 2564). *ประกาศโรงเรียนสุรนารีวิทยา*. <https://www.srn.ac.th/index/web1/web/news/8s7A5DNkrVza.pdf>.

Cronbach, L. J. (1974). *Essentials of Psychology Test*. (3rd ed.). Row Publishers.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Taro, Y. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd Ed). Harper and Row Publications.

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). *การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง*. วารสารสวนปรง, 13, 1-20.

นิธินิ รุจิรังสีเจริญ และคณะ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(1), 53-68

สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (7 มกราคม 2563). ผลประเมิน PISA 2018 : นักเรียนไทยวัย 15 ปี รู้และทำอะไรได้บ้าง. <https://pisathailand.ipst.ac.th/issue-2019-48/>

นิสกร โพธิมาศ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(3), 142-154.

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY FOR DEPRESSIVE DISORDER IN THAILAND: TESTING EFFICACY OF THE PROGRAM

*Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D.**, *Kulchalee Pianthong, Ph.D.***,
*Kamontip Saguanrum, M.Sc.***, *Supattra Sukhawaha, Ph.D.***

Abstract

Objective: This study aimed to examine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for treating depression to prevent relapse, reduce depressive symptoms and ruminative thought, and increase mindfulness levels among depressed patients in Thailand.

Methods: This study was a non-randomized controlled trial with waiting-list control. The sample group consisted of depressed patients with a medical history diagnosed by psychiatrists and selected from the database of a psychiatric hospital in Ubon Ratchathani province. There were 75 individuals initially, who met the inclusion and exclusion criteria. Eventually, 68 individuals were selected for the study, divided into an experimental group of 34 individuals and a control group of 34 individuals. The experimental group was divided into 4 groups to participate in group therapy activities, each group consisting of 8-10 individuals. The research utilized the following tools: a program for treating depression using mindfulness meditation and cognitive awareness, the Beck Depression Inventory for assessing depressive symptoms, a measure of rumination towards events, and a measure of mindfulness level. Measurements were taken before the experiment, immediately after the experiment, and within a 3-month follow-up period. The analysis involved repeated measures ANOVA for within-group variability, Bonferroni pairwise comparison to compare mean differences, and an independent t-test to determine the mean differences between the experimental and control groups.

Results: The MBCT program has been effective in preventing recurrent episodes of depression, reducing depressive symptoms, and ruminative thoughts in patients with depression. The experimental group showed statistically significant reductions in the average depression scores before the experiment, immediately after the experiment, and within the 3-month follow-up period ($p < .05$). The experimental group did not experience a recurrence of depression after receiving the MBCT program within 3 months and 6 months.

Conclusion: The MBCT program has proven effective in preventing the recurrence of depression and has had a significant impact on reducing depressive symptoms and ruminative thoughts in depressed patients.

Keywords: mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), depression, ruminative thinking, mindfulness, preventing depressive relapse

*Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, e-mail: kkenbubpha@outlook.co.th

**Registered nurses, Professional level, Research and Training Center, Prasrimahabodi Psychiatric Hospital

Received: 18 June 2023, Revised: 13 October 2023, Accepted: 20 October 2023

การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในประเทศไทย: การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ประ.ด. *, กุณช์ชลี เพียรทอง, ประ.ด. **,

กมลทิพย์ สงวนรัมย์, วท.ม. **, สุพัตรา สุขาวท, ประ.ด. **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสำหรับใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ลดอาการซึมเศร้าและความหมกมุ่นครุ่นคิด รวมทั้งเพิ่มระดับสติ

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงทดลองแบบไม่สุ่มและมีกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และคัดเลือกรายชื่อจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 75 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกจากการศึกษา 68 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน โดยกลุ่มทดลองแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 8 - 10 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค แบบวัดความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และแบบวัดระดับความมีสติ โดยมีการวัดประเมินผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายใน 3 เดือน วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยสถิติแบบนอนพาราเมตริก และทดสอบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t-test

ผลการศึกษา : โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และลดอาการซึมเศร้าและความหมกมุ่นครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลภายใน 3 เดือนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลภายใน 3 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าภายในระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน

สรุป : โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าและความหมกมุ่นครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ : การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด, อาการซึมเศร้า, ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์, สติ, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์, e-mail: kkenbubpha@outlook.co.th

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วันที่รับ: 18 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข: 13 ตุลาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 20 ตุลาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาหลักที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2019) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้น หลังจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก โดยมากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับมาป่วยเป็นซ้ำอีก และความถี่ของการกลับมาเป็นซ้ำจะมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนครั้งของการป่วยด้วยโรคดังกล่าวมากขึ้น (Kessing et al., 2004) จากการติดตามการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะ 15 ปี พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำมากถึงร้อยละ 70-85 (Kennedy et al., 2003) การศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับมาป่วยเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 18.3 (กิตติวรรณ เทียมแก้ว และคณะ, 2550) จากสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 33.67 มีประวัติการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต, 2564) นอกจากนี้จากรายงานของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า มีอัตราการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 13.43 ร้อยละ 18.36 และร้อยละ 22.45 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2563) เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุสำคัญ คือ การรับประทายาต้านอาการซึมเศร้าไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางคนไม่สามารถ

ทนต่อผลข้างเคียงในการรับประทานยาต้านอาการซึมเศร้าได้นาน (Hollon et al., 2005) การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าด้วยการทำจิตสังคมบำบัดโดยไม่ใช้ยาจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยา

ปัจจุบันมีการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากจะมีเนื้อหาความคิดในเชิงลบแล้ว มักมีลักษณะความคิดแบบบิดวนคิดซ้ำ มักไม่สามารถหยุดคิดในทางร้าย ๆ ได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น จึงมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) (Segal et al., 2003) เป็นการบูรณาการมาจากโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program: MBSR) ร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (Segal et al., 2003) โดยโปรแกรมเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาแล้ว ได้มีการฝึกเจริญสติร่วมกันกับเพื่อนที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เพื่อเปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติ ตามความเคยชิน เป็นการระลึกรู้สิ่งเร้าที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ร่างกายและจิตใจมีต่อสิ่งเร้านั้นอย่างมีสติ โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้น (Segal et al., 2003) จากรายงานการวิจัยเชิงทดลอง พบว่า

โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติ ตระหนักรู้ความคิด สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติถูกทารุณกรรมตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก แต่ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มอื่น ๆ ที่ได้รับการรักษาตามปกติ (Williams et al., 2014) โดยโปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อทักษะในการมีสติและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่มีผลต่อความคิดหมกมุ่น ซึ่งส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Batink et al., 2013) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกลไกของการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติ ความรู้คิด ความวิตกกังวล ความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (van der Velden et al., 2015) สามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยลดความเสี่ยงของอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 34.00 และสามารถลดการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 43.00 เมื่อติดตามครบ 1 ปี ซึ่งโปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดควบคู่กับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Guo et al., 2022)

การศึกษารายงานวิจัยในประเทศไทย

ส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดของศาสนาพุทธร่วมกับการบำบัดทางปัญญบนพื้นฐานของสติ โดยมีการนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มคนปกติเพื่อลดความเครียดและเพิ่มระดับสติในนักศึกษาพยาบาล (ทยาวิทย์ จันทรวินันต์ และ สุหทัย โตสังวาลย์, 2564) และนำมาใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน พบว่า มีผลช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานได้ (สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ, 2560) นอกจากนี้มีการนำมาใช้ในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นเพื่อลดภาวะเครียดและอาการซึมเศร้า (คุชฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2558) ในปีงบประมาณ 2564-2565 เริ่มมีการพัฒนาและทดสอบผลโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยจากจิตแพทย์และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชตามแนวคิดของ Segal et al., 2003 (ไพรัตน์ ชมบุญบุตร และคณะ, 2565) โดยการปรับปรุงโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (Kenbubpha et al., 2021) มาประยุกต์กับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นผู้รับผิดชอบในการฟื้นฟูตนเองและเพิ่มคุณค่าแก่ตนเอง โดยมีกิจกรรมการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวก (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) พบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและความรู้คิดต่อเหตุการณ์

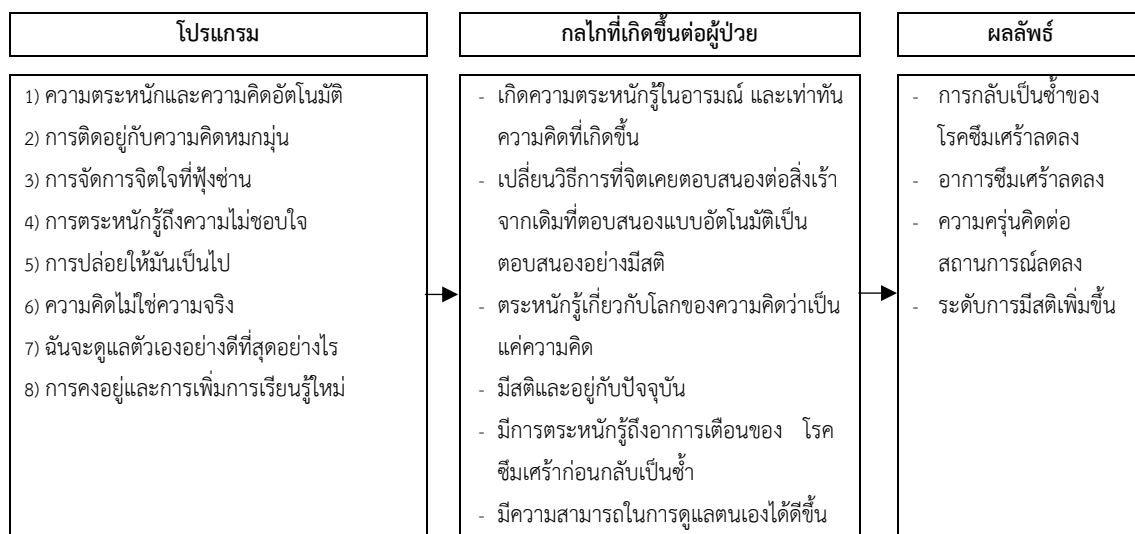
ลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าหลังจากผู้ป่วยหายทุเลาและอยู่ในช่วงติดตามการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช ตามแนวคิดของ Segal et al. (2013) ซึ่งมีการพัฒนาในปี 2563 (Kenbubpha et al., 2021) เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทของคนไทย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดอาการซึมเศร้าและความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของระดับสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการลดอาการซึมเศร้า
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการลดระดับความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์
4. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการเพิ่มระดับสติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในปี ค.ศ.2002 โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) มีการพัฒนาโดย Segal et al. (2003) โดยบูรณาการโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR) ร่วมกับการบำบัดบนพื้นฐานปัญญา (Cognitive based therapeutic strategies) มาเป็นรูปแบบการบำบัดแนวใหม่ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการหายทุเลาเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดแบบกลุ่มประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการต่อเนื่องทุกสัปดาห์ครั้งละ 60-90 นาที โดยระหว่างสัปดาห์ผู้ป่วยจะมีการบ้านให้ฝึกทักษะต่าง ๆ โดยให้สมาชิกเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ โดยเทคนิคของการบำบัดแบบฝึกความคิด (Cognitive Therapy) ที่ถูกนำมาใช้ ได้แก่ การสนทนากับตนเอง การจินตนาการ การทำบทบาทสมมติ การคิดกรอบใหม่ การปรับเปลี่ยนแผนแนวคิดใหม่ ในการฝึกสติจะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้การฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานทั้งในขณะร่างกายเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหว สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ การสะท้อนความรู้สึกตนเอง (Segal et al., 2003) นอกจากนี้มีการนำโปรแกรมมาศึกษาวิจัยและประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคต่าง ๆ หลากหลาย (Segal & Teasdale, 2018; van der Velden et al., 2015) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกลุ่มทดลองมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกลุ่มทดลองมีความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกลุ่ม

ทดลองมีระดับสติเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบไม่สุ่มและมีกลุ่มควบคุม (A non-randomized control trial with waiting list control group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5) และมีประวัติการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์อย่างน้อย 1 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในและจำหน่ายจาก

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง วารินชำราบ เพื่องในและเดชอุดมของจังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

- 1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และมีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5)
- 2) มีผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ในระดับเล็กน้อย ($9Q = 7 - 12$ คะแนน)
- 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

- 1) มีโรคร่วมที่อาจส่งผลต่ออาการซึมเศร้า เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิต ใช้สารเสพติด มีความคิดอยากตายระดับรุนแรง โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของจิตแพทย์
- 2) มีปัญหาในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด เช่น บุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งแบบรุนแรง และมีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือมีปัญหาเกี่ยวกับความคิดความจำ เป็นต้น
- 3) มีประวัติได้รับการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการอื่น

เกณฑ์ให้ยุติจากการวิจัย (terminal criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมครบทุกกิจกรรม (น้อยกว่าร้อยละ 80)
- 2) มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

ระหว่างร่วมโปรแกรม

- 3) ขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคำนวณมาจากสูตรของ Bernard Rosner (Rosner, 2015) โดยใช้ผลการทดสอบโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด จากความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนวัดอาการซึมเศร้าจากแบบประเมิน Beck Depression Inventory จากงานวิจัยของ van Aalderen et al. (2012) ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 72 คน มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 75 คน คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาจำนวน 7 คน เนื่องจากมีโรคร่วมสารเสพติด แบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่ (Cluster random sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (contamination) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน ตามที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ระหว่างสัปดาห์มีการบ้านให้ไปฝึกสติและนำมาแลกเปลี่ยนเมื่อเข้ากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่ม 4 กลุ่ม ๆ ละ 8 - 10 คน

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดรักษาและการพยาบาลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และโรงพยาบาล

ทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดตามความสนใจ หลังจากสิ้นสุดระยะติดตามผล 1 ปี

คุณสมบัติผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (ผู้บำบัด) ของโปรแกรมดังกล่าว

1. เป็นสหวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
2. ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด
3. มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด
4. มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อย 3 ปี

การทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้บำบัด (Inter-rater reliability)

ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทุกคน เข้ารับการอบรมและฝึกทักษะการจัดกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อให้ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มสามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดและมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมากกว่า 10 ปี ผลการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มหลังผ่าน

การอบรม ตามวิธี Cohen's Kappa coefficient เท่ากับ 0.82

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือ ที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด พัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Segal et al. (2013) ดำเนินการเป็นกลุ่มๆละประมาณ 8-10 คน มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ๆ ละ 1 - 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ และระหว่างสัปดาห์มีการมอบการบ้านให้ฝึกทักษะการเจริญสติ และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มสมาชิก ประกอบด้วย 1) ความตระหนักและความคิดอัตโนมัติ 2) การติดอยู่กับความคิดหมกมุ่น 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่พอใจ 5) การปล่อยใจให้มันเป็นไป 6) ความคิดไม่ใช่ความจริง 7) ฉันจะดูแลตัวเองอย่างดีที่สุดอย่างไร 8) การคงอยู่และการเพิ่มการเรียนรู้ใหม่ มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 (Kenbubpha et al., 2021) ซึ่งถือว่าโปรแกรมดังกล่าวมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2006) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้ใหญ่นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการ

เจริญสติตระหนักรู้ความคิด 1 คน

1.2 คู่มือการฝึกทักษะการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เป็นคู่มือสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย องค์ความรู้และแนวทางบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า การเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว กิจกรรมที่ 1 - 8 ตามโปรแกรม และเป็นสมุดบันทึกการทำกิจกรรมและการบ้านตามโปรแกรมหาดังกล่าว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติเคยป่วยและเข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้า

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่ 1A (Beck Depression Inventory-IA (BDI-IA)) (Beck et al., 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ไปถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ระดับคะแนนจะมี 0, 1, 2, 3

การแปลผล ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ตามคะแนนที่ได้ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 - 9 หมายถึง มีภาวะ

อารมณ์ปกติ (Normal range)

คะแนน 10 - 15 หมายถึง มีภาวะ

ซึมเศร้าระดับน้อย (Minimal depression)

คะแนน 16 - 19 หมายถึง มีภาวะ

ซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression)

คะแนน 20 - 29 หมายถึง มีภาวะ

ซึมเศร้าระดับมาก (Moderate severe depression)

คะแนน 30 - 63 หมายถึง มีภาวะ

ซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 25 คน พบว่า รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.74 - 0.81 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.79

2.3 แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale) ของ Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ ด้วยวิธี Back Translation โดย วาริรัตน์ ถ่าน้อย และคณะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคลต่อสถานะอารมณ์เชิงลบ เป็นแบบสอบถามที่เน้นที่การตอบสนองต่ออาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากสาเหตุและผลที่ตามมา การประเมินตนเองและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ละข้อคำถาม มีการประเมินที่มีมาตรวัด 4 ระดับ มีคะแนน 1 ถึง 4 (1 = เกือบจะไม่เคยมีความคิดและการกระทำเช่นนี้เลย และ 4 = เกือบจะมีความคิดหรือการกระทำเช่นนี้อย่าง

สมาธิ) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1)ภาวะซึมเศร้า(depression related)
ประกอบ ด้วยข้อคำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14,
17, 18, 19, 22

2)การครุ่นคิดวิตกกังวล(brooding)
ประกอบด้วยข้อ คำถามข้อ 5, 10, 13, 15, 16

3)การสะท้อนความคิด (reflection)
ประกอบ ด้วยข้อคำถามข้อ 7, 11, 12, 20, 21

คะแนนรวมทั้งหกดอยู่ ระหว่าง
22 ถึง 88 ซึ่งค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีความ
ครุ่นคิดในระดับสูง

ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี
การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วย
นอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 25
คน พบว่า รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.76 - 0.83 และมี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.80

2.4 แบบประเมินสติ Philadelphia
Mindfulness Scale (Cardaciotto et al., 2008) แปล
เป็นภาษาไทยและนำเครื่องมือไปทดสอบความตรง
ของเครื่องมือฉบับภาษาไทย โดยชัชวาลย์ ศิลปกิจ
และคณะ (2554) ประกอบด้วย 20 ข้อ เป็นแบบ
ประเมินค่าระหว่าง 1-5 ตั้งแต่ไม่เคยเลย ถึงบ่อยมาก
ข้อที่เป็นข้อคำถามในองค์ประกอบของการ
ตระหนักรู้ ซึ่งหมายถึง การรับรู้ประสบการณ์
ปัจจุบันที่ปรากฏทางประสาทสัมผัสหรือทางใจ
ได้แก่ ความรู้สึก ความนึกคิด เป็นการรับรู้
ประสบการณ์อย่างที่เป็น ส่วนข้อคู่เป็นข้อคำถาม
ในองค์ประกอบของการยอมรับ หมายถึง ไม่ว่าจะ
มีประสบการณ์อะไรเข้ามา เพียงรับรู้โดยไม่ปฏิเสธ

ไม่ตัดสิน ผลการทดสอบความสอดคล้องภายใน
และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการ
วิเคราะห์ปัจจัยในกลุ่มที่สองจำนวน 103 คน โดย
กำหนดจำนวนปัจจัยไว้ 2 ปัจจัย ไม่เป็นอิสระต่อกัน
ซึ่งพบว่าความเที่ยงในการทดสอบซ้ำและความ
สอดคล้องภายในของทั้งสององค์ประกอบอยู่ใน
ระดับสูง ค่า Pearson's correlation ของการตระหนักรู้
และการยอมรับเท่ากับ 0.88 และ 0.89 ความ
สอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients)
ของการตระหนักรู้ และการยอมรับเท่ากับ 0.87
และ 0.88 ตามลำดับ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

5 หมายถึง บ่อยมาก

4 หมายถึง เกือบจะตลอดเวลา

3 หมายถึง ปานกลาง

2 หมายถึง น้อย

1 หมายถึง ไม่เคยเลย

การแปลผลคะแนน ได้แก่

คะแนนมาก หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองมาก
และคะแนนน้อย หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเอง
น้อย

ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี
การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วย
นอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 25
คน พบว่า รายข้ออยู่ระหว่าง 0.77 - 0.82 และมี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย
เรื่อง การพัฒนาร่วมกับการทดสอบผลของ

โปรแกรมและหลักสูตรการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยตามเอกสารหมายเลข COA. 003/2563 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นนักวิจัยภาคสนามและไม่ได้ใส่ชุดบุคลากรสาธารณสุขเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอำนาจที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย คณะผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยสรุปว่าการวิจัยนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายใดๆ แต่จะมีการบำบัดซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมการเข้าร่วมการวิจัยเป็นสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาในโรงพยาบาลและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยคณะผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือตามมาตรฐานของโรงพยาบาล คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวม พร้อมทั้งให้เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย ขอความยินยอมทั้งโดยวาจาและลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบสัดส่วนการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

2. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการภาวะซึมเศร้า ความหมกหมุ่นครุ่นคิดและระดับสติในกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยมีการวัดก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายใน 3 เดือน ด้วยสถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way repeated measures ANOVA) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยสถิติทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 เดือน ด้วยสถิติ Independent t-test

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย คณะผู้วิจัยประสานงานหน่วยงานเวชระเบียนเพื่อคู่ประวัติฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อขอดำเนินการวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลเชิงใน โรงพยาบาลเดชอุดมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภอเมืองและอำเภวารินชำราบ

2. คณะผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการประเมินตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกจากการวิจัย แบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามที่อยู่อาศัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาในวันนัดหมาย

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรมดังกล่าว วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิต่างๆ เช่น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ - นามสกุล การรักษาความลับ คณะผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หากไม่สมัครใจ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตนเอง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยินดียินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (consent form) หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวา ในกรณีลงลายมือชื่อในเอกสารไม่ได้ ก่อนเข้าร่วมการวิจัยและญาติของคนที่ใช้หรือบุคลากรลงลายมือชื่อด้วย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน

4. คณะผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง กำหนดวันและเวลาที่สะดวกร่วมกัน ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 8 - 10 คน เนื่องจากเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้อย่างทั่วถึง ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 8 ครั้ง โดยครั้งที่ 8 ขอนัดหมายเวลาเพิ่ม 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า ระดับการมีสติ ความรู้คิดต่อเหตุการณ์ และนัดมาทำแบบประเมินอาการซึมเศร้า ระดับการมีสติ ความรู้คิดต่อเหตุการณ์ หลังจากโครงการวิจัยสิ้นสุด 3 เดือน รวมทั้งติดตามการกลับเป็นซ้ำของโรค

ซึมเศร้าภายใน 6 เดือน โดยการค้นหาประวัติจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 8

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการกลุ่มตามโปรแกรมจำนวน 8 ครั้ง ภายใน 2 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีการออกจากกระบวนการวิจัยจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการออกจากศึกษา และเมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการศึกษา 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวไม่สามารถติดตามได้จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่สามารถติดตามได้จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 ดังนั้นในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 54 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 29 คน ซึ่งมีอัตราการออกจากการศึกษารวมทั้งหมดร้อยละ 26.47

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเพศ อายุเฉลี่ย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน รวมทั้งประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวัดคะแนนภาวะซึมเศร้า ความรู้คิดต่อเหตุการณ์ ระดับการมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลภายใน 3 สัปดาห์ของ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม		ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม		
	ทดลอง (MBCT) (n = 34)	ควบคุม (n = 34)	t	χ^2	p
เพศ					
ชาย	4	7	-	0.98	0.32
หญิง	30	27			
อายุ (ปี)	mean = 52.85 (SD = 13.32)	mean = 51.85 (SD = 16.48)	0.28	-	0.78
สถานภาพสมรส					
โสด	7	8		1.43	0.84
แต่งงาน	20	19			
หม้าย	2	4			
หย่า/แยกกันอยู่	5	3			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	18	22		2.41	0.79
มัธยมศึกษา	10	6			
ปวช./ปวส	3	2			
ปริญญาตรี	3	2			
อื่น ๆ	0	1			
อาชีพ					
ธุรกิจส่วนตัว/บุคลากรของรัฐ	9	3		5.61	0.61
อาชีพส่วนตัว/เกษตรกร	15	24			
ว่างงาน	10	7			
รายได้ต่อเดือน					
น้อยกว่า 5,000 บาท	21	25		3.41	0.49
5,001 - 10,000 บาท	5	1			
10,001 - 15,000 บาท	3	2			
มากกว่า 15,000 บาท	3	3			
ไม่มีรายได้	2	3			
เคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล					
เคย	13	19		2.12	0.15
ไม่เคย	21	15			

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Repeated measures one way ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	744254.907	1	744254.907		
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	232.858	1	232.858	.70	.417
ความคลาดเคลื่อน	17318.319	52	333.045		
ภายในกลุ่ม	193019.389	2	96509.695		
ผลการวัดก่อน หลังและติดตามผล	1247.310	4	311.828	4.58	.00
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัด	412.718	4	103.179	1.52	.20
ก่อน หลัง และติดตามผล					
ความคลาดเคลื่อน	14164.422	208	68.098		
รวม					

* $p < .05$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของตัวแปรของแต่ละกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (MBCT)			กลุ่มควบคุม		
	Difference of means	Standard error	p	Difference of means	Standard error	p
ภาวะซึมเศร้า (BDI)						
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที	3.92	1.39	.03*	5.07	2.32	.11
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	6.24	1.32	.00*	4.28	2.14	.17
หลังการทดลองทันที ติดตามผล 3 เดือน	2.32	1.40	.33	-0.79	1.99	1.00
ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ (RRS)						
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที	6.32	3.51	.25	2.62	3.30	1.00
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	12.28	3.18	.002*	3.21	2.68	.72
หลังการทดลองทันที ติดตามผล 3 เดือน	5.96	3.27	.24	0.59	2.54	1.00
ระดับการมีสติ (PMS)						
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที	-.40	1.03	1.00	2.14	1.14	.21
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	-2.32	1.27	.24	-.59	2.17	1.00
หลังการทดลองทันที ติดตามผล 3 เดือน	-1.92	1.15	.33	-2.72	1.73	.38

*BDI = Beck Depression Inventory; RRS = Ruminative Response Scale; PMS = Philadelphia Mindfulness Scale

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนอาการซึมเศร้า ความเครียดต่อเหตุการณ์ ระดับการมีสติ ($F=1.52, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองภายใน 3 เดือน ลดลงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่อเหตุการณ์

ลดลงเฉพาะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล หลังสิ้นสุดการทดลองภายใน 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ความเครียดต่อเหตุการณ์ ระดับการมีสติในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองภายใน 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความหมกมุ่น

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ความเครียดต่อเหตุการณ์และสติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p
	(n = 34)	(n = 34)		
	Mean (SD)	Mean (SD)		
อาการซึมเศร้า				
ก่อนการทดลอง	15.29 (8.42)	17.41 (14.38)	-.741	.46
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที	11.00 (8.17)	13.09 (12.84)	-.755	.44
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน	8.74 (5.87)	13.62 (9.87)	-2.266	.03*
ความเครียดต่อเหตุการณ์				
ก่อนการทดลอง	45.47 (14.48)	43.79 (15.26)	.47	0.64
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที	40.90 (13.11)	41.76 (14.93)	-.24	0.81
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน	35.11 (10.96)	41.38 (16.02)	-1.72	0.09
ระดับของสติ				
ก่อนการทดลอง	61.06 (5.41)	62.68 (6.75)	-1.09	.28
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที	62.03 (5.74)	60.97 (5.17)	.77	.44
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน	63.30 (5.41)	63.48 (10.31)	-.08	.93

* $p < .05$, Independent t-test

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสัดส่วนการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาการติดตาม	กลุ่มทดลอง (n = 25)	กลุ่มควบคุม (n = 29)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3 เดือน	0	2 (6.90)
6 เดือน	0	4 (13.79)
รวมทั้งหมด	0	6 (20.69)

ครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และระดับการมีสติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีภายใน 3 เดือน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ผลการติดตามอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดภายในระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมหากล่าว ไม่มีการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นของโรคซึมเศร้า ซึ่งประเมินโดยใช้ประวัติจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าการถูกวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ส่วนผลการติดตามกลุ่มควบคุม พบว่า ในระยะเวลา 3 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.90 และเมื่อติดตามต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 เดือน พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.79 โดยภาพรวมกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมหากล่าว มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าทั้งหมด 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.69 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดอาการซึมเศร้าและความหม่นหมองครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของระดับสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภายในระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน โดยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมหากล่าว ไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยอาจอธิบายได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมหากล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น เปลี่ยนวิธีการที่ที่เคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติเป็นตอบสนองอย่างมีสติตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความคิดว่าเป็นแค่ความคิด มีสติและอยู่กับปัจจุบัน มีการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคซึมเศร้าก่อนกลับเป็นซ้ำ มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Segal et al. (2003) ที่เริ่มพัฒนา

โปรแกรมดังกล่าวในปี ค.ศ.2002 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่มีประวัติถูกทารุณกรรมตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก (Williams et al., 2014) เนื่องจากผลของโปรแกรมดังกล่าวทำให้เพิ่มทักษะในการมีสติและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Batink et al., 2013) นอกจากนี้โปรแกรมดังกล่าวยังมีผลต่อความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (van der Velden et al., 2015)

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าและความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมดังกล่าว มีการเรียนรู้จากสมาชิกในกลุ่ม เกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น ตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความคิด และสามารถอยู่กับปัจจุบัน โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมดังกล่าวส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Batink et al., 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าที่กลับมาเป็นซ้ำและมีประวัติการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 3 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีอาการซึมเศร้าลดลง รวมทั้งความกังวลและความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง และระดับของการมีสติเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาแบบปกติ ซึ่งผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า การลดลงของอาการซึมเศร้ามาจากการลดลงของระดับความครุ่นคิดและความกังวล ซึ่งความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์เป็นอาการเตือนก่อนกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสติและตระหนักรู้ของอาการดังกล่าว จะทำให้สามารถดูแลตนเองและเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขก่อนการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (van Aalderen et al., 2012) จากการศึกษาเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงหลังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดจากงานวิจัยทั้งหมด 23 เรื่อง มีงานวิจัย 12 เรื่อง พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติ ความครุ่นคิด ความวิตกกังวล ความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาโดยทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและความหมกมุ่นครุ่นคิดลดลง รวมทั้งมีความวิตกกังวลลดลง (van der Velden et al., 2015) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างระดับการมีสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่พบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับความสติเพิ่มขึ้นหลังการทดลองสิ้นสุดลงทันทีและการติดตามผลในระยะ 3 เดือน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อประเมินระดับการ

สติในคนไทยเป็นเครื่องมือที่แปลมาจากต่างประเทศ (ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และคณะ, 2554) โดยเป็นเครื่องมือการประเมินสติที่ขาดการทดสอบในผู้มีประสบการณ์ (อรรพรรณ ศิลปกิจ และ บรรจบ บรรณรุจิ, 2558) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ อาจเคยมีประสบการณ์ในการฝึกสติและสมาธิมาก่อน รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของระดับสติและการตระหนักรู้จำเป็นต้องการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องและทำให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

นอกจากนี้ผลศึกษาในครั้งนี้ ยังมีความใกล้เคียงกันกับการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการฝึกสติในประเทศไทย เช่น ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า อาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรเพ็ญ อริกิจ และ อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2555) และผลของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า อาการหมกหมุ่นครุ่นคิดลดลงและมีระดับการมีสติมากขึ้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2557) นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาและทดสอบกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า ภาวะเครียดและซึมเศร้าหลังเข้าร่วมกลุ่มลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าลดลงเหลือร้อยละ 25 หลังทำกลุ่ม

และลดลงเหลือร้อยละ 11 หลังเข้าร่วมกลุ่มครบ 3 เดือน (คุณัญญา จีรังกุลวิทย์ และคณะ, 2558) รวมทั้งการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานแบบกลุ่ม พบว่า มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ, 2560) ส่วนการศึกษาผลโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยการผสมผสานกิจกรรมการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวกและการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (ไพรัตน์ ชมภูบุตร และคณะ, 2565) พบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถช่วยป้องกันการกลับมาซ้ำแบบผู้ป่วยในซ้ำได้ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้อาจเป็นการศึกษาเริ่มต้นในประเทศไทยที่มีการพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Segal et al. (2003) ทั้ง 8 กิจกรรม ซึ่งพัฒนาโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญเรื่องสติและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รวมทั้งมีทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาโดยมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวในการ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชทั้งในระยะ 3 และ 6 เดือน ตามแนวทางของ Segal et al. (2013)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้อยู่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัยอยู่ในช่วงฤดูฝนและการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ทำให้มีความลำบากในหากกลุ่มตัวอย่าง จึงส่งผลให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยน้อยกว่าที่คำนวณได้ 4 คน และในระหว่างดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษามากกว่าปกติ และการนัดหมายทำกิจกรรมกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง โดยมีสมาชิก 8-10 คน ซึ่งค่อนข้างลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกัน นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสังคมเมืองกับกลุ่มตัวอย่างในสังคมชนบท และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจะมีความคุ้นเคยกับการเจริญสติมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยได้ใช้สถิติเพื่อลดอคติในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม และการศึกษานี้เป็นเพียงการวิจัยเชิงทดลองแบบไม่สุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมให้จำนวนกิจกรรมลดลงและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรกดังกล่าวอีกครั้ง
2. ควรมีปรับปรุงและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญ

สติตระหนักรู้ความคิดเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized Control Trials) และมีกลุ่มเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่น ๆ เช่น การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) เป็นต้น

3. เนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมมี 8 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดต่อเนื่อง 2 เดือน และเป็นกิจกรรมกลุ่ม 8 - 10 คน ทำให้กลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ดังนั้นควรมีปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมและเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้มากขึ้นและต่อเนื่อง เช่น การบำบัดแบบรายบุคคล เพื่อลดปัญหาการนัดหมายจำนวนสมาชิกให้พร้อมเพรียงกัน หรือ มีการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้เทคโนโลยี Internet based เช่น Web application หรือ Mobile application เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ไกลสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และลดเวลาการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมในสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถใช้สื่อและอุปกรณ์ในการฝึกสติที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายใต้โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการของโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2563-2564 จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.น.พ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดคำแนะนำและเป็นแรงบันดาลใจใน

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประสาท อุครนันท์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่สนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งขอขอบพระคุณนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่อนุญาตให้เก็บ ข้อมูลวิจัยในพื้นที่สถานบริการสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานีและบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กิตติวรรณ เทียมแก้ว, นุสพวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล, และ สุกสิทธิ์ พรธนาโรจน์. (2550). ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลภาครัฐ ของประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15(1), 19-21.
- ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, ภรพร วิสาจันทร์, และ อรวรรณ ศิลปกิจ. (2554). ความตรงของ philadelphia mindfulness scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 19(3), 140-147.
- คุณุจิ จิงศิริกุลวิทย์, ปรีชา ปรานิตพลกรัง, ประเวศ คันทิพัฒน์ สกุล, ญาดา ธงธรรมรัตน์, และ ปรานิต ชุ่มพุทรา. (2558). กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติในการป้องกัน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ตอนต้น: การศึกษานำร่อง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(3), 143-153.
- ทยาวิทย์ จันทรวินวัฒน์, และสุหทัย โตสังวาล. (2564). ผลของ โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับ ความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการ พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(3), 42-57.
- พรเพ็ญ อารีกิจ, และอรพรรณ ลือนุญวัชชัย. (2555). ผลของ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการ เจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการ พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 71-80.
- ไพรัตน์ ชมบุญตร, เกษราภรณ์ เคนบุผา, สุพัตรา สุขาวห, จินดา ลีจิ่งเพิ่มพูน, และ หทัยรัตน์ สายมาอินทร์. (2565). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการ เจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต*, 36(3), 117-140.
- มุกดา ศรียงศ์. (2522). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค [Beck depression inventory IA (BDI-IA)]*. กรุงเทพฯ: คณะ ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2563). *รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2563*. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2564). *รายงาน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. โรงพยาบาลพระ ศรีมหาโพธิ์.
- วาริรัตน์ ถาน้อย, รุ่งภา ผาณิตรัตน์, และ กอบกุล พันธุ์เจริญวร กุล. (2554). แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ฉบับ ภาษาไทยสำหรับวัยรุ่น: คุณภาพของเครื่องมือ. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 29-38.
- สมจิตร เสริมทองทิพย์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒน ลินธุ์, และ เวทีส ประทุมศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการ บำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ เป็นเบาหวาน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บุรพา*, 25(3), 66-75.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงกภา โคตรนารา, และ ขจรศักดิ์ วรรณทอง. (2557). ประสิทธิผลของการให้การ ปรีกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 381-393.
- อรวรรณ ศิลปกิจ และบรรจบ บรรณรุจิ. (2558). บทความฟื้นฟู วิชาการ: สติและแบบประเมินสติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่ง ประเทศไทย*, 23(3), 184-197.
- Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., & Wichers, M. (2013). How does mbct for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLoS ONE*, 8(8), e72778.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Bosmans, J. E., Dijkstra-Kersten, S. M. A., Smit, F., Bockting, C. L. H., van Schaik, D. J. F., et al. (2018). A supported self-help for recurrent depression in primary care; an economic evaluation alongside a multi-center randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 13(12), e0208570-e0208570.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, 15(2), 204-223.
- Guo, H.-R., Wang, J.-R., Wang, Y.-L., Huang, B.-L., Yang, X.-H., & Ren, Y.-M. (2022). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with medication therapy in preventing recurrence of major depressive disorder in convalescent patients. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-8.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417-422.
- Kenbubpha K, Pianthong K, Saguanrum K, Sukhawaha S, Thongbenjamas S, & Hasook P. (2021, March). *Development and testing the content validity of the program of mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders*. Paper presented at the 20th WPA World Congress of Psychiatry. Retrieved March 22, 2021, from <https://www.eposters.net/event/20th-wpa-virtual-congressof-psychiatry>
- Kennedy, N., Abbott, R., & Paykel, E. S. (2003). Remission and recurrence of depression in the maintenance era: Long-term outcome in a cambridge cohort. *Psychological Medicine*, 33(5), 827-838.
- Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K., & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 339-344.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 loma prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497.
- Rosner, B. (2015). *Fundamentals of biostatistics*. Nelson Education.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Segal, Z. V., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. The Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. The Guilford Press.
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R., Gionmi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 989-1001.
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., Fjorback, L. O., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26-39.

Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Von Rohr, I. R., Shah, D., Crane, R. S., Eames, C., Jones, M., Radford, S., Silverton, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C. J., Russell, D., Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275-286.

World Health Organization. (24 October 2019). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

THE DEVELOPMENT OF EXISTENTIALISM GROUP COUNSELING MODEL FOR ENHANCE OF SELF-AWARENESS IN SLEEPING OF STUDENTS IN BANSOMDEJCHAOPRAYA RAJABHAT UNIVERSITY*

*Chonlaporn Kongkham, Ph.D. ** Kanchana Suttineam, Ph.D. ***, Anotai Tansawat, Ph.D. *****

Abstract

Objective: 1) The study of self-awareness in the sleeping of students at Rachaphat Bansomdejchaopraya University (BSRU). 2) The development of existentialism group counseling model for enhancing self-awareness in the sleeping of students at BSRU. 3) The evaluation an existentialism group model for development of effective of enhancing self-awareness in the sleeping of students.

Methods: It was a research and development project divided into 2 phases: Phase 1 is a study of sleep awareness in students and Phase 2 is an experiment in the existentialism group counseling model. The samples used in the research were divided into two groups: Group 1 was 1st-4th year students at BSRU Phase 1, with a total of 410 samples obtained from the population calculation formula (Krejcie & Morgan, 1970), And those were multistage random sampling selected from the population. The second group was the 16 students in BSRU whose self-awareness in the sleeping scores were lower than the 25th percentile and who volunteered to attend the experimental. They were then randomly assigned into two groups, classified as an experimental group and a control group. The experimental group received an existentialism group counseling model, while the control group received normal counseling. The research instruments were 1) the demographic data 2) the self-awareness in the sleeping scale with reliability coefficient of 0.91, and 3) The experiment group received the existentialism group counseling for enhancing self-awareness in the sleeping ten times for five weeks and followed up after three weeks of the experiment group counseling. Item objective congruence IOC equal to get the value 0.66-1.00 and use the model to experiment before putting it into practice with students.

Results: 1) The self-awareness in the sleeping of students at BSRU had four factors: 1) perception, 2) self-evaluation, 3) self-efficacy, and 4) self-regulation; The total mean score was high. 2) An existentialism group counseling model for enhancing self-awareness in the sleeping of students at BSRU. It is consistent with empirical data. 3) The self-awareness in the sleeping of students of the experimental group after the experimental and after the follow up were significantly higher than before the experiment at .001 level. 4) The self-awareness in the sleeping of students of the experimental group after the experimental and after the follow-up were significantly higher than that of the control group at .001 level.

Conclusion: The existential group counseling model can be used to improve self-awareness in the sleeping of students.

Keywords: self-awareness in the sleeping, existential group counseling model, students

*It was supported by a research grant from Bansomdejchaopraya Rajabhat University

**Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University, e-mail: chonlaporn.ko@bsru.ac.th

***Assistant Professor, Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University

****Lecturer, Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University

Received: 27 July 2023, Revised: 13 November 2023, Accepted: 20 November 2023

การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา*

ชลพร กองคำ, Ph.D. **, กาญจนา สุทธิเนียม, Ph.D. ***, อโนทัย แทนสวัสดิ์, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) ศึกษาความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา 2) พัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา และระยะที่ 2 เป็นการทดลองรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 410 คน ได้จากสูตรการคำนวณประชากร (Krejcie & Morgan, 1970) และคัดเลือกแบบหลายขั้นตอนเป็นการศึกษาความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา คือมีคะแนนความตระหนักรู้ในการนอนหลับอยู่ในระดับตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา และสมัครใจเข้าร่วมการทดลองรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับ จำนวน 16 คน แล้วสุ่มอย่างง่าย เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมให้เป็นไปตามสภาพปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 1 ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับ และในระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) รูปแบบให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม 2) แบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับรูปแบบให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม 10 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลหลังเข้ากลุ่มรูปแบบให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม 3 สัปดาห์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.66 - 1.00 และนำรูปแบบไปทดลองใช้ ก่อนนำไปทดลองใช้จริงกับนักศึกษา

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 1) การรับรู้ 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเชื่อในความสามารถแห่งตน และ 4) ความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย = 3.63, SD = .46) 2) รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 3) คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษากลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมและหลังการติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของ

นักศึกษากลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมและหลังการติดตามผลสูงกว่าความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป : รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมสามารถเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาได้

คำสำคัญ : รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม, ความตระหนักรู้ในการนอนหลับ, นักศึกษา

*ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

**ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, e-mail: chonlaporn.ko@bsru.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

****อาจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

วันที่รับ: 27 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข: 13 พฤศจิกายน 2566, วันที่ตอบรับ: 20 พฤศจิกายน 2566

ความสำคัญของปัญหา

การนอนเป็นรากฐานที่สำคัญที่สุดในการดำเนินชีวิต 1 ใน 3 ของเวลาชีวิตใช้ในการนอนหลับ หรือประมาณ 3,000 ชั่วโมงต่อปี และมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ บุคคลจึงต้องจัดสรรเวลานอนให้ตนเองอย่างสมดุล ในแต่ละวันตามช่วงวัย เพื่อให้ร่างกายได้มีเวลาฟื้นฟูสภาพ เพิ่มพูนความแข็งแรง การเจริญเติบโต เป็นไปอย่างสมดุล ได้แก่ การเจริญเติบโตทางร่างกาย ภูมิคุ้มกันต้านโรคสูงขึ้น สมองได้รับการจัดระบบระเบียบทำให้มีความสดชื่น มีสติ การรับรู้มีประสิทธิภาพ ว่องไว มีสมาธิ ความจำ ความคิด การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การตัดสินใจดี และรวมถึงปรับตัวได้ดีต่อสภาวะกดดันทางอารมณ์ (นัยพินิจ ชขภักดี, 2560; นฤชา จิรกาลวสาน, 2565; Bollinger et al., 2010; Bruce et al., 2017) ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญที่มนุษย์พึงปรารถนาเนื่องจากการนอนมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดี ได้แก่ กระบวนการเผาผลาญ การควบคุมอารมณ์ กระบวนการทำงานของสมอง และประสิทธิภาพในการทำงาน (Perry et al., 2013)

จากข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า การนอนไม่หลับมีผลกระทบสูงมากทำให้เกิดความเสี่ยงกับบุคคล ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคซึมเศร้า (Irwin, 2015) การศึกษาทางด้านประสาทวิทยาให้ความสำคัญกับการนอนหลับว่ามีผลต่อสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งมีการหลั่งสารให้อยู่ในภาวะสมดุล สารสื่อประสาทที่สำคัญคือ เมลาโทนิินจะหลั่งน้อยลง ถ้าไม่ได้นอนในช่วงเวลาการหลั่งของสารสื่อประสาท ซึ่งมีผลต่อ

ความจำและการเรียน (Curcio et al., 2006) โดยปกติวัยรุ่นควรใช้เวลาในการนอนหลับ 8 - 10 ชั่วโมง นอกจากนี้การนอนส่งผลกระทบทางลบต่ออารมณ์ ประสิทธิภาพการเรียนรู้ และการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการทำงานของระบบประสาท ด้านความสนใจ การคิดแก้ปัญหาซับซ้อน และระบบความจำ (Durmer & Dinges, 2005)

จากการสัมภาษณ์นักศึกษา จำนวน 5 คน โดยใช้คำถาม 1) “การนอนของนักศึกษามีลักษณะอย่างไร” พบว่า กลางคืนนอนไม่หลับทำอะไรก็ไม่หลับ มักจะเกิดขึ้นจากความกังวลเรื่องทำการบ้านไม่เสร็จ หรือช่วงสอบ การดื่มกาแฟ เล่นโทรศัพท์ก่อนนอน ทำให้นอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อช่วงเวลากลางวัน ทำให้รู้สึกไม่สดชื่น อารมณ์เคลื่อนไหวช้า มึน ๆ เบลอ ๆ ความจำไม่ดี ไม่มีสมาธิ เรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง บางครั้งรู้สึกหงุดหงิดง่าย 2) “ท่านให้ความสำคัญกับการนอนระดับใดเรียงระดับ 0 ถึง 10 คะแนน” พบว่า นักศึกษา 2 ใน 5 คน ให้ 8 คะแนน แล้วสามารถนอนหลับได้เพียง 4 - 6 ชั่วโมงต่อคืน นักศึกษา 4 ใน 5 คน ขาดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับว่ามีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจและภูมิคุ้มกันต้านโรค และเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่จะตามมาในอนาคต เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคหัวใจ เป็นต้น นักศึกษาคิดว่าเป็นเรื่องปกติทั่วไป ตามธรรมชาติจึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการนอนหลับ มีพฤติกรรมการเข้านอนและตื่นไม่เป็นเวลาในแต่ละวัน ซึ่งเป็นไปตามสถานการณ์ที่เข้ามาในชีวิตแต่ละวัน เช่น การทำการบ้านก็จะมา

ทำคืนก่อนส่ง การสอบ ตารางเวลาเรียนในแต่ละวันไม่เหมือนกันบางวันมีเรียนเช้า บางวันเรียนบ่าย การตื่นต้องตั้งนาฬิกาปลุก เนื่องจากไม่มั่นใจในการตื่นได้เอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการนอนหลับในประชากรไทยยังไม่มีการศึกษามากนัก (ฉันทนา แร่งสิงห์, 2550) และจากผลการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษาของประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนในระดับไม่ดี ร้อยละ 76.47 ถึงร้อยละ 78 (พิชญ์สินี มงคลศิริ, 2557; นาฏนภา อารยะศิลป์พร และคณะ, 2560) การนอนไม่หลับ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั่วโลก (สุรางค์ เลิศชาธาร, 2554) ซึ่งลักษณะปัญหาที่พบบ่อยในนักศึกษาคือ พฤติกรรมการเข้านอนและตื่นไม่ตรงเวลา การรับประทานอาหารและดื่มเครื่องดื่มก่อนนอน และการใช้ยาและสารต่าง ๆ ก่อนนอน (Montagna & Chokroverty, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นในปัจจุบันได้รับสิ่งกระตุ้นจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยี ทำให้อยากรู้อยากติดตามหรือเสพติโซเชียลอยู่ตลอดเวลา มีสัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อนผ่านช่องทางโซเชียลมากยิ่งขึ้น บางรายติดเกม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการนอน (Wang et al., 2019)

จากที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าบุคคลยังไม่ได้ให้ความสำคัญหรือตระหนักรู้ในการนอนเท่าที่ควร และขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับที่มีคุณภาพหรือรับรู้การนอนหลับตามสุขอนามัย (Voinescu & Szentagotai-Tatar, 2015) เพื่อประโยชน์ของตนเอง ซึ่งจะพบพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลใน

สังคม ที่สะท้อนให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอ เช่น อุบัติเหตุทางจราจร อันเนื่องมาจากการหลับใน หรือการเกิดโรคหัวใจ หรือโรคเรื้อรังได้ง่าย และโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันต่าง ๆ ในร่างกายลดลง (นัยพินิจ กษภักดี, 2560; Prather, et al., 2015) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ระบบบริการรักษา และเศรษฐกิจ

ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล เนื่องจากความตระหนักรู้ในตนเอง เป็นความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ ความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ของตนเองได้ตามความเป็นจริง และค้นหาตนเอง เช่น รู้ข้อดี ข้อเสียของตนเอง รู้ความต้องการ และสิ่งที่ไม่ต้องการของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้ตัวเองเวลาเผชิญกับความเครียด หรือสถานการณ์ต่าง ๆ จะทำให้มีการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในแนวทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของชีวิต (Duval & Wicklund, 1972) แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลไม่มีความตระหนักรู้ในตนเองมักจะเป็นบุคคลที่ใช้ชีวิตไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงแบบขาดเป้าหมายที่ชัดเจนของชีวิต (นิตยา เรืองแป้น, 2558) ซึ่งความตระหนักรู้ในตนเองมี 4 องค์ประกอบย่อย ดังนี้ 1) ความสามารถรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง 2) ความสามารถจัดการกับความรู้สึกภายในตนเอง 3) ความสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง 4) การรับรู้ในความสามารถและคุณค่าของตนเอง (Goleman, 1998) และ Duval & Wicklund (1972) ได้ให้ความหมายของทฤษฎีการตระหนักรู้ในตนเองว่า มีเป้าหมายในการพัฒนาของบุคคลให้เกิด

ความใส่ใจอย่างมีเป้าหมายด้วยตนเอง (Self) หรือ สิ่งแวดล้อมภายนอก มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถ ประเมินได้ด้วยตนเอง (Self-evaluation) เมื่อโฟกัส ด้วยตนเอง (Self-focus) จะทำการเปรียบเทียบกับ ความถูกต้องตามมาตรฐาน โดยเฉพาะการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมการแสดงออก ของตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการเปรียบเทียบ ระหว่างตนเองกับมาตรฐานของบุคคลทั่วไป จะทำ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองและ รับรู้ถึงความภาคภูมิใจและความไม่พึงพอใจของ ตนเอง ความตระหนักรู้เป็นกลไกหลักของการ ควบคุมตนเอง (Self-control) และ Rochat (2003) ได้แสดงให้เห็นว่าการสังเกตความตระหนักรู้ใน ตนเองที่เกิดขึ้น และความสามารถในการควบคุม กำกับตนเอง (Self-regulations) ยังเป็นแนวคิดหลัก ในการพัฒนาจิตใจ ซึ่งเป็นความสามารถในการ ควบคุมกำกับตนเอง และเป็นความสามารถในการ ควบคุมการแสดงออกและแรงกระตุ้น (Impulses) ของตนเอง

การตระหนักรู้ในการนอนหลับที่ถูก สุขลักษณะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของ นักศึกษาในมหาวิทยาลัย (Schlarb et al., 2017) ซึ่ง นักศึกษาที่มีสุขนิสัยการนอนหลับที่ดี มีแนวโน้มที่ จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี เนื่องจากสุขนิสัยการ นอนหลับที่ดีครอบคลุมพฤติกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพ การนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับ Pilcher et al., (2015) ที่ได้กล่าวถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนิสัยการนอนและ การควบคุมตนเอง (Self-control) ว่านิสัยการนอน มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการควบคุมตนเองจะ มีการทำหน้าที่ไปในทิศทางเดียวกันคือ ถ้านิสัย

การนอนดีและการควบคุมตนเองดีส่งผลให้นอน ได้ดี เพราะการควบคุมตัวเองจะนำไปสู่การ ตัดสินใจไปตามเป้าหมาย มีการยืดหยุ่น การ ปรับตัวที่ดี และการปรับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ทำให้ คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น และ Digdon (2010) ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทำงานของนาฬิกาชีวิต ของบุคคลที่มีการทำงานสัมพันธ์กับการนอนหลับ ซึ่งขณะนอนหลับอวัยวะระบบต่าง ๆ จะทำหน้าที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามช่วงเวลาที่เราร่างกาย ออกแบบไว้ ถ้าไม่ได้นอนตามช่วงเวลาจะส่งผลเสีย ต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งการศึกษานี้ได้ทำการศึกษา ความเชื่อของนักศึกษา เกี่ยวกับการนอนหลับ ใน แคนาดา จำนวน 499 คน โดยนักศึกษาที่ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ และเชื่อในความ สามารถของตนว่าทำได้ (Self-efficacy) พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ที่มีความเชื่อว่าการนอนหลับ ตรงตามตารางการนอนหลับเป็นเวลา มีการบริหาร เวลา ในการดื่มกาแฟ การจัดสิ่งแวดล้อมในการนอน เวลาเข้านอน และทำการวัดการรับรู้ความสามารถ พบว่า นักศึกษาที่เชื่อในความสามารถในการนอน ตามตารางของตนเองต่ำ (Low Self-efficacy) เป็น ผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่ เกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการ นอน ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการตระหนักรู้ในตนเอง เกี่ยวกับการนอนของนักศึกษาประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ (Perception) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) 3) เชื่อใน ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) 4) ความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง (Self-regulations) ซึ่ง

ใช้เป็นกรอบการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยได้ ทำการศึกษางานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนอนและคุณภาพการนอน ในนักศึกษา ซึ่งงานวิจัยนั้น ๆ ได้ให้ข้อเสนอแนะ และความจำเป็นว่าควรสร้างความตระหนักให้นักศึกษาเห็นถึงความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพ โดยการปรับสุขนิสัยการนอนหลับ การลดความเครียด และการสร้างสุขภาพ (ผาณิตา ชนะมณี และคณะ, 2549)

จากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึง สนใจทำศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักในการนอนหลับของนักศึกษา โดยการ ให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ซึ่งมีแนวคิด ทฤษฎี ที่เชื่อว่าทุกคนมีคุณค่าในตนเอง มีชีวิตที่มีความหมาย มีอิสระ มีเหตุผลที่จะคิดและตัดสินใจ เลือกได้ด้วยตนเอง ซึ่งสามารถนำแนวคิดของ ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษากลุ่มช่วยในการ พัฒนาความตระหนักในตนเองของบุคคลในการ นอนหลับได้ และสนใจศึกษาในกลุ่มนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการ ปรับตัว ค้นหาลู่ทางที่ท้าทายที่มีความหมายกับตนเอง และแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งด้านการ เรียน ด้านสัมพันธภาพการคบเพื่อน และนักศึกษา ยังเป็นทรัพยากรที่สำคัญและเป็นผู้ที่จะพัฒนา ประเทศต่อไปในอนาคต ถ้านักศึกษามีความตระหนักในการนอนหลับของตนเองดีย่อมแสดง พฤติกรรมการนอนที่ดีจะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกาย ที่แข็งแรง มีสติปัญญา มีสมาธิ ความจำดี มีแรงจูงใจ มีความอดทน เพียรพยายามในการแก้ปัญหา

อารมณ์ดีและกระตือรือร้นมีความพร้อมในการ เรียนนำไปสู่การบรรลุตามเป้าหมายของชีวิต นอกจากนี้การนอนยังส่งผลให้นักศึกษาครูได้รู้ได้ เข้าใจ เกิดความตระหนัก รู้ สามารถนำความรู้ไป ถ่ายทอดให้กับนักเรียนในความรับผิดชอบ และ ผู้ปกครองให้เห็นความสำคัญในการนอนซึ่งเป็น ทักษะชีวิตที่สำคัญเกี่ยวข้องกับทุก ๆ กิจกรรมใน การดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อลดผลกระทบทางลบ ที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิตในอนาคต ทั้งทางด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่เกิดจาก การนอนหลับไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพ ตาม นาฬิกาชีวิตหรือระบบการทำงานของร่างกาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตระหนักในการนอนหลับของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมในการเสริมสร้างความตระหนักในการนอนหลับของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ในการเสริมสร้างความตระหนักในการนอนหลับของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา โดย
 - 3.1 เปรียบเทียบความตระหนักในการนอนหลับของกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล
 - 3.2 เปรียบเทียบความตระหนัก

ในการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา โดยทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม (Existential group counseling theory) มีแนวคิดสำคัญเชื่อว่า มนุษย์ทุกคน เป็นคนดี มีคุณค่า มีศักยภาพ และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีแรงจูงใจที่จะแสวงหาความหมายที่แท้จริงของชีวิตอย่างมี

เป้าหมาย (Meaning of life) และตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งจิตใจและร่างกาย โดยบุคคลมีประสบการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการนอนหลับจะทำให้เกิดการรับรู้ได้ด้วยตัวเองจะเป็นการสร้างตนเองให้เห็นคุณค่า มีความหมาย พึงพอใจ และตระหนักถึงคุณประโยชน์ของการนอนหลับที่มีต่อตนเอง จะตระหนักรู้ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับอย่างเข้าใจที่จะส่งผลต่อชีวิตที่มีความหมาย บรรลุเป้าหมายและประสบความสำเร็จในชีวิต (Corey, 2004) โดยการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมนำมาช่วยในการพัฒนาความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ซึ่งประกอบด้วย

รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม

ครั้งที่ 1-3 การปฐมนิเทศและการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับด้านการรับรู้ (Perception) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสำรวจ การตั้งคำถาม การทำให้กระจ่าง การปรับเปลี่ยนความคิด การฟัง การยอมรับแบบไม่มีเงื่อนไข การสะท้อนความรู้สึก การสะท้อนคิด การทวนความ มอบหมายการบ้าน ตัวแบบ และการอภิปรายกลุ่ม

ครั้งที่ 4-6 การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับด้านการประเมินตนเอง (Self Evaluation) โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสำรวจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การให้ข้อมูล การสะท้อนคิด การอภิปรายกลุ่ม การเล่าเรื่อง แสวงหาความคิด การจินตนาการ และการเสริมแรงทางบวก

ครั้งที่ 7-8 การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับด้านการเชื่อในความสามารถแห่งตน (Self Efficacy) โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม และใช้เทคนิคการสำรวจ การตั้งคำถาม การเล่าเรื่อง ตัวแบบ การสะท้อนความรู้สึก จินตนาการ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การอภิปรายกลุ่ม มอบหมายการบ้าน การปรับเปลี่ยนความคิด และเทคนิค WDEP System

ครั้งที่ 9-10 การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง (Self Regulation) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม และใช้เทคนิคการตั้งคำถาม การให้ข้อมูล มอบหมายการบ้าน การอภิปรายกลุ่ม การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเสริมแรงทางบวก

ความตระหนักรู้ในการนอนหลับ

1. การรับรู้
2. การประเมินตนเอง
3. การเชื่อในความสามารถแห่งตน
4. ความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ด้านการรับรู้ ด้านการประเมินตนเอง ด้านการเชื่อ
ในความสามารถแห่งตน และด้านความสามารถใน
การควบคุมกำกับตนเอง ซึ่งจะช่วยพัฒนาตนเองให้
เห็นคุณค่าของการนอนหลับ และเกิดควา
ตระหนักรู้ในการนอนหลับ นำไปสู่การปฏิบัติตนที่
เสริมสร้างชีวิตที่มีความหมาย ดังภาพที่ 1

สมมติฐานการวิจัย

1. ความตระหนักรู้ในการนอนหลับของ
นักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่ม
แบบกวนิยม หลังการเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่ม
และหลังการติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่ม

2. ความตระหนักรู้ในการนอนหลับของ
นักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่ม
แบบกวนิยม หลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มและ
หลังการติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าความตระหนักรู้ใน
การนอนหลับของนักศึกษากลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับ
รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 2
ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาความตระหนักรู้ในการ
นอนหลับของนักศึกษา และระยะที่ 2 เป็นการ
ทดลองรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม
โดยออกแบบเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental
research) ชนิดกลุ่ม 2 กลุ่ม วัดก่อน หลังการทดลอง

และหลังติดตามผล 3 สัปดาห์ (Two group pretest-
posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 ของ
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ปี
การศึกษา 2565 มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน
9,272 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาความ
ตระหนักรู้ในการนอนหลับ เป็นนักศึกษาที่กำลัง
ศึกษาใน มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2565 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง
แบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)
และยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม
ตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%
กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.5 คำนวณ
กลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 370 คน จากตาราง Krejcie
& Morgan (1970) และเพิ่ม 10% ในการป้องกัน
ข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือสูญหาย จึงเก็บกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งสิ้น จำนวน 410 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของ
การใช้รูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักรู้ใน
การนอนหลับเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะครุศาสตร์
ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาปี
การศึกษาที่ 2565 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
รูปแบบของความตระหนักรู้ในการนอนหลับโดย
การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตาม
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นนักศึกษาที่มี
คะแนนความตระหนักรู้ในการนอนหลับตั้งแต่ 25

เปอร์เซนไทล์ลงมาและสมัครใจ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและได้รับรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน ตามเกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Jacobs et al., 2002; Corey et al., 2018) ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สมาชิกกลุ่มสามารถมีปฏิสัมพันธ์กันได้ทั่วถึง ตามแนวคิดของ Vinogradov & Yalom (1989) ที่กล่าวว่าขนาดสมาชิกกลุ่มในการให้การปรึกษากลุ่มที่ได้ประสิทธิภาพควรมีจำนวน สมาชิก 5 - 8 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามระบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา COA NO.651005 วันที่ 25 ตุลาคม 2565 และกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การรักษาข้อมูลเป็นความลับ การดำเนินกิจกรรม และสิทธิของผู้เข้าร่วมที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนของนักศึกษาและให้เวลานักศึกษาได้ตัดสินใจก่อนการลงนามยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับของ

นักศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี คณะที่ศึกษา ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้ ได้แก่ 1.1) สติอยู่กับปัจจุบัน 1.2) ข้อสรุปที่มีเป้าหมาย 2) ด้านการประเมินตนเอง ได้แก่ 2.1) การกำหนดเป้าหมาย 2.2) การพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้น 3) ด้านการเชื่อในความสามารถแห่งตน ได้แก่ 3.1) การเชื่อมั่นในตนเอง 3.2) การรู้จุดแข็งในตนเอง และ 4) ด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ได้แก่ 4.1) การกำกับติดตาม 4.2) การบริหารจัดการสิ่งกระตุ้น โดยข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ (Rating scale) คือ ไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) หมายถึง ไม่มีความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมตรงกับนักศึกษา จริงเพียงเล็กน้อย (2 คะแนน) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมตรงกับนักศึกษาเพียงเล็กน้อย จริงบางครั้ง (3 คะแนน) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมตรงกับนักศึกษามากกว่าส่วนใหญ่มาก (4 คะแนน) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมตรงกับนักศึกษามาก และจริงมากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมตรงกับนักศึกษามากที่สุด และมีการแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง มีความตระหนักรู้ในการหลับต่ำที่สุด คะแนน 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความตระหนักรู้ในการนอนหลับต่ำ คะแนน 2.51

- 3.50 หมายถึง มีความตระหนักรู้ในการนอนหลับปานกลาง คะแนน 3.51 - 4.50 หมายถึง มีความตระหนักรู้ในการนอนหลับสูง และคะแนน 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความตระหนักรู้ในการนอนหลับสูงที่สุด และได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.66 - 1.00 โดยผู้เชี่ยวชาญจิตวิทยาการให้การปรึกษา อาจารย์พยาบาล และแพทย์ระบบประสาทและสมอง แล้วนำไปใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.234 - 0.594 และหาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .91 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ 0.85, 0.75, 0.73 และ 0.81 ตามลำดับ

ก่อนที่ผู้วิจัยจะทำการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากแบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับ

ของนักศึกษาไปวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยัน (Confirm factor analysis) ของแบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับตัวแปรแฝง (Joreskog & Sorbom, 1999) พบว่า ค่าดัชนีทดสอบความเหมาะสมของโมเดลการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในเกณฑ์กำหนดทุกค่า แสดงว่า โมเดลการวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา มีลักษณะเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังตารางที่ 1

2. รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา โดยผู้วิจัยใช้กรอบการพัฒนาตามข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm factor analysis) 4 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านการรับรู้ ด้านการประเมินตนเอง ด้านการเชื่อในความสามารถแห่งตน และด้านความ

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา

องค์ประกอบความตระหนักรู้ในการนอนหลับ	สัญลักษณ์	B	SE	p	R ²
ด้านการรับรู้	Perc	0.58	0.115	.000	0.34
ด้านการประเมินตนเอง	SEva	0.64	0.112	.000	0.41
ด้านการเชื่อในความสามารถแห่งตน	SEff	1.00	0.097	.000	1.00
ด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง	SReg	0.68	0.083	.000	0.46
Chi-Square = 19.42		df=19	p = 0.430		
GFI =0.99		AGFI = 0.98			
CFI = 1.00		RMSEA = 0.007			

*** $p < .001$

สามารถในการควบคุมกำกับตนเอง มีการพัฒนา 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 กำหนดเป้าหมายของการให้ การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ขั้นที่ 2 กำหนดแนวคิดของการให้ การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ขั้นที่ 3 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ในการนอนหลับและ ศึกษาการสร้างรูปแบบการให้ การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ตามทฤษฎีและเทคนิคการให้ การปรึกษากลุ่ม ขั้นที่ 4 วิเคราะห์แนวคิดและหลักการที่สำคัญ เพื่อใช้ในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ขั้นที่ 5 ดำเนินการสร้างรูปแบบการให้ การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1) แนวคิดสำคัญ 2) เป้าหมาย 3) วิธีดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย หลังจากได้รูปแบบการให้ การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา และได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.66 - 1.00 โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการให้ การปรึกษา อาจารย์พยาบาล และ แพทย์ระบบประสาทและสมอง ขั้นตอนการให้ การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป จากนั้นผู้วิจัย นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 6 ราย ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ปรับปรุง

ตามข้อเสนอแนะที่ได้อีกครั้งแล้วจึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

หลังจากได้รับอนุญาตทำการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยขอ อนุญาตดำเนินการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา และติดต่อประสานงานกับอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ

1. ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลแก่นักศึกษาเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัย เมื่อนักศึกษายินดียินยอมเข้าร่วม และลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ให้ นักศึกษาตอบแบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับ
2. ในระยะที่ 2 ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ของแบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับแก่นักศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ที่มีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมและลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าและสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ตามแผนการดำเนินการกลุ่ม

3. ผู้วิจัยนำแบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดก่อน

ดำเนินการให้การปรึกษา

4. ดำเนินการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ ขึ้นสรุป จำนวน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ ๙๐ นาที ในวันอังคาร และวันศุกร์ ช่วงเวลาเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2566 รายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 - 3 ปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพและการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาด้านการรับรู้ ครั้งที่ 4 - 6 การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาด้านการประเมินตนเอง ครั้งที่ 7 - 8 การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาด้านการเชื่อในความสามารถแห่งตน ครั้งที่ 9 - 10 การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ยุติการปรึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. ติดตามผลหลังการทดลองครบ 3 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบวัดความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ห้อยกประกอบเชิงยืนยันข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาด้วยสถิติ

ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA measurement)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาด้วยสถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated ANOVA measurement)

โดยก่อนการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษากลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผล เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติของมหาวิทยาลัย ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผล 3 สัปดาห์ และเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดย วิธี Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA measurement) และความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated ANOVA measurement)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 410 คน ส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง จำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 เพศชาย จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ คณะ (n = 410)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	293	71.50
ชาย	117	28.50
อายุ 18 - 24 ปี	410	100.0
คณะที่ศึกษา		
ครุศาสตร์	48	11.71
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	97	23.66
วิทยาการจัดการ	85	20.73
วิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม	24	5.85
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	129	31.46
วิทยาลัยการดนตรี	27	6.59
รวม	410	100.00

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ระยะที่ 2

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 16 คน ที่ใช้ในการทดลองมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันดังนี้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 เพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 เพศชาย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00

ผลการศึกษาความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 4 พบว่า ความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 3.626, SD = .455) ส่วนความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง(mean = 3.048, SD = .455) โดยด้านการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

(mean = 4.073, SD = .463) รองลงมา ด้านการเชื่อ .581) และด้านการประเมินตนเอง (mean = 3.662, ในความสามารถแห่งตน (mean = 3.719, SD = SD = .594)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย เพศ และอายุ (n = 16)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 8)		กลุ่มควบคุม (n = 8)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	7	87.50	6	75.00
ชาย	1	12.50	2	25.00
อายุ 18 ปี	8	100.00	8	100.00

ตารางที่ 4 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา โดยรวมและรายด้าน (n = 410)

การตระหนักรู้ในการนอนหลับ	Max	Min	Mean	SD	แปลผล
ด้านการรับรู้ (Perception)	5	2.590	4.073	.463	สูง
ด้านการประเมินตนเอง (Self-Evaluation)	5	1.500	3.662	.594	สูง
ด้านการเชื่อในความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy)	5	1.00	3.719	.581	สูง
ด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง (Self-Regulation)	4.83	1.170	3.048	.634	ปานกลาง
การตระหนักรู้ในการนอนหลับ(โดยรวม)	4.85	1.840	3.626	.455	สูง

ผลการพัฒนารูปแบบการให้การศึกษา
กลุ่มแบบภวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ใน
การนอนหลับของนักศึกษา

โดยก่อนการพัฒนารูปแบบการให้การศึกษา
ปรึกษากลุ่มแบบนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนัก
รู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษา
แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ

ตระหนักรู้ในการนอนหลับสร้างเป็นข้อคำถาม
นำไปใช้กับนักศึกษาจำนวน 410 คน ผลพบว่า
ความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา
ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้ 2)
ด้านการประเมินตนเอง 3) ด้านการเชื่อในความสามารถ
แห่งตน และ 4) ด้านความสามารถในการ
ควบคุมกำกับตนเอง นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) พบว่าผลที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันค่าไค-สแควร์เท่ากับ 19.42 ค่า $p = 0.430$ ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 19 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df) < 2 เท่าของค่าองศาอิสระ (df) ค่า $p\text{-value} = 0.430$ ซึ่งมีค่า $p > .05$ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติดังกล่าวแสดงถึงความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เนื่องจากค่าไค-สแควร์เป็นดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนที่คำนวณจากผลคูณขององศาอิสระกับค่าของฟังก์ชันความกลมกลืนและขึ้นกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงพิจารณาค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนอื่นร่วมด้วย คือค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ซึ่งแสดงถึงโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดีมาก ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.98 ซึ่งแสดงถึงโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดี ค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.007 แสดงถึงโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดี จากค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมดังกล่าว แสดงว่าโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าทั้ง 4 ด้าน สามารถนำมาใช้พัฒนาความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาได้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา โดยผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความ

ตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมความตระหนักรู้ในการนอนหลับ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้ 2) ด้านการประเมินตนเอง 3) ด้านการเชื่อในความสามารถแห่งตน และ 4) ด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง นำรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66 - 1.00) ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 1 คนแล้วนำมาปรับแก้และทดลองใช้กับนักศึกษา 3 คนและ 6 คน นำมาปรับปรุงเพื่อลดปัญหาอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นขณะดำเนินการกลุ่ม ก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ผลของการปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 5 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา กลุ่มทดลอง ที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนการให้การปรึกษากลุ่ม หลังการให้การปรึกษากลุ่มและ หลังการติดตามผล ทั้งโดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 93.737$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 6 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม หลังการทดลองสูงกว่า

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา กลุ่มทดลองรายด้านและโดยรวม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ($n = 8$)

ความตระหนักรู้ ในการนอนหลับ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ด้านการรับรู้	การวัดก่อน หลังและหลังติดตามผล	2.894	2	1.447	31.045***
	ความคลาดเคลื่อน	.968	21	.046	
ด้านการประเมินตนเอง	การวัดก่อน หลังและหลังติดตามผล	6.462	2	3.231	44.144***
	ความคลาดเคลื่อน	1.537	21	.073	
ด้านการเชื่อในความสามารถ แห่งตน	การวัดก่อน หลังและหลังติดตามผล	9.064	2	4.532	77.222***
	ความคลาดเคลื่อน	1.232	21	.059	
ด้านความสามารถในการ ควบคุมกำกับตนเอง	การวัดก่อน หลังและหลังติดตามผล	8.590	2	4.295	34.304***
	ความคลาดเคลื่อน	2.629	21	.125	
โดยรวม	การวัดก่อน หลังและหลังติดตามผล	103.636	2	51.818	93.737***
	ความคลาดเคลื่อน	11.609	21	.553	

*** $p < .001$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษากลุ่มทดลอง ระหว่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล เป็นรายคู่ ($n = 8$)

ช่วงเวลาการวัด	Mean Difference	SE	Sig
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 16.343$, $SD = .571$) - ($\bar{X} = 13.351$, $SD = .813$)	2.992	.372	.000***
หลังการติดตามผล - ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 18.413$, $SD = .819$) - ($\bar{X} = 13.351$, $SD = .813$)	5.062	.372	.000***
หลังการติดตามผล - หลังการทดลอง ($\bar{X} = 18.413$, $SD = .819$) - ($\bar{X} = 16.343$, $SD = .571$)	2.070	.372	.000***

*** $p < .001$

ก่อนการทดลอง (Mean difference = 2.992)
ภายหลังการติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง

(Mean difference = 5.062) และภายหลังการติดตาม
ผลสูงกว่าหลังการทดลอง (Mean difference =

2.070) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลองนักศึกษากลุ่มทดลอง ($n = 8$) และกลุ่มควบคุม ($n = 8$) มีความตระหนักรู้ในการนอนหลับโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ($t = -.035, t = .692, t = .079, t = -.462, t = .053$ ตามลำดับ) ส่วนหลังการทดลองและหลังการติดตามผล นักศึกษาทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับ โดยรวม

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.847, t = 9.948$) และรายด้าน พบว่าด้านการรับรู้หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 4.281$) และหลังการติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.832$) ด้านการประเมินตนเองและด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา โดยรวมและรายด้าน ระหว่างนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังการติดตามผล ($n = 16$)

ความตระหนักรู้ในการนอนหลับ	ช่วงเวลาการวัด	ค่าเฉลี่ย		B	SE	t
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			
ด้านการรับรู้	ก่อนการทดลอง	3.919	3.838	.081	.117	.692
	หลังการทดลอง	4.463	3.853	.610	.143	4.281**
	หลังการติดตามผล	4.757	3.765	.993	.170	5.832***
ด้านการประเมินตนเอง	ก่อนการทดลอง	3.484	3.469	.016	.198	.079
	หลังการทดลอง	4.219	3.531	.688	.119	5.763***
	หลังการติดตามผล	4.750	3.547	1.203	.158	7.598***
ด้านการเชื่อในความสามารถแห่งตน	ก่อนการทดลอง	3.250	3.375	-.125	.270	-.462
	หลังการทดลอง	4.109	3.766	.344	.210	1.638
	หลังการติดตามผล	4.750	3.172	1.578	.120	13.117***
ด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง	ก่อนการทดลอง	2.698	2.688	.010	.197	.053
	หลังการทดลอง	3.552	2.906	.646	.135	4.787***
	หลังการติดตามผล	4.156	3.073	1.083	.209	5.187***
โดยรวม	ก่อนการทดลอง	3.338	3.342	-.005	.131	-.035
	หลังการทดลอง	4.086	3.514	.572	.098	5.847***
	หลังการติดตามผล	4.603	3.389	1.214	.122	9.948***

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

หลังการทดลองและหลังการติดตามผล มีค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (หลังการทดลอง $t = 5.763$, $t = 4.787$ หลังการติดตามผล $t = 7.598$, $t = 5.187$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการเชื่อในความ สามารถแห่งตน หลังการติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการนอนหลับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 13.117$)

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา พบว่า ความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านความสามารถในการควบคุมกำกับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้ในการนอนหลับระดับสูง เนื่องจากรับรู้ และเข้าใจว่าเป็นเรื่องธรรมชาติในชีวิตประจำวัน และนักศึกษายู่ในช่วงวัยที่ร่างกายแข็งแรงและทนต่อการเปลี่ยนแปลงได้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ ที่ได้จากการสำรวจประเมินตนเองทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม (นฤชา จิรกาลวสาน, 2565) แต่ในขณะที่เดียวกันนักศึกษายังได้รับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมสื่อต่างๆคอยกระตุ้นทำให้การกำกับตนเองลดลง จึงเป็นผลให้นักศึกษามีระดับความสามารถในการควบคุมกำกับตนเองปานกลาง

ซึ่งสอดคล้องกับ Godsell & White (2019) ที่ว่าอุปสรรคทั่วไปในการนอนหลับของวัยรุ่นคือการถูกรบกวนจากอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยเด็กผู้ชายมีแนวโน้มที่จะดูวิดีโอและเล่นเกม และเด็กผู้หญิงถูกรบกวนจากการสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือ และประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในการหลังฮอร์โมนเมลาโตนินทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมนอนดึกตื่นสาย

2. ผลการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา โดยการเปรียบเทียบความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา จากผลการวิจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และข้อที่ 2 นั้น เนื่องจากในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมทั้งแนวคิดและเทคนิคของการให้การปรึกษากลุ่มมาใช้ในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา ส่งผลให้นักศึกษามีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆ กันมากขึ้นเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม สามารถปรับปรุงและพัฒนาตนเองให้เกิดความตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น จากการทำกิจกรรมกลุ่มนักศึกษาแสดงความคิดความรู้สึกของตนเองที่สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษามีความเข้าใจที่จะพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับและตระหนักรู้ในตนเองเนื่องจากสมาชิกกลุ่มได้ผ่านการปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งทราบได้จากคำกล่าวของนักศึกษา ได้แก่ “ผมได้เข้านอนช่วงสี่ทุ่มและตื่นตอนตีห้า รู้สึกว่าตนเองสดชื่น อารมณ์ดี มีพลัง ทำงานได้รวดเร็วเหมือนได้

ซาร์ทสมอง “ไม่่วงนอนเวลาเรียน” “การเข้านอน และตื่นเวลาเดียวกันทุกวันทำให้ตนเองทำงานมีประสิทธิภาพเสร็จเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนหน้านี้ตนเองเป็นคนนอนดึกหรือไม่นอนเลยทั้งคืน เข้ามาเรียนเลย มาแบบลอย ๆ ไม่ค่อยมีสติและรู้สึกว่าคุณเองเรียนไม่รู้เรื่อง” “การนอนหลับตามนาฬิกาชีวิตทำให้สับสนน้อยลง ท้องที่เคยผูก 7 วันถ่าย 1 ครั้ง ซึ่งเป็นมาตลอดตั้งแต่เรียนชั้นมัธยม ตอนนี้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ขับถ่าย 2 วันครั้ง” ซึ่งสอดคล้องกับ Pilcher et al.(2015) ที่กล่าวถึงนิสัยการนอนที่ดีและการควบคุมตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของการทำงานที่ประสบความสำเร็จ แต่การอดนอนเรื้อรังทำให้การควบคุมตนเองบกพร่อง มองว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นกับบุคคลจำนวนมาก อาจนำไปสู่ปัญหาในการควบคุมตนเองในแต่ละวัน เช่น เมื่อถูกกระตุ้นจะมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น ไม่ใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว และมีความสามารถในการตั้งใจต่ำ

จากการสังเกตปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มการให้การศึกษา กลุ่มแบบกวนิยม คือ การเข้าใจตนเอง และเข้าใจความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมซึ่งกันและกัน การเห็นเป้าหมายความสำเร็จในระยะสั้นและระยะยาว การให้ความหมายคุณค่าของชีวิต รู้ถึงจุดอ่อน จุดแข็งและโอกาสพัฒนา โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันจากสมาชิกกลุ่ม และเลือกนำแนวทางที่ได้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนตนเอง เพื่อนสมาชิกยังชื่นชมให้กำลังใจและเสริมแรงซึ่งกันและกัน ทำให้เกิด

พลังใจ ความพยายามมุ่งมั่น มานะ อดทน ที่จะทำให้ตนเองบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ และการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม ยังช่วยให้นักศึกษาเกิดการเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ ที่ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในความต้องการที่แท้จริงของตนเอง เห็นถึงคุณค่า ความหมายของการมีชีวิต และตระหนักรู้ในพฤติกรรม การปฏิบัติของตนเอง ที่จะนำไปสู่การตอบสนองเป้าหมายและการมีชีวิตที่สมบูรณ์ (Corey et al., 2018)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่น และตระหนักรู้ในการนอนหลับที่มีลักษณะคล้ายกัน ส่งผลให้กลุ่มประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับ Corey et al. (2018) ที่กล่าวว่า สมาชิกกลุ่มในการให้การศึกษา กลุ่ม ควรมีลักษณะคล้ายกัน วัยเดียวกัน มีความสนใจในปัญหาที่คล้ายกัน จะส่งผลให้กลุ่มนั้นประสบความสำเร็จได้ จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า นักศึกษาขณะเข้าร่วมกิจกรรมมีบรรยากาศเป็นกันเอง กล้าแสดงความคิดเห็น มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความตั้งใจ ช่างสังเกต ใส่ใจซึ่งกันและกัน มีความกระตือรือร้น ตรงต่อเวลาในการเข้ากลุ่มทุกครั้ง ซึ่ง Dinkmeyer (1968) และ Forsyth (2006) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ประสพการณ์ทั้งทางบวกและทางลบรวมถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและสามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ Corey (2004) กล่าวว่า การ

ปรึกษากลุ่มเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเน้นให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ในตนเองที่แสดงออกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นการรู้จักตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองและการพัฒนาตนเองให้ชีวิตมีความหมาย และบรรลุตามเป้าหมายของชีวิต โดยสมาชิกกลุ่มจะรับฟัง ยอมรับและแสดงความเห็นอกเห็นใจ สนับสนุนให้เกิดบรรยากาศความไว้วางใจ นำไปสู่การแลกเปลี่ยนและเห็นความสำคัญที่เกี่ยวโยงกับความหมายและคุณค่าของชีวิต ก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่ความตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งกระบวนการกลุ่มเป็นการสื่อสารสองทางซึ่งจะกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่ม สะท้อนความคิด ความรู้สึก และวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม (Wilson & Kneiesi, 1996) นักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมครั้งนี้ สามารถพัฒนาตนเองให้มีความตระหนักรู้ในการนอนหลับ โดยรวมและรายด้านสูงขึ้นกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นาถยา คงขาว และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมต่อความตระหนักรู้ในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับวิสมา ยูโซะ และคณะ (2565) ได้

ศึกษาการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดอัตถิภาวนิยมต่อความตระหนักรู้ในตนเองและการตั้งเป้าหมายในการเรียน: กรณีศึกษานักศึกษาชั้นปีที่ 1 สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก พบว่า นักศึกษาที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดอัตถิภาวนิยม มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองและการตั้งเป้าหมายในการเรียน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองและการตั้งเป้าหมายในการเรียน แตกต่างกับนักศึกษาที่ไม่ได้เข้ากลุ่มการปรึกษาอัตถิภาวนิยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าการปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมสามารถเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษาได้ ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของ Hershner & Chervin (2014) ที่สถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกแก่นักศึกษาให้ได้ความรู้เรื่องการนอนและการส่งเสริมพฤติกรรมนอนที่ดีต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยม สามารถเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการนอนหลับของนักศึกษา สถาบันการศึกษาควรสนับสนุนส่งเสริมให้ความรู้เพื่อให้นักศึกษาเห็นความสำคัญ ประโยชน์ของการนอนหลับ และนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองปฏิบัติ นักศึกษาจะทำให้เกิดความตระหนักรู้ในการนอนหลับของตนเอง ซึ่งก่อนนำรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบกวนิยมไปใช้ควรมีการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด การใช้เทคนิคต่าง ๆ

จากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษา

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ในการนอนหลับที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความพึงพอใจในตนเอง ด้านการทำงานของร่างกาย และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3. ควรมีการติดตามผลความตระหนักรู้ในการนอนหลับหลังจากทดลองไปแล้ว 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อศึกษาความคงอยู่และการเปลี่ยนแปลงของความตระหนักรู้ในการนอนหลับที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ณาจารย์ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย และขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาที่ได้สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- ฉันทนา แร่งสิงห์. (2550). *คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร [วิทยาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/กรุงเทพฯ.*
- นฤชา จิรกาลวสาน, (บ.ก.). (2565). *เวชศาสตร์การนอนหลับ (Essentials in Sleep Medicine)*. เท็กซ์แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด.
- นัยพินิจ ฌกักคี. (2560, 25-26 พฤษภาคม). *วิทยาศาสตร์ของการนอนหลับ* [เอกสารการนำเสนอ]. การประชุมสัมมนา Brain and Mind Forum ครั้งที่ 4: เรื่อง Sleep and Circadian Rhythm, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

- นาฏนภา อารยะศิลปธร, พัทนิ สมกำลัง, และ จันทรีจิรา ภูบุญเอิบ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 38-50.
- นาถยา คงขาว, ประชา อินัง, และ เพ็ญภา กลุณภาค. (2561). ผลการปรึกษากลุ่มแบบอดิภาวะนิยมต่อการตระหนักรู้ในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี*, 14(3), 211- 221.
- นิตยา เรืองแป้น. (2558). ผู้บริหารกับการพัฒนาตนด้วยการรู้จักตนเองและตระหนักในความมีคุณค่าแห่งตน. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 12(58), 1-11.
- พิชญ์สินี มงคลศิริ. (2557, 17-18 กรกฎาคม). *การปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี* [เอกสารนำเสนอ]. การประชุมใหญ่และนำเสนอผลงานวิชาการระดับชาติ: เรื่องสหวิทยาการ: ความหลากหลายทางวัฒนธรรมสู่ประชาคมอาเซียน, ตรัง, ประเทศไทย.
- วิสมา ยูโซะ, เพ็ญประภา ปริญญพล, และ แสงสุรีย์ ส้าอังก์กุล. (2565). ผลการปรึกษากลุ่มตามแนวคิดอดิภาวะนิยมต่อการตระหนักรู้ในตนเองและการตั้งเป้าหมายในการเรียน: กรณีศึกษานักศึกษาชั้นปีที่ 1 สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก. *วารสารนักจิตวิทยาคลินิกไทย*, 53(3), 1-12.
- สุรางค์ เลิศชาธาร. (2554). *นอนไม่หลับทำอะไรการดูแลผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับ*. <http://164.115.23.88/hbss/Files/ไฟล์ระวัง/7.คลังความรู้/นอนไม่หลับ/นอนไม่หลับ>
- Bollinger, T., Bollinger A., Oster, H., & Solbach, W. (2010). Sleep, immunity, and circadian clocks: a mechanistic model. *Gerontology*, 56(6), 574-80.
- Bruce, E. S., Lunt, L., & McDonagh, J. E. (2017). Sleep in adolescents and young adults. *Clinical Medicine*, 17(5), 424-428.
- Corey, G. (2004). *Theory and practice of counseling*. (6th ed.). Brooks/ Cole Thomson.
- Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. (2018). *Group Process and Practice*. (10th ed.). Cengage Learning.
- Curcio, G., Ferrara, M., & De Gennaro, L. (2006). Sleep loss, Learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 323-337.

- Digdon, N., L. (2010). Circadian preference and college students' beliefs about sleep education. *Chronobiology International*, 27(2), 297-317.
- Dinkmeyer, C. (1968). *Reading in group counseling*. International Textbook Company.
- Durmer, J.S., & Dinges, D.F. (2005). Neurocognitive consequences of sleep deprivation. *Seminars in Neurology*, 25(1), 117-129.
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self awareness*. Academic Press.
- Forsyth, D. R. (2006). *Group dynamic*. Thomson Higher Education.
- Godsell, S., & White, J. (2019). Adolescent sleep deprivation is a growing public health problem. *Journal of Adolescence*, 73, 18-25.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Bantum Books.
- Hershner, S. D., & Chervin, R.D. (2014). Causes and consequences of sleepiness among college students. *Nature and Science of Sleep*, 6, 73-84.
- Irwin, M.R. (2015). Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 3(66), 143-72.
- Jacobs, E., Masson, L., & Harvill, L. (2002). *Group counseling: strategies and skills*. (4th ed.). Brooks/Cole.
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1999). *Lisrel 18: New statistical features*. Scientific Software International.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Montagna, P., & Chokroverty, S. (Eds.). (2011). *Handbook of clinical neurology: Sleep disorder, Part 1*. Elsevier.
- Ohlsen, M. M. (1970). *Group counseling*. Rinehart and Winston.
- Perry, G. S., Patil, S. P., & Presley-Cantrell, L. R. (2013). Raising awareness of sleep as a healthy behavior. *Preventing Chronic Disease*, 10, 133.
- Pilcher, J.J., Morris, D., Donnelly, J., & Feigl, H. B. (2015). Interactions between sleep habits and self-control. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 284, 1353-1359.
- Prather, A. A., Janicki-Deverts, D., Hall, M. H., & Cohen, S. (2015). Behaviorally assessed sleep and susceptibility to the Common Cold. *Sleep*, 38(9).
- Rochat, P. (2003). Five levels of self-awareness as they unfold early in life. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 12(4), 717-731.
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Hellmann, S. M., Vögele, C., & Gulewitsch, M. D. (2017). Sleep and somatic complaints in university students. *Journal of Pain Research*, 10, 1189-1199.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1989). *Concise guide to group psychotherapy*. American Psychiatric Press.
- Voinescu, B., & Szentagotai-Tatar, A. (2015). Sleep hygiene awareness: Its relation to sleep quality and diurnal preference. *Journal of Molecular Psychiatry*, 3(1), 1.
- Wang, P.Y., Chen, K.L., Yang, S.Y., & Lin, P.H. (2019). Relationship of sleep quality, smartphone dependence, and health-related behaviors in female junior college students. *PLoS ONE*, 14(4), e0241769.
- Wilson, H. S., & Kneiesi, C. R. (1996). *Psychiatric nursing*. (5th ed.). Addison - Wesley Nursing.

FACTORS RELATED TO DEPRESSIVE DISORDER OF WORKING AGE PEOPLE IN THE SITUATION OF THE COVID-19 PANDEMIC

Sarinya Chansuk, Ph.D. , Sujitta Ritmontree, Ph.D.***

Abstract

Objective: The objective was to screen for depressive disorders and study factors associated with depressive disorders of the working-age among the COVID-19 pandemic in Sam Prao Sub-district, Mueang district, Udonthani.

Methods: This study was conducted using a cross-sectional analytical study. Data was collected by face-to-face interviews with 400 working-age dwellers, aged 18-59 years who were selected by systematic random sampling, study period in March 2022. The tools were 1) a questionnaire consisting of general information and infection of COVID-19, and 2) a depression screening and assessment questionnaire (2Q, 9Q). Descriptive statistics and Logistic Regression.

Results: This study revealed that most working-age were female (69.2%), average age was 41.25, marriage (80.8%), high school graduation (59.8%), employee (59.5%), average income was around 10,643.75 per month, family member (83.7%), non-COVID-19 (99.2%), affected from COVID-19 pandemic: by maintain employment status (47.0%), and social supporting (99.2%). The working-age dwellers were at risk for depressive disorders by 30.0% and had a low level of depressive symptoms at 100%. It was found that a leadership role in the family (AOR = 2.659, 95% CI = 1.365 to 5.180, $p < 0.05$) had a statistically significant correlation with depressive disorders.

Conclusion: To prevent depressive disorders in working-age, Mental Health and Psychiatric Nurses or the health workforce in community settings should establish a prevention project, including caring program for working-age dwellers. Focusing on a leadership role in the family in order to decrease depressive disorder incidents.

Keywords: depressive disorders, the working age people, the COVID-19 Pandemic

*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajaphat University

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajaphat University, e-mail: sujittarnt@gmail.com

Received: 9 August 2023, Revised: 22 November 2023, Accepted: 29 November 2023

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงาน ในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19

ศริญญา ชาญสุข, ป.ร.ค.*, สุจิตตา ฤทธิมนตร์, ป.ร.ค.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อคัดกรองและประเมิน โรคซึมเศร้า และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงาน ช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในชุมชนสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา : รูปแบบการศึกษาวิเคราะห์แบบตัดขวาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบ เหยี่ยวน้ำกับวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี ที่อาศัยในตำบลสามพร้าว จังหวัดอุดรธานี สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ จำนวน 400 คน ศึกษาในเดือนมีนาคม 2565 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและการติดเชื้อ COVID-19 2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) และแบบประเมิน โรคซึมเศร้า (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้ สถิติ Logistic Regression

ผลการศึกษา : พบว่า วัยทำงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.2%) อายุเฉลี่ย 41.25 ปี สถานภาพสมรสคู่ (80.8%) จบระดับมัธยมศึกษา (59.8%) อาชีพรับจ้าง (59.5%) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 10,643.75 บาท สถานภาพเป็น สมาชิกในครอบครัว (83.7%) ไม่ติดเชื้อ COVID-19 (99.2%) ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 โดยยังคงสถานะการจ้างงาน (50.0%) และได้รับความช่วยเหลือจากสังคม (99.2%) มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า (30.0%) และมีอาการของซึมเศร้าระดับน้อยมาก (100%) การมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR= 2.659, 95% CI = 1.365 to 5.180, $p < 0.05$)

สรุป : บทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวของวัยทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ โรคซึมเศร้า จึงเป็น ข้อมูลที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยทำงานโดยเฉพาะผู้มีบทบาทเป็นผู้นำ ครอบครัว รวมไปถึงการพัฒนาารูปแบบการดูแลวัยทำงานที่มีโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ : โรคซึมเศร้า, วัยทำงาน, โรค COVID-19

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, e-mail: sujittarmt@gmail.com

วันที่รับ: 9 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไข: 22 พฤศจิกายน 2566, วันที่ตอบรับ: 29 พฤศจิกายน 2566

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์วิกฤติ COVID-19 ในช่วงปลายปี 2562 ประเทศทั่วโลกต่างได้รับผลกระทบในทุกด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ซึ่งในด้านสุขภาพองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2022 ยอดรวมผู้เสียชีวิตจากโควิดทั่วโลกอยู่ที่ 6,004,421 ราย ส่วนยอดผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก จำนวน 446,511,318 ราย (WHO, 2022) ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสม 3,575,398 ราย ยอดผู้เสียชีวิต 24,958 ราย (นัฐกิต จรุง, 2565) ส่วนในจังหวัดอุดรธานี มียอดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส COVID-19 สะสม 123,760 ราย ยอดผู้เสียชีวิต 609 ราย (เขตบริการสุขภาพที่ 8, 2565)

กรมสุขภาพจิตสำรวจสุขภาพจิตคนไทยทุกช่วงอายุเมื่อเดือนมกราคม 2563 - พฤศจิกายน 2564 พบว่า คนไทยมีความเครียดสูงร้อยละ 8.43 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.91 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.48 มีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 4.15 และยังพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องพบผู้ตกงาน ผู้มีรายได้น้อย หรือธุรกิจประสบปัญหาจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ในปี 2564 ถึง 1 ใน 3 มีความเครียดสูงและเกือบ 1 ใน 4 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) รวมทั้งรายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2564 พบว่ากลุ่มโรคที่เป็นปัญหา 5 อันดับแรก คือ 1) การติดสารเสพติด 2) โรคจิตเภท 3) โรคจิตเวชชนิดอื่น 4) โรคซึมเศร้า 5) โรคสมาธิสั้น

(กรมสุขภาพจิต, 2565) พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 4,000 รายต่อปี ไปสู่ 5,000 รายต่อปี โดยกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือ กลุ่มวัยทำงาน (สำนักข่าว HFocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2566) และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระยอง เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเครียดจากการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (จันทนา เกิดบางแถม, 2564) แม้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคนซึ่งเป็นวัยทำงาน ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.56, p = .000$) (วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ, 2563) จึงอาจสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วย การมีโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว 2) ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ สภาพครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพและการทำงาน ได้แก่ ความมั่นคงในงาน รูปแบบการจ้างงาน และลักษณะอาชีพ สภาพแวดล้อมในการทำงาน การตกงาน หรือว่างงาน (คันธรส สุขกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562)

จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาด

ใหญ่อันดับที่ 4 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบน การดำรงชีวิตของประชาชนในท่ามกลาง การขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี (2563) ที่พบว่า ผู้ฆ่าตัวตาย และ พยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงเดือนตุลาคม 2560 - พฤศจิกายน 2561 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ 300 ราย สำเร็จ 98 ราย และในช่วงเดือนตุลาคม 2561-มีนาคม 2562 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 30 ราย เสนอวิธีการที่ใช้มากที่สุดคือ การผูกคอ รongลงมากินยา หรือสารเคมี ในช่วงเกิดสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ ไชยวัฒน์ แพงพรมมา (2565) ได้ศึกษาภาวะ สุขภาพจิตของประชาชนอำเภอหนองแสง จังหวัด อุดรธานี ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 380 คน พบว่า 1) ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอำเภอหนองแสง ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สำหรับกลุ่ม ผู้ที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป การประเมิน ภาวะความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียด น้อย สำหรับกลุ่มผู้ที่มีระดับความเครียดสูงทำการ ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะ ซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะ ซึมเศร้าต่ำ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่ ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความ พอเพียงของรายได้ การมีโรคประจำตัว ความทุกข์ ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา 3) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 2 ตัวแปร

ได้แก่ การมีโรคประจำตัว (OR Adjusted = 1.93, 95%CI = 1.10 - 3.36) และความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (OR Adjusted = 1.80, 95%CI = 1.06 - 3.06) จากผลการศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควร ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนแต่ละ กลุ่มอายุ เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน แต่ละกลุ่มอายุอาจไม่เหมือนกัน และมีปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

พื้นที่ตำบลสามพร้าว อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จัดเป็นตำบลที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในอำเภอ และมีจำนวนประชากรวัยทำงานมากที่สุดเช่นเดียวกัน วัยแรงงานส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพรับจ้าง ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ เป็นผู้มีความเสี่ยง ที่จะได้รับผลกระทบด้าน สุขภาพจิตจาก สถานการณ์ดังกล่าว ประกอบกับข้อมูลทางด้าน สุขภาพจิต โดยเฉพาะเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของวัย ทำงานในพื้นที่ยังมีค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการคัด กรองภาวะซึมเศร้าของวัยทำงานในชุมชน รวมถึง หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัย ทำงานในชุมชน ในขณะเกิดสถานการณ์แพร่ ระบาด COVID-19 จะเป็นข้อมูลเพื่อนำไปสู่การ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เพื่อธำรงไว้ซึ่งสุ ภาวะที่ดีของประชากรวัยทำงาน ซึ่งเป็นผู้เกื้อหนุน สังคมและเตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า

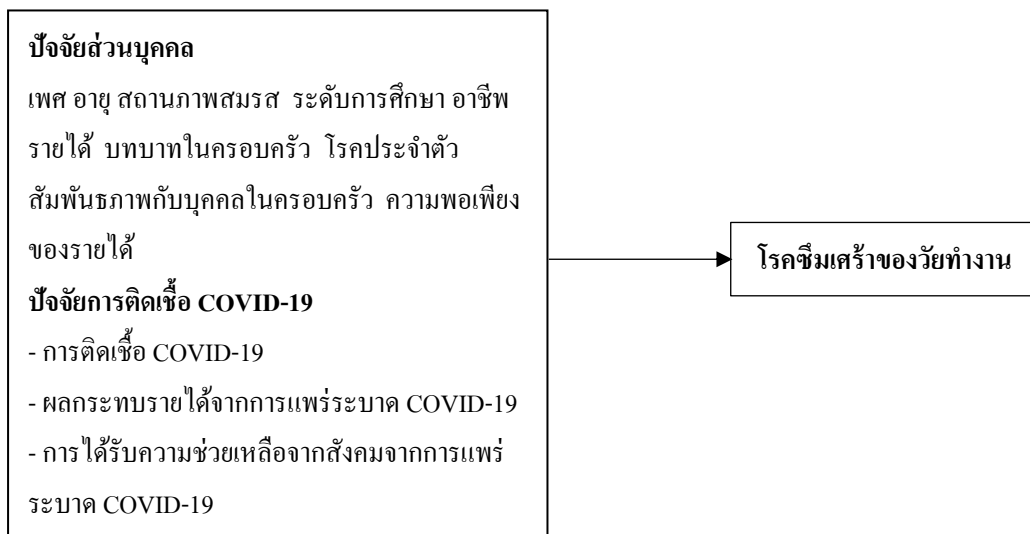
ของวัยทำงาน ในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของวัยทำงานกับโรคซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วย การมีโรค

ประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว 2) ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ สภาพครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพและการทำงาน ได้แก่ ความมั่นคงในงาน รูปแบบการจ้างงาน และลักษณะอาชีพ สภาพแวดล้อมในการทำงาน การตกงาน หรือว่างงาน (กันทรศ สุขกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562) จึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มีนาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยทำงานที่มีอายุ 18 - 59 ปี ที่อาศัยในตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 7,670 คน (กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยทำงานใช้แรงงานที่มีอายุ 18 - 59 ปี ที่อาศัยในตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan (1970) ประมาณค่าสัดส่วนของประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 364 คน เมื่อกำหนดค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน แล้วทำการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) โดยนำทะเบียนรายชื่อมาเรียงกันแต่ละหมู่บ้าน ได้ช่วงที่จะเลือกจากสูตร $7,670/400 = 20$ จากนั้นเลือกตัวอย่างหน่วยแรกโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายกับตัวอย่างช่วงแรก สุ่มระหว่างหมายเลข 1 ถึง 20 สุ่มได้หมายเลข 8 ตัวอย่างคนแรกก็คือหมายเลข 8 คนต่อ ๆ ไป ก็คือหมายเลข 28, 48, 68 ...จนครบ 400 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้ที่มิมีสัญชาติไทย ไม่จำกัดเพศ อายุตั้งแต่ 18-59 ปี มีงานทำเป็นประจำ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง และจะคัดออกเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินร้ายแรงหรือเสียชีวิตจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือขอลอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ COVID-19 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 13 ข้อ ผู้วิจัยหา Content Validity ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องเหมาะสม ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรที่ศึกษา และวัตถุประสงค์การวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยทำการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม เป็นแบบสอบถามมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี ให้ 0 คะแนน มี ให้ 1 คะแนน โดยถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นภาวะซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นภาวะซึมเศร้า โดยผ่านการทดสอบคุณภาพมีความไวสูงถึงร้อยละ 96.5 ความจำเพาะร้อยละ 44.6 แต่ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า มี จะเพิ่มความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1 สามารถนำไปค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ (สุวรรณ อรุณไพศาล และคณะ, 2551)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เพื่อช่วยการวินิจฉัย และใช้ประเมินเพื่อจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า เป็นการประเมินเพื่อเป็นการบ่งชี้ที่ชัดเจนขึ้น ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่และอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใดจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้าภายใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน มีเป็นบางวัน ให้ 1 คะแนน เป็นบ่อย ให้ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต

ดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยผ่านการทดสอบคุณภาพมีความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่สถานบริการสาธารณสุข (ธนิษฐ์ กองสุข, 2553)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ถึงกำนันและผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้านเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามทะเบียนรายชื่อของแต่ละหมู่บ้าน และนัดหมายการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างตามนัดหมายในหมู่บ้านตามที่นัดหมาย แนะนำตัวชี้แจงโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ผลการประเมินจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากสมัครและยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมรู้สึกลำบากใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ต่อไป สามารถยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้ตอบมีอิสระในการตัดสินใจเลือกที่จะตอบหรือไม่ตอบก็ได้ รวมทั้งสามารถยุติการตอบแบบสัมภาษณ์ได้ทุกเมื่อ และขอข้อมูลกลับได้

ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face to face interview) และบันทึกคำตอบเอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ต่อราย

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามทุกชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวลจัดระเบียบข้อมูล ลงรหัสและนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่โครงการ ECHM 64047 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขอขยาดวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในกรณีไม่สามารถเขียนหนังสือได้บนเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมทางวิชาการและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าแบบตัวแปรเดียว โดยการวิเคราะห์ถดถอยทวิ (Binary logistic regression) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเชิงซ้อน โดยการวิเคราะห์

ถดถอยพหุ (Multiple logistic regression) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า ใช้สถิติ Logistic Regression

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 อายุเฉลี่ย 41.25 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 80.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.8 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.5 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 10,643.75

บาท ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 83.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.3 มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบปรองดอง ร้อยละ 94.2 มีความพอเพียงของรายได้ ร้อยละ 81.0 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.2 ไม่ติดเชื้อ COVID-19 ผลกระทบเรื่องงานจากสถานการณ์ COVID-19 โดยยังคงสถานะการจ้างงาน ร้อยละ 50.0 และได้รับความช่วยเหลือจากสังคมเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนจากสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 ร้อยละ 99.2 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	123	30.8
หญิง	277	69.2
อายุ		
18 - 40 ปี	191	47.8
41 - 59 ปี	209	52.5
Min. 25 Max. 59 Mean 41.25 SD. 10.048		
สถานภาพสมรส		
โสด	40	10.0
คู่	323	80.8
หม้าย	10	2.5
หย่าร้าง	27	6.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	160	40
มัธยมศึกษา	239	59.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	0.3
อาชีพ		
เกษตรกร	83	20.8
รับจ้าง	238	59.5
รับราชการ	36	9.0
พนักงานบริษัท	43	10.7
รายได้/เดือน		
> 9000 บาท	235	58.8
≤ 9000 บาท	165	41.2
ต่ำสุด 1,000 สูงสุด 20,000 เฉลี่ย 1,0643.75		
บทบาทในครอบครัว		
ผู้นำครอบครัว	65	16.3
สมาชิกครอบครัว	335	83.7
โรคประจำตัว		
มี	11	3.7
ไม่มี	389	97.3
สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว		
มีความขัดแย้ง	23	5.8
ปรองดอง เข้าใจกันดี	377	94.2
ความพอเพียงของรายได้		
ไม่พอเพียง	76	19.0
พอเพียง	324	81.0
การติดเชื้อ COVID-19		
ไม่ติด	397	99.2
ติดเชื้อ	3	0.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบจาก COVID-19		
ถูกเลิกจ้างถาวร	1	0.3
ถูกพักงาน	11	2.8
ถูกลดค่าจ้าง	188	47.0
คงการจ้าง	200	50.0
การได้รับความช่วยเหลือจากผลกระทบของ COVID-19		
ไม่ได้รับ	3	0.8
ได้รับ	397	99.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ความเสี่ยงและระดับอาการโรคซึมเศร้าของวัยทำงาน

โรคซึมเศร้า		จำนวน	ร้อยละ
การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) (n=400)			
0 คะแนน	ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า	280	70.0
1 คะแนน	มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า*	120	30.0
การประเมินอาการซึมเศร้า (9Q) (n=120)			
0 - 6 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก	120	100.0
7 - 12 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	0	0
13 - 18 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	0	0
≥ 19 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	0	0

*คะแนน 2Q เท่ากับ 1 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ต้องประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

ภาวะซึมเศร้าในวัยทำงาน

เมื่อคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ของวัยทำงาน พบว่า มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ร้อยละ 30.0 ประเมินต่อ ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่า วัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้านั้น มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก ร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

ของวัยทำงาน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Odds Ratio) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และ ความเสี่ยงโรคซึมเศร้า พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุ (OR = 2.365, 95%CI: 1.529 - 36.59) ระดับการศึกษา (OR = .464,

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า (n = 400)

ปัจจัย	โรคซึมเศร้า		Crude OR	95%CI	p-value
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง			
เพศ					
ชาย	45(36.0)	78(28.4)	1		
หญิง	80(64.0)	197(71.6)	1.421	.906-2.227	.156
อายุ					
41-59 ปี	80(64.0)	118(42.9)	1		
18-40 ปี	45(36.0)	157(57.1)	2.365	1.529-36.59	.000*
สถานภาพสมรส					
คู่	99(79.2)	224(81.5)	1		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	26(20.8)	51(18.5)	.867	.511-1.470	.694
ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษาและสูงกว่า	59(47.2)	181(65.8)	1		
ประถมศึกษา	66(52.8)	94(34.2)	.464	.302-.714	.001*
อาชีพ					
รายได้มั่นคง (พนักงานบริษัท)	10(8.0)	33(12.0)	1		
รายได้ไม่มั่นคง (เกษตรกร ลูกจ้าง ค้าขาย)	115(92.0)	242(88.0)	.638	.304-1.339	.306
รายได้					
> 9000 บาท	73(58.4)	196(71.3)	1		
≤ 9000 บาท	52(41.6)	79(28.7)	.566	.364-.580	.015*
บทบาทในครอบครัว					
สมาชิกครอบครัว	88(70.4)	247(89.8)	1		
ผู้นำครอบครัว	37(29.6)	28(10.2)	.270	.156-.466	.000*
ผลกระทบด้านรายได้จากการระบาดเชื้อไวรัส COVID-19					
น้อย (388)	4(3.2)	8(2.9)	1		
มาก (12)	121(96.8)	267(97.1)	1.103	.326-3.734	1.000

* $p < .001$

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า (n = 400) (ต่อ)

ปัจจัย	โรคซึมเศร้า		Crude OR	95%CI	p-value
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง			
การติดเชื้อไวรัส COVID-19					
ไม่ติดเชื้อ	123(98.4)	274(99.6)	1		
ติดเชื้อ	2(1.6)	1(0.4)	.224	.020-2.499	.482
การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม					
ได้รับ	123(98.4)	274(99.6)	1		
ไม่ได้รับ	2(1.6)	1(0.4)	.224	.020-2.499	.482

* $p < .001$

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า (n = 400)

ตัวแปร	B	S.E.	p-value	Adjusted OR	95%CI
อายุ	-.512	.301	.089	.600	.332 - 1.082
ระดับการศึกษา	.062	.289	.829	1.064	.604 - 1.877
อาชีพ	.011	.421	.979	1.011	.443 - 2.307
รายได้	.486	.255	.057	1.625	.986 - 2.679
บทบาทในครอบครัว	.978	.340	.004	2.659	1.365 - 5.180
Constant	-3.021	1.931	.118	.049	

95%CI: .302 - .714) รายได้ (OR = .566, 95%CI: .364 - .580) และบทบาทในครอบครัว (OR = .270, 95%CI: .156 - .466) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 ตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พบว่า ผู้มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

ซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว 2.65 เท่า (95%CI: 1.365 - 5.180) ดังแสดงในตารางที่ 4

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19

การสำรวจโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19 พบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ร้อยละ 30.0 และเมื่อประเมินอาการซึมเศร้าต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของพนักงานโรงงานแห่งหนึ่งในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.4 (กุลฉวีลี กิจวัฒน์ะ โภกิน และ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2565) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเลี้ยว อำเภอสันป่าตอง ที่พบความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชน ร้อยละ 0.9 และ 1.5 ตามลำดับ (ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2564) อีกทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องความกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในช่วงการระบาด COVID-19 ที่เผยแพร่ในเดือนกรกฎาคม 2563 พบว่าความชุกของความกังวล ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในทวีปเอเชียเท่ากับร้อยละ 31.9 ร้อยละ 27.9 และร้อยละ 35.3 ตามลำดับ (Salari et al., 2020) และจากผลงานวิจัย systematic review ที่เกี่ยวข้องกับการเกิด depression ใน post COVID-19 syndrome ในช่วง 1 มกราคม 2563 ถึง 5 มิถุนายน 2564 ผู้มีประวัติติดเชื้อ SARS-CoV-2 มาแล้ว

อย่างน้อย 12 สัปดาห์ และอาการหายดีแล้ว พบภาวะซึมเศร้า (depression) ได้ตั้งแต่ร้อยละ 11 ถึงร้อยละ 28.0 และเป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 3.0 ถึงร้อยละ 12.0 (กรมสุขภาพจิต, 2565) เนื่องจากการวิจัยนี้ศึกษาในช่วงที่สถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 คลี่คลายประชาชนได้รับวัคซีนเพื่อช่วยกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกัน อาจมีการปรับตัวทางด้านจิตใจได้ดีขึ้น ทำให้พบอาการซึมเศร้าในระดับน้อย อีกทั้งประชาชนได้รับการช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อนจากสังคมแล้วทั้งจากภาครัฐและเอกชน และด้วยบริบทของพื้นที่ศึกษา ตำบลสามพร้าว มีจุดเด่น และได้เปรียบชุมชนอื่น คือ เป็นชุมชนที่ตั้งของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ศูนย์สามพร้าว ในช่วงการระบาดของเชื้อ COVID-19 บุคลากรของมหาวิทยาลัยได้ลงพื้นที่ดังกล่าว เพื่อไปให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากสถานการณ์แพร่ระบาดครั้งนี้ โดยการให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การจัดหาหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ อาหารกล่อง น้ำดื่ม ให้เพียงพอสำหรับประชาชน รวมทั้งการอนุญาตให้ใช้อาคารอิมเนซียม และอาคารหอพักนักศึกษา ให้เป็นศูนย์ Home Isolation สำหรับประชาชนที่ติดเชื้อ COVID-19 กิจกรรมดังกล่าว จัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพ และความผาสุก โดยเป็นตัวปกป้องบุคคลจากพยาธิสภาพของตัวก่อความเครียด (Cohen & Wills, 1985) ดังนั้นการที่บุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จึงมีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจบุคคลทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของวัยทำงานกับโรคซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19

จากการวิจัย พบว่า ผู้มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว 2.659 เท่า (95%CI: 1.365 - 5.180) สามารถอธิบายด้วยแนวคิดความผูกพันต่อบทบาท (Role commitment) ซึ่ง Pearlin (1983) สรุปว่า ความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลายสามารถสร้าง ความเครียดในบทบาทได้เช่นกัน ได้แก่ ความยากลำบาก ความท้าทาย หรือปัญหาที่บุคคลประสบในการทำหน้าที่ในบทบาทของตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดเป็นความเครียดทั้งทางอารมณ์และทางกาย หน้าที่ในบทบาท (role tasks) ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำครอบครัวนั้น เป็นความผูกพันต่อบทบาทผู้ดูแลบิดา ความผูกพันต่อบทบาทผู้ดูแลคู่สมรส และบุตรหลาน รวมถึงคนในครอบครัวอื่น ๆ ได้แก่ มารดา ภรรยา บุตร (Orathai, 2006) ก่อให้เกิดความเครียดที่เกิดจากการทำหน้าที่ใน บทบาทไม่สำเร็จหรือไม่เป็นที่น่าพอใจโดยอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เวลาว่าง บทบาทที่มาก เกินไป (role overload) หรือ สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย นอกจากนี้ ความเครียดยังสามารถเกิดได้ จากความคาดหวังในการทำหน้าที่ของตัวเอง การได้รับผลตอบแทนที่ไม่ดีพอต่อความทุ่มเท สามารถควบคุมหน้าที่ในบทบาทของตัวเองได้ บทบาทเป็นผู้นำครอบครัวนั้น มีนัยถึงการเป็นความคาดหวังของครอบครัวในการหารายได้ การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว รวมทั้งการสร้างความสุขในครอบครัว ซึ่งใน

สภาวะการระบาดของโรค COVID-19 ในช่วงเวลาดังกล่าว รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย Social distancing เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค จึงเกิดการหยุดชะงักทางเศรษฐกิจอย่างกะทันหัน ในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้กระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้นำครอบครัวมากกว่าผู้ที่เป็สมาชิกครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการตกงานหรือว่างงาน ผู้ที่มีบทบาทผู้นำครอบครัว ได้รับความกดดันที่ต้องแบกรับภาระหลายด้าน เช่น ภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ภาระหนี้สิน ปัญหาการครองชีพ รวมทั้งความผูกพันต่อบทบาทของตนเอง ดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้เกิดความเครียด มีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า อาการซึมเศร้า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการสูญเสียงาน (Kim et al., 2013; Yoon et al., 2017) เมื่อประชากรวัยแรงงานอยู่ในภาวะ ตกงานหรือว่างงาน ย่อมนำมาซึ่งการสูญเสียรายได้ ในขณะที่ยังมีภาระรายจ่ายอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความเครียด และอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาพบว่าวัยทำงานมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก ควรมีการสนับสนุนให้มีการส่งเสริมและป้องกันโรคซึมเศร้า เพื่อลดป้องกันโรคซึมเศร้าหรือลดอาการของซึมเศร้าในวัยทำงาน

2. ผลการศึกษาพบว่า บทบาทผู้นำครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ

ซึมเศร้า ควรมีการจัดโปรแกรมการจัดการกับความเครียดให้กับพนักงานที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบโรคซึมเศร้าของพนักงานที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวหลังช่วงการแพร่ระบาด COVID-19 รวมถึงการศึกษาโรคซึมเศร้าทุกช่วงวัยในชุมชน

2. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบหรือพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและช่วยเหลือพนักงานในชุมชนทั้งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและอาการซึมเศร้าแต่ละระดับ

ข้อจำกัด

การวิจัยตัดขวางนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถใช้เพื่อระบุว่าอะไรเป็นสาเหตุและผลลัพธ์ของการเกิดโรคหรืออาการป่วยได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามการวิจัยแบบตัดขวางมีจุดเด่นและข้อดีก็คือสามารถดำเนินการได้อย่างง่ายดาย เสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการศึกษาน้อย โดยเหมาะกับการใช้เพื่อประเมินสถานการณ์เบื้องต้นหรือติดตามแนวโน้มของโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้นำชุมชน และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (6 กุมภาพันธ์ 2565). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช. <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (16 ธันวาคม 2564). แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีภาวะ long COVID ในกลุ่มอาการทางสุขภาพจิต (Depression in Long COVID). <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202203141114263113.pdf>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (20 มกราคม 2563). ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม: ปริมาณประชากร ตำบลสามพร้าว ปี 2563. <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/populationpyramid/tambon?year=2020&tb=410114>

กุลฉวีลี กิจวิณะ โภกิน และชนาธิวี วิจิตรพันธ์. (2565). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกังวลความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของพนักงานโรงงานแห่งหนึ่งในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(3), 393-403.

เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข. (31 พฤษภาคม 2565). รายงานสถานการณ์ COVID-19 วันที่ 31 พฤษภาคม 2565 เวลา 16.00 น. เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข. <https://r8way.moph.go.th/r8way/covid-19>

กันทรส สุขกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 30(2), 229-238.

จันทนา เกิดบางแถม. (2564). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ไชยวัฒน์ แสงพรมมา. (2565). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 7(2), 69-81.

ณัฐกิต จรุง. (30 กันยายน 2565). รายงานข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ณ วันศุกร์ที่ 30 กันยายน 2565.

- ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์และการวิจัยและพัฒนา
ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) สำนักงานการวิจัย
แห่งชาติ (วช.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย
และนวัตกรรม. <https://covid19.nrct.go.th/daily-report-30sep2022/>
- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2564) ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของ
โรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอบรรณศิริบ้าน
ทุ่งเสียว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(1), 12-21.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2553). *คู่มือผู้เข้ารับการอบรมแนวทางการ
จัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถาน
บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟ
เซต.
- วราพร ศรีภิรมย์, โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นันทจันทร์,
วรภัทร รัตอากาศ. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคน. *วารสารการพยาบาลจิต
เวชและสุขภาพจิต*, 34(3), 20-42.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564).
รายงานสุขภาพคนไทยปี 2564. สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักข่าว HFfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ . (27 มีนาคม 2566).
*ภาวะสังคมไทย 2565 ป่วยซึมเศร้าพุ่งสูงแนวโน้มวัยรุ่น-วัย
ทำงานฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 27 มีนาคม 2566*.
<https://www.hffocus.org/content/2023/03/27358>
- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี. (2 ธันวาคม 2563).
รายงานประจำปี 2563. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด
อุดรธานี. <https://udo.moph.go.th/the-post/upload/IDAGpewyXpJ4pQYALbUftR7p6i/oEYZuHniCHbgh3TxvEaVbtiiIDm.pdf>
- สุวรรณ อรุณไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง,
เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตร วรรณเสวก, เกษราภรณ์
เคนบุปผา, ชีราภา ธานี, จินตนา ลีจ๊ะเพิ่มพูน. (2549). การ
พัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า
ชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน. *วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 50, 2-13.
- Cohen S, & Wills TA. (1985). Stress, social support, and the
buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-
357.
- Kim, S. S., Muntaner, C., Kim, H., Jeon, C. Y., & Perry, M. J.
(2013). Gain of employment and depressive symptoms
among previously unemployed workers: a longitudinal
cohort study in South Korea. *American journal of industrial
medicine*, 56(10), 1245-1250.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample
size for research activities. *Educational and Psychological
Measurement*, 30(3), 607-610.
- Pearlin Leonard I. (1983). Role Strains and personal stress. In
H B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory
and research* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Orathai, P. (2006). Relationships between multiple roles,
psychological well-being, skills and performance of
government university administrators: an application of
multi sample, non-recursive structural equation model.
Journal of Research Methodology, 19, 291-314.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A.,
Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., &
Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety,
depression among the general population during the
COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-
analysis. *Globalization and health*, 16(1), 1-11.
- World health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19)
Dashboard Report. 25 May 2023 <https://covid19.who.int/>
- Yoon, H. J., Choi, J. W., Jang, S. Y., Lee, S. A., & Park, E. C.
(2017). The effect of job loss on depressive symptoms: The
results from the Korean Welfare Panel Study (2007-2013).
International Journal of Social Psychiatry, 63(1), 57-62.

STRESS, DEPRESSION, COPING STRATEGIES AND RESILIENCE OF NURSING STUDENTS AT AN INSTITUTION IN NORTHEAST THAILAND DURING THE OUTBREAK OF THE COVID-19 VIRUS

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

Abstract

Objective: To explore the relationship between stress, depression, coping strategies and resilience of nursing students at an institution in northeast Thailand during the outbreak of the covid-19 virus.

Methods: The participants of the study were 270 undergraduates at a nursing college in the Northeast of Thailand. They were selected by stratified random sampling. The data was collected between October 2021 and March 2022. The research instruments included personal data questionnaires, Suanprung Stress Test 20, Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, Coping Strategies Inventory and Resilience Inventory. The data was analyzed by frequency, percentage, average, standard deviation, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Spearman Rank Correlation Coefficient.

Results: Most nursing students were experiencing a moderate level of stress at 52.20% and a high level of stress at 34.40%. Additionally, seven per cent of them were experiencing depression. Most students were utilizing problem-focused engagement coping strategies, at a high level with an average score of 3.77 (SD = .53). Additionally, students had a high level of resilience with an average score of 122.25 (SD = 11.39). The results of the study showed that stress was positively correlated with depression at a moderate level ($r_s = .626$). Moreover, stress and depression were found positively correlated with emotional-focused disengagement ($r_s = .583, .564$) and negatively correlated with resilience at a moderate level ($r_s = -.445, -.582$).

Conclusion: Most nursing students are having moderate and high levels of stress. Therefore, appropriate coping strategies should be developed and promote resilience among nursing students.

Keywords: coping strategies, resilience, stress, nursing students, depression

*Lecturer, Boromarajonnani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

**Corresponding author: Lecturer, Boromarajonnani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, e-mail: tayawee@knc.ac.th

Received: 22 April 2023, Revised: 1 December 2023, Accepted: 5 December 2023

ความเครียด ภาวะซึมเศร้า กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สุหทัย โดสังวาลย์, Ph.D. *, ทยาวิร์ จันทรวีวัฒน์, พย.ม. **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า กับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา : ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 270 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดสวนปรุง แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามกลยุทธ์การรับมือกับปัญหา และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติแมนวิทนีส์ ยูเทส สถิติครัสคัล วอลลิส และสถิติเชิงสหสัมพันธ์เพียร์แมน

ผลการศึกษา : นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 52.20 รองลงมาอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 34.40 และมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 7.00 นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหามาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 ($SD = .53$) และ คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 122.25 ($SD = 11.39$) ผลการศึกษพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($r_s = .626$) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์ในระดับปานกลาง ($r_s = .583, .564$) และเชิงลบกับความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับปานกลาง ($r_s = -.445, -.582$)

สรุป : นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางและสูง ดังนั้นควรมีการพัฒนากลยุทธ์การรับมือกับปัญหาที่เหมาะสม และเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา, ความแข็งแกร่งในชีวิต, ความเครียด, นักศึกษาพยาบาล, ภาวะซึมเศร้า

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, e-mail: tayawee@knc.ac.th

วันที่รับ: 22 เมษายน 2566, วันที่แก้ไข: 1 ธันวาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 5 ธันวาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นกำลังเผชิญกับปัญหาความเครียดในระดับสูง (วนัญญา แก้วแก้วปาน, 2564) การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของวัยรุ่นตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว เช่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว และการดำเนินชีวิต อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดได้ง่าย นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลที่ยังอยู่ในช่วงวัยรุ่นและเป็นช่วงที่กำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ผู้ใหญ่ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลาย เช่น การเรียนการสอนจากระดับมัธยมศึกษาเป็นระดับอุดมศึกษา การใช้ชีวิตด้วยตนเอง และการปรับตัวกับผู้อื่นทั้งในสถาบันการศึกษา และในหอพักนักศึกษา (เปรมฤดี ศรีวิชัย และ พิมพิมล วงศ์ไชยา, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า การเรียนการสอนพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ยังส่งผลทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดในระดับสูงได้ (จริญญา แก้วสกุลทอง, 2562) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีระดับความเครียดที่สูงกว่านักศึกษาในระดับอุดมศึกษาสาขาอื่นๆ (สปีตระกูล ดันตลานุกูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560)

ความเครียด เป็นการตอบสนองของร่างกายและจิตใจต่อสิ่งที่คุกคาม ทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุลทางร่างกายและจิตใจ (Biggs et al., 2017; Lazarus & Folkman, 1984) และบุคคลไม่

สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ ระดับของความเครียดทำให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล บุคคลที่มีระดับความเครียดที่เหมาะสมจะกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองต่อความท้าทายในชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในขณะที่ความเครียดในระดับสูงจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อเกร็งมากกว่าปกติ อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น และส่งผลเสียต่อจิตใจ เช่น กลัว วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ เป็นต้น (ธงรบ เทียนสันต์ และคณะ, 2564; เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, 2561) จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลในวงกว้าง ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าบุคคลเกิดความเครียดตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง ซึ่งความเครียดดังกล่าวมาจากหลายสาเหตุ ยกตัวอย่างเช่น ความกลัวการติดเชื้อ ความลำบากในการใช้ชีวิต และปัญหาทางเศรษฐกิจ (ธงรบ เทียนสันต์ และคณะ, 2564) นอกจากนี้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอน และส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก (Masha'al et al., 2022) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับสูง จากการเรียนการสอนและการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเรียนแบบออนไลน์ การถูกจำกัดบริเวณและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น (ภัทรา เผือกพันธ์ และคณะ, 2565; สาดิ แฮมิลตัน และคณะ, 2565)

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ที่บุคคลมักแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า

สิ้นหวัง หดหู่ เบื่อหน่าย และอาจส่งผลต่อความผิดปกติทางด้านอื่น ๆ ตามมา เช่น ด้านร่างกาย บุคคลอาจมีปัญหาลักษณะการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ด้านพฤติกรรม บุคคลอาจแยกตัวไม่สนใจในการดูแลตนเอง ซึม เศษเมฆ เป็นต้น (ภักจิรา ภูสมศรี, 2563) นอกจากนี้ยังพบผลกระทบรุนแรงมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งการรายงานปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี 2565 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 7.38 ต่อแสนประชากร โดยเมื่อนำข้อมูลจากใบมรณบัตรมาวิเคราะห์พบว่า กลุ่มวัยรุ่น/ นักศึกษา (อายุ 15 - 19 ปี) มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 2.63 ต่อแสนประชากร (ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย, 2565) นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ผลการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 34 โดยพบว่านักศึกษาที่มีอายุน้อยมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (Tung, et al., 2018) ดังนั้นในช่วงวิกฤติจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีโอกาสมากที่นักศึกษาจะประสบกับภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) และอาจแบ่งออกได้ 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย เช่น ปัญหาสุขภาพ อายุ ด้านสังคม เช่น สัมพันธภาพกับอาจารย์และเพื่อน และการปรับตัวในการเรียนและการใช้ชีวิต และ

ด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความแข็งแกร่งทางจิตใจและกลยุทธ์การรับมือกับปัญหา (สุริยา ยอดทอง และคณะ, 2560) ช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีต้องปรับเปลี่ยนเป็นแบบออนไลน์ ในขณะที่การเรียนการสอนภาคปฏิบัติต้องจัดขึ้นฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการแทน เนื่องจากโรงพยาบาลอาจเป็นแหล่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงเป็นกลุ่มที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมากในการปรับตัวต่อการเรียนการสอนและการดำเนินชีวิต กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาจึงเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการจัดการกับปัญหา หรือ ความเครียดกับปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ที่นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญ

กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา (coping strategies) หมายถึง ความพยายามของบุคคลทั้งทางพฤติกรรมหรือ จิตใจในการรับมือกับปัญหา หรือ ความเครียด จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต โดยกลยุทธ์การรับมือกับปัญหา หรือ ความเครียดที่เป็นที่นิยมมีอยู่ด้วยกัน 2 แบบ คือ แบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) และแบบมุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์ (emotional-focused coping) (ชนานันต์ นุ่มแสง และ ธนิตา ดันตระรุ่งโรจน์, 2561) การมุ่งมั่นแก้ไขปัญหา หรือ มุ่งจัดการที่สาเหตุของความเครียดโดยตรง จะส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา หรือ ความเครียด ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและยอมรับในตนเอง นำไปสู่การเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่การมุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์ อาจทำ

ให้บุคคลยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ เนื่องจากเหตุการณ์ที่เป็นปัญหายังคงอยู่ อาจส่งผลให้บุคคลยังคงเผชิญกับความเครียด หรือความกังวลอยู่ตลอดเวลา (ชุติมา จิรัฐเกรียงไกร และคณะ, 2564)

ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถ หรือศักยภาพของบุคคลในการจัดการกับปัญหา หรือความเครียด ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีความเครียดน้อย (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) อาจเนื่องมาจากความแข็งแกร่งในชีวิตเป็น ศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลาง สภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Grotberg, 2003) เป็นการมองตนเอง 3 องค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย “I have, I am and I can” หมายถึง “ฉันมี ฉันเป็น และฉันสามารถ” เป็นสิ่งสำคัญที่จะ ช่วยในการลดความเครียดได้ (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555) นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่าน มายังแสดงให้เห็นว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมี อิทธิพลทางตรงกับความเครียด และยังมีอิทธิพล ทางอ้อมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ซึ่งสามารถ อธิบายได้ว่านักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จะมีความเครียดน้อย ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ในการ เรียนดีขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่เกี่ยวกับความเครียดและ ภาวะซึมเศร้า กับกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีค่อนข้างจำกัด และยังขาดองค์ความรู้ที่

สำคัญที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา ของนักศึกษาพยาบาลในขณะที่ต้องเผชิญกับ สถานการณ์ความเครียดและความยากลำบาก จาก ความสำคัญดังกล่าว ผลของการศึกษานี้จะช่วย สร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและ ภาวะซึมเศร้า กับกลยุทธ์การรับมือปัญหาและความ แข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็น แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะการเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ ผลการวิจัยจะนำมาซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ สถานการณ์ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาพยาบาล ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงแสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์ การรับมือกับปัญหาและความแข็งแกร่งในชีวิตของ นักศึกษาพยาบาล ว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียด และภาวะซึมเศร้าอย่างไร เพื่อให้การส่งเสริมและ สนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลสามารถจัดการกับ ความเครียดและมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ ลดลง ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวสามารถใช้เป็น แนวทางในการวิจัยต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียด และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลตาม

ระดับชั้นปี

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาระหว่างกลุ่มที่มีความเครียดระดับน้อยและปานกลาง และกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรงของนักศึกษาพยาบาล

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า กับกลยุทธ์การรับมือปัญหาและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างกระบวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่มีการเผชิญความเครียดเป็น 2 ลักษณะ ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา คือ ความพยายามที่จะจัดการกับปัญหาหรือความเครียดด้วยความสามารถของตนเอง และแบบมุ่งเน้นอารมณ์ คือ ความพยายามที่จะควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความเครียด (Hwang et al., 2023) และแนวคิดของ Suls & Fletcher (1985) ที่ได้กล่าวถึงกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ คือ แบบมุ่งมั่น ซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลที่ต้องลงมือปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเครียด และแบบไม่มุ่งมั่นซึ่งเป็นความพยายามหลีกเลี่ยงและระงับสถานการณ์ที่ตึงเครียดของบุคคล นอกจากนี้ยังมีแนวคิดหลักที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ามาจากทฤษฎีชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) ซึ่ง

อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม (Bolton & Gillett, 2019) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย อายุ ผลการเรียนรู้ การออกกำลังกาย กลยุทธ์การรับมือปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิต (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554; สาดิ แฮมิลตัน และคณะ, 2565; สุหทัย โตสังวาลย์, 2564) ภายได้ช่วงวิกฤติจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นช่วงที่มีโอกาสสูงที่นักศึกษาพยาบาลจะประสบกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยพรรณนาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational study) เป็นการศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้า กับกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 - 4 ของสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 634 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970) เนื่องจากการวิจัยเชิงสำรวจและทราบจำนวนประชากรที่ศึกษาชัดเจน (Uakarn et al., 2021) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน

242 คน และเพื่อเป็นการทดแทนอาสาสมัครที่อาจตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงพิจารณาเพิ่มจำนวนอาสาสมัครอีกประมาณร้อยละ 10 รวมทั้งสิ้นจำนวน 270 คน สำหรับเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 1 หรือ 2 ของปีการศึกษา 2564 ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยมีการแบ่งประชากรเป็นชั้นย่อย คือ ระดับชั้นปีของนักศึกษา แล้วเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (proportional) ในแต่ละชั้นปี ได้จำนวนอาสาสมัครในชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ดังนี้ 64 คน 64 คน 83 คน และ 59 คน ตามลำดับ หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มเลขที่ของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (เอกสารการรับรองเลขที่ COA No. 014.2563.013/ 2564) วันที่รับรองระหว่างวันที่ 10 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 9 กันยายน 2565 หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้ช่วยวิจัย (นักศึกษาพยาบาลจำนวน 6 คน ซึ่งได้รับการอบรมหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์) ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกในการเข้ารับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ซึ่งการเข้า

ร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย การไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ในระหว่างการศึกษาที่สถาบัน ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทราบถึงความสำคัญของการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัย กระบวนการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจโดยการลงลายมือชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และเปิดเผยเฉพาะสรุปผลการวิจัยโดยภาพรวม โดยในแบบสอบถามจะกำหนดรหัสเลขที่ของแบบสอบถาม แต่ไม่ระบุชื่อหรือรายละเอียดอื่นใดที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัย เอกสารที่มีข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย เช่น เอกสารให้ความยินยอม จะถูกเก็บแยกส่วนกับแบบสอบถามในตู้เอกสารที่มีกุญแจปิดล็อก ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บรวบรวมในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านในการเข้าถึง ซึ่งมีเฉพาะผู้วิจัยหลักเท่านั้นที่ทราบรหัสผ่าน ในกรณีที่พบผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีระดับความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าสูงหรือรุนแรง ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการส่งต่อข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กับกลุ่มงานที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพและสวัสดิการของนักศึกษาประจำสถาบัน เพื่อให้

คำปรึกษา คำแนะนำ หรือส่งต่อนักศึกษาที่กำลังประสบปัญหาเพื่อรับการบำบัดรักษาต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบก่อนให้การยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และเข้าถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่สามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลการเรียน สถานภาพสมรสของบิดา และมารดา โรคประจำตัว/ ปัญหาสุขภาพ และจำนวนครั้งในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test 20 [SPST-20]) ซึ่งได้รับการพัฒนาจากสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) มีจำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลโดยการแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับตามช่วงคะแนน ดังนี้ 0 - 23 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับน้อย 24 - 41 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง 42 - 61 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับสูง และ 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึงความเครียดระดับรุนแรง โดยข้อคำถามทุกข้อจะมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient) มากกว่า .07 สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงข้อคำถามใดๆ เนื่องจากแบบวัดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่หลากหลาย และนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale [CES-D]) มีจำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดย Radloff (1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคมบดี และคณะ (2540) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินด้วยตนเอง ลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เลย (0 คะแนน) ถึงตลอดเวลา (3 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน การแปลผลเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า และนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกลยุทธ์การรับมือกับปัญหา (Coping Strategies Inventory – Short Form [CSI-SF]) ซึ่ง Tosangworn (2018) ได้พัฒนาจาก Addison et al., (2007) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับมือกับปัญหา ซึ่งจัดหมวดหมู่พฤติกรรมการรับมือกับปัญหาเป็นด้านย่อย ๆ ทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นและไม่มุ่งมั่นแก้ปัญหา กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นและไม่มุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์ แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง “ไม่เคย” 2 หมายถึง “นานๆครั้ง” 3 หมายถึง “บางครั้ง” 4 หมายถึง “บ่อยครั้ง” และ 5

หมายถึง “ตลอดเวลา” การแปลผลคะแนนที่สูง หมายถึง มีกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาในแบบนั้นๆ สูง แบบสอบถามกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรง (validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 และ การศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) ได้รับการพัฒนาจากพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) มีจำนวน 28 ข้อ มีองค์ประกอบหลัก คือ 1) I have (ฉัน มี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ทำให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็นคนที่...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินที่ให้รายงานตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ค่าคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง และนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

เท่ากับ .95 และ การศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบัน เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการของสถาบันแห่งนั้น

2. เพื่อลดอิทธิพลของบทบาทระหว่างอาจารย์และนักศึกษา เนื่องจากคณะผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาล และกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีการเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อช่วยประสานงานและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 6 คน ซึ่งผ่านการเรียนวิชาวิจัยทางการพยาบาล มีประสบการณ์ในการทำการวิจัย และผู้วิจัยได้อบรมให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ เช่น ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย วัตถุประสงค์จริยธรรมการวิจัย และการดำเนินการวิจัย

3. ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกในการเข้ารับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การปกป้องรักษาข้อมูลของอาสาสมัคร สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึง

การร้องเรียนหากไม่ได้รับการปฏิบัติตามสิทธิ์ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในกรณีที่มีข้อสงสัย

5. ผู้ช่วยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และแนะนำให้อาสาสมัครส่งแบบสอบถามคืนให้กับผู้ช่วยผู้วิจัยตามวันและเวลาที่อาสาสมัครสะดวก กรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย คณะผู้วิจัยแสดงความเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ และไม่สอบถามถึงเหตุผลในการไม่เข้าร่วมการวิจัย

6. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องอย่างถี่ถ้วน ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเครียด และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี โดยใช้สถิติครัสคัล วอลลิส (Kruskal-Wallis test) เนื่องจากข้อมูลคะแนนความเครียด และภาวะซึมเศร้ามีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาระหว่างกลุ่มที่มีความเครียดระดับน้อยและปานกลาง และกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรงของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติแมนวิทนี ยูเทส (Mann-Whitney U test) เนื่องจากข้อมูลคะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับ

ปัญหา มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้ากับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิต โดยใช้สถิติเชิงสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 270 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.70 อายุระหว่าง 18 - 34 ปี (mean = 20.33, SD = 1.80) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 30.40 รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 23.70 และชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 23.70 มีค่าเฉลี่ยของผลการเรียน เท่ากับ 3.17 (SD = 0.61) ส่วนใหญ่บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.50 รองลงมาคือหย่าร้าง ร้อยละ 12.20 และบิดาหรือมารดาเสียชีวิต หรือเสียชีวิตทั้งคู่ ร้อยละ 9.20 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 85.60 และค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์เท่ากับ 2.02 (SD = 1.41)

2. ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 52.20 รองลงมาอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 34.40 และระดับรุนแรงร้อยละ 7.40 เมื่อพิจารณาความเครียด

ในระดับสูงและระดับรุนแรงพบว่า ในระดับสูงพบ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 11.90 รองลงมาคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 11.10 ในระดับรุนแรง พบนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มากที่สุด และรองลงมาเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เช่นกัน (ร้อยละ 3.30 และร้อยละ 2.60) ดังรายละเอียดที่แสดงให้เห็นในตารางที่ 1

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อเปรียบเทียบ คะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลตาม ระดับชั้นปีพบว่า นักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีมี คะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดสูงที่สุด ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลแบ่งตามระดับชั้นปี (n = 270)

ความเครียด	ระดับชั้นปีของนักศึกษา จำนวน (ร้อยละ)				รวม (n = 270)
	1 (n = 64)	2 (n = 64)	3 (n = 83)	4 (n = 59)	
ระดับน้อย	0 (0)	2 (0.70)	4 (1.50)	10 (3.70)	16 (5.90)
ระดับปานกลาง	23 (8.50)	38 (14.10)	42 (15.60)	38 (14.10)	141 (52.20)
ระดับสูง	32 (11.90)	22 (8.10)	30 (11.10)	9 (3.30)	93 (34.40)
ระดับรุนแรง	9 (3.30)	2 (0.70)	7 (2.60)	2 (0.70)	20 (7.40)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test (n = 270)

คะแนน ความเครียด	n	(%)	Mean	SD	Median	Mean rank	Chi- square	p- value
ชั้นปีที่ 1	64	23.70	48.33	13.199	49.50	182.98	47.87	.001
ชั้นปีที่ 2	64	23.70	39.05	10.850	37.00	131.38		
ชั้นปีที่ 3	83	30.70	40.43	12.752	39.00	137.42		
ชั้นปีที่ 4	59	21.90	32.53	10.518	31.00	85.76		

3. ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่

ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 93.00 (n = 251) โดยพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีร้อยละของ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ดังแสดงให้เห็นใน

ตารางที่ 3

ผลการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปีพบว่า นักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีมี

คะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลแบ่งตามระดับชั้นปี (n = 270)

ภาวะซึมเศร้า	ระดับชั้นปีของนักศึกษา จำนวน (ร้อยละ)				รวม (n = 270)
	1 (n = 64)	2 (n = 64)	3 (n = 83)	4 (n = 59)	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	55 (20.40)	62 (23.00)	77 (28.50)	57 (21.10)	251 (93.00)
มีภาวะซึมเศร้า	9 (3.30)	2 (0.70)	6 (2.20)	2 (0.70)	19 (7.00)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test (n = 270)

คะแนนภาวะ ซึมเศร้า	n	(%)	Mean	SD	Median	Mean rank	Chi- square	p- value
ชั้นปีที่ 1	64	23.70	14.00	6.626	13.00	175.12	28.44	.001
ชั้นปีที่ 2	64	23.70	10.16	6.134	10.00	130.92		
ชั้นปีที่ 3	83	30.70	10.61	6.552	9.00	133.04		
ชั้นปีที่ 4	59	21.90	8.22	6.544	6.00	100.90		

4. กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์ (mean = 3.65, SD = .51) เมื่อเปรียบเทียบกับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์ (mean = 2.65, SD = .60) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้กล

ยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหาค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 (SD = .53) รองลงมาคือแบบมุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์ (mean = 3.53, SD = .71) และแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหา (mean = 2.97, SD = .70) เมื่อพิจารณาตามระดับชั้นปีพบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 มีคะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์มากที่สุด (mean = 3.71, SD = .51) ในขณะที่นักศึกษา

พยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์มากที่สุด (mean = 2.86, SD = .56) รายละเอียดต่าง ๆ แสดงให้เห็นในตารางที่ 5

ผลการเปรียบเทียบกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาระหว่างกลุ่มที่มีความเครียดระดับน้อยและปานกลาง และกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรง พบว่า ค่ามัธยฐานของกลยุทธ์การรับมือแบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหา แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหา และแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับรายละเอียดแสดงให้เห็นดังตารางที่ 6

5. ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม

เท่ากับ 122.25 (SD = 11.39) โดยพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากที่สุด 128.78 (SD = 9.14) และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 น้อยที่สุด 114.86 (SD = 11.91) ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 7

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า กับการรับมือกับปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหา และแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับต่ำ ($r_s = .235, .197$) และระดับปานกลาง ($r_s = .583, .564$) ตามลำดับ (รัตนศิริ ทาโต, 2564) นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาของนักศึกษาพยาบาลแบ่งตามระดับชั้นปี (n = 270)

กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา	ระดับชั้นปีของนักศึกษา mean (SD)				รวม (n = 270)
	1 (n = 64)	2 (n = 64)	3 (n = 83)	4 (n = 59)	
แบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์	3.54 (.43)	3.69 (.59)	3.66 (.47)	3.71 (.51)	3.65 (.51)
แบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหา	3.67 (.47)	3.78 (.58)	3.76 (.54)	3.88 (.52)	3.77 (.53)
แบบมุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์	3.41 (.69)	3.60 (.78)	3.57 (.54)	3.53 (.52)	3.53 (.71)
แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์	2.86 (.56)	2.70 (.51)	2.59 (.66)	2.46 (.58)	2.65 (.60)
แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหา	2.97 (.61)	3.05 (.65)	3.00 (.81)	2.84 (.68)	2.97 (.70)
แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์	2.71 (.83)	2.23 (.66)	2.04 (.73)	1.95 (.75)	2.22 (.79)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาระหว่างกลุ่มที่มีความเครียดระดับน้อยและปานกลาง และกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรงของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ($n = 270$)

กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา	เครียดระดับน้อยและ	เครียดระดับสูงและ	U	p
	ปานกลาง ($n = 157$)	รุนแรง ($n = 113$)		
	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-สูงสุด)	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-สูงสุด)		
แบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์	3.75 (1.75-5.00)	3.63 (1.50-4.75)	-2.02	.043*
แบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหา	4.00 (2.25-5.00)	3.75 (1.25-5.00)	-3.71	.001**
แบบมุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์	3.50 (1.25-5.00)	3.50 (1.75-5.00)	-.64	.522
แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์	2.42 (1.00-4.29)	3.00 (1.57-4.29)	6.65	.001**
แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหา	3.00 (1.25-4.75)	3.25 (1.50-4.75)	3.29	.001**
แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์	2.00 (.67-4.00)	2.67 (1.00-4.67)	7.73	.001**

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

ตารางที่ 7 คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ($n = 270$)

คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต	n	(%)	Mean	SD
ชั้นปีที่ 1	64	23.70	114.86	11.91
ชั้นปีที่ 2	64	23.70	123.64	9.87
ชั้นปีที่ 3	83	30.70	122.23	10.38
ชั้นปีที่ 4	59	21.90	128.78	9.14
รวม	270	100.00	122.25	11.39

ในระดับปานกลาง ($r_s = .626$) ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับต่ำและปานกลาง ($r_s = -.225, -.308$) และระดับปานกลาง ($r_s = -.445, -.582$) ตามลำดับ ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้ากับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหา และความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติ Spearman Rank Correlation Coefficient (n = 270)

กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า
	r_s	r_s
ความเครียด	-	.626**
ภาวะซึมเศร้า	.626**	-
แบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์	-.127*	-.208**
แบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหา	-.225**	-.308**
แบบมุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์	-.036	-.096
แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์	.485**	.440**
แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหา	.235**	.197**
แบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์	.583**	.564**
ความแข็งแรงในชีวิต	-.445**	-.582**

การอภิปรายผล

ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล
ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับสูงและระดับรุนแรงตามลำดับ เมื่อพิจารณา ระดับความเครียดตามความรุนแรงพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีความเครียดในระดับสูงและระดับรุนแรงมากที่สุด รองลงมา คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า นักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีมีคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่เผชิญกับความเครียดมากกว่านักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในสาขาอื่น ๆ (สืบทระกูล ตันตลานุกูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง

หลายด้าน ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมีดังนี้ การเรียนการสอน ภาควิชาและภาคปฏิบัติ สัมพันธภาพกับอาจารย์ และเพื่อน ปัจจัยด้านการเงิน สุขภาพ และด้านหอพัก รวมถึงความกดดันและความหวังจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง (จริญญา แก้วสกุลทอง, 2562; สืบทระกูล ตันตลานุกูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560)

นอกจากนี้ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีความเครียดในระดับสูงและระดับรุนแรงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับชั้นปีอื่น ๆ (จริญญา แก้วสกุลทอง, 2562) ทั้งนี้อาจมาจากหลายปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีความเครียดในระดับที่สูงมากกว่าชั้นปีอื่น เช่น การปรับตัวต่อการเรียนการสอนโดยการปรับตัวด้านการเรียนในระดับมัธยมศึกษาสู่การ

เรียนในระดับอุดมศึกษา เนื่องจากรูปแบบการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษามีความแตกต่างจากการเรียนในระดับมัธยม ซึ่งมุ่งเน้นการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การบริหารจัดการเวลาในการเรียน ทำให้ผู้เรียนต้องมีความรับผิดชอบและปรับตัวต่อการเรียนเป็นอย่างมาก (ทิวาพร ฟูเฟื่อง และ กัญญาวีร์ โมกขาว, 2562; เปรมฤดี ศรีวิชัย และ พิมพิมล วงศ์ไชยา, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น อาจารย์ผู้สอน และโดยเฉพาะกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 เนื่องจากกลุ่มเพื่อนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือนักศึกษาเมื่อเกิดปัญหาหรือทุกข์ใจ (ทิวาพร ฟูเฟื่อง และ กัญญาวีร์ โมกขาว, 2562) นอกจากนี้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องมีการปรับตัวต่อการเรียนและการใช้ชีวิตอย่างมาก เช่น การเรียนการสอนแบบออนไลน์ ความไม่พร้อมของอุปกรณ์การเรียนการสอนแบบออนไลน์ หรือ ความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากรายได้ของครอบครัวที่ลดลง (จิราวรรณ กล่อมเมฆ และ คณะ, 2565) ความเครียดในระดับสูงของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 สะท้อนถึงกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาในการจัดการกับความเครียด โดยผลการวิจัยนี้พบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนค่าเฉลี่ยในการใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับชั้นปีอื่น ๆ ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าวิธีการดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีในระยะยาว ในขณะที่นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนน

กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาและอารมณ์มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับชั้นปีอื่น ๆ ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าวิธีการดังกล่าวสามารถลดความเครียดได้รวดเร็ว แต่นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตได้ในระยะยาว (Addison et al., 2007, Hwang et al., 2023; Suls & Fletcher, 1985)

สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีความเครียดในระดับสูงและระดับรุนแรง รองลงมาจากชั้นปีที่ 1 ซึ่งการศึกษามาก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีระดับความเครียดในระดับสูงและรุนแรงสัมพันธ์กับการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติ ที่ต้องเน้นการฝึกปฏิบัติงานในคลินิกกับผู้ป่วยจริงที่มีความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับอาจารย์พยาบาลประจำกลุ่ม เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ความไม่คุ้นเคย หรือ การมีประสบการณ์น้อยส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลอาจเกิดความเครียดสูง (สปีดตระกูล ดันตลานุกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) ผลการศึกษาของวรรณวดี เนียมสกุล (2560) อธิบายให้เห็นถึงประสบการณ์ด้านลบของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ในการฝึกปฏิบัติการทำคลอดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล และความรู้สึกกลัว ซึ่งส่งผลทำให้นักศึกษาขาดสมาธิ และไม่สามารถจดจำขั้นตอนในการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษพบว่านักศึกษาพยาบาลถึงร้อยละ 7 มีภาวะซึมเศร้า และในแต่ละชั้นปีมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีคะแนนของภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ในขณะที่ผลการศึกษภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่าน มา พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเพียงร้อยละ 4.73 (สุหทัย โตสังวาลย์, 2564) อย่างไรก็ตามผลการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 34 โดยพบว่านักศึกษาที่มีอายุน้อยมีโอกาสนในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง (Tung et al., 2018) ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 การศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 ต้องเผชิญกับการปรับตัวมากทั้งในเรื่องการเรียนการสอน การปรับตัวเข้ากับอาจารย์ เพื่อน และสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งหากบุคคลใดขาดแหล่งสนับสนุนที่ดีและไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2562)

กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาของนักศึกษาพยาบาล กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ คือ แบบมุ่งมั่น ซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลที่ต้องลงมือปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเครียดซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการลดผลเสียอันสืบเนื่องจากความเครียดได้ และแบบไม่มุ่งมั่น ซึ่งเป็นความพยายามหลีกเลี่ยงและระวังสถานการณ์ที่ตึงเครียดของบุคคลที่ทำให้ลดความเครียดได้รวดเร็วแต่นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตได้ในระยะยาว เช่น ภาวะซึมเศร้า (Addison et al.,

2007, Suls & Fletcher, 1985) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไข้ปัญหา เช่น การวางแผนและทำตามแผน การมองทางด้านดีของสิ่งต่าง ๆ การเผชิญหน้ากับปัญหา และการมองย้อนกลับไปที่สถานการณ์และพยายามที่จะหาทางแก้้ปัญหา รองลงมาคือกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไข้อารมณ์ เช่น พยายามปลดปล่อยอารมณ์ออกมา พูดคุยกับเพื่อนหรือครอบครัว ปลดปล่อยอารมณ์เพื่อลดความเครียด และปรึกษาเพื่อนสนิทหรือญาติที่เคารพเพื่อขอความช่วยเหลือ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไข้ปัญหา จะสามารถทำให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาได้โดยตรง ทำให้เกิดการยอมรับและความเชื่อมั่นในการจัดการปัญหาของตนเอง (ชุดิมา จิรัฐเกรียงไกร และคณะ, 2564) ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การรับมือแบบมุ่งมั่นแก้ไข้ปัญหาของกลุ่มที่มีความเครียดระดับน้อยและปานกลาง และกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่มีระดับเครียดน้อยและปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การรับมือแบบมุ่งมั่นแก้ไข้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีระดับความเครียดน้อยและปานกลาง ใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบมุ่งมั่นแก้ไข้ปัญหา เช่น การวางแผน หรือ การเผชิญหน้ากับปัญหา

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้การจัดการกับความเครียดด้วย

กิจกรรมออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต รองลงมา คือ การดูหนังและการฟังเพลง (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2559; วิสุทธิ โนจิตต์ และคณะ, 2563) ซึ่งการจัดการกับปัญหา หรือ ความเครียดดังกล่าวเป็นลักษณะของการเบี่ยงเบนความสนใจในสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ (สาดี แฮมิลตัน และคณะ, 2565) เป็นกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไข ปัญหา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่กำลังประสบกับปัญหาความเครียดมักใช้วิธีการดังกล่าวในการจัดการกับปัญหา ซึ่งอาจไม่ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลสามารถหลุดพ้นจากปัญหา หรือ ความเครียดนั้นได้ ทำให้นักศึกษาส่วนใหญ่ยังมีความเครียดในระดับที่สูง นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์ เช่น การอยู่คนเดียว การโทษตนเอง หรือ การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวไม่สามารถทำให้นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหาและความเครียดได้ แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา เช่น ความวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า (Masha'al et al., 2022) และเมื่อไม่ได้รับการแก้ไข อาจสะสมก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น และอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ (เปรมฤดี ศรีวิชัย และ พิมพิมล วงศ์ไชยา, 2555)

ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความแข็งแกร่ง

ในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับปานกลาง ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนผลการศึกษที่ผ่านมาที่แสดงให้เห็นว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554; สุหทัย โตสังวาลย์, 2564) ความแข็งแกร่งในชีวิตมีองค์ประกอบโดยรวม ดังนี้ ฉันมี... (I have), ฉันเป็น... (I am) และฉันสามารถ... (I can) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาพร้อมกับรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างรวดเร็ว โดยฉันมี (I have...) แสดงถึงการมีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เช่น ครอบครัว หรือ ชุมชน ฉันเป็น (I am...) แสดงถึงความมั่นคงทางจิตใจของบุคคล เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง พื้นฐานทางอารมณ์ การเป็นที่รักของคนอื่น และฉันสามารถ (I can...) แสดงถึงทักษะในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น วิธีในการจัดการปัญหา ความสามารถในการบอกความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่น ดังนั้นความแข็งแกร่งในชีวิตของบุคคลจึงอาจมีส่วนในการส่งเสริมศักยภาพของบุคคลในการจัดการกับความเครียดได้ (Li & Hasson, 2020) การพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจะมีส่วนช่วยทำให้โอกาสในการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลลดลงได้ การศึกษาที่ผ่านมาได้เสนอแนะแนวทางในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาลโดยการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อน การพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีใน

ครอบครัว และการพัฒนาทักษะในการจัดการกับเหตุการณ์ที่สร้างความวุ่นวายใจให้กับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ทั้งสามปัจจัยมีส่วนในการร่วมทำนายนความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล (โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2561)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางและระดับสูง โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลระดับชั้นปีที่ 1 และ 3 นอกจากนี้ยังมีข้อค้นพบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า ดังนั้นสถานศึกษาจึงควรจัดกิจกรรม หรือ ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลรู้สึกผ่อนคลาย และลดระดับของความเครียดลง นอกจากนี้ควรมีการติดตามระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี โดยเฉพาะชั้นปีที่ 1 และ 3 ซึ่งพบว่ามีความเครียดและภาวะซึมเศร้าสูงกว่าชั้นปีอื่นๆ ควรพัฒนาความรู้และทักษะกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาให้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ในช่วงแรกของการเข้ามศึกษาในสถาบันการศึกษา เช่น มีระบบพี่เลี้ยงหรือการให้ความรู้ในการใช้ชีวิต สอนทักษะการปรับตัวในการเรียนในวิทยาลัย รวมถึงกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา เพื่อเตรียมความพร้อมและการปรับตัว รวมถึงส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นต่อไปสำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ควรมีวิธีการดูแลช่วยเหลือ เช่น การเตรียมตัวสำหรับขึ้นฝึก

ภาคปฏิบัติ รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากรุ่นพี่ที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติมาก่อนเป็นต้น นอกจากนี้อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ และพยาบาลวิชาชีพควรแสดงออกให้เห็นถึงความเข้าใจ รับฟังและเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้แสดงออกถึงความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด และเพิ่มความมั่นใจให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติ

2. ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลบางส่วนใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขปัญหา เช่น พยายามลืมปัญหา ไม่คิดถึงปัญหา และหวังว่าปัญหาจะคลี่คลายด้วยตนเอง และกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบไม่มุ่งมั่นแก้ไขอารมณ์ เช่น อยู่คนเดียว โทษตัวเอง และวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ซึ่งการรับมือกับปัญหาดังกล่าวไม่สามารถช่วยในการจัดการกับปัญหา หรือ ลดความเครียดลงได้ ดังนั้นควรให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการความเครียดที่เหมาะสมให้กับนักศึกษาพยาบาลต่อไป

ด้านการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในหลากหลายภูมิภาค และหลายสถาบัน เพื่อผลการศึกษาสามารถนำไปอ้างอิงได้ในประชากรนักศึกษาพยาบาลที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกันและขนาดใหญ่ขึ้น

2. ควรทำการศึกษาข้อมูลคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลที่มีระดับความเครียดสูง และกลุ่มที่ประสบกับภาวะซึมเศร้า เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับความเครียดและภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการเข้าร่วม และตอบแบบสอบถามการวิจัย ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข สำหรับงบประมาณที่สนับสนุนในการผลิตผลงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2562). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 1-11.
- จิราวรรณ กล่อมเมฆ, อรเพ็ญ พงศ์กล้า, และวรวลัญช์ บรรลือทรัพย์. (2565). การเปรียบเทียบการรับรู้ต่อสิ่งก่อความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักศึกษาพยาบาล ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 8(2), 181-194.
- สุติมา จิรัฐิเกรียงไกร, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย, และสุภาภักดิ์ เกตุราสุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจในวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(2), 77-89.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, และภาคินี เดชชัยยศ. (2562). การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 87-99.
- ทิวาพร พูเพื่อง และ กัญญาวิระ โมกขาว. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐและเอกชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(3), 373-382.
- ทรงรบ เทียนสันต์, สาวิตรี แยมศรีบัว, และวาทีนิ วิชัยทัต. (2564). การจัดการความเครียดสำหรับสถานการณ์ Covid-19. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 15(3), 453-466.
- ธนนันต์ นุ่มแสง และ ธนิตา ดันตระกูลรุ่งโรจน์. (2561). การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(2), 189-98.
- เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 201-210.
- เปรมฤดี ศรีวิชัย และ พิมพิมล วงศ์ไชยา. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 57-68.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, จริยา วิทยะสุกรม, และพิศสมัย อรทัย. (2554). ความแข็งแรงในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(1), 1-13.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน, และทศนา ทวีคุณ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตในนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาล*, 61(2), 18-27.
- ภักจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 14(2), 51-58.
- ภัทรา เผือกพันธ์, กันยพัชร เศรษฐไชยภูมิ, และภาวิณี ชำยกลาง. (2565). ผลกระทบทางจิตใจจากการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 71(4), 55-62.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. บริษัทศิริ วิชั่น จำกัด.
- วันัญญา แก้วแก้วปาน. (2564). การศึกษาความเครียดของนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(2), 13-28.
- วรรณวดี นิยมสกุล. (2560). ประสบการณ์การทำคลอดครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 9(2), 1-17.

- วิไลพร ขำวงษ์, สุดคนึง ปลั่งพงษ์พันธ์, และทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับสาเหตุของความเครียด และการจัดการความเครียด ของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 78-87.
- วิสุทธิ โนจิษฐ์, นกัสนร ยอดทองดี, วงเดือน เล็กสง่า, และปารวีร์ มั่นพิง. (2563). ปัจจัยทำนายความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี*, 10(1), 118-128.
- ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย. (2565). *ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี 2565*. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. <https://suicide.dmh.go.th/news/>
- สาดี แฮมิลตัน, จรูญศรี มีหนองหว้า, และอรุณศรี ผลเพิ่ม. (2565). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 10(5), 1926-1941.
- สืบตระกูล ดันตลานุกูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 9(1), 81-92.
- สุริยา ยอดทอง, นันทยา เสนีย์, และจิราวัฒน์ ชาญสูงเนิน. (2560). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง. *การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 9* (หน้า 761-772). หาดใหญ่.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาส ตาปัญญา. (2540). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. *วารสารสวนปรง*, 13(3), 1-20.
- สุหทัย โดสังวาลย์. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 58-74.
- โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์, และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2561). ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 150-167.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมภร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- Addison, C. C., Campbell-Jenkins, B. W., Sarpong, D. F., Kibler, J., Singh, M., Dubbert, P., Wilson, G., Payne, T., & Taylor, H. (2007). Psychometric evaluation of a Coping Strategies Inventory Short-Form (CSI-SF) in the Jackson Heart Study cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 4(4), 289-95.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In C. L. Cooper, & J. C. Quick, *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice* (pp. 351-364). John Wiley & Sons Ltd.
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). The Biopsychosocial Model 40 Years On. In: *The Biopsychosocial Model of Health and Disease* (pp. 1-43). Palgrave Pivot, Cham.
- Grotberg, E. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Praeger Publishers.
- Hwang, J., Ding, Y., Chen, E., Wang, C., & Wu, Y. (2023). Asian American university students' adjustment, coping, and stress during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4162.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- Li, Z-S, & Hasson, F. (2020). Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*, 90, 104440.

- Masha'al, D., Shahrou, G., & Aldalaykeh, M. (2022). Anxiety and coping strategies among nursing students returning to university during the COVID-19 pandemic. *Heliyon*, 8(1), e08734.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4(3), 249-288.
- Tosangwarn, S. (2018). *Exploring the factors associated with depressive symptoms and understanding stigma associated with living in a care home among older adults residing in care homes in Thailand* [Doctoral dissertation, University of Nottingham]. Nottingham eTheses. <https://eprints.nottingham.ac.uk/51098/>
- Tung, Y. J., Lo, K. K., Ho, R. C., & Tam, W. S. (2018). Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 63, 119-129.
- Uakarn, C., Chaokromthong, K., & Sintao, N. (2021). Sample size estimation using Yamane and Cochran and Krejcie and Morgan and Green Formulas and Cohen Statistical Power Analysis by G*Power and Comparisons. *Aphet International Journal*, 10(2), 76-88.