



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

Vol.39 No.1 January - April 2025

ISSN 3027-8031 (Online)

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความพอใจทางใจ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว กับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลาง
พรชนก จุมพิศ, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นน้อยโอกาส
ปาณิสรา ปานมุนี, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของ
โรคโควิด-19
กฤษฎา คำขึ้น, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์
ของวัยรุ่นตอนปลาย
กมลรัตน์ วิสวงค์พันธ์, หรรษา เศรษฐบุปผา, ขวัญพนมพร ธรรมไทย
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
มยุรี ลักนาศิริโรรัตน์, จารุมน ลักนาวิวัฒน์, ไพจิตร พุทธรอด
- ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของ
ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น
อริวัฒน์ กุลวงษ์, ครุณี รุจกรกานต์



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

ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
 รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
 รศ.สมพร เชื้อหิรัญ
 นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส
 นางกัลยา ภักดีมงคล
 นางกาญจนา เหมะรัต
 รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย
 ศ.ดร.มรยาท รุจิวิเศษชัย
 ดร.มยุรี กลับบวงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
 นางสาวพัชริน คุณคำชู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปิ่นตา
 รศ.ดร.วาริรัตน์ ฉาน้อย
 อ.นรินทร์ญา นฤพันธ์
 ผศ.ดร.เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ
 อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธฤฤทธิ์
 อ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์
 ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์
 ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระยุทธ เกิดสังข์
 ดร.สุนทร ศรีโกสย
 ดร.กฤษณ์ชลิ เพียรทอง
 นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
 นางสาวนิรมล ปะนะสุณา

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

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

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

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

นางสาวมยุรี กลับวงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางพรทิพย์ คงศักดิ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 1
นางอัญชลี วัฒนทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางสาวโสธรา ศุกโรจน์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเลขาธิการ
นางดวงตา กุลรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เหรียญกิตติมศักดิ์
นางพรเพ็ญ นิลกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกิตติมศักดิ์
นางสาวพิมพ์พนา ศิริหมอนันต์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกิตติมศักดิ์
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพนิดา รัตนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโรกร	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ประธานฝ่ายจัดหาทุน
นางวิภา วิทยเจียกขจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นายอัครเดช ทรัพย์ลอย	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นางนารีรัตน์ รุจิรพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
นางสาวธัญชนก จิงา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิษฎา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
ศศ.ดร. วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
อ.นิรันดญา นฤพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชูวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1/2568 ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความผาสุกทางใจ และสัมพันธ์สภาพในครอบครัว กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลาง 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมรังเกียจในวัยรุ่นนอ้อยโอกาส 3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 4) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการคิดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นตอนปลาย 5) ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และ 6) ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น บทความทุกเรื่องนอกจากมีความน่าสนใจในเนื้อหาให้ได้เรียนรู้และ ต่อยอดต่อไปแล้ว ยังเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชนั้นมีการพัฒนาศาสตร์ของตนเองให้ก้าวหน้า ครอบคลุมบุคคลตลอดช่วงวัย พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพทั้งนี้ ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯและขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกองบรรณาธิการ ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาเผยแพร่ทำให้เห็นว่าการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นมีการพัฒนาก้าวหน้าในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง และช่วยให้วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัยโรค ปลอดภัยยาระยะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

	หน้า
บทความวิจัย	
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความผาสุกทางใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลาง	1 - 20
พรชนก จุมพิศ, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส	21 - 43
ปานศิรา ปานมณี, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19	44 - 66
กฤษฎา คำขิ้น, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ ของวัยรุ่นตอนปลาย	67 - 84
กมลรัตน์ วิศวงค์พันธ์, ھرรษา เศรษฐบุปผา, ขวัญพนมพร ธรรมไทย	
ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและ พี่นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	85 - 102
มยุรี ลักนาสิโรรัตน์, จารุมน ลักนาวิวัฒน์, ไพจิตร พุทธรอด	
ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียด ของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น	103 - 115
อริวัฒน์ กุลวงษ์, ครุณี รุจกรกานต์	

THE RELATIONSHIPS OF SELF-EFFICACY, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, AND FAMILY RELATIONSHIP WITH RESILIENCE AMONG OLDER PERSONS IN A COMMUNITY IN THE CENTRAL REGION*

*Phornchanok Joompis, B.N.S. **, Patcharin Nintachan, Ph.D. ***, Sopin Sangon, Ph.D. *****

Abstract

Objective: To study the relationships of self-efficacy, psychological well-being and family relationship with resilience among older persons.

Methods: This study was a descriptive - correlational research design. The samples were 210 older persons living in a community in the central region of Thailand who were selected by a multi-stage sampling method. Data were collected through interviews. The research tools included the general information questionnaire, the Resilience Inventory, the General Self-Efficacy, the Psychological Well-Being Scale and the family relationship assessment form. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Spearman's rank-order correlation coefficient and point-biserial correlation coefficient.

Results: The analysis results using Spearman's rank-order correlation coefficient revealed that self-efficacy and family relationship were positively and significantly related to resilience ($r = .453$ and $.241$, respectively; $p = .000$). The analysis results using point - biserial correlation coefficient showed that psychological well-being was positively and significantly related to resilience ($r = .163$, $p = .018$).

Conclusion: The results of this research can be used as basic information for the development of guidelines to strengthen resilience among older persons in the community.

Keywords: resilience, self-efficacy, psychological well-being, family relationship, older persons

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

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

***Corresponding author: Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

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

Received: 25 December 2023, Revised: 1 June 2024, Accepted: 7 June 2024

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความผาสุกทางใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลาง*

พรชนก จุมพิศ, พย.บ. **, พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. ***, โสภิตา แสงอ่อน, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความผาสุกทางใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลาง จำนวน 210 คน เลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบประเมินความผาสุกทางใจ และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการศึกษา : ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .453$ และ $.241$ ตามลำดับ; $p = .001$) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล พบว่า ความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .163$, $p = .018$)

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : ความแข็งแกร่งในชีวิต, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความผาสุกทางใจ, สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้สูงอายุ

*วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 25 ธันวาคม 2566, วันที่แก้ไข: 1 มิถุนายน 2567, วันที่ตอบรับ: 7 มิถุนายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

ปรากฏการณ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุทั่วโลก เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยในปี 2021 พบว่า ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) และองค์การสหประชาชาติได้กำหนดเกณฑ์ไว้ว่าประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (United Nations, 2017) จากสถิติประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 จำนวนประชากรสูงอายुर้อยละ 19.40 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) คาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มาจากอัตราการเกิดลดลง และในปี พ.ศ. 2583 จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.50 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) ทั้งนี้การที่โครงสร้างประชากรสูงอายุมากขึ้นนั้นจะเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เกิดภาวะพึ่งพา การดูแลระยะยาวสูงขึ้น และเสี่ยงต่อภาวะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559)

จากโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น และโครงสร้างทางครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลง จากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ความรัก ความผูกพันในครอบครัวน้อยลง บุตรหลานต้องออกไปทำงานต่างถิ่น เพื่อความเพียงพอของรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบตัวเองมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) และ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางทางจิตใจ มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น พบว่า ด้านร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบประสาท และอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยได้ง่าย (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2551; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อาทิ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาระยะยาว (กระทรวงสาธารณสุข, 2556; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ด้านจิตใจและอารมณ์ พบปัญหาสุขภาพจิต คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ (กรมสุขภาพจิต, 2560) ด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่า บทบาททางสังคมลดลง การเกษียณอายุงาน รายได้ลดลง และสูญเสียคู่ชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกว่าเหว่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (วิไลวรรณทองเจริญ, 2554; Miller, 2009) ข้อมูลด้านปัญหาสุขภาพจิตจากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุปี 2562 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.98 มีกลุ่มอาการด้านความรู้คิดผิดปกติ ร้อยละ 11.40 และปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 9.63 (สแกนต์ บุนนาค และคณะ, 2563) และจากสถิติการฆ่าตัวตายจากกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปี 2561 ผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย โดยมีสาเหตุจากความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้าตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2561)

จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ทุกภูมิภาค พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.46 (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2562) สำหรับภาคกลางและปริมณฑลพบว่ามีประชากร ผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.77 รองลงมาจากภาคเหนือ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) และข้อมูลผู้สูงอายุ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคกลาง พบว่าผู้สูงอายุเป็น โรคเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 80 (สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี, 2559; สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุพรรณบุรี, 2560) ข้อมูลจากบางชุมชนในจังหวัดนี้มีผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 30 มีปัญหาการกลับเป็นซ้ำโรคซึมเศร้าร้อยละ 30 ในปี 2561 ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 8.9 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า, 2562) อย่างไรก็ตามท่ามกลางสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิกฤติในชีวิต แต่ละบุคคลจะสามารถเผชิญ และจัดการกับปัญหานั้นได้ต่างกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสำคัญต่อการปรับตัว เพื่อเผชิญปัญหาและเหตุการณ์ที่วิกฤติในชีวิตของผู้สูงอายุให้ผ่านพ้นไปด้วยดี เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ดีขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, 2558; พชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555; พชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; มุกข์ดา ผดุงยาม และอัญชลี ช. คูวอล, 2561) การศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุ

ความแข็งแกร่งในชีวิต “Resilience” เป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหา การเอาชนะอุปสรรคหรือเหตุการณ์ที่เลวร้าย/

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด แล้วฟื้นคืนกลับสู่ภาวะปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบหลักที่บุคคลจะนำมาใช้ในการเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ 1) ‘I have’ (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) ‘I am’ (ฉันเป็นคนที่เป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายใน และ 3) ‘I can’ (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995; 1997) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของ MacLeod และคณะ ก็พบว่าผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ในทางบวก เช่น การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น มีสุขภาพจิตดีขึ้น และการมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำลง (MacLeod et al., 2016) และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Heisel (2006) พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

ผู้สูงอายุจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากหรือน้อยมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในทางบวก ทางลบ สัมพันธ์ไม่แน่นอน และไม่สัมพันธ์ โดยที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (นภัสกร จันทร์สอน และคณะ, 2561; อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ความสามารถด้านการรู้คิด

(Hardy et al., 2004; Laird et al., 2019) ความมีคุณค่าในตนเอง (กรณีศึกษา เรื่องเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ, 2562; กัลยรัตน์ ศรีกล้า และคณะ, 2562) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (McClain et al., 2018; Mi & Ji, 2017; Sriwantha et al., 2018) ภาวะสุขภาพกาย (กรณีศึกษา เรื่องเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ, 2562; Larid et al., 2019; Well, 2010) ความผาสุกทางใจ (ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ, 2562; วรรตน์นันท์ ชุขณะ โขติ และคณะ, 2562) ความสุข (กรณีศึกษา เรื่องเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ, 2562) คุณภาพชีวิต (Larid et al., 2019) แรงสนับสนุนทางสังคม (นภัสกร จันทร์สอน และคณะ, 2561; McClain et al., 2018; Well, 2010) ความสัมพันธ์ทางสังคม (กรณีศึกษา เรื่องเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ, 2562; ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ, 2562) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (นภัสกร จันทร์สอน และคณะ, 2561) สัมพันธภาพในครอบครัว (Sriwantha et al., 2018)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (กรณีศึกษา เรื่องเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ, 2562; อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์สุนทรไชยา, 2559; Hardy et al., 2004; Larid et al., 2019) ความสิ้นหวัง (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) การเผชิญปัญหา (นภัสกร จันทร์สอน และคณะ, 2561) การรับรู้ความเครียดของเหตุการณ์ (Hardy et al., 2004) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นอนกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559;

Choowattanapakorn et al, 2010; Hardy et al., 2004; Larid et al., 2019) รายได้ (นภัสกร จันทร์สอน และคณะ, 2561; Wagnild, 2003) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษา (Larid et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน แม้ว่าจะมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุตามที่กล่าวมาในข้างต้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัด อีกทั้งพบว่ามีความสัมพันธ์บางตัวแปรกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนยังมีผลการศึกษาในบริบทชุมชนประเทศไทยค่อนข้างน้อย ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุมะเร็งกระเพาะอาหาร ประเทศเกาหลีใต้ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต (Mi & Ji, 2017) และการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตผู้สูงอายุ (McClain et al., 2018) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาตัวแปรนี้กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) ความผาสุกทางใจ ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับความแข็งแกร่งในชีวิตในผู้สูงอายุในภาคกลาง แต่พบว่ามีการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความผาสุกทางใจและความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก (วรรตน์นันท์

ชัชณะ โขติ และคณะ, 2562) และมีการศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ความผาสุกทางใจมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต (ชัญญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และคณะ, 2562) และ 3) สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่ามีเพียงการวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต (Sriwantha et al., 2018) จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นนั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ และมีการศึกษาค่อนข้างจำกัดในบริบทสังคมไทยในชุมชนภาคกลาง การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความผาสุกทางใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับความแข็งแกร่งในชีวิตในผู้สูงอายุในชุมชนภาคกลางมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผลศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้มากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความผาสุกทางใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาวะการณ์เลวร้ายในชีวิต (Adversity of life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (Stressful life event) สามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้พ้นจากผลกระทบที่เกิดเหตุการณ์นั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพในเวลาอันรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) ความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995; 1997) มี 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) 'I have' (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอก (external support) ที่ช่วยส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต เช่น มีคนในครอบครัวและคนนอกครอบครัวที่ไว้ใจได้ มีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแลในเรื่องสุขภาพ อยู่ในครอบครัวและชุมชนที่มั่นคงปลอดภัย เป็นต้น 2) 'I am' (ฉันเป็นคนี่...) เป็นความเข้มแข็งภายใน (inner strengths) ของแต่ละบุคคล เช่น เป็นบุคคลที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้ มีความภูมิใจในตนเอง เป็นคนอารมณ์ดี ยอมรับและยกย่องผู้อื่น พร้อมทั้งจะรับผิชอบและยอมรับผลของการกระทำนั้น มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น 3) 'I can' (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal and problem-solving skills) เช่น มีความสามารถในการสร้างสรรค์งานหรือสิ่งใหม่ ๆ

มุ่งมั่นในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะสำเร็จ มีอารมณ์ขัน เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด สามารถบอกความต้องการของตนเองต่อผู้อื่นได้ทั้งความคิดและความรู้สึก สามารถแก้ไขปัญหาค้นคว้า รู้จักขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ต้องการ เป็นต้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995; 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความผาสุกทางใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไป (General Self-efficacy) ซึ่งเป็นการรับรู้ในความสามารถของบุคคลในการที่จะรับมือสถานการณ์ที่ตึงเครียดด้านต่าง ๆ โดยบุคคลจะมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมเพื่อเผชิญปัญหาและอุปสรรคว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (Schwarzer & Jerusalem, 1993; 1995) เช่น บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณสามารถแก้ปัญหาที่ยุ่งยากได้เสมอถ้าใช้ความพยายาม สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ มั่นใจว่าตนเองสามารถรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงได้ เป็นต้น (Schwarzer & Jerusalem, 1993; 1995) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดี จึงน่าจะสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด และสามารถเผชิญปัญหาที่ยุ่งยากในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Schwarzer &

Jerusalem, 1993; 1995) นั่นคือ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงน่าจะมีพลังชีวิตที่แข็งแกร่งในชีวิตสูง ซึ่งจากการศึกษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในประเทศเกาหลีใต้ (Mi & Ji, 2017) และการศึกษาผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออก พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ (Sriwantha et al., 2018) และการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ (McClain et al., 2018)

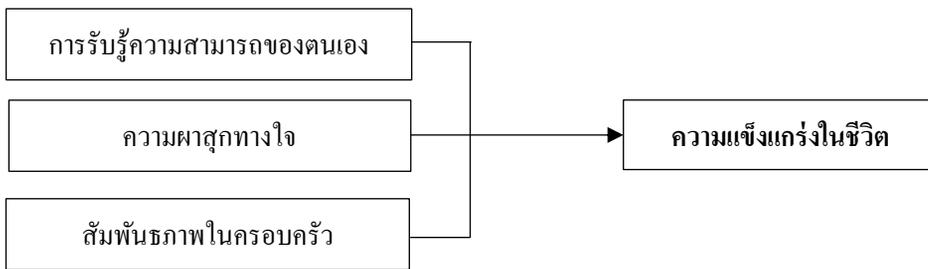
ความผาสุกทางใจ (Psychological Well-being) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตแบบเป็นของตัวเอง มีจุดหมายในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถที่จะจัดการสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ มีชีวิตที่เจริญงอกงามพร้อมกับสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Ryff & Keyes, 1995) มีองค์ประกอบ 6 มิติ ดังนี้ 1) การยอมรับตนเอง 2) ความเป็นตัวของตัวเอง 3) ความสามารถในการควบคุมและจัดการกับสิ่งแวดล้อม 4) จุดหมายในชีวิต 5) ความเจริญงอกงามของบุคคล และ 6) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Ryff & Keyes, 1995) ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจ จะมีมุมมองชีวิตทางบวก มีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น สามารถเผชิญปัญหาวิกฤตได้ ยอมรับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข (Ryff & Keyes, 1995) ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจสูงมีแนวโน้มที่จะมี

ความแข็งแรงในชีวิตสูง จากการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิต (วรัตถ์นันท์ ชุมนะโชติ และคณะ, 2562) และการศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ความผาสุกทางใจมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิต (ชัญญชิตาคุษฎี พุฒศิริ และคณะ, 2562)

สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationship) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับครอบครัว โดยแสดงถึงความห่วงใย รักใคร่ผูกพัน การเข้าอกเข้าใจในความรู้สึก การเอาใจใส่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน การปรับตัวเข้าหากัน และการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างบุคคลกับสมาชิกในครอบครัว (เรียม นมรักษ์, 2558; อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543; Friedman et al., 2003)

ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาอุปสรรคหรือปัญหาต่าง ๆ ได้ ก่อให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่น มีความภาคภูมิใจ มีกำลังใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เรียม นมรักษ์, 2558) ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแรงในชีวิตสูง จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุ (Sriwantha et al., 2018)

อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความผาสุกทางใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว น่าจะมีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิต ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง ระหว่างเดือน

พลศึกษา - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยมีคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง 2) ไม่มีปัญหาความบกพร่องด้านการรู้คิด โดยได้คะแนนการทดสอบแบบคัดกรองหมวดหมู่ (The set test) ตั้งแต่ 25 คะแนน ขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้การวิเคราะห์กำลังทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (Faul et al., 2009) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (ชัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ และคณะ, 2562; วรรตน์นันท์ ชูชนะ โชติ และคณะ, 2562; McClain et al., 2018; Sriwantha et al., 2018) โดยการศึกษาครั้งนี้ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล medium effect size เท่ากับ .20 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (power of test) ($1-\beta$) ที่ .80 ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (correlation) แบบสองทาง (two-tailed) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 193 ราย เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อีก ร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งสิ้นประมาณ 210 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบคัดกรองหมวดหมู่ (The Set Test) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย ไอแซกส์และเคนน (Isaacs & Kennie, 1973) เพื่อประเมินคัดกรองการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเบื้องต้น ซึ่งเป็นการสอบถามความจำใน 4 หมวดหมู่ ได้แก่ สัตว์ ผลไม้ และเมือง (จังหวัดหรืออำเภอ) โดยในแต่ละหมวดหมู่ ผู้รับการคัดกรองสามารถตอบคำถามได้สูงสุด 10 ข้อ และมีค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนมีจุดตัดอยู่ที่ 25 คะแนน หากมีผู้รับการคัดกรองได้คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง มีการรู้คิดปกติ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งมีข้อความเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ โรคประจำตัว โดยลักษณะของข้อความ เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านรายละเอียดและให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย พัทรินทร์ นินทจันทร์ (2555) ตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995; 1997) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) I have เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่ง

ในชีวิต 2) I am เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เฉย ๆ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวมทั้ง 28 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จากการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 (เกษร สายธนู และคณะ, 2562) และจากงานวิจัยในครั้งนี้พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง (The General Self-efficacy Scale) ใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไป (General Self-efficacy) พัฒนาตามแนวคิดของ Schwarzer and Jerusalem (1995) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย อะเคือ กุลประสูติติก และคณะ (2557) เป็นการรับรู้ในความสามารถของผู้สูงอายุที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด โดยผู้สูงอายุจะตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จัดการและกระทำพฤติกรรมเพื่อเผชิญปัญหาและอุปสรรคว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (Schwarzer & Jerusalem, 1995) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ เป็นจริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) จริงเล็กน้อย (2 คะแนน) จริงปานกลาง (3 คะแนน)

เป็นจริงมาก (4 คะแนน) และเป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนอยู่ในช่วง 10 - 50 คะแนน โดยที่คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองดี มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 - .97 (กมลพรรณ หอมนาน, 2539; ชนัญชิตาคุณี ทูลศิริ และคณะ, 2562; เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551) จากงานวิจัยในครั้งนี้หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในผู้สูงอายุได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความผาสุกทางใจ (Psychological Well-being Scale) ใช้ประเมินความผาสุกทางใจ พัฒนาโดย Ryff and Keyes (1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ปิยะกมล วิจิตรศิริ (2555) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านการสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านความเจริญงอกงามของบุคคล (ปิยะกมล วิจิตรศิริ, 2555; Ryff & Keyes, 1995) ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวกดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน เห็นด้วย = 3 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน และมีการกลับคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ รวมคะแนนทุกข้อคำถามโดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจสูง และสามารถแบ่งระดับความผาสุกทางใจในภาพรวมได้ดังนี้ 1) ความผาสุกทางใจในระดับต่ำ

(18.00 - 36.00 คะแนน) 2) ความผาสุกทางใจในระดับปานกลาง (36.01 - 54.00 คะแนน) และ 3) ความผาสุกทางใจในระดับสูง (54.01 - 72.00 คะแนน) จากการหาค่าความเชื่อมั่นพบว่ามีความสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 - .95 (ชัญญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และคณะ, 2562; วรรค์รัตน์ที่ชุษณะโชติ และคณะ, 2562).80 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationship Scale) เป็นแบบประเมินที่ เรียม นมรักษ์ (2558) ดัดแปลงจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวที่ปัทสุ หาระบุตร (2552) ดัดแปลงมาจาก อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 17 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ และมีข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวกดังนี้ ไม่ตรงกับความจริง = 1 คะแนน ตรงกับความจริงเล็กน้อย = 2 คะแนน ตรงกับความจริงส่วนใหญ่ = 3 คะแนน และตรงกับความจริงทั้งหมด = 4 คะแนน และกลับคะแนนสำหรับคำถามเชิงลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17 - 68 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึง มีสัมพันธภาพกับครอบครัวดี จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพบว่ามีความสัมพันธ์สัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 (เรียม นมรักษ์, 2558) และจากงานวิจัยในครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง COA. MURA 2021/321 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชมรมผู้สูงอายุ เมื่อได้รับอนุญาตครบตามขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยวิธีการเก็บข้อมูลระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ยื่นต่อสาธารณสุขอำเภอเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2564

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช โดยมีบทบาทเป็นผู้ช่วยวิจัยในการสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับ

การดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล รวมถึงขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ขั้นตอนดำเนินงาน

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอ ให้เก็บรวบรวมข้อมูล จึงติดต่อประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงวันที่ 15 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 มีมติให้ผ่อนคลายมาตรการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง จึงปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคโดยพบกลุ่มตัวอย่างในสถานที่เปิดโล่ง ไม่แออัด ผู้วิจัยตรวจ ATK วัคซีนหมูมิ สวมหน้ากาก Face shield เว้นระยะห่างและล้างมือด้วย Alcohol gel ก่อนพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่นัดหมาย ณ ศาลาประชาคมประจำหมู่บ้าน เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ก่อนเริ่มสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดกรองเกี่ยวกับความจำและการรู้คิด (ภาวะสมองเสื่อม) ของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าโดยใช้ The set test (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ในกรณีที่

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยดำเนินการประสานส่งต่อข้อมูลเบื้องต้นให้พยาบาลผู้รับผิดชอบประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินและส่งต่อพบแพทย์ต่อไป)

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม ซึ่งการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง โดยช่วงแรกสัมภาษณ์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพักประมาณ 5 นาที แล้วสัมภาษณ์ต่อด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวตามลำดับ

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยาย (การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2. จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว กับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($Z = .067, .083, \text{ และ } .087$ ตามลำดับ, $p < .05$) จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุ

ในชุมชน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ
พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 210 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.10 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 61.40 อายุเฉลี่ย 67.80 ปี (SD = 5.37) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.50 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.20 ที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 82.40 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 58.10 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว นุตร หลาน ร้อยละ 58.10 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่ชีวิต ร้อยละ 23.30 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.80 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคไขข้อ ในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 45.70, 37.60 และ 21.90 ตามลำดับ

2. ความแข็งแกร่งในชีวิต การรับรู้
ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว
และความผาสุกทางใจ

2.1 ความแข็งแกร่งในชีวิต

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความ
แข็งแกร่งในชีวิตเฉลี่ย 120.60 (SD = 9.60) เมื่อ
พิจารณาความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นรายด้านพบว่า
'I have' มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.53 (SD = 3.50) 'I
am' มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.76 (SD = 3.56) และ
'I can' มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.30 (SD = 3.40)
เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างตามคะแนนความ
แข็งแกร่งในชีวิต ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่ม
ตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่า
หรือเท่ากับค่าเฉลี่ย จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ
50.48 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งใน
ชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ
49.52 (ตารางที่ 1)

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้
ความสามารถของตนเองเท่ากับ 38.60 ค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐานเท่ากับ 7.16 (ดังตารางที่ 1)

2.3 สัมพันธภาพในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพ
ในครอบครัวเท่ากับ 54.85 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ 7.01 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสูงสุด - ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแข็งแกร่งในชีวิต การรับรู้ความสามารถของตนเอง
และสัมพันธภาพในครอบครัว (n = 210)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง		
ความแข็งแกร่งในชีวิต	28 - 140	86 - 140	120.60	9.60
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	10 - 50	10 - 50	38.60	7.16
สัมพันธภาพในครอบครัว	17 - 68	28 - 68	54.85	7.01

2.4 ความผาสุกทางใจ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางใจเท่ากับ 54.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.10 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความผาสุกทางใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกทางใจระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 51.00 รองลงมา มีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.60 (ตารางที่ 2)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว ความผาสุกทางใจ และความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .453$ และ $.241$ ตามลำดับ; $p = .000$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล พบว่า ความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .163$, $p = .018$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความผาสุกทางใจ (n = 210)

ความผาสุกทางใจ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ความผาสุกทางใจระดับต่ำ	18.0 - 36.0	1	0.50
ความผาสุกทางใจระดับปานกลาง	36.1 - 54.0	102	48.60
ความผาสุกทางใจระดับสูง	54.1 - 72.0	107	51.00

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และความผาสุกทางใจ กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 210)

ตัวแปร	r	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.453 ^s	.000
สัมพันธภาพในครอบครัว	.241 ^s	.000
ความผาสุกทางใจ	.163 ^{pb}	.018

^s = Spearman's rank-order correlation

^{pb} = Point - biserial correlation coefficient

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความแข็งแกร่งในชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .453, p = .000$) จากผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะรับรู้ว่าคุณสมบัติที่จะแก้ปัญหาที่ยุ่งยากได้ถ้าใช้ความพยายาม สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ มั่นใจว่าตนเองสามารถรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้ว่าคุณสมบัติของคุณสมบัติที่คาดไม่ถึงได้สามารถแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ได้ถ้าตนเองใช้ความพยายามที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับปัญหาตนเองสามารถสงบสติอารมณ์ได้ และสามารถหาหนทางแก้ไขไว้ได้หลายวิธีให้ผ่านสถานการณ์ที่เลวร้ายได้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข (Schwarzer & Jerusalem, 1993; 1995) การรับรู้ความสามารถของตนเองเหล่านี้ น่าจะมีผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีศักยภาพในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสถานการณ์เลวร้ายในชีวิต (adversity of life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life event) สามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้พ้นจากผลกระทบที่เกิดเหตุการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในเวลาอันรวดเร็ว อันจะนำไปสู่

การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น อันเป็นลักษณะสำคัญของบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีแนวโน้มความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (มุกข์คำ ผดุงยาม และ อัญชลี ช. คูวอล, 2561; McClain et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ McClain et al. (2018) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของ Mi & Ji (2017) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Sriwantha et al. (2018) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ก็พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีแนวโน้มมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความแข็งแกร่งในชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .241, p = .000$) จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีแนวโน้มความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นการ

รับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวโดยแสดงถึงความห่วงใย รักใคร่ผูกพัน การเข้าอกเข้าใจในความรู้สึก การเอาใจใส่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน การปรับตัวเข้าหากัน และการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว (เรียม นมรักษ์, 2558) การมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีนั้นเป็นการแสดงออกที่สมาชิกในครอบครัวให้ความรัก และเคารพผู้สูงอายุ ไม่ใช่คำพูดที่ทำให้รู้สึกน้อยใจ สนใจคำพูด เชื่อฟังคำแนะนำ ไม่ปิดบังเรื่องราวในครอบครัว ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าตนเองยังเป็นที่รักทำให้รู้สึกตนเองมีคุณค่า สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุอย่างดี ไม่ทิ้งให้อยู่ตามลำพัง มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว รับประทานอาหารร่วมกัน ไปเที่ยวหรือพักผ่อน สอบถามความทุกข์สุขเป็นประจำให้กำลังใจและปลอบใจกันเมื่อมีปัญหา เอื้ออาทรต่อกัน (ปณิตสุ หาระบุตร, 2552; เรียม นมรักษ์, 2558) สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีเป็นแหล่งสนับสนุนภายนอก ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถฟันฝ่าอุปสรรคหรือปัญหาต่าง ๆ ได้ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น มีความภาคภูมิใจ มีกำลังใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความแข็งแกร่งในชีวิต (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995; Sriwantha et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ (Sriwantha et al., 2018) จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุ

ในชุมชนที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางใจกับความแข็งแกร่งในชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า ความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .163, p = .018$) สามารถอธิบายได้ว่า ความผาสุกทางใจเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตแบบเป็นตัวของตัวเอง มีจุดหมายในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถที่จะจัดการสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ มีชีวิตที่เจริญงอกงามพร้อมกับสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Ryff & Keyes, 1995) ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจสูงจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ใช้ชีวิตแบบเป็นตัวของตัวเอง มีจุดหมายในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถที่จะจัดการสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ มีชีวิตที่เจริญงอกงาม และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น สามารถเผชิญปัญหาวิกฤตได้ ยอมรับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข (Ryff & Keyes, 1995) สิ่งเหล่านี้เป็นคุณลักษณะเชิงบวกด้านจิตใจและเป็นความเข้มแข็งภายในที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองที่จะกระทำการใด ๆ เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายและสามารถรับมือกับสถานการณ์ปัญหาชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจสูงจึงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (ชนัญชิตาคุณฤๅ ทูลศิริ และคณะ, 2562; มุกข์ดา ผดุงยาม และ อัญชลี ช. คูวอล, 2561; วรรตถ์นันท์

ชัชชนะ โชติ และคณะ, 2562; Kessel, 2013; Ryff & Keyes, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ ในชุมชนในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ แข็งแกร่งในชีวิต (วรัตถ์นันท์ ชัชชนะ โชติ และคณะ, 2562) และการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังใน ภาคตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ความผาสุกทางใจมีอิทธิพล โดยตรงทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต (ชนัญชิตาคุษฎี ภูลศิริ และคณะ, 2562) นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจสูงมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรในทีมสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนควรจัดให้มีกิจกรรมที่จะเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความผาสุกทางใจ และสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้สูงอายุในชุมชนอันจะเป็นการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. ควรมีการศึกษาเชิงทำนาย หรือความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ได้อย่างดี จากการได้รับความเมตตาของอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมจนกระทั่งวิทยานิพนธ์เล่มนี้ เสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง ที่อำนวยความสะดวกในระหว่างการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่องสังคมสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่2). บริษัทอัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566, 5 กันยายน). *สถิติผู้สูงอายุมิถุนายน 2566*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>
- กรมสุขภาพจิต (2560). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560*. บริษัท ละม่อม จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต (2561). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561*. กรุงเทพฯ: บริษัทละม่อมจำกัด.
- กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และเสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 2562, 27(2), 65-79.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต*. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กระทรวงสาธารณสุข (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. วัชรินทร์ พี.พี.
- กัลยรัตน์ ทรกล้า, วารี กังใจ, และสหทัย รัตนจรณะ. (2562). ปัจจัยทำนายความยึดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 163-173.

- เกษร สายธนู, อมรรัตน์ นระสิทธิ์, และเกษรภรณ์ เคนบุปผา. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(3), 45-55.
- ฉัตรฤดี ภาระญาติ. (2558). *ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนัญชิตาคุยฎี ฑุลศิริ, กรภัทร เสงอุดมทรัพย์, นุจรี ไชยมงคล, และปาจร่า โพธิ์หัง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการขึ้นหัดเผชิญวิกฤต ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน: การทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(1), 78-88.
- นภัตสร จันทร์สอน, วารี กังใจ, และสหทัย รัตนจรณะ. (2561). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(2), 12-24.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย กรุงเทพมหานคร*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปณิตา หาระบุตร. (2552). *ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิยะกมล วิจิตรศิริ. (2555). *ความเป็นปราชญ์ การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราชวัตรบูรณะ กรุงเทพมหานคร*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน, และทัศนอา ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการสร้างเสริมความแข็งแรงในชีวิต (A resilience – enhancing program)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแรงในชีวิต แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้ (Resilience: Concept, Assessment, and Application)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มุขัฒดา ผดุงยาม และอัญชลิ ช. คูวอล, (2561). กลยุทธ์การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 66-73.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559, 4 มกราคม). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. <https://thaitgri.org/?p=37841>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560, 12 มกราคม). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. <https://thaitgri.org/?p=38427>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565, 7 พฤศจิกายน). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. <https://thaitgri.org/?p=40101>
- เรียม นมรักษ์. (2558). *ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรัดนันท์ ชุษณะโชติ, จินห์จ๋า ชัยเสนา คาลาลาส, และกรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). อิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(2), 40-48.
- วลัยพร นันทศุกวัฒน์, (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการตำราทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.,
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สกานต์ บุนนาค, วิชัย เอกพลากร, กฤษณา ศรียมณีรัตน์, นิสสรานต์ แผ่นศิลา. (2563). *การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย [รายงานการวิจัย]*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2526, 11 เมษายน). *ผู้สูงอายุไทยซึมเศร้าหรือไม่*. <https://nidapoll.nida.ac.th/data/survey/uploads/FILE-1597989823163.pdf>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี. (2559, 25 พฤษภาคม). *การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ*. <http://kbphp.nationalhealth.or.th/bitstream/handle/123456789/7479/20160525-Suphanburi-Older%20person.pdf?sequence=1>

- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า. (2562, ธันวาคม). รายงานประจำปี 2562. <https://www.spo.moph.go.th/ssobangplama-รายงานประจำปี%20บางปลาม้า%202562.pdf>
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุพรรณบุรี. (2560, ธันวาคม). รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปี 2560. <http://www.suphanburi.m-society.go.th/?cat=14>
- อรพรรณ ถิ่นบุญชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 4). บริษัท วิ.พริน จำกัด.
- อรุณลักษณ์ กองไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 2(30), 127-142
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวภาวะสุขภาพการปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อေးเกื้อ กุลประสูติติก, โสภณา จิรวงศ์สรณ์, ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์, และ คุณนิ ศุภวรรณกุล. (2557). การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 8(2), 35-46.
- Choowattanapakorn, T., Alex, L., Lundman, B., Norberg, A., & Nygren, B. (2010). Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 12, 329-335.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149- 1160.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice* (5th ed.). Upper Saddle Rive.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997, July). *The international resilience project finding from the research and the effectiveness of intervention*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419584.pdf>
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257-262.
- Heisel M. J. (2006). Suicide and its Prevention among Older Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 51(3), 143-154.
- Isaacs, B., & Akhtar, A. J. (1972). The set test: a rapid test of mental function in old people. *Age Ageing*. Nov; 1(4): 222-226
- Isaacs, B., & Kennie, A. (1973). The Set Test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123, 467 - 470.
- Kessel, G. V. (2013). The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34(2013), 122-127.
- Laird, K. T., Lavretsky, H., Paholpak, P., Vlasova, R. M., Roman, M., St Cyr, N., & Siddarth, P. (2019). Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. *International Psychogeriatrics*, 31(2), 193-202.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272.
- McClain J., Gullatt K., & Lee C. (2018, May). *Resilience and protective factors in older adults*. [Doctoral dissertation, Dominican University]. Dominican Scholar.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adults* (5th ed.). Lippincott. Mi-Seon B, & Ji-Hyun L. (2017). Factor influencing on resilience of elderly gastric cancer patients. *Asian Oncology Nurse*. 17(3):170-179.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research*. Freie University.

- Schwarzer R., Jerusalem M. (January 1995). *Generalized self-efficacy scale*. https://www.researchgate.net/publication/304930542_Generalized_Self-Efficacy_Scale
- Sriwantha, S., Jullamate, P., & Piphatvanitcha, N. (2018). Factors related to resilience among elderly patients with end stage renal disease. *The Bangkok Medical Journal, 14*(1), 29-35.
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(12), 42-49.
- Well, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care, 10*(2), 45-54.
- United Nations. (2017). *World population ageing 2017 highlights*. New York: Author.

FACTORS RELATED TO BULLYING IN DISADVANTAGED ADOLESCENTS*

*Panisara Panmune, B.N.S.***, Patcharin Nintachan, Ph.D.***, Sopin Sangon, Ph.D.*****

Abstract

Objective: This descriptive correlational research aimed to investigate the relationships between resilience, relationship with friends, and perceived social support with bullying in disadvantaged adolescents.

Methods: The participants consisted of 234 secondary school students who studied grades 7-12 in the academic year 2021 from a school for disadvantaged adolescents in the Eastern Region of Thailand. The research instruments included a demographic data questionnaire, a Resilience Inventory, a relationship with friends questionnaire, and a Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support. Descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient were used for data analysis.

Results: The findings revealed that resilience was negatively related to bullying others ($r = -.313, p = .000$) and being bullied ($r = -.239, p = .000$). Furthermore, relationship with friends was negatively related to bullying others ($r = -.173, p = .008$), but not related to being bullied. Finally, perceived social support was negatively related to bullying others ($r = -.226, p = .000$) and being bullied ($r = -.299, p = .000$).

Conclusion: Results from this study could be applied to inform future studies aiming to prevent and intervene in bullying behavior among disadvantaged adolescents.

Keywords: resilience, relationship with friends, perceived social support, disadvantage adolescents, bullying

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

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

****Corresponding author: Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu*

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

Received: 20 March 2024, Revised: 29 May 2024, Accepted: 5 June 2024

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส*

ปาณิสรา ปานมณี, พย.บ. **, พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. ***, โสภนิม แสงอ่อน, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนจำนวน 234 คนที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2564 ชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ของโรงเรียนสำหรับเด็กด้อยโอกาสแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมรังแกกัน แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบประเมินสัมพันธภาพกับเพื่อน และแบบประเมินความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น ($r = -.313, p = .000$) และพฤติกรรมการถูกรังแก ($r = -.239, p = .000$) สัมพันธภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น ($r = -.173, p = .008$) แต่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการถูกรังแก การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น ($r = -.226, p = .000$) และพฤติกรรมการถูกรังแก ($r = -.299, p = .000$)

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเพื่อป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาสต่อไป

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต, สัมพันธภาพกับเพื่อน, การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, วัยรุ่นด้อยโอกาส, พฤติกรรมรังแกกัน

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 20 มีนาคม 2567, วันที่แก้ไข: 29 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 5 มิถุนายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นคือโอกาส เป็นผู้ที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก มีชีวิตความเป็นอยู่ด้อยกว่าวัยรุ่นทั่วไป (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2564ข) เนื่องจากวัยรุ่นคือโอกาสต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ อาทิ การถูกทอดทิ้ง หรือการถูกกีดกันออกจากโอกาสทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา (Auerswald, Piatt, & Mirzazadeh, 2017) จึงเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งพาตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2564ข) องค์การอนามัยโลกระบุว่าวัยรุ่นคือโอกาสเผชิญกับความไม่เท่าเทียมกันในหลาย ๆ ด้านเมื่อเทียบกับวัยรุ่นทั่วไป (World Health Organization, 2019) สำหรับประเทศไทย สถิติ ปีพ.ศ. 2564 ของ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (2564ก) พบว่ามีเด็กและวัยรุ่นคือโอกาสที่อยู่ในระบบการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 3,490,812 คน โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (2564ข) ได้มีการจำแนกเด็กคือโอกาสออกเป็น 10 ประเภท ได้แก่ 1) เด็กถูกบังคับให้ขายแรงงาน 2) เด็กเร่ร่อน 3) เด็กที่อยู่ในธุรกิจทางเพศ 4) เด็กที่ถูกทอดทิ้ง/กำพร้า 5) เด็กที่ถูกทำร้ายทารุณ 6) เด็กยากจน 7) เด็กในชนกลุ่มน้อย 8) เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติด 9) เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ หรือ โรคติดต่อร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ และ 10) เด็กในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

จากสถานการณ์ที่วัยรุ่นคือโอกาสเผชิญส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นคือโอกาสทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นคือโอกาสมักจะขาดโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านสติปัญญา อารมณ์ และจิตใจอย่างเหมาะสม มีปัญหาด้านการปรับตัว การดำเนินชีวิต (Department of Mental Health, 2001) วัยรุ่นคือโอกาสที่มีฐานะยากจน มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมโดยเฉลี่ยมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป (Chowdry & McBride, 2017) ซึ่งปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่พบในวัยรุ่นคือโอกาส ได้แก่ ปัญหาอ่อนล้าทางจิตใจง่าย อารมณ์เสียบ่อย ไม่สามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้ มีพฤติกรรมลักขโมย มีความคิดลึ้มหลาม รู้สึกเศร้าสร้อย ไม่สามารถจดจำได้ หงุดหงิด มีการกระทำ ความผิด และฝ่าฝืน (Nandini & Jayan, 2016) ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Bassett et al., 2020) และปัญหาพฤติกรรมรังแกกัน (อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564; Bhui et al., 2017; Bianchi et al., 2021; Cluver, Bowes, & Gardner, 2010; Donnon, 2010; Gloppen et al., 2018; Ireland, 2005; Melander, Hartshorn, & Whitbeck, 2013; Pottie et al., 2015; Serdari et al., 2018; Strohmeier, Kärnä, & Salmivalli, 2011; Viljoen, O'Neill, & Sidhu, 2005)

พฤติกรรมรังแกกัน เป็นพฤติกรรมที่กระทำด้วยเจตนาทำให้ผู้อื่นได้รับความทุกข์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานาน พฤติกรรมรังแกกันอาจแบ่งออกเป็น 2 สถานะคือ พฤติกรรมรังแกผู้อื่น และ

พฤติกรรมกรรมการถูกรังแก (Marsh et al., 2011; Parada, 2000) ในประเทศไทย มีการศึกษาความชุกของพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นทั่วไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยม พบว่ามีความชุกร้อยละ 21 (Ekasawin & Phothisut, 2017)

พฤติกรรมรังแกกันที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นน้อยโอกาสหลากหลายประการ ในวัยรุ่นน้อยโอกาสชนกลุ่มน้อย พฤติกรรมรังแกกันมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิต (Gloppen et al., 2018) ในวัยรุ่นน้อยโอกาสกลุ่มผู้กระทำความผิดทางกฎหมาย กลุ่มผู้ถูกรังแกมีภาวะบีบคั้นด้านจิตใจและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในอัตราที่สูงกว่าวัยรุ่นกลุ่มที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกัน นอกจากนี้ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น มีแนวโน้มในการมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มมิชชันนารี มากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกัน (Viljoen, O'Neill, & Sidhu, 2005) การศึกษาพบว่าวัยรุ่นน้อยโอกาสกลุ่มผู้กระทำความผิดทางกฎหมายและมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นหรือถูกรังแกมักประสบปัญหาอาการทางกายที่มีผลจากจิตใจ ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ภาวะวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับสูง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นเพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกัน (Ireland, 2005) และการถูกรังแก ยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นน้อยโอกาสที่ติดเชื้อ HIV (Ashaba et al., 2018) จากผลกระทบของพฤติกรรมรังแกกันนี้ การเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันในกลุ่มวัยรุ่นน้อยโอกาสมี

ความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นน้อยโอกาสมีทั้งปัจจัยเชิงความสัมพันธ์ ปัจจัยเชิงทำนาย และปัจจัยที่ยังมีผลการศึกษาที่ไม่แน่นอน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบ ได้แก่ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน มีการศึกษาในวัยรุ่นน้อยโอกาสในประเทศไทยพบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมถูกรังแก (อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564) การศึกษาในวัยรุ่นน้อยโอกาสกลุ่มที่มีรายได้ต่ำในประเทศอิตาลีพบว่า มิตรภาพระหว่างเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นและการถูกรังแก (Bianchi et al., 2021) และความแข็งแกร่งในชีวิต โดยพบว่ากลุ่มวัยรุ่นน้อยโอกาสชั้นมัธยมศึกษาในประเทศแคนาดา ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นและถูกรังแกสูง (Donnon, 2010) ในกลุ่มวัยรุ่นน้อยโอกาส ประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทุกองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นและพฤติกรรมถูกรังแก (อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564)

ส่วนการศึกษาเชิงทำนาย มีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นกำพร้า วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอดส์ และวัยรุ่นข้างถนน เขตพื้นที่ที่มีความยากจนสูงในประเทศแอฟริกาใต้ ผลการศึกษาพบว่า การตกเป็นเหยื่อของการถูกล่วงละเมิดทางร่างกายหรือการล่วงละเมิดทางเพศที่บ้าน การอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการใช้ความรุนแรง อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความ

รุนแรง การเป็นวัยรุ่นไร้บ้าน และการประสบกับเหตุการณ์การถูกตีตราที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ มีอิทธิพลทางบวกต่อการถูกรังแก (Cluver, Bowes, & Gardner, 2010) จากการศึกษาในวัยรุ่นชนพื้นเมืองในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาพบว่า เมื่อวัยรุ่นมีระดับความโกรธ และการรับรู้ต่อการเลือกปฏิบัติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรังแกกัน (Melander, Hartshorn, & Whitbeck, 2013) สำหรับปัจจัยที่ยังมีผลการศึกษาที่ไม่ชัดเจน ได้แก่ 1) เพศ (Donnon, 2010, Melander, Hartshorn, & Whitbeck, 2013; Serdari et al., 2018) 2) ระดับชั้นเรียน (Donnon, 2010; Serdari et al., 2018) 3) อายุ (Ireland, 2005; Melander, Hartshorn, & Whitbeck, 2013; Serdari et al., 2018) การสนับสนุนจากสังคม (Cluver, Bowes, & Gardner, 2010; Melander, Hartshorn, & Whitbeck, 2013)

พฤติกรรมรังแกกันเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และจากสถานการณ์และความเป็นอยู่ที่วัยรุ่นด้อยโอกาสต้องเผชิญ ทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสเป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมรังแกกัน (Hong, Peguero, & Espelage, 2018) โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย จากการสำรวจในปีการศึกษา 2564 พบว่าในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียง มีจำนวนนักเรียนด้อยโอกาส เป็นจำนวน 133,400 คน (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2564) จากการสำรวจในวัยรุ่นทั่วประเทศ พบสัดส่วนของการเกิดพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงถึงร้อยละ 15.77 (สมบัติ ตาปัญญา, 2549) โดยเมื่อพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะ

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจน กับพฤติกรรมรังแกกัน (Cluver, Bowes, & Gardner, 2010; Melander, Hartshorn, & Whitbeck, 2013) นอกจากนี้ยังมีตัวแปรที่มีการศึกษาในบริบทของสังคมไทยอยู่อย่างจำกัด ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ที่มีการศึกษาในประเทศไทยเพียง 1 การศึกษา (อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564) การทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมรังแกกันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันและดูแลพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นในวัยรุ่นด้อยโอกาส
2. ความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมถูกรังแกในวัยรุ่นด้อยโอกาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมรังแกกัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นนอ้อยโอกาสทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมรังแกกัน หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลหนึ่งหรือมากกว่าที่กระทำด้วยเจตนาทำให้ผู้อื่นได้รับความทุกข์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Marsh et al., 2011; Parada, 2000) มีลักษณะเป็นพฤติกรรมรังแกกันทางร่างกาย พฤติกรรมรังแกกันทางวาจา และพฤติกรรมรังแกกันทางสังคม พฤติกรรมรังแกกัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) พฤติกรรมรังแกผู้อื่น และ 2) พฤติกรรมการถูกรังแก (Parada, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นนอ้อยโอกาสมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นนอ้อยโอกาสในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางภาวะการณ์เลวร้ายหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัว และนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้น จากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ "I have (ฉันมี...)" คือแหล่ง

สนับสนุนภายนอกของบุคคล, "I am (ฉันเป็นคนที่...)" เป็นความเข้มแข็งภายในของบุคคล และ "I can (ฉันสามารถที่จะ...)" เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995)

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น ในวงจรพฤติกรรมรังแกกัน ผู้ที่รังแกผู้อื่น จะเป็นผู้ที่มีอำนาจมากกว่าผู้ที่ถูกรังแก แต่ถ้าหากวัยรุ่นนอ้อยโอกาสมีแหล่งสนับสนุนที่คอยบอก สอน หรือตักเตือน ถึงขอบเขตและข้อจำกัดต่างๆที่ชัดเจนในการทำสิ่งต่างๆ เพื่อที่จะได้ไม่ทำในสิ่งที่อาจนำปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตนเอง (I have...) เห็นคุณค่าในตัวเองและในตัวผู้อื่น (I am ...) และสามารถเลือกใช้ทักษะที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาต่างๆ (I can...) จะส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความแข็งแกร่งในชีวิตและมีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ช่วยให้ผู้วัยรุ่นปรับตัวเข้าหาผู้อื่นด้วยวิธีการที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา และมีแนวโน้มที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิติน แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ, 2558; Gordon, 2022) การศึกษาในวัยรุ่นนอ้อยโอกาสพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทุกองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am, และ I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น (อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564) วัยรุ่นนอ้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ จะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นสูง (Donnon, 2010)

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งใน

ชีวิตกับพฤติกรรมการถูกรังแก วัยรุ่นคือโอกาสที่มีทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (I can...) มีความมั่นใจ (I am ...) และได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว (I have...) มีโอกาสที่จะสามารถหาทางออกของปัญหา ไม่เป็นเป้าหมายของการถูกรังแก หรือหลีกเลี่ยงการถูกรังแกได้ ในขณะที่การขาดความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพิ่มความเสี่ยงที่จะถูกรังแก (Juvonen & Graham, 2014) จากการศึกษาในวัยรุ่นคือโอกาสพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทุกองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am, และ I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแก (อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564) การศึกษาของ Donnon (2010) พบว่าวัยรุ่นคือโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจะมีพฤติกรรมการถูกรังแกสูงสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน (Relationship with friends) เป็นพฤติกรรมของนักเรียนที่แสดงกับเพื่อน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีองค์ประกอบได้แก่ การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อเพื่อนต้องการความช่วยเหลือ การรับฟังความคิดเห็นของเพื่อน การรู้จักการให้และการรับ การสนใจในความรู้สึกของเพื่อน การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ตลอดจนการรู้จักเคารพในสิทธิของผู้อื่น (จริยกุล ศรีสุวรรณ, 2542)

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น การที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นนั้น มีเหตุผลสำคัญประการหนึ่งคือ ต้องการแสดงให้เห็นถึงอำนาจและต้องการเป็นที่นิยม (Shetgiri, 2013) การศึกษาแบบ

Mixed Method ในวัยรุ่นทั่วไปที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น พบว่า การมีส่วนร่วมในความรุนแรงช่วยให้เพื่อนนักเรียนคนอื่นๆ มองว่าตนเองนั้น 'แกร่ง' และ 'เท' ซึ่งเป็นภาพที่วัยรุ่นต้องการถ่ายทอด (Kulig, Hall, & Kalischuk, 2008) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าอำนาจที่ไม่สมดุล (Power Dynamic) มีอิทธิพลอย่างมากต่อปฏิสัมพันธ์และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อน พลวัตของกลุ่มเพื่อนในชั้นเรียนส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรังแกกันและทำให้พฤติกรรมรังแกกันยังคงอยู่ (Espelage & Swearer, 2009) การมีสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกันกับกลุ่มเพื่อน อาจช่วยให้วัยรุ่นคือโอกาสรู้สึกมั่นใจและไม่ต้องการความสำเร็จหรือความสนใจผ่านทางารรังแกผู้อื่น ลดความเสี่ยงที่วัยรุ่นจะรังแกผู้อื่น จากการศึกษาพบว่า หากวัยรุ่นคือโอกาสมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และการยอมรับจากเพื่อนสูง จะมีโอกาสที่วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นต่ำ (Bianchi et al., 2021)

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนกับพฤติกรรมการถูกรังแก สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน มีส่วนเอื้อในการรับมือกับปัญหาของวัยรุ่น (Hodges, Malone, & Perry, 1997) สถานะของสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน อาจเป็นปัจจัยที่คาดการณ์ถึงความเสี่ยงในการถูกรังแกในวัยรุ่นคือโอกาสได้มีการศึกษาที่สำรวจถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะในกลุ่มสังคมและบทบาทของพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่น ผลการศึกษาระบุว่า วัยรุ่นที่ถูกรังแกมักจะเป็นกลุ่มที่ถูกปฏิเสธหรือถูกแอนตี้จากเพื่อนมากที่สุด (Salmivalli et al., 1996) การถูกปฏิเสธจากเพื่อน ช่วยอธิบายถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการตกเป็นผู้ถูกรังแกของวัยรุ่นในกลุ่มน้อย

ผู้อพยพ (Strohmeier, Kärnä, & Salmivalli, 2011) มี การศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสพบว่า หากวัยรุ่นมี สัมพันธภาพกับเพื่อนดีมีโอกาสที่วัยรุ่นจะถูกรังแก ต่ำ (Bianchi et al., 2021) และการศึกษาพบว่าการ สนับสนุนจากเพื่อน มีอิทธิพลทางลบต่อการถูก รังแกในวัยรุ่นด้อยโอกาส (Cluver, Bowes, & Gardner, 2010)

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้การได้รับความช่วยเหลือของบุคคลอย่าง เพียงพอจากแหล่งสนับสนุน 3 แหล่ง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และจากแหล่งอื่น ๆ ที่มีความหมาย ต่อบุคคลนั้น (Zimet et al., 1988)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การ สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความหมายรวมทั้ง 1) ‘การรับรู้’การสนับสนุน และ 2) ‘การได้รับ’การ สนับสนุน (Haber et al., 2007) การที่วัยรุ่นรู้สึก ได้รับความยอมรับและถูกรัก อาจช่วยยับยั้งวัยรุ่น จากการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมรังแกผู้อื่นได้ แต่ หากกลุ่มวัยรุ่นมีความเข้าใจผิดถึงความเหมาะสม ในการแสดงพฤติกรรม อาทิเช่น คิดว่าความรุนแรง หรือการรังแกผู้อื่นนั้นเป็นสิ่งที่ จะได้รับการชื่นชม จากคนอื่น ๆ ก็อาจจะมีผลต่อการแสดงออกถึง พฤติกรรมรังแกผู้อื่น เนื่องจากพฤติกรรมของวัยรุ่น นั้นมักถูกกำหนดโดยบรรทัดฐานของเพื่อนวัย เดียวกัน (Markkanen & Repo, 2016) นอกจากกลุ่ม เพื่อนแล้ว การรับรู้ต่อการสนับสนุนจากแหล่งอื่น ๆ อาทิเช่น ครู ก็มีความสำคัญกับวัยรุ่น มีการศึกษา พบว่า การจัดการในชั้นเรียนของครู เช่น การดูแล เอาใจใส่นักเรียน การให้ความช่วยเหลือเมื่อ

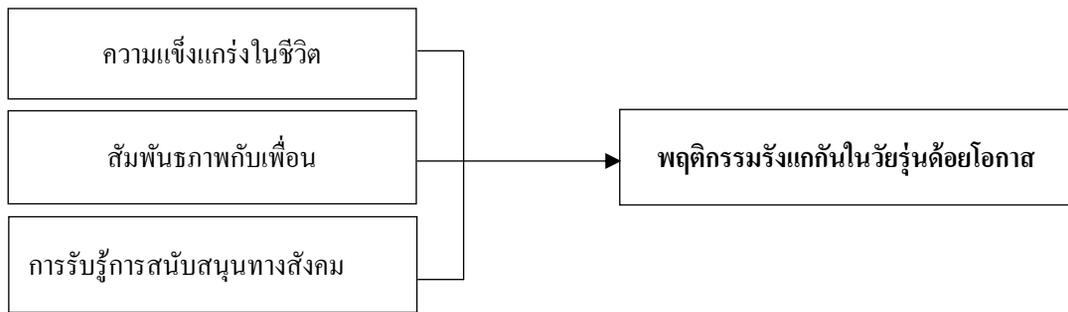
นักเรียนเกิดปัญหา การสอน การติดตาม และการ เข้าไปแทรกแซงเมื่อเกิดปัญหา มีความสัมพันธ์ทาง ลบและสามารถทำนายความชุกของพฤติกรรม รังแกผู้อื่นได้ (Roland & Galloway, 2002) วัยรุ่นที่ รับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และจากแหล่งอื่น ๆ ที่มีความหมายต่อวัยรุ่นนั้น อาจจะมี ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือไม่เหมาะสมมากขึ้น ทำให้พวกเขาหลีกเลี่ยง การเลือกทำพฤติกรรมรังแกผู้อื่น ในสถานการณ์ที่ อาจนำไปสู่การรังแก

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การ สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการถูกรังแก การสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมี ความสำคัญอย่างยิ่งเมื่อวัยรุ่นกำลังประสบกับการ ถูกกลั่นแกล้ง (Rothson et al., 2011) หากวัยรุ่นมีแรง สนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ อาจมีแนวโน้ม ที่จะถูกรังแกได้ เนื่องจากความโดดเดี่ยวของวัยรุ่น ผู้ถูกรังแก อาจดึงดูความสนใจของวัยรุ่นที่มี พฤติกรรมรังแกผู้อื่น (Newman, Holden, & Delville, 2005) มีการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นที่ถูกรังแก ได้รับความสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นที่ไม่ มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกกัน (Perren & Hornung, 2005) ซึ่งการมีครอบครัวที่สนับสนุนอาจ ช่วยป้องกันวัยรุ่นที่ถูกรังแกจากกระบวนการที่ ยากลำบากในการปรับตัว โดยการเป็นแหล่ง สนับสนุน บรรเทาความเครียด หรือส่งเสริมให้ วัยรุ่นพัฒนากลไกในการเผชิญปัญหาเพื่อจัดการกับ สถานการณ์ที่ตกเป็นผู้ถูกรังแก (Bowes et al., 2010) การศึกษาในนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนพบว่า การสนับสนุนทาง

สังคมจากครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น มีโอกาสที่วัยรุ่นจะเกิดความทุกข์ทางจิตใจจากการถูกรังแกลดลง (Bhui et al., 2017)

อาจกล่าวได้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิต

สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นด้วยโอกาส ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ.2564 ในโรงเรียนสำหรับเด็กด้อยโอกาส สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1 โรงเรียน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้วิธีการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ของ Cohen (1988) โดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1.9.2 (Faul et al., 2007) การศึกษาครั้งนี้กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (อริญญา อินสอน และคณะ, 2564; Gloppen et al., 2018; Melander, Hartshorn, & Whitbeck, 2013) โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .19 ค่ากำลังทดสอบเท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสองทาง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 212 ราย และเพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 234 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นด้อยโอกาส พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา

ระดับชั้นการศึกษา เกรดเฉลี่ย จำนวนเพื่อนสนิท สถานภาพสมรสของบิดามารดา จำนวนบุคคลในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง บุคคลที่นักเรียนปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมมารีงแกกัน เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Adolescent Peer Relations Instrument (APRI) ของ Parada (2000) โดย พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ โสภิตา แสงอ่อน (2562) เป็นแบบประเมินที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 1- 6 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรมนั้นเลย จนถึง 6 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นทุกวัน มีจำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมมารีงแกผู้อื่น (ทางร่างกาย ทางวาจา และทางสังคม) คนที่ได้คะแนนรวมของพฤติกรรมมารีงแกผู้อื่นสูง หมายถึง มีพฤติกรรมมารีงแกผู้อื่นสูง และ 2) ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมมารีงแก (ทางร่างกาย ทางวาจา และทางสังคม) จำนวน 18 ข้อ คนที่ได้คะแนนรวมของพฤติกรรมมารีงแกสูง มีการหาความเชื่อมั่นในกลุ่มวัยรุ่นน้อยโอกาสพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟา ส่วนของผู้มารีงแกเท่ากับ .89 และส่วนของผู้ถูกรีงแกเท่ากับ .93 (อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564) และในการศึกษาคั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค ส่วนของผู้มารีงแกเท่ากับ .87 และส่วนของผู้ถูกรีงแกเท่ากับ .90

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแข็งแกร่งใน

ชีวิต เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน และ ทศนา ทวีคุณ (2558) จากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995) เพื่อประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตจาก 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) I have (ฉันมี...) 2) I am (ฉันเป็นคน...) และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) มีคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวมทั้ง 28 ข้อ ตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน แปลผลโดยคะแนนสูงหมายถึงมีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก มีการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นน้อย โอกาสพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟาเท่ากับ .94 (อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564) ในการศึกษาคั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .90

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพกับเพื่อน พัฒนาโดย จริยกุล ศรีสุวรรณ (2542) ประเมินสัมพันธภาพกับเพื่อนใน 6 ด้าน คือ 1) การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนเพื่อนเมื่อเพื่อนต้องการความช่วยเหลือ 2) การรู้จักการให้และการรับ 3) การรู้จักเคารพในสิทธิของผู้อื่น 4) การสนใจในความรู้สึกของเพื่อน ได้แก่ 5) การยอมรับความแตกต่างระหว่างเพื่อน และ 6) การรับฟังความคิดเห็นของเพื่อน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นแบบวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่จริงเลย ถึง 5 หมายถึง จริงที่สุด แปลผลโดย คะแนนรวมมากหมายถึง มีสัมพันธภาพกับเพื่อนดี และการแปลผลของคะแนนเป็นระดับมี

ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.25 หมายถึง สัมพันธภาพกับเพื่อนไม่ดี, คะแนนเฉลี่ย 2.26 - 3.74 หมายถึง สัมพันธภาพกับเพื่อนปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.75 - 5.00 หมายถึง สัมพันธภาพกับเพื่อนดี มีการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป พบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟาเท่ากับ .84 (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พิชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภณ แสงอ่อน, 2558)ในการศึกษาครั้งนี้พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Multi-dimensional Scale of Perceived Social support: MSPSS) พัฒนาโดย Zimet และคณะ (Zimet et al., 1988) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ฌหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) ใช้ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่ได้รับจากเพื่อน ครอบครัว และบุคคลพิเศษ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับบุคคลพิเศษ 4 ข้อ เกี่ยวกับครอบครัว 4 ข้อ และเกี่ยวกับเพื่อน 4 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน แปลผลโดย คะแนนรวมมากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก และคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มวัยรุ่นด้วยโอกาส ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟาเท่ากับ .92 (ศิริพร ณ นคร และคณะ, 2020) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง COA. MURA2021/990 และได้รับอนุญาตการดำเนินการศึกษาจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยขอขานให้นักเรียนทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย และขออนุญาตการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจลงนาม เมื่อผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจลงนามยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยและนักเรียนยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยที่การตอบแบบสอบถามเป็นไปด้วยความสมัครใจ นักเรียนสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และการนำเสนอรายงานการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการของโรงเรียนที่จะดำเนินการศึกษา หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยประสานงานกับคณาจารย์ที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นเข้าพบนักเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย หลังจากจากผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจลงนามยินดีให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย

ด้วยการลงนามและนักเรียนที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนามแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาช่วงเวลาที่ว่างจากการเรียนการสอน สถานที่ตอบแบบสอบถามคือ บริเวณศาลาอเนกประสงค์ นักเรียนใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 20 นาทีโดยประมาณ และผู้วิจัยเตรียมกล่องปิดผนึกไว้ เมื่อนักเรียนตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยครบถ้วน จึงนำแบบสอบถามของตนเองมาใส่ในกล่องด้วยตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้มีนักเรียนสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 234 ราย จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตสัมพันธ์กับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมรังแกกันในวัยรุ่นน้อยโอกาสด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.80) มีอายุ 12 - 19 ปี

(ค่าเฉลี่ย 14.79 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.10) โดยเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 25.6 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 29.10 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 25.20 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 8.50 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 4.30 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 7.30 ผลการเรียนรู้ที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51-3.50 (ร้อยละ 58.70) ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทในโรงเรียนเดียวกัน 1-10 คน (ร้อยละ 88.00) สถานภาพสมรสของบิดามารดา ส่วนใหญ่บิดา-มารดา แยกกันอยู่ (ร้อยละ 41.90) บุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 1-5 คน (ร้อยละ 62.00) บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ มารดาและญาติ (ร้อยละ 30.00) รายได้ของครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 31.00) ความเพียงพอของเงินที่ได้รับ ส่วนใหญ่รู้สึกเพียงพอเสมอ (ร้อยละ 49.60) บุคคลที่เข้าหาเมื่อเกิดปัญหา ส่วนใหญ่เข้าหาบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 59.00)

2. ความแข็งแรงในชีวิต สัมพันธภาพกับเพื่อน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมรังแกกัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตเท่ากับ 103.70 (SD = 13.45) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 51.28 คะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพกับเพื่อนโดยรวม เท่ากับ 3.16 (SD = 0.45) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90.17 คะแนนเฉลี่ยของ

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 64.13 (SD = 12.83) และมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 56.84 ส่วนพฤติกรรมรังแกกันด้านพฤติกรรมรังแกผู้อื่น พบว่าพฤติกรรมที่มีความถี่บ้างครั้งถึงหนึ่งหรือสองครั้งต่อเดือน ที่พบมากที่สุดคือ ล้อเลียนเพื่อน ๆ โดยพูดสิ่งที่เพื่อนไม่ชอบ ร้อยละ 67.10 และความถี่หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ - ทุกวัน ที่พบมากที่สุดคือ พูดจาหยาบคาย ร้อยละ 33.30 สำหรับด้านพฤติกรรมการถูกรังแกที่มีความถี่บ้างครั้งถึงหนึ่งหรือสองครั้งต่อเดือน ที่พบมากที่สุดคือ ถูกเพื่อนพูดล้อเลียน ร้อยละ 57.30 ร้อยละ 50.00 และความถี่หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ - ทุกวัน ที่พบมากที่สุดคือ ถูกเพื่อนพูดจาหยาบคายใส่ ร้อยละ 36.80

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นในวัยรุ่นด้อยโอกาส

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม ความแข็งแกร่งในชีวิตรายด้าน ('I have' 'I am' และ 'I can') สัมพันธภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.313, p = .000$; $r = -.259, p = .000$, $r = -.276, p = .000$, $r = -.273, p = .000$; $r = -.173, p = .008$; $r = -.226, p = .000$) โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบสเปียร์แมน ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น (n = 234)

ตัวแปร	r	p-value
ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	-.313	.000
-I have (ฉันมี...)	-.259	.000
-I am (ฉันเป็นคน...)	-.276	.000
-I can (ฉันสามารถที่จะ...)	-.273	.000
สัมพันธภาพกับเพื่อน	-.173	.008
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	-.226	.000

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการถูกรังแกใน

วัยรุ่นด้อยโอกาส

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ความแข็งแกร่ง

ในชีวิตโดยรวม ความแข็งแกร่งในชีวิตรายด้าน ('I have' 'I am' และ 'I can') และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.239, p = .000; r = -.230, p = .000, r = -.232, p = .000,$

$r = -.181, p = .003; r = -.299, p = .000$) โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ ส่วนสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมถูกรังแก หรือ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมถูกรังแกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.068, p = .300$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบสเปียร์แมน ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมถูกรังแก (n = 234)

ตัวแปร	r	p-value
ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	-.239	.000
-I have (ฉันมี...)	-.230	.000
-I am (ฉันเป็นคนที่...)	-.232	.000
-I can (ฉันสามารถที่จะ...)	-.181	.003
สัมพันธภาพกับเพื่อน	-.068	.300
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	-.299	.000

การอภิปรายผล

1. ความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมรังแกกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นของวัยรุ่นด้อยโอกาส

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ในช่วงคะแนน 61-137 คะแนน (Mean = 103.70, SD = 13.45) โดยมีนักเรียนที่คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจำนวน 120 คน (ร้อยละ 51.28) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบ

กับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นของวัยรุ่นด้อยโอกาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ การที่วัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นต่ำ หรือวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นสูง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสประเทศแคนาดา ที่พบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจะมีเปอร์เซ็นต์ของพฤติกรรมรังแกผู้อื่นสูง (Donmon, 2010) และการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสของ อรัญญา อินสอน และคณะ (2564) พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทุกองค์ประกอบของความแข็งแกร่ง

ในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นของวัยรุ่นด้อยโอกาส

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ การที่วัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นต่ำ หรือวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นสูง อาจสามารถอธิบายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 'I have': แหล่งสนับสนุนภายนอกของบุคคล เช่น มีบุคคลทั้งในและนอกครอบครัวที่ไว้ใจได้ มีคนคอยสอนหรือตักเตือนเมื่อทำสิ่งที่จะสร้างปัญหาให้กับตนเอง มีตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งที่ถูกต้อง มีคนที่พร้อมจะให้กำลังใจ (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grotberg, 1995) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นวัยรุ่นด้อยโอกาสที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแบบอยู่ประจำ โดยจะพักอาศัยอยู่ที่หอพักในโรงเรียนนอน เรียนและทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันกับเพื่อน และอยู่ภายใต้การดูแลของครูประจำ และจะได้กลับบ้านพบกับครอบครัวในช่วงวันหยุด แหล่งสนับสนุนภายนอกของวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นได้ทั้งครอบครัว เพื่อน และครู ในกรณีที่วัยรุ่นด้อยโอกาสต้องเผชิญกับปัญหา หากวัยรุ่นด้อยโอกาสเหล่านี้ มีแหล่งสนับสนุนที่คอยบอก สอน หรือตักเตือน ถึงขอบเขตและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ชัดเจนในการทำสิ่งต่าง ๆ และมีแบบอย่างที่ดี แม้จะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากก็จะสามารถแสดงออกซึ่งวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม แต่ในขณะเดียวกันหากวัยรุ่นด้อยโอกาสไม่มีแบบอย่างที่ดี ก็จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้อาการวัยรุ่นด้อยโอกาสมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นได้ ซึ่งจาก

การศึกษาของ Hogue et al. (2020) ก็พบว่า การเลี้ยงดูแบบการใช้ความรุนแรง (harsh parenting) ของบิดา มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เพิ่มขึ้นในการเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 2 'I am': ความเข้มแข็งภายในของบุคคล เช่น เป็นบุคคลที่มีความภูมิใจในตนเอง มีพื้นฐานมโนคติ เป็นคนที่เห็นอกเห็นใจและแสดงความห่วงใยต่อบุคคลที่อยู่รอบข้างตนเอง มีความรับผิดชอบและรู้จักการยอมรับในสิ่งที่ตนได้กระทำ พร้อมทั้งจะยอมรับและยกย่องผู้อื่น เป็นคนที่คิดและวางแผนที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง มีความเชื่อ และมีความหวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grotberg, 1995) แต่ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น มักจะขาดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและมีทัศนคติเชิงบวกต่อความรุนแรง (Smokowski & Kopasz, 2005) วัยรุ่นด้อยโอกาสที่ไม่เห็นคุณค่าในตัวเองและไม่เห็นคุณค่าของผู้อื่น มีแนวโน้มสูงที่จะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่พบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นสูงกว่าวัยรุ่นที่รับรู้คุณค่าในตนเองสูง (O'Moore & Kirkham, 2001)

องค์ประกอบที่ 3 'I can': ทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น สามารถหาวิธีการในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม รู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะ (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grotberg, 1995) การที่วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่างต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับ

เพื่อนนักเรียนที่มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัย อายุ เพศ การมีทักษะในการแก้ไขปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อเกิดปัญหา หากวัยรุ่นนอ้อยโอกาสไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม อาจมีแนวโน้มที่จะหาทางออกของปัญหาคด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น การใช้ความรุนแรงและการมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น

จากข้อมูลข้างต้นจึงอาจจะกล่าวได้ว่าวัยรุ่นนอ้อยโอกาสที่มีองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมการถูกรังแกของวัยรุ่นนอ้อยโอกาส

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทั้ง 3 องค์ประกอบหลักของความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแกของวัยรุ่นนอ้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือวัยรุ่นนอ้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ หรือวัยรุ่นนอ้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการถูกรังแกสูง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นนอ้อยโอกาสในประเทศแคนาดา พบว่าวัยรุ่นนอ้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจะมีร้อยละของพฤติกรรมการถูกรังแกสูง (Donnon, 2010) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นนอ้อยโอกาสประเทศไทย พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทุกองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต มี

ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแกผู้อื่น รังแก (อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564) จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นนอ้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 'I have': เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกของบุคคล วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อยู่โรงเรียนแบบอยู่ประจำภายใต้ความดูแลของครูประจำหอพัก เมื่อถึงวันหยุดหรือปิดภาคการศึกษาวัยรุ่นก็จะสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัว โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับมารดาและญาติ (ร้อยละ 30) และส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทในโรงเรียนเดียวกัน 1 - 10 คน (ร้อยละ 88) วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงมีทั้งเพื่อนที่โรงเรียนครูที่อยู่ใกล้ชิด และบุคคลในครอบครัวที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือรวมถึงให้กำลังใจได้ในเวลาที่ต้องเผชิญกับปัญหา อันจะทำให้วัยรุ่นนอ้อยโอกาสสามารถหลีกเลี่ยงกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกรังแก จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการขาดการติดตามดูแลของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการถูกรังแกของวัยรุ่น (Pascual-Sanchez et al., 2022)

องค์ประกอบที่ 2 'I am': ความเข้มแข็งภายในของบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ, 2558; Grotberg, 1995) วัยรุ่นนอ้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการระหว่างการเรียนรู้จักเอกลักษณ์ของตนเอง หรือ การสับสนในบทบาทของตนเอง (Erikson, 1977) ซึ่งวัยรุ่นนอ้อยโอกาสจะมีความต้องการในการค้นหาความต้องการของ

ตนเอง เกิดการเรียนรู้ในบทบาทของตนเอง แต่หากวัยรุ่นด้อยโอกาสไม่รู้จักตนเองหรือสับสนในบทบาทของตนเองในสังคม จะทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจและเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งวัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักตกเป็นผู้ถูกรังแกมากกว่าวัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง (Olweus, 1992) การเห็นคุณค่าในตนเองจะช่วยปกป้องวัยรุ่นด้อยโอกาสจากการถูกรังแก ผู้ที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นมักจะมุ่งเป้าไปยังคนที่มีความมั่นใจในตัวเองน้อยกว่า หากวัยรุ่นด้อยโอกาสตกเป็นเป้าหมาย การเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นด้อยโอกาสจะช่วยให้วัยรุ่นด้อยโอกาสรับมือกับการกลั่นแกล้งได้ (Gordon, 2022) ดังนั้นการที่วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าในตัวเองและเห็นคุณค่าของผู้อื่นจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นทั่วไปที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมถูกรังแก (Folayan et al., 2020; Mungala & Nabuzoka, 2020)

องค์ประกอบที่ 3 'I can': ทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grotberg, 1995) วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนประจำที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับเพื่อน รุ่นพี่ และรุ่นน้อง ซึ่งวัยรุ่นแต่ละคนมีอุปนิสัยที่แตกต่างกัน หากวัยรุ่นด้อยโอกาสมีทักษะทางสังคมต่าง ๆ ก็จะช่วยทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสสามารถปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ นอกจากนี้การอยู่โรงเรียนประจ่านั้นมีกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันหลายอย่าง เช่น การใช้พื้นที่ส่วนรวม

ร่วมกัน หรือมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันในการอยู่อาศัย ซึ่งอาจก่อให้เกิดการกระทบกระทั่งกันได้ง่าย หากวัยรุ่นด้อยโอกาสมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะถูกรังแก อาจจะช่วยทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสสามารถหาวิธีการในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ จากการศึกษาของ Cook et al. (2010) พบว่าวัยรุ่นที่มีความสามารถทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ และจากการศึกษาของ Kaukiainen et al. (2002) พบว่า ความฉลาดทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมถูกรังแก จึงอาจกล่าวได้ว่า วัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีทักษะในการจัดการกับปัญหาและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสูง (I can สูง) มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า วัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ

2. สัมพันธภาพกับเพื่อนกับพฤติกรรมรังแกกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับเพื่อนกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นของวัยรุ่นด้อยโอกาส ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 90.17) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.173, p = .008$) นั่นคือ การที่วัยรุ่นด้อยโอกาส

มีสัมพันธภาพกับเพื่อนสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นต่ำ โดยวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่าง มีการพักอาศัย เรียนหนังสือ ทำกิจกรรมทุกอย่างอยู่ในโรงเรียนในลักษณะของโรงเรียนประจำ ย่อมต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนที่เป็นกลุ่มสังคมที่มีความใกล้ชิดมากที่สุด นอกจากนี้ช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมากกว่าครอบครัวหรือพ่อแม่ (Guo et al., 2020) สัมพันธภาพกับเพื่อน จะนำมาซึ่งการยอมรับและการร่วมมือจัดการสิ่งต่าง ๆ ร่วมกัน (ชนพล อุกวงศ์เสรี และ ชัยชนะ นิ่มนวล, 2565) นอกจากนี้พัฒนาการทางบุคลิกภาพในช่วงวัยรุ่นนี้ เป็นวัยที่ต้องการค้นหาว่าตนเองเป็นใคร และมีความสามารถที่จะทำอะไรได้หรือทำอะไรไม่ได้บ้าง (Erikson, 1977) ซึ่งหากกลุ่มสังคมที่วัยรุ่นด้อยโอกาสใกล้ชิดมากที่สุดคือ กลุ่มเพื่อน ได้ส่งเสริมให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ถึงบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสม จะทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าใจตนเอง และเข้าใจบทบาทของตนเองในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ เนื่องจากเหตุผลสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นคือ ต้องการแสดงให้ผู้อื่นเห็นถึงอำนาจและต้องการเป็นที่นิยม (Shetgiri, 2013) แต่หากวัยรุ่นด้อยโอกาสมีสัมพันธภาพกับเพื่อนดี จะทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสไม่ต้องแสดงพฤติกรรมรังแกผู้อื่นเพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสในประเทศอิตาลีที่พบว่า มิตรภาพระหว่างเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น (Bianchi et al., 2021) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนสูง มี

แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับเพื่อนกับพฤติกรรมการถูกรังแกของวัยรุ่นด้อยโอกาส

ผลการวิจัย พบว่าสัมพันธภาพกับเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสของ Bianchi และคณะ ที่พบว่า มิตรภาพระหว่างเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแก (Bianchi et al., 2021) และมีการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีการสนับสนุนจากเพื่อนสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ (Cluver, Bowes, & Gardner, 2010) ในวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง - สูงถึงร้อยละ 90.17 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ อาจเป็นผลมาจากคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพกับเพื่อน อยู่ในระดับใกล้เคียงกันเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่สามารถใช้สรุปความสัมพันธ์ในกลุ่มที่มีความหลากหลายของระดับคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพกับเพื่อน

3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับพฤติกรรมรังแกกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นของวัยรุ่นด้อยโอกาส

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากเครือข่ายสังคมของตน เช่น

ครอบครัวเพื่อนเป็นต้น (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012; Zimet et al., 1988) โดยผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจกล่าวได้ว่าผู้ที่วัยรุ่นคือโอกาสมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นต่ำ โดยในช่วงพัฒนาการของวัยรุ่นนั้น เป็นวัยที่มีความต้องการที่จะสร้างพื้นที่ของตนเองและในขณะเดียวกันก็ต้องการการได้รับการยอมรับจากสังคม (Erikson, 1977) ในกรณีที่วัยรุ่นคือโอกาสต้องเผชิญกับปัญหา หรือเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ถ้าหากวัยรุ่นคือโอกาสรู้สึกว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากสังคมรอบข้างที่ดี ก็จะทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกที่ตัวเองได้รับการยอมรับ และเลือกใช้วิธีการในการเผชิญหน้ากับปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่พบว่า ความผูกพันทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมรังแกผู้อื่น (Chan & Chui, 2013) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า วัยรุ่นคือโอกาสที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการถูกรังแกของวัยรุ่นคือโอกาส

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ วัยรุ่นคือโอกาสที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงมี

แนวโน้มจะมีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแกในวัยรุ่นทั่วไปในประเทศไนจีเรีย (Folayan et al., 2020) และการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นคือโอกาสที่มีการสนับสนุนจากเพื่อนและจากพี่น้องสูง มีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ (Cluver, Bowes, & Gardner, 2010) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า วัยรุ่นคือโอกาสที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่น และพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิต และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแก ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข ครู รวมถึงหน่วยงานหรือบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับวัยรุ่นคือโอกาส ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธภาพกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เช่น การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครูกับนักเรียน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกลุ่มชุมชนหรือกิจกรรมที่สนับสนุนการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มวัยรุ่นคือโอกาสให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

2. จากผลการศึกษาที่พบว่าสัมพันธภาพกับเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการถูก

รังก้าน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มวัยรุ่นน้อย
โอกาสในบริบทอื่นต่อไป

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ในบริบท
ทางวัฒนธรรมหรือเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่าง
กัน และควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
พฤติกรรมรังก้านในวัยรุ่นน้อยโอกาสในรูปแบบ
ของการวิจัยเชิงทำนายหรือความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

จริยกุล ศรีสุวรรณ. (2542). การศึกษาเอกลักษณ์แห่งตนของ
นักเรียนวัยรุ่นตอนปลาย โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรม
สามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).

ชนพล อุควงศ์เสรี, และ ชัยชนะ นิ่มนวล. (2565). ความฉลาด
ทางอารมณ์ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพกับ
เพื่อน และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของนักเรียนมัธยมปลาย
ชายล้วนในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์
ศรีนครินทรวิโรฒ*, 23(2).

พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน. (2562). คุณสมบัตินี้
ทางจิตมิติ (Psychometric property) ของแบบประเมิน
พฤติกรรมการรังก้าน ฉบับดัดแปลงภาษาไทย. รายงาน
การวิจัย. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ.
(2558). ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และ
การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: จุดทอง.

มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน.
(2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต
ในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1).

ศิริพร ณ นคร, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ
นันทยา เอกอัครมกิจ. (2020). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ
อายุ เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความผูกพันใกล้ชิดกับ
เพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับความ
แข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มน้อยโอกาสไทยในจังหวัด
หนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและ*

สุขภาพจิต, 34(2), 77-98.

สมบัติ คาปัญญา. (2549). รายงานการสำรวจปัญหาการรังก้าน
ของนักเรียน โครงการส่งเสริมสนับสนุน และคุ้มครอง
สุขภาพและสิทธิมนุษยชนด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว.
สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
กระทรวงศึกษาธิการ. (2564ก). สถิติทางการศึกษาปี 2564
จำนวนนักเรียนน้อยโอกาส จำแนกตามประเภทความน้อย
โอกาส และรายชั้น ปีการศึกษา 2564. [https://www.bopp-
obec.info/home/?page_id=35338](https://www.bopp-obec.info/home/?page_id=35338)

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
กระทรวงศึกษาธิการ. (2564ข). *เอกสารประกอบการรับ
นักเรียนสำหรับโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ปีการศึกษา 2564*.
<http://special.obec.go.th/HV3/page.php>

อริญญา อินสอน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ
นันทยา เอกอัครมกิจ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความ
แข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับ
พฤติกรรมการรังก้านในวัยรุ่นน้อยโอกาส. *วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(2), 49-72.

Ashaba, S., Cooper-Vince, C., Maling, S., Rukundo, G. Z.,
Akena, D., & Tsai, A. C. (2018). Internalized HIV stigma,
bullying, major depressive disorder, and high-risk
suicidality among HIV-positive adolescent in rural Uganda.
Global Mental Health (Cambridge, England), 5, 1-10.

Auerswald, C. L., Piatt, A. A., & Mirzazadeh, A. (2017).
*Research with disadvantaged, vulnerable and/or
marginalised adolescents*. Florence: UNICEF, Office of
Research – Innocenti.

Bassett, S. M., Kim, D. H., Takahashi, L., Dinizulu, S. M., Lee,
R., & Voisin, D. R. (2020). A latent class analysis of factors
associated with levels of aggression among low-income
African American youth in Chicago. *Journal of Social
Service Research*, 46(4), 452-461.

Bhui, K., Silva, M. J., Harding, S., & Stansfeld, S. (2017).
Bullying, social support, and psychological distress:
Findings from RELACHS cohorts of East London's White
British and Bangladeshi adolescents. *Journal of Adolescent
Health*, 61, 317 - 328.

- Bianchi, D., Cavicchiolo, E., Manganelli, S., Lucidi, F., Girelli, L., Cozzolino, M., Galli, F., & Alivernini, F. (2021). Bullying and victimization in native and immigrant very-low-income adolescents in Italy: Disentangling the roles of peer acceptance and friendship. *Child & Youth Care Forum Journal*, 50, 1013–1036.
- Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: Evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 809–817.
- Chan, H. C., & Chui, W. H. (2013). Social bonds and school bullying: A study of Macanese male adolescents on bullying perpetration and peer victimization. *Child & Youth Care Forum Journal*, 42(6), 599-616.
- Chowdry, H., & McBride, T. (2017). *Disadvantage, behaviour and cognitive outcomes: Longitudinal analysis from age 5 to 16*. <https://www.eif.org.uk/report/disadvantage-behaviour-and-cognitive-outcomes>
- Cluver, L., Bowes, L., & Gardner, F. (2010). Risk and protective factors for bullying victimization among AIDS-affected and vulnerable children in South Africa. *Child Abuse & Neglect*, 34(2010), 793–803.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial model of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269 - 297.
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25(2), 65 - 83.
- Department of Mental Health. (2001). *Manual of activities for the development of disadvantaged children [in Thai]*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. <https://dmh.go.th/ebook/view.asp?id=112>
- Donnon, T. (2010). Understanding how resiliency development influences adolescent bullying and victimization. *Canadian Journal of School Psychology*, 25(1), 101-113.
- Ekasawin, S., & Phothisut, C. (2017). Prevalence of bullying experiences and psychiatric disorders in Thai students [in Thai]. *Journal of Mental Health of Thailand*, 26(2), 96-106.
- Erikson, E. H. (1977). *Childhood and society*. W.W. Norton.
- Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2009). A social-ecological model for bullying prevention and intervention. In S. R. Jimerson, S. M. Swearer, & D. L. Espelage (Eds.), *Handbook of bullying in schools: An international perspective*. (pp. 61–72). Routledge.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Folayan, M. O., Oginni, O., Arowolo, O., & EL Tantawi, M. (2020). Internal consistency and correlation of the adverse childhood experiences, bully victimization, self-esteem, resilience, and social support scales in Nigerian children. *BMC Research Notes*, 13(1), 1–6.
- Gloppen, K., McMorris, B., Gower, A., & Eisenberg, M. (2018). Associations between bullying involvement, protective factors, and mental health among American Indian youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(4), 413– 421.
- Gordon, S. (2022). 13 ways to build resiliency and prevent bullying. <https://www.verywellfamily.com/how-building-selfesteem-can-prevent-bullying-460679>
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. <https://eric.ed.gov/?id=ED386271>
- Guo, J., Li, M., Wang, X., Ma, S., & Ma, J. (2020). Being bullied and depressive symptoms in Chinese high school students: The role of social support. *Psychiatry Research*, 284, 112676–112678.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133-144.

- Hodges, E. V. E., Malone, M. J., & Perry, D. G. (1997). Individual risk and social risk as interacting determinants of victimization in the peer group. *Developmental Psychology*, 33(6), 1032-1039.
- Hogye, S. L., Jansen, P. W., Lucassen, N., & Keizer, R. (2020). The relation between harsh parenting and bullying involvement and the moderating role of child inhibitory control: A population-based study. *Aggressive Behavior*, 48, 141-151.
- Hong, J. S., Peguero, A. A., & Espelage, D. L. (2018). Experiences in bullying and/or peer victimization of vulnerable, marginalized, and oppressed children and adolescents: An introduction to the special issue. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(4), 399 - 401.
- Ireland, J. L. (2005). Psychological health and bullying behavior among adolescent prisoners: A study of young and juvenile offenders. *Journal of Adolescent Health*, 36(3), 236-243.
- Juvonen, J., & Graham, S. (2014). Bullying in schools: The power of bullies and the plight of victims. *Annual Review of Psychology*, 65, 159-185.
- Kaukiainen, A., Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Tamminen, M., Vauras, M., Mäki, H., & Poskiparta, E. (2002). Learning difficulties, social intelligence, and self-concept: Connections to bully-victim problems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(3), 269-278.
- Kulig, J., Hall, B., & Kalischuk, R. G. (2008). Bullying perspectives among rural youth: A mixed methods approach. *Rural and Remote Health*, 8(2), 1-11.
- Markkanen, E., & Repo, J. (2016). *Power of peers bullying prevention in the digital age*. Youth Participation in Bullying Prevention -project.
- Marsh, H. W., Nagengast, B., Morin, A. J. S., Parada, R. H., Craven, R. G., & Hamilton, L. R. (2011). Construct validity of the multidimensional structure of bullying and victimization: An application of exploratory structural equation modeling. *Journal of Educational Psychology*, 103(3), 701-732.
- Melander, L. A., Hartshorn, K. J. S., & Whitbeck, L. B. (2013). Correlates of bullying behaviors among a sample of North American indigenous adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(4), 675-684.
- Mungala, B., & Nabuzoka, D. (2020). Relationship between Bullying Experiences, Self Esteem and Depression among secondary school pupils. *Medical Journal of Zambia*, 47(2), 106-111.
- Nandini, M., & Jayan, C. (2016). Behavioural problems of street adolescents. *International Journal of Applied Research*, 2(3), 223-228.
- Newman, M. L., Holden, G. W., & Delville, Y. (2005). Isolation and the stress of being bullied. *Journal of Adolescence*, 28, 343-357.
- O'Moore, M., & Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behavior. *Aggressive Behavior*, 27(4), 269-283.
- Olweus, D. (1992). Victimization among schoolchildren: Intervention and prevention. In G. W. Albee, L. A. Bond, & T. V. C. Monsey (Eds.), *Improving children's lives: Global perspectives on prevention* (pp. 279-295). Sage Publications, Inc.
- Parada, R. H. (2000). *Adolescent peer relations instrument: A theoretical and empirical basis for the measurement of participant roles in bullying and victimization of adolescence: An interim test manual and a research monograph: A test manual*. Publication Unit, Self-concept Enhancement and Learning Facilitation (SELF) Research Centre, University of Western Sydney.
- Pascual-Sanchez, A., Mateu, A., Martinez-Herves, M., Hickey, N., Kramer, T., & Nicholls, D. (2022). How are parenting practices associated with bullying in adolescents? A cross-sectional study. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(3), 223 - 231.
- Perren, S., & Hornung, R. (2005). Bullying and delinquency in adolescence: Victims' and perpetrators' family and peer relations. *Swiss Journal of Psychology*, 64(1), 51-64.

- Pottie, K., Dahal, G., Georgiades, K., Premji, K., & Hassan, G. (2015). Do first generation immigrant adolescents face higher rates of bullying, violence and suicidal behaviours than do third generation and native born? *Journal of Immigrant and Minority Health, 17*(5), 1557 - 1566.
- Roland, E., & Galloway, D. (2002). Classroom influences on bullying. *Educational Research, 44*(3), 299-312.
- Rothon, C., Head, J., Klineberg, E., & Stansfeld, S. (2011). Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence, 34*(3), 579–588.
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukialnen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior, 22*(1), 1–15.
- Serdari, A., Gkouliama, A., Tripsianis, G., Proios, H., & Samakouri, M. (2018). Bullying and minorities in secondary school students in Thrace-Greece. *American Journal of Orthopsychiatry, 88*(4), 462 - 470.
- Shetgiri, R. (2013). Bullying and victimization among children. *Advances in Pediatrics, 60*(1), 33 - 51.
- Smokowski, P. R., & Kopasz, K. H. (2005). Bullying in school: An overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies. *Children & Schools, 27*(2), 101 - 110.
- Strohmeier, D., Kärnä, A., & Salmivalli, C. (2011). Intrapersonal and interpersonal risk factors for peer victimization in immigrant youth in Finland. *Developmental Psychology, 47*(1), 248 - 258.
- Viljoen, J. L., O'Neill, M. L., & Sidhu, A. (2005). Bullying behaviors in female and male adolescent offenders: Prevalence, types, and association with psychosocial adjustment. *Aggressive Behavior, 31*(6), 521 - 536.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *Spanish Journal of Psychology, 15*(3), 1503 - 1509. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39434
- World Health Organization. (2019). *Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515078>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30 - 41.

FACTORS ASSOCIATED WITH ANXIETY AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN A PROVINCE IN THE NORTHEASTERN REGION OF THAILAND DURING THE THIRD YEAR OF COVID-19 PANDEMIC*

*Kitsada Khakuen, B.N.S.** , Patcharin Nintachan, Ph.D.***, Sopin Sangon, Ph.D.*****

Abstract

Objective: To investigate the relationships of self-rated health, working hours for COVID-19, exposure to COVID-19, and resilience with anxiety among village health volunteers during the third year of the COVID-19 pandemic.

Methods: This study was a descriptive correlational research design. The participants were 421 village health volunteers working during the COVID-19 pandemic in a province in the northeastern region of Thailand. They were selected by multi-stage random sampling. The instruments for data collection included a demographic questionnaire, DASS - Anxiety, Exposure to COVID-19 questionnaire, and the Resilience Inventory. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: The results showed that the mean anxiety score was 7.51 (SD = 5.36). Self-rated health and resilience were negatively and significantly associated with anxiety ($r = -.106, p = .030$; $r = -.121, p = .013$ respectively). Working hours for COVID-19 and being exposed to COVID-19 were positively and significantly associated with anxiety ($r = .099, p = .043$; $r = .176, p = .000$, respectively).

Conclusion: The results of this study can be used to develop a plan for protecting anxiety among village health volunteers.

Keywords: village health volunteers, anxiety, self-rated health, resilience, the third year of covid-19 pandemic

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

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

***Corresponding author: Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

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

Received: 8 January 2024, Revised: 27 August 2024, Accepted: 4 September 2024

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19*

กฤษฎา คำขึ้น, พย.บ. **, พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. ***, โสภนิ แสงอ่อน, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 และความแข็งแกร่งในชีวิต กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 421 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต แบบสอบถามการสัมผัสโรคโควิด - 19 และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 7.51 (SD = 5.36) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.106, p = .030$; $r = -.121, p = .013$ ตามลำดับ) จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 และการสัมผัสโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .099, p = .043$; $r = .176, p = .000$ ตามลำดับ)

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางเพื่อช่วยป้องกันความวิตกกังวล ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความวิตกกังวล, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, ความแข็งแกร่งในชีวิต, ช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์โรคโควิด-19

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 8 มกราคม 2567, วันที่แก้ไข: 27 สิงหาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 4 กันยายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่กระจายและระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วโดยพบการระบาดอย่างเป็นทางการเมื่อช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ส่วนใหญ่เมื่อได้รับเชื้อจะเกิดภาวะปอดอักเสบจึงมีรายงานการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (Liu et al., 2020; World health organization, 2020) องค์การอนามัยโลกได้ออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ถือเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 (Huang & Zhao, 2020; World Health Organization, 2020) และได้บัญญัติศัพท์สำหรับโรคนี้ขึ้นมาว่า COVID-19 (โรคโควิด-19) ซึ่งย่อมาจาก Coronavirus Disease of 2019 (World health organization, 2020) จากสถิติการระบาดทั่วโลกจนถึง 29 มีนาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกรวม 483,742,242 คน เสียชีวิตสะสม 6,151,914 คน คิดเป็นร้อยละ 1.27 (กรมประชาสัมพันธ์ ศูนย์ข้อมูลโควิด, 2565) ประเทศไทยสถิติตั้งแต่เริ่มการระบาดจนถึง 29 มีนาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมรวม 3,575,398 คน เสียชีวิตสะสม 24,958 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70 (กรมควบคุมโรค, 2565) สถานการณ์โรคโควิด-19 ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึง ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมรวม 59,290 คน เสียชีวิต 73 คน คิดเป็นร้อยละ 0.12 และติดเชื้อเพิ่ม 1,964 คน (จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์โควิด 19 โคราช, 2565)

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้หลาย ๆ จังหวัดถูกประกาศเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดทางจังหวัดจึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อภายในจังหวัดที่มีการระบาด แต่พบว่าการติดเชื้อภายในประเทศยังพบเป็นลักษณะกลุ่มก้อน (cluster) และประชากรมีการเดินทางอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการกระจายของผู้สัมผัสเชื้อไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ จึงทำให้ยอดผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มขึ้น (WHO Thailand, 2020) จากวิกฤตที่เกิดขึ้นระบบสาธารณสุขของไทยได้รับผลกระทบโดยตรง บุคลากรต้องรับภาระที่หนักหน่วง ขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์และทรัพยากรทางการแพทย์ยอดผู้ติดเชื้อในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก การติดเชื้อของบุคลากรทำให้ต้องหยุดงานเพื่อกักตัวตามมาตรการ อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพในชุมชนของประเทศไทยนั้น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีนักวิชาการสาธารณสุข 1 - 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 - 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการช่วยต่อสู้กับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (วิทย์ชินบุตร และภัทร ภัคศิรวิทย์, 2564; WHO Thailand, 2020) ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อสม. จึงเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเคียงข้างกับบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่การระบาดระลอกแรกจนถึงช่วงปีที่ 3 ของการระบาดเนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดโดยมีการกิจหลัก ได้แก่ การเคาะประตูบ้านเพื่อรณรงค์ให้

ความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 รวมถึง การสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) การรณรงค์ให้สวมหน้ากากอนามัย ตลอดเวลา การล้างมือด้วยสบู่เหลวหรือ แอลกอฮอล์ การแยกกลุ่มเสี่ยงและกักตัว เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2564)

จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทยที่ประกอบด้วย 32 อำเภอ มี อสม. อำเภอละ 514 - 6,746 คน รวมทั้งสิ้น 52,864 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ซึ่งเป็น จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโควิด -19 เป็นจำนวนมาก และมีการกระจายของเชื้อโรคโควิด - 19 ลงสู่ ชุมชนอย่างต่อเนื่อง (จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์ โควิด 19 โคราช, 2565) อสม. จึงเปรียบเสมือน เกราะคุ้มกันชุมชนคอยดูแลตามภารกิจที่ได้รับ เช่น การคัดกรอง ติดตามกำกับดูแลงานกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน และควบคุมโรค ตามคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัดอย่างเคร่งครัด เป็นต้น การปฏิบัติหน้าที่ ต่อสู้กับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่และมี ข้อจำกัดในการรักษา รวมถึงปริมาณกลุ่มเสี่ยงและ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับ อสม. มีภาระงานหลายด้าน จึงน่าจะทำให้ อสม. มีความวิตกกังวลจากการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ใหม่ที่เพิ่มเข้ามาในสถานการณ์โรคโควิด-19 โดย ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่รู้สึกหวาดหวั่นต่อ เหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้อย่างชัดเจน ของสิ่งที่มาคุกคามต่อการดำรงชีวิตทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ดังนั้น เมื่อเผชิญสถานการณ์การระบาดของ โรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดอารมณ์กลัว วิตกกังวล

ความมั่นคงปลอดภัยถูกคุกคาม โดยไม่ทราบว่าจะ มีอะไรเกิดขึ้นบ้างในอนาคต เช่น วิตกกังวลว่าจะ ติดเชื้อโรคโควิด-19 วิตกกังวลถึงความรุนแรงของ เชื้อจะทำให้สูญเสียชีวิตหรือนुकคลอันเป็นที่รัก และวิตกกังวลจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เป็นต้น (Lai et al., 2020; Wang et al., 2020;)

จากการศึกษาความวิตกกังวลใน สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่ บุคลากรทางการแพทย์ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 8.5 - 60.2 (Alfaifi et al., 2022; Li et al., 2021; Ponce-Blandon et al., 2021; Zhang et al., 2020) นอกจากนี้ พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มบุคลากรทาง การแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 29 - 47.1 (วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล, 2563; เสริมสันต์ แสงบุญ และอนันต์ ไชยกุลวัฒนา, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในสถานการณ์การ ระบาดของโรคโควิด-19 มีหลากหลายปัจจัย โดย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ทางลบ มีความสัมพันธ์ไม่แน่นอน และไม่มีความสัมพันธ์ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ การมี โรคร่วมในผู้ที่เป็็นโรคเบาหวาน (Sisman et al., 2021) การสัมผัสโรคโควิด-19 (กชพร อินทวงศ์, 2565; ธนาคาร สาระคำ, 2564; Evanoff et al., 2020; Liu et al., 2020) ชั่วโมงที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับ โรคโควิด-19 (Kapetanios et al., 2021; Sahin & Kulakac, 2022) ความใกล้ชิดทางสังคม (Liu et al., 2020) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร โรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ภาวะสุขภาพจิต (วิตกกังวล ซึมเศร้า และเครียด) (Kaya et al., 2021)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ ระดับการศึกษา (Li et al., 2021; Riaz et al., 2021) ลักษณะที่พักอาศัย (Li et al., 2021) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (Petzold et al., 2020) การควบคุมอาการโรคหอบหืด (Eroglu, & Yildiz, 2022) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Petzold et al., 2020) ความแข็งแรงในชีวิต (Kim et al., 2021; Ran et al., 2020; Setiawati et al., 2021; Yang et al., 2020) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Li et al., 2021) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นอน ได้แก่ อายุ โดยที่การศึกษาของ Petzold et al. (2020) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ส่วนการศึกษาของ Ran et al., (2020) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยเบาหวาน (Sisman et al., 2021) การมีบุตรจำนวนผู้อาศัยในครอบครัว การมีประสบการณ์การติดเชื้อโรคโควิด - 19 (Petzold et al., 2020)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของบุคคลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีหลากหลาย อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ และทำการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ หรือประชาชนทั่วไป การศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอย่างจำกัด ซึ่ง อสม. เป็นกลุ่มบุคคลที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปีที่ 3 ของการระบาดของ

โรคโควิด-19 ซึ่ง อสม. ได้ปฏิบัติหน้าที่ของตนเองและเผชิญสถานการณ์อันเลวร้ายต่าง ๆ ตลอดเวลาที่ผ่านมา การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 และความแข็งแรงในชีวิตกับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปีที่ 3 ของการระบาดของโรคโควิด-19 มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและลดปัญหาความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 ความแข็งแรงในชีวิต และความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 และความแข็งแรงในชีวิต กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจาก

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteers) อาสาสมัคร (Volunteers/ non-health care worker) ประชาชนทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่รู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้อย่างชัดเจนของสิ่งที่มาคุกคามแสดงออกโดยมีความรู้สึกกังวลใจ หวาดกลัว ตื่นตระหนกง่าย มีปัญหาการควบคุมอารมณ์ หรืออาจมีอาการทางกาย เช่น เหงื่อออกมาก ปากแห้ง หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว สั่น มีอาการคล้ายจะเป็นลม เป็นต้น (Lovibond & Lovibond, 1995) อสม. เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 จากการปฏิบัติหน้าที่ต้องพบปะบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสโรคโควิด - 19 และบุคคลที่ติดเชื้อโควิด - 19 จึงน่าจะมี ความวิตกกังวลได้ (กิตติพร เนาสุวรรณ และคณะ , 2563; จิตรา มุลทิ, 2564; ธนาคาร สารคำ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลมีหลากหลาย ปัจจัยคัดสรรในการศึกษารุ่นนี้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแกร่งในชีวิต รายละเอียดดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Self - rated health) เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความตระหนักและ

ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคล รวมถึงการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล (Brook et al., 1979) อสม. ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ค่อยดี หรือมีโรคประจำตัว และมีการรับรู้ข่าวสารการระบาดของโรคโควิด-19 ของความรุนแรงของโรคมักจะเพิ่มขึ้น จึงน่าจะทำให้ อสม. มีความวิตกกังวลมากขึ้น (Kaya et al., 2021) จากการศึกษาในประเทศจีน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการเกิด ความวิตกกังวล (Li et al., 2021) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่ากรณีโรคร่วมในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (Sisman et al., 2021)

จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (Working hours) หมายถึง ระยะเวลาจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งในสถานการณ์นี้ อสม. เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญในการรับมือในพื้นที่ที่ต้องรับผิดชอบอยู่ตลอดเวลา จากภาระงานและสถานการณ์การระบาดที่ไม่แน่นอน การปฏิบัติงานหลายชั่วโมงของ อสม. น่าจะก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลียจากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการทำงานหลายชั่วโมงก็เพิ่มโอกาสการได้รับเชื้อโรคโควิด-19 (วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล, 2563) อาจกล่าวได้ว่า อสม. ที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 หลายชั่วโมงต่อสัปดาห์น่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูง จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศตุรกี

พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (Sahin & Kulakac, 2022)

การสัมผัสโรคโควิด-19 (Exposure to COVID-19) เป็นการมีกิจกรรมในช่วงที่ผ่านมาที่ใกล้ชิดกับผู้ที่ได้รับการยืนยันว่าติดโรคโควิด-19 หรือการเดินทางไปในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่น/สถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือการมิได้สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน/พูดคุยกับผู้อื่น หรือมิได้ล้างมือหลังการสัมผัสสิ่งของในที่สาธารณะ จากบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ถือว่าเป็นด่านหน้าในการลงพื้นที่ควบคุมโรคโควิด-19 เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน เช่น การที่ อสม. ต้องไปเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้/แจ้งข่าวสารและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ติดตามสังเกตอาการกลุ่มผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) จากภาระงานดังกล่าว น่าจะทำให้ อสม. รู้สึกไม่มั่นใจและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเพิ่มขึ้น หรือเป็นผู้นำเชื้อไปสู่ครอบครัว (ชนาคาร สารคำ, 2564; Liu et al., 2020) จากการศึกษาประสบการณ์ของ อสม. ในการติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า อสม. มีความวิตกกังวลที่ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท เช่น กังวลว่าหากติดเชื้อโควิด-19 ไม่รู้จะอย่างไร กังวลกับภาระงานที่ต้องทำให้ลุล่วง เป็นต้น (ชนาคาร สารคำ, 2564) และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์และอาชีพอื่น ๆ พบว่า การปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง

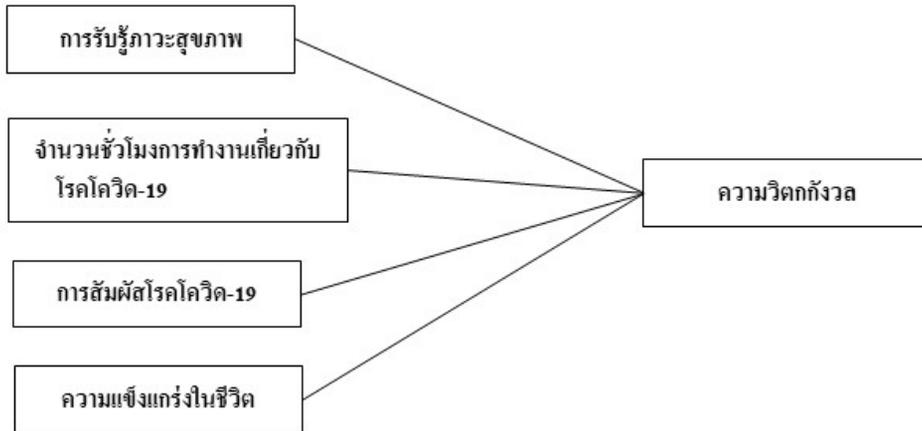
ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (Evanoff et al., 2020) การศึกษาในประชาชนประเทศจีนในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ความใกล้ชิดทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (Liu et al., 2020) นั่นคือ การสัมผัสโรคโควิด-19 มากมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูง

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการก้าวผ่านอุปสรรคอย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต (adversity in life) พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ในเวลาอันรวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1998) จากการศึกษาของกร็อทเบิร์ก ความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบคือ 1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1998) ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลก้าวข้ามผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามา ดังนั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อสม. ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลต่ำ และมีการศึกษาที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล (Kim et al., 2021; Lonescu et al., 2021; Ran et al.,

2020; Setiawati et al., 2021; Yang et al., 2020)

อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ
จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19

การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแรงในชีวิต
น่าจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ดัง
แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียน และปฏิบัติงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ 2 อำเภอของจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยขอยุติการตอบแบบสอบถาม หรือถอนตัวออกจากการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้การวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul et al., 2007) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (small effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา (Liu et al., 2020; Lonescu et al., 2021; Petzold et al., 2020; Sisman et al., 2021; Yang et al., 2020) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α)

เท่ากับ .05 ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) แบบสองทาง (2 - tailed) ได้ขนาดตัวอย่าง 398 ราย เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เป็นจำนวน 40 ราย รวมทั้งสิ้น 438 ราย การวิจัยครั้งนี้มีผู้สมัครใจเข้าร่วมการศึกษารวมทั้งสิ้น 423 ราย และพบว่ามียกกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ มีบางหน้าเว้นว่างไว้ไม่สมบูรณ์จำนวน 2 ราย ดังนั้นข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้เท่ากับ 421 ราย ซึ่งเพียงพอตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่พักอาศัย อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การตรวจหาเชื้อโรคโควิด-19 วิธีการรักษาโรคโควิด-19 การมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโรคโควิด-19 การมีสมาชิกหรือญาติเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ลักษณะการรับประทานอาหารในครอบครัว การได้รับการฉีดวัคซีน และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นคำถามให้เลือกตอบและเขียนตอบในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scales [DASS]) ด้าน

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาโดย Lovibond & Lovibond (1995) และแปลเป็นภาษาไทยโดย Webster (2008) ใช้ประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง 3 ด้าน คือ ความซึมเศร้า (DASS-D) 14 ข้อคำถาม ความวิตกกังวล (DASS-A) 14 ข้อคำถาม และความเครียด (DASS-S) 14 ข้อคำถาม รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้เฉพาะด้านการประเมินความวิตกกังวลจำนวน 14 ข้อ (DASS-Anxiety Scale) โดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้นเลย ถึง 3 หมายถึง เกิดขึ้นบ่อยมากหรือเกือบตลอดเวลา คะแนนรวมเท่ากับ 0 - 42 โดยที่คะแนนรวมสูงหมายถึง มีปัญหาความวิตกกังวลสูง เครื่องมือนี้เคยมีการนำไปใช้ศึกษาในประชาชนวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 (Shayan et al., 2021) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 และจากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสัมผัสโรคโควิด-19 (exposure to COVID - 19) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2566) ใช้ประเมินพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่

อาจนำมาซึ่งการสัมผัสเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 8 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ การคิดคะแนนโดยตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 0 - 10 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีแนวโน้มสัมผัสโรคโควิด-19 สูง จากการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน พบว่าได้ค่า Guttman Split-Half Coefficient เท่ากับ .72 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่าได้ค่า Guttman Split-Half Coefficient เท่ากับ .70

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (The Resilience Inventory) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2566) ดัดแปลงจากแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Grotberg (1995) มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) “I have” (เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต) 2) “I am” (เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล) และ 3) “I can” (เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวม

มีค่าตั้งแต่ 28 – 140 คะแนน โดยที่คะแนนรวมสูงแสดงว่า มีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ MU RA2022/656) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ‘อิทธิพลส่งผ่านของความแข็งแกร่งในชีวิตในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทย ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19’ (เลขที่ COA.MURA2022/422) และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดำเนินการวิจัย การเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตจาก สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอทั้ง 2 แห่ง และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 6 แห่งแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเตรียมผู้เฝ้าอำนาจในการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนโดยอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด ภายใต้มาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง และฉีดพ่นสเปรย์แอลกอฮอล์ เป็นต้น

3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงทำความเข้าใจรายละเอียดในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า

4. ผู้วิจัยเข้าพบและดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ห้องประชุมของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือบริเวณศาลากลางบ้าน หรือศาลา วัด ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกันแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นไปด้วย

ความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับโดยไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยมิต้องมีการระบุชื่อ ใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัส และวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 ความแข็งแรงในชีวิต และความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแรงในชีวิต กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank - order correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 385 คน (ร้อยละ 91.45) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.41 ปี (SD = 7.02) ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 12.78 ปี (SD = 7.95) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 244 คน (ร้อยละ 57.95) มีสถานภาพสมรสแบบแต่งงานจำนวน 335 คน (ร้อยละ 79.57) มีโรคประจำตัวจำนวน 190 คน (ร้อยละ 45.13) โดยที่โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 89 คน (ร้อยละ 46.84) รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 57 คน (ร้อยละ 30.00) นอกจากทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 339 คน (ร้อยละ 80.52) การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 216 คน (ร้อยละ 51.30) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 เท่ากับ 9,107 บาท/เดือน (SD = 8336.51) รายได้เฉลี่ยปัจจุบันเท่ากับ 6,583 บาท/เดือน (SD = 5925.87) รายได้ของครอบครัว ไม่เพียงพอ 350 คน (ร้อยละ 83.14) เพียงพอ 71 คน (ร้อยละ 16.86) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 - 7 คนจำนวน 223 คน (ร้อยละ 52.96) และสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 3 คน จำนวน 190 คน (ร้อยละ 45.14) ลักษณะที่พักอาศัยแบบมีหลายห้องแยกกันอยู่คนละห้องจำนวน 259 คน (ร้อยละ 61.52) มีห้องเดียวอยู่รวมกัน 3 คนขึ้นไป จำนวน 76 คน (ร้อยละ 18.06) และมีห้องเดียวอยู่รวมกัน 2 คน (ร้อยละ 16.62) ลักษณะการรับประทานอาหารนั่งรับประทานอาหารร่วมกันทุก

มือ จำนวน 272 คน (ร้อยละ 64.60) เคยตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวิธี ATK จำนวน 372 คน (ร้อยละ 88.36) โดยพบเชื้อจำนวน 120 คน (32.25) และมีการตรวจด้วย RT-PCR จำนวน 56 คน พบว่าติดเชื้อ 29 คน (ร้อยละ 51.79) ผู้ที่ติดเชื้อได้รับการรักษาโดยให้กักตัวที่บ้าน (home isolation) จำนวน 78 คน (ร้อยละ 60.00) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 35 คน (ร้อยละ 26.92) วิธีการรักษาส่วนใหญ่รักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก เป็นต้น จำนวน 109 คน (ร้อยละ 25.89) ได้รับยาด้านเชื้อโคโรนา 2019 จำนวน 24 คน (ร้อยละ 5.70) มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติสนิทเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 11 คน (ร้อยละ 2.62) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนต้านไวรัสโคโรนา 2019 กระตุ้น เข็มที่ 3 จำนวน 272 คน (ร้อยละ 64.60)

2. ความวิตกกังวล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 7.51 (SD = 5.36) ความวิตกกังวลต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จำนวน 229 คน (ร้อยละ 54.40) และมีความวิตกกังวลสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย จำนวน 192 คน (ร้อยละ 45.60) ดังตารางที่ 1

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 6.45 (SD = 1.73) โดยที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ตนเองสุขภาพระดับปานกลางจำนวน 217 คน (ร้อยละ 51.54) สำหรับจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.37 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (SD =

16.62) โดยที่อยู่ในช่วง 20 - 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มากที่สุด จำนวน 183 คน (ร้อยละ 43.46) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนความวิตกกังวล (n = 421)

ความวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	229	54.40
สูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย	192	45.60
mean = 7.51, SD = 5.36, Max = 27, Min = 0		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 (n = 421)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี (6.68 - 10.00)	194	46.09
การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง (3.34 - 6.67)	217	51.54
การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี (1.00 - 3.33)	10	2.37
Mean = 6.45, SD = 1.73, Max = 10, Min = 2		

จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19

น้อยกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	169	40.16
20 - 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	183	43.46
41 - 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	59	14.01
61 - 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	2	0.47
มากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	8	1.90
Mean = 28.37, SD = 16.62, Max = 100, Min = 1		

**4. การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความ
แข็งแกร่งในชีวิต**

ผลวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การสัมผัสโรค
โควิด-19 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 คะแนน (SD =

1.43; ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 10) และความ
แข็งแกร่งในชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 113.58 คะแนน
(SD = 10.43) ดังตารางที่ 3

5. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแรงในชีวิต กับความวิตกกังวล

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 ความแข็งแรงในชีวิตและความวิตกกังวล พบว่าไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัส

โรคโควิด - 19 และความแข็งแรงในชีวิต กับความวิตกกังวล ดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความแข็งแรงในชีวิต มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.106, p = .030$; $r = -.121, p = .013$ ตามลำดับ) โดยมีความสัมพันธ์กันทางลบ และพบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 และการสัมผัสโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .099, p = .043$; $r = .176, p = .000$ ตามลำดับ) โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวก

ตารางที่ 3 ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแรงในชีวิต ($n = 421$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสูงสุด-ต่ำสุด		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
การสัมผัสโรคโควิด-19	0 - 10	0 - 10	2.97	1.43
ความแข็งแรงในชีวิต	28 - 140	73 - 140	113.58	10.43

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r) ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแรงในชีวิต กับความวิตกกังวล ($n = 421$)

ตัวแปร	r	p -value
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.106	.030
จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19	.099	.043
การสัมผัสโรคโควิด - 19	.176	.000
ความแข็งแรงในชีวิต	-.121	.013

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 6.54 (S.D. = 1.73) มีคะแนนการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีภาวะสุขภาพปานกลาง - ดี (ร้อยละ 97.63) อาจอธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.87) ประกอบกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านวิชาการในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ (นครินทร์ อธิพงษ์ และพรวิภา เต็มจันทิก, 2566; มานพ ชะภักดี, 2565) และแม้ว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 ยังเกิดผลกระทบในวงกว้าง แต่เนื่องจากในช่วงนี้มีระบบการจัดการเตรียมพร้อม การเข้าถึงชุมชน และให้การสนับสนุนทั้งข่าวสารความรู้ที่เหมาะสม มีวัสดุป้องกันจำเป็นต่าง ๆ ในการเผชิญต่อสถานการณ์ต่าง ๆ น่าจะมีผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงดี

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองไม่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความ

วิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2021) ที่ทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่อาสาสมัครในชุมชนประเทศจีน พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการมีความวิตกกังวลสูง การศึกษาของ Sisman et al., (2021) ซึ่งศึกษาในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า การมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล การที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองไม่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูง นั้นอาจอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ที่รู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้อย่างชัดเจนของสิ่งที่มาคุกคามต่อการดำรงชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Lovibond & Lovibond, 1995) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และอาจมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด-19 มากจนเกินไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มนี้น่าจะรู้สึกหวาดหวั่นมีความวิตกกังวลสูง เกี่ยวกับการที่ตนเองอาจมีอาการรุนแรงได้ถ้ามีการติดเชื้อโรคโควิด-19 (สุกัญญา เอกปัญญาสกุล, 2563; Kaya et al., 2021)

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 กับความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 28.37 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (SD = 16.62) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 - 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 183 คน (ร้อยละ 43.46) และทำงานมากกว่า 41 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 69 คน (ร้อยละ 16.38) ซึ่งจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่

ต่อเนื่องยาวนาน อสม. เป็นบุคลากรสำคัญที่มีส่วนช่วยในการปฏิบัติหน้าที่ ติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชน และต้องอยู่เวรในพื้นที่ตลอดเวลาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับเวรละ 24 ชั่วโมง ต้องทำงานทั้งวันทั้งคืน (ธนากร สารคำ, 2564) จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงน่าจะมีผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องปฏิบัติภาระกิจตามบทบาทที่ได้รับ อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายชั่วโมงต่อสัปดาห์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .099, p = .043$) อาจกล่าวได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 มากมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนความวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kapetanos et al. (2021) ที่ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไชปรัส พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล การศึกษาของ Sahin and Kulakac (2022) ที่ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศตุรกี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล และในประเทศไทยพบการศึกษาของ ธนากร สารคำ (2564) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ในช่วงแรกของการระบาดของโรคโควิด - 19 อสม. ต้อง

อยู่เวรในพื้นที่เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับเวรละ 24 ชั่วโมง และรับผิดชอบดูแลอย่างน้อย 100 คริวเรือนต่อ อสม. 3 ราย ต้องทำงานทั้งวันทั้งคืน รู้สึกทั้งกลัว ทั้งวิตกกังวล กังวลว่าจะเอาเชื้อโรคโควิด-19 มาแพร่ให้คนในครอบครัว ซึ่งจากผลการศึกษาที่พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลนี้ อาจอธิบายได้ว่า ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 นั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังคงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการรับมือในพื้นที่ที่รับผิดชอบ การที่สถานการณ์การระบาดที่ไม่แน่นอน อสม. ต้องเฝ้าระวังการระบาดที่ต่อเนื่องยาวนาน ประกอบกับ การที่ต้องใช้เวลาในการทำงานเพิ่มมากกว่าปกติ ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกอ่อนล้า ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างจึงน่าจะมีความวิตกกังวลสูง (วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล, 2563; Alfaihi et al., 2022; Kapetanos et al., 2021; Rose, 2020)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสโรคโควิด-19 กับความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการสัมผัสโรคโควิด-19 เท่ากับ 2.97 (SD = 1.43; ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 10) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยการสัมผัสโรคโควิด-19 ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการอบรม ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ, 2563) และเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 ซึ่ง อสม. ได้ดำเนินงานด้านการป้องกันโรคโควิด-19 มาระยะหนึ่งแล้ว จึงน่าจะมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ประกอบกับช่วงนี้มีวัสดุป้องกันอย่างเพียงพอ อสม. จึงสามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสโรคโควิด-19 ได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การสัมผัสโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการสัมผัสโรคโควิด-19 สูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2020) ที่ทำการศึกษาในประชาชนชาวจีน พบว่า ความใกล้ชิดทางสังคมในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล การศึกษาของ Evanoff et al. (2020) ที่ทำการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าการสัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และ จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ ธนาการ สารระคำ (2564) ที่ศึกษาประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชนระหว่างช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองนั้นมีความกังวลหลาย ๆ ด้าน ทั้งที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การจัดการตัวเองติดเชื้อ รวมถึงกังวลกับภาระงานที่ต้องทำให้ลุล่วง เป็นต้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีการสัมผัสโรคโควิด-19 สูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูงนี้อาจอธิบายได้ว่า การสัมผัสโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ที่เพิ่มเติมเข้ามาในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีการติดตามกลุ่มเสี่ยง หรือบุคคลที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตที่ตนเองรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง มีการใกล้ชิดกับผู้ที่มิใช่ ใจ มีเสมหะ หรือมีประวัติการเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนแออัดจำนวนมาก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) แม้ว่าจะเป็นการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 แต่ก็ยังมีการติดเชื้อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานในสภาวะการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 นี้ อาจส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ที่รู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ มีความวิตกกังวลได้ (Huang & Zhao, 2020)

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตกับความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความแข็งแรงในชีวิตอยู่ในช่วงคะแนน 73 - 140 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 113.58 (SD = 10.43) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตสูงกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 201 คน (ร้อยละ 47.75) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า อสม. ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ (ร้อยละ 52.96 มีจำนวนสมาชิก 4 - 7 คน) จึงน่าจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนจาก

หน่วยงานในชุมชน (I have) อันจะช่วยให้ อสม. มีความมั่นใจ (I am) และสามารถสามารถเผชิญความยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ (I can) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) อสม. เกือบครึ่งจึงมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ย ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลต่ำ ซึ่งปัจจัยด้านความแข็งแกร่งในชีวิตนี้ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทย อย่างไรก็ตามก็ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เซเทียวาตี และคณะ (Setiawati et al., 2021) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศอินโดนีเซียพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล การศึกษาของ Kim et al., (2021) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนพยาบาลในประเทศเกาหลี พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล การศึกษาของ Lonescu et al. (2021) และ Ran et al. (2020) ที่ศึกษาในประชาชนทั่วไปในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแรงงานในประเทศจีน พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล (Ran et al., 2020; Yang et al., 2020)

ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพสำคัญ

ที่ช่วยให้บุคคลก้าวข้ามผ่านปัญหาอุปสรรคและปรับตัวได้ดีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1998) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของ Grotberg (1995) มี 3 องค์ประกอบ คือ I have (ฉันมี...), I am (ฉันเป็น...) และ I can (ฉันสามารถ...) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1998) โดยที่ 'I have' (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (external supports) ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะรับรู้ว่าคุณเองมีแหล่งสนับสนุนภายนอกมีแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพ มีสวัสดิการการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ (เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น) มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การป้องกันและวิธีการดูแลตนเองจากโรคโควิด-19 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดทักษะและความมั่นใจในขณะออกปฏิบัติหน้าที่ มีระบบการควบคุมโรค การกักกันแยกโรคโควิด-19 ของชุมชนอย่างเป็นระบบ มีการส่งต่อข้อมูลข่าวสารของโรคโควิด-19 จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และมีระบบรองรับผู้ป่วยและส่งต่อที่ดี จากชุมชนสู่โรงพยาบาลตลอดระยะการระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับ 'I am' (ฉันเป็นคน...) ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะเชื่อมั่นว่าแนวโน้มของการระบาดของโรคจะเปลี่ยนไปในทางที่ดี ปฏิบัติ

หน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับ ด้วยความเห็นอกเห็นใจ และใส่ใจผู้อื่น มีความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นที่รักของคนในครอบครัวและชุมชน เชื่อว่าชีวิตยังมีความหวังที่จะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์โรคโควิด-19 ไปได้ ส่วน 'I can' (ฉันสามารถที่จะ.....) นั้นเป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal and problem-solving skills)

การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในชุมชนที่เหมาะสม ได้รับความเอาใจใส่และเป็นห่วงจากคนในครอบครัว ก็น่าจะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจัดการกับปัญหาระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ น่าจะเอื้ออำนวยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงอาจจะกล่าวได้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเผชิญสถานการณ์อันยากลำบากในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 ได้อย่างเหมาะสมและฟื้นฟูสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มี I have, I am และ I can สูงจึงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลต่ำ หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลต่ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกระดับในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความแข็งแกร่งในชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการสัมผัสโรคโควิด-19 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ การดูแลสุขภาพตัวเอง การเฝ้าระวังดูแลตัวเองกรณีการเกิดโรคอุบัติใหม่ และจัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายหรือความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

กชพร อินทวงศ์. (2565). การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 18(1), 92-106.

- กรมควบคุมโรค. (10 มิถุนายน 2564). *รวมแนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*.
<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8671>
- กรมควบคุมโรค. (29 มีนาคม 2565). *ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์และการวิจัยและพัฒนา ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.)*. <https://shorturl.asia/e51PF>
- กรมประชาสัมพันธ์ ศูนย์ข้อมูลโควิด. (29 มีนาคม 2565). *สถานการณ์ COVID-19*. https://www.facebook.com/informationcovid19?locale=th_TH
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (25 พฤศจิกายน 2563). *ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับเจ้าหน้าที่ และอสม.* http://www.hss05.com/คู่มือ_อสม._COVID_19.pdf (hss05.com)
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (12 มีนาคม 2565). *ฐานข้อมูล อสม. จังหวัดนครราชสีมา*. <https://www.thaiphc.net/>
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, และนภาพร คำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92 - 103.
- จิตรรา มูลทิ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการ สคร*, 27(2), 5 - 14.
- จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์โควิด 19 โคราช. (30 มีนาคม 2565). *สถานการณ์โควิด 19 จังหวัดนครราชสีมาวันที่ 29 มีนาคม 2565*. <https://covid-19Nakhonratchasima.go.th/news/detail/485/data.html>
- ธนากร สาระคำ. (2564). ประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชนระหว่างช่วงการระบาดทั่วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(2), 70-79.
- นกรินทร์ อธิพงษ์, และพรวิภา เติบจันทร์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(02), 49-57.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต แนวคิดการประเมินและการประยุกต์ใช้ (Resilience: Concept, Assessment, and Application)*. จุฬาทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาวทิวคุณ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาล*, 61(2), 18-26.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, บัณฑิต ลำแดงฤทธิ์, ชูหงส์ ดีเสมอ, วรรณาญจน์ กุลวิโรจน์โสภณ, นพมาศ บุญช่วย, นันทิยา เอกอชิตมกิจ, มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, อริศรา แสนทิวสุข, กฤษฎา คำชื่น, ยุพรัตน์ รัชดาชาน, วันวิสา มาฟู, และสมหมาย กุมพันธ์. (2566). *อิทธิพลส่งผ่านของความแข็งแกร่งในชีวิตในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทย ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19*. รายงานการวิจัย, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามคำแหง, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานพ ะภักดี. (2565). ผลการพัฒนาพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 อสม. อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 6(11), 85-94.
- วิทยา ชินบุตร, และนภัทร ภักดีศรีวิชัย. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(2), 304-318.
- วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19. *วารสารแพทย์เขต 4*, 39(4), 616-627.

- สุกัญญา เอกปัญญาสกุล. (2563). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลจากการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ COVID-19 ในประชากรเขตกรุงเทพมหานคร*. คณะบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง. <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-8/6114154005.pdf>
- เสริมสันต์ แสงบุญ, และอนันต์ ไชยกุลวัฒนา. (2566). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลในเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) พื้นที่ระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 465 - 478.
- Alfaifi, A., Darraj, A., & El-Setouhy, M. (2022). The psychological impact of quarantine during the COVID-19 pandemic on quarantined non-healthcare workers, quarantined healthcare workers, and medical staff at the quarantine facility in Saudi Arabia. *Psychology Research and Behavior Management*, 22(15), 1259 - 1270.
- Brook, R. H., Ware Jr, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., Williams, K. N., & Johnston, S. A. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7). <https://www.jstor.org/stable/3764335>
- Cohen, S. (1988). Psychosocial model of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 284 - 286.
- Eroglu, S. A., & Yildiz, T. (2022). Evaluation of anxiety and depression in asthma patients during the COVID-19 pandemic. *Experimental Biomedical Research*, 5(4), 392 - 400.
- Evanoff, B. A., Strickland, J. R., Dale, A. M., Hayibor, L., Page, E., Duncan, J. G., Kannampallil, T., & Gray, D. L. (2020). Work-related and personal factors associated with mental well-being during the COVID-19 response: survey of health care and other workers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e21366.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(3), 175-191.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1998). I am, I have, I can: What family worldwide taught us about resilience. *Reaching Today's Youth*, 2(3), 36 - 39.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 20(288).
- Kapetanios, K., Mazeri, S., Constantinou, D., Vavlitou, A., Karaiskakis, M., Kourouzidou, D., Nikolaidis, C., Savvidou, N., Katsouris, S., & Koliou, M. (2021). Exploring the factors associated with the mental health of frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Cyprus. *PLoS one*, 16(10), e0258475.
- Kaya, H., Ayık, B., Tasdelen, R., Ercis, M., & Ertekin, E. (2021). Social support promotes mental health during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study from Turkey. *Psychiatria Danubina*, 33(2), 217 - 224.
- Kim, A. J., Moon, J. H., & Seo, Y. H. (2021). A study on the relationships among resilience, social support, community resilience, and anxiety of nursing students experienced COVID-19 situation. *Journal of the Korean Applied Science and Technology*, 38(1), 37-47.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976.
- Li, X., Yu, H., Yang, W., Mo, Q., Yang, Z., Wen, S., Zhao, F., Zhao, W., Tang, Y., Ma, L., Zeng, R., Zou, X., & Lin, H. (2021). Depression and anxiety among quarantined people, community workers, medical staff, and general population in the early stage of COVID-19 epidemic. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 38985.

- Liu, M., Zhang, H., & Huang, H. (2020). Media exposure to COVID-19 information, risk perception, social and geographical proximity, and self-rated anxiety in China. *BMC Public Health*, 20(1), 1-8.
- Liu, Y. C., Kuo, R. L., & Shih, S. R. (2020). COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical Journal*, 43(4), 328 - 333.
- Lonescu, T. C., Fetecau, B. I., Boscaiu, V., & Tudose, C. (2021). Anxiety, perceived stress, and resilience during the COVID-19 pandemic: Population estimates of persons presenting to a general practitioner in Romania. *Brain Sciences*, 11(11).
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335 - 343.
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J., & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and behavior*, 10(9), e01745.
- Ponce-Blandon, J. A., Jimenez-Garcia, V. M., Romero-Castillo, R. R., Pabon-Carrasco, M., Jimenez-Picon, N., & Calabuig-Hernandez, R. (2021). Anxiety and perceived risk in red cross volunteer personnel facing the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 1 - 10.
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, 1-6.
- Riaz, M., Abid, M., & Bano, Z. (2021). Psychological problems in general population during covid-19 pandemic in Pakistan: Role of cognitive emotion regulation. *Annals of Medicine*, 53(1), 189-196.
- Rose C. (2020). Am I part of the cure or am I part of the disease? Keeping coronavirus out when a doctor comes home. *The New England journal of medicine*, 382(18), 1684-1685.
- Sahin, C. U., & Kulakac, N. (2022). Exploring anxiety levels in healthcare workers during COVID-19 pandemic: Turkey sample. *Current Psychology*, 41(2), 1057 - 1064.
- Setiawati, Y., Wahyuhadi, J., Joestandari, F., Maramis, M. M., & Atika, A. (2021). Anxiety and resilience of healthcare workers during COVID-19 pandemic in Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 21(14), 1 - 8.
- Shayan, N., Niazi, A. U. R., Waseq, A., & Özcebe, H. (2021). Depression, anxiety, and stress scales 42 (DASS-42) in Dari-language: validity and reliability study in adults, Herat, Afghanistan. *Bezmialem Science*, 9(3), 356 - 362.
- Sisman, P., Polat, I., Aydemir, E., Karsi, R., Gul, O. O., Cander, S., & Erturk, E. (2021). How the COVID -19 outbreak affected patients with diabetes mellitus? *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 42(1), 53 - 61.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1- 25.
- Webster, S. (2008, November 11). *Thai version of the depression anxiety stress scales (DASS)*. <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Thai/DASS%20Thai%20webster.pdf>
- WHO Thailand. (2020, March 25). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report – 18 March 2020*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/who-thailand-situation-report--30.pdf?sfvrsn=6d9f54f4_0
- World Health Organization. (2020, April 4). *Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/whochina-joint-mission-on-covid-19-finalreport.pdf>.

Yang, X., You, L., Jin, D., Zou, X., Yang, H., & Liu, T. (2020).
A community-based cross-sectional study of sleep quality
among internal migrant workers in the service industry.
Comprehensive Psychiatry, 97, 152154.

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng,
M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H.,
Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H.
Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020).
Mental health and psychosocial problems of medical health
workers during the COVID-19 epidemic in China.
Psychotherapy and Psychosomatic, 89(4), 242 - 250.

EFFECT OF THE EMPOWERMENT ENHANCEMENT PROGRAM ON SOCIAL MEDIA ADDICTION BEHAVIOR OF LATE ADOLESCENTS*

*Kamolrat Witsawawongpun, B.N.S.**, Hunsu Sethabouppha, Ph.D.***,*

*Kwaunpanomporn Thummathai, Ph.D.*****

Abstract

Objective: This quasi-experimental design aimed to study the effect of an empowerment enhancement program on the social media addiction behaviors of late adolescents.

Methods: The twenty-six samples were late adolescents, aged 19-21 years, who studied in an educational institution under the Office of Vocational Education Commission, Ministry of Education, Northern region. They were divided into two groups of 13 each: the experimental group that received the program and the control group that did not receive the program. The research instruments included 1) a general data questionnaire, 2) a social media addiction test, 3) an assessment of perceived empowerment and 4) an empowerment program on social media addiction behaviors of late adolescents based on Gibson's concept (Gibson, 1995). The program consisted of 8 activities and lasted for 4 weeks. It was conducted twice a week for 45-60 minutes each session. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and dependent t-tests.

Results: 1) One month after receiving the empowerment enhancement program, the experimental group's average score on social media addicted behaviors of late adolescents was statistically significantly lower than before receiving the program ($p < .05$). 2) One month after receiving the empowerment enhancement program, the average score on social media addicted behaviors of late adolescents in the experimental group was statistically significantly lower than that of the control group ($p < .05$).

Conclusion: The results of this study showed that the empowerment enhancement program on social media addiction behaviors of late adolescents could reduce their social media addicted behaviors. Therefore, this program should be used to further reduce social media addicted behavior in this group.

Keywords: empowerment enhancement, social media addiction behaviors, late adolescents

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

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

***Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: hunsu.s@cmu.ac.th

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

Received: 27 July 2023, Revised: 25 October 2024, Accepted: 1 November 2024

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ ของวัยรุ่นตอนปลาย*

กมลรัตน์ วิศววงศ์พันธ์, พย.บ.**, หรรษา เศรษฐบุปผา, Ph.D.***, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, Ph.D.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นตอนปลาย

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนปลายอายุ 19 - 21 ปี ที่ศึกษาในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการเขตภาคเหนือ จำนวน 26 คน จับสลากเข้ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมในสถานศึกษาตามปกติ จำนวน 13 คน และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมในสถานศึกษาตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 13 คน ที่มี 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ๆ ละ 45 - 60 นาที รวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-Square สถิติ Fisher's Exact สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .05$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป : โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยลดพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่นตอนปลายได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาที่ติดสื่อสังคมออนไลน์

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์, วัยรุ่นตอนปลาย

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: hunsa.s@cmu.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 27 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข: 25 ตุลาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 1 พฤศจิกายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นตอนปลายเป็นกลุ่มที่มีการติดสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด (Woodward, 2023) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกามีพฤติกรรมเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ถึงร้อยละ 70 ของวัยรุ่นทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษา ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ (Zauderer, 2023) ส่วนนักศึกษาไทยในระดับอุดมศึกษาเป็นผู้ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงที่สุด โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย อายุ 19 - 21 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุคนานถึง 10 ชั่วโมง 50 นาที/วัน และยังพบว่าผู้ที่อยู่ในระดับอุดมศึกษาเป็นผู้ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นผู้ที่ติดสื่อสังคมออนไลน์ได้ และเป็นกลุ่มวัยที่มีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบจากการติดสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด

พฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่นตอนปลายส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ การเรียน และความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยปัญหาสุขภาพทางกายที่พบได้บ่อยคือ การพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เกิดอาการปวดตา ปวดเอว ปวดหลัง ปวดแขน ปวดไหล่ (อมรรัตน์ วงศ์โสภา และคณะ, 2558) อาจเกิดอาการนิวโรล็อก (ดลยา สุขปิณี, 2560) ส่วนปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้ที่ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มักมีพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่นหรือตามใจมากขึ้น จะทำให้ขาดเหตุผลตัดสินใจ (Wilcox & Stephen, 2013) และมีลักษณะติดตาม

สื่อสังคมออนไลน์ตลอดเวลาจนทำให้เกิดความอิจฉา และมีความพึงพอใจในตนเองลดลง ส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางอารมณ์จิตใจ (Krasnova et al., 2013) เช่น เหงา เศร้า เครียด เบื่อหน่าย และวิตกกังวลง่าย และมีโอกาสเกิดภาวะโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น (ครองรัตน์ คุณลาพันธ์, 2561) โดยผู้ที่ติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับสูงจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลงและมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงอาจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น (จุฑามาศ ทองประดับ และคณะ, 2562) ส่วนด้านการเรียน ทำให้ขาดสมาธิในการเรียน ไม่มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย และยังมีการใช้ภาษาที่ไม่ถูกต้องซึ่งมักเป็นคำแสลงในยุคสมัยใหม่ (อมรรัตน์ วงศ์โสภา และคณะ, 2558) สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดความสับสนและไม่สามารถเขียนหรือสื่อสารโดยใช้ภาษาที่ถูกต้องได้ นอกจากนี้การสื่อสารทางเดียวในโลกออนไลน์ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในโลกของความเป็นจริงลดลง การดูแลเอาใจการแสดงความรักและความผูกพันระหว่างบุคคลลดลง เป็นปัญหาก่อให้เกิดความห่างเหินระหว่างคนในครอบครัว (นภัสต์ หาญพรชัย และคณะ, 2557) วัยรุ่นจึงหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์แบบต่อหน้า (face to face interaction) ขาดการกระตุ้นให้เกิดทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ใช้สามารถสร้างอีกตัวตนหนึ่งที่ต้องการในโลกออนไลน์ขึ้นมา และเลือกแสดงออกได้ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าการมีปฏิสัมพันธ์ต่อหน้า ตัวตนหลายๆ ตัวตนในสื่อสังคมออนไลน์ อาจส่งผลให้ต้องใช้เวลามากขึ้นในการค้นหาตัวตนที่แท้จริง จนไม่

สามารถค้นหาอัตลักษณ์ที่แท้จริงของตนเอง และบางครั้งอาจทำให้ไม่สามารถแยกแยะตัวตนในโลกความเป็นจริงกับตัวตนในสื่อสังคมออนไลน์ได้ (อมร โต้ะทอง, 2555) ทำให้ไม่สามารถยอมรับข้อเสียที่ตนเองมีและขาดความรู้สึกความภาคภูมิใจในตนเอง (พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2563) ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองและการได้รับการยกย่องนับถือในตนเอง (esteem needs) เป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิต เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เพื่อพัฒนาตนเองไปสู่การเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ (Maslow, 1970) โดยการมีพลังอำนาจเป็นองค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Coopersmith, 1981) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง กล่าวคือ หากบุคคลมีพลังอำนาจในตนเองมากก็จะช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (ชัชชวีร์ กลิ่นหอม, 2563) หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ จะส่งผลให้พลังอำนาจในการควบคุมตนเองลดลง ทำให้ไม่สามารถมองเห็นศักยภาพที่ตนมี นำไปสู่ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ของตนเอง จนเกิดเป็นปัญหาพฤติกรรม (Gibson, 1995) อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ แม้จะมีพัฒนาการหลายด้านสมบูรณ์เทียบเท่าผู้ใหญ่ แต่ยังคงขาดประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ทำให้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นวัยรุ่นนี้จะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมต่างๆของตนเองได้ เกิดเป็นภาวะไร้พลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Marwell, 1966) ขาดความสามารถ

ในการตัดสินใจ ขาดเหตุผลในการแก้ไขปัญหา ส่งผลต่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมตามมา ตลอดจนไม่สามารถควบคุมหรือยับยั้งการแสดงออกทางอารมณ์เมื่ออยู่ในภาวะที่ต้องเผชิญปัญหา (Denis & Manuel, 2006) ซึ่งส่งผลให้มีความนับถือตนเองลดลง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำลง มีผลต่อสถานะอารมณ์ และหากใช้สื่อฯ โดยขาดการไตร่ตรองอย่างมีวิจารณญาณ ก็อาจเป็นช่องทางที่ถูกละเมิดลิขสิทธิ์ อาจเกิดภัยคุกคามจากสังคมออนไลน์ได้ เช่น เป็นช่องทางในการก่ออาชญากรรม การกระทำอนาจารผิดศีลธรรม รวมไปถึงการเข้าไปใช้บริการในเว็บไซต์ต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาครอบครัว เป็นต้น (เชาวลิต ศรีเสริมและลักขณา ชอบเสียง, 2563)

แนวทางการบำบัดพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ ประกอบด้วย การบำบัดด้วยการใช้ยา ได้แก่ กลุ่มยาต้านเศร้า กลุ่มยาต้านอาการทางจิต กลุ่มยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ กลุ่มยากระตุ้นประสาทส่วนกลางที่ใช้รักษาเด็กสมาธิสั้น โดยยาจะออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนระบบการให้รางวัลทำให้ช่วยลดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตได้ (Przepiorka et al., 2014) และการบำบัดด้านจิตสังคม ได้แก่ การบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) (คาราวรรณ ติ่งปิ่นตา, 2558) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) (สกลไส กุ่มทรัพย์อนันต์, 2554) และการบำบัดโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (Gulzade & Serap, 2018) ถึงแม้ว่ากระบวนการใน

การบำบัดเหล่านี้จะช่วยให้อำนาจในการจัดการพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ได้ แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรมเหล่านี้ยังพบมากในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ทั้งนี้อาจเกิดจากการบำบัดดังกล่าวมีรูปแบบกิจกรรมไม่ได้มุ่งเน้นปัจจัยภายในในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีผลให้เกิดพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะการขาดพลังอำนาจในการควบคุมตนเองมีผลอย่างมากต่อการแสดงออกของพฤติกรรม (Gerry, 2010) จึงอาจจำเป็นต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่วัยรุ่นตอนปลายเพื่อที่จะให้มีพลังในการควบคุมตนเองเกี่ยวกับใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสมมากขึ้น

พฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์เป็นพฤติกรรมแบบเสพติด (addiction behaviors) (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2566) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมแบบเสพติด เช่น พฤติกรรมการติดสุรา การสูบบุหรี่ และสารเสพติด ดังเช่น การศึกษาของ พิมพ์รำไพ บุญย์ศุภา (2563) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้การศึกษาของ กชพร เพ็ชร์ทอง และคณะ (2561) พบว่า ผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการกับปัญหาการใช้สารเสพติดข้างต้น การ

เสริมสร้างพลังอำนาจจึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นตอนปลายได้รับรู้ถึงภาวะไร้พลังอำนาจที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมปริมาณการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ให้ได้ ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นที่จะจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากมีกลไกของการเกิดพฤติกรรมเสพติดเช่นเดียวกับพฤติกรรมการติดสารเสพติด (Kuss & Griffiths, 2012) โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการช่วยส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก่อให้เกิดความไว้วางใจกัน กล้าที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ กำลังใจภายในกลุ่ม (Yalom, 1995) นำไปสู่การเกิดพลังอำนาจที่จะควบคุมตนเองในการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้บำบัดทางจิตสังคมยังไม่พบโปรแกรมบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงในการจัดการปัญหาพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่นตอนปลายที่เป็นกลุ่มวัยที่มีการติดสื่อมากที่สุด โดยเฉพาะสาเหตุด้านพัฒนาการจิตสังคมเกี่ยวกับความรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ หากสามารถช่วยให้อำนาจวัยรุ่นตอนปลายเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ตลอดจนเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสม ก็อาจจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นยิ่งขึ้น อีกทั้งจากการทบทวนยังไม่มีผู้ศึกษาในประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผล

ของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นตอนปลายใน สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อจะเป็นทางเลือก ในการแก้ไขและลดพฤติกรรมการใช้สื่อสังคม ออนไลน์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นตอนปลายระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นตอนปลายระหว่างกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นตอนปลายหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. คะแนนพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

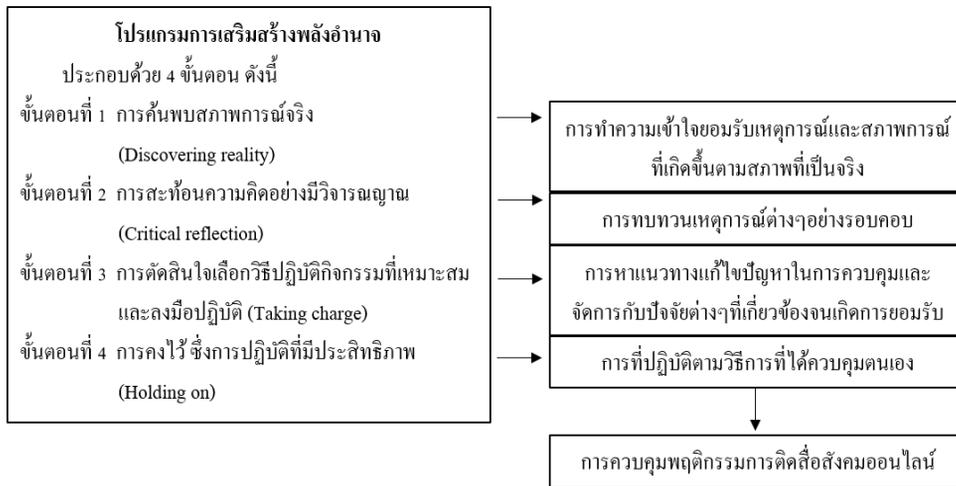
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและเกิดความรู้สึกว่าตนเองมี

อำนาจที่จะควบคุมความเป็นอยู่ตนเองได้ โดยส่งเสริมให้บุคคลใช้ศักยภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรรณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ในการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดพฤติกรรม การติดสื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ดำเนินกิจกรรมติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และวัดผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ โดยเริ่มจากการให้วัยรุ่นตอนปลายมีการค้นพบสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ของตนเอง การทำความเข้าใจในการยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง และสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรรณญาณต่อพฤติกรรมดังกล่าว โดยการทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ อย่างรอบคอบร่วมกับการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติในการลดหรือเลิกพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ของตนเอง โดยการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องจนเกิดการยอมรับตนเอง ต่อจากนั้นมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติตามวิธีการที่ได้ตัดสินใจเลือกแล้วประสบความสำเร็จบรรลุปเป้าหมายที่ตั้งไว้ จนรู้สึกมั่นใจ รู้ถึงศักยภาพ จะ

ส่งผลให้มีพลังที่จะสามารถควบคุมการใช้สื่อสังคม

ออนไลน์ของตนเองได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง

ประชากร คือ วัยรุ่นตอนปลายทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีพฤติกรรมความคิดสื่อสังคมออนไลน์ ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เขตภาคเหนือ

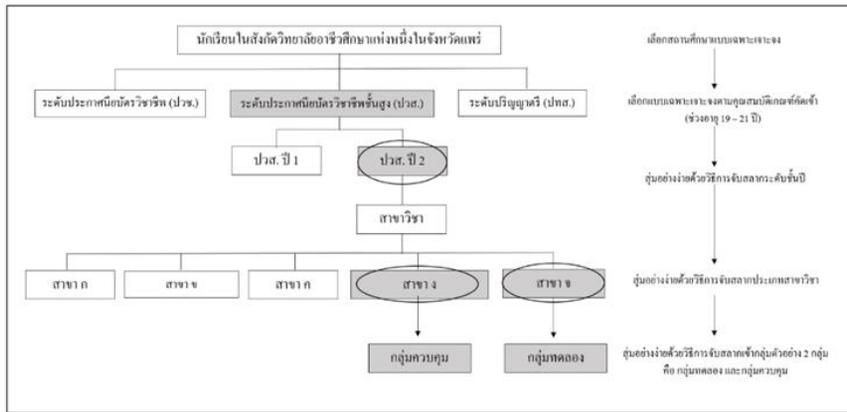
กลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มประชากร และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) อายุ 19 - 21 ปี 2) มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับคลั่งไคล้และระดับติด โดยมีคะแนนแบบทดสอบการคิดสื่อ

สังคมออนไลน์ มากกว่า 19 คะแนนขึ้นไป 3) มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับน้อยหรือปานกลาง โดยมีคะแนนจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ น้อยกว่า 67 คะแนน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มึปัญหาทางจิตเวชที่ถูกวินิจฉัยโดยจิตแพทย์จากฐานข้อมูลเวชทะเบียนนักศึกษาของสถานศึกษา ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) และโรคการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder)

ขนาดตัวอย่าง (sample size) กำหนดด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ค่าขนาดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของมาโนชญ์ ขุนคำ และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช

(2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดการสูบบุหรี่ของประชาชน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ศึกษา ได้ค่า effect size เท่ากับ 1.79 ซึ่งเป็นค่าระดับสูง ผู้วิจัยเปิดตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988) ที่ค่า effect size เท่ากับ 1.40 ซึ่งเป็นค่าระดับสูง กำหนดอำนาจทดสอบ 0.90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 10 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหาย หรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย (drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 3 คน กลุ่มทดลองจำนวน 13 คน ได้รับกิจกรรมในสถานศึกษาตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมจำนวน 13

คน ได้รับกิจกรรมในสถานศึกษาตามปกติ แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีจับสลากระดับชั้นปี และประเภทสาขาวิชา ตามลำดับ เข้ากลุ่มทดลอง 1 สาขา และกลุ่มควบคุม 1 สาขา จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ทั้ง 2 สาขาวิชา สาขาวิชาละ 13 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า แล้วทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่เหมือน (Matched pair) ในด้านเพศ คณะแนตติดต่อสังคมออนไลน์ และคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ โดยกำหนดให้ทั้งสองกลุ่มมีเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 13 คน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่เหมือน (Matched pair)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 117/2565 จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดย

ละเอียดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้มีโอกาสซักถามจนเป็นที่เข้าใจ และได้ลงนามเซ็นยินยอมการเข้าร่วมตามความสมัครใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะยุติและถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆตามมา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยจะรายงานในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีลักษณะแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) และข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์

2) แบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction Test: SMAT) ของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2556) ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 16 ข้อ เป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) โดยมีวิธีการคิดค่าคะแนน ได้แก่ ไม่ใช่เลย เท่ากับ 0 คะแนน, ไม่น่าใช่ เท่ากับ 1 คะแนน, น่าจะใช่ เท่ากับ 2 คะแนน และใช่เลย เท่ากับ 3 คะแนน แปลผลคะแนนแบ่งเป็นระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์ 3 ระดับ คือ 1) 0-19 คะแนน หมายถึง ไม่ติดสื่อสังคมออนไลน์ 2) 20-29 คะแนน หมายถึง คลั่งไคล้ และ 3) มากกว่า 30 คะแนน หมายถึง ติดสื่อสังคมออนไลน์ แบบทดสอบดังกล่าวผ่านการทดสอบค่าความคงที่ภายใน (internal consistency)

เท่ากับ 0.90 และผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในวัยรุ่นตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 โดยเป็นค่าที่ยอมรับได้ คือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2005)

3) แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของอุลิส สมบัติแก้ว และปลดดา เหมโลหะ (2557) เป็นแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) จำนวนทั้งสิ้น 33 ข้อ รวม 99 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากค่าคะแนน 0 - 3 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 เท่ากับ รับรู้ว่าข้อความนั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย 1 เท่ากับ รับรู้ว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นเล็กน้อย 2 เท่ากับ รับรู้ว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นปานกลาง และ 3 เท่ากับ รับรู้ว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นมาก โดยการแปลผลคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0 - 33 คะแนน คือ ระดับต่ำ 34 - 66 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และ 69 - 99 คือ ระดับสูง โดยมีการนำมาปรับเนื้อหาบางส่วนให้สอดคล้องกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ และนำไปตรวจสอบผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้าน

สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index - CVI) เท่ากับ 0.92 และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ในวัยรุ่นตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 โดยเป็นค่าที่ยอมรับได้คือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2005)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่นตอนปลาย เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม บำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 1 ท่าน พบว่า มีค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index - CVI) เท่ากับ 0.91 แล้วตรวจสอบความเป็นไปได้ของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 3 คน

จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) มี 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” เป็นกิจกรรมกระตุ้นให้สมาชิกทำความรู้จักกันและเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

กิจกรรมที่ 2 “รับรู้-เข้าใจ-ยอมรับ” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนตนเองอย่างรอบคอบเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเอง เพื่อให้เกิดการรับรู้เข้าใจ และยอมรับสภาพปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) มี 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 3 “วางร้ายไซเบอร์” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้ทบทวนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของการใช้สื่อ โดยวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองและกรณีศึกษาว่าเป็นปัญหาหรือไม่ อย่างไร มีสาเหตุ/ปัจจัยจากอะไรได้บ้าง แล้วจะแก้ไขปรับเปลี่ยนอย่างไร

กิจกรรมที่ 4 “พลังในตัวเรา” เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้สมาชิกได้ทบทวน ข้อดีหรือจุดเด่นของตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองที่จะใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) มี 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 5 “ตามล่าหาทางเลือก” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่มร่วมทบทวนค้นหาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์แล้วให้สมาชิกวางแผนเลือกวิธีการแก้ไขพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง จากนั้นลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกรวมทั้งสนับสนุนสมาชิกกลุ่มให้กำลังใจกัน

กิจกรรมที่ 6 “เราทำได้” เป็นกิจกรรมที่ให้ลงมือปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขที่ตนเองเลือก โดยให้สมาชิกสังเกตตนเองหลังได้วางแผนเลือกวิธีการแก้ไขพฤติกรรมในกิจกรรมที่ 5 และบันทึกพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองลงในสมุดตาราง “เราทำได้” ประกอบด้วย จำนวนครั้ง ระยะเวลา ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมในแต่ละวัน

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) มี 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 7 “แค่ปรับ ชีวิตเปลี่ยน” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการทบทวนสรุปการเปลี่ยนแปลงและติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนตนเองจากสมุดบันทึก ตลอดจนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกล่าวชื่นชมกัน

กิจกรรมที่ 8 “สัญญาใจ” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้บอกวิธีการหรือแนวทางในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม จากนั้น

เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้พูดถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม และให้เขียนคำมั่นสัญญาร่วมกัน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ตนเองว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 117/2565 แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถานศึกษา เพื่อขออนุญาตประกอบกิจการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประชาสัมพันธ์ เพื่อรับสมัครรับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจเข้าร่วมการศึกษา โดยติดโปสเตอร์ประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ในสถานศึกษา

3. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย สอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจทุกคน

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากชั้นปี และสาขาวิชา โดยจับสลากให้ 1 ประเภทสาขาวิชาเข้ากลุ่มทดลอง และอีก 1 ประเภทสาขาวิชาเข้ากลุ่มควบคุม

5. เก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบการ

คิดสื่อสังคมออนไลน์ และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก แล้วทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่เหมือน (Matched pair) ในด้านเพศ คะแนนคิดสื่อสังคมออนไลน์ และคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 13 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน

6. ดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ในช่วงเวลาที่ไม่มิจกกรรมเกี่ยวกับการเรียนการสอน ช่วงเวลา 16.30 - 17.30 น. ในวันพุธ และวันศุกร์ ซึ่งเป็นเวลาในช่วงเลิกเรียน จะได้ไม่กระทบต่อการเรียนของนักศึกษา ณ ห้องกิจกรรมที่สถานศึกษา จัดเตรียมให้ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม และจะได้รับภายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์

7. เก็บรวบรวมข้อมูล (post-test) ในกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ณ สัปดาห์ที่ 4 ส่วนกลุ่มทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน ณ สัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-Square และ สถิติ Fisher's Exact และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมคิดสื่อสังคมออนไลน์ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมคิดสื่อสังคมออนไลน์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ

independence t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.6 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.9 และร้อยละ 69.2 ตามลำดับ มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.00 - 3.49 คิดเป็นร้อยละ 69.2 และร้อยละ 61.5 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 84.6 เท่ากัน

2. ผลการศึกษา

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมคิดสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบว่าวัยรุ่นตอนปลายที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมคิดสื่อสังคมออนไลน์ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการคิดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นตอนปลายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลัง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นตอนปลายก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน (n = 13)

คะแนนพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์กลุ่มทดลอง	\bar{X}	ระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์	SD	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	29.15	ระดับคลังไคล้	6.48	5.37	.000*
หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน	21.00	ระดับคลังไคล้	3.19		

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นตอนปลายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม 1 เดือน (n = 26)

คะแนนพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ก่อนได้รับโปรแกรม	29.15	6.48	28.77	8.15	ระดับคลังไคล้	-.13	.895
หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน	21.00	3.19	29.38	7.89	ระดับคลังไคล้	3.55	.003*

* $p < .05$

อำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่มจนเกิดปัจจัยบำบัด มีเป้าหมายและสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ตลอดจนเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไปในทางที่เหมาะสม

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมในการ

ส่งเสริมการค้นพบสภาพการณ์จริง ในกิจกรรมที่ 1 และ 2 โดยกิจกรรมที่ 1 “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” เป็นกิจกรรมกระตุ้นให้สมาชิกทำความรู้จักกัน ให้เกิดความไว้วางใจกันในการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน นั่นคือการส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกในกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ที่สูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง (powerlessness) มีกำลังใจ มีความหวัง จนเกิดความรู้สึกมีอำนาจ (power) ในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ได้จากแรงสนับสนุนและกำลังใจของสมาชิกกลุ่ม

และกิจกรรมที่ 2 “รับรู้-เข้าใจ-ยอมรับ” เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนตนเองอย่างรอบคอบเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเอง จนเกิดการยอมรับปัญหาของตนเอง ตลอดจนเกิดมีความคิดที่จะแก้ไขปัญห และตั้งเป้าหมายเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในส่วนของ การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรรณญาณ เป็นขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างได้มีการทบทวนปัญหาต่างๆอย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Gibson, 1995) ในกิจกรรมที่ 3 และ 4 โดยกิจกรรมที่ 3 “วางร้ายไซเบอร์” เน้นให้สมาชิกได้ทบทวนสะท้อนคิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบ วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองและกรณีศึกษาว่าเป็นปัญหาหรือไม่ อย่างไร และสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นให้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ จนสามารถตระหนักถึงผลกระทบหากยังคงพฤติกรรมดังกล่าว ร่วมกับกิจกรรมที่ 4 “พลังในตัวเรา” ที่เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้สมาชิกได้ทบทวนเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ศักยภาพในตนเอง ข้อดีหรือจุดเด่นของตนเองจนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการเลือกวิธีการแก้ไข ปัญหา

ในขั้นตอนต่อไปจะเป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่บุคคลคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ จนเกิดการยอมรับตนเอง (self-determination) (Gibson, 1995) ในกิจกรรมที่ 5 และ 6 โดยกิจกรรมที่ 5 “ตามล่าหาทางเลือก” เน้นให้สมาชิกกลุ่มได้

ร่วมกันค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม การติดสื่อสังคมออนไลน์ แล้วให้สมาชิกวางแผนวิธีการแก้ไขพฤติกรรม แล้วลองปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือก ร่วมกับกิจกรรมที่ 6 “เราทำได้” ที่สมาชิกได้ลงมือปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขที่ตนเองเลือก แล้วบันทึกพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองในแต่ละวันลงในสมุดตาราง “เราทำได้” จะช่วยให้ได้รับรู้ถึงความก้าวหน้าของพฤติกรรมตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจปัญหามากขึ้นและนำไปสู่การพิจารณาเลือกวิธีที่จะใช้จัดการพฤติกรรมดังกล่าว

ในขั้นตอนสุดท้ายของโปรแกรมฯ คือการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นขั้นที่บุคคลสามารถนำวิธีการที่เลือกไปเป็นแนวทางปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ จนเกิดการรับรู้ถึงศักยภาพ ความสามารถในการควบคุมตนเองในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่ให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่นประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 และ 8 โดย กิจกรรมที่ 7 “แค่ปรับ ชีวิตเปลี่ยน” เป็นกิจกรรมที่ให้ทบทวนและสรุปการเปลี่ยนแปลงของตนเองจากสมุดเราทำได้พร้อมให้สมาชิกได้กล่าวชื่นชมกัน และในกิจกรรมที่ 8 “สัญญาใจ” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้แบ่งปันวิธีการในการจัดการพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองในกลุ่ม และให้เขียนคำมั่นสัญญาร่วมกัน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ตนเองว่าจะลดปริมาณการใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Uyaroglu and Ozcan (2022) ที่พบว่า

การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้วัยรุ่นสามารถรับรู้ถึงความสามารถของตนเองมากขึ้น นำไปสู่การมีพลังที่จะใช้ศักยภาพที่มีในตนเองเพื่อแสดงออกเป็นพฤติกรรมเชิงบวก ซึ่งช่วยจัดการปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ มาโนชญ์ ขุนคำ และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช (2561) ศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่ต่อวันต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ กชพร เผือกผ่อง และคณะ (2561) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

หลังทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมการคิดสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมในระยะ 1 เดือน อธิบายว่า อาจเป็นผลมาจากการได้รับการส่งเสริมให้เกิดพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังรายละเอียดที่กล่าวข้างต้น ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ช่วยให้กลุ่มทดลองได้ค้นพบปัญหาตามสภาพจริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เข้าใจถึงปัญหาและผลเสียจากการที่ตนเองมีพฤติกรรมใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป เมื่อได้ทบทวนตนเองอย่างมีวิจารณญาณ จะช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงโทษหรือผลเสียของพฤติกรรมดังกล่าวได้ชัดเจนขึ้นทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคม รวมทั้งได้ทบทวนถึงข้อดีหรือ

ศักยภาพของตนเองในการเลือกวิธีการในการจัดการสิ่งเร้าที่มากระตุ้นความอยาก นอกจากนี้การให้กำลังใจภายในกลุ่มถือเป็นการเสริมแรงทางบวกที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและเพิ่มความรู้สึกมีพลังอำนาจ (Gibson, 1995) เพื่อควบคุมปริมาณการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองให้เกิดความเหมาะสมยิ่งขึ้น ดังอภิปรายไว้ในสมมติฐานที่ 1 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สยาภรณ์ เดชดี และอรวรรณ หนูแก้ว (2564) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 กล่าวคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่วัยรุ่นตอนปลาย ทำให้เกิดการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองที่จะจัดการปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม จะช่วยส่งเสริมให้ได้ทบทวนพฤติกรรม การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองตามความเป็นจริง จนค้นพบปัญหาที่เกิดจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไป ประกอบกับการสร้างความเข้าใจปัญหาโดยการให้ความรู้ในเรื่องของอาการสาเหตุ ผลกระทบของการคิดสื่อสังคมออนไลน์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว และสังคมอย่างรอบคอบและมีวิจารณญาณ รวมทั้งให้ความรู้เรื่องแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อที่จะเป็นทางเลือกในการปฏิบัติ ร่วมกับการให้ได้ทดลองลงมือปฏิบัติจริงและจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงของ

พฤติกรรมในแต่ละวัน ตลอดจนคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการให้คำมั่นสัญญาที่จะลดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มจากการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มบำบัดที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การที่สมาชิกได้ชื่นชมกัน ให้กำลังใจ และแสดงออกถึงความเชื่อมั่นว่าตนเองและสมาชิกกลุ่มจะสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ หากวัยรุ่นตอนปลายสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ จะทำให้สามารถรับรู้พลังอำนาจในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ซึ่งความรู้สึกมีอำนาจนี้จะช่วยให้สามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งจะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้เป็นทางเลือกในการพยาบาลวัยรุ่นตอนปลายที่มีพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์
2. ควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการให้ความรู้และการจัดอบรมแก่พยาบาลวิชาชีพหรือหน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ให้มีทักษะการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้สามารถเสริมพลังอำนาจในการลด ละ เลิกการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงและมีพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมลดการติดสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

- กชพร เทือกห้อง, นุชนาถ บรรทมพร, และชมชื่น สมประเสริฐ. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(ฉบับพิเศษ), 118-128.
- กรองรัตน์ ดุลลาพันธ์. (2561). พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์และปัจจัยทางจิตที่พยากรณ์ภาวะโรคซึมเศร้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). สถาบันจิตพัฒนาบริหารศาสตร์.
- จุฑามาศ ทองประดับ, ทศนาทวิภูณ และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะติดเฟชบุ๊กกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 12*(2), 116-133.
- ชาวุทธิ์ พรนภดล, และคณะ. (2556). แบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction Test: SMAT). <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909352>
- ซัชชวีร์ กลั่นหอม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังอำนาจและการเห็นคุณค่าในตนเองของพนักงานในผู้จำหน่ายยานยนต์. [การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารจิต]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ชาวลิต ศรีเสริม และลักขณา ขอบเสียง. (2563). สื่อสังคมออนไลน์กับสุขภาพจิตวัยรุ่น: จุดแข็ง ข้อจำกัด และการติดสื่อสังคมออนไลน์. *วารสารการบริหารนิเทศบุคคลและวัฒนธรรมท้องถิ่น, 6*(6), 355-370.
- คารารวรรณ ต๊ะปิ่นดา. (2558). คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2/2558). <https://www.thaidepression.com/www/doc58/cbt.pdf>

- คลยา สุขปิณี. (พฤษภาคม 2560). *แบ่งเวลาให้ชีวิตจากการติดโซเชียล*. http://lib3.dss.go.th/fulltext/dss_knowledge/blpd-5-2560-social.pdf
- นภัสต์ หาญพรชัย, คมสัน สุริยะ, และแพรรณา พรหมวงษ์. (2557). ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของโซเชียลเน็ตเวิร์กผ่านนโยบายบรอดแบนด์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2563). *การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์ร่ำไพ นุชย์สุภา. (2563). ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ.
- วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(1), 61-70.
- มานิชญ์ ขุนคำ, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดการสูบบุหรี่ของประชาชน อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(1), 48-57.
- มธูรดา สุวรรณโพธิ์. (2566). *วัยรุ่นติดโซเชียล*. <https://www.camri.go.th/home/infographic/infographic-505>
- สยาภรณ์ เดชสี, และอรพรรณ หนูแก้ว. (2564). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 91-111.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *การสำรวจการมีกาใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ศศิ สุ่มทรัพย์อนันต์. (2554). *คู่มือครอบครัวบำบัดสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาการเด็กและสติปัญญา*. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ จำกัด.
- อมร โต้ะทอง. (2555). *พฤติกรรมและผลกระทบการใช้อินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- อมรรัตน์ วงศ์โสภา, เสกสรร สายสีเสด, และแนนน้อย ย่านวาริ. (2558). พฤติกรรมการใช้และผลกระทบของสื่อออนไลน์ประเภทเฟซบุ๊กต่อการดำเนินชีวิตของนักศึกษา วิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 10(33), 1-10.
- อุลิส สมบัติแก้ว และปลดา เหมโลหะ. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(2), 93-103.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5 th ed.). Missouri.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem* (2nd ed.). Consulting Psychologist Press.
- Denis, R. & Manuel, E. (2006). The 'Drug-Crime Link' from a Self-Control Perspective. *European Journal of Criminology*, 3(1), 33-67.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Gulzade Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Gulzade, U. & Serap, B. (2018). Evaluation of a School-Based Program for Internet Addiction of Adolescents in Turkey. *Journal of Addictions Nursing*, 29(1), 43-49.
- Krasnova, H., Wenninger, H., Widjaja, T., & Buxmann, P. (2013). Envy on Facebook: A hidden threat to users' life satisfaction?. *International Conference on Wirtschaftsinformatik*. Leipzig.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Online gaming addiction in adolescence: A literature review of empirical research. *Journal of Behavioural Addiction*, 1(1), 3-22.
- Marwell, G. (1966). Adolescent powerlessness and delinquent behavior. *Social Problems*, 14(1), 35-47.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality* (2nd ed.). Harper & Row.

- Przepiorka, A.M., Blachnio, A., Miziak, B., & Czuczwar, S.J. (2014). Clinical approaches to treatment of Internet addiction. *Pharmacological Report*, 66(2), 187-191.
- Uyaroglu, A.K., & Ozcan, A. (2022). The effect of empowerment training in protecting adolescents from substance abuse on self-efficacy, self-esteem, and assertiveness levels. *The Turkish Journal on Addictions*. 9(3), 269-276.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). Basic Books.
- Wilcox, K., & Stephen, A. T. (2013). Are close friends the enemy? Online social networks, self-esteem, and self-control. *Journal of Consumer research*, 40(1), 90-103.
- Woodward, M. (2023, June 23). Social media addiction statistics: who is addicted and what are the consequences. <https://www.searchlogistics.com/learn/statistics/social-media-addiction-statistics/>
- Zauderer, S. (2023, November 11). 121 Social Media Addiction Statistics Worldwide. <https://www.crossrivertherapy.com/research/social-media-addiction-statistics>.

EFFECTS OF FAMILY SUPPORT PROGRAM IN INCREASING THE KNOWLEDGE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND REHABILITATION SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Mayuree Lakkanasirorat, M.N.S. *, Jarumon Lukkanawiwat, B.N.S. **, Paijit Phutharod. Ph.D. ***

Abstract

Objective: To study the effect of the family support program on increasing the knowledge of caregivers, schizophrenia patients and rehabilitation of schizophrenia patients.

Methods: This research is a quasi-experimental research. Single group measurement before and after. The sample group is divided into schizophrenia patients and caregivers, selected by criteria. Each group has 32 people. They received the family support program 6 times in 16 weeks. The data collection tools are the personal data questionnaire of caregivers and schizophrenia patients, the caregiver knowledge test on schizophrenia and care for schizophrenia patients, the initial symptom severity record form, the overall competence assessment form of the Department of Mental Health, the quality of life test form, and the personal data questionnaire.

Results: 1) The group of caregivers of schizophrenia patients had a mean score of knowledge in caring for schizophrenia patients after the experiment that was statistically significantly higher than before the experiment. 2) The group of schizophrenia patients had a better mean score of initial symptom severity. The mean score of overall competence and quality of life after the experiment was statistically significantly higher than before the experiment.

Conclusion: The family support program helped caregivers to have more knowledge in caring for schizophrenia patients and schizophrenia patients were rehabilitated in terms of reducing symptom severity, improved overall competence, and improved quality of life.

Keywords: family support programs, rehabilitation for schizophrenia

*Registered Nurse, Professional Level, Huai Yot Hospital

**Registered Nurse, Professional Level, District Public Health Office Huai Yot

***Corresponding author: Lecture, Faculty of Nursing, Bromarajonani College of Nursing, Trang, e-mail: paijit@bcent.ac.th

Received: 7 June 2024, Revised: 15 December 2024, Accepted: 22 December 2024

ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

มยุรี ลักนาคีโรรัตน์, พย.ม.*, จารุมน ลักนาวิวัฒน์, พย.บ.**, ไพจิตร พุทธรอด, ปร.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวต่อการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เดียวก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแล คัดเลือกตามเกณฑ์ กลุ่มละ 32 คน ได้รับโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 16 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและของผู้ป่วยจิตเภท แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบบันทึกความรุนแรงของอาการเบื้องต้น แบบประเมินความสามารถ โดยรวมของกรมสุขภาพจิต แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา : 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นดีขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิต หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการลดความรุนแรงของอาการ มีความสามารถโดยรวมดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยยอด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง, e-mail: pajit@bcent.ac.th

วันที่รับ: 7 มิถุนายน 2567, วันที่แก้ไข: 15 ธันวาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 22 ธันวาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคทางจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตมีปัญหาจิตเวช (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2563) โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือโรคจิตเภท ทั่วโลกมี 26 ล้านคน ประเทศไทย มีผู้ป่วยจิตเวช 1,152,044 คน เป็นโรคจิตเภทมากอันดับ 1 จำนวน 1,409,003 คน (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2559) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน สัมพันธภาพกับคนรอบข้าง มีโอกาสน้อยที่จะหายเป็นปกติ (Lortrakul & Sukanich, 2009) หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ยิ่งทำให้มีความคิดผิดปกติ อารมณ์และพฤติกรรมรุนแรง กำเริบซ้ำได้สูง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559) การเสพยาเสพติดปริมาณมากเป็นเวลานาน เซลล์ประสาทจะถูกทำลาย ทำให้เป็นโรคจิตอย่างถาวร เนื่องจาก Brain reward circuitry ทำงานผิดปกติ มีระดับ dopamine และ norepinephrine เพิ่มขึ้น ทำให้อาการทางจิตเรื้อรังหรือเป็นโรคจิตเภทต้องรับรักษาตลอดชีวิตและดูแลไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2560) หัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับประทานยา การไม่ใช้สารเสพติด การสังเกตอาการเตือน ไปพบแพทย์ตามนัด ครอบครัวให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, 2561) การพูดคุยด้วยเหตุผล

รับฟัง ให้กำลังใจ เป็นการจัดการทางบวกที่เหมาะสมของผู้ดูแล การส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกแก่ผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรักษา (วัชรินทร์ วุฒิธรรณฤทธิ์, 2560) การสนับสนุนความรู้และทักษะผู้ดูแลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและมีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมดูแลอย่างเป็นองค์รวม จะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) การวางระบบติดตามโดยใช้กลยุทธ์ 3 C ประกอบด้วย Client: ยาลี้กึ่งตนเอง Care giver: เข้าใจ ใส่ใจ สอดส่อง และ Community: ยอมรับ ช่วยกัน ปันโอกาส มีญาติชุมชนดี ช่วยสนับสนุนผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทให้มีกำลังใจ มีความร่วมมือในการรักษา ไม่ใช่ยาเสพติดช่วยลดการป่วยซ้ำ ลดก่อความรุนแรง ลดภาระ ทำกิจวัตรได้เอง สมรรถภาพในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น ใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย รายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยไม่ดี อาจทอดทิ้ง กักขัง ไม่พาผู้ป่วยมารับรักษา เสี่ยงต่อเกิดอาการกำเริบซ้ำ (อิสระแสงทอง และ มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, 2562) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล คืออาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ใจและโรคประจำตัวของผู้ดูแล จึงควรสนับสนุนครอบครัวเพื่อลดความทุกข์ใจ (จารุรินทร์ ปีตานุพงศ์ และชลธิชา เรื่องวิริยะนันท์, 2562) การที่ผู้ดูแลอยู่กับ

ผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้น ทำให้เกิดความเครียด มีปัญหาสุขภาพจิต จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแล โดยพัฒนาระบบการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายในชุมชน (อุษา แก้วอำภา, 2555) การได้รับสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอความรู้ ทักษะการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วัตถุประสงค์ สิ่งของ เงิน กำลังงาน กำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ ภาควิชาจิตเวช ส่งผลให้สุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกายและทางจิตใจ (เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2555)

จากการทบทวนข้อมูลผู้รับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด ปี 2563, 2564 และ 2565 มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 617, 641 และ 664 คน เป็นโรคจิตเภทและใช้สารเสพติด จำนวน 20, 28 และ 32 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลห้วยยอด, 2565) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการพยาบาลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบ Matrix Program ผู้วิจัยทบทวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ ครอบครัวย สังคม และการใช้ยาเสพติด พบกำเริบซ้ำ จำนวน 22, 14 และ 19 คน ตามลำดับ วิเคราะห์พบปัญหาผู้ดูแลไม่พาผู้ป่วยมาตามนัดและไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมเน้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ (Orem., 1991; วิภาวี คงอินทร์, 2546; จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2556) ร่วมกับแนวคิดของสตีทเลอร์ นำหลักการและวิธีปฏิบัติทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์

ประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (Stetler, 1994, Stetler, 2001 อ้างตามฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549; Stetler, 2001 อ้างตามรัชณี นามจันทรา, 2553) นำมาใช้เป็นรูปแบบหรือโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลห้วยยอด, 2557; ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลห้วยยอด, 2562) ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน (มยุรี ลักนาศิริโรจน์, จารุมน ลักนาวิวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงศิลป์ และปิยวิทย์ เนกขพัฒน์, 2566) ซึ่งการศึกษานี้ได้ออกแบบพัฒนาต่อยอดโปรแกรมโดยประยุกต์กรอบแนวคิดสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (emotional support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ด้านการประเมินค่า (appraisal support) และด้านทรัพยากร (instrumental support) (House, 1981; สุนิษฐ์ แสงดาว และคณะ, 2555) ร่วมกับจัดรูปแบบให้มีภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยติดตามดูแล ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมดีขึ้น (เขมา ตั้งใจมั่น และคณะ, 2552) ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมที่ได้จากการพัฒนามาใช้ในสนับสนุนครอบครัว โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแก่ผู้ดูแลและประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนในการติดตามดูแล มีความคาดหวังให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นในด้านความรุนแรงของอาการเบื้องต้น ประกอบด้วย อาการทางจิต การรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และ

สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านความสามารถ โดยรวมและด้านคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการพยาบาล การดูแลตนเองของโอเรม ออกแบบโปรแกรม สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประยุกต์กับโปรแกรม สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (สุณีย์ แสงดาว และคณะ, 2555) นำโปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) และการประเมินผล ลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation) มีกรอบแนวคิด การศึกษาดังภาพที่ 1

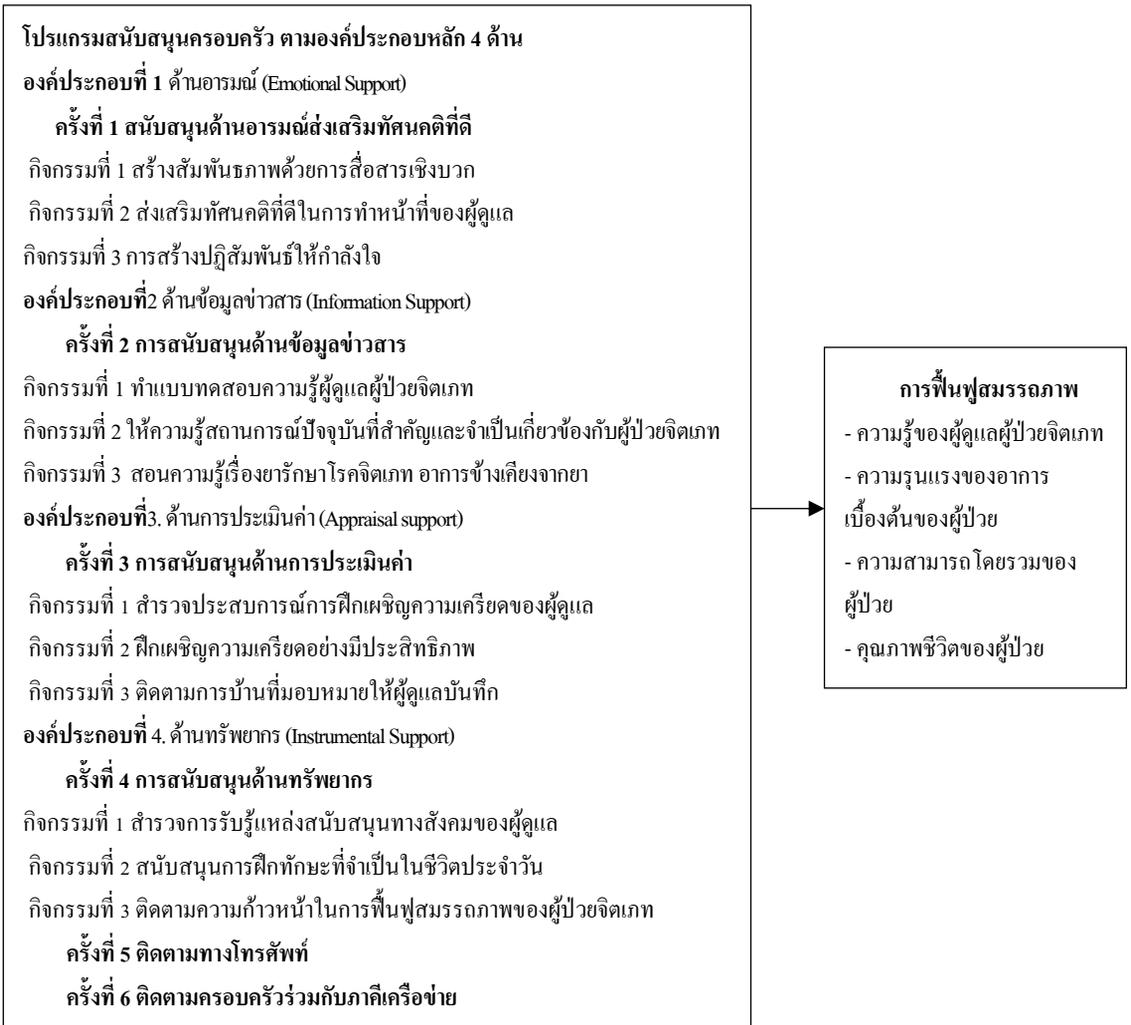
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) วัตถุประสงค์ก่อนและหลัง การทดลอง (the pretest-posttest one group design) ระยะเวลาดำเนินการ 16 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- 1) ผู้ป่วยจิตเภท ที่เคยรักษาที่โรงพยาบาล ห้วยยอด จังหวัดตรัง มีอาการกำเริบซ้ำ ช่วง มกราคม 2563 ถึง ธันวาคม 2565 อายุ 18-60 ปี ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ต้องได้รับการ บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดก่อนเข้าร่วม โปรแกรม คัดเลือกแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ คือ มีอาการทางจิตสงบ สนทนาได้ตอบรู้ เรื่อง มีสมาธิ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนที่ รุนแรง ประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (BPRS)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

≤ 36 คะแนน สื่อสารภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมวิจัย

2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับยาหรือมารับยาแทน ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ในช่วงเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2566 คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป อายุ 20 ปีขึ้นไป

สามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ของ Jacob Cohen (1988) ทำการ

ทดสอบแบบทางเดียว ด้วยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power) ที่ระดับ .8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ผู้วิจัยคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (Grove et al., 2012) ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มละ 32 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โปรแกรมการทดลองในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เลขที่ 020/2566 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนและประโยชน์ของการวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างลงนามใน informed consent form และเป็นไปตามความสมัครใจ และสามารถถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแต่ประการใด ไม่มีกระบวนการขู่ข่มข้อมูลส่วนตัว หากดำเนินการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือมีปัญหาทางอารมณ์อันเกิดมาจากขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้ความดูแลช่วยเหลือหรือส่งต่อการดูแลตามความจำเป็น และการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือมีปัญหาทางอารมณ์อันเกิดมาจากขณะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล มี 4 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเป็นแบบสอบถาม มีคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา การขึ้นทะเบียนผู้พิการ และ ประวัติการเคยใช้สารเสพติด

2. แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม การคิดคะแนนจะรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 20 ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 20 คะแนน ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 0 - 20 คะแนน ค่าคะแนนสูงหมายถึงมีความรู้มาก

3. แบบบันทึกความรุนแรงของอาการเบื้องต้น ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการพัฒนาการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพื้นที่นำร่อง ซึ่งกรมสุขภาพจิตพัฒนามาจากแนวทางโปรแกรมการปฏิบัติเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต, 2557) ใช้เป็นแบบวัดผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ด้านความรุนแรงของอาการเบื้องต้น ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ อาการ การ

รับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และสัมพันธภาพในครอบครัว ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินเลือกคำตอบข้อเดียวในแต่ละด้านที่ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด การคิดคะแนนในแต่ละด้านแบ่งเกณฑ์ระดับคะแนนมี 4 คะแนนรวมสูงสุดคือ 20 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุดคือ 4 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงมีสมรรถภาพดี

4. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function (GAF) Scale) (กรมสุขภาพจิต, 2557) มีลักษณะเป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบพิจารณาประเมินความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และการทำงาน ทั้งนี้การประเมินจะไม่รวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดลอม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 มีระดับคะแนน 0 - 100 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1 - 10 คะแนน หมายถึง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นรุนแรงตลอดเวลา และ 91 - 100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างดีเยี่ยม

5. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย 26 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 ใช้เป็นเครื่องชี้วัดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ระวีวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล, 2545) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ด้าน

สิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และ หมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อ คะแนนรวมคุณภาพชีวิต มีตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน มีเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกจิตเวช 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (APN) 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ให้ค่าคะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง .67 - 1.00 แล้วปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้จริง โดยนำแบบทดสอบความรู้ไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าครุเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Reliability 20: KR - 20) มีค่าเท่ากับ .87 และแบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทรายบุคคล นำไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด นำค่าคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในงานวิจัยนี้ คือ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาต่อยอดมาจาก เอกสารคุณภาพโรงพยาบาลห้วยยอด โดยประยุกต์กรอบแนวคิดโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) (สุณีย์ แสงดาว และคณะ, 2555; House, 1981) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำคลินิกจิตเวช 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ได้ค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2566 ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยฝึกผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน โดยฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมและช่วยเก็บ

รวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการทดลองจัดโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวให้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ครั้งที่ 1 - 5 ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง และครั้งที่ 6 ติดตามหลังจากครั้งที่ 5 ห่างกันระยะเวลา 1, 2 และ 3 เดือน มีทั้งหมด 14 กิจกรรม โดยครั้งที่ 1 - 4 ดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม ครั้งที่ 5 - 6 ติดตามรายครอบครัว

ครั้งที่ 1 - 4 สถานที่ ณ ห้องประชุมกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด อาคารเจดีย์-เสริมสุข โภคาวัฒนา โรงพยาบาลห้วยยอด ครั้งที่ 5 - 6 ประสานติดตามครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ประกอบด้วย 1) ด้านความรุนแรงอาการเบื้องต้น ได้แก่ อาการทางจิต การรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และสัมพันธภาพในครอบครัว 2) ความสามารถโดยรวม และ 3) ด้านคุณภาพชีวิต และในกิจกรรมครั้งที่ 2 ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนดำเนินกิจกรรมถัดไป

3. ประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที เมื่อครบ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ของโปรแกรม และบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

4. ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรุนแรงอาการเบื้องต้น ได้แก่ อาการทางจิต การรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และสัมพันธภาพในครอบครัว 2) ความสามารถโดยรวม

และ 3) ด้านคุณภาพชีวิตทันที เมื่อครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ และนำข้อมูลบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน Paired sample t-test เนื่องจากทดสอบการกระจายของข้อมูลจาก Shapiro-Wilk test มีการกระจายแบบปกติ ($p > .05$)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ Wilcoxon-signed ranks test เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลจาก Shapiro-Wilk test มีการกระจายแบบไม่ปกติ ($p < .05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.64 อายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 37.50 สถานภาพสมรสคู่ 21 คน ร้อยละ

65.63 จบการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพทำสวน ร้อยละ 62.50 มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ 11 คน ร้อยละ 34.38 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 40.63 ใช้สิทธิผู้พิการ ร้อยละ 28.13 มีความเกี่ยวข้องเป็นพี่น้องกับผู้ป่วยจิตเภท 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยระยะเวลามากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00

กลุ่มทดลอง กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.38 มีประวัติเคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 52.63 ทุกคนผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 40.63 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 65.63 รองลงมา มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 25.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพทำสวน ร้อยละ 46.88 มีรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 53.13 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 40.63 ผู้ดูแลหลักมีความเกี่ยวข้องเป็นพี่น้องกับผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 37.50 ยังไม่ขึ้นทะเบียนผู้พิการ ร้อยละ 71.88 มีประวัติเคยใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ร้อยละ 31.25

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภท

พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว (n = 32)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			p-value
	min-max	M	SD	min-max	M	SD	
ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	13-19	16.44	0.28	17-20	19.47	0.17	<.001*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 32)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	Mean \pm SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Median	IQR	p-value
ความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม						
ก่อนได้รับโปรแกรม	15.22 \pm 2.10	.00	.00	15.50	3.00	<.001*
หลังได้รับโปรแกรม	18.47 \pm 1.88	16.50	528.00	19.00	2.00	
ความรุนแรงของอาการเบื้องต้นรายข้อ						
อาการทางจิต						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.25 \pm .672	.00	.00	3.00	1	<.001*
หลังได้รับโปรแกรม	3.72 \pm .457	8.00	120.00	4.00	1	
การรับประทานยา						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.00 \pm .359	.00	.00	2.00	0	<.001*
หลังได้รับโปรแกรม	3.91 \pm .296	15.00	435.00	4.00	0	
การทำกิจวัตรประจำวัน						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.13 \pm .492	.00	.00	3.00	0	<.001*
หลังได้รับโปรแกรม	3.91 \pm .296	13.00	325.00	4.00	0	
การประกอบอาชีพ						
ก่อนได้รับโปรแกรม	2.59 \pm .946	.00	.00	3.00	1	<.001*
หลังได้รับโปรแกรม	3.09 \pm 1.027	8.00	120.00	3.00	1	
สัมพันธภาพในครอบครัว						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.25 \pm .672	.00	.00	3.00	1	<.001*
หลังได้รับโปรแกรม	3.84 \pm .369	9.50	.00	4.00	0	

* $p < .05$

ความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลอง พิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านอาการทางจิต ด้านการรับประทานยา ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมสูงขึ้นมากกว่าก่อนการ

ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 32)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			p-value
	min-max	mean	SD	min-max	mean	SD	
ความสามารถโดยรวม	45-88	74.41	9.17	55-96	83.59	9.59	<.001*

*p < .05

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 32)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			p-value
	min-max	mean	SD	min-max	mean	SD	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	67-102	79.53	7.24	76-108	90.47	7.86	<.001*
คุณภาพชีวิตรายด้าน							
ด้านสุขภาพกาย	17-25	20.96	1.84	20-26	23.03	1.7	<.001*
ด้านจิตใจ	14-23	17.56	2.02	15-26	20.97	2.40	<.001*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7-12	8.84	1.08	9-13	10.63	1.16	<.001*
ด้านสิ่งแวดล้อม	21-36	26.75	3.41	21-36	28.44	3.53	<.001*

*p < .05

การอภิปรายผล

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรมตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาการดีขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว แต่ยังคงมีความพร้อมในดูแลตนเอง มีสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ ลดลง ต้องอยู่ภายใต้การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัว ทีมผู้วิจัยจึงเลือกกระบวนการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) (Orem, 1991) ที่สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (House, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณีย์ แสงดาว และคณะ, (2555) ที่พบว่า การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามสภาพปัญหาขณะอยู่ที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคจิต ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม เกิดผลลัพธ์ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ทำให้การรับรู้ต่อภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่บ้าน มีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย การประเมินทักษะการดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการ อาการแสดง การให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียง การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสังเกตอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ และการจัดการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาท ทำให้มีความตั้งใจในเรียนรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสูงขึ้น (บัวลอย แสนละมุล และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2557)

2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพด้านความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่าในโปรแกรมมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการสนับสนุนด้านอารมณ์ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ปัจจุบันที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการออกแบบสมุดนัดและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับครอบครัว มีการฝึกทักษะการใช้นวัตกรรมกล้องถ่ายรูปและปฏิทินเตือนการรับประทานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งแบบครอบครัวและแบบกลุ่ม ส่งผลให้มีสมรรถภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การจัดโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย

และผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน หลังจำหน่าย มีการจัดกล่อมยาแต่ละมื้อสำหรับรับประทานในแต่ละวัน การติดตามอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และจัดให้ผู้ป่วยและญาติมาพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของทัศนีย์ เชื้อทอง (2555) ที่พบว่า หลังได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เรื่องยาและแผนการรักษา การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิด ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณีย์ แสงดาว และคณะ (2555) ที่ใช้กระบวนการกลุ่มในการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรม โดยนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ในการสนับสนุนให้ ความรู้ ผู้ดูแล และ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสนับสนุนให้ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น เป็นเพราะในกิจกรรมมีการให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงและข้อควรระวังในการใช้ยา การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองโดยใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพัฒนาทักษะทางสังคมและทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น (สมลักษณ์ เขียวสด และคณะ, 2555) คล้ายคลึงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของโอเรม เน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหาในการดูแลตนเอง ความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และช่วยลดความเป็นภาระให้กับผู้ดูแลหรือครอบครัวได้ (สุจรรยา โลหาชีวะ และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาการจัดกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มุ่งเน้นฟื้นฟูความสามารถของสมองด้านบริหารจัดการ มีการฝึกทักษะการรู้คิดผ่านกิจกรรมการเคลื่อนไหวสลับข้าง การฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกทักษะทางสังคม และการจัดการ

ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีทักษะการจัดการปัญหาและปรับตัวอยู่ในสังคมได้ขึ้น (สมศรี กิตติพงษ์พิศาล และคณะ, 2563) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในลักษณะเดียวกับการจัดกิจกรรมพัฒนาทางปัญญาผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับการบำบัดรักษาแบบปกติ มีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ฝึกทักษะการสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน และฝึกทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมร่วมกัน โดยมีภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมให้การสนับสนุน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะการทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่รักษาแบบปกติ (Katsumi et al., 2019)

4) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองพบว่า โดยรวมและรายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนฝึกทักษะการอยู่ร่วมกัน มีการพัฒนาทักษะการสื่อสารแสดงบทบาทสมมุติ มีการฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุนติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและให้ทำงานรับจ้างในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ บุญอริยะ และคณะ (2552) ที่พบว่า ระยะเวลาการ

เจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น การให้กำลังใจ การให้โอกาสมีงานทำ การส่งเสริมรายได้ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ สมใจ และคณะ (2555) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคแก่ผู้ป่วยจิตเภทและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม มีการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ปรับคิดในแง่บวก มองส่วนดีของตนเอง เสริมสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นการสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการเสริมสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนสวัสดิการจากภาคส่วนต่าง ๆ มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ทดลองในเมืองยอกยาคาร์ดา ประเทศอินโดนีเซียที่พบว่าการจัดระบบสวัสดิการสังคมแบบกระจายอำนาจ ในการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ มามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ สามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและทักษะทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Puspitosari et al., 2019) และคล้ายคลึงกับการศึกษาการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปรับระบบบริการแบบเชิงรุก ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และภาคีเครือข่ายในชุมชน วางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน วางแนวทางการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทและการวางระบบส่งต่อ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำลดลง ความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ไพจิตร พุทธรอด, 2559)

ผลการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการขอจดลิขสิทธิ์ต่อกรมทรัพย์สินทางปัญญา โปรแกรมทะเบียนเลขที่ ว.050764 ซึ่งในโปรแกรมมีนวัตกรรมกล่องรักษใจใส่ใจสุขภาพจิตและปฏิทินเตือนกินยา ทะเบียนเลขที่ ว.050765 และสมุดนัดและคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทะเบียนเลขที่ ว. 050766 มีโรงพยาบาลทั้งในและนอกเขตสุขภาพได้ขอโปรแกรมนำไปขยายผลใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ร่วมกับการให้บริการที่คลินิกจิตเวช ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานบริการสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ลดภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคม

2. ผู้ที่จะนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ควรผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดควรได้รับการบำบัดตามโปรแกรมฟื้นฟูยาเสพติดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทและมีการติดตาม

ต่อเนื่องไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามต่อเนื่อง ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินการคงอยู่ของประสิทธิผลโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ในระยะกลางและระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ บุญอริยะ, รุ่งอรุณ โศภิตศิริภราดิศ, และศันสนีย์ ประชุมศรี. (2552) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 3(1), 1-11.
- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *โปรแกรมการพัฒนาการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต: คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ: สำหรับพื้นที่นำร่อง ปีงบประมาณ 2557*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. บริษัทวิคทอเรีย อิมเมจ.
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2563). *รายงานประจำปี 2563*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์ทิรา เจริญชัย. (2556). *การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing)*. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, และชลธิชา เรืองวิริยะนันท์. (2562). ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(2), 95-106.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (12 พฤษภาคม 2559). *แพทย์ชี้สถิติผู้ป่วยจิตเภท ก่ออาชญากรรมไม่ถึง 5% วอนสังคมหยุดตีตรา* <https://shorturl.asia/MgeBE>

- ทัศนีย์ เชื้อมทอง. (7, กรกฎาคม 2555). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลชลบุรี*. [เอกสารนำเสนอในที่ประชุม]. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสำนักงานวิจัย ครั้งที่ 5 (Routine to research : R2R) : วิถี R2R: เรียบง่าย คุณภาพครบวงจร]. ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี.
- บัวลอย แสนละมุล, และปัดพงษ์ เกษสมบุญณ์. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(3), 273-284.
- กรมสุขภาพจิต. (14 กันยายน 2561). *กรมสุขภาพจิต ย้ำเตือนผู้ป่วยจิตเวช อย่าขาดยาเด็ดขาด แม้อาการดีขึ้น*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28208>
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (11 ธันวาคม 2555). *ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support Theory)*. <https://www.gotoknow.org/posts/115753>
- เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย, และสุบิน สมิน้อย. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 113-121.
- ไพจิตร พุทธธอ. (2559). กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและญาติเครือข่ายในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(2), 122-129.
- พองคำ คำถนอมสุขชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักฐานและวิธีปฏิบัติ (Evidence-Based Nursing: Principle and Method)*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพีริ-วัน.
- มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, จารุมณ ลัคนาวีวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงศิลป์ และปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแล และญาติเครือข่ายในชุมชนตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(1), 130-142.
- รัชนี นามจันทรา. (2553). การทบทวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 109-125.
- วิภาวี คงอินทร์. (2546). *ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม, เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 640-121 มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัชรินทร์ วุฒิธรรณฤทธิ์. (2560). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 1-12.
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลห้วยยอด. (2557). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล: การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ*. โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง.
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลห้วยยอด. (2562). *โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ*. โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง.
- โรงพยาบาลห้วยยอด. (2565). *ทะเบียนข้อมูลผู้รับบริการคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด*. โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง.
- สุจรรยา โลหาชีวะ, นันทกัทธ ชนะพันธ์, และพลสิน เถลิ้มวัฒน์. (2565). ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 47(2), 105-112.
- สุนีย์ แสงดาว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และรัชนิกร เกิดโชค. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 97-111.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ดันดิพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ ราณี พรมานะรังกุล. (2545). *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545*. กรมสุขภาพจิต ค้นเมื่อวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2557 จาก <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whogol.pdf>.
- สมลักษณ์ เขียวสด, ทับทิม อุดะเดช, และวัลลภา แสนศิลา. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 74-85.

- สมศรี กิตติพิงศ์พิศาล, กัทรวรรณ สุขอิริญ, และฉานวัฒน์ ดี บันฑูรเดช. (2563) การพัฒนากิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2), 161-172.
- สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*.
- อิสระ แสงทอง, และ มยุรี ลักนาศิริโรรัตน์. (2562). ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารวิชาการ เขต 12*, 30(1), 21-29.
- อุษา แก้วอำภา. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 6(2), 127-143.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Lawrence Erlbaum Associates.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- House, J.S. (1981). The nature of social support. In M.A. Reading (Ed.). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Katsumi, A., Hoshino, H., Fujimoto, S., Yabe, H., Ikebuchi, E., Nakagome, K., & Niwa, S. I. (2019). Effects of cognitive remediation on cognitive and social functions in individuals with schizophrenia. *Neuropsychological rehabilitation*, 29(9), 1475-1487.
- Lortrakul, M. & Sukanich, P. (2009). *Textbook of Ramathibodi psychiatry* (3rd ed). Beyond Enterprise.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice* (4th ed.). Mosby.
- Puspitosari, W.A., Wardaningsih, S., & Nanwani, S. (2019). Improving the quality of life of people with schizophrenia through communitybased rehabilitation in Yogyakarta Province, Indonesia: A quasi experimental study. *Asian Journal of Psychiatry*, 42, 67-73.

EFFECTS OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON STRESS MANAGEMENT SKILLS OF PARENTS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER*

Atiwat Kunlawong, B.N.S.** , Darunee Rujkorakarn, Ed.D.***

Abstract

Objective: To determine the effects of a stress management program on the stress management skills of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Methods: The sample consisted of 60 parents of children with attention deficit hyperactivity disorder who were recruited using specific inclusion criteria. They were randomly assigned to the control and experimental groups, with 30 subjects in each group. The experimental group participated in the stress management program created by Pasinee Jamja et al. (2019). The program comprised 7 sessions, each lasting 60 - 90 minutes, once a week for 4 weeks. The control group received routine care activities. Data were collected using 1) a personal data questionnaire, 2) the stress management program, and 3) a stress management skills scale. The reliability of these questionnaires was determined with a Cronbach's alpha coefficient of .89. The demographics were analyzed using descriptive statistics. The experimental group's pretest and posttest mean scores on the stress management scale were compared using a dependent t-test. Differences in the experimental and control groups' pretest and posttest mean scores were compared using the independent t-test.

Results: The experimental groups' posttest mean score (mean = 58.78, SD = 5.53) after completing the program was significantly greater than the pretest mean score (mean = 40.34, SD = 5.27) before attending the program ($t = 6.41, p < .01$). The mean difference between the experimental group's pretest and posttest stress management scale scores ($D1 = 16.02, SD = 6.87$) was significantly greater than the difference between the control group scores ($D2 = 0.51, SD = 3.83$) ($t = 5.43, p < .01$).

Conclusion: It can be concluded that a stress management program can enhance the stress management skills of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Keywords: stress management program, parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, stress management

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

***Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, e-mail: drdarunee@gmail.com

Received: 24 July 2024, Revised: 25 October 2024, Accepted: 2 November 2024

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียด ของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น*

อริวัฒน์ กุลวงษ์, พย.บ. **, ครูณี รุจกรกานต์, ศษ.ค. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด พัฒนาขึ้นโดยพาสินี แจ่มจ้าและคณะ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ๆ ละ 60 - 90 นาที ซึ่งดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น 3) แบบประเมินทักษะการจัดการกับความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดหลังการทดลอง (mean = 58.78, SD = 5.53) มากกว่าก่อนการทดลอง (mean = 40.34, SD = 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.06, p < .01$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ($D1 = 16.02, SD = 6.87$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($D2 = 0.51, SD = 3.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.43, p < .01$)

สรุป : โปรแกรมการจัดการความเครียด สามารถเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการความเครียด, ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น, การจัดการความเครียด

*วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร นครสวรรค์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, e-mail: drdarunee@gmail.com

วันที่รับ: 24 กรกฎาคม 2567, วันที่แก้ไข: 25 ตุลาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 2 พฤศจิกายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะผิดปกติทางด้านจิตเวช จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ที่มีอาการสำคัญ 3 ด้านคือ อาการขาดสมาธิ (inattention) อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyper-activity) และอาการ หุนหันพลันแล่น (impulsivity) (American Psychiatric Association, 2000) โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด มีความชุกในประชากรเด็กทั่วโลก ร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และในประเทศไทยจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จำนวน 7,188 ราย พบว่ามีความชุกร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.24 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556) ประมาณร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น จะมีอาการต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Russell et al., 2016) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่ความผิดปกติด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ จนถึงการทำตัวตายและปัญหาการเสพติด (Sayal et al., 2018) โรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตัวเด็กเองในมิติต่าง ๆ ได้แก่ความสัมพันธ์ทางลบกับเพื่อนร้อยละ 70 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งร้อยละ 62.5 พฤติกรรมด้านอารมณ์ร้อยละ 54.2 พฤติกรรมเกรร้อยละ 34.2 และสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 20 (ชนิตา ทีปะปาล และคณะ, 2564) ปัญหาดังกล่าวนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นอีกด้วย ซึ่งผู้ดูแลจะเกิดความเครียดในการเลี้ยงดูสูงกว่า ผู้ดูแลเด็กปกติทั่วไป (Flynn et al., 2023) เนื่องจากความผิดปกติ

ทางจิตเวชในเด็กสามารถขัดขวางพัฒนาการตามปกติของเด็ก เพิ่มความทุกข์ใจแก่ผู้ดูแลและสร้างภาระให้กับสังคม (Hsu et al., 2019) โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากเหตุการณ์ดูแลบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้น (Evans et al., 2018) และยิ่งส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Kostyrka-Allchorne et al., 2022) ยิ่งผู้ดูแลเด็กมีความเครียดในการเลี้ยงดูสูงมากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กสมาธิสั้นมากขึ้นด้วยเช่นกัน

การที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ต้องดูแลเด็กโดยขาดการสนับสนุนจากสังคม หรือหน่วยงานด้านสุขภาพนั้น ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาและความเครียดเพียงลำพัง (Theule et al., 2013) จะมีผลกระทบต่อเด็กโดยใช้การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม มักอบรมเลี้ยงดูเด็กแบบการจำกัดพฤติกรรม การใช้ความรุนแรงและมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับเด็กสมาธิสั้น (Yousefia et al., 2011) การดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจของผู้ดูแล และก่อให้เกิดความเครียดตามมา จากผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป (Pimentel et al., 2011) ปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเครียดในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งหากผู้ดูแลมีความเครียดและไม่สามารถจัดการได้นั้น จะนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น (Williamson et al., 2017) และยังพบว่าความเครียดของผู้ดูแลเด็ก

โรคสมาธิสั้นเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาด้วย (Pimentel et al., 2011) และหากผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นขาดทักษะในการจัดการกับความเครียดจะส่งผลให้เกิดผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อารมณ์ตามมา เกิดการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Theule et al., 2013)

ดังนั้นผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทักษะในการจัดการกับความเครียดของตนเอง เพื่อนำมาสู่สุขภาพจิตที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งทักษะการจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้น ยังไม่มีรูปแบบที่แน่ชัด ขึ้นอยู่กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของแต่ละบุคคลและครอบครัว ในส่วนข้อค้นพบเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่ามีโปรแกรมการอบรมสำหรับผู้ดูแล (เทพสิรินทร์ มากบุญศรี, 2559) โปรแกรมการปรับพฤติกรรมและความรู้ต่อการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (Parand et al., 2020) โปรแกรมการบำบัดด้วยการรู้สติและการอบรมการเลี้ยงดู (Miller & Brooker, 2017) โดยพบว่าโปรแกรมที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ส่วนใหญ่ล้วนมุ่งเน้นเพื่อการจัดการตัวเด็ก และการส่งเสริมความรู้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นหลัก แต่ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นยังต้องเผชิญกับปัญหาการเลี้ยงดูเด็ก การใช้กระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ร่วมกัน การส่งเสริมทักษะในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น การใช้พฤติกรรมบำบัด และกระบวนการกลุ่มอย่างเป็นขั้นตอน จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ เพิ่มระดับการรับรู้ทักษะใน

การดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล และลดระดับความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ โดยการเสริมสร้างทางด้านจิตสังคมเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมต่อการดูแล และการจะป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้นั้น สิ่งสำคัญคือผู้ดูแลต้องมีทักษะในการจัดการความเครียดก่อน (Russell et al., 2016) ซึ่งทักษะในการจัดการความเครียดของผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ครอบคลุม 3 ทักษะดังนี้ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และการเพิ่มความต้านทานความเครียด เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการกับความเครียด นำไปสู่การลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในผู้ดูแล ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจและสังคม (Theule et al., 2013)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยพาสินี แจ่มจ้ำ และคณะ (2562) เป็นการดำเนินการในรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม มุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โดยนำแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยแนวคิดกล่าวถึงการจัดการความเครียดและพฤติกรรมที่จัดกระทำเพื่อควบคุมความเครียด เป็นการเผชิญปัญหาหรือจัดการต่อความเครียด พฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดเป็นความพยายามที่เป็นทั้งการกระทำที่ชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อมกับความต้องการภายในตน ซึ่งเป็นการให้ความรู้ชี้แนะแนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้ สามารถลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลเด็ก โดยผู้ดูแลสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง มีการติดตามประเมินผลการ

ปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ และเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สถานที่ทำการทดลองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน - เดือนธันวาคม 2566

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-5 ซึ่งระบุรหัสโรค ได้แก่ F90.0-F90.9 ที่นำเด็กโรคสมาธิสั้นมารับบริการรักษาในคลินิกตรวจผู้ป่วยนอกแผนกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-5 ซึ่งระบุรหัสโรค ได้แก่ F90.0-F90.9 ที่นำบุตรมารับบริการรักษาในคลินิกตรวจผู้ป่วยนอกแผนกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) และผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและออกครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่

20 - 59 ปี มีความสัมพันธ์ทาง สายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตาย่า ยาย น้ำ อา ที่ทำหน้าที่หลักใน การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และให้การดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย 3) มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น อ่าน เขียนภาษาไทยได้ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) สมจริตใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการศึกษา 2) ผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทดลองที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พัฒนาโดยพาสินี แจ่มจำ และคณะ (2562) โดยมีกิจกรรมตามกระบวนการและขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลเด็กสมาธิสั้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจาก

การดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเครียดและกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ของ Lazarus and Folkman (1984) ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 15 คน จำนวน 2 กลุ่ม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน รวม 7 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 - 2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1)แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรหรือเด็กที่ต้องดูแลทั้งหมด โรคประจำตัวของผู้ดูแล และ 2) แบบประเมินทักษะการจัดการกับความเครียดพัฒนาโดยเสาวภาภักย์ ทัดสิงห์ และคณะ (2560) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 21 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ด้านของทักษะการจัดการความเครียด คือ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียดจำนวน 8 ข้อ การเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อความเครียด จำนวน 8 ข้อ และการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดค่า แบ่งคะแนนเป็น 0 - 4 คะแนน แบ่งผลคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดยแบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.83

ขั้นตอนและรายละเอียดการเก็บข้อมูล

กลุ่มควบคุม ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และแจ้ง

รายละเอียดของโครงการก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามและมีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการ แจกจ่ายการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง โดยแจ้งรายละเอียดและได้เรียนเชิญผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมาพบก่อนเริ่มโครงการวิจัย เพื่อรับฟังคำชี้แจงก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระ แจกจ่ายการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง และนัดวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม จากนั้นกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามวัน และเวลา หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการประเมินผลและแบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากนั้นให้ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลตาม

แบบประเมิน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 331-317/2566 วันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยภายใต้หลักจริยธรรม การวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้ทำหนังสือขออนุมัติไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอดำเนินการวิจัย และประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลประชากรเวชระเบียน ผู้วิจัยไปพบกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวม ข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ โดยผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบฟอร์มที่ได้รับ ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ซึ่งใน การดำเนินการผู้วิจัยได้เคารพในสิทธิส่วนบุคคลและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงหลักการรักษาความลับ และการเข้าร่วมการวิจัย ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบเดือดร้อนต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ถูกบังคับให้ทำกิจกรรมใด ๆ ในขณะที่ไม่พร้อมหรือไม่มีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ในระหว่างการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการขอรับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนั้น ๆ แต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับความเครียดโดยใช้สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การทดสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียด ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด และกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี เปรียบเทียบระดับการศึกษาพบว่า มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 8.7, p > .05$) ด้านสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ด้านลักษณะครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวชายพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านจำนวนบุตรทั้งหมดพบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 2 คน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/เกษตรกร โดยในกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000

บาท/เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านอายุของบุตร โดยส่วนใหญ่มีบุตรอยู่ในช่วงอายุ 7 - 9 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองพบว่ามีคะแนนเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดหลังทดลอง (mean = 58.78, SD = 5.34) มากกว่าก่อนการทดลอง (mean = 40.34, SD = 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.06, p < .01$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดในแต่ละด้าน ดังนี้ คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายหลังทดลอง (mean = 18.87, SD = 2.29) มากกว่าก่อนการทดลอง (mean = 11.67, SD = 2.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.91, p < .01$) คะแนนทักษะด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดหลังทดลอง (mean = 18.86, SD = 2.97) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 13.72, SD = 2.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.34, p < .01$) และคะแนนทักษะด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดหลังทดลอง (mean = 18.92, SD = 2.78) มากกว่าก่อนการทดลอง (mean = 13.83, SD = 2.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.89, p < .01$) แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่าง ($t = .73, p > .05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะ

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง (n = 26)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Df	t	p- value
	mean	SD	mean	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ตอบสนองต่อร่างกาย	11.67	2.53	18.87	2.29	25	5.91	.000*
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อ ความเครียด	13.72	2.59	18.86	2.97	25	4.34	.000*
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียด	13.83	2.24	18.92	2.78	25	4.89	.000*
รวมทักษะการจัดการกับ ความเครียด	40.34	5.27	58.78	5.34	25	6.06	.000*

* $p < .01$

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม (n = 30)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Df	t	p- value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ตอบสนองต่อร่างกาย	13.41	2.08	13.14	2.15	29	-.63	.27*
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อ ความเครียด	14.46	3.01	15.47	2.80	29	2.14	.03
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ ก่อให้เกิดความเครียด	14.93	2.82	15.00	2.91	29	.17	.42*
รวมทักษะการจัดการกับ ความเครียด	42.30	5.52	43.80	5.83	29	.73	.24*

* $p < .05$

การจัดการกับความเครียดในแต่ละด้านดังนี้ ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายหลังทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -.63, p > .05$) คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ด้าน

การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดหลังทดลอง ($\text{mean} = 15.47, \text{SD} = 2.80$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\text{mean} = 14.46, \text{SD} = 3.01$) ($t = 2.14, p < .05$) คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด

ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหลังทดลอง พบว่าไม่แตกต่าง ($t = .17, p > .05$) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทักษะการจัดการกับความเครียดในภาพรวมหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ($mean = 58.78, SD = 5.53$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($mean = 43.80, SD = 5.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.74, p < .001$) เมื่อพิจารณาทักษะการจัดการกับความเครียดเป็นรายด้านระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดกลุ่มทดลอง ($mean = 18.87, SD =$

2.29) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($mean = 13.14, SD = 2.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.68, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($mean = 18.86, SD = 2.97$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($mean = 15.47, SD = 2.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.97, p < .01$) คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($mean = 18.92, SD = 2.78$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($mean = 15.00, SD = 2.91$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.14, p < .01$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 56$)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Df	t	P-value
	mean	SD	mean	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกาย	18.87	2.29	13.14	2.15	55	5.68	.000*
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด	18.86	2.97	15.47	2.80	55	2.97	.000*
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	18.92	2.78	15.00	2.91	55	3.14	.000*
รวมทักษะการจัดการกับ ความเครียด	58.78	5.53	43.80	5.83	55	5.74	.000*

* $p < .01$

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 26)				กลุ่มควบคุม (n = 30)				Df	t	p-value
	mean	SD	\bar{D}_1	SD	mean	SD	\bar{D}_2	SD			
ก่อนการทดลอง	40.21	5.34			42.30	5.52			55	5.43	.000*
			16.02	6.87			0.51	3.83			
หลังการทดลอง	58.78	5.53			43.80	5.83					

* $p < .01$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของพาสินีแจ่มจ้า และคณะ (2562) ศึกษาเรื่องโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่โปรแกรมการจัดการกับความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งสามารถช่วยเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้นั้น เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ที่จะจัดการกับรูปแบบทางความคิดและความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ดูแลได้

เกิดองค์ความรู้และเข้าใจธรรมชาติของเด็กโรคมะเร็ง สามารถพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการดูแล ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ระหว่างการดำเนินการกลุ่มในการทดลองตามโปรแกรม นำไปสู่การช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะและความพร้อมในการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น

ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาจากกับแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มทดลอง ทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของตนเองรวมทั้งทำให้ทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน ซึ่งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น โปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติและสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของพัฒน์ ศรีโอษฐ์ และภาสินี โทอินทร์(2565) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดฯ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแลการค้นหาแหล่งประโยชน์รวมทั้งให้ความรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมนี้ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมีทักษะและสามารถจัดการปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายได้ด้วยการผ่อนคลายความเครียด และผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเรียนรู้วิธีการ จัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด หลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรได้รับการฝึกโปรแกรม จะทำให้สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความเครียดในผู้ดูแล ไปฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ในโรงเรียนและชุมชน หรือจะเป็นกิจกรรมหนึ่งของโรงพยาบาล เพื่อเสริมทักษะการจัดการกับความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด หลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมและนำกลับไปใช้ที่บ้าน เพื่อประเมินความต่อเนื่องในระยะ 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป

3. ควรนำโปรแกรมการจัดการกับความเครียด ไปพัฒนาใช้ต่อในผู้ดูแลเด็กกลุ่มโรคทางจิตเวชเด็ก ที่ผู้ดูแลมีความเครียดจากการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อส่งเสริมการทักษะการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- ทวีศิลป์ วิชญ์โยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถ, ชันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, ไชยิดา กาวสุทธิไพศริ, และพัชรินทร์ อรุณเรือง. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 66-75
- เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. (2559). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต], จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนิดา ทีปะปาล, ปภาสินี แซ่เตี๊ว, ศราวุธ เรื่องสวัสดิ์, ธัญวดี นาคมิตร, และณัฐธนรี คำอุไร. (2564). โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 28-41.

- พัฒน์ ศรีโอยฐ์, และภาสินี โทอินทร์.(2565). ผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(2), 31-319.
- พาสินี แจ่มจ้า, สุนิศา สุขตระกูล, และประนอม รอดคำดี . (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารแพทยธานี*, 46(1), 32-48
- เสาวภาภย์ ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ, และพนิดา ศิริอำพันธ์กุล (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 284-291.
- American Association Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Publishing.
- Flynn, M. M., Rosen, P. J., Reese, J. S., Slaughter, K. E., Alacha, H. F., & Olczyk, A. R. (2023). Examining the influence of irritability and ADHD on domains of parenting stress. *European child & adolescent psychiatry*, 32(2), 353-366.
- Hsu, Y. C., Chen, C. T., Yang, H. J., & Chou, P. (2019). Family structure, birth order, and aggressive behaviors among school-aged boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(6), 661-670.
- Kostyrka-Allchorne, K., Ballard, C., Byford, S., Cortese, S., Daley, D., Downs, J., French, B., Glazebrook, C., Goldsmith, K., Hall, C. L., Hedstrom, E., Kovshoff, H., Kreppner, J., Lean, N., Sayal, K., Shearer, J., Simonoff, E., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2022). Online Parent Training for The Initial Management of ADHD referrals (OPTIMA): the protocol for a randomised controlled trial of a digital parenting intervention implemented to support parents and children on a treatment waitlist. *Trials*, 23(1), 1003.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Miller, C. J., & Brooker, B. (2017). Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complementary Therapies in Clinical Practic*, 28(7),108-115.
- Parand, A., Afrooz, G., Mansoor, M., Yekta, M. S., Besharat, M., & Khooshabi, K. (2020). Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5(1), 1135-1139.
- Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 3(1), 61-68.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta regression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child psychiatry and human development*, 47(3), 440-458.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Williamson, D., Johnston, C., Noyes, A., Stewart, K., & Weiss, M. D. (2017). Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in mothers and fathers: family level interactions in relation to parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 485-500.

Yousefia, S., Far, A. S., & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671.