



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ISSN 3027-8031 (Online)

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

Vol.39 No.2 May - August 2025

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดูกับความผาสุกทางจิตของนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร
ณิชกานต์ คันชะวงส์, ทศนา ทวีคุณ, วิไล นานาป่า
- ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมโทรตามเชื่อมโยงฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุราโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี
ศิริพร ธรรมราช, ซาลินี สุวรรณยศ, ھرรษา เศรษฐบุปผา
- มุมมองด้านความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่รับบริการศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี
เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, สุนทรี ชะชาติย์, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ,
ปวีดา โพธิ์ทอง, อุษณียาภรณ์ จันท
- ความวิตกกังวล ความแข็งแรงในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช
ศุภกิจ วงษ์เจริญผล, วริศรา วนันตระ
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของพยาบาลฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย : กรณีศึกษา โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
ปิยะหทัย หนูน้อย, ทศนีย์ สุนทร, นิดารัตน์ ชูวิเชียร

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลจิตเวชและแนวปฏิบัติในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น
สุหทัย โดสังวาลย์



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 ภัคคีเมงค
 นางกาญจนา เหมะรัต
 รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย
 ศ.ดร.มรรยาท รุจิวิษณุ
 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 ตีะปิ่นดา
 รศ.ดร.วาริรัตน์ ฉาน้อย
 อ.นรินทร์ญา นฤพันธ์
 ผศ.ดร.เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ
 อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธณฤทธิ์
 อ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์
 ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์
 ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระยุทธ เกิดสังข์
 ดร.สุนทร ศรีโกไสย
 ดร.กฤษณ์ชลิ เพียรทอง
 นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
 นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

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

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

<p>กรรมการที่ปรึกษาคณะมนตรี</p> <p>กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย</p> <p>กรรมการที่ปรึกษา</p>	<p>อธิบดีกรมสุขภาพจิต</p> <p>นายเสรี สุวรรณ</p> <p>นายกสภาการพยาบาล</p> <p>นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา</p> <p>รองศาสตราจารย์ สมสร เชื้อหิรัญ</p> <p>รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์</p> <p>รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์</p> <p>รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย</p> <p>ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์</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

นางสาวบุรี กลั้ววงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางพรทิพย์ คงศักดิ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชรินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 1
นางอัญชลี วัลทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางสาวโสรษา คุกโรจน์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเลขาธิการ
นางดวงตา กุศลรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เหรียญกิตติมศักดิ์
นางพรเพ็ญ นิลกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกิตติมศักดิ์
นางสาวพิมพ์ขานา ศรีเหมอนันต์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกิตติมศักดิ์
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพนิดา รัตน์ ไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโรกร	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางเพ็ญใจ เสี่ยงโชคอยู่	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพรทิพย์ ธรรมวงษ์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ประธานฝ่ายจัดหาทุน
นางวิภา วิทยเจียกขจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นายอัครา ทรัพย์ลอย	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นางนารีรัตน์ รุจิรพิพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
นางสาวธัญชนก จิงา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิญา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
ศศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
อ.นิรันดรา นฤพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชูวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลีมฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2/2568 ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 5 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดสัมพันธ์สภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดูกับความผาสุกทางจิตของนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร 2) ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมโทรตามเชื่อมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี 3) มุมมองด้านความรู้ทางสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่รับบริการศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี 4) ความวิตกกังวล ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกรพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของพยาบาลลูกเงิน โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ และ 6) บทบาทพยาบาลจิตเวชและแนวปฏิบัติในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น บทความทุกเรื่องนอกจากมีความน่าสนใจในเนื้อหาให้ได้เรียนรู้และต่อยอดต่อไปแล้ว ยังเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชนั้นมีการพัฒนาศาสตร์ของตนเองให้ก้าวหน้า ครอบคลุมบุคคลตลอดช่วงวัย พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานเพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพทั้งนี้ ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกองบรรณาธิการ ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาเผยแพร่ทำให้เห็นว่าการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นมีการพัฒนาก้าวหน้าทันในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง และช่วยให้วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย โรค ปลอดภัยันะคะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

	หน้า
บทความวิจัย	
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดู กับความผาสุกทางจิตของนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร ณิกานต์ คันระวงษ์, ทศนา ทวีคุณ, วิไล นานา	1 - 19
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามเชื่อมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี ศิริพร ธรรมราช, ซาลินี สุวรรณยศ, หรรษา เศรษฐานุฬา	20 - 37
มุมมองด้านความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ที่รับบริการศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, สุนทรี ชะชาติย์, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, ปวีดา โพธิ์ทอง, อุษณียาภรณ์ จันทร์	38 - 49
ความวิตกกังวล ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ศุภกิจ วงษ์เจริญผล, วิศรา วนันตระ	50 - 65
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่มีพฤติกรรมรุนแรงของพยาบาลฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย : กรณีศึกษา โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปิยะหทัย หนูน้อย, ทศนีย์ สุนทร, นิดารัตน์ ชูวิเชียร	66 - 83
บทความวิชาการ	
บทบาทพยาบาลจิตเวชและแนวปฏิบัติในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น สุหทัย โตสังวาลย์	84 - 98

RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED STRESS, RELATIONSHIP WITH FRIENDS, PARENTING STYLES, AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF VOCATIONAL STUDENTS IN BANGKOK*

Nichagan Kantawong, B.N.S.**, Tusana Thaweekoon, Ph.D.***, Wilai Napa, Ph.D.****

Abstract

Objective: To investigate the relationships between perceived stress, relationship with friends, and parenting styles on psychological well-being in vocational school students.

Methods: This study was descriptive correlational research. The participants were 203 vocational students of the 2021 academic year in the vocational colleges under the Office of the Vocational Education Commission, Ministry of Education in Bangkok. The instruments for data collection included demographic questionnaire, the perceived stress scale, the peer relationship questionnaire, the parenting style questionnaire, and the Ryff's Scales of Psychological Well-Being. The data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: The results revealed that relationships with friends and authoritative parenting styles were positively and significantly related to psychological well-being in vocational students ($r = .425, p < .01$; $r = .303, p < .01$ respectively), whereas perceived stress, authoritarian parenting styles and neglectful parenting styles had a negatively significant relationship to psychological well-being ($r = -.436, p < .01$; $r = -.355, p < .01$; $r = -.409, p < .01$ respectively). There was no significant relationship between permissive parenting styles and psychological well-being ($r = .015, p = .837$).

Conclusion: The result could be applied to developing programs to promote the psychological well-being of vocational students.

Keywords: psychological well-being, perceived stress, relationship with friends, parenting styles, vocational students

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

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

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

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

Received: 29 January 2024, Revised: 18 October 2024, Accepted: 25 October 2024

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดูกับความผาสุกทางจิตของนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร*

ณิชกานต์ คันธะวงค์, พย.บ. **, ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. ***, วิไล นาป่า, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดูกับความผาสุกทางจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนอาชีวศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2564 จำนวน 203 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน แบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดู และแบบวัดสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อน รูปแบบการเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .425, p < .01$; $r = .303, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความเครียด รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.436, p < .01$; $r = -.355, p < .01$; $r = -.409, p < .01$ ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตรกับความผาสุกทางจิต ($r = .015, p = .837$)

สรุป : ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตในนักเรียนอาชีวศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : ความผาสุกทางจิต, การรับรู้ความเครียด, สัมพันธภาพกับเพื่อน, รูปแบบการเลี้ยงดู, นักเรียนอาชีวศึกษา

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 29 มกราคม 2567, วันที่แก้ไข: 18 ตุลาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 25 ตุลาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

การเรียนในระดับอาชีวศึกษาเป็นการเรียนในด้านสายอาชีพระดับประกาศนียบัตรขึ้นไป ที่มุ่งเน้นการฝึกหัดอาชีพ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการเรียน โดยจะไม่เน้นวิชาพื้นฐานเหมือนการเรียนสายสามัญ (สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, 2562) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของระบบการเรียนการสอน จะทำให้นักเรียนอาชีวศึกษาเกิดความเครียดและประสบปัญหาในการปรับตัวต่อการเรียนที่มีทั้งการเรียนด้านทฤษฎีควบคู่กับการฝึกอาชีพในสถานประกอบการ เมื่อนักเรียนอาชีวศึกษาประสบกับความเครียดและการปรับตัวทำให้เกิดปัญหาตามมาได้ เช่น ปัญหาด้านการเรียน ปัญหาด้านกลุ่มเพื่อนและปัญหาด้านพฤติกรรม เป็นต้น (ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ, 2559) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของนักเรียนอาชีวศึกษาจากทุกภาคทั่วประเทศไทย จำนวน 2,503 คน โดยพบว่า ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของนักเรียนอาชีวศึกษาที่มีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 19.8 โดยปัญหาพฤติกรรมที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือปัญหาด้านอารมณ์ ร้อยละ 15.1 รองลงมาคือปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 11.2 และปัญหาพฤติกรรมเกร ร้อยละ 6.1 (กรณทิพย์ วิทยากาญจน์ และคณะ, 2566) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า นักเรียนอาชีวศึกษายังมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด (Lee et al., 2020) ภาวะซึมเศร้า (Fernandes et al., 2022) และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Lamlé et al., 2022) โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ที่มีนักเรียนอาชีวศึกษากำลังศึกษาในระดับ

อาชีวศึกษาจำนวนมากถึง 978,059 คน (สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, 2566) และมีสถานศึกษาที่อยู่ภายใต้สถานศึกษาที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จำนวนมากถึง 21 สถานศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, 2565) จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานครที่ผ่านมาพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากถึง ร้อยละ 87.9 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ร่วมกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.9 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ร่วมกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ร้อยละ 19.1 อีกทั้งพบว่า เพศชายมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงถึง 2.8 เท่า (กอบประชนบ ดวงแก้ว และคณะ, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนอาชีวศึกษามีปัญหาสุขภาพจิต อันได้แก่ ความวิตกกังวล ร้อยละ 44.0 และความเครียด ร้อยละ 2.4 (มิน ไทด์ และคณะ, 2560) จากการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้นจะเห็นได้ว่านักเรียนอาชีวศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมและสุขภาพจิต

บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตดีจะมีแนวโน้มมีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่ำ (Takwin & Atmini, 2018) โดยวัยรุ่นที่มีความผาสุกทางจิตดีจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำ (Kaur, 2018) มีภาวะซึมเศร้าลดลง (Tiwari & Tripathi, 2015) และมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำ (Takwin & Atmini, 2018) แสดงให้เห็นว่าความผาสุกทางจิตที่ดี

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมีแนวโน้มลดลง ซึ่งความผาสุกทางจิต (Psychological Well-being) เป็นสถานะที่บุคคลรับรู้ว่าคุณได้ทำในสิ่งที่ต้องการและทำได้สำเร็จ มีความพึงพอใจในประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต มีความเป็นตัวของตัวเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีศักยภาพในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมและสามารถแสวงหาโอกาสจากสิ่งแวดล้อมมาปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถเลือกและสร้างบริบทได้เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต นอกจากนี้มีความรู้สึกว่าคุณมีการเติบโตและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Ryff & Keyes, 1995) ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตจึงมีความสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความผาสุกทางจิตเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตในวัยรุ่น เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเอง (Alex & Haley, 2017) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน (Falki & Khattoon, 2016; Rajendran et al., 2022) การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (Alex & Haley, 2017) เป็นต้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล (Alex & Haley, 2017) และการรับรู้ความเครียด (ชุตินา จิรัฐิเกรียงไกร และคณะ, 2564; Hezomi & Nadrian, 2018; Kumar et al., 2020) เป็นต้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นอนกับความผาสุกทางจิต โดยในบางการศึกษา

พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก ในขณะที่บางการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบหรือไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิต เช่น การเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต การเลี้ยงดูแบบเข้มงวด และการเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร (Francis et al., 2020; Kassa & Rao, 2019; Lavasani et al., 2011; Loke & Low, 2021)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตในนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร โดยปัจจัยที่เลือกได้แก่ การรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดู เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผลการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรูปแบบการเลี้ยงดู กับความผาสุกทางจิตบางปัจจัยยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Francis et al., 2020; Kassa & Rao, 2019; Lavasani et al., 2011; Loke & Low, 2021) ปัจจัยสัมพันธภาพกับเพื่อน (Falki & Khattoon, 2016; Rajendran et al., 2022) และปัจจัยการรับรู้ความเครียด (ชุตินา จิรัฐิเกรียงไกร และคณะ, 2564; Hezomi & Nadrian, 2018; Kumar et al., 2020) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาอย่างจำกัด การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในช่วงนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความผาสุกทางจิตเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากวัยรุ่นสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีปัญหาสุขภาพจิตลดลงไม่ว่าจะเป็นการมีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง (ชุตินา จิรัฐิเกรียงไกร และคณะ, 2564; Takwin & Atmini, 2018) ผลที่ได้จากการศึกษา

ครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตในนักเรียนอาชีวศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดูกับความผาสุกทางจิตในนักเรียนอาชีวศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ความผาสุกทางจิต (Psychological Well-being) เป็นสถานะที่บุคคลรับรู้ว่าได้ทำในสิ่งที่ต้องการและทำได้สำเร็จ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รู้จักและยอมรับด้านต่าง ๆ ของตนเองทั้งด้านดีและด้านไม่ดี มั่นใจในตนเอง มีความเข้าใจในความสัมพันธ์ของมนุษย์ สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย พึงพอใจในประสบการณ์ในชีวิตพร้อมเปิดรับประสบการณ์ใหม่ ๆ มีการตระหนักถึงศักยภาพของตนเองและพัฒนาตนเองอยู่เสมอ (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตของนักเรียนอาชีวศึกษามีหลากหลาย ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดู ดังนี้

การรับรู้ความเครียด (Perceived Stress)

เป็นระดับของการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ได้รับการประเมินจากบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ ไม่สามารถควบคุมและมากเกินไปที่จะจัดการได้ ความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อมีความไม่สมดุลกันของสถานการณ์ที่ถูกประเมินโดยบุคคลว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง และทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่จะนำมาช่วยในการรับมือกับสถานการณ์นั้น ๆ ไม่เพียงพอ (Cohen et al., 1983) การที่วัยรุ่นรับรู้ได้ถึงความเครียดที่เกิดขึ้นและสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ของตนเองที่สามารถช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น ได้อย่างเหมาะสม มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตในระดับสูง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความเครียดต่ำ มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตสูง (ชุตินา จิริฐิเกรียงไกร และคณะ, 2564; Hezomi & Nadrian, 2018; Kumar et al., 2020)

สัมพันธภาพกับเพื่อน (Relationship with Friends)

เป็นพฤติกรรมของวัยรุ่นที่แสดงกับเพื่อน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนเพื่อนเมื่อเพื่อนต้องการความช่วยเหลือ รู้จักการให้และการรับรู้จักเคารพในสิทธิของผู้อื่น สนใจในความรู้สึกของเพื่อน ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อน (จริยกุล ตรีสุวรรณ, 2542) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนที่ดี มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตสูง (Falki & Khatoon, 2016; Rajendran et al., 2022)

รูปแบบการเลี้ยงดู (Parenting Styles)

1) การเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต (Authoritative) เป็นการอบรมเลี้ยงดูโดยที่บิดามารดาจะให้ความรักความอบอุ่นและใส่ใจต่อบุตร และให้บุตรสามารถแสดงออกได้อย่างอิสระ แต่ในขณะที่เดียวกันบิดามารดาจะกำหนดขอบเขตพฤติกรรมของบุตรให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างมีเหตุผล (Baumrind, 1991) วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขตจะมีความพึงพอใจสูง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต มีแนวโน้มจะมีความพึงพอใจสูง (Francis et al., 2020; Kassa & Rao, 2019) ในขณะที่บางการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต มีแนวโน้มจะมีความพึงพอใจต่ำ (Loke & Low, 2021) นอกจากนี้บางการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ (Lavasani et al., 2011)

2) การเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (Authoritarian) เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาที่มีความต้องการให้บุตรทำตามความต้องการของบิดามารดา มีการจัดระเบียบการควบคุมและวางกฎเกณฑ์ให้บุตรปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด โดยไม่มีการอธิบาย และมีการใช้อำนาจควบคุมโดยวิธีบังคับและลงโทษเมื่อบุตรไม่ทำตามความคาดหวัง (Baumrind, 1991) วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดจะมีความพึงพอใจต่ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดมีแนวโน้มจะมีความพึงพอใจต่ำ (Kassa & Rao, 2019;

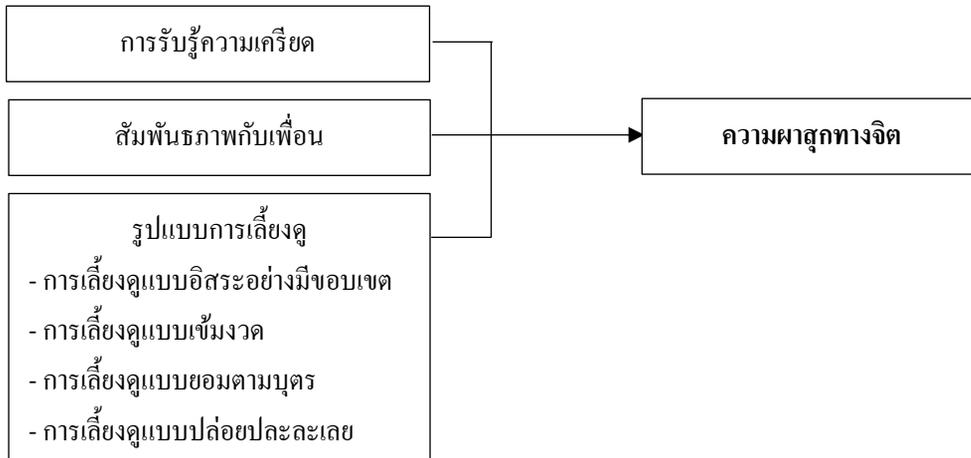
Lavasani et al., 2011) ในขณะที่บางการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด มีความพึงพอใจสูง (Loke & Low, 2021) นอกจากนี้บางการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูแบบเข้มงวดไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ (Francis et al., 2020)

3) การเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร (Permissive) เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาตอบสนองความต้องการของบุตร และให้บุตรทำสิ่งต่างๆตามการตัดสินใจของบุตร โดยไม่มีการกำหนดขอบเขต ใช้การลงโทษน้อย บุตรสามารถแสดงออกทางความรู้สึกและอารมณ์ ได้อย่างเปิดเผย (Baumrind, 1991) วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตรจะมีความพึงพอใจสูง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร มีแนวโน้มจะมีความพึงพอใจต่ำ (Kassa & Rao, 2019; Lavasani et al., 2011) ในขณะที่บางการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร มีแนวโน้มจะมีความพึงพอใจสูง (Loke & Low, 2021) นอกจากนี้บางการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ (Francis et al., 2020)

4) การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (neglectful) เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาไม่ให้ความสนใจหรือตอบสนองความต้องการของบุตร เพิกเฉยต่อบุตรและไม่มีการวางมาตรฐานพฤติกรรมใดๆให้บุตรปฏิบัติ (Baumrind, 1991) วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยจะมีความพึงพอใจต่ำ จากการศึกษาที่

ผ่านมาพบว่า การได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตต่ำ (Francis et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมากล่าว



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 203 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นนักเรียนเพศหญิงและเพศชายที่กำลังศึกษาในระดับอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ

ได้ว่าการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดูน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิต ดังภาพที่ 1

(ปวช.) และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 15 - 21 ปี 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก คือ นักเรียนขอถอนตัวจากการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้การวิเคราะห์กำลังทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1 (Faul et al., 2007) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (ชุตินา จิรัฐิเกรียงไกร และคณะ, 2564; Francis et al., 2020; Lavasani et al.,

2011; Falki & Khatoun, 2016) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับเล็ก (Small effect size) ค่ากำลังทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 จากการคำนวณโปรแกรม G* Power 3.1 ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 193 คน เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 5 จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 203 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทสาขาที่กำลังศึกษา เกรดเฉลี่ย สถานภาพสมรสของบิดามารดา ผู้ที่ให้การเลี้ยงดู ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รูปแบบการพักอาศัย จำนวนเงินที่นักเรียนอาชีวศึกษาได้รับเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ที่นักเรียนอาชีวศึกษาได้รับ และจำนวนเพื่อนสนิท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตประเมิน โดยใช้แบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological well-being Scale) พัฒนาโดย Ryff and Keyes (1995) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดยปิยาณี คล้ายนิล โยบาส และคณะ (Yobas et al. 2020) มีจำนวน 18 ข้อคำถาม คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) - เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) จากการวิจัยครั้งนี้ได้นำ

แบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ ไปหาค่าความเชื่อมั่นพบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบกูดแมน-คลัสคัล (Guttman Split-Half Coefficient) เท่ากับ .77

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความเครียดประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived stress Scale) ที่พัฒนาโดย Cohen et al. (1983) นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดยโสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2004) มีจำนวน 14 ข้อคำถาม คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย (0 คะแนน) - บ่อยมาก (4 คะแนน) การแปลผลคะแนนการรับรู้ความเครียด คือคะแนนรวมทั้งหมด 14 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 0-56 คะแนน หากคะแนนสูงแสดงว่า มีการรับรู้ความเครียดสูง จากการนำแบบวัดการรับรู้ความเครียด ไปหาค่าความเชื่อมั่น พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบกูดแมน-คลัสคัล (Guttman Split-Half Coefficient) เท่ากับ .73

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามของจริยกุลศรีสุวรรณ (2542) มีจำนวน 23 ข้อคำถาม คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงที่สุด (5 คะแนน) - ไม่จริงเลย (1 คะแนน) การแปลผลสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน โดยนำคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ มารวมกัน จากนั้นนำคะแนนรวมจาก 23 ข้อ มาหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คือ 23 ข้อ ค่าเฉลี่ยมีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 คะแนน หากค่าเฉลี่ยของคะแนนสูง แสดงว่า มีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนดี การวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ไปหาค่าความเชื่อมั่นพบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดู ประเมินโดยใช้แบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดู ของ สลักษณา กิตติทัศน์เสรี และคณะ (2552) ซึ่ง พัฒนามาจากแนวคิดของ Baumrind (1991) มี จำนวน 32 ข้อคำถาม คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1 คะแนน) - มากที่สุด (4 คะแนน) การวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามรูปแบบ การเลี้ยงดู ไปหาค่าความเชื่อมั่นพบว่า ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดา มารดาแบบเข้มงวด เท่ากับ .83 แบบอิสระอย่างมี ขอบเขตมีค่าเท่ากับ .88 แบบปล่อยปละละเลยมีค่า เท่ากับ .94 และแบบยอมตามบุตรมีค่า เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง COA.MURA 2022/18 อนุมัติเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการส่งหนังสือขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยของแต่ละวิทยาลัย ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดถูก เก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2) หลังจากได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล ยื่นเสนอต่อผู้อำนวยการของแต่ละวิทยาลัย พร้อมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขออนุญาต ดำเนินการวิจัย

3) เมื่อได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการวิทยาลัยของแต่ละวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัย ติดต่อประสานงานคณาจารย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดใน การดำเนินการวิจัย

4) ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนอาชีวศึกษาใน ช่วงเวลาที่ว่างจากการเรียนการสอน ตามวันที่และ เวลาที่วิทยาลัยกำหนด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ แนวทางการวิจัย สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่าง กรณีที่นักเรียนอาชีวศึกษามีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ที่มี อำนาจลงนามในหนังสือยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วม การวิจัยก่อน หลังจากนักเรียนที่สมัครใจร่วม การศึกษาลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึง ดำเนินการเก็บข้อมูล การตอบแบบสอบถามใช้เวลา ประมาณ 30 - 45 นาที เมื่อนักเรียนอาชีวศึกษาตอบ แบบสอบถามเสร็จจึงให้นำแบบสอบถามนั้นไปใส่ลง กล่องปิดผนึกที่มีช่องให้ใส่แบบสอบถามที่ผู้วิจัย

เตรียมไว้และเนื่องจากอยู่ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางสถานศึกษาจึงมีมาตรการดังนี้ คืออาจารย์ประจำสถานศึกษาจะนำนักเรียนมายังลานในร่มซึ่งเป็นสถานที่ที่ได้นัดหมายกับผู้วิจัย โดยเป็นสถานที่ที่มีการระบายอากาศที่ดี มีการหมุนเวียนของอากาศอย่างเพียงพอ และในระหว่างที่ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง มีการสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา มีการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1.5 - 2 เมตร และมีการจัดเจลแอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือไว้ในจุดต่าง ๆ ในบริเวณดังกล่าว

5) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับ ลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดูกับความผาสุกทางจิต ซึ่งจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า การรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน การเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต แบบเข้มงวดแบบยอมตามบุตร แบบปล่อยปละละเลยและความผาสุกทางจิตไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ของตัวแปร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18 - 21 ปี ร้อยละ 82.3 ได้เกรดเฉลี่ยภาคการศึกษาที่ผ่านมาอยู่ในช่วง 3.01-3.50 ร้อยละ 37.5 โดยส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่คือ สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.2 ผู้ที่ให้การเลี้ยงดูหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บิดามารดา ร้อยละ 54.2 อาชีพส่วนใหญ่ของผู้ปกครองคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.3 ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีรูปแบบพักอาศัยกับบิดามารดาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.7 โดยแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่คือได้รับจากบิดามารดา ร้อยละ 74.9 ความเพียงพอของรายได้ที่ได้รับส่วนใหญ่คือเพียงพอ ร้อยละ 78.3 และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีจำนวนเพื่อนสนิท จำนวน 3 - 5 คน ร้อยละ 43.3 ดังตารางที่ 1

2. ความผาสุกทางจิต การรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดู

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตโดยรวมเท่ากับ 70.05 (SD = 9.099) การรับรู้ความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.78 (SD = 4.938) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 92.61 สัมพันธภาพกับเพื่อนมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.75 (SD = 0.574)

โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับเพื่อน
อยู่ในระดับดีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 50.25
รูปแบบการเลี้ยงดูของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย

โดยรวมเท่ากับ 79.59 (SD = 11.723) ส่วนใหญ่เป็น
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขตสูงสุด
จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 59.11 มี ดัชนีตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 203)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	91	44.8
หญิง	112	55.2
อายุ		
15 - 17 ปี	36	17.7
18 - 21 ปี	167	82.3
เกรดเฉลี่ย		
น้อยกว่า 2.00	11	5.4
2.01 - 2.50	26	12.8
2.51 - 3.00	50	24.6
3.01 - 3.50	76	37.5
มากกว่า 3.50	40	19.7
สถานภาพสมรสบิดามารดา		
สมรส	106	52.2
หย่าร้าง	40	19.8
แยก	36	17.7
บิดาเสียชีวิต	16	7.8
มารดาเสียชีวิต	5	2.5
ผู้ที่ให้การเลี้ยงดู		
บิดามารดา	110	54.2
บิดา	20	9.9
มารดา	53	26.1
ญาติ	15	7.4
อื่นๆ	5	2.4

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 203) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพผู้ปกครอง		
เกษตรกรรม	6	3.0
รับจ้าง	98	48.3
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	45	22.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	7.9
พนักงานเอกชน	38	18.6
รูปแบบการพักอาศัย		
พักอาศัยกับบิดา/มารดา	107	52.7
พักอาศัยกับบิดา	20	9.9
พักอาศัยกับมารดา	53	26.1
พักอาศัยกับพี่น้อง	4	2.0
พักอาศัยกับญาติ	16	7.9
พักอาศัยคนเดียว	3	1.4
แหล่งที่มาของรายได้		
ทำงานด้วยตนเอง	34	16.7
บิดามารดา	152	74.9
ญาติ	17	8.4
ความเพียงพอของรายได้ที่ได้รับ		
เพียงพอ	159	78.3
ไม่เพียงพอ	44	21.7
จำนวนเพื่อนสนิท		
ไม่มี	11	5.4
1 - 2 คน	45	22.2
3 - 5 คน	88	43.3
6 - 10 คน	33	16.3
มากกว่า 10 คน	26	12.8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดู ($n = 203$)

ระดับคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความเครียด ($\bar{X} = 28.78, SD = 4.938$)		
- การรับรู้ความเครียดระดับต่ำ	6	2.96
- การรับรู้ความเครียดระดับปานกลาง	188	92.61
- การรับรู้ความเครียดระดับสูง	9	4.43
สัมพันธภาพกับเพื่อน ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.574$)		
- สัมพันธภาพกับเพื่อนปานกลาง	101	49.75
- สัมพันธภาพกับเพื่อนดี	102	50.25
รูปแบบการเลี้ยงดู ($\bar{X} = 79.59, SD = 11.723$)		
- การเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต	120	59.11
- การเลี้ยงดูแบบเข้มงวด	22	10.84
- การเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร	19	9.36
- การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย	18	8.87
- การเลี้ยงดูมีคะแนนสูงสุดเท่ากันมากกว่า 1 รูปแบบ	24	11.82

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (r) ระหว่างการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน รูปแบบการเลี้ยงดูกับความผาสุกทางจิต ($n = 203$)

ตัวแปร	r	p -value
การรับรู้ความเครียด	-.436	< .01*
สัมพันธภาพกับเพื่อน	.425	< .01*
รูปแบบการเลี้ยงดู		
- การเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต	.303	< .01*
- การเลี้ยงดูแบบเข้มงวด	-.355	< .01*
- การเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร	.015	.837
- การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย	-.409	< .01*

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อน และรูปแบบการ เลี้ยงดูกับความผาสุกทางจิตของนักเรียน อาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรการรับรู้ ความเครียด ตัวแปรการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละ ละเลยและแบบเข้มงวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความผาสุกทางจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = -.436, -.409, -.355$ ตามลำดับ) ตัวแปรสัมพันธภาพ กับเพื่อน และการเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตอย่าง มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .425, .303$ ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรการเลี้ยงดูแบบขอมตามบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิต ($r = .015$) ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผล

การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.436, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเครียดสูง จะมีแนวโน้มของความผาสุกทางจิตต่ำ (ชุตินา จิรัฐิเกรียงไกร และคณะ, 2564; Hezomi & Nadrian, 2018; Kumar et al., 2020) นักเรียนอาชีวศึกษามีการรับรู้ ความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะมีความผาสุกทางจิต ต่ำ อาจเนื่องมาจากการประเมินสถานการณ์ ความเครียดอื่นๆ ว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามจึงทำให้ ความผาสุกทางจิตที่เกิดขึ้นลดลง และหาก นักเรียนอาชีวศึกษาอยู่ในสถานการณ์ที่คุกคามอาจ

มีแนวโน้มการปรับตัวที่ยากขึ้น เช่น การศึกษาใน นักเรียนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นที่ผ่านมา พบว่าจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักเรียนมีความเครียดเพิ่มสูงขึ้น (Hu et al., 2022) ดังนั้นจึงทำให้นักเรียนอาชีวศึกษามีความ ผาสุกทางจิตลดลง และอาจเนื่องมาจากความเครียด ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทางการเรียน และสถานการณ์ การระบาดของโควิด จากการทำให้นักเรียนมีความเครียด สูงขึ้นและไม่ได้รับการแก้ไข มีแนวโน้มที่จะส่งผล กระทบต่อจิตใจทำให้มีความกดดัน วิตกกังวล ขาดสมาธิในการคิดและตัดสินใจ อาจส่งผลให้มีการ จัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญได้ไม่เหมาะสม จนทำให้นักเรียนขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความ ลังเลในความคิดของตน ขาดความเป็นตัวของ ตัวเอง (Hezomi & Nadrian, 2018)

การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .425, p < .01$) สอดคล้อง กับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพ ที่ดีกับเพื่อน มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตสูง (Falki & Khatoon, 2016; Rajendran et al., 2022) นักเรียนอาชีวศึกษามีสัมพันธภาพกับเพื่อนดี มี แนวโน้มที่จะมีความผาสุกทางจิตสูง อาจ เนื่องมาจากการที่นักเรียนมีเพื่อนที่ให้การยอมรับ รับฟังความคิดเห็นและคอยให้การสนับสนุน การที่ มีเพื่อนที่คอยรับฟังความเครียดความกดดันต่าง ๆ อาจจะช่วยให้นักเรียนสามารถปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้ เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (ชุตินา

จริจูเกเรียงไกร และคณะ, 2564) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีจำนวนเพื่อนสนิท 3 - 5 คน (ร้อยละ 43.3) การที่นักเรียนมีเพื่อนสนิทจึงเป็นการส่งเสริมให้นักเรียนมีความเป็นตัวของตัวเอง นักเรียนจะรู้สึกมั่นใจและมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง (Sugiarti et al., 2021) นอกจากนี้การที่นักเรียนมีสัมพันธภาพกับเพื่อนที่ดี มีความสนใจในความรู้สึกของเพื่อน รับฟังความคิดเห็นและเคารพสิทธิ์ของเพื่อน แสดงถึงการที่นักเรียนสามารถที่จะให้ความใกล้ชิดสนิทสนมและให้ความรัก รู้จักเห็นอกเห็นใจและความไว้วางใจกับบุคคลอื่นได้ด้วยเช่นกัน (Falki & Khattoon, 2016; Sherman et al., 2006) ซึ่งมีแนวโน้มทำให้นักเรียนอาชีวศึกษามีความผาสุกทางจิตด้านการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง มีความพึงพอใจในตนเอง มั่นใจในศักยภาพของตนเอง

รูปแบบการเลี้ยงดูอิสระอย่างมีขอบเขตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .303, p < .01$) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักเรียนที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตสูง (Francis et al., 2020; Kassa & Rao, 2019) นักเรียนอาชีวศึกษาได้รับการเลี้ยงดูแบบอิสระอย่างมีขอบเขต มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตสูง อาจเนื่องมาจากการที่บิดามารดาให้การส่งเสริมให้นักเรียนแสดงออกอย่างอิสระและให้การยอมรับในความเป็นตัวตนของบุตร โดยที่บิดามารดาจะคอยควบคุมการแสดงออกนั้นอย่างมีเหตุผลอยู่ห่าง ๆ บุตรจึงสามารถแสดงออกในแนวคิดของตนเอง มีความ

เป็นตัวของตัวเองและสามารถกำหนดตัวตนของตนเองได้อย่างอิสระ (Siswandani et al., 2019) การที่นักเรียนได้รับความรักความเอาใจใส่จากบิดามารดา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่บิดามารดาให้การเลี้ยงดู (ร้อยละ 54.2) นักเรียนจะรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับในสิ่งที่ตนเป็นจากบิดามารดา จะมีความภาคภูมิใจและมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง (Ali et al., 2021) และการที่นักเรียนได้รับการตอบสนองต่าง ๆ ความต้องการจากบิดามารดาตั้งแต่วัยเด็ก นักเรียนจะสามารถกำหนดเป้าหมายที่ตนเองต้องการได้ และกล้าตัดสินใจที่จะเลือกเส้นทางเพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้ (Ning, 2022)

รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.355, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักเรียนได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตต่ำ (Kassa & Rao, 2019; Lavasani et al., 2011) นักเรียนอาชีวศึกษาได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตต่ำ อาจเนื่องมาจากการที่บิดามารดามีการบังคับให้ปฏิบัติตามแนวทางของบิดามารดาอย่างเข้มงวดโดยไม่อธิบายถึงเหตุผลใดๆ และมีบทลงโทษหากไม่ปฏิบัติตาม นักเรียนจึงไม่สามารถกำหนดตัวตนของตนเองและไม่สามารถแสดงความรู้สึกของตนเองได้อย่างเปิดเผย (Ning, 2022) การที่บิดามารดาคอยบังคับอยู่เสมอ ไม่รับฟังความเห็นของบุตร นักเรียนจะรู้สึกถึงการไม่ได้รับการยอมรับจากบิดามารดา นักเรียนจึงมีความภาคภูมิใจและการรับรู้คุณค่าใน

ตนเองต่ำ (Ali et al., 2021) อีกทั้งการที่นักเรียนไม่ได้รับการตอบสนองและต้องปฏิบัติตามกฎข้อบังคับอย่างเข้มงวดจากบิดามารดาตั้งแต่วัยเด็กเหล่านี้ นักเรียนจะไม่ทราบถึงความต้องการของตนเอง ไม่สามารถกำหนดเป้าหมายที่ตนเองต้องการและไม่กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง (Bano et al., 2023)

รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.409, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักเรียนที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตต่ำ (Francis et al., 2020) นักเรียนอาชีวศึกษาที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตต่ำ อาจเนื่องมาจากการที่บิดามารดาให้ความเพิกเฉยแก่บุตร ทำให้รู้สึกว่าการไม่มีที่พึ่งพาหรือไม่มีบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา จึงจำเป็นต้องเผชิญปัญหาด้วยตัวคนเดียว และรู้สึกถึงความไม่มั่นคงปลอดภัย อีกทั้งจะรู้สึกว่าการไม่ได้เป็นที่ยอมรับจากบิดามารดาไม่รู้สึกรักภาคภูมิใจหรือรู้สึกว่าการไม่มีคุณค่า (Kou, 2022) ประกอบกับการที่บิดามารดาไม่ให้ความสนใจ ไม่มีการวางมาตรฐานพฤติกรรมใด ๆ ให้แก่บุตร นักเรียนจึงไม่เกิดการเรียนรู้ถึงผลของการกระทำอย่างมีเหตุมีผลจากบิดามารดา นักเรียนอาชีวศึกษาจึงอาจจะมีการตัดสินใจหรือการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพโดยอาจจะไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างไม่เหมาะสมและอาจส่งผลต่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับ

ผู้อื่นอีกด้วย (Yang et al., 2014)

รูปแบบการเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิต ($r = .015, p = .837$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิต เนื่องจากการยอมตามบุตร เป็นวิธีการเลี้ยงดูในลักษณะมีความเกี่ยวข้องกับบุตรอย่างสูง แต่มีการเรียกร้องและควบคุมบุตรเพียงเล็กน้อย บิดามารดาจะตามใจและยอมให้บุตรทำในสิ่งที่ต้องการ (Baumrind, 1991) การเลี้ยงดูในรูปแบบยอมตามจึงไม่มีผลต่อความผาสุกทางจิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า นักเรียนที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางจิตต่ำ (Kassa & Rao, 2019; Lavasani et al., 2011) โดยจากสมมติฐานการวิจัย การเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตรนี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาครั้งนี้ผลการศึกษาพบว่าไม่พบความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตของนักเรียน (Francis et al., 2020)

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาและส่งเสริมความผาสุกทางจิตให้แก่ นักเรียนอาชีวศึกษา ควรตระหนักถึงความสำคัญของการจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมที่นำไปสู่การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อน และส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาความผาสุกทางจิตให้

นักเรียนอาชีวศึกษา

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตอันเพิ่มเติม เช่น การรู้คุณค่าในตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากสังคม เป็นต้น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะต่าง ๆ อีกทั้งเพื่อวางแผนในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตในนักเรียนอาชีวศึกษาต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างกัน เช่น วิทยาลัยที่กำลังศึกษาในโรงเรียนระดับชั้นต่าง ๆ หรือวิทยาลัยนอกระบบการศึกษา เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาวางแผนและพัฒนาการส่งเสริมความผาสุกทางจิตได้อย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

- กรณทิพย์ วิทยากาญจน์, สุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, และวีร์ เมฆวิสัย. (2566). ระดับปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของนักเรียนอาชีวศึกษา. *วารสารราชานุกูล*, 35(1), 1-16.
- กอปรชนบ ดวงแก้ว, อากาศร เผ่าวัฒนา, และนฤมล เอี่ยมฉิมกุล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31, 76-96.
- ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, นัยนันต์ จิตประพันธ์, พนัสยา วรรณวิไล, และเกษศิริรินทร์ กุ้เพชร. (2559). ภาวะสุขภาพจิตและการปรับตัวของนักเรียนอาชีวศึกษา สงขลา. *วารสารสงขลานครินทร์*, 36, 146-159.
- จริยกุล ศรีสุวรรณ. (2542). การศึกษาเอกลักษณ์แห่งตนเองของนักเรียนวัยรุ่นตอนปลายโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ชุตินา จิริจูเกรียงไกร, นพพร ว่องสิริมาศ, วารวีรัตน์ ถาน้อย, และสุภาภัก เกตราสุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายสุขภาพทางจิตใจในวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(2), 77-89.

มิน ไทค์, บังอร เทพเทียน, และประภาพรณ จูเจริญ. (2560). ประสบการณ์ในวัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ ความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานครด้วยวิธีการสำรวจข้อมูลบนเว็บ. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 15(3), 17-31.

สลักขณา กิตติทัศน์เสริม, สุปานิ สนธิรัตน, และทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 15(1), 36-47.

สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา. (กรกฎาคม, 2562). *หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติการจัดการอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง*. [http://bsq2 . vec.go.th/document/การพัฒนาลหลักสูตร/1.pdf](http://bsq2.vec.go.th/document/การพัฒนาลหลักสูตร/1.pdf)

สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา. (21 มิถุนายน 2565). *ข้อมูลนักเรียนนักศึกษา ปีการศึกษา 2565 สถานศึกษา รัฐและเอกชน รายสถานศึกษาจำแนกตามประเภทวิชา สาขาวิชา สาขางาน*. <https://techno.vec.go.th/ประชาสัมพันธ์/รายละเอียดข่าว/tabid/766/ArticleId/38372/38372.aspx>

สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา. (11 กรกฎาคม 2566). *จำนวนนักเรียนนักศึกษา ปีการศึกษา 2566 ภาคเรียนที่ 1 จำแนกระดับชั้นและประเภทวิชา ของสถานศึกษาภาครัฐและภาคเอกชน*. <https://techno.vec.go.th/ประชาสัมพันธ์/รายละเอียดข่าว/tabid/766/ArticleId/38372/38372.aspx>

Alex, G. A., & Haley, W. J. (2017). A contextual examination of the associations between social support, self-esteem, and psychological well-being among Jamaican adolescents. *Youth and Society*, 51(5), 707-730.

Ali, S., Anwar, M., Durrani, S., & Gul, H. (2021). Parenting styles and self-esteem of children. *Bulletin of Business and Economics*, 10(2), 191-197.

- Bano, S., Akhtar, N., & Mushtaq, S. (2023). Examining the influence of authoritarian parenting on peer behavior and decision-making skills in adolescents: A study in Faisalabad, Pakistan. *Journal of Islamic Countries Society of Statistical Sciences*, 9(2), 363-374.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance-use. *Early adolescent*, 11(1), 56-95.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Falki, S., & Khatoon, F. (2016). Friendship and psychological well-being. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1), 2349-3429.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Fernandes, M. D. S. V., Silva, T. M. V. D., Noll, P. R. E. S., Almeida, A. A. D., & Noll, M. (2022). Depressive symptoms and their associated factors in vocational–technical school students during the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3735.
- Francis, A., Pai, M. S., & Badagabettu, S. (2020). Psychological well-being and perceived parenting style among adolescents. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(1).
- Hezomi, H., & Nadrian, H. (2018). What determines psychological well-being among Iranian female adolescents? Perceived stress may overshadow all determinants. *Health Promotion Perspectives*, 8(1), 79-87.
- Hu, K., Godfrey, K., Ren, Q., Wang, S., Yang, X., & Li, Q. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on college students in USA: Two years later. *Psychiatry Research*, 315, 114685.
- Kassa, E. Y., & Rao, A. (2019). Parenting styles and psychological well-being: The mediating role of academic achievement. *Journal of Advances and Scholarly Researches in Allied Education*, 16(1), 28-36.
- Kaur, H. (2018). An investigation of a relationship between aggression and wellbeing among adolescents. *Asian Review of Social Sciences*, 7(3), 86-93.
- Kou, S. (2022). The relationship between parenting style and self-esteem in adolescents. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 5, 307-312.
- Kumar, S. K., Mandal, S. P., & Bharti, D. A. (2020). Perceived stress and psychological well being: The moderating role of proactive coping. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 46(2), 200 – 209.
- Lamlé, P., Keuch, L., Pukas, L., Reinsch, J., Röder, H., Clausner, H., & Watzke, S. (2022). Suicidal ideations among students attending vocational school in Germany: a cross-sectional study to identify prevalence and associated risk factors. *Journal of Public Health*, 1-8.
- Lavasani, M. G., Sharzad, B., Leila, A., & Elaheh, H. (2011). The relationship between perceived parenting styles, social support with psychological well-being. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 1852-1856.
- Lee, M. F., Sulaiman, K. A., & Lai, C. S. (2020). Electrical technology students in vocational colleges: Are they healthy mentally?. *Journal of Physics: Conference Series*, 1529(3).
- Loke, H. L., & Low, C. S. (2021). *Relationship between parenting style, psychological well-being and academic performance among university students*. Department of Social Science, Faculty of Social Science and Humanities, Kolej Universiti Tunku Abdul Rahman.
- Ning, P. (2022). How dose authoritarian parenting style influence adolescents in China. *Journal of Students Research*, 11(4), 1-5.

- Rajendran, K., Karuppanan, G., Juhari, R. B., Kadir, A., & Jamba, R. (2022). Relationship between peer attachment and adolescent positive well-being with gender as the moderating factor in Malaysia. *European Journal of Social Science Education and Research*, 9(1), 61-76.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Sangon, S. (2004). Predictors of depression in Thai women. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18, 243-261.
- Sherman, A. M., Lansford, J. E., & Volling, B. L. (2006). Sibling relationships and best friendships in young adulthood: Warmth, conflict, and well-being. *Personal Relationships*, 13(2), 151-165.
- Siswandani, E. D., Silloy, T. N., & Ali, M. (2019). *The Influence of Authoritative Parenting Style on Adolescent's Autonomy*. In 3rd International Conference on Current Issues in Education (ICCIE 2018) (pp. 183-187). Atlantis Press.
- Sugiarti, R., Erlanggam, E., Purwaningtyastuti, P., Suhariadi, F. (2021). The influence of parenting and friendship on self-esteem in adolescents. *Public Health Education and Training*, 9(E), 1307-1315.
- Takwin, B., & Atmini, I. P. (2018). The relationship between psychological well-being and suicide ideation among high school student in gunung kidul regency. *International Journal of Management and Applied Science*, 4(1), 78-81.
- Tiwari, P., & Tripathi, N. (2015). Relationship between depression and psychological well-being of students of professional courses. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(3), 140-146.
- Yang, Z., Kim, C., Laroche, M., & Lee, H. (2014). Parental style and consumer socialization among adolescents: A cross-cultural investigation. *Journal of Business Research*, 67, 228-236.
- Yobas, P. K., Thanoi, W., Vongsirimas, N., & Lau, Y. (2020). Evaluating the English and Thai-versions of the psychological well-being scale across four samples. *Scientific Research Publishing*, 11, 71-86.

EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTING THE BRIEF VERSION OF THE PHONELINK PROGRAM AMONG PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE, NABUO SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, UDON THANI PROVINCE*

*Siriporn Thammarach, B.N.S.***, *Chalinee Suvanayos, Ph.D.****, *Hunsa Sethabouppha, Ph.D.*****

Abstract

Objective: To study the effectiveness of implementing the Brief Version of the Phonselink program among persons with alcohol dependence, Nabuo Sub-district Health Promoting Hospital, Udon Thani Province, from January to March 2023.

Methods: This study was an operational study which the 36 participants were purposive selected and included 16 persons with alcohol dependence, 16 relatives or caregivers of persons with alcohol dependence, and 4 health care team members who implemented the program. The instrument used in this study were: 1) Brief Version of the Phonselink program; 2) demographic Data questionnaire; 3) Alcohol Use Disorders Identifications test; 4) Timeline Follow Back; 5) Readmission data record form according to the indicators of Nabuo sub-district health promoting hospital 6) Satisfaction of Persons with Alcohol Disorders questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics including frequency, mean, percentage, and comparing mean of heavy drinking days and stop drinking days using a t-test.

Results: 1) Result from the t-test comparing mean of heavy drinking days and stop drinking days after the program was statistically significantly higher than the before the program at .001 ($t=11.67$, $p < .05$). There was no readmission within 28 days 2) All persons with alcohol dependence were satisfied with the program at the highest level.

Conclusion: The brief version of the Phonselink program could change their alcohol-drinking behavior in a positive direction. Therefore, the implementation of the brief version of the Phonselink program should be expanded in the public health care system.

Keywords: the brief version of the Phonselink program, drinking behaviors, alcohol dependence

*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: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th

****Lecture, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: 23 January 2024, Revised: 20 October 2024, Accepted: 27 October 2024

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตดูรา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี*

ศิริพร ธรรมราช, พย.บ.**, ชาลินี สุวรรณยศ, Ph.D.***, ھرรษา เศรษฐบุปผา, Ph.D.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตดูรา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 3 กลุ่ม จำนวน 36 คน ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิตดูรา จำนวน 16 คนญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตดูรา จำนวน 16 คน และทีมดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จำนวน 4 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินปัญหาจากการใช้ดูรา 4) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มดูราโดยคิดตามเป็นช่วงเวลา 5) แบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตดูราในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการศึกษา : ผลการวิเคราะห์สถิติทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตดูรา 1 เดือน มีจำนวนวันดื่มหนักลดลง และมีวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ.001($t = 11.67, p < .05$) และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 2) ผู้ที่เป็นโรคจิตดูราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นทุกราย มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

สรุป : โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น สามารถช่วยให้มีพฤติกรรมกรรมการดื่มดูราปรับเปลี่ยนในทางที่ดี จึงควรนำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตดูราไปใช้และขยายผลในระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น, พฤติกรรมการดื่มดูรา, ผู้ที่เป็นโรคจิตดูรา

*วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: chaline.s@cmu.ac.th

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 23 มกราคม 2567, วันที่แก้ไข: 20 ตุลาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 27 ตุลาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ องค์การอนามัยโลกมีการเสนอข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 ว่าการใช้แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 200 กรณีประชากรทั่วโลกจำนวน 3 ล้านคนเสียชีวิตทุกปีซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเป็นอันตราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 75 (World Health Organization, 2022) ประชากรในประเทศไทยพบมีพฤติกรรมดื่มประจำถึงร้อยละ 44 ประชากร 1 ใน 3 หรือร้อยละ 36 มีพฤติกรรมดื่มหนัก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2565) และจากข้อมูลสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามารับบริการของโรงพยาบาลเพ็ญในปี พ.ศ 2563-2565 พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีจำนวน 128, 163 และ 202 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจำนวน 46, 52 และ 63 ราย และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับการรักษาทั้งหมดมีการกลับมารักษาซ้ำในปี พ.ศ 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 46.22, 48.56 และ 56.8 และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุรากลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 3.54, 3.86, และ 4.08 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเพ็ญ, 2565) เนื่องจากในพื้นที่อำเภอเพ็ญยังมีการใช้สุราเลี้ยงสังสรรค์ในงานประเพณีฮีด 12 คอง 14 ที่จัดขึ้นทุกเดือน ดังนั้นจากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเพ็ญมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว คิดเป็น

ร้อยละ 13.6 (โรงพยาบาลเพ็ญ, 2565) จากการสำรวจปัญหาโดยการสังเกต และสัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับบริการทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว มีสาเหตุเนื่องจาก ขาดทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมได้แก่ ไม่มาพบแพทย์ตามนัด มีการหยุดการบำบัดทำให้การบำบัดไม่ครบกำหนด บางครั้งดื่มรับประทานยาและไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านแบบครอบคลุม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สุรารุนแรง ขาดทักษะในการสร้างโอกาสในการทำงาน ขาดทักษะการจัดการเรื่องเงิน ไม่มีการออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ ขาดความอบอุ่นในครอบครัวเนื่องจากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี (เวชระเบียนการรักษาผู้จิตสุราโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่บุคคลดื่มสุราจนติดสุราเป็นระยะเวลานานจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ โดยมีผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ ด้านร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้สูญเสียการทรงตัว การควบคุมของระบบกล้ามเนื้อผิดปกติ และมีโรคแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะกังวลเมื่อมีการดื่มสุราเป็นเวลานานจะส่งผลทำให้เกิดโรคทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น หนูแหว่ ภาพหลอน หวาดระแวง และก่อให้เกิดอาการเพื่อ สับสน หนูแหว่ ประสาทหลอน หวาดระแวงมีการหลงผิด และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (รินทราย อรุณรัตน์ พงศ์ และชนันท์ ชาญศิลป์, 2560) ผลกระทบด้าน

ครอบครัวจากการที่เป็นผู้มีปัญหาใช้สุรารุนแรงจะส่งผลก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาท และการหย่าร้างในคู่สมรส (กุสุมา แก้วแดง, 2564) ผลกระทบด้านสังคมของผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีผลต่อพฤติกรรมความเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ การเสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วยและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควร ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (กรมอนามัย, 2562) การถูกปฏิบัติเชิงการจ้างงานเนื่องจากคนในสังคมมักจะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคติดสุราในแง่ลบ (นรากร สารีแหล้ม และคณะ, 2561) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดการเสียหายของทรัพย์สินจากการเกิดอุบัติเหตุ และการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ต้องเข้ารับการรักษาจาก การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการสังเกตพบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความต้องการเลิกดื่มสุรา แต่ไม่สามารถที่จะหยุดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาดมีเพียงแต่ลดปริมาณการดื่มสุราลง และในที่สุดก็กลับมารักษาซ้ำซึ่งพบว่ามีสาเหตุ 3 ด้านที่เป็นสาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ คือ 1) ด้านการฟื้นฟู ขาดผู้ดูแลหลักในครอบครัว ขาดผู้ให้ข้อมูลข่าวสารการแนะนำการรักษาและการบำบัด 2) ด้านการดูแลตนเอง การไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ยาทำให้ง่วงซึม คิดว่าตนเองไม่ป่วย ไม่มีมาพบแพทย์ตามนัดขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะถอนพิษสุรา 3) ด้านการสนับสนุน ขาดรายได้ ไม่มีเพื่อน ขาดงาน สูญเสียบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ไม่สามารถเข้าถึงบริการระบบสุขภาพได้ (ชไมพร

วงษ์พรหม, 2565) จากปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่สามารถเลิกการดื่มสุราได้ และไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จึงส่งผลทำให้มีการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีการกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และที่ผ่านมามีพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัวมีการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราทั้งการบำบัด และทั้งการดูแลด้านร่างกายประกอบด้วยการใช้ยารักษาเพื่อการหยุดดื่มสุรา การควบคุมการดื่มและการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) การรักษาจิตสังคมประกอบด้วย การช่วยเหลือระยะสั้น (Brief intervention) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) การบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MTE) และแนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuing of Care : COC) คือ การติดตามเยี่ยมบ้านและนอกจากนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว มีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินตามมาตรการทางสังคม การณรงค์ในเทศกาลต่าง ๆ เช่น การงดเหล้าเข้าพรรษา งานศพปลอดเหล้า ถึงแม้จะมีวิธีการรักษาและการบำบัดหลายรูปแบบแต่ก็ยังพบว่าจำนวนผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำเนื่องจากยังไม่มีรูปแบบในการดูแลของทีมดูแลสุขภาพ ในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัวมีระยะทางไกล ไม่สามารถมาพบแพทย์และการบำบัดตามนัดได้ จึงทำให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราเกิดความไม่ต่อเนื่อง และทำให้ฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ได้เข้า และผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพาไปเนื่องจากอาชีพส่วนใหญ่ต้องไปขายมาลัยดอกไม้ในตัวเมืองจังหวัดอุดรธานี

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้มีการทบทวนรูปแบบการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว พบว่ามีรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในชุมชนไม่เป็นระบบและจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อค้นหาโปรแกรมในการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการ ลด ละ เลิก และป้องกันการกลับไปรักษาซ้ำโดยครอบคลุมการจัดการปัญหาคือการบำบัดดูแล (Treatment) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) และการบริการสนับสนุน ปรึกษา ประคับประคอง (Support services) ผู้ศึกษาพบว่าโปรแกรมที่เหมาะสมในการบำบัดฟื้นฟูรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุราโดยครอบคลุมวัตถุประสงค์ทั้ง 4 ด้านในการดูแล คือ โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2556) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีความสอดคล้องกับการบำบัดฟื้นฟู ดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุราของกระทรวงสาธารณสุขตามแนวคิดโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน โปรแกรมนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดพัฒนามาจากแนวคิดของสแตนและแซนตอส (Stein & Santos, 1998) ประกอบด้วยลักษณะงาน 3 ด้านมี 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการบำบัดดูแล (Treatment) มี 4 องค์ประกอบ คือ การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้คำปรึกษา และการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านที่ 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) มี 1 องค์ประกอบ คือ การส่งเสริมสุขภาพ และด้านที่ 3) ด้านการบริการ การสนับสนุน ปรึกษา ประคับประคอง (Support

services) มี 4 องค์ประกอบคือ การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลที่อยู่อาศัย และมีการจัดการด้านการเงิน (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2554) นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้พิจารณาตามหลักการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบของ FAME (Pearson et al., 2005) และพบว่าโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นของหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง (Feasibility) เนื่องจากมีจำนวนครั้งและเวลาที่ไม่นานเกินไป มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว ซึ่งมีสถานที่ที่มีทีมดูแลสุขภาพที่เพียงพอ มีความเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ (Appropriateness) เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ใช้ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา เช่นเดียวกันมีคุณค่าและช่วยแก้ปัญหาได้ (Meaningfulness) สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไปได้ส่วนของผู้ที่ได้รับโปรแกรมสามารถ ลด ละ และเลิกพฤติกรรมดื่มสุรา และลดการกลับมา รักษาซ้ำได้ และที่สำคัญโปรแกรมนี้ได้รับการทดสอบว่ามีประสิทธิผลจริง (Effectiveness) นับได้ว่าเป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) เนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์แล้วผ่านการทดลองใช้และได้พิสูจน์สมมุติฐานทางวิจัยยืนยันได้ว่าเป็นความจริงโดยมีข้อมูลนี้มาใช้ยืนยันจากการนำไปใช้หลาย ๆ ครั้ง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ และตัดสินใจเลือกนำโปรแกรมการโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นมาศึกษา (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2556) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานีและประเมินผลลัพธ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี ได้แก่

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางคลินิก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรา และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นสำหรับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่พัฒนาขึ้นโดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) โปรแกรมนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของสเตนและแซนตอส (Stein & Santos, 1998) ประกอบด้วยลักษณะงาน 3 ด้านมี 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการบำบัดดูแล (treatment) มี 4 องค์ประกอบ คือ การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้คำปรึกษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านที่ 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) มี 1 องค์ประกอบ คือ การส่งเสริมสุขภาพ และด้านที่ 3) ด้านการบริการ การสนับสนุนระดับประคอง (support services) มี 4 องค์ประกอบ คือ การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลที่อยู่อาศัย และมีการจัดการด้านการเงิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational study) การดำเนินการของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้เลือกเป็นแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรา คือ บุคคลผู้ที่เป็นโรคติดสุราอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์บันทึกตามรหัสตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ขององค์การอนามัยโลก ICD-10 (International of diseases, 10th edition) ลงรหัส F10.2 มีอายุระหว่าง 19 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง มีความต้องการลด ละ เลิกสุรา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย สามารถอ่านออกเขียนได้ มีโทรศัพท์สามารถติดต่อสื่อสารได้ เป็นผู้ที่ยินยอมและให้ความร่วมมือ มีความสนใจในการร่วมการวิจัยในการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์ และมีคะแนนประเมินปัญหาการใช้สุราโดยแบบประเมิน AUDIT สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยปริทรรศศิลป์กิจและพันธุ์ภากิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนนในการศึกษานี้มีผู้ที่เป็นโรคติดสุราเข้าร่วมจำนวน 16 คน

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) มีโรค

ทางจิต หรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคทางสมอง โรคลมชัก และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย 2) เคยได้รับการบำบัดตามโปรแกรมโทรตามตามเชื่อม หรือกำลังเข้าร่วมการวิจัยอื่น

2. ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา คือบุคคลอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โดยเป็นสมาชิกครอบครัว เช่น พ่อ แม่ บุตร สามี ภรรยา เป็นต้นกลุ่มตัวอย่างกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน สามารถเข้าร่วมโปรแกรม จนครบโปรแกรมโทรตามตามเชื่อมฉบับสั้นได้ มีโทรศัพท์สามารถติดต่อสื่อสารทั่วไปได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ อ่านออก และเขียนได้ และ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยในการศึกษานี้ มีญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเข้าร่วมจำนวน 16 คน ได้แก่ มารดา ภรรยา สามี บุตร และพี่สาว

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็นและการสื่อสาร 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเชื่อมฉบับสั้นได้ครบทุกกิจกรรมตามที่กำหนด 3) ไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง

3. ทีมดูแลสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นาวัว จังหวัดอุดรธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ 1) เป็นบุคลากร ทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาวัว จังหวัดอุดรธานี ที่ให้บริการเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

2) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมโทรตามตามเชื่อมฉบับสั้น 3) สามารถโทรศัพท์ในการติดตามเชื่อม และการให้การบำบัดทางโทรศัพท์ได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมโทรตามตามเชื่อมฉบับสั้น และ 4) ยินดี และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามตามเชื่อมฉบับสั้น ในการศึกษานี้มีทีมดูแลสุขภาพเข้าร่วมจำนวน 4 คน

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) มีการเข้าร่วมกับวิจัยอื่น 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบโปรแกรมได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากที่ได้รับใบอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 140/2565 ซึ่งอนุมัติเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2565 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้ศึกษาจัดทำเอกสารเพื่อใช้ในการชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มขั้นตอนจนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษา มีการอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการศึกษา โดยผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทน ชื่อ - สกุล เอกสารทั้งหมดถูกเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจถือค้ผู้ศึกษาถือกุญแจเพียงผู้เดียว ทั้งนี้ผู้ศึกษาจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการศึกษาแล้ว 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วนดังนี้
คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการ ได้แก่

1. โปรแกรมโทรถามตามเชื่อมตามฉบับสั้น พัฒนาโดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) ซึ่งพัฒนาจากการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องความต้องการการดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์จากผู้คิดสูตรและสารเสพติด ญาติ แกนนำชุมชนและบุคลากรทีมสุขภาพ ร่วมกับเนื้อหาที่ดัดแปลงจากโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจสำหรับผู้คิดสูตร โดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2555) ต่อจากนั้นจึงนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมโทรถามตามเชื่อม และพัฒนาเป็นโปรแกรมโทรถามตามเชื่อมฉบับสั้นเพื่อความกระชับขึ้นเพื่อใช้ดูแลช่วยเหลือผู้คิดสูตรและสารเสพติดในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และส่งเสริมการ ลด ละ เลิกการใช้สุรา และสารเสพติดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วยชุดเครื่องมือ 4 เล่ม ได้แก่ (1) คู่มือการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์สำหรับผู้คิดสูตร บุคลากร (2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้คิดสูตร และการใช้ยาเสพติด (3) คู่มือการดูแลผู้คิดสูตรและใช้ยาเสพติดโดยญาติ (4) แบบบันทึกโทรถามตามเชื่อมสำหรับการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์ โดยดำเนินกิจกรรมตามคู่มือดังนี้ การบำบัดทางโทรศัพท์ โทรติดตามเชื่อมญาติหรือผู้ดูแลผู้คิดสูตรและสารเสพติดจำนวน 2 ครั้ง โดยโทรศัพท์ร่วมกันกับโทรศัพท์ผู้ที่เป็นโรคคิดสูตรครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยแบ่งการโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที โดย

ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรถามตามเชื่อมฉบับสั้นเกี่ยวกับการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดที่อยู่อาศัย และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตการเข้ารับบริการสุขภาพ และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 3 การรับประทานยา การส่งเสริมสุขภาพ และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงานการจัดการเงิน และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 5 การประเมินและให้ความรู้ และมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินผลหลังจากโทรเชื่อมครบ 5 ครั้ง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครบ 1 เดือน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ที่เป็นโรคคิดสูตร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งการเข้ามารักษาด้วยอาการโรคคิดสูตรในโรงพยาบาล และระยะเวลาของการดื่มสุรา

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคคิดสูตร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคคิดสูตร และความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคคิดสูตร

1.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทีมดูแลสุขภาพลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ

ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน และ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

2. แบบประเมินปัญหาจากการใช้สุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) ที่สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรศ สิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552) มีจำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละคำถามจะมีชุดคำตอบให้เลือกตอบหลายแบบ คะแนนโดยรวมตั้งแต่ 0 - 40 คะแนน การแปลผลที่แสดงผลของพฤติกรรมการดื่มสุราเป็น 4 กลุ่ม เทียบเกณฑ์ดังนี้ 1) คะแนนระหว่าง 0 - 7 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 2) คะแนนระหว่าง 8 - 15 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง 3) คะแนนระหว่าง 16 - 19 หมายถึง มีพฤติกรรมการดื่มแบบอันตราย 4) มีคะแนน 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมแบบติด ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา ดังนั้นจึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

3. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราโดยติดตามเป็นช่วงเวลา (Time line Follow Back) (Sobell et al., 2001) ซึ่งแปลโดย หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) โดยได้ดำเนินการแปลและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) จนได้แบบประเมินฉบับภาษาไทยที่ใช้บันทึกการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ในระยะ 1 เดือนก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีการแปลผลคะแนนเทียบการดื่มมาตรฐานโดยกำหนดให้เครื่องดื่มประเภทสุรา 30 cc เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐาน และเบียร์ 330 cc เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐานและกำหนดวันดื่มหนักมากกว่าหรือ

เท่ากับ 5 ดื่มมาตรฐานแล้วนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มต่อเดือน (1 ดื่มมาตรฐานหมายถึงเบียร์ 5 ดิกรี 1 กระป๋อง 330 cc, เหล้าขาว 40 ดิกรี 32 cc 1 เป๊ก/ตอง/กึ่ง 50 cc เท่ากับ 1.50 ดื่ม, เหล้าสี 30 - 40 ดิกรี 2 ฝาใหญ่เท่ากับ 30 cc, ไวน์ 12 ดิกรี (100 cc) ในผู้ชายมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และผู้หญิงดื่มมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ในแต่ละสัปดาห์ ควรหยุดดื่มอย่างน้อย 2 วัน (ทั้งนี้ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว) โดยมีปริมาณการดื่มสุราเทียบเป็นจำนวนดื่มมาตรฐานต่อเดือน ร้อยละวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา ดังนั้นจึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

4. แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นแบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าภายใน 28 วัน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ที่สร้างขึ้นโดยโรงพยาบาลเพื่อจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) เดือนที่จำหน่าย 2) ปีงบประมาณที่จำหน่าย 3) ผู้ป่วย F10.2 กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 4) ร้อยละไม่กลับมารักษาซ้ำ 28 วัน และ 5) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการรับรู้การดูแลตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น พัฒนาโดย หรรษา

เศรษฐกิจ และคณะ (2556) เป็นแบบสอบถาม การรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการได้รับการดูแลตามโปรแกรมเกี่ยวกับประโยชน์ต่อตนเอง ความมีประโยชน์ต่อญาติ ความสะดวกและพึงพอใจ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน มีจำนวนข้อคำถาม ทั้งหมด 4 ข้อเป็นแบบเลือกตอบ มี 5 ระดับตาม Rating Scale ดังนี้ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก 3 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย 1 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อคิดเห็นในคำถามแต่ละข้อ ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา ดังนั้นจึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ การแปลคะแนน คะแนนจากข้อคำถามคิดค่าความถี่ของจำนวนผู้ตอบ และ นำมาคำนวณเป็นร้อยละในแต่ละข้อ โดยการตอบตามความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องนั้นความหมายตาม Rating Scale ส่วนข้อมูลจากคำถามปลายเปิดนำมาจัดหมวดหมู่ในคำถามแต่ละข้อ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่าน อำเภอฟี้อ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบประเมินจากการใช้สุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าระดับของความเชื่อมั่นของแบบประเมินจากการใช้สุราเท่ากับ 0.82 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit et al., 2001) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบบันทึกพฤติกรรมการณ์ (Time Line Follow Back: (TLFB) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าระดับของความเชื่อมั่นของแบบบันทึกพฤติกรรมการณ์ เท่ากับ 0.78 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit et al., 2001) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยจะดำเนินการตามขั้นตอนตามแนวคิดการเผยแพร่วัฒนธรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003) ประกอบด้วย 5 ระยะมีขั้นตอนดังนี้

1) ระยะให้ความรู้ (Knowledge stage) ผู้ศึกษาดำเนินเสนอข้อมูลปัญหาที่พบผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยใช้สถิติย้อนหลัง 3 ปีของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการนำเสนอโปรแกรมโทรตามเยี่ยมฉบับสั้นแก้ที่มสุขภาพและได้นำเสนอถึงข้อดี ข้อเสีย ในการใช้โปรแกรมเพื่อให้ที่มสุขภาพมีทัศนคติที่ดีและตัดสินใจเพื่อนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในชุมชนได้และให้ที่มสุขภาพได้แสดงให้ความคิดเห็น ชักถาม จุดอ่อนและจุดแข็งของโปรแกรม โดยผู้ศึกษาส่งเสริมสนับสนุนให้ที่มสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน่าได้ตัดสินใจ และเห็นด้วยในการนำโปรแกรม

โทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในชุมชน

2) ระยะโน้มน้าว (Persuasion stage) และ 3) ระยะตัดสินใจ (Decision stage) หลังจากที่ผู้ศึกษาได้นำเสนอให้ทีมดูแลสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว ให้เข้าใจถึงรูปแบบโปรแกรมที่ช่วยในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น ผู้ศึกษาได้ทำการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้โปรแกรมดังกล่าวในวันที่ 28 ธันวาคม 2565 เวลา 08.30 - 16.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว เพื่อโน้มน้าวให้เห็นถึงประโยชน์ของการบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา เพื่อเป็นการประกอบการตัดสินใจและพิจารณายอมรับของทีมสุขภาพ จากการประชุมในครั้งนี้ ทีมสุขภาพยอมรับและตัดสินใจใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นและยินดีเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งมีจำนวน 4 คน รวมทั้งผู้ศึกษา ถึงแม้ว่าผู้ศึกษาจะเข้าร่วมดำเนินการตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัดอุดรธานี และจะไม่มีผลกระทบผลการศึกษาโดยอคติ (Bias) หลังจากนั้นผู้ศึกษาและทีมดูแลสุขภาพทั้ง 4 คน ได้เข้ารับการฝึกอบรมการบำบัดโดยการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2565 เวลา 08.30 - 16.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว โดยอบรมกับผู้พัฒนาโปรแกรม (อาจารย์ ดร.हरस्था เศรษฐบุปผา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ผ่านทางระบบออนไลน์ (Zoom Video Conference) เพื่อให้ทราบถึง

รายละเอียดของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น และมีความรู้ความสามารถในการนำไปปฏิบัติดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้อย่างถูกต้องซึ่งพบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมและสามารถนำโปรแกรมไปใช้โดยการฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมได้

4) ระยะลงมือปฏิบัติ (Implementation stage) ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว ที่ได้รับการนัดหมายให้มาตรวจตามนัดที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ศึกษาได้พบกับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 16 คน และผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 16 คน เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2565 เวลา 08.30 - 12.00 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว และใช้แนวทางของการประสานความร่วมมือ (Collaboration) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ในการดำเนินการโปรแกรมจะมีการโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทั้งหมด 5 ครั้ง ในระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2566 และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจำนวน 2 ครั้ง โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมร่วมกันกับโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นโรคจิตสุราครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยแบ่งการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 5 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที และมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมประเมินผลหลังจากโทรติดตามเยี่ยมครบ 5 ครั้ง และหลัง

สิ้นสุดโปรแกรมครบ 1 เดือน

ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมิน
โทรถามตามเยี่ยมการดำเนินกิจกรรมประจำวัน การ
จัดการที่อยู่อาศัยและการให้คำปรึกษา ร่วมกับการ
โทรศัพท์ไปยังผู้ดูแลหรือญาติครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤต
การขอรับบริการสุขภาพ และการให้คำปรึกษา
ร่วมกับการ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมไปยังผู้ดูแลหรือ
ญาติครั้งที่ 2

ครั้งที่ 3 การรับประทานยาส่งเสริม
สุขภาพและการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการ
ทำงาน การส่งเอกสาร การจัดการการเงินและการ
ให้การคำปรึกษา

ครั้งที่ 5 โทรศัพท์ติดตาม
กิจกรรมทั้ง 9 องค์ประกอบ และการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 6 ประเมินผลการดำเนินการ
ตามโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินโทรถามตาม
เยี่ยมฉบับสั้น และการให้คำปรึกษาหลังสิ้นสุด
โปรแกรม 1 เดือน

5) ระยะยืนยัน (Confirmation stage) ขั้นตอน
การประเมินผล เป็นระยะที่ยืนยันผลของโรเจอร์ซึ่ง
เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมโดยวัด
จากผลสัมฤทธิ์ที่เกิดคือ การเก็บข้อมูลเพื่อประเมิน
ประสิทธิผลหลังได้รับโปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม
ฉบับสั้นครบ 5 ครั้งและประเมินต่อจากนั้น 1 เดือน
โดยใช้แบบประเมินปัญหาจากการใช้สุรา (Alcohol
Use Disorders Identification Test [AUDIT]) การ
ติดตามข้อมูลการกลับมารักษารักษาซ้ำของที่เป็นโรคติด
สุราที่กลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ

และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว
สอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ไป
ใช้ประเมินหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม
โทรถามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว จังหวัด
อุดรธานี มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา
ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล และทีมดูแล
สุขภาพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของประสิทธิผลของการ
ใช้โปรแกรมโทรถามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็น
โรคติดสุรา ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรา การกลับมา
รักษาซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโทรถาม
ตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยใช้
สถิติพรรณนาโดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย
และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของ
วันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมโทรถามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรค
ติดสุรา โดยใช้สถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบ
ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่
มีปัญหาการใช้สุรารุนแรงต่อการใช้โปรแกรมโทร
ถามตามเยี่ยมฉบับสั้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนาโดยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละของ
แต่ละข้อคำถาม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา และทีมดูแลสุขภาพ

การศึกษานี้มีผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทั้งหมดจำนวน 16 ราย ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี อายุเฉลี่ย 51.8 ปี (SD = 6.36) มีสถานภาพสมรส คู่ 8 ราย หม้ายหรือหย่าร้าง 4 ราย โสด 4 ราย ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด มีอาชีพเกษตรกร 8 ราย ค้าขาย 3 ราย รับจ้าง 3 ราย และว่างงาน 2 ราย รายได้เฉลี่ย 6,937 บาท ต่อเดือน (SD = 4,057) จำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.88 ครั้ง (SD = 1.76) และระยะเวลาของการดื่มมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 8.75 ปี (SD = 2.11) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทั้งหมด 16 ราย ทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 55.18 ปี (SD = 5.76) มีอาชีพ เกษตรกร 6 ราย รับจ้าง 5 ราย และค้าขาย 5 ราย จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด มี

ความสัมพันธ์ทั้งแบบสามีหรือภรรยา 8 รายและบุตรหรือญาติพี่น้อง 8 ราย รายได้เฉลี่ย 9,193.75 บาท ต่อเดือน (SD = 4,140.28) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเฉลี่ยอยู่ที่ 5.43 ปี (SD = 1.93) ทีมดูแลสุขภาพ จำนวน 4 ราย ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี อายุเฉลี่ย 43.70 ปี (SD = 9.90) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 2 ราย และปริญญาโท 2 ราย ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 6 - 30 ปี เฉลี่ยอยู่ที่ 20.50 ปี (SD = 10.34) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ระหว่าง 1 - 15 ปี เฉลี่ย 8.50 ปี (SD = 5.80)

2. ข้อมูลประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ได้แก่ ข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ และข้อมูลพฤติกรรมการดื่ม

พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา 1 เดือน ไม่พบผู้ที่เป็นโรคจิตสุรากลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุราแสดงไว้ในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น 1 เดือน (n = 16)

	วันที่ดื่มหนัก		วันหยุดดื่ม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	12.12	1.31	9.50	2.06	4.19	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	7.31	1.30	13.50	1.60	11.67	.000*

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดสุราก่อนได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนัก 12.12 วันต่อเดือน (SD = 1.31) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นมีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนักลดลงเป็น 7.31 วันต่อเดือน (SD = 1.30 และพบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันหยุดดื่ม 9.5 วันต่อเดือน (SD = 2.06) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นมีค่าเฉลี่ยวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นเป็น 13.50 วันต่อเดือน (SD = 1.60) จึงสรุปได้ว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความแตกต่างของจำนวนวันดื่มหนักและวันหยุดดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p -value = 0.000)

3. ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จำนวนทั้งหมด 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เห็นด้วยกับความมีประโยชน์ของโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นต่อตนเอง เห็นว่าโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นมีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแล มีความสะดวกในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม และมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นมีความพึงพอใจมากที่สุดทุกข้อ

การอภิปรายผล

โดยผู้ศึกษาได้นำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางคลินิก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และการกลับมารักษาซ้ำหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีพฤติกรรมการดื่มลดลง ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันดื่มหนักลดลงและมีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 1 เดือนไม่พบการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคติดสุรา ร้อยละ 100.00 ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเนื่องจากโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นเป็นโปรแกรมที่มีลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ (हररुडर सुररुनुडर डररर, 2553) ดังนี้ 1) ด้านการบำบัดดูแล (Treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้คำปรึกษา การดำเนินกิจกรรมประจำวัน ซึ่งหลังจากที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจมีทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราเรื่องการรับประทานยา ทำให้มีการรับประทานยาต่อเนื่องและสามารถประเมินอาการข้างเคียงจากยาได้ ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้อย่างเหมาะสม และญาติ

หรือผู้ดูแล พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสูรามีความต้องการอยากดื่มสุราหรือมีภาวะถอนสุรา ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชไมพร วงษ์พรหม (2565) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสูราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม มีการบำบัดดูแลอย่างเป็นระบบสามารถส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสูราช่วยลดความซับซ้อนของปัญหาและความรุนแรงของปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสูราได้

2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Service) ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่นการออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการให้กำลังใจช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสูรารู้สึกตนเองมีคุณค่า การสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีรวมไปถึงการสื่อสารในครอบครัวก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา ทำให้ ลด ละ เลิกการดื่มสุราลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการและต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดสูราและสารเสพติด 4 ภาค ของหรรษา เศรษฐบุปผา (2558) พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสูรา พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสูราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง มีคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3) ด้านการบริการสนับสนุน

ระดับรอง (Support service) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การให้ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพ การแนะนำการดูแลที่อยู่อาศัย การให้คำแนะนำการเงิน โดยการทำบัญชีรายรับรายจ่ายในครัวเรือน การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการอยากดื่มสุรา การส่งเสริมหาแหล่งสนับสนุนในการทำงานตามความเหมาะสม หลังจากได้รับโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น 1 เดือน พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสูรา มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น มีความใส่ใจสุขภาพตนเองมากขึ้น สามารถจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่เป็นตัวกระตุ้นในการเกิดอาการอยากดื่มสุราได้ดี มีการจ้างงานอย่างต่อเนื่อง มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเนื่องจากมีเงินออมมากขึ้น ซึ่งเงินในการออมนี้ ได้มาจากเงินส่วนที่ผู้ที่เป็นโรคจิตสูราเคยใช้จ่ายในการหาสุราดื่ม เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและครอบครัว สัมพันธภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการและต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดสูราและสารเสพติด 4 ภาคของ หรรษา เศรษฐบุปผา (2558) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชไมพร วงษ์พรหม (2565) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคจิตสูราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม ไม่พบการกลับมารักษำซ้ำของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมโทร

ถามตามเชี่ยมฉบับสั้น มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้จริง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังได้รับโปรแกรมโทรตามตามเชี่ยมฉบับสั้น ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมโทรตามตามเชี่ยมฉบับสั้น มีความพึงพอใจทุกด้านร้อยละ 100.00 เนื่องจากโปรแกรมมีคู่มือในการดูแลผู้ติดสุราสำหรับการบำบัดทางโทรศัพท์โทรติดตามเชี่ยมญาติหรือผู้ดูแลผู้ติดสุราและสารเสพติดจำนวน 2 ครั้ง โดยโทรศัพท์ร่วมกันกับโทรศัพท์ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยแบ่งการโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 5 ครั้ง แต่ละครึ่งใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที และมีการติดตามประเมินผลหลังจากโทรเชี่ยมครบ 5 ครั้ง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครบ 1 เดือน โดยมีการบำบัดคือ ครั้งที่ 1 สอบถามตามแบบประเมินโทรตามตามเชี่ยมการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดการที่อยู่อาศัยและการให้คำปรึกษา ร่วมกับการโทรศัพท์ไปยังผู้ดูแลหรือญาติครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤต การขอรับบริการสุขภาพ และการให้คำปรึกษา ร่วมกับการโทรศัพท์ไปยังผู้ดูแลหรือญาติครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 การรับประทานยา ส่งเสริมสุขภาพและการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 4 การสร้างโอกาสในการทำงาน การส่งเอกสาร การจัดการการเงินและการให้การคำปรึกษา ครั้งที่ 5 เชี่ยมติดตามกิจกรรมทั้ง 9 องค์ประกอบ และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 6 ประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินโทรตามตามเชี่ยมฉบับสั้น และการให้

คำปรึกษาหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ซึ่งมีเนื้อหาในการให้ความรู้ ช่วยจัดการกับปัญหา การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราแบบฉบับสั้น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเข้าใจง่าย มีเนื้อหาที่กระชับ และทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามีการตระหนักในการดูแลตนเอง มาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทศพด ทองย้อย และคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน ในการติดตามประเมินผลพฤติกรรมลดดื่มสุราเมื่อผู้รับบริการกลับไปอยู่บ้านผู้รับการบำบัด มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีคนสนใจให้ความห่วงใย และสามารถหยุดดื่มสุราได้ 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หรรษา เศรษฐบุญปลา (2558) ที่ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการ และต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมโทรตามตามเชี่ยม โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดสุราและสารเสพติด 4 ภาค จำนวน 236 โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมโทรตามตามเชี่ยมฉบับสั้นไปใช้ทุกด้านร้อยละ 100 จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามีกำลังใจและมีการไว้วางใจสามารถเลิกการดื่มสุราได้ ซึ่งจากการได้รับโปรแกรมโทรตามตามเชี่ยมฉบับสั้น จนสามารถลดการดื่มลง และเลิกดื่มสุราได้เป็นระยะ 1 เดือน เนื่องจากโปรแกรมมีเนื้อหาการให้ความรู้ ช่วยจัดการปัญหาและการให้คำปรึกษาต่างๆ รวมถึงการให้กำลังใจในการเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สุรารุนแรงเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ความร่วมมือในการบำบัดและทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาจาก

การใช้สุรารุนแรง ดูแลตนเองได้ สามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาพบแพทย์ตามนัด มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการจากการหยุดสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชีรา อรัญทิมา และสยมพร จันทร์งาม (2565) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จากการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการ ลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยติดสุรา ทำให้ผู้ป่วยติดสุรา มีความสามารถ มีอิสระและสัมพันธภาพที่ดี ในครอบครัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มและส่งเสริมก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจทำให้พบว่าระดับพฤติกรรมการดื่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เชื่อมั่นในตนเองในการปฏิเสธการดื่มสุรา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา สามารถ ลด ละ เลิกการดื่มสุราในที่สุด และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย

โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม โดยมีจำนวนวันดื่มหนักที่ลดลง และจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้น ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้และควรมีการนำเสนอเชิงนโยบายให้มีการบรรจุโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นไปใช้ในหน่วยงานโรงพยาบาลเพื่อ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการนัดเวลาการเยี่ยมทางโทรศัพท์

ในวันเวลา เดียวกันทุกสัปดาห์และควรมีการนัดหมายล่วงหน้า และ โทร ไปย้ำวันนัดล่วงหน้ากับญาติหรือผู้ดูแลก่อน 1 วัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินตามโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น

ด้านการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้นในผู้ที่เป็นโรคติดสุราโดยมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและการกลับมารักษาซ้ำหลังจากได้รับโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน และควรทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่จำนวนมากขึ้น รวมถึงบริบทพื้นที่อื่น ๆ ร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2562, 15 กรกฎาคม). *โทษ พิษภัยของสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด*.
https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook_13_mini-
- กุสุมา แก้วแดง. (2564). การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลกระแสนินธุ์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 51-64.
- ชไมพร วงษ์พรม. (2565). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมในผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทศพร ทองชัย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, และกิตติภูมิ ภิญญ. (2562). การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 80-89.

นรากร สาริแหล้ม, กันตวิษณุ จูเปรมปรี, และ กัลยา มั่นล้วน.

(2561). ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยติดสุรากับการเลือกปฏิบัติและมนุษยชนในวิถีของชุมชน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(6), 589-594.

ปรีทรศ ศิลปกิจ, และ พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552).

AUDIT: แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ. เชียงใหม่. บริษัททานตะวันเปเปอร์จำกัด.

รินทราย อรุณรัตน์พงศ์, และ ชวนันท์ ชาญศิลป์. (2560). ความ

ชุกและปัจจัยเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราโรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62 (1), 27-34.

โรงพยาบาลเพ็ญ. (2565). ฐานข้อมูลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ามา

รับบริการในปีงบประมาณ 2563-2565. อุดรธานี: ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหารโรงพยาบาลเพ็ญ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว. (2565). *เวชระเบียน*

การรักษาผู้ติดสุรา. อุดรธานี: อีสานการพิมพ์.

โรงพยาบาลเพ็ญ. (2565). ฐานข้อมูลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่กลับมา

รักษาซ้ำในปีงบประมาณ 2563-2565. อุดรธานี: ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหารโรงพยาบาลเพ็ญ.

หรรษา เศรษฐบุปผา. (2558). *ผลลัพธ์ทางคลินิกและ*

กระบวนการ ดันทุนประสิทธิผลของการดำเนินการโปรแกรมโทรตามตามเยี่ยมฉบับสั้น (โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์) สำหรับผู้ติดสุราและใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษา 4 ภาค. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.).

หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, ชลธิชา สิมะวงศ์, และ

นพวรรณ อุปลำ. (2554). *การพัฒนาโปรแกรมใกล้บ้าน* *สมานใจ: การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). พิมพ์เดือนดี.

หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, และสกาวัฒน์

เทพประสงค์. (2556). *คู่มือการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์สำหรับผู้ติดสุรา* (พิมพ์ครั้งที่ 1). วนิดาการพิมพ์.

หรรษา เศรษฐบุปผา, ชลธิชา สิมะวงศ์, นพวรรณ อุปลำ, และ

จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์. (2553). *การพัฒนาโปรแกรมเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา*. แผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, (สิงหาคม

2566). *สุขภาพคนไทย*. https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=207

สุชีรา อรัญทิมา, และ สยามพร จันทร์งาม. (2565). ผลของ

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมลดการดื่มของผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการสาธารณสุขจังหวัดตาก*, 25 (2), 30-57.

Polit, D.E, Beck, C.T, Hungler, B.D. (2001). *Essential of*

nursing research: Methods, Appraisal, and utilization. Philadelphia: Lippincott.

Roger, E. M. (1976). *New Product Adoption and Diffusion*.

Journal of Consumer Research, 2(4), 290-301.

Roger, E. M. (2003). *Diffusion of innovation* (5nd ed). Free Pres.

Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive community*

treatment of persons with severe mental illness. Norton.

World Health Organization. (2001). *The alcohol use disorders*

identification test: AUDIT. Geneva, WHO.

World Health Organization. (2022, 10 May). *Global status*

report on alcohol and health. Retrieved <https://www.who.int/publications-detail/global-status-report-on-alcohol>.

Sobell, L.C., Agrwal, S., Annis, H. M., Ayala-Velazquez, H.,

Echeverria, L., Leo, G. I., et al. (2001). *Cross-cultural*

evaluation of two drinking related assessment instruments:

Alcohol Timeline Follow back and Inventory of Drinking

Situations. *Substance Use & Misuse*, 36, 313-331.

PERSPECTIVES ON MENTAL LITERACY OF PARENTS OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS ATTENDING AT CENTRAL SPECIAL EDUCATION CENTER 5, SUPHAN BURI PROVINCE

*Saowalak Sripko, M.N.S. *, Soontaree Khachat, M.N.S. **, Supattra Chansuvarn, M.N.S. **, Prawdida Photong, M.N.S. **, Ausaniyaphon Chantorn, M.N.S. ****

Abstract

Objective: This study aimed to explain the perspectives on mental health literacy of parents of children with special needs at Central Special Education Center 5, Suphan Buri Province.

Methods: A qualitative descriptive research design, Key informants were a total of 14 parents of children with special needs. Data were collected using in-depth interviews using a semi-structured questionnaire during January 2024. The interviews were analyzed by using content analysis.

Results: The mental health literacy of parents of children with special needs can be categorized into six domains, including 1) telling of mental suffering, 2) telling of the cause of health problems, 3) self-care for mental well-being, 4) asking for healthcare professional assistance, 5) health care accessibility, and 6) difficulty.

Conclusion: The knowledge received from this research is beneficial to parents of children with special needs in promoting mental health literacy to be able to understand the occurrence of mental health problems have a positive attitude towards people with mental health problems and seek appropriate sources of help. This prevents further serious mental health problems.

Keywords: mental health literacy, parents with children with special needs

Funding: Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute

**Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail: saowalak@snc.ac.th*

***Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute*

****Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute*

Received: 20 February 2024, Revised: 10 December 2024, Accepted: 15 December 2024

มุมมองด้านความรู้ทางสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ที่รับบริการศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม.* , สุนทรี ชะชาตย์, พย.ม.** , สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, พย.ม.**,

ปวีดา โพธิ์ทอง, พย.ม.** , อุษณีย์ภรณ์ จันทร์, พย.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรยายความรู้ทางสุขภาพจิตตามมุมมองของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษจำนวน 14 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างระหว่างเดือนมกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : ความรู้ทางสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กพิเศษ พบมี 6 ประเด็นคือ 1) บอกถึงความทุกข์ทางจิตใจ 2) บอกสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต 3) การดูแลตนเองให้สุขภาพจิตดี 4) การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ และ 6) ความลำบากใจ

สรุป : องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถรู้เท่าทันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ทางสุขภาพจิต, มุมมองของผู้ปกครองเด็กพิเศษ

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail: saowalak@snc.ac.th

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วันที่รับ: 20 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่แก้ไข: 10 ธันวาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 15 ธันวาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเป็นความสามารถในการรู้จักความผิดปกติทางสุขภาพจิต รู้วิธีการหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจิต รู้ถึงปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต รู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต รู้ที่จะแสวงหาการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต และหาทางช่วยเหลือที่เหมาะสม ช่วยให้นุคคลเผชิญสถานการณ์ และใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (นุสรานามเดช และคณะ, 2561; Attygalle et al., 2017; Jorm, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรต่าง ๆ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจ ($r = .457, p < .001$) (ภาคิน บุญพิชาชาญ และคณะ, 2565) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ในระดับปานกลาง ($r = .506, p < .01$) และการจัดการปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .386, p < .01$) (ปภาดา น้อยวงศ์ และสกลสุภา สิงคินบุตร, 2566) ในกลุ่มอสม. มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะกดดันด้านจิตใจ ($r = -.145, p < .05$) (อดิพร สิทธิมงคล, 2566) ในกลุ่มนักศึกษาสามารถจัดการและหาแหล่งสนับสนุนเพื่อให้เกิดสมดุลของอารมณ์ด้านบวกและด้านลบของตนเองและเกิดเป็นความผาสุกทางจิตใจได้ (ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย และคณะ, 2563) และผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ ปรีนดา ตาสี (2565) พบว่า แนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา คือ การอบรมให้ความรู้

ด้านสุขภาพจิตการส่งเสริมการประเมินสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงการประชาสัมพันธ์ให้เกิดความเข้าใจต่อภาพลักษณ์เชิงบวกต่อผู้ป่วยและบริการ เพื่อลดการตีตราผู้ที่ป่วยจิตเวชหรือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตที่ดีจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำสามารถจัดการและหาแหล่งสนับสนุนเพื่อให้เกิดสมดุลของอารมณ์ด้านบวกและด้านลบของตนเองและเกิดเป็นความผาสุกทางจิตใจได้ แต่ในทางกลับกันหากพร่องในเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพจิตจะส่งผลให้บุคคลไม่สามารถจัดการความเครียดได้ ไม่รู้จักความผิดปกติทางสุขภาพจิต ไม่รู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต และไม่สามารถแสวงหาการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตได้ ดังเช่นการศึกษาของปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ (2557) พบว่าผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเป็นหลักตลอดทั้งวันส่วนใหญ่พบว่า มีภาวะเครียดอยู่ในระดับสูง ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ คิดเป็นร้อยละ 50 การศึกษาของณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย และคณะ (2563) พบว่านักศึกษาถึงร้อยละ 20.4 ที่ไม่เคยทราบแหล่งขอรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตใด ๆ และการศึกษาของ อดิพร สิทธิมงคล (2566) พบว่าไม่สามารถจำแนกการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชขาดความแม่นยำในการแยกโรคทางจิตเวช อาจเนื่องมาจากไม่มีการทบทวนความรู้เพิ่มเติม และการฝึกอบรมที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ที่พร่องในด้านความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไม่สามารถจัดการความเครียด ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจาก

แหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้ และไม่สามารถจำแนกโรคทางจิตได้

ดังนั้นการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเบื้องต้น และแหล่งสนับสนุนหรือขอรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถรู้เท่าทันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายความรู้ทางสุขภาพจิตตามมุมมองของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการบรรยายการให้ความหมายของความรู้ทางสุขภาพจิตตามมุมมองของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพจิต (นุสรธา, 2561; Attygalle et al., 2017; Jorm, 2000) โดยอธิบายถึงความรู้ 6 ข้อดังนี้ 1)

ความรู้ในความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ความรู้เกี่ยวกับทัศนคติต่อบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive Qualitative Research) เพื่อศึกษามุมมองของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ปกครองเด็กที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จนข้อมูลอิ่มตัวจำนวน 14 คน (ประไพพิมพ์ สุธีวสินนนท์ และประสพชัย พสุนนท์, 2559) โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและรู้สึกมีอิสระในการให้ข้อมูล พูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลด้วยความจริงใจที่แสดงออกทางสีหน้า แววตา และการแสดงออกอื่น ๆ ทางบุคลิกภาพให้มีความสอดคล้องกับอารมณ์เรื่องราวของผู้ให้ข้อมูล และให้เกียรติผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญ เป็นอาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยได้ผ่าน

การอบรมและมีประสบการณ์ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพไม่น้อยกว่า 5 เรื่อง มีเครื่องบันทึกเสียงแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความสัมพันธ์กับเด็กพิเศษ แบบจดบันทึกภาคสนาม (field note) ประกอบด้วย การจดบันทึกสั้น ๆ ในแต่ละเหตุการณ์ร่วมด้วย และแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพจิต (นุสรุ, 2561; Attygalle et al., 2017; Jorm, 2000) ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จำนวน 1 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามหลักการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะบุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดี และบุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดีวิธีการป้องกันตนเองเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพจิต วิธีการหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจิต การข้อมูลสุขภาพที่ได้มาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ความหมายของคำว่า “ความรู้ทางสุขภาพจิต” ปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิตทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต แนวคำถามหยังลึก (probe questions) ได้แก่ วิธีการดูแลสุขภาพจิตตนเองเมื่อเจ็บป่วย แผลงและวิธีเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้สึกอย่างไร ไม่อยากเข้าไปใกล้บุคคลเมื่อเห็นว่าเป็นบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากคนรอบข้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หลังจากสร้างแนวคำถามขึ้นตามกรอบแนวคิด ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบ ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลควบคู่กันไป โดยมีการตรวจสอบภายในและการตรวจสอบภายนอก การตรวจสอบภายในเป็นการพิจารณาความเพียงพอและครอบคลุมของข้อมูล ความตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาคความเหมาะสมของผู้ให้ข้อมูลที่เลือกมาศึกษาเกี่ยวกับเรื่องและแนวคำถามในการวิจัย และตรวจสอบการนำเสนอวิธีการ ขั้นตอนของการทำงานในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน โปร่งใส ส่วนการตรวจสอบภายนอก เป็นการนำเสนอผลการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและวิจารณ์ เพื่อพิจารณาว่าข้อสรุปและการตีความของผู้วิจัยถูกต้องหรือตรงตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลน้อยเพียงใด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรณบุรี หนังสือรับรองเลขที่ EC 013/2566 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2566 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น

รายบุคคล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย แนวทางการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิในการปฏิเสธการตอบคำถาม หรือยุติการตอบคำถาม เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ และถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด รวมถึงการลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในส่วนการวิเคราะห์ จะเสนอเป็นภาพรวม เคารพความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยเก็บหลักฐานทั้งหมดไว้ในลิ้นชักส่วนตัวของผู้วิจัย มีกุญแจเก็บปิดไว้ตลอดเวลาและจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive Qualitative Research) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล รายละ 45 - 60 นาที ร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม และการสังเกต และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปบันทึกเสียง วิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีการของ โคลไลซซี่ (Colaizzi 1978, as cited in Streubert & Carpenter, 2007) ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้ข้อมูล 14 คน เนื่องจากข้อมูลมีการอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไลซซี่ (Colaizzi 1978ปี, as cited in Streubert & Carpenter, 2007) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้จากการบันทึกเทป มาถอดเทปคำพิมพ์แบบคำต่อคำ ทำความเข้าใจ จับกลุ่มคำข้อความ หรือประโยคสำคัญเป็นข้อมูลเดียวกัน สรุปเป็น

ความคิดรวบยอดทั้งประเด็นหลัก และประเด็นย่อย นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องเพื่อยืนยันผลการวิจัย ผู้วิจัยวิเคราะห์หาความหมายของข้อมูลที่รับ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยทราบว่าข้อมูลที่ได้นั้นมีความอึดตัว และตอบคำถามการวิจัยแล้ว ภายหลังจากที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ครบถ้วนหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้นำไปเป็นคำถาม และกำหนดประเด็นที่ใช้สัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ผู้วิจัยนำข้อสรุปที่ได้มาบันทึกและอธิบายข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการศึกษา อ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นว่าข้อมูลนั้นเป็นความจริง มีหลักฐานตรวจสอบได้ แสดงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จัดเป็นหมวดหมู่เขียนบรรยายเรียบเรียงแล้วไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่ชัดเจนเมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมแล้ว ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 14 ราย ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 85.71) เพศชาย 2 คน (ร้อยละ 14.29) ส่วนใหญ่มี อายุ 50 - 60 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 71.43) การศึกษาระดับประถมศึกษา มีมากที่สุด จำนวน 7 คน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือไม่ได้ศึกษา จำนวน 2 คน (ร้อยละ 14.29) มีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 71.43) รองลงมาเป็นสถานภาพหย่าร้าง จำนวน 3 คน

(ร้อยละ 21.43) และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็น ย่ำ/ชายกับเด็กพิเศษจำนวน 11 คน (ร้อยละ 78.57) รองลงมาความสัมพันธ์เป็นมารดากับเด็กพิเศษ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 21.43)

2. ประเด็นในความรอบรู้ทางสุขภาพจิต
สามารถอธิบายได้ 6 ประเด็นดังนี้

1. บอกถึงความทุกข์ทางจิตใจ
เพื่อให้ตนเองเข้าถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจ เมื่อ รับรู้แล้วว่าสิ่งนี้ไม่ดี จะได้ตระหนักว่าต้องรีบแก้ไข เพื่อไม่ให้อารมณ์ดังกล่าวอยู่นาน และส่งผลให้เกิด ปัญหาสุขภาพจิตตามมาดังคำบอกเล่าที่ว่า

“บอกถึงความทุกข์ทางจิตใจ คือ ซึมเศร้า เครียด มองเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ ปัญหาบ่อย ๆ แต่เขาสามารถทำให้เป็นเรื่องใหญ่ ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2567)

“บอกถึงความทุกข์ทางจิตใจ คือ สภาพจิตใจ เกี่ยวกับทางด้านอารมณ์ มองโลกในแง่ ร้าย ผ่อนคลาย เครียดไม่ได้ มีโรคปวดหัวบ่อย ๆ ไม่อยากกินอะไร เป็นคนที่ค่อนข้างเก็บตัว ไม่ร่า เริง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7, 2567)

“บอกถึงความทุกข์ทางจิตใจ คือ เป็นความหงุดหงิดง่าย อารมณ์ไม่ดีทุกเรื่อง หงุดหงิดง่าย ซีน้อยใจง่าย เสียใจง่าย เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากออกไปไหน” (ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 9, 2567)

2. บอกสาเหตุการเกิดปัญหา
สุขภาพจิต คือ บอกสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ตนเองตระหนักว่าสิ่งกระตุ้นคืออะไร จะได้ แก้ไขได้ทันท่วงที ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“บอกสาเหตุการเกิดปัญหา

สุขภาพจิต คือ เรื่องเศรษฐกิจการเงิน ครอบครัวมี ปัญหาหนัก การทำงานไม่เป็นไปดั่งใจ และก็สุขภาพ การเจ็บป่วยของตนเองและคนในครอบครัว อาจจะ มาจากหลาย ๆ อย่างรวมกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7, 2567)

“บอกสาเหตุการเกิดปัญหา สุขภาพจิต คือ ปัญหาด้านการเงินไม่พอ ใช้ เศรษฐกิจไม่ดี และปัญหาทางครอบครัวทะเลาะกัน ไม่เข้าใจกัน หลบหนีปัญหา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, 2567)

“บอกสาเหตุการเกิดปัญหา สุขภาพจิต คือ เกิดจากคนในครอบครัวไม่เข้าใจกัน และเรื่องสุขภาพความเจ็บป่วยของคน ใน ครอบครัว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10, 2567)

3. การดูแลตนเองให้สุขภาพจิตดี
คือบอกถึงการดูแลตนเองให้สุขภาพจิตดี เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพใจ ให้สามารถปรับตัวในชีวิต ให้ เกิดประโยชน์ทั้งการทำงาน สังคม ความคิดและ อารมณ์เป็นปกติ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรค ทางจิตเวช ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“พยายามใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ให้สบายใจ สุขภาพดีได้จากคนในครอบครัว และใช้ชีวิตประจำวัน ทำหน้าที่ของเรา คนใน ครอบครัวก็ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเองให้ดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, 2567)

“ส่วนมากเวลามีปัญหาจะ ประึกษาคนในครอบครัว และคิดวิธีแก้ไขว่าจะไป ในทางไหน ช่วยกันแก้ไขปัญหาค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 2, 2567)

“พยายามมองโลกในแง่ดี ไม่

เครียด ปลดอวาง ออกกำลังกาย สวดมนต์ ไปคุยกับเพื่อนบ้านบ้างจะได้ไม่เครียดสบายใจนะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7, 2567)

4. การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ได้บอกถึงการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทางเลือกของบุคคลในการขอความช่วยเหลือหรือการดูแลรักษา ช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาบำบัดหรือเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้ามีปัญหาขอความช่วยเหลือจากแพทย์ เพื่อให้หายเครียด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7, 2567)

“ถ้ามีปัญหาจะไปพบแพทย์ ซึ่งแพทย์ก็จะให้คำแนะนำและให้ข้อมูลทำให้ไม่เกิดความเครียด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13, 2567)

5. การเข้าถึงแหล่งการช่วยเหลือ ได้บอกถึงการเข้าถึงแหล่งการช่วยเหลือ เพื่อให้ตนเองเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการอย่างง่าย ๆ เพียงพอตรงกับความต้องการจนสามารถนำไปใช้ตัดสินใจเพื่อการดูแลจัดการสุขภาพได้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้ามีปัญหา ก็จะไปศึกษาทางอินเทอร์เน็ตจากแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ ถ้าเกี่ยวข้องกับสุขภาพก็จะปรึกษาหมอกะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 2567)

“อันดับแรกคือการหาข้อมูลทาง Google และอันดับที่สองคือการอ่านหนังสือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตกะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, 2567)

6. ความลำบากใจไม่เต็มใจที่จะ พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตกับสมาชิกใน

ครอบครัว ญาติ และเพื่อน เกิดความลำบากใจที่จะปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เพราะกลัวถูกตีตราหรือถูกมองว่าเป็นโรคประสาทซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการขอความช่วยเหลือและการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ลำบากใจ กลัวคนรอบข้างไม่เข้าใจ และเกรงใจคนรอบข้างเวลาที่คนสุขภาพจิตไม่ดีเสียงดัง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2567)

“ลำบากใจ ก็อยู่ที่ตัวเราว่าจะเปิดใจคุยกับใครได้บ้าง แล้วถ้าเปิดใจไปแล้วเขาจะรับฟังเราแค่ไหน เขาจะพูดไปในทางบวกหรือลบและความเข้าใจของแต่ละครอบครัว บางครอบครัวก็เข้าใจ แต่บางครอบครัวไม่เข้าใจ เขาเข้าใจแล้วว่าต้องทำแบบนี้ ต้องได้แบบนี้ ก็อยากให้ระวังในการใช้คำพูด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12, 2567)

การอภิปรายผล

จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กพิเศษที่มาใช้บริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ปกครองเด็กพิเศษได้ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตออกเป็น 6 ประเด็น มีความคล้ายคลึงกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (นุสรรา, 2561; Attygalle et al., 2017; Jorm, 2000) โดยอธิบายถึงความรอบรู้ 6 ข้อดังนี้ 1) ความรอบรู้ในความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรอบรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรอบรู้เกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรอบรู้เกี่ยวกับความเชื่อในการแสวงหาความช่วยเหลือจาก

บุคลากรด้านสุขภาพ 5) ความรอบรู้เกี่ยวกับทัศนคติต่อบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และ 6) ความรอบรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตในการให้ความหมายความรอบรู้ทางสุขภาพจิตตามมุมมองของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษดังนี้

1. บอกลถึงความทุกข์ทางจิตใจซึ่งการมีความรอบรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตหรือความทุกข์ทางจิตใจจะทำให้ตนเองเข้าใจความผิดปกติทางด้านจิตใจ เมื่อรับรู้แล้วว่าสิ่งนี้ไม่ดี จะได้ตระหนักได้ว่าต้องรีบแก้ไขเพื่อไม่ให้อารมณ์ดังกล่าวอยู่นาน เช่น ลักษณะรวมทั้งอาการของโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ที่เป็นอาการความผิดปกติทางจิตใจฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการจดจำและจำแนกอาการของความผิดปกติทางจิตใจ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพจิต (ณัฐภรณ์ สัตินันท์ ศรีวิชัย และ มัจฉริย์ กุวิวัฒน์ชัย, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ เมอร์ฟีและคณะ (Murphy et al., 2024) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าหากผู้รับบริการมีความรู้ โดยการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตจะช่วยลดความเครียดของผู้ใช้บริการ ซึ่งพบว่าความเครียดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตและการกำเริบของโรคอีกครั้ง และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชได้

2. บอกลสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การรู้สาเหตุ จะนำมาสู่การแก้ปัญหาได้ตรงจุด และแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที่ ความเครียดและปัญหาจะลดลง

สอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรรา (2561) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต เกิดจากความกดดันของครอบครัว การไม่มั่นใจในรูปร่างตนเอง การขาดความมั่นใจ การสูญเสียคนหรือของรัก เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการทางจิตเวช

3. การดูแลตนเองให้สุขภาพจิตดี คือการรักษาสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ให้ดี เพื่อพัฒนาความสุขและให้สามารถปรับตัวในชีวิต ให้เกิดประโยชน์ทั้งการทำงาน สังคม ความคิดและอารมณ์เป็นปกติ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชสอดคล้องกับการศึกษาของ อติพร สิทธิมงคล (2566) พบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุกิจกรรม 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การทำกิจกรรมที่ชอบ ได้แก่ การออกไปพบปะผู้คน การออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ การนั่งสมาธิเป็นกิจกรรมที่ช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้ 2) สามารถพูดคุยบอกเล่าเรื่องที่ไม่สบายใจให้กับครอบครัว หรือคนที่ไว้วางใจรับฟังได้ และ 3) หากมีปัญหาก็พยายามแก้ไขก่อน ถ้าไม่ได้ผลจึงจะไปขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นอย่างเหมาะสม เป็นวิธีดูแลตนเองเบื้องต้นเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาจนกลายเป็นเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต

4. การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นทักษะในการแสวงหาความช่วยเหลือและทักษะในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งเป็นทางเลือกของบุคคลในการขอความช่วยเหลือหรือการดูแลรักษา ช่วยให้ผู้บุคคลตัดสินใจในการ

เข้ารับการรักษาบำบัดด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของอดิพร สิทธิมงคล (2566) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับกิจกรรม 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) มีความมั่นใจว่าหากเกิดปัญหาสุขภาพจิตและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จะสามารถเข้าใจและรับฟังได้ดี 2) เชื่อว่าหากมีปัญหาสุขภาพจิตแล้วได้รับการรักษาด้วยยา จะสามารถปรับลดหรือหยุดยาได้เองเมื่ออาการป่วยดีขึ้นหรือหายแล้ว และ 3) มีความรู้ว่าจะหากมีปัญหาสุขภาพจิต จะสามารถขอรับคำปรึกษาจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ได้ ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ และขอรับคำปรึกษาเป็นวิธีการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ทันทั่วทั้ง

5. การเข้าถึงแหล่งการช่วยเหลือเป็น ความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับวิธีการในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง เพื่อให้ตนเองเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการอย่างง่าย ๆ เพียงพอ ตรงกับความต้องการจนสามารถนำไปใช้ตัดสินใจเพื่อการดูแลจัดการสุขภาพได้สอดคล้องกับการศึกษาของอดิพร สิทธิมงคล (2566) พบว่า กลุ่มตัวอย่างระดับกิจกรรม 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) มีความรู้ในการเข้าพบบุคลากรด้านสุขภาพจิตและผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 2) มีความรู้เพิ่มเติมในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การค้นหาทางอินเทอร์เน็ต การดูรายการทีวี การสอบถามเพื่อนหรือคนรู้จัก เป็นต้น และ 3) มีความรู้ว่าจะค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้จากแหล่งข้อมูลที่

หลากหลายได้ ซึ่งความสามารถในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสม เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพจิต เป็นวิธีการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่จะตามมาได้ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสม เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

6. ความลำบากใจ เป็นอุปสรรคต่อการขอความช่วยเหลือและการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ตัวอย่าง เช่น คนส่วนใหญ่ไม่เต็มใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตกับสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อน เกิดความลำบากใจที่จะปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เพราะกลัวถูกตีตราหรือถูกมองว่ามีความผิดปกติทางจิต เช่นเดียวกับการศึกษาการเป็นแบบอย่างในความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเอง การตีตราในการขอความช่วยเหลือ และพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ ของลาสไควส์ และคณะ (Lasquites et al., 2024) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความแพร่หลายในระดับปานกลาง ประชากรทั่วไปไม่เต็มใจที่จะรับบริการด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการตีตราทางสังคม ซึ่งส่งผลให้บุคคลต่างๆ หลีกเลี่ยงความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ และการศึกษาของเมอร์ฟี และคณะ (Murphy et al., 2024) พบว่า ผู้รับบริการและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่สนับสนุนความเชื่อเกี่ยวกับโรคจิต เช่น ความเชื่อที่ว่าผู้ที่

โรคจิตจะมีความรุนแรง จิตใจอ่อนแอ หรือมีความเจ็บป่วยตลอดชีวิต เป็นการติตราต่อผู้ที่เป็นโรคจิต เกทย์ยังคงเป็นปัญหา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติพยาบาล

สามารถนำข้อมูล ไปประยุกต์ใช้ในสร้างโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต เพื่อสามารถรู้เท่าทันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิต รวมทั้งแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อไปในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ข้อเสนอแนะด้านการบริหารการพยาบาล

เสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพจิต เพื่อสร้างทัศนคติลดการติตราด้วยการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัย และพัฒนาชุดความรู้ทางสุขภาพจิต หรือสื่อที่ช่วยเพิ่มความรู้ทางสุขภาพจิตด้านการปรับทัศนคติ ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษเพื่อให้สังคมเกิดความเข้าใจและลดการติตราในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐรุณห์สังข์ ศรีวิชัย, และมัจฉริย์ ภู่วิวัฒน์ชัย. (2564). นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต. *วารสารสังคมสงเคราะห์*, 29(2), 37-65.
- ณัฐรุณห์สังข์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง, และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ์. (2563). นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 29(2), 37-65.

- นุสรานามเดช, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, และอรทัย สงวนพรรค. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 125-138.
- ปภาดา น้อยวงศ์, และสกลสุภา สิงคบุตร. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงทองแห่งจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 41(3), 1-11.
- ประไพพิมพ์ สุธีวินนันทน์, และประสพชัย พสุนนท์. (2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารปริชิต มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 29(2), 31-48.
- ปริญดา ตาลี. (2565). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 30(1), 94-95.
- ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์, และเสาวลักษณ์ แสนฉลาด. (2557). การศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติกความรู้และความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 25(2), 26-40.
- ภาคิน บุญพิชชาชาญ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และเดชา ทำดี. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 186-199.
- อดิพร สิทธิมงคล. (2566). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Attygalle, U. R., Perera, H., & Jayamanne, B. D. W. (2017). Mental Health Literacy in Adolescents: Ability to Recognize Problems, Helpful Interventions and Outcomes. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 1-8.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.

Lasquites, J. G. A., Etom, A. L. M., Hayag, K. T. C., Manaois, J. O., & Barros, M. L. R. (2024). Examining the Moderating Role of Mental Health Literacy on the Relationship between Self-Stigma, Stigma on Seeking Help, and Help-Seeking Behavior. *International Journal of Research and Scientific Innovation*, 11(1), 191-201.

Murphy, C., Hardman, M. P., Reynolds, K. A., & Mota, N. (2024). Mental Health Literacy and Information Needs of Young Persons with Psychosis and their Support Persons. *Research Square*, 1-25.

Streubert, H.J., & Carpenter. (2007). *Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative*. (3rd ed.). Lippincott Williams and Wilkins.

ANXIETY RESILIENCE AND DEPRESSION OF ENGINEERING STUDENTS IN NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE

*Supakit Vongcharoenpon, M.Eng. *, Varisara Wanatra, B.Eng.***

Abstract

Objective: 1) To study anxiety, resilience, and depression among engineering students. 2) To study the relationship between anxiety, resilience and depression among engineering students.

Methods: The research methods were conducted as proposed by the Human Research Ethics Committee, at Walailak University. Using personal information questionnaires, life resilience assessments, anxiety assessments, depression screening forms 9 questions. Descriptive statistics were used, and statistical correlations were determined using Pearson Correlation statistics from a sample population of 431 people.

Results: Most of the sample group had a low level of anxiety (62.88%), a high level of resilience (85.38%), and showed no depression (64.97%). Regarding depression among the sample group, 35.03% exhibited symptoms of depression, which is a higher incidence than that of the general population. Furthermore, anxiety was found to have a negative correlation with resilience ($r = -0.174, p < 0.05$) and a positive correlation with depression among the sample ($r = 0.580, p < 0.05$). Resilience, on the other hand, showed a negative correlation with depression among the sample ($r = -0.114, p < 0.05$).

Conclusion: The engineering students exhibited low levels of anxiety, high levels of resilience, and most did not show symptoms of depression. It was found that resilience had a negative impact on depression and anxiety, while anxiety had a positive effect on depression. The findings of this study serve as data for planning recommendations for individuals with low resilience, moderate to severe depression, and anxiety, to receive professional care in order to address potential issues arising from depression and enable them to manage their well-being appropriately.

Keywords: depression, resilience, anxiety

*Corresponding author: Officer, School of Engineering and Technology, Walailak University, e-mail: supakit.vo@wvu.ac.th

**Officer, School of Engineering and Technology, Walailak University

Received: 17 May 2023, Revised: 1 February 2025, Accepted: 8 February 2025

ความวิตกกังวล ความแข็งแรงในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ศุภกิจ วงษ์เจริญผล, วศ.ม.*, วิศรา วนันตระ, วศ.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล ความแข็งแรงในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 431 คน ดำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิตและแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ Pearson Correlation ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับต่ำ (ร้อยละ 62.88) มีความแข็งแรงในชีวิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.38) ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 64.97) นอกจากนี้พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความแข็งแรงในชีวิต ($r = -0.174, p < 0.05$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.580, p < 0.05$) และความแข็งแรงในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ($r = -0.114, p < 0.05$)

สรุป : นักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ความแข็งแรงในชีวิตอยู่ระดับสูงและส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า และพบว่าความแข็งแรงในชีวิตมีผลกระทบทางลบกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล โดยความวิตกกังวลมีผลทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนในการให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล ความแข็งแรงในชีวิตต่ำ และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง และพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อลดปัญหาที่อาจจะเกิดจากการเป็นโรคซึมเศร้าและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ความแข็งแรงในชีวิต, ความวิตกกังวล

*ผู้ประสานงานบทความ: นักวิชาการ สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, e-mail: supakit.vo@wu.ac.th

**นักวิชาการ สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วันที่รับ: 17 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 1 กุมภาพันธ์ 2568, วันที่ตอบรับ: 8 กุมภาพันธ์ 2568

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว มีความต้องการความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก ขณะเดียวกันยังต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเข้ากับเพื่อน และการรับมือกับสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าจากภายนอก ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567) สาเหตุของความเครียดในวัยรุ่นนั้นมีความหลากหลายทั้งเรื่องส่วนตัว ความสัมพันธ์และความรัก ความคาดหวังต่อตนเอง ในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงความคาดหวังจากผู้ปกครอง (เบญจพร ตันตสูติ, 2560) หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวและจัดการกับความเครียดของตนเองได้จะส่งผลต่อสภาวะจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ขาดกำลังใจ ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปได้ ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการเป็นนักเรียน นักศึกษา ไม่สามารถพัฒนาตนเองได้ ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (พรหมมณี โสชิน, 2557) ในปี 2552-2567 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 1,370,220 คน จากจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 50,748,905 คน (กรมสุขภาพจิต, 2567) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกด้วยความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ และท้อแท้ อาจมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (กันทรส สุขกุล และคณะ, 2567) ผลกระทบที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าคือการเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ความเครียด และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (วินัย รอบคอบ สมบัติ สกุลพรรณ และหรรษา เศรษฐบุปผา, 2561) โดยแพทย์ได้จำแนกโรคซึมเศร้าไว้ 3 ระดับตามความรุนแรง คือ ซึมเศร้าเล็กน้อย ซึมเศร้าปานกลาง และซึมเศร้ารุนแรง ความต่างของความรุนแรง จะมีความคิดเกี่ยวกับการอยากฆ่าตัวตายเข้ามาเกี่ยวข้อง ระดับรุนแรงที่สูงขึ้นจะมีความคิดเรื่องการอยากตายมากขึ้น พร้อมกับมีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตายสูงขึ้น (อิริชาติ โรจนะหัสติน และจันทิมา อังคพณิชกิจ, 2564)

ความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ I have, I am และ I can โดยที่ I have (ฉันมี) เป็นแหล่งสนับสนุนที่เกิดจากภายนอกส่งผลให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต เช่น ครอบครัวที่เข้าใจ หรือชุมชนที่มั่นคง มีคนที่สามารถไว้ใจได้อยู่ภายในและภายนอกครอบครัว เป็นต้น I am (ฉันเป็น) เป็นความเข้มแข็งที่อยู่ภายในของแต่ละบุคคล เช่น เป็นคนที่รู้จักเห็นใจผู้อื่น มีความห่วงใยคนรอบข้าง และเป็นคนที่บุคคลอื่นปฏิบัติสัมพันธ์ด้วยแล้วมีความสุข เป็นต้น I can (ฉันสามารถ) ถือเป็นทักษะที่ใช้สำหรับแก้ปัญหา รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น สามารถหาทางออก หรือวิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ และสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเวลาที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือได้ เป็นต้น (Grotberg, 1999a, 1999b, 2003) จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นน้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่ง ในภาคกลาง (โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2561) พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าผลการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา (สมดี อนันต์ปฏิเวช และคณะ, 2565)

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ทุกคนประสบในชีวิตประจำวันซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มองว่าเกินความสามารถของตนเอง หรือรู้สึกถึงการถูกคุกคามต่อความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิต ความวิตกกังวลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความคิดและการรับรู้ของบุคคลในขณะเผชิญกับสถานการณ์นั้น (ตฤติลา จำปาวัลย์, 2561) โดยความวิตกกังวลในระดับต่ำสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความตื่นตัว กระตือรือร้น พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ เรียนรู้ และแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม หากความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น อาจส่งผลเสีย ทำให้บุคคลขาดความสามารถในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม (รุ่งภรณ์ กล้ายประยงค์, 2566) โดยจากผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กานตพัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร และคณะ, 2566)

ในปีการศึกษา 2567 พบว่ามีนักศึกษาทั่วประเทศเรียนในสาขาวิศวกรรมศาสตร์สูงเป็นอันดับที่ 2 คือ 202,153 คน (สำนักงานปลัด

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2567) หลังจากการเข้าเรียนนักศึกษาหลายคนต้องอยู่ห่างไกลจากครอบครัวต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคย ต้องพบปะผู้คนใหม่ๆ สร้างมิตรภาพใหม่ และปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตใหม่ สำหรับผู้ที่อยู่หอพัก ต้องเรียนรู้ที่จะจัดการงานบ้านด้วยตนเอง ประหยัดค่าใช้จ่าย และรับมือกับการเดินทางในชีวิตประจำวัน ถือเป็น การเปลี่ยนผ่านสู่ผู้ใหญ่ นักศึกษาจะต้องพึ่งพาตนเอง แทนการพึ่งพาพ่อแม่ พี่น้อง หรือเพื่อน (Priyadarshini & Rubeena, 2016) ซึ่งการเรียนในสาขาวิชาวิศวกรรมศาสตร์นักศึกษาต้องเผชิญกับความท้าทายและต้องมีการปรับตัวในการเรียนเนื่องจากเนื้อหาในการเรียนมีความยาก ทำให้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจิต นอกจากนี้นักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์มีแนวโน้มที่จะไม่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อประสบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Tait et al., 2024) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาความวิตกกังวล ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ ซึ่งคาดว่าปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของนักศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลนักศึกษาที่ต้องเผชิญความยากลำบากในการปรับตัว รู้สึกแปลกแยก อายกแยกตัวจากสังคม และเกิดความโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความแข็งแกร่งในชีวิต และความวิตกกังวล ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตช่วยให้คนทุกคนสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเผชิญกับสภาวะอันเลวร้ายหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด เป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาเอาตัวรอด สามารถทำให้ตนเองผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบากไปได้อย่างรวดเร็วมีความเข้าใจชีวิตได้ดีขึ้น (พัชรินทร์ นินท์จันทร์ และคณะ, 2555) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า (นฤมล สมรรคเสวี และ โสภณิ แสงอ่อน, 2558) และพบว่าบุคคลที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ความเครียดจะไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นซึ่งแตกต่างจากบุคคลที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเมื่อพบกับสถานการณ์ที่มีความเครียด (Hjemdal et al., 2006) ความวิตกกังวลคือภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด หรือหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่ง

สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety) ซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญหน้า และความวิตกกังวลแฝง (Trait-Anxiety) ซึ่งเป็นลักษณะความวิตกกังวลที่ติดตัวบุคคล (Spielberger & Vagg, 1995) งานวิจัยยังชี้ให้เห็นว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และสามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาได้ (Chen et al., 2015) และปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา เช่น ความพอเพียงของรายได้ บรรยากาศในครอบครัว ภาวะสุขภาพเป็นต้น (นฤมล สมรรคเสวี และ โสภณิ แสงอ่อน, 2558)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปีการศึกษา 2566 โดยเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสมการของ Yamane (1973) มีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และขอบเขตความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 95 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 276 คน เพื่อให้ได้การสำรวจที่ครอบคลุมมากที่สุด ทางผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวเลขของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 เท่า คือ 552 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงาน

วิจัย 431 คน โดยไม่ได้จำเพาะเจาะจง ซึ่งเพียงพอต่อการทำวิจัย การคัดเลือกเป็นแบบสุ่มโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือนักศึกษาสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ และเทคโนโลยีที่ยินยอมตอบแบบสอบถามของงานวิจัย และเกณฑ์การคัดออกคือนักศึกษาไม่ยินยอมที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ชั้นปี เพศ สถานภาพบิดา มารดา แหล่งรายได้ของนักศึกษา รายได้จากผู้ปกครอง การกู้ยืมเงินจาก กยศ. หรือ กรอ. ความพึงพอใจกับรายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง สุขภาพร่างกาย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตพัฒนาโดย พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2553) จากแนวคิด ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ของ Grotberg (1995; 1997; 1999a, 1999b) แบบสอบถามแบ่งคำถามเป็น 3 ส่วน รวมทั้งหมด 28 ข้อ โดยแบ่งเป็น I have (ฉันมี) 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 5, 7, 11, 18, 23, 24 และ 28 สำหรับ I am (ฉันเป็น) 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 25 และ 27 สุดท้าย I can (ฉันสามารถ) 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 6, 8, 10, 14, 15, 20, 22 และ 26 การทำแบบสอบถามนี้เป็นแบบการประมาณค่า 5 ระดับ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = เฉย ๆ 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนรวมของแบบทดสอบจะอยู่ที่ 28 - 140 คะแนน ผู้ที่

มีคะแนนสูงหมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตมากในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .95

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI Form Y-1) พัฒนาโดย Spielberger et al (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชาตรี นนทศักดิ์ และคณะ (ดารารวธรรม ต๊ะปิ่นตา, 2535) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวล โดยประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามที่แสดงความวิตกกังวลทางบวก 10 ข้อ และแสดงความวิตกกังวลในทางลบ 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) (วรางคณา พุทธรักษ์, 2564) แต่ละข้อประเมินค่าเป็น 4 ระดับคือ ไม่รู้สึกเลย เท่ากับ 1 คะแนน ไปจนถึง รู้สึกเกือบตลอดเวลา เท่ากับ 4 คะแนน คะแนนการประเมินมีค่าตั้งแต่ 20 - 80 คะแนน เมื่อรวมผลคะแนนได้มากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง ผลรวมคะแนนน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ และสามารถแบ่งความรู้สึกวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนน คือ ความวิตกกังวลระดับต่ำ 20 - 40 คะแนน ระดับปานกลาง 41 - 60 คะแนน และระดับสูง 61 - 80 คะแนน (สุจิตรา อูร์ตนมณี และสุภาวดี เลิศสำราญ, 2560) นอกจากนี้จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการใช้เครื่องมือ STAI สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ (Vitasari et al., 2011) สำหรับงานวิจัยนี้เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .85

ส่วนที่ 4 แบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9 คำถาม เป็นแบบประเมินผู้ที่มีแนวโน้มต่อความเสี่ยงการเป็นโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต 2567) โดยเป็นการตอบคำถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อให้ประเมินค่าเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือไม่มีเลย 0 คะแนน เป็นบางวัน 1 คะแนน เป็นบ่อย 2 คะแนน และเป็นทุกวัน 3 คะแนน หากคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน แสดงว่าไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก คะแนนรวมตั้งแต่ 7 - 12 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนนรวม 13 - 18 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยในงานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายใต้การรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เอกสารเลขที่ WUEC-21-327-02 รหัสโครงการที่ WU-EC-EN-2-322-64 ซึ่งเป็นสถานที่ในการรวบรวมข้อมูลวิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ให้แก่มูลนิธิตัวอย่างประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุ ชื่อ นามสกุล กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ หากไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่จำเป็นต้องตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลกระทบใดใดทั้งสิ้น

ซึ่งในหน้าแรกของแบบสอบถามจะมีรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมก่อนถึงจะสามารถเริ่มทำแบบสอบถามได้ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมหรือเปลี่ยนใจสามารถแจ้งแก่ผู้วิจัยได้ตลอดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในปีการศึกษา 2566 มีการขออนุญาตคณบดีสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อเก็บข้อมูลสำหรับทำการวิจัย มีการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านกิจกรรมคณบดีพบนักศึกษาโดยในกิจกรรมดังกล่าวมีนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์เข้าร่วมทุกชั้นปีและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย กระบวนการวิจัย การทำแบบประเมินสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิต และความวิตกกังวล หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลโดยผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์และบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติบรรยายด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลภาวะซึมเศร้า ข้อมูลความแข็งแรงในชีวิตและข้อมูลความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 431 คน ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาเพศหญิง ร้อยละ 50.35 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 45.01 รองลงมาคือชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 26.22 ปีสถานภาพสมรสของบิดา มารดา ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.77 ส่วนใหญ่ได้รับรายได้จากทั้งบิดาและมารดา ร้อยละ 54.99 ส่วนใหญ่ร้อยละ 32.94 ได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือน 4,000 - 6,000 บาท และมีความพึงพอใจกับรายได้ที่ได้รับต่อเดือน ร้อยละ 95.13 นักศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 49.19 ศึกษเพื่อการศึกษา นักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.32 มีสุขภาพร่างกายดี และนักศึกษา ร้อยละ 57.31 ไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างจากแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง 431 คน พบว่า มีภาวะซึมเศร้าน้อย ร้อยละ 35.03 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 28.07 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 5.34 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 1.62 นักศึกษาทุกชั้นปีส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาในอาการระดับรุนแรงพบว่าเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุดร้อยละ 2.07 และเป็นนักศึกษาเพศชาย ร้อยละ 2.34 ทุกสถานภาพของบิดา มารดาส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาในอาการระดับรุนแรงพบว่า นักศึกษาที่บิดา มารดาอยู่ด้วยกันมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 1.97 นักศึกษาที่ได้รับรายได้จากในสถานภาพส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาในอาการระดับรุนแรงพบว่าเป็นนักศึกษาที่ได้รับรายได้ทั้ง

จากบิดาและมารดา ร้อยละ 1.69 นักศึกษาที่ได้รับรายได้ต่อเดือนทุกสถานภาพส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาในอาการระดับรุนแรงพบว่าเป็นนักศึกษาที่ได้รับรายได้ 6,000 - 8,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 3.23 นักศึกษาส่วนใหญ่ทั้งจากที่กู้และไม่กู้ กยศ. หรือ กรอ. ไม่มีอาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาอาการระดับรุนแรงพบว่าเป็นนักศึกษาที่ไม่กู้ กยศ. หรือ กรอ. ร้อยละ 1.42 นักศึกษาที่พอใจหรือไม่พอใจกับรายรับที่ได้รับจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาอาการระดับรุนแรงพบว่าเป็นนักศึกษาที่พอใจกับรายรับที่ได้รับจากผู้ปกครองร้อยละ 1.46 นักศึกษาในทุกสถานภาพของสุขภาพร่างกายส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาอาการในระดับรุนแรงพบว่าเป็นนักศึกษาที่สุขภาพร่างกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 1.15 และในทุกสถานภาพของการมีโรคประจำตัวของนักศึกษาพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาในอาการระดับรุนแรงพบว่าเป็นนักศึกษาที่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 2.88 ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง 431 คน พบว่ามีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 37.62 (SD = 9.77) อยู่ในระดับต่ำ เพศหญิง (38.00, SD = 9.63) มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (37.40, SD = 9.96) เมื่อวิเคราะห์ตามชั้นปีพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยมากที่สุด 39.53 (SD = 39.53) กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพบิดาและมารดาถึงแก่กรรมมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยมากที่สุด

ตารางที่ 1 ค่าความถี่และร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) และความวิตกกังวล ของกลุ่มประชากรตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานส่วนตัว	ความถี่	ร้อยละ	ภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q)				ความวิตกกังวล	ความแข็งแกร่งในชีวิต
			ความถี่ (ร้อยละ)					
			มีอาการรุนแรง	มีอาการปานกลาง	มีอาการน้อย	ไม่มีอาการ		
กำลังศึกษาในระดับชั้น								
ปี 1	194	45.01	4(2.07)	7(3.61)	53(27.32)	130(67)	37.67(9.57)	118.40(22.29)
ปี 2	113	26.22	2(1.77)	12(10.62)	38(33.63)	61(53.98)	39.53(10.61)	114.62(22.81)
ปี 3	109	25.29	1(0.92)	3(2.75)	26(23.85)	79(72.48)	35.94 (9.14)	118.11(25.13)
ปี 4	15	3.48	0(0)	1(6.67)	4(26.67)	10(66.66)	37.13 (9.30)	120 (16.42)
เพศ								
ชาย	214	49.65	5(2.34)	10(4.67)	65(30.37)	134(62.62)	37.40(9.96)	113.70(27.18)
หญิง	217	50.35	2(0.92)	13(5.99)	56(25.81)	146(67.28)	38.00(9.63)	121.03(17.24)
สถานภาพบิดา มารดา								
อยู่ด้วยกัน	305	70.77	6(1.97)	14(4.59)	84(27.54)	201(65.9)	36.90(9.71)	118.63(22.36)
แยกกันอยู่	29	6.73	1(3.45)	2(6.9)	8(27.59)	18(62.06)	40(7.65)	104.79(31.29)
มารดาถึงแก่กรรม	7	1.63	0(0)	0(0)	3(42.86)	4(57.14)	37.00(7.79)	119.29(21.80)
บิดาถึงแก่กรรม	28	6.49	0(0)	2(7.14)	8(28.57)	18(64.29)	39.50(12.10)	113.43(23.55)
บิดาและมารดาถึงแก่	2	0.46	0(0)	1(50)	0(0)	1(50)	43.50(23.33)	109.00(32.53)
กรรม								
หย่าร้าง	58	13.46	0(0)	4(6.9)	17(29.31)	37(63.79)	39.47(9.41)	119.45(20.06)
ไม่ตอบ	2	0.46	0(0)	0(0)	1(50)	1(50)	46.50(12.02)	109.50(10.61)
แหล่งรายได้ของ								
นักศึกษา								
ทั้งจากบิดา มารดา	237	54.99	4(1.69)	10(4.22)	57(24.05)	166(70.04)	36.55(9.76)	119.45(23.51)
บิดา	45	10.44	2(4.44)	3(6.67)	14(31.11)	26(57.78)	40.24(8.29)	114.44(18.83)
มารดา	102	23.67	1(0.98)	4(3.92)	36(35.29)	61(59.81)	39.25(9.53)	114.17(23.27)
ญาติ (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง	20	4.64	0(0)	5(25)	4(20)	11(55)	37.65(10.14)	118.35(16.98)
ป้า น้า อา								
ไม่ได้จากใคร	3	0.69	0(0)	1(33.33)	0(0)	2(66.67)	38.00(19.29)	118.00(28.35)
เลี้ยงดูตนเอง								
ไม่ตอบ	24	5.57	0(0)	0(0)	10(41.67)	14(58.33)	37.79(11.37)	115.42(27.16)
รายได้ผู้ปกครอง								
(ต่อเดือน)								
ต่ำกว่า 1,000 บาท	8	1.85	0(0)	0(0)	3(37.50)	5(62.50)	37.25(11.80)	118.25(25.66)
2,000-3,000 บาท	67	15.54	2(2.99)	7(10.45)	17(25.37)	41(61.19)	38.79(10.31)	118.12(16.65)
3,000-4,000 บาท	80	18.56	1(1.25)	3(3.75)	22(27.5)	54(67.5)	38.61(10.13)	117.88(21.78)
4,000-6,000 บาท	142	32.94	1(0.70)	3(2.11)	45(31.69)	93(65.5)	36.48(8.80)	116.65(26.68)
6,000-8,000 บาท	93	21.16	3(3.23)	6(6.45)	21(22.58)	63(67.74)	38.28(9.82)	119.14(23.01)
มากกว่า 10,000 บาท	37	8.58	0(0)	4(10.81)	12(32.43)	21(56.76)	37.35(10.04)	114.62(24.88)
ไม่ตอบ	4	0.92	0(0)	0(0)	1(25)	3(75)	35.50(20.62)	125.25(21.53)

ตารางที่ 1 ค่าความถี่และร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) และความวิตกกังวล ของกลุ่มประชากรตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนตัว	ความถี่	ร้อยละ	ภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q)				ความวิตกกังวล	ความแข็งแกร่งในชีวิต
			ความถี่ (ร้อยละ)					
			มีอาการรุนแรง	มีอาการปานกลาง	มีอาการน้อย	ไม่มีอาการ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)
การถูกจาก กยศ. หรือ กรอ.								
มี	212	49.19	2(0.94)	14(6.61)	59(27.83)	137(64.62)	38.08(10.00)	118.52(21.43)
ไม่มี	211	48.95	3(1.42)	9(4.27)	60(28.44)	139(65.87)	37.29(9.44)	116.47(24.04)
ไม่ตอบ	8	1.86	2(25)	0(0)	2(25)	4(50)	38.63(13.72)	111.88(34.61)
ความพึงพอใจกับรายรับที่ได้รับจากผู้ปกครอง								
พอใจ	410	95.13	6(1.46)	19(4.63)	115(28.05)	270(65.86)	37.51(9.73)	117.79(23.05)
ไม่พอใจ	19	4.41	1(5.26)	4(21.05)	6(31.58)	8(42.11)	43.05(9.77)	107.16(20.35)
ไม่ตอบ	2	0.7	0(0)	0(0)	0(0)	2(100)	27.00(4.24)	134.00(8.49)
สุขภาพร่างกายตอนนี้								
ดีมาก	112	25.98	2(1.79)	0(0)	19(16.96)	91(81.25)	32.64(8.14)	121.94(28.43)
ดี	260	60.32	3(1.15)	14(5.38)	73(28.08)	170(65.39)	37.83(8.85)	117.31(20.52)
พอใช้	50	11.60	1(2)	7(14)	27(54)	15(30)	46.70(9.95)	110.64(15.50)
ไม่ดีเลย	7	1.62	1(14.29)	1(14.29)	2(28.57)	3(42.85)	46.14(10.42)	102.00(39.98)
ไม่ตอบ	2	0.46	0(0)	1(50)	0(0)	1(50)	50.50(17.68)	96.00(5.66)
โรคประจำตัว								
มี	79	18.33	1(1.27)	8(10.13)	32(40.5)	38(48.1)	41.41(9.32)	117.51(20.65)
ไม่มี	104	24.13	3(2.88)	6(5.77)	25(24.04)	70(67.31)	37.70(10.11)	114.16(23.60)
ไม่ตรวจร่างกาย	1	0.23	0(0)	0(0)	1(100)	0(0)	56	102
ไม่ตอบ	247	57.31	3(1.21)	9(3.64)	63(25.51)	172(69.64)	36.45(9.48)	118.78(23.42)

43.50 (SD = 23.33) เมื่อวิเคราะห์จากแหล่งรายได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งรายได้จากบิดาคนเดียวมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยมากที่สุด 40.24 (SD = 8.29) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรายได้จากผู้ปกครอง 2,000 - 3,000 บาท มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยมากที่สุด 38.79 (SD = 10.31) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตอบคำถามเกี่ยวกับสถานภาพการกู้ยืมมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยมากที่สุด 38.63 (SD = 13.72) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่พอใจกับรายได้ที่ได้รับ

จากผู้ปกครองมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยมากที่สุด 43.05 (SD = 9.77) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยมากที่สุด 50.50 (SD = 17.68) และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยมากที่สุด 41.41 (SD = 9.32) ดังแสดงในตารางที่ 1

4. ความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ข้อมูลความแข็งแกร่งใน

ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 117.39 (SD = 22.99) เพศหญิง (121.03, SD = 17.24) มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ยมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (113.70, SD = 27.18) เมื่อวิเคราะห์ตามชั้นปีพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ยมากที่สุด 118.40 (SD = 22.29) เมื่อวิเคราะห์สถานภาพครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพบิดาและมารดาหย่าร้าง มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ยมากที่สุด 119.45 (SD = 20.06) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งรายได้จากทั้งบิดาและมารดามีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ยมากที่สุด 119.45 (SD = 23.51) เมื่อวิเคราะห์รายได้จากผู้ปกครองพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรายได้ 6,000 - 8,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ยมากที่สุด 119.14 (SD = 23.01) กลุ่มตัวอย่างที่มีการกู้ กยศ. หรือ กรอ. มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ยมากที่สุด 118 (SD = 21.43) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตอบข้อมูลความพึงพอใจต่อรายรับที่ได้รับจากผู้ปกครอง มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ยมากที่สุด 134 (SD = 8.49) เมื่อวิเคราะห์สุขภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพร่างกายดีมาก มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ยมากที่สุด 121.94 (SD = 28.43) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตอบของมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวมีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ยมากที่สุด 118.78 (SD = 23.42) ดังแสดงในตารางที่ 1

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความแข็งแรงในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความแข็งแรงในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความแข็งแรงในชีวิต ($r = -0.174, p < 0.05$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.580, p < 0.05$) และความแข็งแรงในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.114, p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผล

1. ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิชากรรมศาสตร์

ผลจากการศึกษาพบว่า นักศึกษาวิชากรรมศาสตร์ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.03 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาวิชากรรมศาสตร์ระดับปริญญาตรีในประเทศไทย โดยพบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.30 เนื่องมาจากการศึกษาทางวิชากรรมศาสตร์ที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาเกิดการแก้ปัญหาด้วยตนเองส่งผลให้นักศึกษาที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตเกิดความล้มเหลวและไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Huang et al., 2023) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ทางสังคมของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย พบนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงมาก ร้อยละ 27.1 (Bayram and Bilgel, 2008) (Huang et al., 2023) นอกจากนี้พบว่านักศึกษาวิชากรรมศาสตร์มีโอกาที่จะกลับมา

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

		ความวิตกกังวล	ความแข็งแกร่งในชีวิต	ภาวะซึมเศร้า
ความวิตกกังวล	Pearson Correlation	1.000	-0.174*	0.580*
	Sig. (2-Tailed)		0.001	0.001
	N	431	431	431
ความแข็งแกร่งในชีวิต				
	Pearson Correlation	-0.174*	1.000	-0.114*
	Sig. (2-Tailed)	0.001		0.018
	N	431	431	431
ภาวะซึมเศร้า	Pearson Correlation	0.580*	-0.114*	1.000
	Sig. (2-Tailed)	0.001	0.018	
	N	431	431	431

* $p < .05$

เป็นโรคซึมเศร้าได้มากถึง ร้อยละ 82.87 (Siddiqui et al., 2020) โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและอาจจะทำไปสู่ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ คือ การจัดการเวลาและตารางเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความคาดหวังต่อตนเองการดูแลสุขภาพ ภาระงาน สภาพแวดล้อม การเรียนรู้ที่ไม่เหมาะสมและมาตรฐานของมหาวิทยาลัย รวมถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง นอกจากนี้ยังรวมถึงข้อจำกัดหรือภาระทางการเงินและค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต (Hegenauer, 2018)

2. ความวิตกกังวลของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์

ผลจากการศึกษาระดับความวิตกกังวลของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์พบว่ามีค่าคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 37.62 (SD = 9.77) อยู่ระดับ

ต่ำอาจเป็นเพราะเมื่อพิจารณาปัจจัยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีครอบครัวที่สมบูรณ์ มีความพึงพอใจต่อรายได้และมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการประเมินความวิตกกังวลในกลุ่มนักศึกษาแพทย์และวิศวกรรมศาสตร์โดยการวิเคราะห์ปัจจัย ซึ่งนักศึกษาวิศกรรมศาสตร์มีค่าความวิตกกังวลเฉลี่ย 39.01 (SE = 0.76) โดยเมื่อความวิตกกังวลที่สูงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความสามารถของบุคคลในการคิด วิเคราะห์ และเรียนรู้ ผู้ที่ประสบกับความวิตกกังวลมักเผชิญกับความยากลำบากในการมีสมาธิ การจดจำสิ่งที่ได้เรียนรู้ และการสร้างความสัมพันธ์ที่จำเป็นระหว่างเหตุการณ์หรือบุคคล (Ercaan, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ซึ่ง

มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลอยู่ที่ 39.16 (Ping et al., 2024) นอกจากนี้ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลการเรียนของนักศึกษา นักศึกษาที่มีความผิดปกติทางความวิตกกังวล มักแสดงท่าทีเฉื่อยชาในการเรียน เช่น ขาดความสนใจในการเรียน มีผลการสอบและการทำงานที่ไม่ดี โดยความวิตกกังวลและผลการเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (Vitasari et al., 2010)

3. ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษา วิศวกรรมศาสตร์

ผลการศึกษาระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 117.39 (SD = 22.99) ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง การที่นักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงส่งผลให้นักศึกษาสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข และประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hunsu et al. (2021) ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นทักษะชีวิตสำคัญที่นักศึกษาจำเป็นต้องมีเพื่อเอาชนะความล้มเหลวที่เกิดจากปัจจัยที่ไม่อำนวยการ นอกจากนี้ยังพบว่าอาจารย์ผู้สอนในสาขาวิศวกรรมศาสตร์มักจะมุ่งเน้นเพียงการสนับสนุนให้นักศึกษาพัฒนาทางปัญญาและทางเทคนิคเท่านั้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Li Hexian, et al.

(2023) ที่พบว่าความวิตกกังวล ส่งผลทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ความแข็งแกร่งในชีวิตส่งผลทางลบกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ความแข็งแกร่งในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต (Brailovskaia et al., 2018) เนื่องจากนักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงสามารถเข้าใจความหมายของวิธีการเผชิญปัญหาในเชิงบวกได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์เชิงลบและการตอบสนองต่อแรงกดดันจากภายนอก ยังช่วยให้บุคคลสามารถเอาชนะผลกระทบจากอารมณ์เชิงลบได้ (Tugade & Fredrickson, 2004)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต โดยการสอนทักษะการคิดและการแก้ปัญหาโดยจะส่งผลเชิงบวกในการควบคุมจิตใจ เกิดความตระหนักในหน้าที่ของตนเอง และส่งผลต่อภาวะให้ความเครียดลดลง
2. ควรมีกิจกรรมที่มีการพัฒนาทักษะทางสังคมและฝึกการทำงานเป็นทีม เพื่อช่วยเพิ่มความรู้สึกชอบ การวางแผนและการควบคุมตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และการส่งเสริมให้นักศึกษาได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่องโดยนักจิตวิทยา สามารถลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้
3. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และสภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ก่อนเข้าศึกษา เพื่อนำข้อมูลในการประเมินมาใช้ในการวางแผนเตรียมความพร้อมในการให้

การดูแลนักศึกษา ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมนักศึกษาในการเรียน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต.(2567). รายงานการเข้าถึงบริการ โรคซึมเศร้า สะสมรายจังหวัดและเครือข่ายบริการภาพรวมของประเทศ. https://thaidepression.com/www/report/main_report/
- กรมสุขภาพจิต.(31 มกราคม 2567). แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า. <https://catalog.dmh.go.th/no/dataset/testdepress>
- กนต์พัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร, ณัฐริณีย์ เทพา, ธัญชนก สุขพันธ์, รยานวรัตน์นกร, สุทัตดา ศักดิ์สิทธิ์, ณัฐธิดา วงศ์เจริญ, โสฬส อัครตันเสถียร, แสงดาว วัฒนาศกุลเกียรติ, และจิรากร แสนทวิสุข. (2566). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวรในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 17(2), 1-14.
- กันทรธ สุขกุล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2567). ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 17(2), 115-127.
- คาราวารณ ต๊ะปิ่นตา. (2535). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ศุภิลา จำปาวัลย์. (2561). ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 3(1), 13-20.
- เบญจพร ดันตสุติ. (2560). *เข็นฝันขึ้นภูเขา*. กู้ดเดิ้ล พรินต์ติ้ง แอนด์แพคเกจจิ้ง กรุ๊ป.
- พรหมมณี โสชิน. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง].
- พัชรินทร์ นินท์จันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ. (2553). *การพัฒนาแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต*. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พัชรินทร์ นินท์จันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต*. จุดทอง.
- รุ่งกรณ์ กล้ายประยงค์. (2566). ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหงในยุคการหยุดชะงักสองต่อ. *วารสารรามคำแหง ฉบับบัณฑิตวิทยาลัย*, 6(3), 33-48
- วางกณา พุทธิรักษ์. (2564). ผลของการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับภาวะเจ็บความรู้สึกแบบทั่วไปต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. *พยาบาลสาร*, 48(1), 269-280.
- วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกฤตพรณ์, และहरรรษา เศรษฐนุปลา. (2561). ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเครียดต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. *วารสารพยาบาล*, 45(4), 144-158.
- สมมติ อนันต์ปฏิเวธ, นันทนภัต แววกระโทก, และสุกัญญา แก่นสูงเหลืออม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 4(3), 1-16.
- สมรทิพย์ วิกาวนิช. (2567). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัย ที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 18(1), 72-82.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2567). *บริการข้อมูลสถิติจำนวนนักศึกษาจำแนกตาม ISCN*, https://info.mhesi.go.th/homestat_std.php
- สุจิตรา อุรัตนมณี, และสุภาวดี เลิศสำราญ. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่เตรียมตัวสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 78-94.
- โสภณ แสงอ่อน. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 13-38.
- อริชาติ โรจนะหัสดีน, และจันทิมา อังคพัฒนิจ. (2564). สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย. *วารสารเทคโนโลยีสุรนารี*, 15(1), 61-86.

- Brailovskaia, J., Schönfeld, P., Zhang, X. C., Bieda, A., Kochetkov, Y., & Margraf, J. (2018). A cross-cultural study in Germany, Russia, and China: are resilient and social supported students protected against depression, anxiety, and stress?. *Psychological reports*, 121(2), 265-281.
- Chen, C. J., Chen, Y. C., Sung, H. C., Hsieh, T. C., Lee, M. S., & Chang, C. Y. (2015). The prevalence and related factors of depressive symptoms among junior college nursing students: a cross-sectional study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(8), 590-598
- Ercan, I., Irgil, E., Sigirli, D., Ozen, N. S., & Kan, I. (2008). Evaluation of anxiety among medical and engineering students by factor analysis. *Studia Psychologica*, 50(3), 267-275.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997). The international resilience research project. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED417861.pdf>
- Grotberg, E. H. (1999a). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4(1), 66-72. <https://cpor.org/ri/CounteringDepression-5ResilienceBuildingBlocks.pdf>
- Grotberg, E. H. (1999b). *Tapping your innerstrength: How to find the resilience to deal with anything*. New Harbinger.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversities*. Praeger Publishers.
- Hegenauer, J. S. (2018). *Stress, depression, and anxiety in undergraduate engineering and architecture students*. https://www.researchgate.net/profile/JasonHegenauer/publication/324877010_Stress_Depression_and_Anxiety_in_Undergraduate_Engineering_and_Architecture_Students/links/5ae8b79d45851588dd814de5/Stress-Depression-and-Anxiety-in-Undergraduate-Engineering-and-Architecture-Students.pdf
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 194-201.
- Huang, Y., Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Bhatarakoon, P., Pichayapan, P., & Worland, S. (2023). Depression and Its Associated Factors among Undergraduate Engineering Students A Cross-Sectional Survey in Thailand. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(16), 2334.
- Hunsu, N. J., Carnell, P. H., & Sochacka, N. W. (2021). Resilience theory and research in engineering education: what good can it do?. *European Journal of Engineering Education*, 46(6), 1026-1042.
- Li, H., Zhao, J., Chen, R., Liu, H., Xu, X., Xu, J., Jiang, X., Pang, M., Wang, J., Li, S., Hou, J., & Kong, F., (2023). The relationships of preventive behaviors and psychological resilience with depression, anxiety, and stress among university students during the COVID-19 pandemic: A two-wave longitudinal study in Shandong Province, China. *Frontiers in Public Health*, 11, 1078744.
- Ping, Z., Cuiping, T., Lange, Z., & Pei, W. (2024). Depression, Anxiety and Its Relationship with Resilience among Science and Engineering Students. *Journal of Beijing University of Posts and Telecommunications (Social Sciences Edition)*, 26(2), 112-120.
- Priyadarshini, V. R., & Rubeena, J. A. (2016). Stress and anxiety among first year and final year engineering students. *International Journal of Advanced Research in Education & Technology*, 3(4), 17-21.
- Saxena, S., & Variawa, C. (2020). *The role of resilience on eudaimonic well-being of first-year undergraduate engineering students*. Proceedings 2020 Canadian Engineering Education Association (CEEA-ACEG20) Conference.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1995). Test anxiety: A transactional process model. In C. D. Spielberger & P. R. Vagg (Eds.), *Test anxiety: Theory, assessment, and treatment* (pp. 3–14). Taylor & Francis.
- Tait, J. E., Alexander, L. A., Hancock, E. I., & Bisset, J. (2024). Interventions to support the mental health and wellbeing of engineering students: A scoping review. *European Journal of Engineering Education, 49*(1), 45-69.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology, 86*(2), 320-333.
- Vitasari, P., Wahab, M. N. A., Herawan, T., Othman, A., & Sinnadurai, S. K. (2011). Re-test of State Trait Anxiety Inventory (STAI) among engineering students in Malaysia: Reliability and validity tests. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 15*, 3843-3848.
- Vitasari, P., Wahab, M. N. A., Othman, A., Herawan, T., & Sinnadurai, S. K. (2010). The relationship between study anxiety and academic performance among engineering students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 8*, 490-497.
- Yamane T. (1973). *Statistics: an introductory analysis* (3rd ed). Harper & Row.
- Yao, Z., & Enright, R. (2021). A longitudinal analysis of social skills and adolescent depression: A multivariate latent growth approach. *International Journal of Psychological Research, 14*(1), 66-77.

PERCEIVING SELF-EFFICACY OF NURSING PRACTICE FOR PSYCHIATRIC PATIENTS WITH VIOLENT BEHAVIOR AMONG EMERGENCY NURSES, COMMUNITY HOSPITAL (LEVEL M2): CASE STUDY KANCHANADIT HOSPITAL

Piyahatai Nunoi, M.N.S. , Thassanee Soontorn, Ph.D.** , Nidarat Choowichian, Ph.D.****

Abstract

Objective: To study the self-efficacy of emergency nurses in nursing for psychiatric patients with violent behavior in the context of the community hospital.

Methods: A descriptive research was conducted from October to November 2023. The informants consisted of sixteen emergency nurses who have experience in caring for patients with psychiatric emergencies who have violent behavior. Purposive sampling was used to select a specific group for analysis. The questionnaire employed in the study and its content validity was evaluated by three experts agreeing on every issue with a consistency index of 0.66-1.00. The degree of confidence in the questionnaire was determined based on an alpha coefficient of 0.98. Data analysis included analyzing both quantitative data and qualitative data.

Results: A majority of the sample group, more than 80% had no prior experience utilizing screening methods for psychiatric patients with violent conduct, according to an evaluation of their self-efficacy in nursing practice for these patients. Regarding the use of restraints and the seclusion of patients, half of the sample was uninformed, representing 56.25 percent. Furthermore, there were analyses of two significant viewpoints: 1) Operating procedures guidelines for groups of mentally ill individuals that exhibit obvious aggressive conduct and good teamwork, and 2) Development guidelines Services include: (1) giving nurses access to standard restraining equipment and training in its use, and (2) limiting space while awaiting the results of diagnostic tests to keep others safe and prevent self-harm).

Conclusion: The study's findings point to the significance of preparing the operating team with the knowledge and skills in nursing for psychiatric patients with violent behavior needed to provide safe assistance and fulfill the standards of nursing care that respect patients' rights.

Keywords: perceiving self-efficacy of nursing practice, emergency accident, emergency psychiatry, aggressive behavior, violent behavior

*Registered Nurse, Kanchanadit Hospital

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University

***Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, e-mail: nidarat.cho@sru.ac.th

Received: 17 December 2023, Revised: 21 February 2025, Accepted: 28 February 2025

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่มีพฤติกรรมรุนแรงของพยาบาลลูกเงิน โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย : กรณีศึกษา โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

ปิยะททัย หนูน้อย, พย.บ.*, ทศนีย์ สุนทร, ปร.ค.**, นิดารัตน์ ชูวิเชียร, พย.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของพยาบาลลูกเงิน โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 ราย ปฏิบัติการงานพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตามการปฏิบัติการทางการพยาบาล 5 ขั้นตอน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันในทุกประเด็น ค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.66 - 1.00 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่มีค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98

ผลการศึกษา : การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มั่นใจการผูกยึดและการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยก คิดเป็นร้อยละ 56.25 นอกจากนี้มีการสะท้อนมุมมองที่สำคัญ 2 ประเด็น คือ 1) แนวทางขั้นตอนการปฏิบัติการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงชัดเจนและได้รับความร่วมมือจากทีมเป็นอย่างดี และ 2) แนวทางการพัฒนาการบริการ ได้แก่ (1) ควรมีอุปกรณ์ใช้ผูกยึดตามมาตรฐานและเพิ่มทักษะการผูกยึดให้กับพยาบาล และ (2) ควรมีการจำกัดพื้นที่ขณะรอผลการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นถูกทำร้ายหรือทำร้ายตนเอง

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมทีมผู้ปฏิบัติการให้มีความรู้ มีทักษะที่จำเป็นเพื่อเข้าช่วยอย่างปลอดภัยและคงไว้ซึ่งการดูแลรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ

คำสำคัญ : การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล, อุบัติเหตุฉุกเฉิน, จิตเวชฉุกเฉิน, พฤติกรรมก้าวร้าว, พฤติกรรมรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, e-mail: nidarat.cho@sru.ac.th

วันที่รับ: 17 ธันวาคม 2566, วันที่แก้ไข: 21 กุมภาพันธ์ 2568, วันที่ตอบรับ: 28 กุมภาพันธ์ 2568

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรม/อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วถือเป็นอาการแสดงทางจิตที่เสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น และชุมชนแวดล้อม กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2558 - พ.ศ.2563) ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีจำนวนสะสม 13,194 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และมีจำนวนแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเกือบร้อยละ 20 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต สาเหตุหลักที่ส่งผลต่อความรุนแรง ได้แก่ ฤทธิ์ของสารเสพติด ประเภทคอกประสาทส่งผลให้เกิดอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน รวมถึงความเครียดสูงจากปัญหาครอบครัว กระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของสารเสพติด และกลุ่มโรคจิตเวชที่มีอาการกำเริบจากการขาดยา เช่น มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน ซึมเศร้ารุนแรง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563) และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 80 จะแสดงพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมที่ผู้ดูแลในชุมชนต้องเผชิญ ได้แก่ การพูดจาหยาบคาย คำเอะอะ โวยวาย เสียงดัง ทูบทำลายข้าวของ ช่มชู้ ทำร้ายญาติ/ผู้ดูแล (วิวรรธน์ วงศ์ตาปี, 2560) สถานการณ์ดังกล่าวล้วนก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด รวมถึงชุมชนพื้นที่ หากครอบครัว ชุมชน

ไม่สามารถจัดการได้ จำเป็นต้องประสานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชให้เข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (Acutely Aggressive and Violent Behavior) หมายถึง การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อมุ่งทำลายในระดับสูงสุด บุคคลจะแสดงออกถึงการขาดสติขาดการควบคุมตนเอง และไม่สามารถสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมได้ พฤติกรรมรุนแรงจะแสดงออกทางคำพูด การกระทำ หรือทั้งสองอย่างที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากการศึกษาเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต้องอาศัยทีมในการจัดการช่วยเหลือ (Team approach) กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้คำพูดเพื่อการรักษาแบบตัวต่อตัว มีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา (Actual violence attack) ก่ออันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน มีการใช้ยาและแยกผู้ป่วยโดยทีมช่วยเหลือต้องลงมือควบคุมแบบฉุกเฉิน ตามมาตรฐานการดูแล มีการประสานความร่วมมือและเตรียมความพร้อมตั้งแต่เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้พร้อมใช้ เช่น อุปกรณ์ผูกมัด เพียงสำหรับใช้ผูกมัด รวมถึงการเตรียมสถานที่ห้องแยก (Adeniyi & Puzi, 2021; Roger et al., 2018)

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (ระดับ M2) ในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 กลุ่มผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินมากกว่า

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาแนวคิดการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง แนวคิดการป้องกันและการจัดการด้านพฤติกรรมรุนแรง (Preventive and Managing violence Behavior) ของฮาโมเลีย (Hamolia, 2012) ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ คือ 1) กลยุทธ์การป้องกัน (Preventive Strategies) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับที่ 1 ในการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง การให้ความรู้ในเรื่องโรคและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย รวมถึงการฝึกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม 2) กลยุทธ์การจัดการ (Anticipatory Strategies) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับที่ 2 และระดับที่ 3 โดยการใช้สัมพันธภาพและทักษะการสื่อสาร การจัดสิ่งแวดล้อม การจัดการพฤติกรรม และการใช้ยาในการลดพฤติกรรม และ 3) กลยุทธ์การสกัดกั้น (Containment Strategies) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับที่ 2 และระดับที่ 3 เป็นการจัดการในภาวะวิกฤติ โดยการผูกมัดและการใช้ห้องแยก และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ตามมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพจิตและโรคจิตเวช การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล รวมถึงการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง (สมจิตต์ ฤประสงค์ และคณะ, 2559) ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ

รุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล ในระดับโรงพยาบาลชุมชนระดับแม่ข่าย (M2) ภายใต้การดูแลสาระสำคัญของคู่มือจากกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) คู่มือผู้ปฏิบัติงานในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชครอบครัว ชุมชน และสังคม และกรอบแนวคิดงานวิจัยของ อัครเดช กลั่นพิบูลย์ และคณะ (2561) การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีความสอดคล้องกับบริบทการศึกษาครั้งนี้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การประเมินการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงแบ่งขั้นตอนการปฏิบัติการทางการพยาบาล 5 ขั้นตอนคือ 1) การคัดกรองผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง แบบประเมินที่ใช้ได้แก่ แบบคัดกรองความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) 2) วินิจฉัยแยกโรค

กิจกรรมพยาบาลที่จำเป็น ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การเก็บสิ่งส่งตรวจ เจาะเลือด Routine lab (CBC Electrolyte) และการส่งตรวจพิเศษที่จำเป็น เช่น X-ray CT-scan 3) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยการจำกัดพฤติกรรมโดยใช้สัมพันธภาพและการสื่อสาร (Verbal and non-verbal restraints) การควบคุมพฤติกรรมด้วยการผูกข้อมือและการใช้ห้องแยก (Physical restraints and seclusion) และการควบคุมพฤติกรรมโดยการใช้ยา (Medical restraints) 4) บันทึกการเปลี่ยนแปลงและรายงาน และ 5) การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมทีมให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ M2 จัดบริการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) ในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาญจนาดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 16 ราย จากจำนวนทั้งหมด 17 คน คิดเป็นร้อยละ 94.12 ดำเนินการระหว่างตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และจำนวนปีของประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ และชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตามการปฏิบัติการทางการพยาบาล 5 ขั้นตอน จำนวน 24 ข้อย่อย แบ่งระดับการประเมินออกเป็น 6 ประเภท จำแนกเป็น NA และ 5 ระดับ ดังนี้

NA หมายถึง ไม่มีประสบการณ์ ไม่เคยใช้หรือไม่เคยปฏิบัติ จึงประเมินไม่ได้

ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจ ไม่มีทักษะ หรือไม่มีความสามารถ

ระดับที่ 2 หมายถึง มีความมั่นใจ มีทักษะหรือมีความสามารถ ระดับเล็กน้อย

ระดับที่ 3 หมายถึง มีความมั่นใจ มีทักษะหรือมีความสามารถ ระดับปานกลาง

ระดับที่ 4 หมายถึง มีความมั่นใจ มีทักษะหรือมีความสามารถระดับมากหรือสามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง

ระดับที่ 5 หมายถึง มีความมั่นใจ มีทักษะ มีความสามารถ ระดับสูงมากหรือสามารถสอนเป็นผู้นำให้ผู้อื่นปฏิบัติตามได้

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบการประเมินการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงซึ่งในการศึกษานี้แบ่งขั้นตอนการปฏิบัติการทางการ

พยาบาล 5 ขั้นตอน และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันในทุกประเด็น มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.66 - 1.00 ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติร้อยละ และค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้มีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ ทีมผู้วิจัยมีการสังเคราะห์จัดเรียงเป็นหมวดหมู่ มีการระบุประเด็นภายใต้การวิเคราะห์ของผู้เขียนคนแรกและผู้เขียนคนที่สองและผู้เขียนคนที่สามได้ตรวจสอบผลการค้นพบ นอกจากนี้มีการตรวจสอบสามเส้าโดยนำข้อค้นพบที่ได้ให้พยาบาลวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทบทวนข้อมูล (Review triangulation) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ค้นพบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษารั้งนี้ เป็นขั้นศึกษาศานการณการปฏิบัติการพยาบาลตามบริบทเดิมก่อนการพัฒนา มุ่งค้นหาข้อมูลบริบทตามสภาพจริงสะท้อนมุมมองขององค์ประกอบที่สำคัญด้านบุคลากร (Staff) เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยหลัก เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง:

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินบริบทโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย STPHO2023-154 รับรองวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยขั้นตอนในการศึกษาและรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมงานตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร ใบยินยอมของอาสาสมัคร ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยใช้รหัสลงข้อมูลและเก็บข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์ที่ตั้งรหัสผ่าน ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อผลการศึกษารับการตีพิมพ์ เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความประสงค์ในการให้ข้อมูลในการศึกษาคด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 94.12 (n = 16, N = 17) อายุเฉลี่ย 27.56 ปี (มากที่สุด 36 ปี และน้อยสุด 23 ปี) ประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 3.86 ปี (มากที่สุด 11 ปี และน้อยสุด 1 ปี)
2. การประเมินการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มี พยาบาล 5 ชั้นตอน สามารถสรุปรายละเอียด และ พฤติกรรมรุนแรงตามการปฏิบัติการทางการ แสดงตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการใช้เครื่องมือประเมินและความมั่นใจในการปฏิบัติการ (n = 16)

หัวข้อการประเมิน	ระดับการประเมิน					
	5 (n/%)	4 (n/%)	3 (n/%)	2 (n/%)	1 (n/%)	NA (n/%)
ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง						
1.1 แบบคัดกรองความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) 4 ข้อ	0	0	3 18.75	2 12.5	1 6.25	10 62.5
1.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)	0	0	3 18.75	2 12.5	0	11 68.75
1.3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	0	0	2 12.5	2 12.5	1 6.25	11 68.75
1.4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)	0	0	2 12.5	1 6.25	2 12.5	11 68.75
ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยแยกโรค						
2.1 การซักประวัติ	2 12.5	9 56.25	3 18.75	2 12.5	0	0
2.2 การตรวจร่างกาย	0	7 43.75	5 31.25	2 12.5	2 12.5	0
2.3 การเก็บสิ่งส่งตรวจ เจาะเลือด Routine lab (CBC Electrolyte)	2 12.5	10 62.5	2 12.5	2 12.5	0	0
2.4 การส่งตรวจพิเศษที่จำเป็น ได้แก่ X-ray CT-scan	1 6.25	10 62.5	3 18.75	2 12.5	0	0
ขั้นตอนที่ 3 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยการจำกัดพฤติกรรม						
3.1 การควบคุมพฤติกรรมโดยใช้สัมพันธภาพและการสื่อสาร (Verbal and non-verbal restraints)						
3.1.1 การเว้นระยะห่างที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยประมาณ 8 ฟุต (2 ก้าว)	2 12.5	9 56.25	3 18.75	2 12.5	0	0
3.1.2 จัดให้อยู่ในพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ลดสิ่งกระตุ้นจากเสียงหรือคน ไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย	3 18.75	9 56.25	6 37.5	0	0	0
3.1.3 การพูดคุย ด้วยท่าที่สงบ น้ำเสียงเป็นมิตร และสั้นกระชับ	2 12.5	10 62.5	1 6.25	2 12.5	1 6.25	0
3.1.4 หลีกเลี่ยงท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด	3 18.75	9 56.25	3 18.75	1 6.25	0	0

ตารางที่ 1 การประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการใช้เครื่องมือประเมินและความมั่นใจในการปฏิบัติการ (n = 16)
(ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	ระดับการประเมิน					
	5 (n/%)	4 (n/%)	3 (n/%)	2 (n/%)	1 (n/%)	NA (n/%)
3.2 การควบคุมพฤติกรรมด้วยการผูกมัดและการใช้ห้องแยก (Physical restraints and seclusion)						
3.2.1 ขออนุญาตจากญาติ (ถ้ามี)	6 37.5	7 43.75	3 18.75	0	0	0
3.2.2 ชวนคุย/เจรจาต่อรอง (อาจร่วมกับญาติ ถ้ามี)	6 37.5	6 37.5	3 18.75	1 6.25	0	0
3.2.3 เข้าประชิด จัดทำผู้ป่วยเป็นท่านอนหงาย ไม่ขัดขวางต่อการหายใจ (ร่วมกับทีมช่วยเหลือ)	3 18.75	10 62.5	1 6.25	1 6.25	1 6.25	0
3.2.4 การผูกมัด	1 6.25	6 37.5	0	7 43.75	2 12.5	0
3.2.5 ดูแลให้อยู่ในห้องแยก	1 6.25	6 37.5	4 25	2 12.5	3 18.75	0
3.3 การควบคุมพฤติกรรมโดยการให้ยา (Medical restraints)						
3.3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาระงับอาการในภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ให้ยา short acting เช่น Diazepam Haloperidol เป็นต้น	7 43.75	5 31.25	2 12.5	2 12.5	0	0
3.3.2 เปิดเส้นเลือดให้น้ำเกลือ	7 43.75	6 37.5	1 6.25	2 12.5	0	0
3.3.3 การใส่ระวางอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน	6 37.5	6 37.5	2 12.5	2 12.5	0	0
3.3.4 เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมใช้งาน	6 37.5	7 43.75	2 12.5	1 6.25	0	0
ขั้นตอนที่ 4 บันทึกการเปลี่ยนแปลงและรายงาน						
4.1 บันทึกการเปลี่ยนแปลงและรายงาน	2 12.5	9 56.25	3 18.75	1 6.25	1 6.25	0
ขั้นตอนที่ 5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ						
5.1 การประสาน	1 6.25	8 50	5 31.25	2 12.5	0	0
5.2 การส่งต่อข้อมูล	1 6.25	8 50	5 31.25	2 12.5	0	0

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง แบบประเมินที่ใช้ได้แก่ แบบคัดกรองความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีประสบการณ์ไม่มั่นใจ มั่นใจเล็กน้อยในการใช้เครื่องมือคัดกรองทั้ง 4 ประเภท

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยแยกโรค กิจกรรมพยาบาลที่จำเป็น ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การเก็บส่งตรวจ เจาะเลือด Routine lab (CBC Electrolyte) และการส่งตรวจพิเศษที่จำเป็น เช่น X-ray CT-scan พบว่า มีเพียงทักษะการตรวจร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง ($n = 7$, ร้อยละ 43.75) มีความมั่นใจในระดับมากและอีกประมาณครึ่งหนึ่งไม่มั่นใจและมั่นใจเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ($n = 9$, ร้อยละ 56.25) ในขณะที่กิจกรรมการซักประวัติ การเจาะเลือด routine lab และการส่งตรวจพิเศษที่จำเป็น เช่น X-ray CT-scan พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 70 มีความมั่นใจในระดับมากถึงสูงมาก สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเองและแนะนำผู้อื่นได้

ขั้นตอนที่ 3 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล โดยการจำกัดพฤติกรรมโดยใช้ 1) สัมพันธภาพและ

การสื่อสาร (Verbal and non-verbal restraints) ได้แก่ การเว้นระยะห่างที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยประมาณ 8 ฟุต (2 ก้าว) การจัดให้อยู่ในพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินลดสิ่งกระตุ้นจากเสียงหรือคนไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย การพูดคุยด้วยท่าที่สงบน่าเสียงเป็นมิตรและสั้นกระชับ การหลีกเลี่ยงท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด 2) การผูกมัดและการใช้ห้องแยก (Physical restraints and seclusion) ได้แก่ การผูกมัดประกอบด้วย การขออนุญาตจากญาติ (ถ้ามี) การชวนคุย/เจรจาต่อรอง (อาจร่วมกับญาติ ถ้ามี) การเข้าประชิด จัดทำผู้ป่วยเป็นท่านอนหงายไม่ขัดขวางต่อการหายใจ (ร่วมกับทีมช่วยเหลือ) การผูกมัด การดูแลให้อยู่ในห้องแยก และ 3) การใช้ยา (Medical restraints) ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาระงับอาการในภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ให้ยา short acting เช่น Diazepam Haloperidol เป็นต้น การเปิดเส้นเลือดใต้น้ำเกลือ การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมใช้งาน ผลการศึกษาพบว่า เกือบทุกกิจกรรมการปฏิบัติการในขั้นตอนนี้ 3 ใน 4 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลประเมินการรับรู้ศักยภาพอยู่ในระดับมากและสูงมาก นั่นหมายถึงเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถบริหารจัดการ ทำได้ด้วยตนเองและสามารถแนะนำผู้อื่นได้ มี 2 กิจกรรม คือ การผูกมัด การดูแลให้อยู่ในห้องแยก กลุ่มตัวอย่างไม่มีความมั่นใจหรือมั่นใจแต่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.25

ขั้นตอนที่ 4 บันทึกการเปลี่ยนแปลงและ

รายงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 70 (n=11, ร้อยละ 69.25) มีความมั่นใจในระดับมากถึงสูงมาก

ขั้นตอนที่ 5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ได้แก่ การประสานและการส่งต่อข้อมูล พบว่า ร้อยละ 56.25 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจระดับมากถึงสูงมาก

3. กลุ่มตัวอย่างมีการสะท้อนมุมมองที่สำคัญแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) แนวทางขั้นตอนการปฏิบัติการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงชัดเจนและได้รับความร่วมมือจากทีมเป็นอย่างดี และ 2) แนวทางการพัฒนาการบริการ ได้แก่ (1) ควรมีอุปกรณ์ใช้ผูกยึดตามมาตรฐานและเพิ่มทักษะการผูกยึดให้กับพยาบาล และ (2) ควรมีการจำกัดพื้นที่ขณะรอผลการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นถูกทำร้ายหรือทำร้ายตนเอง

3.1 แนวทางขั้นตอนการปฏิบัติการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงชัดเจนและได้รับความร่วมมือจากทีมเป็นอย่างดี

การรับรู้การปฏิบัติการให้การบริการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะท้อนลำดับขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลรักษาของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีขั้นตอนและทุกคนพร้อมดำเนินการตามข้อตกลงร่วมกัน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีการเขียนและบรรยายสถานการณ์วิธีปฏิบัติการตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงบริเวณหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจนจำหน่าย พบว่า ทันทีที่รับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ได้รับความร่วมมือจาก

เจ้าหน้าที่เปิดทำการช่วยผูกยึด พยาบาลคัดแยกทำการประเมินและจัดหาพื้นที่ให้ผู้ป่วยรอตรวจเฉพาะ มีการจัดการให้สงบและประเมินวินิจฉัยแยกโรคด้วยทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และมีการสร้างความร่วมมือกับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชของโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) ที่มีจิตแพทย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยเบื้องต้นคัดแยกโรคทางกายและทางจิต รวบรวมข้อมูลรายงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแนวทางการที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการตัดสินใจในการรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลในโรงพยาบาลศูนย์หรือไม่ เป็นการประเมินรายกรณี ยังไม่มีแนวทางหรือเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน สามารถสรุปการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลแม่ข่ายตามภาพที่ 1

3.2 แนวทางการพัฒนาการบริการ

3.2.1 ควรมีอุปกรณ์ใช้ผูกยึดตามมาตรฐานและเพิ่มทักษะการผูกยึดให้กับพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ราย ยกตัวอย่างกรณีที่ไม่สามารถผูกยึดผู้ป่วยได้ตลอดการตรวจร่างกายและการทำหัตถการ ด้วยลักษณะรูปร่างร่วมกับอาการเชิงคลินิก เช่น หูแว่ว ภาพหลอนหวาดกลัวจะถูกทำร้าย เป็นต้น การเข้าพูดคุยและผูกยึดจึงต้องทำด้วยความรวดเร็วและจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ที่ทนทาน ง่ายต่อการใช้งาน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวถึง การผูกยึดที่ไม่แน่น ปมหลุดง่าย

เมื่อเข้าไปให้การพยาบาลในห้องแยก นอกจากนี้มี การจำกัดพื้นที่ในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยให้อยู่ ในห้องแยกซึ่งติดกับประตูเข้าออกห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติเดินเข้าออกตลอดเวลา มี กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งเสนอให้มีการจำกัดพื้นที่ ผู้ป่วยขณะรอผลการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้ บุคคลอื่นถูกทำร้ายหรือทำร้ายตนเอง ในขณะที่เดียวกัน หน่วยงานควรจัดหาพื้นที่ที่แยกออกไปจำเพาะ หากเป็นไปได้มีการจัดห้องแยกออกไปไม่ใช่ประตู เข้าออกร่วมกัน ออกแบบสถานที่ส่งเสริมความ ปลอดภัยให้กับผู้ป่วยปฏิบัติงาน

การอภิปรายผล

จากการประเมินความรู้ ทักษะ มุมมอง ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มี บทบาทดูแลผู้มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ตลอดจนการสร้างความ ปลอดภัย พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยให้ เกิดความปลอดภัย ลดความเสี่ยงในการเกิด ความรุนแรงสามารถระงับเหตุไม่ให้เกิดการบาดเจ็บหรือ อันตรายกับบุคลากรและผู้ให้บริการรายอื่นขณะรอ ตรวจในแผนก (Donna et al., 2011; Touzet et al., 2019; Chou & Tseng, 2020; ปรียานุช ชื่นตา, 2564) พบว่า การศึกษาเชิงปริมาณจะพบค่าคะแนนแบบ วัดความมั่นใจ ความเชื่อมั่นและทัศนคติที่ดีของ พยาบาลวิชาชีพจะมีค่าระดับคะแนนสูงกว่าคะแนน ความรู้ (ปรียานุช ชื่นตา, 2564) แต่หากเป็น การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะ สะท้อนทัศนคติเชิงลบต่อสถานการณ์การดูแลทาง จิตเวชที่มีความรุนแรง ความไม่มั่นใจ การทำอะไร

ไม่ถูก และความอยากพัฒนาทักษะในการสื่อสาร เพื่อการบำบัด (Chou & Tseng, 2020; Donna et al., 2011)

สำหรับการศึกษานี้ ผลการประเมิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการ พยาบาลในขั้นตอนแรกของการดูแลผู้ป่วยคือการ คัดกรองและจัดกลุ่มตามระดับผู้ป่วยเสี่ยงหรือมี พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผลลัพธ์ที่คาดหวังเพื่อให้ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากที่สุดได้พบแพทย์และ ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นลำดับแรก พยาบาล วิชาชีพจึงต้องมีความสามารถในการใช้เครื่องมือ ประเมินภาวะจิตเวชได้อย่างแม่นยำและปฏิบัติการ ได้ถูกต้องครบถ้วน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 80 มีการรับรู้และประเมินศักยภาพ ตนเองในระดับไม่มั่นใจ มั่นใจเล็กน้อย และมั่นใจ ปานกลาง สำหรับใช้แบบประเมินคัดกรองผู้ที่มี ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและ รุนแรง มีเพียงร้อยละ 20 ประเมินความสามารถ ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ไม่สามารถให้คำปรึกษา และแนะนำที่มได้และต้องการคำแนะนำขณะ ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของปรียานุช ชื่นตา (2564) กล่าวถึงบริบทการปฏิบัติการดูแลกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ส่วน ภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งไม่ใช่หน่วย บริการเฉพาะทางของกรมสุขภาพจิตพบว่า พยาบาลวิชาชีพไม่มีการนำเครื่องมือการประเมิน ภาวะจิตเวชฉุกเฉินมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้วยไม่มั่นใจทั้งความรู้ และทักษะจึงมีการจัดอบรมและสร้างแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง

ส่งผลให้เกิดการนำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาใช้ เพิ่มความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติกรดูแลโดยใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการทบทวนวรรณกรรมที่หลากหลายมีการสะท้อนศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านความสามารถในการคัดกรองและแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย พบว่า การจำแนกเพื่อคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ณ จุดคัดแยกที่มีปัญหาด้านจิตเวช ยังไม่ชัดเจนหรือเกณฑ์การประเมินที่จำเพาะ พยาบาลคัดแยกโดยใช้หลักการคัดแยกตามระดับความรุนแรงทางด้านร่างกาย การปฏิบัติกรช่วยเหลือเบื้องต้นพยาบาล ณ จุดคัดแยกมุ่งเน้นจัดการด้วยการตอบสนองเพื่อควบคุมความรุนแรง เลือกรับการควบคุมการเคลื่อนไหว ผูกยึดเป็นสิ่งแรก การรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยจึงไม่ได้นำมาพิจารณาในการปฏิบัติการพยาบาล (Lau et al., 2004)

กลุ่มงานวิจัย สำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้นำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไว้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ไปสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผล มีการสร้างคู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยแยกโรคผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินให้กับแพทย์พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินเพิ่มความมั่นใจและสามารถวินิจฉัยแยกโรคได้แม่นยำขึ้นและเข้าสู่กระบวนการปรึกษาระหว่างแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินกับจิตแพทย์ในการให้คำปรึกษารวมถึงประสานส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นแม่ข่ายของเขตบริการสุขภาพนั้น ๆ ส่งผลให้

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วขึ้น (พรทิพย์ วชิรศิลป์ และคณะ, 2566) สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งพบว่าผลการประเมินการรับรู้ศักยภาพขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยแยกโรค พยาบาลส่วนใหญ่มีความมั่นใจในระดับมากถึงสูงมาก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการซักประวัติ การเก็บสิ่งส่งตรวจและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจพิเศษที่จำเป็น มีเพียงทักษะการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ระดับความมั่นใจของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการตรวจร่างกายต้องใกล้ชิดผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่สำคัญขณะตรวจอาจต้องใช้กลยุทธ์ป้องกันไม่ให้พฤติกรรมก้าวร้าวร่วมกับกลยุทธ์ในระยะที่คาดว่าจะเกิดหรือเกิดพฤติกรรม เช่น การตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล (self-awareness) ก่อนเข้าถึงตัวผู้ป่วยควรตระหนักรู้ความเป็นพยาบาล ใส่ใจในความรู้สึกของผู้ป่วย และมั่นใจในการให้การพยาบาล ด้วยการพูดให้กำลังใจตนเอง (self-talk) เช่น ความกลัวเกิดขึ้นได้กับทุกคน กับตัวฉันก็เช่นกันแต่ฉันควบคุมมันได้ดีมาก เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างสะท้อนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยการจำกัดพฤติกรรม โดยเฉพาะทักษะการผูกยึด และการดูแลให้อยู่ในห้องแยก มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มีความมั่นใจหรือมั่นใจแต่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.25 สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเขียนบรรยาย “...ไม่สามารถผูกยึดผู้ป่วยได้ตลอดผูกยึดไม่แน่น ปมหลุดง่าย บางครั้งขาด” การเข้าพูดคุยและผูกยึดจึงต้องทำด้วยความรวดเร็วและ

จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ที่ทนทาน ง่ายต่อการใช้งาน และมีประเด็นของการดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก มีกลุ่มตัวอย่างเขียนบรรยาย “...รู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อเข้าไปให้การพยาบาลในห้องแยก ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมให้ผูกมัด บางรายญาติคุยให้สงบโดยไม่ต้องผูกมัดแต่เดินไปเดินมาตลอด” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมถวิล แพรขาว และ ธีรารัตน์ ห้วยทราย (2565) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้กับทีมปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ผลการศึกษาในระยะการพัฒนามาตรฐานพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนปัญหาอุปสรรคและต้องการให้มีการจัดอบรมให้อยู่ในกระบวนการวิจัย เน้นทักษะการปฏิบัติการช่วยเหลือในขั้นตอนการจำกัดพฤติกรรม 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเจรจาต่อรอง ทักษะการป้องกันตัว และทักษะการผูกมัดอย่างปลอดภัย นอกจากนี้มีการสะท้อนความไม่พร้อมของอุปกรณ์ญาติต้องการให้มีการสนับสนุนอย่างเพียงพอต่อการใช้ปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการจำกัดพฤติกรรมเป็นทักษะที่ต้องเรียนรู้ ฝึกฝนอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน ประสพการณ์การเผชิญเหตุและวิธีการเข้าช่วยที่ไม่ถูกวิธีจัดเป็นความเสี่ยงและทำให้ไม่ปลอดภัยเกิดความกังวลใจต่อผู้ปฏิบัติงาน

นอกเหนือจากการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การสนับสนุนจัดหาพื้นที่รองรับการบริการในขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย รักษา ก่อนส่งต่อ นับเป็นปัจจัยสำคัญของการบริหารจัดการผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นประเด็นการจำกัดพื้นที่ผู้ป่วยขณะรอผลการตรวจ

วินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นถูกทำร้ายหรือทำร้ายตนเอง สอดคล้องกับการรายงานของเจอร์ราด และเมอร์-คอคเกรน (Gerace & Muir-Cochrane, 2019) ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องฉุกเฉินของออสเตรเลียซึ่งไม่มีพื้นที่จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามและรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยในการทำงานแต่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพส่วนใหญ่เชื่อว่าสามารถใช้ทักษะทางคลินิกเพื่อรักษาความปลอดภัยได้ เป็นภาพที่สะท้อนข้อจำกัดของห้องฉุกเฉินในการบริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ตามประกาศแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2563) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ให้มีพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอยู่ในโซนสีเหลือง โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้โล่ง ไม่อึดอัด ลดสิ่งกระตุ้น โดยลดสิ่งกระตุ้นจากเสียงหรือคน ไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย ห่างจากอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด อาจไม่สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาด M ซึ่งมีผู้มารับบริการจำนวนมากและโซนเหลืองมีทั้งกลุ่มผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยใช้พื้นที่เดียวกันสำหรับการทำหัตถการกรณีผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บมีแผลเปิดจะมีหัตถการเย็บแผล กลุ่มเจ็บป่วยที่ต้องเก็บส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยจะมีหัตถการเจาะเลือด เจาะช่องท้อง จึงเป็นความท้าทายในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลชุมชน

ก่อนนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นหน่วยบริการ เฉพาะทาง

บทบาทสำคัญของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลต้นทางมีบทบาทในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การปรับการรักษาและการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเตรียมและการวางแผนส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทาง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.75 รู้สึกไม่มั่นใจและประเมินระดับความสามารถในการประสานและการส่งต่อข้อมูลของตนเองในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลต้นทางที่ไม่มีจิตแพทย์และทีมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จึงต้องอาศัยการพัฒนากระบวนการส่งต่อที่มีการวางแผนร่วมกันของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ การจัดทำแนวทางขั้นตอนการทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน มีการประสานความร่วมมือและลดรอยต่อระหว่างการส่งต่อ ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือให้เข้าถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหัวใจสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (สุภาพร จันทรสาม, 2565)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษารับทโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายในครั้งนี้ เป็นกรณีศึกษาที่สามารถนำข้อมูลที่ได้สู่การพัฒนาสำหรับโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์เป็นหลัก และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย ข้อมูลที่ได้อาจไม่สามารถสะท้อนภาพของ

โรงพยาบาลที่เป็นระดับชุมชนแม่ข่ายทั่วประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะด้านบริหารการพยาบาล

ควรมีการผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนที่ชัดเจน มีการวางแผนโยบายให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการพยาบาล

1. ควรมีระบบและกลไกสนับสนุนกระบวนการนำใช้แต่ละขั้นตอนให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการวัดและประเมินศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติมีความพร้อมและปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ เทคนิค เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ ให้เกิดความเชื่อมั่นต่อทีมผู้ดูแล ผู้มารับบริการ และหน่วยงานที่ให้บริการ

2. ควรมีการสนับสนุนให้มีการอบรมเฉพาะทางระยะสั้นเพื่อเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ยกกระดับศักยภาพการให้บริการทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ประชาชนในหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนได้ตามมาตรฐานการ

พยาบาลและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาทางการพยาบาล

สถาบันการศึกษาคควรมีการศึกษาบริบทและกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฯ การจัดการเรียนการสอนทั้งในรายวิชาทฤษฎีและวิชาปฏิบัติทางการพยาบาลแก่นักศึกษาพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรของพื้นที่และสามารถสะท้อนภาพของโรงพยาบาลในระดับชุมชนแม่ข่ายทั่วประเทศได้

2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหา ปัจจัย และความต้องการของพื้นที่ เพื่อนำมาพัฒนาหลักสูตรในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

3. การพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทาง ด้านการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง

4. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พรอสเพอริสพลัส.
- ก่อกาล ศรีวัฒน์, วินิกาญจน์ คงสุวรรณ, และ ธนอมศรี อินทนนท. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 9(3), 25-36.
- ปริญานุษ ชื่นตา. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากชุมชนสู่โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(10), 11-22.
- พรทิพย์ วัชรดิกล, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, และ อัญชลี เนื่องอุดม. (2566). การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17 (2), 264-278.
- วิวรรธน์ วงศ์คำขี. (2560). การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 4 (2), 50-68.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สมจิตต์ ดุประสงค์, มยุรี กลั้ววงษ์, สมหมาย หิรัญนุช, และ อัมภา สราธิราชต์. (2559). คู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3). เฉลยพรการพิมพ์.
- สมถวิล แพรขาว, และ ธิดารัตน์ ห้วยทราย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(1), 34-42.
- สุภาพร จันทร์สาม. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 74-84.

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อุษา ลิ่มชีว, และ ชุริภรณ์ เสียงล้ำ. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (*Acute Care*) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปิยอนด์พับลิชชิง.

อักษรเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฏดา นานา, ชีราภา ธาณี, และ สุภาพร จันทร์สาม. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 3, 207-219.

Adeniyi O.V., & Puzi, N. (2021). Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa. *South African Family Practice*, 63(1), e1-e7.

Chou, H. J., & Tseng, K.Y. (2020). The experience of emergency nurses caring for patients with mental illness: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8540.

Donna, G., Gordon, G., Carolyn, S., Jennifer, R., Terry, K., Barbara, S., & Ann, A. (2011). Using action research to plan a violence prevention program for Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*, 37, 32-39.

Gautam, S., Gautam, M., Yadav, K. S., Chaudhary, J., & Jain, A. (2023). Clinical practice guidelines for assessment and management of aggressive and assaultive behaviour. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 131-139.

Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 209-225.

Hamolia, C.D. (2012). Preventing and managing Aggressive behavior. In Stuart, G.W. (Ed.), *Principles and practice of psychiatric nursing*. (10th ed, pp. 572-593) Mosby.

Lau, J., Magarey, J., & McCutcheon, H. (2004). Violence in the emergency department: A literature review. *Australian Emergency Nursing Journal*, 7(2), 27-37.

Roger, S. U., Lennart, B., Stuart, K. G., & Stefan L. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 53-66.

Touzet, S., Occelli, P., Denis, A., Cornut, P.-L., Fassier, J.-B., Le Pogam, M.-A., Duclos, A., & Burillon, C. (2019). Impact of a comprehensive prevention program aimed at reducing incivility and verbal violence against healthcare workers in a French ophthalmic emergency department: An interrupted time-series study. *BMJ Open*, 9(9), e031054.

World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

THE ROLE OF PSYCHIATRIC NURSES AND PRACTICES IN PREVENTING CYBERBULLYING AMONG ADOLESCENTS

*Suhathai Tosangwarn, Ph.D.**

Abstract

Cyberbullying is a significant issue that is related to various mental health problems, especially depression. Victims of cyberbullying are at a high risk of suicidal ideation. Cyberbullying is common during adolescence, therefore early prevention and management are crucial. This academic article aims to summarize the role of psychiatric nurses and practices in preventing cyberbullying among adolescents by using empirical evidence in order to prevent mental health problems, particularly depression, in adolescents. The content of the paper includes the problem of cyberbullying among adolescents, the causes of cyberbullying behavior, the impact of cyberbullying on adolescents, adolescent's coping strategies when faced with cyberbullying, and the role of psychiatric nurses and practices in preventing cyberbullying among adolescents. This knowledge will improve psychiatric nurses with the understanding, prevention strategies, and appropriate care for adolescents experiencing cyberbullying.

Keywords: cyber-bullying, role of psychiatric nurses, adolescent

**Corresponding author: Assistant Professor, Boromarajonnani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail: suhathai@knc.ac.th*

Received: 20 March 2024, Revised: 20 May 2025, Accepted: 24 May 2025

บทบาทพยาบาลจิตเวชและแนวปฏิบัติในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น

สุหทัย โดสังวาลย์, Ph.D.*

บทคัดย่อ

การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เป็นปัญหาสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพจิตที่หลากหลาย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เหตุที่ถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความเสี่ยงสูงในการคิดฆ่าตัวตาย การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์พบได้บ่อยในช่วงวัยรุ่น ดังนั้นการมีแนวทางปฏิบัติสำหรับป้องกันและจัดการปัญหาการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลจิตเวชและแนวปฏิบัติในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น โดยใช้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกันผลกระทบทางด้านลบที่เกิดขึ้น โดยนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับ สถานการณ์ปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ สาเหตุของพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ผลกระทบของการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การเผชิญปัญหาของวัยรุ่นเมื่อถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และบทบาทพยาบาลจิตเวชและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น องค์ความรู้ดังกล่าวจะทำให้พยาบาลจิตเวชมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และสามารถให้การดูแลวัยรุ่นที่กำลังเผชิญกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์, บทบาทพยาบาลจิตเวช, วัยรุ่น

*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

e-mail: suhathai@knc.ac.th

วันที่รับ: 20 มีนาคม 2567, วันที่แก้ไข: 20 พฤษภาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 24 พฤษภาคม 2568

บทนำ

วัยรุ่นมีแนวโน้มเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 13 ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นนำไปสู่การเจ็บป่วยและความพิการ ปัญหาที่พบได้บ่อยประกอบด้วย ภาวะวิตกกังวล ปัญหาด้านพฤติกรรม และภาวะซึมเศร้า (World Health Organization, 2024) นอกจากนี้พบว่าปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของวัยรุ่นอีกด้วย สำหรับการศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น โดยผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 25.30 ถึง ร้อยละ 53.50 (พัชชา รวยจินดา และคณะ, 2562; วงเดือน ปันดี, 2558; อัญมณี มณีนิล และคณะ, 2565) อาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นเป็นช่วงสำคัญของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ต้องเผชิญกับปัญหาที่สำคัญและหลากหลาย เช่น การปรับตัวทางอารมณ์และสังคม ความต้องการความเป็นอิสระ และต้องการเป็นที่ยอมรับในสังคม (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2567)

ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นอาจเกี่ยวเนื่องกับพัฒนาการตามช่วงวัยของวัยรุ่น เช่น ความรู้สึกเปิดเผยเชื่อมั่น เป็นอิสระ และมีความคิดเป็นของตนเอง ทำให้มีความเชื่อมั่นสูง ยึดมั่นในอุดมการณ์ของตนเองมากจนเกินไป (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2567) เมื่อเกิดความล้มเหลว จึงอาจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์อาจส่งผลทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว การกลั่นแกล้งกันในทุกรูปแบบทั้งในโรงเรียนและในรูปแบบออนไลน์ อาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า

การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (วาสนา คำดี และคณะ, 2564)

การใช้สื่อออนไลน์ของวัยรุ่นในปัจจุบันแพร่หลายอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะหลังจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 การจัดการเรียนการสอนมีการใช้เทคโนโลยีประกอบการเรียนรู้เพิ่มเติมทั้งในและนอกห้องเรียน ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นมีการใช้งานผ่านระบบอินเทอร์เน็ตเฉลี่ยประมาณ 7.65 ชั่วโมงต่อวัน โดยพบว่าส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือในการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ยังใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้กันส่วนใหญ่คือ เฟซบุ๊ก (Facebook) และ ยูทูบ (YouTube) (วาสนา คำดี และคณะ, 2564) การใช้สื่อออนไลน์ต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มากยิ่งขึ้นและส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่ถูกรังแกจนได้รับความเสียหาย (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายนับเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ซึ่งหากได้รับการกลั่นแกล้งจากผู้อื่นเป็นเวลานานและบ่อยครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเกิดภาวะซึมเศร้าได้

สถานการณ์ปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น

การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Cyberbullying) เป็นการทำร้ายกันทางความรู้สึก

หรือจิตใจ เช่น การโพสต์ข้อความ ภาพ หรือคลิปวิดีโอเพื่อด่าทอ ส่อเสียด ประจาน แฉ โจมตี ข่มขู่ หรือใช้ถ้อยคำที่หยาบคาย ทำให้เหยื่อเกิดความอับอาย เสียใจ หรือเสื่อมเสียชื่อเสียง การตอบโต้กันไปมาด้วยความคิด ความเชื่อ หรือความเห็นของตัวเอง และเป็นการกระทำซ้ำๆ การกลั่นแกล้งดังกล่าวสามารถที่จะเกิดขึ้นได้ในทุกที่ ทุกเวลาโดยไม่ต้องระบุตัวตน และสามารถทำผ่านเครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรือ แท็บเล็ต (สุกฤษา จิตต์สม, 2564) ปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์สามารถจำแนกออกได้ 2 กรณี คือ การกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นบนโลกออนไลน์นั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสามารถทำได้ทุกที่ ทุกเวลา และบางครั้งอาจไม่จำเป็นต้องระบุตัวตน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจนำมาซึ่งพฤติกรรมความรุนแรง หรือ การทำร้ายร่างกายผู้อื่นได้ (วาสนา คำดี และคณะ, 2564) ลักษณะของการกลั่นแกล้งที่พบได้บ่อย ได้แก่ ล้อเลียนชื่อ ตั้งฉายา เพิกเฉย ไม่สนใจ และนำรูปภาพไปตัดต่อให้ดูตลก วาบหวิว หรือ นำอายเป็นต้น (เกวลี ชัยสุวรรณรัชนี และพลิศรา ธรรมโชติ, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่าการนินทาว่าร้าย รวมถึงการล้อเลียนด้วยรูปภาพ พบว่ามีการกลั่นแกล้งมากที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้ผู้ถูกกลั่นแกล้งรู้สึกอับอาย หรือ ถูกเกลียดชัง (วิริวิษญ์ เลิศรัตน์ ชำรงกุล, 2564) ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบกรณีของการนำข้อมูลไปเผยแพร่ทำให้ผู้อื่นเสื่อมเสีย เช่น

เชิงขายบริการทางเพศ การล้อเลียน ข่มขู่ หรือคุกคาม และนำมาสู่การทำร้ายร่างกาย (ชัชฎาภรณ์ พรหมนอก และคณะ, 2562)

2. การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ลักษณะการถูกกลั่นแกล้งที่พบได้บ่อย ได้แก่ ถูกล้อเลียนชื่อ ถูกตั้งฉายา ถูกเพิกเฉย ถูกไม่สนใจ ถูกไม่ให้เกียรติ และถูกเหยียดหยาม เป็นต้น (เกวลี ชัยสุวรรณรัชนี และพลิศรา ธรรมโชติ, 2563) นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ที่วัยรุ่นถูกกลั่นแกล้ง คือ การถูกนินทา หรือ ถูกด่าทอผ่านทางออนไลน์ โดยใช้ห้องสนทนา เว็บไซต์ หรือ โทรศัพท์มือถือ (วาสนา คำดี และคณะ, 2564) การที่วัยรุ่นมีโอกาสนในการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้บ่อย มักเกิดจากความรอบรู้ในการใช้สื่อออนไลน์ที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับเพื่อนในสื่อสังคมออนไลน์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน ด้วยค่านิยมที่ต้องการยอดไลค์สูง ๆ (วิริวิษญ์ เลิศรัตน์ ชำรงกุล, 2564) ทำให้บางครั้งภายหลังจากการขัดแย้ง หรือ ข้อพิพาท ในการสนทนาออนไลน์อาจมีความเสี่ยงสูงจากการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้นอกจากนี้พบว่า การลืมออกจากระบบภายหลังจากการใช้งานสื่อออนไลน์ และถูกสวมรอยในการใช้งานแทนเป็นปัญหาหลักที่นำมาสู่การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (ชัชฎาภรณ์ พรหมนอก และคณะ, 2562)

สาเหตุของพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น

สาเหตุของพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่นเกิดมาจากหลายปัจจัยที่มี

ผลต่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ออนไลน์

ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความคิดและอารมณ์ของวัยรุ่น เช่น การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง และการมองโลกในแง่ร้าย (Ranjith et al., 2023) ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการในช่วงวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและการควบคุมอารมณ์ การต้องการยอมรับ และความอยากรู้อยากเห็น (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2567) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มักมีปัญหาเกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่แปรปรวน ไม่สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ เมื่อมีสิ่งที่มากระทบทางด้านจิตใจหรือทางด้านร่างกาย เช่น เมื่อรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ หรือ โมโหหิว เป็นเหตุให้แสดงพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้ (ฉันทนา ปาเดตา และนภาพร ภูเพ็ชร, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่า ความตึงเครียด ความสนุกและรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ทำให้บุคคลอื่น ๆ ในพื้นที่ออนไลน์ เกิดความสนใจและมีการแสดงออกด้วยการกดไลค์ (ฉันทนา ปาเดตา และนภาพร ภูเพ็ชร, 2562) ซึ่งวัยรุ่นอาจไม่คิดว่าผลจากการกระทำนั้นอาจทำให้บุคคลอื่นได้รับความเดือดร้อน

ปัจจัยด้านครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเกิดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น ความผูกพันต่อครอบครัวจะเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมการ

กลั่นแกล้งได้ โดยครอบครัวที่สมาชิกมีความผูกพันต่อกันสูง มีความสัมพันธ์กับปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ต่ำ (Zhao, 2023) นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เช่น ความมั่นคงของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองและเพื่อน พบว่าเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการมีพฤติกรรมรุนแรงและการเป็นเหยื่อในการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Iorga et al., 2022) นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับการเลี้ยงดูแบบตามใจ และการปล่อยปละละเลยจากครอบครัว ส่งผลทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยวัยรุ่นเกิดความคับข้องใจ และต้องแสดงความคิดเห็นผ่านทางช่องทางออนไลน์ (ฉันทนา ปาเดตา และนภาพร ภูเพ็ชร, 2562) ผลลัพธ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวมีความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก

ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยทางด้านสังคมหลายประการมีความเกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ผลการวิจัยพบว่า เพื่อนมีบทบาทที่สำคัญในการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น เช่น การสนับสนุนจากเพื่อน และการข่มขู่ที่วัยรุ่นได้รับจากเพื่อน สามารถส่งเสริมหรือยับยั้งการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้ (Rebisz, et al., 2023) อาจเนื่องมาจากช่วงวัยรุ่นให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมาก เพราะเชื่อว่าเพื่อนสามารถเข้าใจตนเองได้มากกว่าบุคคลอื่น ดังนั้นจึงทำให้เพื่อนมีอิทธิพลกับความคิดของวัยรุ่นค่อนข้างมาก นอกจากนี้

สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยพบว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีโอกาสน้อยในการตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Kyrrestad et al., 2023) นอกจากนี้ผลการศึกษาโดยการสังเคราะห์งานวิจัย พบว่า การรังแกในพื้นที่ไซเบอร์อาจเป็นผลที่เกิดอย่างต่อเนื่องมาจากการกระทำในพื้นที่จริง โดยจุดเริ่มต้นส่วนใหญ่มาจากการกระทำในสถานการณ์จริง แล้วมาขยายความขัดแย้งในโลกออนไลน์ (ฉันทนา ปาแดตา และ นภาพร ภูเพ็ชร์, 2562) ปัจจัยทางสังคมเหล่านี้ย้าถึงความสำคัญของสาเหตุในการกลั่นแกล้งทางออนไลน์ ดังนั้นการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาคควรหาวิธีการแก้ไขและป้องกันโดยมุ่งจัดการที่ปัญหาด้านสังคมด้วยจึงจะเหมาะสม

ปัจจัยที่เกี่ยวกับโลกออนไลน์

สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ มีความเกี่ยวข้องกับความรูสึกปลอดภัยและขาดความรูสึกความเข้าใจในการแสดงความคิดเห็น สอดคล้องกับกฎหมายที่บังคับใช้ในประเทศไทย ที่ยังไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งทางออนไลน์โดยตรง ทำให้วัยรุ่นสามารถกระทำการกลั่นแกล้ง โดยใช้ความเป็นนิรนามของพื้นที่ออนไลน์ โดยผู้กระทำไม่จำเป็นต้องเปิดเผยตัวตนที่แท้จริง ซึ่งส่งผลให้สามารถรุกรานคนอื่นได้ โดยที่ไม่มีผู้ใคร่รู้ว่าใครเป็นคนกระทำ (ฉันทนา ปาแดตา และ นภาพร ภูเพ็ชร์, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่า พื้นที่ออนไลน์ในปัจจุบันได้รับการตรวจสอบน้อย ทำให้เหมาะ

สำหรับการระบายความรู้สึก วัยรุ่นมักใช้เพื่อเข้าไประบายอารมณ์และความรู้สึกที่ไม่สามารถทำได้ในโลกของความเป็นจริง นอกจากนี้ยังพบว่า พื้นที่ออนไลน์จะมีความง่ายและสะดวกในการกลั่นแกล้งกัน โดยวัยรุ่นจะมองว่าพื้นที่ออนไลน์ทำให้พวกเขาสามารถใช้คำพูดในลักษณะการดูถูกเหยียดหยามผู้อื่นได้ง่าย นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างมีสติและถูกต้อง และการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารได้อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Rebisz et al., 2023) นอกจากนี้พบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตเน็ตเป็นระยะเวลาานานเกินไปและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างรีบเร่ง เช่น การตอบข้อความอย่างรวดเร็วโดยไม่คิดไตร่ตรอง เป็นความเล็งต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น (Mills et al., 2023)

สาเหตุของการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยที่หลากหลายประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และปัจจัยเกี่ยวกับโลกออนไลน์ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีส่วนในการส่งผลให้เกิดการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบของการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น

พฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

และวัยรุ่นที่ตกเป็นเหยื่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ มีความเกี่ยวข้องกับแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และอาจมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (อัญมณี มณีนิล และคณะ, 2565; เกวลีชัยสุวรรณรักษ์ และพลิสรา ธรรมโชติ, 2563) นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ที่ตกต่ำลง (Albikawi, 2023; Yosep et al., 2023) การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นอีกด้วย (วาสนา คำดี และคณะ, 2564) นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านสภาพจิตใจ ยังส่งผลกระทบต่อในด้านร่างกายและสังคม พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น

1. ด้านร่างกาย พบว่า ผลกระทบทางด้านร่างกายเกิดโดยอ้อม ซึ่งเกิดจากผลกระทบทางด้านจิตใจ รวมถึงสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่แย่งลง ส่งผลให้ร่างกายแย่งลง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง มวนท้อง เหน็ดเหนื่อยจากการอดนอน อ่อนเพลีย และสุขภาพไม่แข็งแรง (ธัญญากร ดุคเกื้อ และคณะ, 2562) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่ผ่านมามีพบว่าในเด็กที่ถูกสวมรอยใช้สื่อออนไลน์ ให้ข้อมูลว่าการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย “กินไม่ได้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และฝันร้าย” (ัชชฎาภรณ์ พรหมนอก และคณะ, 2562) ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้เกิดสุขภาพร่างกายอาจอ่อนแอลง จนบางครั้งทำให้วัยรุ่นที่ตกเป็นเหยื่อมีปัญหาทางสุขภาพด้านร่างกายต่าง ๆ ตามมา

2. ด้านจิตใจ พบว่า การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจที่หลากหลาย เช่น ความรู้สึกคับข้องใจ ความวิตกกังวล ความเครียด ความอับอาย รวมถึงภาวะซึมเศร้า (ฉันทนา ปาแดง และนภาพร ภูเพ็ชร, 2562) ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมายืนยันถึงการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (วาสนา คำดี และคณะ, 2564; อัญมณี มณีนิล และคณะ, 2565) นอกจากนี้ปัญหาผลกระทบด้านจิตใจแล้ว การถูกกลั่นแกล้งทางออนไลน์ ยังอาจส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมก้าวร้าวอีกด้วย ดังผลการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาจเกิดมาจากการแสดงออกเพื่อป้องกันตนเองของวัยรุ่นไม่ให้ฝ่ายถูกกระทำอย่างเดียว (วาสนา คำดี และคณะ, 2564) การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น (Squillace et al., 2023) การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์และการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Schonfeld et al., 2023) ซึ่งอาจมีผลมาจากการถูกกระทำที่ยาวนาน จนส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่สามารถฟื้นฟูได้ และส่งผลต่อการทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ (Nguyen et al., 2023)

3. ด้านสังคม พบว่า วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและสังคม เป็นวัยที่ต้องการการยอมรับจากเพื่อน ๆ ในกลุ่ม ในกรณีที่ไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มอาจส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง แยกตัว

ออกจากสังคม และส่งผลกระทบต่อผู้อื่นด้วย (วาสนา คำดี และคณะ, 2564) ในวัยรุ่นบางคนอาจปฏิเสธการไปโรงเรียน (แก้วลี ชัยสุวรรณรัมย์ และพลิศรา ธรรมโชติ, 2563) ดังนั้นการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีผลต่อเหยื่อในมิติของสัมพันธภาพในด้านลบ เช่น การเผยแพร่ข้อมูลความลับที่น่าอับอาย การใส่ร้ายป้ายสี สร้างข่าวลือปลุกระดมให้คนในสังคมเกิดความรุนแรงและความเกลียดชัง (ปองกมล สุรัตน์, 2561) ทำให้เหยื่อโดนบิบบิให้อยู่คนเดียว ไม่มีใครต้องการคบหาหรือพูดคุย จากการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่ถูกกลั่นแกล้งทางโลกออนไลน์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม โดยมักมีพฤติกรรมที่เก็บตัวมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างน้อยลง อีกทั้งยังเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพโดยมีบุคลิกภาพที่นิ่งเงียบมากขึ้น ไม่กล้าแสดงออกและขาดความมั่นใจในตนเอง (สุวิพร ไฉไลสถาพร และคณะ, 2560) ผลกระทบเหล่านี้อาจส่งผลให้เหยื่อเติบโตไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ทางสังคม กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถเข้าสังคมร่วมกับบุคคลอื่นได้ และในวัยรุ่นบางส่วนอาจมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง หรือ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (ธัญญากร ตุดเกื้อ และคณะ, 2562)

การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ สูญเสียหน้าที่ในการใช้ชีวิตประจำวัน และสัมพันธภาพระหว่างคนในสังคม ดังนั้นหากวัยรุ่นมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จะทำให้วัยรุ่นเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้อย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหาของวัยรุ่นเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

วัยรุ่นแต่ละคนมีแนวทางการเผชิญปัญหาที่หลากหลายและแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับมุมมองความคิดและประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละคน ซึ่งสามารถแบ่งแนวทางในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ได้เป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเข้าหา การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และการเผชิญปัญหาแบบหาแรงสนับสนุน

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเข้าหา เป็นการที่วัยรุ่นเผชิญปัญหาโดยตรง โดยมุ่งจัดการกับผู้ที่กลั่นแกล้งตนโดยตรง ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาที่วัยรุ่นจำเป็นต้องทราบตัวตนของผู้กลั่นแกล้ง โดยใช้วิธีแรก เป็นการเจรจา โดยวัยรุ่นจะทำการพูดคุยและเจรจาโดยตรงกับผู้ที่เป็นคนกลั่นแกล้งเพื่อหาแรงจูงใจของการกระทำและขอความร่วมมือหรือทำข้อตกลงที่อีกฝ่ายจะไม่ทำพฤติกรรมการกลั่นแกล้งอีก วิธีที่สอง คือ การตอบโต้ โดยการโพสต์ข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับอีกฝ่ายกลับไปทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อสื่อสารความรู้สึกด้านลบของตนกับผู้ที่ถูกกลั่นแกล้ง (สุวิพร ไฉไลสถาพร และคณะ, 2560) วิธีที่สาม เป็นการอธิบายเหตุผลหรือการโต้แย้งกลับไป โดยวัยรุ่นจะมีความคิดว่า ถ้าเรื่องใดไม่ใช่ความจริงก็ควรที่จะโต้แย้งกลับไป เพราะถ้าหากเจ็บก็จะหมายถึงการยอมรับว่าตนเป็นเช่นนั้น วิธีสุดท้าย คือ การจัดการกับผู้ที่ถูกกลั่นแกล้ง โดยรังแกผู้ที่กลั่นแกล้งตนคืน หรือแก้แค้นกลับ เนื่องจากวัยรุ่นจะมีความคิดที่ว่า เราไม่ควรเป็นฝ่ายที่ต้องถูกระทำเพียงฝ่ายเดียว คนอื่นทำได้

เราก็ต้องทำได้ (ณัฐรัชต์ สามะ และคณะ, 2557) ซึ่งวิธีการในการเผชิญปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดข้อขัดแย้งหรือข้อพิพาทตามมาในกรณีที่จัดการโดยปราศจากการควบคุมอารมณ์และมีเหตุผลที่เหมาะสม

2. การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง เป็นการหลีกเลี่ยงในการเผชิญปัญหาโดยตรง ส่วนใหญ่มักจะเป็นการจัดการกับความรู้สึกของตนเองหรือการพาตนเองออกไปจากสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยวิธีแรก คือ การอดทนทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นและเจ็บเฉยต่อเหตุการณ์โดยไม่แสดงปฏิกิริยาตอบโต้ผู้กลั่นแกล้ง เพื่อให้เรื่องราวที่เกิดขึ้นเงียบหายไปตามเวลา (ณัฐรัชต์ สามะ และคณะ, 2557) วิธีที่สอง คือ การลบหรือบดบังข้อความ สื่อ หรือบัญชีผู้ใช้ของบุคคลที่เป็นต้นเหตุของการกลั่นแกล้ง รวมไปถึงการหยุดเล่นสื่อสังคมออนไลน์ การลบบัญชีผู้ใช้ของตนเองออกไปสักระยะหนึ่งแล้วจึงกลับมาเล่นใหม่ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่กระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของตน (ธัญยากร ตูดเกื้อ และคณะ, 2562) วิธีที่สาม คือ การหลีกเลี่ยงที่จะไม่เกี่ยวข้องกับผู้ที่กลั่นแกล้งตน รวมไปถึงการพาตนเองออกจากสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เพื่อไม่กลายเป็นเหยื่ออีกครั้ง วิธีสุดท้าย คือ การเบี่ยงเบนความสนใจของตนไปยังสิ่งอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันและบรรเทาผลกระทบทางด้านจิตใจที่เคยมได้รับ (สุวิพร ไชโลสถาพร และคณะ, 2560)

3. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่วัยรุ่นนำเรื่องราวที่เกิดขึ้นไปปรึกษากับ

บุคคลอื่น เช่น เพื่อนสนิท หรือครอบครัวเพื่อหาแนวทาง รับฟังคำแนะนำในการจัดการปัญหาของตน หรือเพื่อขอกำลังใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีแรก คือ การปรึกษากับเพื่อนสนิทของตนโดยการบอกเล่าปัญหาที่เกิดขึ้นให้ฟังและขอคำแนะนำในการเผชิญปัญหา การที่วัยรุ่นไม่เลือกปรึกษาครูหรือผู้ใหญ่อาจเนื่องมาจากความหวาดกลัวการถูกมองในด้านลบ และคิดว่าครูหรือผู้ใหญ่ไม่สามารถแก้ปัญหาในเรื่องดังกล่าวได้ (วิรัชชัย เลิศรัตน์ธำรงกุล, 2564) วิธีที่สอง คือ การขอกำลังใจ วัยรุ่นจะขอกำลังใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ช่วยให้วัยรุ่นมีความเข้มแข็งทางด้านอารมณ์และความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (สุวิพร ไชโลสถาพร และคณะ, 2560) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า มีวัยรุ่นบางส่วนอาจใช้วิธีในการเผชิญปัญหาด้วยการแยกตัวออกจากสังคม และมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (วาสนา คำดี และคณะ, 2564) ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับ ระดับความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และระดับความช่วยเหลือจากครอบครัวที่ต่ำอีกด้วย (เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์ และพลิศรา ธรรมโชติ, 2563)

วัยรุ่นแต่ละคนมีแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายและแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับมุมมองและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เช่น การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเข้าหา โดยการพูดคุยกับผู้ที่กลั่นแกล้ง หรือ การรายงานให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ ในขณะที่วัยรุ่นบางส่วนอาจ ใช้วิธีในการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง โดยการเพิกเฉย หรือ

บล็อกการสนทนากับผู้ที่กลั่นแกล้ง และการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเพื่อน หรือ บุคคลในครอบครัว ซึ่งในแต่ละแนวทางของวิธีการแก้ไขปัญหามีข้อจำกัดและความเสี่ยงในการสร้างข้อขัดแย้งหรือปัญหาขึ้นมาใหม่ได้ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชควรมีบทบาทที่สำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจให้วัยรุ่นเพื่อจัดการกับปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลจิตเวชและแนวปฏิบัติในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น

ปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อหลากหลายโดยเฉพาะด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาจนำมาสู่การฆ่าตัวตาย พยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันการเกิดการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ รวมถึงจัดการผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ ซึ่งบทบาทดังกล่าวต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ของตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ได้ตามมาตรฐานของวัฒนธรรม และสังคมด้วย

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการดำเนินการป้องกันในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมกลั่นแกล้งโดยการประเมินการคัดกรองพฤติกรรมกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ พฤติกรรมก้าวร้าว และภาวะซึมเศร้า

ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง (วาสนา คำดี และคณะ, 2564) การสอนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการใช้สื่อออนไลน์ที่เหมาะสม ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อกฎหมาย หรือ กฎเกณฑ์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น การให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงให้สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยจัดเข้าร่วมโปรแกรมที่ใช้ในการป้องกัน หรือ ลดการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) พยาบาลจิตเวชสามารถทำการค้นหากลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหา และให้ความช่วยเหลือเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางจิตที่รุนแรง หรือให้ผ่านพ้นวิกฤติทางสุขภาพจิตได้อย่างทันท่วงที เช่น กลุ่มที่เสพติดการใช้อินเทอร์เน็ต กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่เผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในสังคมออนไลน์ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการรับประทานอาหาร หรือ ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (Kim et al., 2020) กลุ่มเหล่านี้เป็นผู้ที่มีปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตเวช เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต และให้ความช่วยเหลือโดยเร็ว โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา ตลอดจนการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การบำบัดเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิต

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการติดตามผลการดูแลให้ความช่วยเหลือกลุ่มที่เคยมีพฤติกรรม ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปลี่ยนความคิด เปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยอาจหันมาสร้างคุณประโยชน์ต่อสังคม หรือการช่วยเหลือผู้ที่เคยถูกทำร้ายผ่านโลกออนไลน์ จนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตให้ได้รับการดูแลเยียวยา ผ่านพ้นวิกฤติและกลับสู่สังคมได้ ตลอดจนฟื้นฟูสภาพจิตใจของบุคคล ในระยะยาว และการดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น ตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา บุคลากรทางการศึกษา กฎหมาย และสื่อทางสังคม โดยบุคลากรทางสุขภาพต้องดำเนินงานสอดคล้องกันทุกภาคส่วน (เซาวลิต ศรีเสริม และคณะ, 2562) พยาบาลจิตเวชมีแนวทางในการป้องกัน 3 ระดับ การดำเนินงานเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะในกลุ่มที่กำลังเผชิญกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม จนอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ ดังนั้น เพื่อให้การป้องกันปัญหาเหล่านี้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลจิตเวชจึงควรให้ความสำคัญกับการป้องกันทั้ง 3 ระดับ นอกจากนี้ พยาบาลจิตเวชยังสามารถสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่นให้กับกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น เช่น เพื่อน ครู ครอบครัว สถานศึกษา และชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีส่วนในการจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างเหมาะสม

ตามแนวปฏิบัติดังนี้

1. สถานศึกษาและผู้บริหารสถานศึกษา พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมและให้ความรู้กับผู้บริหารสถานศึกษา ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่ชัดเจน เข้มงวด และมีระเบียบวินัย ให้ทุกคนในโรงเรียนรับรู้และปฏิบัติตาม รวมถึงมีบทลงโทษสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมการเคารพซึ่งกันและกัน (Hendry et al., 2023) นอกจากนี้ โรงเรียนควรมีช่องทางการรายงานการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่ชัดเจน และสร้างความมั่นใจว่าผู้รายงาน จะได้รับการคุ้มครองและไม่เดือดร้อน การเปิดช่องทางการรายงานทางออนไลน์จะช่วยให้นักเรียนรู้สึกปลอดภัยและเป็นเรื่องง่ายในการรายงานพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และควรมีมาตรการจัดการกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่ชัดเจน ทันที และสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้รายงาน หรือ ผู้ถูกกลั่นแกล้ง รู้สึกปลอดภัยและได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานศึกษาและผู้บริหารสถานศึกษา

2. ปัญหาด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชควรทำการคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นอยู่เป็นประจำ เพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ติดตามประเมินปัญหา และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ซึ่งพบว่าพฤติกรรมดังกล่าว มีความเกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรมีการติดตามและคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้กับนักเรียน อย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามประเมินปัญหา และให้การช่วยเหลือนักเรียนได้อย่าง

ทันตวงที่ (อัญมณี มณีนิด และคณะ, 2565)

3. หลักสูตรหรือกิจกรรมสำหรับวัยรุ่นน พยาบาลจิตเวชควรมีบทบาทในการเสริมสร้าง ทักษะชีวิตพื้นฐานที่สำคัญที่เกี่ยวกับภาวะ สุขภาพจิตของวัยรุ่น เช่น ทักษะทางสังคม ทักษะ การจัดการอารมณ์ การเสริมสร้างความภาคภูมิใจ ในตัวเอง การพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตใจ และ การจัดการปัญหาเมื่อเกิดข้อขัดแย้งบน โลกออนไลน์ (Tosun & Akcay, 2022) เพื่อให้วัยรุ่น สามารถค้นหาจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง และ ใช้ทักษะดังกล่าวให้เป็นประโยชน์ส่งเสริมการ สื่อสารและพฤติกรรมเชิงบวก รวมถึงสามารถ จัดการปัญหาจากการใช้อินเทอร์เน็ตที่เหมาะสม

4. การให้คำปรึกษา พยาบาลจิตเวชควรมี ส่วนในการให้คำปรึกษาซึ่งสามารถทำได้ทั้งแบบ เเผชิญหน้าและการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ (Saroh et al., 2022) เพื่อที่จะร่วมค้นหาแนว ทางแก้ไขปัญหา วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม รวมทั้งร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการให้ข้อมูลและ ส่งเสริมการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ของวัยรุ่น เช่น การสอนให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล การ ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการใช้สื่อออนไลน์ที่ เหมาะสม การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อกฎหมายหรือ กฎเกณฑ์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ นอกจากนี้ ควรดำเนินงานเพื่อติดตามผล การดูแลให้ความ ช่วยเหลือกลุ่มที่เคยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ให้มี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปลี่ยนความคิดหรือการ ช่วยเหลือผู้ที่เคยถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ให้ วัยรุ่นได้รับการดูแลเยียวยาผ่านพื้นที่วิกฤติและกลับ

สู่สังคมได้ ตลอดจนฟื้นฟูสภาพจิตใจของวัยรุ่นใน ระยะยาว

5. สถาบันครอบครัว ครอบครัวมีส่วน สำคัญในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่ถูกกลั่นแกล้งบน โลกออนไลน์ การให้คำแนะนำ รับฟังและ ช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะครอบครัว จะทำให้วัยรุ่นสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากการ กลั่นแกล้งทางออนไลน์ได้อย่างเหมาะสม (เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์ และพลิสรา ธรรมโชติ, 2563) ดังนั้นพยาบาลจิตเวช ควรให้คำแนะนำกับ ผู้ปกครองของวัยรุ่น ในการให้กำลังใจ รับฟัง ปัญหาของลูกด้วยเหตุผลโดยไม่ใช้อารมณ์ และ ร่วมกันแก้ปัญหาให้กับวัยรุ่น (วีรวิษญ์ เลิศรัตน์ ธำรงกุล, 2564) ผลเสียจากการไม่ยอมรับฟัง และ ลงโทษวัยรุ่นโดยใช้อารมณ์อาจทำให้วัยรุ่นต้องหนี ออกจากบ้าน หรือ ไม่สามารถศึกษาต่อได้ (ชัชฎาภรณ์ พรหมนอก และคณะ, 2562)

6. ความรอบรู้ในการใช้สื่อออนไลน์ พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ที่ไม่เหมาะสม อาจ ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นได้ ผล การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า พฤติกรรมเสพติดสื่อ สังคมออนไลน์ มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหา สุขภาพจิต (ภคมณชนันท์ สาสะตานันท์, 2562) ซึ่งพฤติกรรมเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพล ต่อการเกิดพฤติกรรมเลียนแบบสื่อสังคมออนไลน์ ผลการศึกษาสนับสนุนว่า วัยรุ่นที่ใช้เวลามากใน การใช้สื่อออนไลน์จะส่งผลทำให้มีปัญหา สุขภาพจิตที่มากขึ้น พฤติกรรมดังกล่าวอาจเกิด เนื่องจากการต้องการการยอมรับของสังคมและ กลุ่มเพื่อน ทำให้วัยรุ่นเกิดการเลียนแบบพฤติกรรม

ต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมของบุคคลในสื่อออนไลน์ ตามมาได้ (ภคมณันท์ สาสะตานันท์, 2562) ดังนั้น พยาบาลจิตเวชควรสนับสนุนให้วัยรุ่นได้รับความรู้ที่เหมาะสมในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อป้องกันปัญหาการกลั่นแกล้งทางออนไลน์ เช่น การตั้งค่าความเป็นส่วนตัว การรับเพื่อนใหม่ หรือ การโพสต์ข้อความต่าง ๆ ในสื่อสาธารณะ (วีรวิชัย เลิศรัตน์ธำรงกุล, 2564) นอกจากนี้เมื่อพบว่าตนเอง ถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ อาจทำการบล็อก หรือ หยุดเล่นเครือข่ายสังคมออนไลน์ และการหยุดโต้ตอบ จะช่วยให้ตนเองไม่ตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้ง (ฉันทนา ปาเดตา และนภาพร ภูเพ็ชร, 2562) แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เป็นแนวทางที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้โดยการบูรณาการความรู้ดังกล่าวกับงานประจำ จะทำให้การป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทสรุป

การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของวัยรุ่น เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ส่งผลให้เกิดผลกระทบที่หลากหลาย เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม วัยรุ่นที่ประสบปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีแนวทางในการเผชิญกับปัญหาที่หลากหลาย ซึ่งการเผชิญปัญหาโดยแยกตัว การใช้สารเสพติด ไม่แสวงหาความช่วยเหลืออื่นจากสังคม ส่งผลลบกับวัยรุ่นและทำให้เกิดปัญหา

ทางด้านสุขภาพจิตตามมา เช่น ความเครียด วิตกกังวล และโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า พยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่สำคัญที่จะสามารถป้องกัน หรือ จัดการกับปัญหานี้ได้ โดยมีการป้องกัน 3 ระดับ และประยุกต์แนวทางปฏิบัติในการจัดการปัญหา โดยอาศัยความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

- เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์, และพลิสรา ธรรมโชติ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ข่มเหงรังแกบนโลกโซเชียล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 65*(2), 191-204.
- ฉันทนา ปาเดตา, และนภาพร ภูเพ็ชร. (2562). *การสังเคราะห์สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกันและการแก้ไขปัญหาการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในกลุ่มวัยรุ่นไทย*. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 11 ประจำปี 2562 (หน้า 525-541). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล.
- ชัชฎาภรณ์ พรหมนอก, สุพร อภินันทเวช, และวิมลทิพย์ มุสิกพันธ์. (2562). การศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องพฤติกรรมข่มเหงรังแกบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 33*(1), 20-39.
- ชาวลิต ศรีเสริม, โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์, และอนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี. (2562). พฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียล : ผลกระทบ การป้องกัน และบทบาทพยาบาลจิตเวช. *วารสารวิจัยและการพยาบาลสุขภาพ, 20*(3), 15-27.
- ณัฐรัชต์ สามะ, พิมพัทธ์ บุญมงคล, Timo T. Ojanen, รณภูมิ สามีคศิริการมย์, และ Thomas E. Guadamuz, (2557). การรับรู้ของเยาวชนต่อการรังแกในพื้นที่โซเชียล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 6*(1), 351-364.

- ชั้นยาก รูดเกื้อ, เกษตรชัย และหิม, และฤทัยชนนี สิทธิชัย. (2562). การศึกษาสภาพปัญหาและสาเหตุของพฤติกรรม การรังแกบนโลกโซเชียลของนักเรียนมัธยมศึกษาในสาม จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 32(2), 161-165.
- ปองกมล สุรัตน์. (2561). สาเหตุและผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการรังแกผ่านโลกโซเชียล: กรณีศึกษาเยาวชนไทยผู้ถูกรังแก. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 4(1), 260-273.
- พัชชา รวยจินดา, สุนทรา ชาติศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2562). *ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น*. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10 “Global Goals, Local Actions: Looking Back and Moving Forward”. (หน้า 1-10). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ภคมณชนันท์ สาสะตานันท์. (2562). พฤติกรรมเสพติดสื่อสังคมออนไลน์และพฤติกรรมเลียนแบบจากสื่อสังคมออนไลน์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการนิเทศ*, 6(1), 19-36.
- วงเดือน บัณฑิต. (2558). ความชุกและปัจจัยของความซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย: ศึกษาเฉพาะนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคศรีสะเกษ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(3), 298-309.
- วาสนา คำดี, พัชรา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในจังหวัดหนึ่ง เขตพื้นที่ภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 77-90.
- วีริชัญญ์ เลิศรัตน์ธำรงกุล. (2564). การกลั่นแกล้งกันในพื้นที่โซเชียลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น: ความชุกวิธีการจัดการปัญหา และพฤติกรรมเสี่ยง. *วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 11(1), 275-289.
- ศรีประภา ชัยสินธพ. (21 กุมภาพันธ์ 2567). *สภาพจิตใจของวัยรุ่น*. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generaldoctor/06062014-0847>
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). *คู่มือปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ตามแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า*. บริษัท บิยอนด์ แพ็บลิชชิง จำกัด. สุกิศา จิตต์สม. (2564). *ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา. BUUIR คลังปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา. https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/61920060.pdf
- สุวิพร ไฉไลสถาพร, อังศรา ประเสริฐสิน, และแววตา เตชาทวีวรรณ. (2560). ประสบการณ์และแนวทางการเผชิญปัญหาของเด็กและเยาวชนไทย ที่ตกเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้งทางโซเชียล. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร*, 7(2), 215-234.
- อัษฎมณี มณีนิด, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2565). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย*. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(1), 293-307.
- Albikawi, Z. F. (2023). anxiety, depression, self-esteem, internet addiction and predictors of cyberbullying and cybervictimization among female nursing university students: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5).
- Hendry, B. P., Hellsten, L.-a. M., McIntyre, L. J., & Smith, B. R. (2023). Recommendations for cyberbullying prevention and intervention: A Western Canadian perspective from key stakeholders. *Frontiers in Psychology*, 14, 1067484.
- Iorga, M., Pop, L. M., Croitoru, I., Hanganu, E., & Anton-Păduraru, D.-T. (2022). Exploring the importance of gender, family affluence, parenting style and loneliness in cyberbullying victimization and aggression among Romanian adolescents. *Behavioral Sciences*, 12(11), 457.
- Kim, J., Walsh, E., Pike, K., & Thompson, E. A. (2020). Cyberbullying and victimization and youth suicide risk: The buffering effects of school connectedness. *Journal of School Nursing*, 36(4), 251-257.

- Kyrrestad, H., Kaiser, S., & Fossum, S. (2023). Frequency of bullying and cyberbullying victimization and associated factors among Norwegian adolescents. *International Journal of Bullying Prevention*, 1-11.
- Mills, L., McLoughlin, L. T., Driver, C., Boyes, A., Sacks, D. D., Wood, A., Lagopoulos, J., & Hermens, D. F. (2023). Social connectedness and impulsivity as predictors of cyberbullying behaviors in early adolescence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(5), 726-744.
- Nguyen, T. H., Shah, G., Muzamil, M., Ikhile, O., Ayangunna, E., & Kaur, R. (2023). Association of in-school and electronic bullying with suicidality and feelings of hopelessness among adolescents in the United States. *Children*, 10(4), 755.
- Ranjith, P. J., Vranda, M. N., & Kishore, M. T. (2023). Predictors, prevalence, and patterns of cyberbullying among school-going children and adolescents. *Indian journal of psychiatry*, 65(7), 720-728.
- Rębisz, S., Jasińska-Maciąg, A., Grygiel, P., & Dolata, R. (2023). Psycho-social correlates of cyberbullying among Polish adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 20(8), 5521.
- Saroh, F. E., Mahmudah, M., & Hasanah, H. (2022). Cyber Counseling Kesehatan Reproduksi Bagi Remaja Di Youth Center Griya Muda. *Griya Widya: Journal of Sexual and Reproductive Health*, 1(2), 83-100.
- Schonfeld, A., McNeil, D., Toyoshima, T., & Binder, R. (2023). Cyberbullying and adolescent suicide. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 51(1), 112-119.
- Squillace, J., Hozella, Z., Cappella, J., & Sepp, A. (2023). An exploration of SETA in cyber bullying to reduce social harm & juvenile suicide. 2023 IEEE World AI IoT Congress (AIIoT), Virtual Conference.
- Tosun, N., & Akcay, H. (2022). Cyberbullying/ cyber-victimization status, cyberbullying awareness, and combat strategies of administrators and teachers of pre-school education institutions. *International Journal of Technology in Education and Science*, 6(1), 44-73.
- World Health Organization. (10 October 2024). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Yosep, I., Hikmat, R., & Mardiyah, A. (2023). Nursing intervention for preventing cyberbullying and reducing its negative impact on students: a scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 261-273.
- Zhao, S. (2023). Chronic sleep reduction and cyberbullying among adolescents: the roles of low self-control and family cohesion. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(9), 1237-1253.