

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของ
นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์The Effect of Psycho-education Program on the Depressive
Symptoms Among Nursing Students at Thammasat Universityเกสร มัยจิ้น^{1*}
Kasorn Muijeen^{1*}¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
¹Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani.

*Corresponding author: fon_kasorn@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ one group pretest-posttest มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2558 ผลของการประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มีระดับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า 22 คะแนน ยินยอมเข้าร่วมวิจัยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย 2) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson) และแนวความคิดทฤษฎีของโรเจอร์ (Roger's Theory) เป็นโปรแกรมที่มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนได้รับโปรแกรม วัดผลทันทีภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตามผลเดือนที่ 6 เท่ากับ 25.90, 20.80 และ 19.70 ตามลำดับ 2) วิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อวัดซ้ำค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา มีความแตกต่างกันกับภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ทั้งช่วงเวลาที่และระยะติดตามผลเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แต่พบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาทันทีไม่มีความแตกต่างกันกับระยะติดตามผลภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเดือนที่ 6

การวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นโปรแกรมหนึ่งที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาได้ จึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการนำมาใช้สำหรับการดูแลนักศึกษา

คำสำคัญ: นักศึกษาพยาบาล; โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา; ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This research study was a quasi-experiment with one group designed. The objective of the research was to study the effect of a psycho-education program on the depressive symptoms among nursing students at Thammasat University. A group of twenty second-year nursing students that had volunteered and had a CES-D scores higher than 22, which indicated preliminary depression, were purposively selected based on the inclusion criteria. The research instruments were following: First were the data-collection instruments, including general information and the center for the epidemiologic studies depression scale, Thai version (the screening test for depression in adolescents). Second was the psycho-education program, which was developed from Anderson's psycho-education theory and Roger's theory. This program included six sessions 60 to 90 minutes each. The data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA.

Results (1) The results of the research showed that the mean depression scores among the nursing students on the pre-posttest and after 6 months were 25.90, 20.80, 19.70. (2) The research outcomes showed that the mean depression scores among the nursing students on the pre-posttest and after 6 months were significant ($p < 0.05$). In addition, the mean scores for the CES-D after completing the program were not significantly different from the 6-month scores after participating in the program.

The study suggests that the psycho-education program reduced the depressive symptoms of the nursing students and is an alternative way of caring for students.

Keywords: depressive symptoms; nursing students; psycho-education program

ความเป็นมาของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่ถือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาการเปลี่ยนผ่านของวัยเข้าสู่ผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้านอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านอารมณ์ ความคิด สภาวะจิตใจที่ยังไม่มั่นคงและเข้มแข็งพอ สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจของวัยรุ่นเอง ส่งผลให้เกิดแนวโน้มของปัญหาทางด้านอารมณ์ในที่สุด¹ เป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมได้ง่าย เช่น การใช้สารเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น² ภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในวัยรุ่นทั่วโลก³ จากการศึกษาพบหลายประเทศมีจำนวนร้อยละของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง เช่น ประเทศออสเตรเลียพบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.8⁴ ประเทศไต้หวันพบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28⁵ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30-47⁶ และในประเทศศรีลังกามีวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 57.7⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยเหมือนประเทศอื่นๆ โดยวัยรุ่นในประเทศไทยนั้นได้มีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นในเขตภาคเหนือมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 69.3⁸

นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรปริญญาตรี ถือว่าอยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนปลายที่ก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากมีช่วงอายุระหว่าง 17-22 ปี สิ่งที่นักศึกษาเหล่านี้ต้องเผชิญนอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยแล้วนั้น พบว่าการเข้าเรียนในวิชาชีพพยาบาล นักศึกษาจะต้องปรับตัวต่อรูปแบบการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ⁹ ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างจากการเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย การใช้ชีวิตของการเรียนในวิชาชีพที่เคร่งเครียดเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้อื่น¹⁰ ส่งผลให้นักศึกษาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยุ้งยากใจหลายด้าน¹¹ และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล⁸ จากการศึกษาข้อมูลในต่างประเทศ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.73¹² ร้อยละ 18.75¹³ และมากกว่าร้อยละ 50¹⁴ สำหรับในประเทศไทย พบว่านักศึกษาพยาบาลในเขตภาคกลางมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.83¹⁵ นักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.9¹⁶ และในสถาบันต่างๆเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.20¹⁷ จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลถือเป็นกลุ่มหนึ่งในวัยรุ่นที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าส่งผลทางลบต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของบุคคล เป็นอาการที่เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น สภาวะกดดัน ความเครียด การสูญเสียด้านต่าง ๆ ผลกระทบที่เกิดกับบุคคลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย เช่น การที่บุคคลไม่สามารถทำงานหรือเรียนได้ดีเหมือนเดิม งานไม่มีคุณภาพ ผลการเรียนลดลงจากการขาดสมาธิ ขาดแรงจูงใจในการอ่านหนังสือหรือตั้งใจเรียน¹⁸ และถ้าไม่ได้รับการดูแลภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ บางรายมีความต้องการที่จะทำร้ายตนเองมีความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากไม่สามารถทนกับสภาวะกดดันที่ประสบอยู่¹⁹ นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่มากขึ้น จากผลกระทบของภาวะซึมเศร้าทำให้ทั้งในและต่างประเทศให้ความสำคัญกับการดูแลวัยรุ่นหรือกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จากผลกระทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ผลการวิจัยพบรูปแบบการพยาบาลภาวะซึมเศร้า 4 รูปแบบ ได้แก่ การพยาบาลตามทฤษฎีปัญญานิยม การบำบัดตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การพยาบาลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและแนวคิดทางเลือกอื่นซึ่งทั้ง 4 รูปแบบสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ และผลจากการสำรวจงานวิจัยยังพบว่ามีงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลน้อย เนื่องจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ เพราะมีหน้าที่การทำงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าทักวีย วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ดูแลผู้อื่นดังนั้นมีความสามารถดูแลตนเองได้ และงานวิจัยที่พบในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลนั้นเป็นลักษณะงานวิจัยเชิงสำรวจในด้านปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด หรือระดับความสุข²¹⁻²² ปัจจุบันมีผู้สนใจศึกษาศึกษาในส่วนของโปรแกรมที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล เช่น การสร้างโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น¹⁷

อย่างไรก็ดี นอกจากรูปแบบการพยาบาลที่กล่าวมาข้างต้น แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson, et al.²³ กล่าวถึงเรื่องของสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ (joining) การพัฒนาความรู้ (education) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) การจัดการความเครียด (coping skill) และการขอความช่วยเหลือทางสังคม (social support) กลายเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ดูแลผู้มีปัญหาทางจิตมากขึ้น

ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การเพิ่มคุณภาพชีวิตและการจัดการด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว²⁴ เนื่องจากหลักการนี้มีความครอบคลุมในทุกมิติของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต กล่าวคือ สามารถช่วยแก้ปัญหา ลดภาวะการเจ็บป่วย พร้อมทั้งป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำได้จากองค์ประกอบ 5 ประการ ของ Anderson, et al.²³ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ หลักการของการพัฒนาความรู้ การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา การจัดการความเครียด การขอความช่วยเหลือจากสังคม ทุกด้านสามารถนำไปใช้ได้ทั้งการดูแลบำบัดอาการปัจจุบัน และป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรค หรือการป่วยซ้ำและจากแนวคิดทฤษฎีของ Rogers.²⁵ ที่เน้นถึงความสำคัญของความสามารถรับรู้ของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม ถูกนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเกิดเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจัดการกับปัญหา อาการซึมเศร้า ลดการเกิดการกำเริบของภาวะซึมเศร้าได้นั่นเอง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ยังไม่มีผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล พบข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของโครงการคัดกรองสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลทุกระดับชั้น ประจำปีการศึกษา 2557 ซึ่งโครงการนี้ใช้แบบประเมิน CES-D ฉบับภาษาไทยและพบข้อมูลที่สำคัญคือ นักศึกษามีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่สูงมาก และจากการพูดคุยกับนักศึกษารายนี้มีความคิดฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 0.28 ของนักศึกษาทั้งหมด ถึงแม้ว่าเป็นจำนวนร้อยละที่น้อยมากแต่ถ้าเทียบกับผลกระทบเรื่องการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสิ่งที่ร้ายแรงที่สุด ประเด็นปัญหานี้ยังต้องให้ความสำคัญอยู่เนื่องจากอาจสร้างความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ ที่ผ่านมามากๆ ได้มีแนวทางในการดูแลนักศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าผ่านระบบให้คำปรึกษารายบุคคลโดยอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและในกรณีที่ต้องเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์อาจารย์ผู้นั้นจะเป็นผู้ติดตามผลการรักษาซึ่งการให้คำปรึกษารายบุคคลบางครั้งไม่เพียงพอ กับความต้องการของนักศึกษา ทั้งนี้ในบริบทของอาจารย์ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้ดูแลเพียงแค่นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ยังคงดูแลนักศึกษาในสภาวะอื่นอีก เช่น วิตกกังวล เครียด มีปัญหาด้านการปรับตัว ดังนั้นการมีโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา จะเป็นอีกตัวเลือกหนึ่งที่จะช่วยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ

และทันท่วงที ป้องกันการฆ่าตัวตาย และนักศึกษาจะสามารถคงไว้ซึ่งการมีทักษะที่ช่วยจัดการกับอาการซึมเศร้า ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลประเมินผลก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาวัดผลทันทีและระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯเดือนที่ 6
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯทันทีกับระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯเดือนที่ 6

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลประเมินผลก่อนเข้ารับโปรแกรมฯเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาวัดผลทันทีและระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลประเมินผลภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯทันทีกับระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯเดือนที่ 6 นั้นมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลประเมินผลก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาวัดผลทันทีและระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6 มีความแตกต่างกัน
2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ทันทีไม่มีความแตกต่างกันกับระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯเดือนที่ 6

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับ

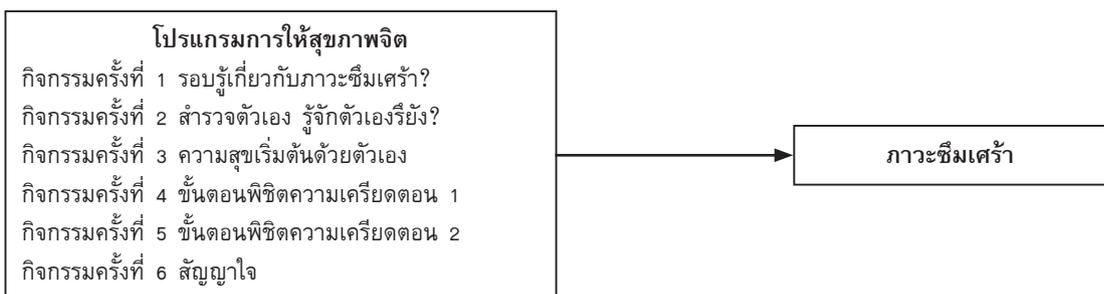
ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นการนำหลักแนวคิด 2 แนวคิดมาประยุกต์เป็นโปรแกรม แนวคิดแรกคือ แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ของ Anderson, et al.²³ สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การให้ความรู้สร้างความเข้าใจที่มีโครงสร้างและเป็นระบบที่ชัดเจนแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เกี่ยวกับลักษณะอาการ อาการเตือน สาเหตุ รวมถึงการดูแลรักษาโรคหรือภาวะที่บุคคลนั้นๆ กำลังประสบอยู่ ทั้งนี้เป็นการช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกที่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากขึ้น^{23,26} การให้สุขภาพจิตศึกษามีหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psycho-education) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (group psycho-education) และการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่สมาชิกครอบครัว (family psycho-education) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (group psycho-education) โดยเป็นแนวคิดรูปแบบการให้สุขภาพจิตของ Anderson, et al.²³ ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การพัฒนาความรู้ 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา 4) การจัดการความเครียด 5) การขอความช่วยเหลือทางสังคม ผู้วิจัยได้ปรับลักษณะของกิจกรรมให้สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและสร้างโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาขึ้นเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรมอธิบายได้ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (joining) เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มตัวอย่างด้วยกันในรูปแบบที่มีหลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งของการจัดรูปแบบกิจกรรมในทุกครั้ง กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ (education) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อาการ และวิธีการจัดการกับอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง การวิเคราะห์อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีหรือไม่ รวมไปถึงหลักการสร้างความสุขด้วยตนเอง ทั้งนี้เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่ตนเองประสบอยู่ รวมทั้งสามารถจัดการกับ

อาการซึมเศร้าในเบื้องต้นที่กำลังเผชิญอยู่ ความรู้ความเข้าใจ จะส่งผลให้นำไปสู่การดูแลตนเองที่ถูกต้อง อาการซึมเศร้า จะลดลงในระยะเวลาที่เร็วขึ้นหรือถ้าบุคคลรู้จักวิธีการสร้างความสุขด้วยตนเองแล้วนั้นจะนำไปสู่การปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะตามมาคือบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตที่ดี หลักการที่ 2 นี้ได้ถูกนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1, 2, 3 กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) มีวัตถุประสงค์สำคัญให้กลุ่มตัวอย่างรู้ถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหา โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากอาการที่เกิดขึ้นเมื่อมีภาวะซึมเศร้า เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียง มีเมื่อภาวะซึมเศร้า ความรู้ความเข้าใจร่วมกับกรณีที่มีคู่มือความรู้สรุปความรู้ไว้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการ จะสร้างความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการเลือกที่จะจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในเบื้องต้นและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง (กิจกรรมครั้งที่ 1,2) หลักการที่ 4 การจัดการความเครียด (coping skill) อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการที่บุคคลมีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือ ความเครียดเป็นสภาวะที่กดดัน บีบคั้นทางอารมณ์ หากบุคคลที่ประสบกับความเครียดเป็นเวลานานจนไม่สามารถจัดการให้หมดไป จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ตามหลักแนวคิดของ Anderson, et al. มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้เกิดความเข้าใจ สามารถฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง หลักการนี้เชื่อว่าสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมครั้งที่ 4,5 หลักการที่ 5 การขอความช่วยเหลือทางสังคม (social support) หลักการนี้มีวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างได้สำรวจถึงแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมที่ตนเองมี หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะประสบกับปัญหาคล้าย ๆ กันคือไม่รู้ว่าหากมีปัญหาจะปรึกษาใคร หรือ

ไม่มีบุคคล แหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม มีความรู้สึกเดียวดาย คิดว่าตนเองอยู่คนเดียวในโลก ดังนั้นเมื่อหลักการนี้บรรลุวัตถุประสงค์จะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีที่พึ่ง ไม่รู้สึกถูกละทิ้ง หรือทราบถึงแหล่งที่จะช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดปัญหา ดังกิจกรรมครั้งที่ 6

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดทฤษฎีของโรเจอร์ (Roger's Theory)²⁵ มาร่วมใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมฯ โดยทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญของความสามารถตนเอง ถือเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาตนเอง การแสดงออกด้านพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการที่บุคคลแต่ละคนผ่านการรับรู้ สภาวะการณ์เหตุการณ์ที่ต่างกันออกไป ก่อเกิดเป็นบุคลิกภาพกับความคิดของคนนั้นต่อตนเอง และเป็น การแสดงออกของพฤติกรรมแต่ละบุคคล แนวคิดนี้ถูกนำมา ออกแบบเป็นใบงานซึ่งเป็นการบ้านของกิจกรรมที่มอบหมายให้ผู้เข้าร่วมโครงการกลับไปทำ รวมทั้งสร้างใบงานให้ผู้เข้าร่วมโครงการทบทวนเกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา โดยผู้วิจัย จะตรวจการบ้านพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น ให้กำลังใจ สะท้อน ลงในใบงานทุกครั้ง โดยยึดแนวคิดทฤษฎีของโรเจอร์ การที่ผู้วิจัยมีการตรวจการบ้านพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นให้กำลังใจ สะท้อน ลงในใบงาน จะส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้า หรือสามารถฝึกทักษะต่างๆ ตามที่ใบงานกำหนดได้ กลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกว่าคุณเองสามารถทำได้และต้องการพัฒนาตนเองตลอดไป

จากคำอธิบายกรอบแนวคิดข้างต้น การศึกษารั้ครั้งนี้ จึงสามารถออกแบบเป็นโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ลักษณะของโปรแกรมดำเนินการกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม 6 ครั้งใช้เวลาแต่ละกิจกรรมทั้งสิ้น 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ดังแสดงเป็นแผนภูมิข้างล่าง (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงแผนภูมิกรอบแนวคิดการวิจัย “ ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ”

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมภายใต้การนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson และทฤษฎี Roger เกี่ยวกับหลักการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อาการซึมเศร้าอย่างมีรูปแบบ วัตถุประสงค์แต่ละครั้งที่ชัดเจน รวมทั้งการเสริมสร้างการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า การสร้างความสุขด้วยตนเอง การจัดการความเครียด เป็นต้น ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที จัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมนาน 6 สัปดาห์

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ใจ ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาลโดยในที่นี้ จะวัดด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย ที่มีผลคะแนนรวมจากการทำแบบสอบถามตั้งแต่ 22 คะแนน เป็นต้นไป

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ศึกษาระดับปริญญาตรีในคณะพยาบาลศาสตร์ โดยศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ one group pretest-posttest กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มทดสอบแบบก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลประเมินผลก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบความแตกต่างกับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาวัดผลทันทีและระยะติดตามผลเดือนที่ 6

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2558

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2558
2. มีผลของการประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ที่มีระดับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า

22 คะแนน

3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชั้นปีอื่น ๆ
 2. เป็นผู้ที่โรคซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยได้รับการดูแลรักษาด้วยยาจากจิตแพทย์
 3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่ป่วยหรือมีอาการทางจิตด้วยโรคอื่น ๆ
 4. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ (Discontinuation criteria)

1. อาสาสมัครมีความต้องการออกจากโครงการวิจัย
2. อาสาสมัครเข้ารับการดูแลรักษา บำบัดทางด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น หรือการให้คำปรึกษาจากนักจิตวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษา จิตแพทย์ นอกเหนือการเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา
ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและควบคุมการวิจัย

มีขั้นตอนดังนี้

1. ดำเนินการขออนุญาตการทำวิจัยจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
2. เมื่อได้รับใบรับรองโครงการวิจัย จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในขั้นตอนต่อไปซึ่งการวิจัยนี้ได้กำหนดให้มีผู้ช่วยวิจัยในการทำหน้าที้นำแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้เมื่ออาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจะลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในใบแสดงเจตนายินยอม
3. ตรวจสอบข้อมูลของแบบสอบถามในส่วนของความครบถ้วนด้านการใส่ข้อมูล จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้าร่วมโครงการเพื่อเป็น

กลุ่มทดลองโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา อาสาสมัครจะตัดสินใจด้วยตนเองและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในใบแสดงเจตนายินยอม

4. ติดตามกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินโครงการอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ตลอดจนการได้รับการดูแลรักษา การบำบัด การช่วยเหลือจากคณะฯ หากอาสาสมัครได้รับนอกเหนือจากโครงการวิจัยให้ถือว่ากลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครรายนั้นเข้าสู่เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะคำนึงถึงสิทธิ ความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างด้วยการส่งต่อข้อมูลหรือส่งตัวกลุ่มตัวอย่างให้แก่ผู้ดูแลคนต่อไป โดยจะไม่ละเลยกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ๆ ก็ตามและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดตามข้อปฏิบัติของคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อ้างอิงไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

วัตถุประสงค์ของการมีผู้ช่วยวิจัยในโครงการวิจัยนี้ เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยและเป็นการควบคุมการวิจัย เพราะการวิจัยมีอาสาสมัครวิจัยเป็นนักศึกษาและตัวผู้วิจัยเป็นอาจารย์ จึงกำหนดให้มีผู้ช่วยวิจัยและทำหน้าที่ในการให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม เตรียมผู้ช่วยวิจัยกระทำโดยผู้วิจัย เน้นการทำความเข้าใจสำหรับการใช้เครื่องมือแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย รายได้ สำหรับใช้จ่ายต่อเดือน ความตั้งใจศึกษาวิชาชีพพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย โดยอุมาพร ตรังคมบัติและคณะ (2540) ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดของข้อคำถามแต่ละคำถาม การแปลผล แบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จึงมีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในการดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งข้อมูลของโครงการวิจัยให้กับ

กลุ่มตัวอย่างอย่างคร่าวๆและบอกวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่ได้รับ และอธิบายว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำเสนอเผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้น ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยใน Consent form ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา และจะไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาวิจัย คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่ใช้แนวความคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Anderson, et al. ร่วมกับทฤษฎีของ Roger ซึ่งกล่าวไว้ในกรอบแนวคิดนั้น โปรแกรมตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะ/โรคซึมเศร้า 1 ท่าน และนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดให้กับผู้ป่วยภาวะ/โรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน เพื่อหาความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ลักษณะความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รายละเอียดของกิจกรรม ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม 6 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น ครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ได้แก่

กิจกรรมครั้งที่ 1 รอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า? วัตถุประสงค์ของกิจกรรม 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มตัวอย่างผ่านกระบวนการกลุ่ม 2) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า การจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าเบื้องต้นด้วยตนเอง รูปแบบกิจกรรมกลุ่ม มีการสอนด้วยสื่อภาพพร้อมทั้งเนื้อหาโดยจะแจกให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่มือโปรแกรมฯ ใบงานของกิจกรรมนี้ได้แก่เอกสารแนบในคู่มือให้กลุ่มตัวอย่างได้สรุปเนื้อหาตามความเข้าใจของตัวเองผ่านข้อคำถามต่างๆเพื่อประเมินผลการบรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 2 สสำรวจตัวเอง รู้จักตัวเองรึยัง? วัตถุประสงค์ของกิจกรรม 1) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกถึงกลุ่มภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถสำรวจตนเองเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และการเลือกเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าเบื้องต้นที่ตนเองสันหัด 2) เพื่อสร้างสัมพันธภาพต่อเนื่องระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มตัวอย่างผ่านกระบวนการกลุ่ม รูปแบบกิจกรรมเน้นเป็นการสอนและทบทวนความรู้เดิมเมื่อสัปดาห์ก่อนโดยใช้คู่มือโปรแกรมฯ ให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกบอกเกี่ยวกับกลุ่มอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจ วิเคราะห์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเปรียบเทียบกับสภาวะอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าของตนเองว่ามีหรือไม่ และหากมีจะเลือกใช้วิธีการจัดการกับสภาวะอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าอย่างไร

กิจกรรมครั้งที่ 3 ความสุขเริ่มต้นด้วยตัวเองวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 1) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องความสุข การสร้างความสุขด้วยตนเอง และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะการสร้างความสุขด้วยตนเอง 2) เพื่อสร้างสัมพันธภาพต่อเนื่องระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มตัวอย่างผ่านกระบวนการกลุ่ม รูปแบบกิจกรรม การสอนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (คลิป์วีดีโอ) และเป็นการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการฝึกการสร้างความสุขด้วยตนเองผ่าน เทคนิคการสร้างความสุขด้วยตนเอง 8 ประการ ประเมินผลการบรรลุวัตถุประสงค์ คำถามจากใบงาน และการสาธิตย้อนกลับอย่างถูกวิธี

กิจกรรมครั้งที่ 4 ขั้นตอนพิชิตความเครียดตอน 1 วัตถุประสงค์ของกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด สาเหตุ เทคนิคการจัดการความเครียด และสามารถฝึกเทคนิคการจัดการความเครียดด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจ ดนตรีบำบัด การนวดกดจุดด้วยตนเอง รูปแบบกิจกรรม สอนบรรยายผ่านคู่มือโปรแกรมฯและใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการความเครียด ประเมินผลการบรรลุวัตถุประสงค์ ผ่านใบงานถาม-ตอบ และการสาธิตย้อนกลับและมอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่ตนเองรู้สึกทำแล้วผ่อนคลายทุกวัน พร้อมบันทึกความรู้สึกภายหลังที่ได้ฝึกลงในใบงานที่แทรกท้ายคู่มือโปรแกรมฯ

กิจกรรมครั้งที่ 5 ขั้นตอนพิชิตความเครียดตอน 2

วัตถุประสงค์ของกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการความเครียดและสามารถฝึกเทคนิคการจัดการความเครียดด้วยวิธีสุทธบำบัด การจินตนาการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า รูปแบบกิจกรรม สอนบรรยายผ่านคู่มือโปรแกรมฯและใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการความเครียด ประเมินผลการบรรลุวัตถุประสงค์ ผ่านใบงานถาม-ตอบ และการสาธิตย้อนกลับและมอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่ตนเองรู้สึกทำแล้วผ่อนคลายทุกวัน พร้อมบันทึกความรู้สึกภายหลังที่ได้ฝึกลงในใบงานที่แทรกท้ายคู่มือโปรแกรมฯ

กิจกรรมครั้งที่ 6 สัญญาใจ วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและสามารถนำหลักการที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 5 สัปดาห์ที่ผ่านมาไปใช้ต่อไป 2) เพื่อสร้างความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้าหรือการจัดการความเครียดด้วยตนเองในเบื้องต้นได้ 3) เพื่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง 4) สร้างทักษะการขอความช่วยเหลือจากบุคคล สังคม หน่วยงาน เมื่อมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น รูปแบบกิจกรรม เป็นกระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและสรุปเกี่ยวกับประเด็นสำคัญของโปรแกรมนี้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยกัน ประเมินผลการบรรลุวัตถุประสงค์ จากการสอบถามและสังเกตพฤติกรรม

โดยกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือโปรแกรมฯที่ประกอบด้วยใบงานให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และมีการมอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปทำที่บ้าน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนัดหมายการส่งการบ้านเมื่อพบกันครั้งต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย รายได้สำหรับใช้จ่ายต่อเดือน ความตั้งใจศึกษาวิชาชีพพยาบาล

2.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย โดย อุมภาพร ตังศรีสมบัติและคณะ (2540) ที่ใช้ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นไทยโดยใช้ Cronbach's Coefficient Alpha วัดค่าความเที่ยงของแบบประเมินได้ค่าเท่ากับ 0.86 และได้มีการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดซึมเศร้า CES-D ในกลุ่มนิสิตนักศึกษาของ Ploylearmsang C.²⁷

พบว่ามาตรวัดแบบอันดับมีความเที่ยงในเกณฑ์ที่ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.87 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบ่งเป็น 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0-60 คะแนน ซึ่งเป็นการสอบถามวัยรุ่นถึงอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะตัวเลือก ได้แก่ เกิดขึ้นบ่อยตลอดเวลา (3 คะแนน) เกิดขึ้นบ่อยๆ (2 คะแนน) มีเกิดขึ้นบ้างบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยเกิดขึ้นเลย (0 คะแนน)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลได้จากแบบสอบถามทั้งหมดนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปSPSS อธิบายได้ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. เปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ เสร็จสิ้นซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาโดยการวัดผลทันทีและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อวัดซ้ำ

(Repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 อายุเฉลี่ย 18.60 ปี (SD = 0.503) เกรดเฉลี่ยสะสม ส่วนใหญ่ 9 คน อยู่ที่ช่วง 2.51-3.00 คิดเป็นร้อยละ 45 รายได้สำหรับใช้จ่ายต่อเดือน เพียงพอต่อการใช้จ่ายจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 และความตั้งใจศึกษาวิชาชีพพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจศึกษาวิชาชีพพยาบาลส่วนใหญ่ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80

2. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักศึกษาพยาบาล (n=20)

ผลการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างค่าคะแนน 23-30 คะแนน และคิดเป็นค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 25.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.67 และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 20.80 ส่วนในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.70 และโดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 และ 0.80 เรียงตามลำดับ ดังปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล (n =20)

ระยะของการประเมิน	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ประเมินผลก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ	25.90	2.67
ประเมินผลหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ทันที	20.80	1.01
ประเมินผลหลังเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6	19.70	0.80

จากตารางที่ 2 พบว่าผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ซึ่งกำหนด

เป็นช่วงเวลาวัดผลทันทีและระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (p < 0.001)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ เปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ก่อน-หลังเข้ารับโปรแกรมเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลา

Source of Variation	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Within Groups					
Time	9393.06	1	793.07	73.96	< 0.001
Error	62.92	19	3.31		

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในเวลาที่แตกต่างกันเป็นรายคู่ พบว่าเมื่อ (1) ประเมินผลค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมฯ กับช่วงเวลาสิ้นสุดโปรแกรมทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) เปรียบเทียบรายคู่ที่ 2 ประเมินผลค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ กับช่วงเวลาติดตามผลหลังเข้ารับโปรแกรมเสร็จสิ้นเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (3) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯทันทีเปรียบเทียบกับผลระยะติดตามเดือนที่ 6 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันเป็นรายคู่

ช่วงเวลา (X1)	ช่วงเวลา (X2)	ค่าความต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (X1-X2)	SE	p-value
T1	T2	5.10	3.31	< 0.05
	T3	6.20	2.00	< 0.05
T2	T1	-5.10	3.13	< 0.05
	T3	1.10	2.63	> 0.05
T3	T1	-6.20	2.00	< 0.05
	T2	-1.10	2.65	> 0.05

T1 ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างประเมินผลก่อนเข้ารับโปรแกรม

T2 ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างประเมินผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที

T3 ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างประเมินผลหลังเข้ารับโปรแกรมเสร็จสิ้นเดือนที่ 6

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลประเมินผลก่อนเข้ารับโปรแกรมฯเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาวัดผลทันทีและระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯทันทีที่ไม่มีความแตกต่างกันกับระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯเดือนที่ 6 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ภาวะซึมเศร้า

ของนักศึกษาพยาบาลลดลง อธิบายได้จากกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมครั้งที่ 1 รอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและกิจกรรมครั้งที่ 2 สำรวจตัวเอง รู้จักตัวเองหรือยัง? กิจกรรมทั้ง 2 กิจกรรม เป็นการใช้หลักการพัฒนาความรู้ การจัดการกับปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน กิจกรรมเน้นเรื่องของการให้ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า สาเหตุ ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าการจัดการกับปัญหาหรือเมื่อมีอาการซึมเศร้า รวมถึงการวิเคราะห์ประเมินอาการของตนเองว่าเข้าข่ายหรือมีภาวะซึมเศร้า โดยรูปแบบให้ความรู้เป็นลักษณะกลุ่ม ผ่านสื่อ คู่มือ จากแนวคิดของสุขภาพจิตศึกษาความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น จะทำให้บุคคลสามารถดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางจิต จัดการกับอาการทางด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีค่าระดับภาวะซึมเศร้ายลดลง กิจกรรมครั้งที่ 3 ความสุขเริ่มต้นด้วยตัวเอง ครั้งที่ 4 ขั้นตอนพิชิตความเครียดตอนที่ 1 ครั้งที่ 5 ขั้นตอนพิชิตความเครียดตอนที่ 2 กิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมเป็นการใช้หลักการด้านการจัดการความเครียด (coping skill) และการพัฒนาความรู้ (education) เพื่อเสริมสร้างให้นักศึกษาสามารถจัดการกับความเครียดได้ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เนื่องจากการฝึกจินตนาการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การนวดกดจุดด้วยตนเองต้องอาศัยการฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะ ดังนั้นนอกเหนือจากการฝึกในช่วงของการเข้าโปรแกรมแล้วนั้น นักศึกษาจะได้รับใบงานเพื่อนำไปฝึกปฏิบัติเป็นการบ้านต่อเนื่อง การดำเนินชีวิตหากว่าบุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้รวดเร็วส่งผลให้บุคคลปราศจากสภาวะกดดัน ดึงเครียดในชีวิต ซึ่งมักเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีการจัดการความเครียดที่บกพร่อง²⁰ ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องวิธีการจัดการความเครียดและการฝึกทักษะการจัดการความเครียดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจึงส่งผลให้ระดับอาการซึมเศร้ายลดลงและในขณะเดียวกันกิจกรรมครั้งที่ 3 ความสุขเริ่มต้นด้วยตัวเอง นักศึกษาจะสามารถสร้างความสุขให้กับตนเองได้หลังสิ้นสุดกิจกรรม เทคนิคการสร้างความสุขในโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษานี้เป็นเทคนิคง่าย ๆ 8 ข้อที่นักศึกษาสามารถสร้างได้ด้วยระยะเวลาสั้น ๆ กล่าวได้ว่าการที่บุคคลมีความสุขนั้นก็จะมีสุขภาพจิตที่ดีตามมา²² กิจกรรมครั้งที่ 6 สัญญาใจ รูปแบบเป็นลักษณะกลุ่มสัมพันธ์ให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในประเด็นเรื่องของการดูแลตนเองเรื่องภาวะซึมเศร้า อาการซึมเศร้าเมื่อจบโปรแกรมไปแล้ว การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษาได้ตระหนักรู้ว่ายังมีเพื่อนหรือแหล่งสนับสนุนสังคมอื่นเพื่อจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่รู้สึกว่าคุณโดดเดี่ยวหรือแก้ปัญหาเพียงผู้เดียวสอดคล้องกับข้อความที่นักศึกษาเขียนในใบงานสัปดาห์ที่ 6 ว่า “รู้สึกที่ไม่ต้องอยู่ในขณะคนเดียวอีกต่อไป” และ “สัญญาว่าถ้ามีปัญหาจะไม่เก็บไว้คนเดียว” พบว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมนักศึกษาในกลุ่มนี้มีความสนิทสนม ช่วยเหลือกันมากขึ้น และเมื่อมีปัญหาเหล่านั้นไม่สามารถจัดการด้วยตนเองก็มี ความกล้าที่จะเข้ามาขอรับการช่วยเหลือจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย การที่บุคคลรู้สึกว่าคุณมีแหล่งที่สนับสนุนช่วยเหลือ น่าจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ายลดลงน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และเมื่อติดตามผล ระยะ 6 เดือน พบว่าภาวะซึมเศร้ายไม่เพิ่มขึ้น

การติดตามวัดผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมเดือนที่ 6 พบว่าระดับภาวะซึมเศร้ายของนักศึกษาไม่เพิ่มขึ้น การดูแลรักษาหรือให้การบำบัดควรติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน เป็นช่วงเวลาที่อาจเกิดการกำเริบของภาวะซึมเศร้าได้ บุคคลเมื่อเจอเหตุการณ์วิกฤตหรือปัญหาที่ต้องอาศัยการปรับตัว ซึ่งกลไกการปรับตัวต่อสภาวะวิกฤตทางอารมณ์นี้ หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ภายใน 6 เดือน จะนำไปสู่การเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิต เช่นเดียวกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้ายของนักศึกษาพยาบาล¹⁷ มีการวัดและติดตามผลระดับภาวะซึมเศร้าในเดือนที่ 6 การที่ระดับภาวะซึมเศร้ายไม่เพิ่มขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่นำเอาทฤษฎีของโรเจอร์²⁵ มาแทรกในกิจกรรมคือ ใบงานที่มีการสะท้อน ชมเชย ให้กำลังใจ ส่งเสริมให้นักศึกษารู้ว่าตนเองสามารถทำได้ จัดการกับอาการซึมเศร้าหรือปัญหาได้ จึงทำให้ระดับภาวะซึมเศร้ายนักศึกษาในกลุ่มนี้ไม่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับที่กล่าวไว้ข้างต้นว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาส่งผลลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้ายของนักศึกษาพยาบาล กล่าวคือ ระดับภาวะซึมเศร้ายของนักศึกษาหลังเข้ารับโปรแกรมฯ มีระดับลดลงจากก่อนเข้ารับโปรแกรมฯทุกคนและเมื่อนำมาวิเคราะห์หาความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำตามช่วงเวลา พบว่าให้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้ทำให้นักศึกษาสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง และยังคงสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ได้ต่อ ถึงแม้ว่าจะเสร็จสิ้นการเข้ารับโปรแกรมฯไปแล้ว 6 เดือน

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

1. กลุ่มทดลองได้รับมอบหมายการทำบ้านทุกครั้งที่ภายหลังเข้ารับโปรแกรม และนำไปฝึกหรือปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านจึงอาจทำให้กลุ่มอาสาสมัครแต่ละคนใช้เวลาในการทำการบ้านต่างกัน นับเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้
2. การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงอาจทำให้ไม่เกิดการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมที่ปรากฏออกมาเด่นชัด โดยเฉพาะเมื่อระยะเวลาผ่านไปนาน 6 เดือน โดยกลุ่มทดลองอาจได้รับการดูแล หรือมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริม

ให้ภาวะซึมเศร้าลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงประเด็นนี้ จึงได้ติดตามกลุ่มตัวอย่าง แบบใกล้ชิด โดยหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลด้านการช่วยเหลือภาวะซึมเศร้า จะเข้าสู่เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการดูแลตามปกติโดยผู้วิจัยจะแจ้งข้อมูลเพื่อส่งต่อการดูแลให้กับบุคคลต่อไปทั้งนี้จะไม่ผลเสียใดๆ เกิดขึ้นตามมากับกลุ่มตัวอย่าง มีเพียงแต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างปิดบังข้อมูลหรือได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามได้ จะนับเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรมีการศึกษาทดลองโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และติดตามวัดผลหลังจากโปรแกรม 1 เดือน เพิ่มเติมมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างประกอบกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม

2. ควรมีการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาเพื่อขอความร่วมมือระหว่างฝ่ายวิชาการและฝ่ายพัฒนานักศึกษาในการช่วยเหลือนักศึกษาต่อไปหรือวางแผนด้านการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนานักศึกษาเพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตต่าง ๆ ป้องกันการเกิดเครียดลดภาวะกดดัน กังวลและภาวะซึมเศร้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณความร่วมมือเป็นอย่างดีของกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน และขอขอบพระคุณผู้มอบทุนสนับสนุนการทำวิจัยนี้ ซึ่งได้แก่กองทุนวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. Townsend MC, Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice. 6th ed. Philadelphia: F. A Davis; 2004.
2. Santrock JW. Adolescence. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. Results from the 2013 national survey on drug use and health: Mental health findings [Internet]. Rockville:

Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2013. [cited 2017 Sep 9] Available from: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHmhfr2013/NSDUHmhfr2013.pdf>

4. Boyd CP, Gullone E, Kostanski M, et al. Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: Comparisons with worldwide data. *J Genet Psychol.* 2000; 161(4): 479-92. doi:10.1080/00221320009596726
5. Huang CY, SousaVD, Tu YS, et al. Depressive symptoms and learned resourcefulness among Taiwanese female adolescents. *Arch Psychiatr Nurs.* 2005; 19(3): 133-40. doi:10.1016/j.apnu.2005.04.005
6. Song SJ, Ziegler R, Arsenault L, et al. Asian student depression in American high schools: Differences in risk factors. *J Sch Nurs.* 2011; 27(6): 455-62. doi: 10.1177/1059840511418670
7. Perera B, Torabi MR, Jayawardana G, et al. Depressive symptoms among adolescents in Sri Lanka: Prevalence and behavioral correlates. *J Adolesc Health.* 2006; 39(1): 144-46. doi: org/10.1016/j.jadohealth.2005.10.013
8. Reangsing C. Predictive factors influence depression among secondary school students, regional education office, Chiang Rai province. *TJNC.* 2011; 26 (2): 42-56. Thai.
9. Pulido MM, Mal J, Esther LZ. Sources of stress in nursing students: A systematic review of quantitative studies. *Int J Nurs.* 2012; 59(1): 15-25. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00939
10. Tully A. Stress sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004; 11(1): 43-7. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00682
11. Shikai N, Shono M, Kitamura T. Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: A longitudinal study. *Int J Nurs*

- Pract. 2009; 15(3): 198-204. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01745.x.
12. Grazziano ES, Bianchini C, Lopes LD, et al. Resistance to stress and depression in students of nursing technical courses. *J Nurs UFPE on line*. 2015; 9(Suppl. 2): 837-43. doi: 10.5205/reuol.6391-62431-2- ED.0902supl201509
 13. Furegato AR, Santos JL, Silva EC. Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(2): 198-204 doi: org/10.1590/S0104-11692008000200005
 14. Papazisis G, Tsiga E, Papanikolaou N, et al. Psychological distress, anxiety and depression among nursing students in Greece. *Int J Caring Sci*. 2008; 1(1): 42-46.
 15. Tana P. The factor of depressive symptom in nursing students at nursing college Saraburi. Thesis of master of nursing science in mental health and psychiatric nursing. Burapha University. 2008. Thai.
 16. Kaewmart N, Koedbangkham J, Nabkasorn C. Factors influencing depression among nursing students of Burapha University. *The Journal of faculty of nursing Burapha University*. 2011; 19 (No supplement 2): 83-95. Thai.
 17. Kaiwikaikosol A, Anutat S, Nintachan P. The effect of resilience enhancing program on depression of nursing students at a nursing college. *JPNMH*. 2015; 29(1): 27-43. Thai.
 18. Kessler RC, Wang PS. The epidemiology of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. *Handbook of Depression*. 2nd ed. New York: Guilford; 2009.
 19. Boyd MA, editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
 20. Vatanasin D. Prevention of adolescent depression: From evidence to practice. *The Journal of faculty of nursing Burapha University*. 2016; 24(1): 1-12. Thai.
 21. Kongsuriyanavin W, Jirathummakoon S. Effects of the encounter group on mental health promotion in nursing student leaders. *TJNC*. 2011; 26 (Special Issue): 126-39. Thai.
 22. Kawsaard N, Arpanantiku M, Putwatan P. Selected variables related to nursing students' happiness. *TJNC*. 2013; 28(1) 19-33. Thai.
 23. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty G. *Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psycho-education and management*. New York: Guilford Press; 1986. doi: org/10.1176/ps.38.5.534
 24. Honig A, Hofman A, Rozendaal N, et al. Psycho-education in bipolar disorder: Effect on expressed emotion. *Psychiatry Res*. 1997; 72(1): 17-22. doi: org/10.1016/S0165-1781(97)00072-3
 25. Rogers D. *The psychology of adolescence*. New York: Apleton Century-Crafts; 1962.
 26. Keawkingkaew S. *Psychiatric nursing*. 2nd ed. Pathumthani: Thammasat Printing Office. 2011. Thai.
 27. Ploylearmsang C. Construct validity of the CES-D depression scale among student. *IJPS*. 2005; 1(1): 25-39. Thai.
 28. Ruchiwit M. *Stress management for promoting mental health*. 2nd ed. Pathumthani: Thammasat Printing Office. 2013. Thai.