



วารสาร

# การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

Vol.35 No.2 May – August 2021

ISSN (print) : 0857-4553

ISSN (online) : 2773-9171

## บทความวิจัย

- รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของตำรวจชาวไทย
- ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษาครู มหาวิทยาลัยราชภัฏในช่วงการเรียนรู้วิถีชีวิตปกติใหม่
- ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นนอ้อยโอกาส
- ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล
- ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
- การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอศติคที่มีภาวะซึมเศร้า
- ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

## บทความวิชาการ

- โรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: บทบาทครูและแนวทางการช่วยเหลือในโรงเรียน
- สภาวะอารมณ์ไม่คงที่: ความท้าทายในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น



## วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

## THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

### จุดประสงค์

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

### กำหนดการออก

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

### เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

### สำนักงาน

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

### Objectives

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

### Published by

Psychiatric Nurses Association of Thailand

### Office

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

## คณะกรรมการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ประจำปี 2563 – 2566

### ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์  
รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์  
รศ.สมพร เชื้อหิรัญ  
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส  
นางกัลยา ภัคคีสมงคล  
นางกาญจนา เหมะรัต  
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย  
ศ.ดร.มรยาท รุจิวิษณุ  
ดร.มยุรี กลั้ววงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

### บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

### รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา  
นางสาวพัชริน คุณคำชู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

### กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปิ่นดา  
รศ.ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย  
ผศ.ดร.เพ็ญภา แฉงค้อมยุทธ์  
อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธฤทธิ  
อ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์  
ผศ.เครือวัลย์ ศรียรัตน์  
ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระบุทท์ เกิดสังข์  
ดร.สุนทรี ศรี โกไศย  
ดร.กฤษณ์ชลิ เพียรทอง  
นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง  
นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี  
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี  
สถาบันพัฒนาการเด็กทรานครินทร์ กรมสุขภาพจิต  
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต  
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

### ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

# คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

## ประจำปี 2563 - 2566

<p>กรรมการที่ปรึกษาจิตตimsศักดิ์</p> <p>กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย</p> <p>กรรมการที่ปรึกษา</p>	<p>อธิบดีกรมสุขภาพจิต</p> <p>นายเสวี 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 รุจิวิษัญญ์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาราชมนตรี</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก</p> <p>ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร</p>
---	---

# คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

## ประจำปี 2563 - 2566

นางสาวมยุรี กลั้ววงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางวัชรารักษ์ อุทโยภาส	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	อุปนายก คนที่ 1
นางพรทิพย์ คงศักดิ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์	อุปนายก คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางอำพัน จารุทัศน์างกูร	ข้าราชการบำนาญ สถาบันกัลยาณ์ราชชนกนครินทร์	เหรียญฉีก
นางอรษา ฉวาง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญฉีก
นางวีณา วิทย์เกษขจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญฉีก
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชชนกนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพนิดา รัตนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโสทรก	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางดวงตา ภูริรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายหารายได้
นางอัญชลี วัตทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนกนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางรุจิรา จงสกุล	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนกนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจุฬาราชวิทยาลัย	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางนารีรัตน์ รุจิรพิพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
นางนิชนันท์ คำล้าน	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิญา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
ศศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
รศ.ดร.เอกอุมา อิ่มคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

## บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัยซึ่งมีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องเสมอมา สำหรับวารสารฉบับที่ 2 ปีที่ 35 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2564) นี้มีประเด็นที่น่าสนใจและมีผลลัพธ์เชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษาครุ มหาวิทยาลัยราชภัฏในช่วงการเรียนรู้ยุควิถีชีวิตปกติใหม่ ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธต่อการป้องกันการกลับไปเสพติดในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: บทบาทครูและแนวทางการช่วยเหลือในโรงเรียน และสภาวะอารมณ์ไม่คงที่: ความท้าทายในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้สนใจทุกท่านที่ให้การสนับสนุนติดตามมาโดยตลอด พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นผู้เขียนสามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้เขียนบทความได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมและส่งบทความต้นฉบับ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

## สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564

หน้า

### บทความวิจัย

- รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ  
บุญรา หิริญสาโรจน์, เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล, ประภัสสร พิมพาสาร 1 - 14
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิตและแรงสนับสนุน  
ทางสังคมกับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย 15 - 34
- สุภาพร พันพยัคฆ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, วิไล นาป่า
- ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความบกพร่อง  
ด้านสมรรถนะของนักศึกษาครู มหาวิทยาลัยราชภัฏในช่วงการเรียนรู้วิถีชีวิตปกติใหม่  
บุญเลี้ยง ทุมทอง 35 - 48
- ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรม  
การรังแกกันในวัยรุ่นนอ้อยโอกาส 49 - 72
- อริญญา อินสอน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอชิตมกิจ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย  
และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล 73 - 94
- อัจฉราพรรณ วงษ์น้อย, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน
- ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ต  
ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย 95 - 112
- ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, ทศนา ทวีคุณ, พัชรินทร์ นินทจันทร์
- การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกที่ติดที่มีภาวะซึมเศร้า  
พรทิพย์ ธรรมวงศ์, สุนทรี ศรีโกไสย, ภานิชา วงศ์เขียว 113 - 134
- ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ  
ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์  
พรรณิ แสงหิรัญ, จริญญา แก้วสกุลทอง, มธุรดา บรรจงการ 135 - 153
- ### บทความวิชาการ
- โรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: บทบาทครูและแนวทางการช่วยเหลือในโรงเรียน 154 - 170
- จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, บุญเลี้ยง ทุมทอง
- สภาวะอารมณ์ไม่คงที่: ความท้าทายในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น  
สุลิมาศ อังศุเกียรติถาวร 171 - 187

## CASE MANAGEMENT MODEL FOR OLDER ADULTS WITH DEMENTIA: AN INTEGRATIVE REVIEW

*Budsara Hiransaroj, MNS.\* , Saowaluck Sukpattanasrikul, Ph.D.\*\* , Parpatsorn Pimpasan, MNS.\*\**

### Abstract

**Objective:** The objective of this integrative review was to study the critical components and outcomes of the case management model for older adults with dementia.

**Methods:** Original research studies published between 2010 and 2020 were searched by electronic databases. Articles were critically reviewed and extracted using an approach based on the QualSyst tool. From fifty-six relevant articles, six articles selected and analyzed in this integrative review.

**Results:** The critical components of case management model for older adults with dementia included the assessment, planning, coordination, evaluation, service support, and consulting service. The significant outcomes of the case management were classified into the aspects involving the outcomes of older adults with dementia, the family caregivers, and the care system. Furthermore, this illustrated the positive findings of the case management; such as, the better emotional behavior of older adults with dementia, the decreasing of the burden of the family caregivers, which resulted in the upgraded quality of life and the reduced expenses related to the healthcare system.

**Conclusion:** The results of the study lacked the clarity of outcomes for case management for older adults with dementia, thus, the additional experimental research should be conducted to determine the effectiveness of the case management in Thailand's context.

**Keywords:** case management, dementia, older adults, integrative review

---

*\*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail: budsara.hir@mahidol.edu*

*\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University*

Received: 24 March 2021, Revised: 25 July 2021, Accepted: 29 July 2021



# รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

บุษรา หิรัญสาโรจน์, พย.ม.\* , เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล, ปร.ค.\*\* , ประภัสสร พิมพ์สาร, พย.ม.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและผลลัพธ์ที่สำคัญของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

**วิธีการศึกษา :** สืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2553 ถึง ปี 2564 โดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบและสกัดงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ QualSyst งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 56 เรื่อง มีงานวิจัยจำนวน 9 เรื่องที่ผ่านการคัดเลือกและนำมาวิเคราะห์ในการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้

**ผลการศึกษา :** องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบของการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย 1) การประเมิน 2) การวางแผน 3) การประสานงาน 4) การประเมินผล 5) การสนับสนุนการบริการ 6) การช่วยเหลือให้คำปรึกษา ส่วนผลลัพธ์ที่สำคัญของการจัดการรายกรณีแบ่งเป็น 1) ด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 2) ด้านญาติผู้ดูแล 3) ด้านระบบการดูแล นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวก เช่น พฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ

**สรุป :** ผลการศึกษายังขาดความชัดเจนของผลลัพธ์การจัดการรายกรณีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพิ่มเติมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย

**คำสำคัญ :** การจัดการรายกรณี ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: budsara.hir@mahidol.edu

\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 24 มีนาคม 2564, วันที่แก้ไข: 25 กรกฎาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 29 กรกฎาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและไม่สามารถรักษาให้หายขาด การดำเนินโรคจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป กระทั่งผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงตามมา อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณเมื่ออายุเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปี ค.ศ. 2015 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกราว 50 ล้านคน คาดว่า จะเพิ่มเป็น 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดถึง 132 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2017) เช่นเดียวกับ จำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย จากการคาดการณ์ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 6 แสนกว่าราย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute & Institute for Population and Social Research, 2020) ผลกระทบสำคัญของภาวะสมองเสื่อมไม่ได้มีเพียงแต่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพกาย สุขภาพใจ เศรษฐฐานะของญาติผู้ดูแลและครอบครัวอีกด้วย รวมไปถึงรัฐบาลที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาในระบบสาธารณสุขของประเทศที่เพิ่มขึ้น (Case Management Society of America [CMSA], 2016) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม

เป็นสิ่งสำคัญ

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พยาบาลต้องอาศัยหลักการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม ให้แก่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะก่อนการวินิจฉัย จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (อาทิตยา สุวรรณ, 2560) ซึ่งบทบาทเหล่านี้ใกล้เคียงกับหลักการการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการร่วมกันในการประเมิน การวางแผน การอำนวยความสะดวก การประสานงาน การประเมินผลและการสนับสนุนทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและสุขภาพที่ครอบคลุมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้การสื่อสารและทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพในการดูแล และได้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่า (Wimo et al., 2017) จากการศึกษาประสิทธิผลของการจัดการรายกรณี ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการใช้บริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลดีขึ้น นอกจากนี้การใช้กระบวนการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดการดูแลชัดเจนและเป็นระบบเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ไปจนถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง คาดว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรม (Hollister, Flatt, & Chapman, 2018) อย่างไรก็ตามรูปแบบและผลลัพธ์การจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะ

สมองเสื่อมที่ผ่านมามีความหลากหลายและแตกต่างกันตามบริบทในระบบบริการสุขภาพ (Iliffe et al., 2019) ทำให้ขาดความชัดเจนในการออกแบบรูปแบบและการวัดผลลัพธ์การจัดการรายกรณีที่เหมาะสมในทางปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายและวิเคราะห์องค์ความรู้ของงานวิจัยย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2553 - 2563) ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบและผลลัพธ์การจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ตามกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณี

### คำถามการวิจัย

องค์ประกอบและผลลัพธ์ที่สำคัญของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมควรเป็นอย่างไร

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### การสืบค้นวรรณกรรม

ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, Clinical Key for Nursing, Cochrance, PubMed, และ ThaiJO กำหนดคำสำคัญสำหรับการสืบค้นตามกรอบ PICO ดังนี้ “dementia”, “case management”, “care management”, “case coordination”, “aged”, “older adults”, “outcomes” ใช้คำเชื่อม “AND” และประเมินความเกี่ยวข้องของงานวิจัยจากข้อมูลที่ระบุในชื่อเรื่องและบทคัดย่อ งานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องและมีชื่อเรื่องซ้ำกันถูกตัดออก

จากการศึกษา

#### เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการในครั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ

- 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายกรณี
- 3) งานวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trials) หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design)
- 4) ตีพิมพ์ฉบับเต็มเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2563 โดยวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารถูกคัดออกจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการในครั้งนี้

#### การประเมินคุณภาพ

ผู้วิจัย 2 คนพิจารณางานวิจัยโดยอิสระตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก พร้อมทั้งประเมินคุณภาพของงานวิจัยด้วยเครื่องมือ QualSyst (Kmet, Lee, & Cook, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถามสำหรับการประเมินงานวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (ตั้งแต่ 0-2 คะแนน) ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 28 คะแนน และจะถูกแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน งานวิจัยที่นำมาทบทวนเชิงบูรณาการในครั้งนี้ต้องผ่านเกณฑ์ .55 หลังจากนั้นผู้วิจัย 2 คนพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยร่วมกันอีกครั้ง กรณีที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ผู้วิจัยคนที่ 3 จะเป็นผู้พิจารณาตัดสิน

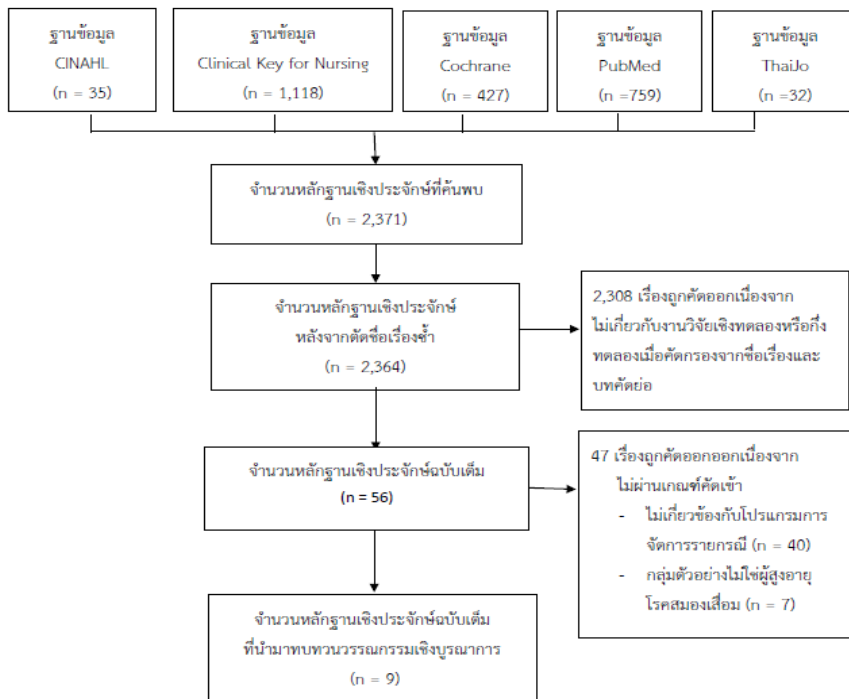
#### ผลการวิจัย

ผลการสืบค้นงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิง

คุณภาพที่เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบทั้งหมด 2,371 เรื่อง ผู้วิจัยคัดงานวิจัยที่มีชื่อเรื่องซ้ำออกจากการศึกษา หลังจากนั้นประเมินความเกี่ยวข้องของงานวิจัยในขั้นต้นจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อจำนวน 2,364 เรื่อง พบงานวิจัยจำนวน 2,308 เรื่อง ถูกคัดออกจากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง คงเหลืองานวิจัยฉบับเต็มจำนวน 56 เรื่อง จากการอ่านวิจัยฉบับเต็มทั้งหมด พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 9 เรื่อง ดังแสดงในภาพที่ 1

งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการทั้งหมด เป็นงานวิจัยเชิงทดลองจากต่างประเทศ ร้อยละ 55.56 (n = 5) ศึกษาในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 22.22 (n = 2) ศึกษาในเนเธอร์แลนด์ ร้อยละ 11.11 (n = 1) ศึกษาในเยอรมัน และร้อยละ 11.11 (n = 1) ทำการวิจัยในสาธารณรัฐประชาชนจีน ตามลำดับ



ภาพที่ 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

### องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการรายการณี

ผู้จัดการรายการณี ร้อยละ 55.56 (n = 5) เป็นกลุ่มวิชาชีพ คือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสมองเสื่อม นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 44.44 (n = 4) เป็นกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพคือ อาสาสมัคร ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการณีมีความแตกต่างขึ้นอยู่กับระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ โดยพบว่างานวิจัยในสหรัฐอเมริกาเป็นอาสาสมัครหรือนักสังคมสงเคราะห์ ส่วนงานวิจัยในเนเธอร์แลนด์และเยอรมันเป็นพยาบาล สำหรับสาธารณรัฐประชาชนจีนมีนักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้จัดการรายการณี

รูปแบบการจัดการรายการณี งานวิจัยทั้งหมดเริ่มต้นด้วยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ร้อยละ 77.78 (n = 7) ใช้วิธีการเยี่ยมบ้านเป็นหลัก เพื่อวางแผนและออกแบบการดูแลเฉพาะรายบุคคลตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการในการดูแล ผู้จัดการรายการณีร้อยละ 66.67 (n = 6) ทำหน้าที่ให้ความรู้ เสริมสร้างกลยุทธ์และการฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้องให้แก่ญาติผู้ดูแล และทุกงานวิจัยมีการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 44.44 (n = 4) มีการแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน ร้อยละ 66.67 (n = 6) มีการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือนัดพบ และงานวิจัยทั้งหมดมีการติดตามผลการดำเนินการ โดยร้อยละ 55.56 (n = 5) ใช้การโทรศัพท์ติดตามประเมินผล

ผลการศึกษารูปแบบการจัดการรายการณีงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ระดับการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ใช้รูปแบบการจัดการรายการณีไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $p > .05$ ) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง พบว่าพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการรายการณี (Chodosh et al., 2015; Thyrian et al., 2017) สำหรับผลการศึกษาที่เกิดขึ้นในกลุ่มญาติผู้ดูแลพบว่า การจัดการรายการณีช่วยลดภาระในการดูแล (Thyrian et al., 2017) ลดความต้องการในการดูแล (Vroomen et al., 2015) และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Chodosh et al., 2015; Vroomen et al., 2015) นอกจากนี้การจัดการรายการณีสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ (Willink et al., 2020) ดังแสดงในตารางที่ 1

### ผลลัพธ์ของการจัดการรายการณี

การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายการณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีหลากหลายมิติครอบคลุม ทั้งในด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ดูแล และระบบการดูแล โดยการประเมินผลลัพธ์ที่ศึกษาในด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.56 (n = 5) ประเมินคุณภาพชีวิต รองลงมา ร้อยละ 44.44 (n = 4) ประเมินพฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจ และร้อยละ 33.33 (n = 3) ประเมินระดับการรู้คิด สำหรับผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล พบว่า ร้อยละ 55.56 (n = 5) ประเมินคุณภาพชีวิต รองลงมา ร้อยละ 44.44 (n = 4) ประเมินภาระ

## ตารางที่ 1 ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
1. Lam et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial</li> <li>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 102 (E 59, C 43)</li> <li>สถานที่: สาธารณรัฐประชาชนจีน (ฮ่องกง)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: นักกิจกรรมบำบัด</li> <li>ระยะเวลา: 4 เดือน</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี               <ol style="list-style-type: none"> <li>เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ และความเครียดของญาติผู้ดูแล</li> <li>วางแผนจัดทำโปรแกรมการกระตุ้นสมองโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน</li> <li>มีสายด่วนปรึกษาทางโทรศัพท์ให้ญาติผู้ดูแล</li> <li>ประสานการทำงานร่วมกับจิตแพทย์ผู้สูงอายุ หรือ แพทย์ผู้สูงอายุในคลินิก</li> <li>แนะนำให้ผู้สูงอายุลงทะเบียนกับศูนย์บริการของชุมชน</li> <li>ติดตามประเมินผลโดยใช้โทรศัพท์ และเมื่อผู้สูงอายุมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม:               <ul style="list-style-type: none"> <li>คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนที่ 4) [<math>z = -3.2, p = .002</math>] แต่ไม่แตกต่างในกลุ่มควบคุม และไม่แตกต่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (เดือนที่ 12)</li> <li>คะแนนระดับการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 4 และ 12)</li> </ul> </li> <li>ญาติผู้ดูแล               <ul style="list-style-type: none"> <li>คะแนนคุณภาพชีวิต และความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 4 และ 12) แต่พบว่า สุขภาวะทางจิตใจในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนที่ 12) [<math>z = -2.2, p = .03</math>]</li> </ul> </li> <li>ระบบการดูแล               <ul style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มทดลองใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุรายวัน และบุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม (เดือนที่ 4 และ 12) [<math>\chi^2, p &lt; .05</math>]</li> </ul> </li> </ul>
2. Jansen et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized clinical trial</li> <li>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 99 (E 54, C 45)</li> <li>สถานที่: เนเธอร์แลนด์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>ระยะเวลา: 12 เดือน</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี               <ol style="list-style-type: none"> <li>เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ศักยภาพและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล</li> <li>วางแผนการดูแลตามความสำคัญของปัญหา</li> <li>จัดกิจกรรมเฉพาะบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ</li> <li>การจัดประชุมพูดคุยระหว่างทีมในการดูแลและครอบครัว</li> <li>แนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือสวัสดิการต่าง ๆ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ญาติผู้ดูแล</li> <li>ติดตามประเมินผลทางโทรศัพท์อย่างน้อยทุก 3 เดือน ตามความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม               <ul style="list-style-type: none"> <li>คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 6 และ 12)</li> </ul> </li> <li>ญาติผู้ดูแล               <ul style="list-style-type: none"> <li>คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 6 และ 12)</li> </ul> </li> </ul>

ตารางที่ 1 ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
3. Samus et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial</li> <li>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 303 (E 110, C 193)</li> <li>สถานที่: สหรัฐอเมริกา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: อาสาสมัคร</li> <li>ระยะเวลา: 18 เดือน</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) เชื่อมบ้าน เพื่อประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ</li> <li>2) วางแผนการดูแลตามลำดับความสำคัญและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว</li> <li>3) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและกลยุทธ์การสร้างทักษะต่าง ๆ ให้แก่ญาติผู้ดูแล</li> <li>4) ประสานความร่วมมือในการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ผู้สูงอายุ พยาบาล</li> <li>5) ติดตามและประเมินผลการดูแล</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม</li> <li>- คะแนนคุณภาพชีวิต (ประเมินจากญาติผู้ดูแล) พฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน</li> <li>• ระบบการดูแล</li> <li>- ระยะเวลาในการย้ายออกจากบ้านอย่างถาวรหรือเสียชีวิตในเดือนที่ 18 ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (<math>\chi^2 = 6.28; p = .012</math>) และมีอัตราการอยู่อาศัยในบ้านตนเองยาวนานกว่า (<math>\chi^2 = 4.1; p = .043</math>)</li> <li>- คะแนนความต้องการในการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีอัตราส่วนความต้องการในการดูแลลดลงอย่างมากในด้านกฎหมายและความปลอดภัย และการวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า</li> </ul>
4. Chodosh et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized trial</li> <li>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 144 (E 73, C 71)</li> <li>สถานที่: สหรัฐอเมริกา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: นักสังคมสงเคราะห์</li> <li>ระยะเวลา: 12 เดือน</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) เชื่อมบ้าน เพื่อประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล</li> <li>2) วางแผนกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย</li> <li>3) ให้ความรู้และอบรมทักษะการจัดการตนเองของญาติผู้ดูแล</li> <li>4) ประสานส่งต่อไปยังหน่วยบริการของชุมชนหรือการดูแลทางการแพทย์</li> <li>5) ให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแล</li> <li>6) ติดตามผลทางโทรศัพท์ และประเมินผลซ้ำเพื่อประเมินปัญหาใหม่แบบเป็นพลวัต</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม</li> <li>- คะแนนพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ ด้านความจำของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนที่ 12) (<math>p = .01</math>) แต่คุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน</li> <li>• ญาติผู้ดูแล</li> <li>- คะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่คุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนที่ 6 และ 12)</li> <li>• ระบบการดูแล</li> <li>- ค่าใช้จ่ายในการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน</li> </ul>

## ตารางที่ 1 ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
5. Tanner et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial</li> <li>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 289 (E 106, C 183)</li> <li>สถานที่: สหรัฐอเมริกา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: อาสาสมัคร</li> <li>ระยะเวลา: 18 เดือน</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ</li> <li>วางแผนการดูแลตามลำดับความสำคัญและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว</li> <li>ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทักษะต่าง ๆ ให้แก่ญาติผู้ดูแล</li> <li>ประสานความร่วมมือในการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ผู้สูงอายุ พยาบาล</li> <li>ติดตามและประเมินผลการดูแลตามคู่มือ</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ญาติผู้ดูแล</li> </ul> <p>- คะแนนคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ชั่วโมงการทำงานที่เสียไป ความยากลำบากในการดูแล ภาวะสุขภาพโดยรวม และความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน</p>
6. Vroomen et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบ: การทดลองแบบ pragmatic trail</li> <li>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 521 (E1 234, E2 214, C 73)</li> <li>สถานที่: เนเธอร์แลนด์</li> </ul>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: องค์กรที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม</li> <li>ระยะเวลา: 2 ปี</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ</li> <li>วางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย</li> <li>ให้คำแนะนำและสนับสนุนผู้สูงอายุ</li> <li>เสนอการบริการด้านการแพทย์และจิตสังคมขององค์กร</li> <li>ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลความต้องการเฉพาะรายของทั้งผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล</li> <li>ติดตามการดูแลเป็นระยะ</li> </ol> <p>กลุ่มที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: พยาบาล</li> <li>ระยะเวลา: 2 ปี</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ</li> <li>ให้คำแนะนำเรื่องโรคแก่ญาติผู้ดูแล</li> <li>แนะนำแหล่งส่งเสริมสุขภาพและแหล่งบริการในชุมชน</li> <li>ประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพหรือส่งต่อผู้สูงอายุไปยังองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>ติดตามการดูแลเป็นระยะ</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม</li> </ul> <p>- คะแนนพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มควบคุม (6 เดือน 12 เดือน 18 เดือน และ 24 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ญาติผู้ดูแล</li> </ul> <p>- คะแนนคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ 1 ดีกว่ากลุ่มที่ 2 และความต้องการในการดูแลของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ 1 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม</p>



**ตารางที่ 1** ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
7. Thyrian et al., 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized clinical trial</li> <li>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 407 (E 291, C 116)</li> <li>สถานที่: เยอรมัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: พยาบาลเฉพาะทางด้านสมองเสื่อม</li> <li>ระยะเวลา: 6 เดือน</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี               <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินข้อมูลเชิงลึกของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล</li> <li>ระบุและอภิปรายกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</li> <li>กำหนดแผนการรักษารายบุคคล</li> <li>เยี่ยมบ้าน</li> <li>ติดตามผล</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม</li> <li>คะแนนพฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (<math>b = -7.45</math>; 95% CI, -11.08, -3.81; <math>p &lt; .001</math>)</li> <li>โอกาสในการได้รับการรักษาด้วยยา anti-dementia ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป 12 เดือน (odds ratio, 1.97; 95% CI, .99, 3.94; <math>p = .03</math>)</li> <li>ระดับการรู้จัก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเข้าอยู่สถานบริบาล ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน</li> <li>ญาติผู้ดูแล</li> <li>ภาระในการดูแลของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (<math>b = -0.50</math>; 95% CI, -1.09, .08; <math>p = .05</math>)</li> </ul>
8. Amjad et al., 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial</li> <li>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 303 (E 193, C 110)</li> <li>สถานที่: สหรัฐอเมริกา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: อาสาสมัครในชุมชน</li> <li>ระยะเวลา: 18 เดือน</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี               <ol style="list-style-type: none"> <li>เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผู้สูงอายุและความต้องการการดูแล</li> <li>จัดทำแผนการดูแลตามความต้องการการดูแลและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว</li> <li>การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและสร้างเสริมทักษะต่าง ๆ แก่ญาติผู้ดูแล</li> <li>ส่งต่อและการประสานกับหน่วยบริการอื่น</li> <li>ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา</li> <li>ติดตามผลทางโทรศัพท์ นัดพบและเยี่ยมบ้าน</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบการดูแล</li> <li>ค่าเฉลี่ยการใช้ระบบบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 1.25 ครั้งเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมในเดือนที่ 9 ถึงเดือนที่ 18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>p = .04</math>)</li> <li>ค่าเฉลี่ยการใช้บริการระบบสนับสนุนบ้านและชุมชนเป็นฐานของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>p = .005</math>)</li> </ul>

**ตารางที่ 1** ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
9. Willink et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial</li> <li>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 702 (E 342, C 360)</li> <li>สถานที่: สหรัฐอเมริกา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้จัดการรายกรณี: อาสาสมัครที่มีความรู้ด้านการแพทย์</li> <li>ระยะเวลา: 12 เดือน</li> <li>รูปแบบการจัดการรายกรณี                             <ol style="list-style-type: none"> <li>เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลโดยผู้จัดการรายกรณีและพยาบาล</li> <li>จัดทำแผนการดูแลขั้นพื้นฐานเฉพาะรายบุคคล</li> <li>ให้ความรู้เรื่องโรค</li> <li>ฝึกทักษะ กลยุทธ์ การแก้ไขปัญหา และช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจของผู้ดูแล</li> <li>ประสานไปยังแหล่งประโยชน์ในชุมชน และส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาล และนักกิจกรรมบำบัดดูแลต่อ</li> <li>ติดตามผล โดยใช้ระบบสื่อสารทางไกล</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบการดูแล - ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง และมีความคุ้มค่าคุ้มทุน (ผลตอบแทนเฉลี่ย 1.12 เท่าของการลงทุน)</li> </ul>

**ตารางที่ 2** การประเมินผลลัพธ์การจัดการรายกรณี

ผู้แต่ง	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม										ญาติผู้ดูแล		ระบบการดูแล					
	ระดับการรู้คิด	ภาวะซึมเศร้า	พฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจ	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	การใช้ยา anti-dementia	ความต้องการในการดูแล	เข้าอยู่สถานบริบาล	คุณภาพชีวิต	ย้ายออกกลับบ้าน/เสียชีวิต	รับผู้สมรรถนะในการดูแล	ภาระการดูแล	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า	ความต้องการในการดูแล	สุขภาพทางจิตใจ	คุณภาพชีวิต	แหล่งสนับสนุนประโยชน์จากชุมชน	ค่าใช้จ่าย
Lam et al., 2010	✓	✓	✓					✓			✓			✓	✓		✓	
Jansen et al., 2011									✓	✓		✓			✓			
Samus et al., 2014						✓		✓	✓									
Chodosh et al., 2015	✓		✓							✓		✓			✓		✓	✓
Tanner et al., 2015										✓		✓	✓		✓			
Vroomen et al., 2015			✓	✓		✓	✓	✓	✓						✓			
Thyrian et al., 2017	✓		✓	✓	✓			✓		✓							✓	
Amjad et al., 2018																	✓	
Willink et al., 2020																		✓

การดูแล และร้อยละ 33.33 (n = 3) ประเมินภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ด้านระบบการดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.44 (n = 4) ประเมินแหล่งสนับสนุนจากชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 2

### การอภิปรายผล

องค์ประกอบสำคัญที่ค้นพบจากรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและความต้องการการดูแล การวางแผนและออกแบบการดูแลเฉพาะรายบุคคล การให้ความรู้ เสริมสร้างกลยุทธ์และการฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้อง การประสานความร่วมมือทั้งกับทีมสหวิชาชีพ การแนะนำแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน การให้คำปรึกษาและการติดตามประเมินผล ซึ่งองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมีความชัดเจนและเป็นไปตามกระบวนการจัดการรายกรณี (CMSA, 2016) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Iliffe et al. (2014) ที่ค้นพบว่าองค์ประกอบของการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต้องประกอบไปด้วย การระบุผู้รับบริการ การประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผนกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการ การประสานงานและส่งต่อตามแผนการดูแลและติดตามทบทวนปรับปรุงแผนการดูแลอย่างเป็นพลวัต

นอกจากนี้ ผู้จัดการรายกรณีกลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

นักสังคมสงเคราะห์ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้ผลลัพธ์การดูแลดีกว่ากลุ่มอาสาสมัคร อาจเนื่องจากผู้จัดการรายกรณีที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้การดูแลที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเท่านั้น (Samus et al., 2014) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Gibson, Goeman, and Pond (2020) ที่ค้นพบว่า พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องมีศักยภาพและบทบาทสำคัญในการทำให้ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น

ผลลัพธ์ที่พบจากรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น ด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น คุณภาพชีวิต พฤติกรรม ด้านอารมณ์และจิตใจ ระดับการรู้คิด ด้านญาติผู้ดูแล เช่น คุณภาพชีวิต ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า และด้านระบบการดูแล เช่น แหล่งประโยชน์จากชุมชน ค่าใช้จ่าย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมีความคล้ายคลึงกับการประเมินผลลัพธ์ตามกระบวนการจัดการรายกรณีในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพ (CMSA, 2016) ถึงแม้ว่าจะมีการประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจนในมิติดังกล่าว แต่ผลการศึกษาที่ค้นพบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้เนื่องจากมีความไม่สอดคล้องกันระหว่างผลการศึกษา อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลในด้านค่าใช้จ่าย พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณี

สำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Michalowsky et al. (2019) ที่พบว่า การนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ 569 ยูโรต่อปี

ในปัจจุบันมีองค์ความรู้เกี่ยวกับลักษณะสำคัญการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและลักษณะของผู้จัดการรายกรณีที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามยังขาดความชัดเจนของผลลัพธ์การจัดการรายกรณีที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ อาจเนื่องจากระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน ดังนั้น ควรนำองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการมาทำการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้เห็นถึงผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในบริบทของประเทศไทย

## เอกสารอ้างอิง

อาทิตย์ สุวรรณ. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 6-15.

Amjad, H., Wong, S. K., Roth, D. L., Huang, J., Willink, A., Black, B. S., et al. (2018). Health services utilization in older adults with dementia receiving care coordination: the MIND at home trial. *Health services research*, 53(1), 556–579. DOI: 10.1111/1475-6773.12647

Case Management Society of America [CMSA]. (2016). *CMSA's standards of practice for case management*, revised 2016. Little Rock, AR: CMSA.

Chodosh, J., Colaiaco, B. A., Connor, K. I., Cope, D. W., Liu, H., Ganz, D. A., et al. (2015). Dementia care management in an underserved community: the comparative effectiveness of two different approaches. *Journal of aging and health*, 27(5), 864–893. DOI: 10.1177/0898264315569454

Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute [TGRI], & Institute for Population and Social Research [IPSR]. (2020). *Situation of the Thai elderly 2019*. Nakorn Pathom: Printery.

Gibson, C., Goeman, D., & Pond, D. (2020). What is the role of the practice nurse in the care of people living with dementia, or cognitive impairment, and their support person(s)?: a systematic review. *BMC family practice*, 21(1), 141. DOI: 10.1186/s12875-020-01177-y

Hollister, B., Flatt, J. D., & Chapman, S. A. (2018). Dementia-capable care coordination in duals demonstration programs: workforce needs, promising practices, and policy. *The Gerontologist*, 58(4), 768–778. DOI: 10.1093/geront/gnx073

Iliffe, S., Waugh, A., Poole, M., Bamford, C., Brittain, K., Chew-Graham, C., et al. (2014). The effectiveness of collaborative care for people with memory problems in primary care: results of the CAREDEM case management modelling and feasibility study. *Health technology assessment*, 18(52), 1–148. DOI: 10.3310/hta18520

Iliffe, S., Wilcock, J., Synek, M., Carboch, R., Hradcová, D., & Holmerová, I. (2019). Case management for people with dementia and its translations: A discussion paper. *Dementia*, 18(3), 951-969. DOI: 10.1177/1471301217697802

Jansen, A. P., van Hout, H. P., Nijpels, G., Rijmen, F., Dröes, R. M., Pot, A. M., et al. (2011). Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. *International journal of nursing studies*, 48(8), 933–943. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.004

Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*. Edmonton, Alberta: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

- Lam, L. C., Lee, J. S., Chung, J. C., Lau, A., Woo, J., & Kwok, T. C. (2010). A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(4), 395–402. DOI: 10.1002/gps.2352
- Michalowsky, B., Xie, F., Eichler, T., Hertel, J., Kaczynski, A., Kilimann, I., et al. (2019). Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management—Results of a cluster-randomized controlled trial. *Alzheimer's & dementia*, 15(10), 1296–1308. DOI: 10.1016/j.jalz.2019.05.008
- Samus, Q. M., Johnston, D., Black, B. S., Hess, E., Lyman, C., Vavilikolanu, A., et al. (2014). A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. *The American journal of geriatric psychiatry*, 22(4), 398–414. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.12.175
- Tanner, J. A., Black, B. S., Johnston, D., Hess, E., Leoutsakos, J. M., Gitlin, L. N., et al. (2015). A randomized controlled trial of a community-based dementia care coordination intervention: effects of MIND at Home on caregiver outcomes. *The American journal of geriatric psychiatry*, 23(4), 391–402. DOI: 10.1016/j.jagp.2014.08.002
- Thyrian, J. R., Hertel, J., Wucherer, D., Eichler, T., Michalowsky, B., Wolfgramm, A., et al. (2017). Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(10), 996–1004. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2124
- Vroomen, J., Bosmans, J. E., van de Ven, P. M., Joling, K. J., van Mierlo, L. D., Meiland, F. J., et al. (2015). Community-dwelling patients with dementia and their informal caregivers with and without case management: 2-year outcomes of a pragmatic trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(9), 800.e1–800.e8008. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.06.011
- Willink, A., Davis, K., Johnston, D. M., Black, B., Reuland, M., Stockwell, I., et al. (2020). Cost-effective care coordination for people with dementia at home. *Innovation in aging*, 4(2), igz051. DOI: 10.1093/geroni/igz051
- Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., Prina, A. M., Winblad, B., et al. (2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimer's & dementia*, 13(1), 1–7. DOI: 10.1016/j.jalz.2016.07.150
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017- 2025*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

# RELATIONSHIPS OF DEMOGRAPHIC FACTORS, STRESS, RESILIENCE AND SOCIAL SUPPORT TO MENTAL HEALTH IN THAI TRAFFIC POLICE OFFICERS\*

*Supaporn Panpayak, B.N.S.\*\**, *Patcharin Nintachan, RN., Ph.D.\*\*\**

*Sopin Sangon, RN., Ph.D.\*\*\*\**, *Wilai Napa, RN., Ph.D.\*\*\*\*\**

## Abstract

**Objective:** This descriptive correlational research design aimed to investigate the relationships of demographic factors, stress, resilience and social support to mental health in Thai traffic police officers.

**Methods:** The study sample consisted of 117 traffic police officers working in the Traffic Police Division under the supervision of Royal Thai Police. The sample selection was done by purposive sampling according to inclusion criteria. The research instruments were 5 parts including; Demographic data questionnaire, The Thai Mental Health Questionnaire (TMHQ), Perceived Stress Scale, Resilience Inventory, and The Personal Resource Questionnaire (PRQ-Part 2). Data were analyzed using frequency, percentage, mean, Pearson's product moment correlation, Spearman's rank correlation and point - biserial correlation.

**Results:** The findings revealed that financial status, stress, resilience and social support were significantly related to mental health ( $r_{pb} = -.30$ ,  $r_s = .64$ ;  $r_s = -.52$ ,  $r = -.65$ ,  $p < .001$  respectively). However, age, duration of operation as traffic police officers and ranks were not significantly related to mental health ( $r_s = -.12$ ,  $r_s = -.02$ ,  $r_{pb} = -.16$ ,  $p > .05$  respectively).

**Conclusion:** The research results can be used as basic information to enhance mental health in traffic police officers.

**Keywords:** demographic factors, stress, resilience, social support, mental health, traffic police officers

---

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

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

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

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

\*\*\*\*\*Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received: 10 July 2020, Revised: 20 June 2021, Accepted: 23 June 2021

# ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย\*

สุภาพร พันพยัคฆ์, พย.บ.\*\*, พัชรินทร์ นินทนจันทร์, RN., Ph.D.\*\*\*

โสภณ แสงอ่อน, RN., Ph.D.\*\*\*\*, วิไล นาป่า, RN., Ph.D.\*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย

**วิธีการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในกองบังคับการตำรวจจราจร (บก.จร.) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 117 นาย เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมินจำนวน 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสุขภาพจิต แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสหสัมพันธ์พอยซ์ไบเซเรียล

**ผลการศึกษา :** พบว่าสถานภาพทางการเงิน ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_{pb} = -.30, r_s = .64, r_s = -.52, r = -.65, p < .001$  ตามลำดับ) แต่ปัจจัยอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร และระดับชั้นยศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ( $r_s = -.12, r_s = -.02, r_{pb} = -.16, p > .05$  ตามลำดับ)

**สรุป :** ผลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในตำรวจจราจรต่อไป

**คำสำคัญ :** ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม สุขภาพจิต ตำรวจจราจร

\*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\*อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 10 กรกฎาคม 2563, วันที่แก้ไข: 20 มิถุนายน 2564, วันที่ตอบรับ: 23 มิถุนายน 2564

## ความสำคัญของปัญหา

ตำรวจจราจรเป็นหนึ่งในหน้าที่และบทบาทของตำรวจที่ทางสำนักงานตำรวจแห่งชาติได้มีการแต่งตั้งหรือสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ราชการ โดยได้รับเงินเดือนจากส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ (พระราชบัญญัติตำรวจแห่งชาติ, 2557) ให้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการจราจร โดยมีการจัดโครงสร้างอำนาจหน้าที่ให้รับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการจราจร วางแผน อำนาจการ สั่งการควบคุมดูแลตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลงานด้านการควบคุมจราจร จัดการ และบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการจราจร รวมทั้งงานจราจรตามโครงการพระราชดำริ และงานที่มีลักษณะที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นส่วนประกอบของงานนี้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาด้านการจราจรในเขตพื้นที่ (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2560)

การปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจจราจรในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะการปฏิบัติหน้าที่ในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ที่ได้รับผลกระทบหลายด้านจากจำนวนประชากรที่มีมากเกินไปกว่า 5 ล้านคน (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล, 2555) หนึ่งในผลกระทบนั้นก็คือ ปัญหาการจราจรติดขัด โดยมีกองบังคับการตำรวจจราจร ที่ใช้คำย่อว่า บก.จร. ทำหน้าที่จัดการจราจร และรักษาความปลอดภัยในการจราจรทางบกตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายจราจรและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง (กองบังคับการตำรวจจราจร, 2561) เพื่อแก้ไขปัญหาการจราจรติดขัดดังกล่าวทำให้ตำรวจในหน่วยงานนี้มีหน้าที่ความรับผิดชอบบนท้องถนนที่แตกต่างจากตำรวจใน

หน่วยงานอื่น การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวทำให้ตำรวจจราจรต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นมลพิษทางอากาศที่เต็มไปด้วยควันพิษที่ถูกพ่นมาจากท่อไอเสียของรถชนิดต่าง ๆ บนท้องถนน มลพิษทางเสียงจากเสียงดังของเครื่องยนต์ รถที่จอดหรือวิ่งบนถนนตลอดเวลา อารมณ์ของผู้ใช้รถใช้ถนนเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ตลอดจนชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน (ลักขณา สิริวัฒน์, 2549)

การปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจจราจรที่ต้องแก้ไขปัญหาและเผชิญกับอารมณ์ของผู้ใช้ถนนในทุก ๆ วัน อาจส่งผลทำให้ตำรวจจราจรเกิดความเครียด และพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, 2554) จากการศึกษาของ Chueh, Yen, Lu, & Yang (2011) ที่ทำการศึกษาความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางกายและการรับรู้ความเครียดจากการทำงานในตำรวจได้พบว่า ตำรวจที่รับรู้ความเครียดจากการทำงานสูงจะมีแนวโน้มที่จะเกิดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยทางกายที่มีผลมาจากจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ความเครียดจากการทำงานต่ำ การศึกษา Arial, Gonik, Wild & Danuser (2010) และ Chueh et al. (2011) พบว่าความเครียดจากการทำงานสามารถทำนายปัญหาสุขภาพจิตได้ และอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) ศึกษาในตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 425 นาย มีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 41.90 อาจกล่าวได้ว่าการปฏิบัติงานในหน้าที่ การแก้ปัญหาบนท้องถนนของตำรวจจราจร ส่งผลให้ตำรวจรับรู้ว่ามีอาการเครียดเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อการเจ็บป่วยทางร่างกาย



จากความเครียด สูดหายใจมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดี มั่นคงทางอารมณ์ จะมีความสามารถในการปรับภาวะสมดุลทางจิต ให้สามารถอยู่กับตนเองและผู้อื่นได้ อย่างไรก็ตาม หากบุคคลมีปัญหาทางสุขภาพจิตจะนำไปสู่ผลกระทบด้านต่าง ๆ ดังนี้ ผลกระทบต่อตนเอง เช่น มีอารมณ์แปรปรวน มีความคิดสับสน การรับรู้ผิดไปจากปกติ จนทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตที่ปกติได้ ทั้งยังอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม เพื่อเป็นการระบายความเครียดหรือความวิตกกังวล เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการก่ออาชญากรรม (วาทีณี สุขมาก, 2556) นอกจากนี้สุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลกระทบต่อคนรอบข้าง ทำให้การฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ผลกระทบต่อครอบครัว คือ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิต หรือการเจ็บป่วยทางจิต ครอบครัวมักจะรู้สึกผิดคิดว่าตนเองมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วย สมควรจะได้รับมิตรชอบต่อการป่วยนี้ (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2549) ปัญหาสุขภาพจิตอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน เช่น หากหน่วยงานใดมีผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือการเจ็บป่วยทางจิตร่วมงานด้วยอาจนำมาซึ่งการตัดสินใจที่ผิดพลาด ทำให้เกิดความเสียหายแก่การทำงาน สังคมที่มีคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่เป็นจำนวนมาก สังคมนั้นก็ย่อมวนเวียนหาความสงบสุขไม่ได้ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อการพัฒนาประเทศ ความเจริญก้าวหน้าของประเทศ รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชาติ (ลักขณา สิริวัฒน์, 2549) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า

บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิต ครอบครัวกังวล รู้สึกผิด การปฏิบัติงานผิดพลาด รวมทั้งอาจทำให้เป็นปัญหาต่อบุคคลอื่นและสังคมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในตำรวจมีหลากหลายปัจจัย โดยปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตทางบวก เช่น ความเครียดจากการทำงาน (Chueh, et al., 2011) ความขัดแย้งระหว่างการทำงานกับครอบครัว บุคลิกภาพแบบห้วนใจทางอารมณ์ (จตุพร เลิศล้ำ, 2550) ภาวะรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น (อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545; Garbarino, Cuomo, Chiorri, & Magnavita, 2013) และพื้นฐานของหน่วยงานที่มีความกดดัน (Chueh et al., 2011) เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่าหากบุคคลมีปัจจัยดังกล่าวสูงมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตสูง ส่วนปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตทางลบ เช่น ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม (จตุพร เลิศล้ำ, 2550; Chueh et al., 2011) สถานภาพทางการเงิน (อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545) บ้านพักอาศัย (อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545; Garbarino et al., 2013) และบุคลิกภาพแบบแสดงตัว (จตุพร เลิศล้ำ, 2550; Garbarino et al., 2013) เป็นต้น นั่นคือหากบุคคลมีปัจจัยเหล่านี้สูงมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีน้อย ส่วนปัจจัยสถานภาพสมรส (อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545; Chueh et al., 2011) ระดับการศึกษา (อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545) จุดปฏิบัติงาน (อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545; Chueh et al., 2011) และชั่วโมงการ

ปฏิบัติงาน (อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าปัจจัยอายุ (จตุพร เลิศล้ำ, 2550) ระยะเวลาปฏิบัติงาน (จตุพร เลิศล้ำ, 2550; Garbarino et al, 2013) และชั้นยศ (จตุพร เลิศล้ำ, 2550; อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545; Chueh et al., 2011; Garbarino et al., 2013) ยังมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นสุขภาพจิตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลาย อย่างไรก็ตามการศึกษามากมายพบว่า ผลการศึกษามากมายบ่งชี้ว่าปัจจัยยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ได้แก่ การศึกษาปัจจัยอายุพบว่าตำรวจที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมาก (จตุพร เลิศล้ำ, 2550) แต่การศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) และ Chueh และคณะ (2011) ที่ศึกษาตำรวจในประเทศไทยได้หวั่นพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยด้านระยะเวลาปฏิบัติงานพบว่าตำรวจที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ยาวนานมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง (จตุพร เลิศล้ำ, 2550; Garbarino et al., 2013) แต่การศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต สำหรับการศึกษาน้อยในชั้นยศ พบว่าตำรวจที่มีระดับชั้นยศน้อยมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง (Garbarino et al., 2013) แต่การศึกษาของจตุพร เลิศล้ำ (2550) พบว่าตำรวจที่มีระดับชั้นยศสูงมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง ส่วนการศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545)

พบว่าระดับชั้นยศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และชั้นยศ ในตำรวจจราจรกับสุขภาพจิตยังมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน

สำหรับการศึกษาปัจจัยด้านสถานภาพทางการเงิน (อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545) ความเครียด (รัตนภรณ์ พันธุ์โพธิ์, นุจิวิไลยมงคล, และ จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลาส, 2559; สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภนิ แสงอ่อน, และทัศนาวทีคุณ, 2554; อุบลวนา ขวัญบุญจันทร์, 2543; Chueh et al., 2011) และแรงสนับสนุนทางสังคม (จตุพร เลิศล้ำ, 2550; Chueh et al., 2011) พบว่ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต กล่าวคือตำรวจจราจรที่มีสถานภาพทางการเงินไม่พอใช้ เป็นหนี้ มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าตำรวจจราจรที่มีเงินเหลือเก็บ (อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก, 2545) ตำรวจที่มีความเครียดสูงแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง (รัตนภรณ์ พันธุ์โพธิ์, 2559; สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554; อุบลวนา ขวัญบุญจันทร์, 2543; Chueh et al., 2011) ตำรวจจราจรที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง (จตุพร เลิศล้ำ, 2550; Chueh et al., 2011) โดยปัจจัยดังกล่าวแม้พบว่ามี ความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตชัดเจนแต่ยังพบว่าการศึกษาน้อยในกลุ่มตำรวจจราจร และมีปัจจัยที่ยังไม่ได้มีการนำมาศึกษาในตำรวจจราจรไทยและต่างประเทศ คือปัจจัยความแข็งแกร่งในชีวิต แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมี ปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าคนที่มีความแข็งแกร่งใน

ชีวิตต่ำ (พัชรินทร์ นันทจันทร์, 2558) ประกอบกับ ผลการศึกษาของกองวิจัย สำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจ และกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ (2557) ปีงบประมาณ 2551 ถึงวันที่ 20 กันยายน 2556 พบว่ามีตำรวจฆ่าตัวตายรวมทั้งสิ้น 174 ราย โดยพบว่าตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่ในสายงานด้านจราจรมีการฆ่าตัวตายอยู่เป็นอันดับที่ 3 ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระดับชั้นยศ สถานภาพทางการเงิน ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทยจะทำให้เข้าใจสถานการณ์สภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรมากขึ้น และมีความสำคัญอันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลสภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย เพื่อให้ตำรวจจราจรไทยมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

### คำถามการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ระดับชั้นยศ สถานภาพทางการเงิน) ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทยหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ระดับชั้นยศ สถานภาพทางการเงิน) ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตในตำรวจจราจร และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยที่การประเมินปัญหาสุขภาพจิตประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านซึมเศร้า ด้านความวิตกกังวล ด้านโรคจิต และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ และคณะ, 2542) ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในตำรวจจราจรที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ระดับชั้นยศ และสถานภาพทางการเงิน) ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ระดับชั้นยศ และสถานภาพทางการเงิน รายละเอียดดังนี้

อายุ หมายถึง อายุที่นับเป็นปีของตำรวจจราจร จากการศึกษาของจตุพร เลิศล้ำ (2550) ที่ศึกษาในตำรวจจราจรพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพจิต โดยตำรวจที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตมาก แต่จากการศึกษาของ อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) และการศึกษาของ Chueh และคณะ (2011) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร หมายถึง ระยะเวลา นับเป็นปี ตั้งแต่เริ่มเข้าปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร จากการศึกษาของ Garbarino และคณะ (2013) และจตุพร เลิศล้ำ (2550)

ที่ศึกษาในตำราวิจัยพบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ยาวนานมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง แต่อย่างไรก็ดีการศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำราวิจัยจริง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

ระดับชั้นยศ หมายถึง ชั้นยศของตำรวจทั้งระดับประทวน และระดับสัญญาบัตร โดยระดับชั้นประทวนมียศ สิบตำรวจตรี สิบตำรวจโท สิบตำรวจเอก จำสิบตำรวจ และดาบตำรวจ ส่วนระดับชั้นสัญญาบัตรมียศ ร้อยตำรวจตรี ร้อยตำรวจโท ร้อยตำรวจเอก พันตำรวจตรี พันตำรวจโท พันตำรวจเอก พลตำรวจตรี พลตำรวจโท และพลตำรวจเอก จากการศึกษาของ Garbarino และคณะ (2013) พบว่าตำรวจที่มีระดับชั้นยศน้อยมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง แตกต่างจตุพร เลิศล้ำ (2550) พบว่าตำรวจจริง ๆ ที่มีระดับชั้นยศสูงมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง แต่อย่างไรก็ดีการศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) พบว่าระดับชั้นยศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

สถานภาพทางการเงิน หมายถึง รายได้ของตำรวจจริง ๆ จากการศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) พบว่าตำรวจจริง ๆ ที่มีสถานภาพทางการเงินไม่พอใช้ เป็นหนี้ มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าตำรวจจริง ๆ ที่มีเงินเหลือเก็บ

ความเครียด หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่บุคคลประเมินว่าความต้องการที่มากกว่ามีจำนวนมากกว่าทรัพยากรที่มีอยู่ (Lazarus & Folkman, 1984) จากการทบทวน

วรรณกรรมพบว่าความเครียดสูงอย่างต่อเนื่องและมีอยู่เป็นเวลานานจนไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็วหรือปรับตัวไม่ได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (เพ็ชรดี เปี่ยมมงคล, 2556; ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2555; สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) จากการศึกษาของอุบลวนา ขวัญบุญจันทร์ (2543) รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์ และคณะ (2559) และของ Chueh และคณะ (2011) ที่ทำการศึกษาในตำรวจพบว่าตำรวจที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง

ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัว และนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ในเวลาอันรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคนที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงเมื่อประสบเหตุการณ์วิกฤต สามารถปรับตัวได้โดยไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2552 ข) ส่วนคนที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำมาก ๆ อาจจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2552 ก) ปัจจัยด้านความแข็งแกร่งในชีวิตนี้ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มของตำรวจจริง ๆ ในไทยและต่างประเทศ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าคนที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558)

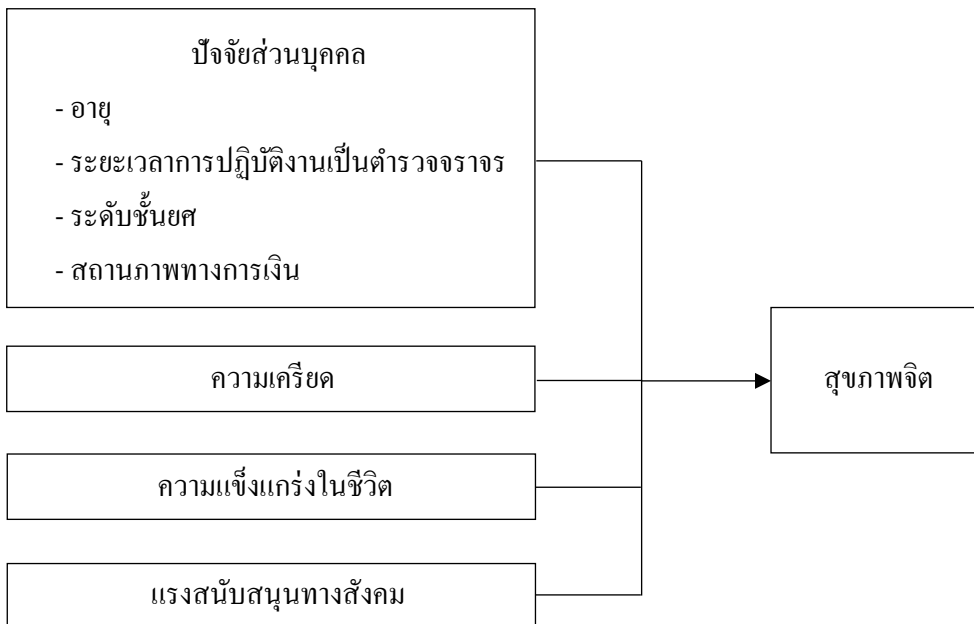
แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ยังบอกหรือสะท้อนให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายของสังคม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (Brandt & Weinert, 1987) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Brandt & Weinert, 1985) จากการศึกษาของจตุพร เลิศล้ำ (2550) และการศึกษาของ Chueh และคณะ (2011) พบว่าบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมีแนวโน้มที่จะมี

**ปัญหาสุขภาพจิตสูง**

ดังนั้นปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ระดับชั้นยศ สถานภาพทางการเงิน) ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย (แผนภาพที่ 1)

**สมมติฐานการวิจัย**

ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ระดับชั้นยศ สถานภาพทางการเงิน) ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทยที่เป็นข้าราชการตำรวจทั้งชั้นสัญญาบัตรและชั้นประทวนที่ปฏิบัติงานในกองบังคับการตำรวจจราจร (บก.จร.) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติที่มีการปฏิบัติงานบนท้องถนน มีอายุตั้งแต่ 18 - 60 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์กำลังทดสอบ ตามหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน Cohen (1988) โดยใช้โปรแกรม G\* Power (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมากำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบ 2 ทาง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 107 ราย ผู้วิจัยได้ทำการเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 ราย แต่ได้รับความยินยอมและตอบแบบสอบถามสมบูรณ์กลับจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 ราย ซึ่งเพียงพอกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์

### การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามารัชชิตี มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา แม้ว่าจะตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถูกเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารปิดกุญแจ ไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถสืบค้นหรือระบุตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และผลการศึกษากลับมาเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งคำถามปลายเปิด และคำถามปลายปิดเกี่ยวกับ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ระดับชั้นยศ และสถานภาพทางการเงิน
2. แบบประเมินสุขภาพจิตสำหรับคนไทย (The Thai Mental Health Questionnaire: TMHQ) พัฒนาขึ้นโดยสุชีราภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ (2542) สร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ประเมินความผิดปกติทางจิต 5 ด้าน คือ ด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิต ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านความวิตกกังวล ด้านภาวะทางจิต และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม มีคำถามทั้งหมด 70 ข้อ เป็น

แบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่มี 1 หมายถึง เล็กน้อย 2 หมายถึง ปานกลาง 3 หมายถึง ค่อนข้างมาก และ 4 หมายถึง มาก การแปลผลคะแนนสุขภาพจิตจะนำคะแนนรวมแต่ละด้านไปคำนวณหา T-score โดยรวมคะแนนของแต่ละด้านแล้วนำมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วนำไปเปรียบเทียบกับค่า T-score ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานของเครื่องมือที่บ่งชี้ว่ามีความผิดปกติด้านนั้น ๆ ถ้าค่า T-score สูง หมายถึงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในด้านนั้น ๆ ดังนี้ ด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิต ค่า T-Score > 1.30 ด้านภาวะซึมเศร้า ค่า T-Score > 1.37 ด้านความวิตกกังวล ค่า T-Score > 1.38 ด้านภาวะทางจิต ค่า T-Score > 1.35 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ค่า T-Score > 2.52 จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 117 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97

3) แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience inventory) พัฒนาขึ้น โดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2558) จากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Edith Henderson Grotberg (Grotberg, 1995; 1997) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ องค์ประกอบแรก 'I have' (ฉันมี...) องค์ประกอบที่สอง 'I am' (ฉันเป็นคนที่เป็น...) และองค์ประกอบที่สาม 'I can' (ฉันสามารถที่จะ) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995; 1997) มีคำถามทั้งหมด 28

ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง เฉย ๆ 4 หมายถึง เห็นด้วย และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมคะแนนจากข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน ผู้มีคะแนนสูงหมายถึงมีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน และทัศนาศ ทวีคุณ, 2555) จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ในในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 117 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

4) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ-Part 2) จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ Weiss (1974) พัฒนาขึ้น โดย Brandt & Weinert (1981) และ Weinert (1987) และแปลเป็นภาษาไทยโดยฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 7 คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย 4 หมายถึง รู้สึกเฉย ๆ 5 หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย 6 หมายถึง เห็นด้วย และ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ การแปลผลคะแนน

แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมคะแนนจากข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 25 - 175 คะแนน ผู้มีคะแนนสูงหมายถึงมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 117 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

5) แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale) สร้างจากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ของ Cohen, Kamarck, & Mermelstein (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดยโสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2001) มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คือ 0 หมายถึงไม่เคย 1 หมายถึงแทบจะไม่มีเลย 2 หมายถึง บางครั้ง 3 หมายถึงค่อนข้างบ่อย และ 4 หมายถึง บ่อยมาก การแปลผลคะแนนความเครียดโดยรวมคะแนนจากข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 56 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน หมายถึงมีความเครียดระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 19 -38 คะแนน หมายถึงมีความเครียดระดับปานกลาง คะแนนมากกว่า 38 คะแนน หมายถึงมีความเครียดระดับสูง จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

เท่ากับ .80 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 117 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .54

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยได้ติดต่อไปยังกองบังคับการตำรวจจราจร สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในตำรวจจราจร โดยสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ กองกำกับการที่ 1 กองกำกับการที่ 2 และกองกำกับการที่ 6 ของกองบังคับการตำรวจจราจร สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อไปยังกองกำกับการที่ 1 กองกำกับการที่ 2 และกองกำกับการที่ 6 เพื่อนัดวันเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ห้องที่ตำรวจจราจรปฏิบัติงาน โดย 1) กรณีพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการนำแบบสอบถามใส่ซองกระดาษสีน้ำตาลแยกออกจากใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วแจกให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ใส่ซองเปล่าที่ไม่ได้ระบุชื่อส่งคืนผู้วิจัย 2) กรณีไม่พบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เนื่องจากมีบางส่วนที่ต้องออกไปปฏิบัติงานบนท้องถนน ผู้วิจัยได้ดำเนินการนัดวันเวลาใหม่และ



มาเก็บเพิ่มในภายหลัง

2) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้มา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ระดับชั้นยศ สถานภาพทางการเงิน) ความเครียด ความแข็งแรงในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ระดับชั้นยศ สถานภาพทางการเงิน และปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความเครียด ความแข็งแรงในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติอ้างอิง ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นตำรวจจราจร ความเครียด และความแข็งแรงในชีวิต กับสุขภาพจิตโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

(Spearman's rank correlation)

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นยศและสถานภาพทางการเงินกับสุขภาพจิต โดยใช้สถิติพ้อยซ์ไบซีเรียล (Point biserial correlation)

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 60 ปี จำนวน 62 คน (ร้อยละ 53.00) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจรส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมาน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 54 คน (ร้อยละ 46.15) ระดับชั้นยศส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประทวน จำนวน 91 คน (ร้อยละ 77.78) สำหรับสถานภาพทางการเงินพบว่ารายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงจำนวน 10,000 - 20,000 บาท จำนวน 48 คน (ร้อยละ 41.03) ส่วนใหญ่คิดว่ารายได้มีความไม่เพียงพอ จำนวน 60 คน (ร้อยละ 51.28)

2. **ความเครียด** ความแข็งแรงในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 25.23 (SD = 5.30) ซึ่งเป็นความเครียดระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตเท่ากับ 110.74 (SD = 10.52) และมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 122.89 (SD = 16.71) ดังตารางที่ 1

3. **สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากการวิเคราะห์รายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการมีปัญหาเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะ

**ตารางที่ 1** ช่วงคะแนนค่าที่เป็นไปได้ ค่าที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 117)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความเครียด	0 - 56	6 - 42	25.23	5.30
ความแข็งแกร่งในชีวิต	28 - 140	81 - 140	110.74	10.52
แรงสนับสนุนทางสังคม	25 - 175	73 - 168	122.89	16.71

**ตารางที่ 2** สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน (n = 117)

ภาวะสุขภาพจิต	ค่าที่เป็นไปได้	เกณฑ์ T-score ภาวะเสี่ยง	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	เสี่ยงมีสุขภาพจิต จำนวน (ร้อยละ)
Somatization	0 - 40	> 1.30	77 (65.80)	40 (34.20)
Depressive	0 - 80	> 1.37	94 (80.30)	23 (19.70)
Anxiety	0 - 60	> 1.38	86 (73.50)	31 (26.50)
Psychotic	0 - 40	> 1.35	98 (83.80)	19 (16.20)
Social function	0 - 60	> 2.52	109 (93.20)	8 (6.80)

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิต (n = 117 ราย)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	$r = -.65$	.000
อายุ	$r_s = -.12$	.190
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	$r_s = -.02$	.826
ความเครียด	$r_s = .64$	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิต	$r_s = -.52$	.000
ระดับชั้นยศ	$r_{pb} = -.16$	.081
สถานภาพทางการเงิน	$r_{pb} = -.30$	.001

หมายเหตุ  $r$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product - moment correlation coefficient)

$r_s$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสปีร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

$r_{pb}$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficient)

ทางจิต (somatization) 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.20  
 เสี่ยงต่อการมีปัญหาซึมเศร้า (depressive) 23 ราย  
 คิดเป็นร้อยละ 19.70 เสี่ยงต่อการมีปัญหาความวิตก  
 กังวล (anxiety) 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.50 เสี่ยงต่อ  
 การมีปัญหาด้านภาวะทางจิต (psychotic) 19 ราย  
 คิดเป็นร้อยละ 16.20 และเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้าน  
 การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) 8 ราย  
 คิดเป็นร้อยละ 6.80 ดังตารางที่ 2

#### 4. ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน  
 ระดับชั้นยศ สถานภาพทางการเงิน) ความเครียด  
 ความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม  
 และสุขภาพจิต

4.1 จากการทดสอบการกระจาย  
 ของตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิต  
 โดยใช้ค่าเฉลี่ย พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้  
 สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันวิเคราะห์ความสัมพันธ์  
 ระหว่างตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมกับ  
 สุขภาพจิต ดังตารางที่ 3

4.2 จากการทดสอบการกระจาย  
 ของตัวแปรอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น  
 คำรวจจรรยา ความเครียด และความแข็งแกร่งใน  
 ชีวิต พบว่าไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ  
 สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนวิเคราะห์ความสัมพันธ์  
 ระหว่างตัวแปรอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น  
 คำรวจจรรยา ความเครียด และความแข็งแกร่งใน  
 ชีวิตกับสุขภาพจิต ดังตารางที่ 3

4.3 ระดับชั้นยศและสถานภาพ  
 ทางการเงิน ซึ่งเป็นข้อมูลระดับ Nominal scale จึง  
 ใช้สถิติพ้อยซ์ไบเซรียล วิเคราะห์ความสัมพันธ์

ระหว่างระดับชั้นยศและสถานภาพทางการเงินกับ  
 สุขภาพจิต ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 พบว่าแรงสนับสนุนทาง  
 สังคมและความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์  
 กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยม  
 ความสัมพันธ์กันทางลบ ( $r = -.65, p = .000; r_s = -.52,$   
 $p = 0.000$  ตามลำดับ) ความเครียดมีความสัมพันธ์  
 กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยม  
 ความสัมพันธ์กันทางบวก ( $r_s = .64, p = 0.000$ )  
 สถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต  
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์กัน  
 ทางลบ ( $r_{pb} = -.30, p = .001$ ) แต่พบว่าระดับชั้นยศ  
 อายุ และระยะเวลาปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับ  
 สุขภาพจิต ( $r_{pb} = -.16, p = .081; r_s = -.12, p = .190;$   
 $r_s = -.02, p = .826$  ตามลำดับ)

#### การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสุขภาพจิต  
 ผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง  
 อายุ 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.00 (ค่าเฉลี่ย 39.11  
 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.54) จากการวิเคราะห์  
 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสุขภาพจิต พบว่าอายุ  
 ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของตำรวจจราจร  
 ไทย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ  
 Chueh และคณะ (2011) ที่ทำการศึกษาตำรวจใน  
 ประเทศไต้หวัน และการศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์  
 และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) ที่ได้ทำการศึกษา  
 สุขภาพจิตของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร  
 ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต แต่  
 อย่งไรก็ดีผลการศึกษาค้นนี้ไม่สอดคล้อง

การศึกษาของจตุพร เลิศล้ำ (2550) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต การที่ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของตำรวจจราจรไทยนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกันโดยอายุเฉลี่ย 39.11 ปี ร้อยละ 53.00 ซึ่งไม่มีความหลากหลายของช่วงอายุ อันน่าจะส่งผลทำให้ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นตำรวจจราจรกับสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจรน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.15 (ค่าเฉลี่ย 2.77 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.85) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) แต่อย่างไรก็ดีการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Garbarino และคณะ (2013) และของจตุพร เลิศล้ำ (2550) ที่ทำการศึกษาในตำรวจพบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตและสามารถทำนายสุขภาพจิตได้ การที่ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตนั้นอาจอธิบายได้ว่า แม้ว่าตำรวจจราจรจะมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร ที่ต่างกัน แต่ตำรวจจราจรทุกคนต้องลงไปปฏิบัติหน้าที่บนท้องถนน ซึ่งในขณะการปฏิบัติหน้าที่นั้นต้องเผชิญกับสถานการณ์ หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่น่าจะใกล้เคียงกัน แต่ละบุคคลก็ต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ไม่สามารถ

จะคาดเดาได้คล้ายกัน อันน่าจะส่งผลต่อการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจรไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นยศกับสุขภาพจิต จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับชั้นยศของกลุ่มตัวอย่างกับสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) แต่อย่างไรก็ดีผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Garbarino และคณะ (2013) ที่ทำการศึกษาในตำรวจพบว่าระดับชั้นยศมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพจิตและสามารถทำนายสุขภาพจิตได้ ในขณะที่การศึกษาของจตุพร เลิศล้ำ (2550) ที่ศึกษาในตำรวจจราจรพบว่าระดับชั้นยศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต การที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับชั้นยศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตนั้นอาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจนั้นมีลำดับชั้นยศที่แตกต่างกันออกไป แบ่งเป็นระดับชั้นประทวน และระดับสัญญาบัตร โดยระดับชั้นประทวนมียศ สิบตำรวจตรี สิบตำรวจโท สิบตำรวจเอก จำสิบตำรวจ และดาบตำรวจ ส่วนระดับชั้นสัญญาบัตรมียศ ร้อยตำรวจตรี ร้อยตำรวจโท ร้อยตำรวจเอก พันตำรวจตรี พันตำรวจโท พันตำรวจเอก พลตำรวจตรี พลตำรวจโท และพลตำรวจเอก ซึ่งจากการศึกษาพบว่าระดับชั้นยศของกลุ่มตัวอย่างนี้สามในสี่อยู่ในชั้นประทวนจำนวน 91 นาย (ร้อยละ 77.78) และมีตำรวจระดับชั้นสัญญาบัตรจำนวน 26 นาย (ร้อยละ 22.22) โดยที่ระดับชั้นประทวนนั้นส่วนใหญ่มีระดับชั้นยศใกล้เคียงกันซึ่งอาจจะมีส่วนทำให้ผลการศึกษาครั้ง

นี้พบว่าปัจจัยระดับชั้นยศไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางการเงินกับสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้พบว่าสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.20, p = .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2545) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากตำราที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของตนเอง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว จะทำให้เกิดความเครียด (อัญชุลี ชีระวงศ์ไพศาล, วินัย ชงชัย, และดลนภา รัตนกร, 2554) อันจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ การที่สถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตนั้นอาจอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับชั้นประทวน อาจมีรายได้น้อยไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจึงน่าจะมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับสุขภาพจิต การวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนความเครียดอยู่ในช่วงคะแนน 6 - 42 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 25.23 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.30) และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.64, p = .000$ ) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าตำราอาจารย์ที่มีความเครียดสูงมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอุบลวนา ขวัญบุญจันทร์ (2543) รัตนกรณ พันธ์โพธิ์ และคณะ (2559) และ Chueh และคณะ (2011) ที่พบว่าตำราที่มีความเครียดสูงมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง

การที่ความเครียดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต อาจอธิบายได้ว่า ความเครียดเป็นความคิดความรู้สึก และการรับรู้ของบุคคลในทางลบ ไม่สบายใจ ทุกข์ใจ กัดค้นเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถคาดการณ์หรือควบคุมได้ หรือมีความกดดันมากเกินไป ทำให้มีผลต่อพฤติกรรม การปรับตัว (Cohen et al., 1983; Cohen & Williamson, 1988) ซึ่งตำราอาจารย์นั้นต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ในภาวะที่มีความเครียดสูงอย่างต่อเนื่อง และเป็นเวลานาน หากไม่สามารถปรับตัวได้ ระดับความเครียดอาจเพิ่มสูงขึ้นทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2556; ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2555; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลีอนุญชวรัชชัย, 2556) จึงอาจกล่าวได้ว่าตำราอาจารย์ที่มีความเครียดสูงมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตกับสุขภาพจิต การวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนความแข็งแรงในชีวิตอยู่ในช่วงคะแนน 81 - 140 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 110.74 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.52) และพบว่าความแข็งแรงในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.52, p = .000$ ) อาจกล่าวได้ว่าการที่ตำราอาจารย์มีความแข็งแรงในชีวิตสูงมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตน้อย ซึ่งปัจจัยด้านความแข็งแรงในชีวิตนี้ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มของตำราอาจารย์ในไทยและต่างประเทศ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีความแข็งแรงในชีวิตสูงน่าจะมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าคนที่มีความแข็งแรงในชีวิตต่ำ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิติน แสงอ่อน, และจรรยา วิทยะสุกร, 2556) ซึ่ง

การที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตนั้นอาจอธิบายได้ว่า เมื่อสำรวจจรรยาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต จะมีการรับรู้ว่ามี 1) 'I have' (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต (external supports) 2) 'I am' (ฉันเป็นคนที่...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (inner strengths) ที่มีความมั่นคงทางจิตใจ มีความภาคภูมิใจ และ 3) 'I can' (ฉันสามารถที่จะ) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal and problem-solving skills) มีทักษะในการดำเนินชีวิต การแก้ไขปัญหา การสื่อสารกับผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2549; พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2556; พัชรินทร์ นินทจันทร์, พิศสมัย อรทัย, และพุดสุข เจนพานิชย์ วิชาญพันธ์, 2557; Grotberg, 1995; 1997; 1998) เมื่อมีองค์ประกอบเหล่านี้จะสามารถดึงมาใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและถูกนำมาใช้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เลวร้าย เพื่อจัดการกับปัญหา ลดความรุนแรง และเกิดการเรียนรู้จากกระบวนการที่ตนเองผ่านพ้นสถานการณ์นั้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) เมื่อบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถปรับตัวในสถานการณ์วิกฤตได้โดยไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2552 ข) ส่วนคนที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำมาก ๆ มักจะไม่สามารถทนทานกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ ท้อแท้ยอมแพ้ต่อโชคชะตา อาจจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2552 ก) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิต การวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วงคะแนน 73 - 168 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 122.89 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.71) และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.65, p = .000$ ) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจตุพร เลิศล้ำ (2550) Chueh และคณะ (2011) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตน้อย การที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตนั้นอาจอธิบายได้ว่า การที่สำรวจจรรยาพบว่าตนเองการสนับสนุนจากเครือข่ายของสังคมสูงทั้งด้าน 1) การได้รับความรักใคร่ผูกพัน 2) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น 4) ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน และ 5) การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ (Brandt & Weinert, 1987) น่าจะเอื้ออำนวยต่อการปรับตัวต่าง ๆ ของตำรวจจราจรอันจะช่วยให้มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตน้อย ส่วนตำรวจจราจรที่ได้รับความช่วยเหลือด้านการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ถ้ามีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตสูง ดังที่ผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต

#### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต ได้แก่ สถานภาพทางการเงิน แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตำรวจจราจรควรจัดสวัสดิการและแหล่งสนับสนุนเพิ่มขึ้น จัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด หรือลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตำรวจจราจร

2. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในงานวิจัยเชิงทำนาย และแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ รวมถึงศึกษาในปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

3. ควรมีการนำปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นตำรวจจราจร และระดับชั้นยศ ไปศึกษาในกลุ่มตำรวจจราจรที่มีความหลากหลายต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2549). *คู่มือการดูแลสุขภาพใจในชุมชน สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: บิยอนด์พับลิชชิง.

กรมสุขภาพจิต. (2552ก). *คู่มือการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในสถานศึกษา*. นนทบุรี: บิยอนด์พับลิชชิง.

กรมสุขภาพจิต. (2552ข). *รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและการทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพคนไทย Version 2007*. กรุงเทพฯ: สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองบังคับการตำรวจจราจร (บก.02). (2561). *ประวัติความเป็นมาของกองบังคับการตำรวจจราจร*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2561, จาก <http://www.trafficpolice.go.th/history> กองบังคับการตำรวจจราจร.

กองวิจัย สำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ. (2557). *รายงานผลการศึกษาศาหตุการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ตำรวจ*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560, จาก <http://research.police.go.th/index.php/datacenter/research/--1/-/32---1>.

จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. (2554). *สุขภาพจิต Mental Health* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: นำศิลป์โฆษณา.

จตุพร เลิศล้ำ. (2550). *สุขภาพจิตและประสิทธิภาพในการทำงานของตำรวจจราจรไทย*. *วารสารวิทยาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์*, 28(3), 321-332.

ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระราชบัญญัติตำรวจแห่งชาติ. (2557). *พระราชบัญญัติตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๗*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560, จาก <http://www.opc.police.go.th/pdf/polnation.pdf>.

พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุกทอง.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, พิศสมัย อรทัย, และ พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์. (2557). *โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ บรรยากาศในครอบครัว ความแข็งแกร่งในชีวิต และสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล*. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 20(3), 401-414.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน, และจริยา วิฑะศุกร. (2556). *ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจและสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(2), 12 - 26.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน, และ พัชณา ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (A resilience-enhancing program)*. กรุงเทพฯ: จุกทอง.

พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์. (2549). *จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

- รัตนารักษ์ พันธุ์โพธิ์, นุจรีย์ ไชยมงคล, และ จินห์จุฬา ชัยเสนา คาลลาส. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตในตำรวจชั้นประทวน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 22(4), 460 - 470.
- ลักขณา สรีวัฒน์. (2549). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วาทีณี สุขมาก. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม 1*. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศรีพิมล คิชยบุตร. (2555). *สุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ศรีสะเกษ: คณะพยาบาลศาสตร์, วิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2560). *แผนปฏิบัติการราชการสำนักงานตำรวจแห่งชาติประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐*. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2561, สืบค้นจาก <http://www.royalthaipolice.go.th/downloads/plan60.pdf>.
- สำนักงานยุทธศาสตร์และประเมินผล. (2555). *สถิติกรุงเทพมหานคร ปี 2555*. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2561, สืบค้นจาก [http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000130/Logo/statistic/stat%202555\(thai\).pdf](http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000130/Logo/statistic/stat%202555(thai).pdf)
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา, และ กนกรัตน์ สุขะตุลละ. (2542). การพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย. *สารศิริราช*, 51(12), 946-952.
- สุทธนันท์ หุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(3), 412-429.
- สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังฉรา จรัสสิงห์ และ เนตรชนก บัวเล็ก. (2545). สุขภาพจิตของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 10(3), 161-169.
- อัญชุลี ธีระวงศ์ไพศาล, วินัย ชงชัย, และ ดลนภา รัตนารักษ์. (2554). *รายงานผลการตรวจสุขภาพจิตตำรวจนครบาลโครงการตำรวจไทย พลังใจเข้มแข็ง*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลตำรวจ.
- อุบลวนา ขวัญบุญจันทร์. (2543). *ความเครียดและสุขภาพจิตของตำรวจสถานีตำรวจภูธรสังกัดตำรวจภูธรจังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Arial, M., Gonik, V., Wild, P., & Danuser, B. (2010). Association of work related chronic stressors and psychiatric symptoms in a Swiss sample of police officers; a cross sectional questionnaire study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(3), 323-331.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRO – A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRO: Psychometric update*. School of Nursing, University of Washington.
- Chueh, K., Yen, C., Lu, L., & Yang, M. (2011). Association between psychosomatic symptoms and work stress among Taiwan police officers. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 27, 144 - 149.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385 - 396.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 28(1), 1 - 11.
- Garbarino, S., Cuomo, G., Chiorri, C., & Magnavita, N. (2013). Association of work-related stress with mental health problems in a special police force unit. *BMJ Open*, 3(7), e002791.
- Grotberg, E. H. (1995). *The international resilience project: Research, application, and policy*. Retrieved July 10, 2017, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95a.html>.



- Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. Retrieved July 10, 2017, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html>.
- Grotberg, E. H. (1998). I am, I have, I can: What family worldwide taught us about resilience. *Reaching Today's Youth*, 2(3), 36-39.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Sangon, S. (2001). *Predictors of depression in Thai women*. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, United State of America.
- Weinert, C. (1987). A social support measure: PRQ 85. *Nursing Research*, 36(5), 273 - 277.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

## FACTORS RELATED TO SELF-EFFICACY, DEPRESSION, STRESS AND ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AMONG TEACHER STUDENT, RAJABHAT UNIVERSITY IN THE LEARNING PERIOD OF THE NEW NORMAL ERA

*Boonleang Thumthong, Ed.D.\**

### **Abstract**

**Objective:** The study self-efficacy, depression, stress, and attention deficit hyperactivity disorder. And to study factors related to attention deficit hyperactivity disorder among students.

**Methods:** This research is survey research. The sample consisted of 969 students by multistage randomization. The tools used to collect data include: general information inquiry form The ADHD screening questionnaire, the self-efficacy questionnaire, the stress assessment questionnaire, and the depression screening questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics. And Pearson correlation analysis.

**Results:** The students had a high level of self-efficacy in preventing depression and stress disorder. There were low levels of stress and depression. Have a mild impairment of attention deficit hyperactivity disorder and attention deficit hyperactivity disorder among students was positively correlated with depression. Stress status of students and found that the depression. The stress variables had a positive relationship between each other. And the depression variable was positively correlated with the students' attention deficit hyperactivity disorder.

**Conclusion:** The students of Rajabhat University during the new normal lifestyle had a high level of self-efficacy in preventing depression and stress disorder. There were low levels of stress and depression.

**Keywords:** self-efficacy, depression, stress, ADHD, new normal

---

*\*Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Education, Surindra Rajabhat University, e-mail: boonleang4848@gmail.com*

Received: 8 July 2021, Revised: 25 August 2021, Accepted: 29 August 2021

# ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษาครู มหาวิทยาลัยราชภัฏในช่วงการเรียนรู้วิถีชีวิตปกติใหม่

บุญเลี้ยง ทุมทอง, ศษ.ค.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความบกพร่องด้านสมาธิสั้น และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษา

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 969 คน โดยการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในผู้ป่วยสมาธิสั้น แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามประเมินความเครียด และแบบสอบถามเพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

**ผลการศึกษา :** นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและเครียดอยู่ในระดับมาก มีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย มีความบกพร่องด้านสมาธิสั้นในระดับน้อย และความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ภาวะความเครียดของนักศึกษา ตัวแปรภาวะซึมเศร้ากับภาวะความเครียดมีค่าสัมพันธ์ทางบวกระหว่างกันและกัน และตัวแปรภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษา

**สรุป :** นักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏในช่วงยุควิถีชีวิตปกติใหม่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและโรคเครียดอยู่ในระดับมาก มีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย

**คำสำคัญ :** การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ภาวะซึมเศร้า, ความเครียด, ความบกพร่องด้านสมาธิสั้น, ยุควิถีชีวิตปกติใหม่

\*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, e-mail: boonleang4848@gmail.com

วันที่รับ: 8 กรกฎาคม 2564, วันที่แก้ไข: 25 มิถุนายน 2564, วันที่ตอบรับ: 29 มิถุนายน 2564

## ความสำคัญของปัญหา

ผลจากการเรียนการสอนในยุคปัจจุบันสื่อได้นำเสนอมุมในทางลบพบว่า ทำให้นักเรียน นักศึกษามีทัศนคติค่อนข้างไปในทางลบว่า การศึกษาคือ การทำงานหนักแบบถูกบังคับ และการแข่งขันเพื่อคะแนน เพื่อวุฒิบัตรและโอกาสในการมีงานทำที่ดีขึ้น ตลอดจนผลจากปัญหาที่ตามมาของใช้ชีวิตในสภาพสังคมปัจจุบันคือ การเพิ่มความเครียด (รวมทั้งโรคจิต โรคประสาท เช่น โรคซึมเศร้า โรคก้าวร้าวรุนแรง หันหลังเล่น ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ฯลฯ) แทนที่จะสร้างให้นักเรียนมีทัศนคติในทางบวกว่า การศึกษาคือ โอกาสและความท้าทายที่จะทำให้เด็กและเยาวชนได้เรียนรู้สนองความต้องการของตนเองและฉลาดรอบด้านมากขึ้น (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2563ก) โดยปัญหาทางสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากหลายสาเหตุและมีปัจจัยหลายประการที่นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต มนุษย์ไม่สามารถเลือกชาติกำเนิดเผ่าพันธุ์และสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับพื้นฐานกำเนิดของตนได้ มีบุคคลในสังคมต้องตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิตที่ต้องการการสนับสนุนดูแลหลายกลุ่ม เช่น เด็กวัยรุ่น สตรี ผู้ป่วยทางด้านร่างกายและผู้สูงอายุ เป็นต้น การดูแลช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ให้สามารถเผชิญสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การพัฒนาความเข้มแข็งของจิตใจและการปรับตัว ตลอดจนการให้คำแนะนำ การสอนวิธีการปรับตัว การดูแลตนเองด้านสุขภาพกายสุขภาพจิต จะช่วยให้ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสามารถพัฒนาความเข้มแข็งและสามารถปรับตัวในกรอบครัวเรือนสังคม ตลอดจนการทำงานและการ

ดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์แก่สังคม นอกจากนี้ก็วิจัยพบว่า ปัจจัยทางด้านสภาพการเลี้ยงดูส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านชีววิทยาของมนุษย์และการเรียนรู้ (คณะวิทยาการการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561)

เนื่องจากนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยราชภัฏ เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่ต้องการแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง จึงต้องเรียนรู้และสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ทำให้สภาพทางสังคมมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก ประกอบกับปัจจุบันมีสื่อต่าง ๆ ที่พัฒนาไปไกลมาก เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมเป็นอย่างมาก ดังนั้น นักศึกษาจึงต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการคบเพื่อน ด้านอาจารย์ผู้สอน ด้านการศึกษา ด้านหลักสูตรที่เน้นฐานสมรรถนะแบบใหม่ เพราะสภาพแวดล้อมใหม่นี้ล้วนส่งผลต่อการปรับตัวของนักศึกษา ประกอบกับการประชุมคณะรัฐมนตรีในวันอังคารที่ 7 เมษายน 2563 มีมติให้เลื่อนเปิดเทอมจากวันที่ 16 พฤษภาคม เป็นวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาจส่งผลกระทบในหลายด้านทั้งต่อตัวเด็ก ผู้ปกครอง ไปจนถึงครูและโรงเรียน (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2563ข) ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว กระทรวงศึกษาธิการจึงกำหนดแนวนโยบายการจัดการเรียนการสอนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ตามแนวคิด “การเรียนรู้นำการศึกษา สถานศึกษาอาจหยุดได้ แต่การเรียนรู้หยุดไม่ได้”

ในทุกระดับชั้นและทุกประเภทการศึกษาทั้ง การศึกษาขั้นพื้นฐาน อาชีวศึกษา การศึกษาเอกชน และอุดมศึกษา (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2563ข)

การประกาศปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอน ในภาวะไม่ปกติของรัฐบาล ส่งผลให้พบอาการ หงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิ วอกแวกง่าย ความอดทนต่ำ และอาการกระวนกระวาย เริ่มปรากฏในกลุ่ม ผู้เรียน โดยปัญหาที่ตามมาคือการเพิ่มความเครียด ให้กับผู้เรียน และทำให้มีทัศนคติค่อนข้างไปในทางลบ ที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต จากการที่กระทรวงศึกษาธิการได้เร่งกำหนดแนวนโยบาย การจัดการเรียนการสอนภายใต้สถานการณ์วิกฤต โควิด-19 ในทุกระดับชั้นและทุกประเภท โดยการ จัดการศึกษาออนไลน์ทั้งระบบและนโยบายจาก ส่วนกลางเร่งด่วนและไม่ได้มีการกำหนดแผนการ ดำเนินการล่วงหน้า ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่สามารถเตรียมความพร้อมเพื่อปฏิบัติตามนโยบาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้คำแนะนำ การสอนวิธีการปรับตัว การดูแลตนเองด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต จะช่วยให้ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสามารถ ปรับตัวในครอบครัวในสังคม โดยข้อค้นพบจาก งานวิจัยพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2551) ตลอดจนการประกาศใช้ นโยบายชีวิตยุควิถีชีวิตปกติใหม่ (new normal) ของรัฐบาล ทำให้เห็นการแสดงพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมกับกาลเทศะออกมา มีปัญหาการเรียน ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาการเข้าสังคม ซึ่งปัญหา หนึ่งอันเนื่องมาจากผลของผู้มีปัญหาสมาธิสั้นคือ

ทำให้เกิดความรำคาญแก่บุคคลรอบข้างและ นำไปสู่การถูกตำหนิต่าง ๆ จากพฤติกรรมที่อาจเกิด จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยภายในตัว บุคคล เช่น ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ความ คาดหวังและการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะ กำหนดว่าจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินภาวะอารมณ์ ในภาวะวิกฤตแล้วเห็นว่า การรับรู้ความสามารถ ของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและการ ป้องกันความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม มหาวิทยาลัยราชภัฏในช่วงการเรียนรัฐยุควิถีชีวิต ปกติใหม่ที่มีปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งโลกรวมทั้งในประเทศไทยเป็นเรื่องที่สำคัญ ยิ่งในการใช้ชีวิตต่อไป เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่ เป็นไปตามที่คาดหวัง และมีความจำเป็นในการ ประเมินผลการรับรู้ความสามารถของตนเองของ นักศึกษา และหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับความ บกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษาในยุคการเรียน การสอนในรูปแบบของวิถีชีวิตปกติใหม่ใน ปัจจุบันที่รัฐบาลกำลังให้สถาบันการศึกษาจัดตาม สภาพของบริบทตนเอง เพื่อนำผลการประเมิน เสนอต่อผู้บริหารและประธานสาขาของนักศึกษา กลุ่มที่เรียนในมหาวิทยาลัยราชภัฏในการสร้าง คุณภาพชีวิตที่ดีและให้ความช่วยเหลือแก่นักศึกษา หากเกิดปัญหาให้ได้มากยิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

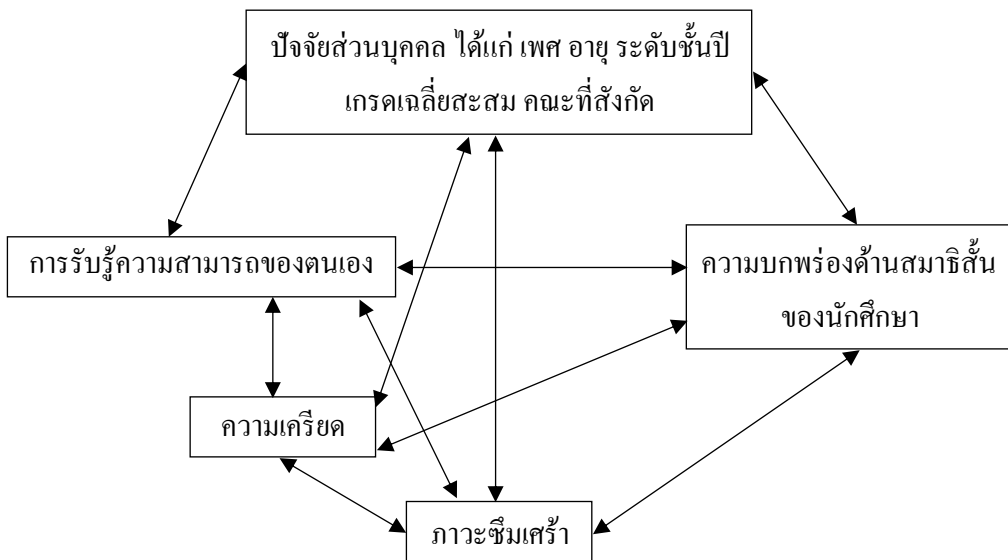
1. เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความบกพร่อง ด้านสมาธิสั้นของนักศึกษา

2. เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏในช่วงการเรียนรู้วิถีชีวิตปกติใหม่

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง โรคซึมเศร้า ความเครียด และความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษาครูมหาวิทยาลัยราชภัฏในช่วงการเรียนรู้วิถีชีวิตปกติใหม่ โดยใช้แนวคิดหลักการรับรู้ความสามารถของตนเองที่กล่าวถึงความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมบางอย่างในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า และสามารถบรรลุความสำเร็จตามสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้ (Bandura, 1997) โดยคนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะรู้สึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จในชีวิต การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถ

พัฒนาได้ โดยพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกของบุคคลนั้นจะรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) (Roberts, 2005) ภาวะซึมเศร้าใช้แนวคิดที่เชื่อว่า ภาวะที่นักศึกษาแสดงถึงความ เบี่ยงเบน อารมณ์ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้คุณค่า หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายที่อธิบายโดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ (Freud, 1905 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2548) ส่วนความเครียดใช้แนวคิดที่เชื่อว่า ความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ถึงความ อึดอัด ความคับข้องใจ ไม่ได้ตั้งใจ ไม่สามารถตกลงใจ หรือตัดสินใจเหตุการณ์ในขณะนั้นได้จึงแสดงออกให้เห็นทางด้านร่างกายหรือทางอารมณ์ที่ไม่สมดุล (Luthans, 1992; กรมสุขภาพจิต, 2542) ดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 ที่กำลังศึกษาในกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ (กลุ่มที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือการทำวิจัยของนักศึกษาสมรรถนะสูง ประกอบด้วย มรภ.สุรินทร์ มรภ.ศรีสะเกษ มรภ.บุรีรัมย์ และ มรภ.รำไพพรรณี) ปีการศึกษา 2563 รวมจำนวน 42,600 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏ (กลุ่มที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือการทำวิจัยของนักศึกษาสมรรถนะสูง) ที่เรียนในระดับปริญญาตรี ในภาคการศึกษาที่ 2/2563 รวมจำนวนทั้งสิ้น 969 คน คิดเป็นร้อยละ 96.90 โดยการสุ่มหลายขั้นตอน และใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G\*Power ได้จำนวนตัวอย่างจำนวน 1,000 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากประธานสาขาและผู้บริหารของคณะ หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี เลขที่ RBRU-Hu20/2563 ลงวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ.2563 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาของการวิจัย การรักษาความลับและไม่มีผลใดต่อกลุ่มตัวอย่าง และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยให้สอบถามได้ตลอดเวลา สามารถถอนตัวจากการสมัครใจและไม่ตอบคำถามในแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลใน

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 1 ชุด เป็นลักษณะตรวจสอบรายการ (checklist) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวน 16 ข้อ โดยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และจากงานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้า คัดแปลงข้อคำถามให้ตรงกับเนื้อหาและบริบทในสภาพปัจจุบัน จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข(2555) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า โดยรวมประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ (9Q) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (หากเริ่มอาการซึมเศร้าพิจารณาจากคะแนนในการตอบแบบสอบถามมากกว่า 18 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และจากงานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

ตอนที่ 4 แบบสอบถามประเมินความเครียด คัดแปลงข้อคำถามให้ตรงกับเนื้อหาและบริบทในสภาพปัจจุบันจากแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า ให้เลือกตอบ 5 ระดับ (หากเริ่มอาการเครียดพิจารณาจากคะแนนในการตอบแบบสอบถามมากกว่า 60 คะแนน) ผู้ได้คะแนนสูง หมายถึง มีความเครียดสูง โดยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และจากงานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

ตอนที่ 5 แบบสอบถามประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในผู้ป่วยสมาธิสั้น-ฉบับตนเอง (Weiss Functional Impairment rating Scale-Self Report: WFIRS-S) ฉบับภาษาไทยมี 6 ด้าน รวมจำนวน 58 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (หากเริ่มมีความบกพร่องในหน้าที่พิจารณาได้จากคะแนนในการตอบแบบสอบถามมากกว่า 60 คะแนน) โดยแบบสอบถามได้ดัดแปลงข้อคำถามให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทในปัจจุบัน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 และจากงานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
2. ระดับของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความเครียด และระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้น ของนักศึกษา โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์ภายในตัวแปรโดยใช้สูตรหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มนักศึกษาทั้งหมดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 754 คน (77.81%) ส่วนใหญ่เรียนในชั้นปีที่ 1 จำนวน 491 คน (53.25%) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 2 จำนวน

207 คน (22.45%) และชั้นปี 4 จำนวน 128 คน (13.88%) ตามลำดับ น้อยที่สุดคือ ชั้นปีที่ 5 จำนวน 33 คน (3.58%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดคณะครุศาสตร์ จำนวน 351 คน (37.97%) รองลงมาคือ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 300 คน (32.43%) และคณะอื่น ๆ จำนวน 109 คน (11.78%) น้อยที่สุดคือคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 13 คน (1.41%) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 254 คน (26.21%) มีนักศึกษาที่มีความเครียด จำนวน 143 คน (14.76%) นักศึกษามีทั้งภาวะซึมเศร้าและความเครียด จำนวน 117 คน (12.07%) และพบนักศึกษาเริ่มมีความบกพร่องด้านสมาธิสั้น จำนวน 927 คน (95.66%)

2. นักศึกษามีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .67 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ นักศึกษาเชื่อมั่นว่าตัวเองมีค่าขึ้นเมื่อสามารถดูแลตนเองได้ มีค่าเฉลี่ย 4.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .82 รองลงมาคือ นักศึกษามั่นใจว่าถึงแม้จะซึมเศร้าก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้มีค่าเฉลี่ย 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .88 และนักศึกษามั่นใจว่าถึงแม้จะซึมเศร้าก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้มีค่าเฉลี่ย 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .88 ตามลำดับ และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ นักศึกษาเชื่อมั่นว่าสามารถอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไร้คุณค่า น้อยเนื้อต่ำใจ มีค่าเฉลี่ย 3.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04

3. นักศึกษามีระดับอาการของภาวะซึมเศร้า



โดยรวมอยู่ในระดับมีความผิดปกติแต่ยังไม่มีความซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ย 1.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .57 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป มีค่าเฉลี่ย 2.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .95 รองลงมาคือ เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร มีค่าเฉลี่ย 1.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .74 และเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป มีค่าเฉลี่ย 1.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .85 และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ การคิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี มีค่าเฉลี่ย 1.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .61

4. นักศึกษามีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 2.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.18 และพิจารณารายข้อที่มีระดับสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ นักศึกษากลับทำงานผิดพลาด มีค่าเฉลี่ย 2.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15 นักศึกษากลับว่าเรียนรู้ได้ไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ มีค่าเฉลี่ย 2.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14 มีอาการปวดหลัง มีค่าเฉลี่ย 2.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32 และนักศึกษามีระดับความเครียดน้อยที่สุดคือ เป็นหวัดบ่อย ๆ มีค่าเฉลี่ย 1.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03

5. นักศึกษามีระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 2.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .70 และพิจารณาเป็นแต่ละด้านที่มีระดับมากที่สุดพบว่า นักศึกษามีความบกพร่องด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน มีค่าเฉลี่ย 2.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .63 และด้านที่มีระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นน้อยที่สุดคือ ด้านความ

เสี่ยงอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ย 1.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .54 โดยค่าเฉลี่ยรวมของนักศึกษาเพศหญิงมีระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นสูงกว่านักศึกษาชาย มีค่าเฉลี่ย 2.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.11 นักศึกษาคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มีค่าเฉลี่ยรวมระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นสูงสุดมีค่าเท่ากับ 2.20 และพบว่านักศึกษาคณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรมมีค่าเฉลี่ยรวมของระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 1.97 รายละเอียดดังตารางที่ 1

6. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในตัวแปรของนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกคือ ภาวะซึมเศร้ากับ ภาวะความเครียดของนักศึกษา ( $r = 0.43, 0.41$ ) และพบว่าตัวแปรภาวะซึมเศร้ากับ ภาวะความเครียดมีค่าสัมพัทธ์ทางบวกระหว่างกัน และกัน ( $r = 0.38$ )

7. ตัวแปรภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษา

## การอภิปรายผล

ผลจากการประเมินความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรสุพรรณบุรีที่น่าสนใจและนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. นักศึกษามีระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายด้านที่มีระดับมากที่สุดพบว่า นักศึกษามีความบกพร่องด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน และด้านที่มีระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นน้อยที่สุดคือ ด้านความเสี่ยงอื่น ๆ โดยค่าเฉลี่ยรวมของ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความบกพร่องด้านสมรรถิ<sup>๕</sup>ต้นของนักศึกษา

รายการประเมิน	รวม (n = 969)		ชาย (n = 88)		หญิง (n = 359)		กศุศาสตร์	มนุษย	วิทย์	เทคโนโลยี	เกษตร	พยาบาล						
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.												
การแปลผล	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.						
ด้านครอบครัว	1.91	.62	1.86	.62	2.02	.68	1.96	.67	2.01	.73	2.06	.85	1.85	.60	1.92	.70	1.89	.67
ด้านการเรียน	2.12	.60	2.19	.61	2.22	.64	2.19	.62	2.23	.64	2.12	.77	1.97	.45	2.23	.76	2.11	.60
ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน	2.46	.63	2.40	.68	2.63	.62	2.56	.61	2.59	.62	2.25	.99	2.35	.57	2.42	.68	2.53	.66
ด้านมุมมองต่อตนเอง	2.28	.91	2.38	.98	2.66	.99	2.61	.94	2.63	1.06	2.30	1.16	2.11	.90	2.41	.89	2.43	1.05
ด้านการเข้าสังคม	1.98	.67	2.09	.74	2.04	.72	2.05	.70	2.02	.70	2.15	1.12	1.85	.70	2.03	.70	2.08	.94
ด้านความเสี่งอื่น ๆ	1.74	.54	1.72	.57	1.73	.55	1.76	.53	1.70	.55	1.77	.96	1.66	.53	1.66	.61	1.63	.63
<b>ค่าเฉลี่ยโดยรวม</b>	<b>2.08</b>	<b>.70</b>	<b>2.11</b>	<b>.70</b>	<b>2.22</b>	<b>.70</b>	<b>2.19</b>	<b>.68</b>	<b>2.20</b>	<b>.72</b>	<b>2.11</b>	<b>.98</b>	<b>1.97</b>	<b>.63</b>	<b>2.11</b>	<b>.72</b>	<b>2.11</b>	<b>.76</b>

ของนักศึกษาแพศหณึ่งมีระดับความบกพร่องด้านสมธิสั้นสูงกว่านักศึษาชาย นักศึษาคณณมนุญศึศาสตร์ และสังคศาสตร์มีค่าเฉลี่ยรวมระดับความบกพร่องด้านสมธิสั้นสูงสูดมีค่าเท่ากับ 2.20 และพบว่านักศึษาคณณเทคโนโลยีอุตสาหกรรรมมีค่าเฉลี่ยรวมของระดับความบกพร่องด้านสมธิสั้นต่ำสูดมีค่าเท่ากับ 1.97 ทั้งนี้เนื่องมาจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ เปิดเทอมที่สองช้ากว่าที่กำหนดและยังมีระบบการรักษาระยะห่างทางสังคม อยู่ห่างจากผู้อื่น 1 - 2 เมตร การหลีกเลี่ยงการสัมผัส คณาจารย์ต่าง ๆ ได้เปิดโอกาสให้นักศึษาได้เรียนรู้ร่วมกับเด็กคนอื่นบ้าง การเปิดโอกาสให้เด็กทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มเล็ก ๆ จะช่วยให้นักศึษากลุ่มบกพร่องด้านสมธิสั้นเกิดการเรียนรู้จากเด็กคนอื่น และได้เรียนรู้การทำงานร่วมกัน เช่น อาจให้เด็กทำกิจกรรมจับคู่กันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยตั้งหัวข้อให้เด็กได้ใช้ความคิดแล้วให้จับคู่กับเพื่อนเพื่ออภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนกับคนอื่น ๆ การปรับเวลาเรียน สลับวันเรียน การลดเวลากิจกรรม การงดเรียนบางรายวิชา เรียนที่บ้าน การจักระบบคิว การใช้ภาชนะแยกส่วนตัว ไม่ไปพื้นที่เสี่ยง การกักกันตัวเอง และการกักกันโรค ประชาสัมพันธ์ และสร้างการรับรู้ และมีการจัเตรียมสถานที่ ห้องเรียน ห้องปฏิบัติการ ห้องประชุม ห้องทำกิจกรรม ห้องดนตรี ห้องนั่งพัก ห้องสุขา พื้นที่โล่ง ลานกิจกรรม สนามกีฬา ลิฟต์ บันได โรงอาหาร หอพัก ให้มีระบบระบายอากาศถ่ายเทได้สะดวก ทำความสะอาดพื้นที่ต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ ทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในห้องปฏิบัติการ ทำความสะอาดอาคารเรียน อาคารอื่น ๆ รวมถึง

อุปกรณ์ภายในตัวอาคารหอพักนักศึษา เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได สวิตซ์ไฟ และปุ่มกดลิฟต์ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคทุก 2 ชั่วโมง ลดความแออัดของการอยู่รวมกัน วิชาบรรยายให้จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ทุกรายวิชาผ่านระบบ LMS system (จำกัดรูปแบบระบบ) ควบรวมรายวิชา ลดจำนวนห้องเพื่อลดความซ้ำซ้อนและสร้าง teaching team ซึ่งจัดให้สอดคล้องกับกระทรวงศึษาธิการที่กำหนดนโยบายการเรียนการสอนออนไลน์ในรูปแบบที่หลากหลาย อันได้แก่ DLTV โปรแกรมออนไลน์ (Zoom, Google Meet, Microsoft Team) สื่อการเรียนการสอนแบบ offline การจัดการเรียนการสอนผ่านการถ่ายทอดสด (LIVE) เป็นต้น โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมของผู้เรียนในทุกประเภท และระดับการศึษา เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกในการเรียนรู้อีกแก่ผู้เรียนมากยิ่งขึ้น หรืออาจนำหลักการ 4 on มาประยุกต์ใช้ อันได้แก่ online, on air, on hand และ on site ซึ่งอาจทำให้นักศึษากลุ่มหนึ่งที่เรียนที่บ้านคิด โหเซียงและมีภาวะซึมเศร้าอยู่ส่วนหนึ่ง นอกจากนี้แต่ละสาขา และกลุ่มวิชาต่าง ๆ ในแต่ละมหาวิทยาลัยยังควรจัดทำตารางหรือกำหนดการต่าง ๆ ในรูปแบบปฏิทินที่นักศึษาสามารถเห็นภาพรวมว่าในปีการศึษานี้มีอะไรที่เขาต้องทำบ้าง และฝึกให้นักศึษาดูปฏิทินดังกล่าวจนสามารถตัวเองเป็นนิสัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความเคยชินกับการได้รับความสุขทันทีอาจส่งผลทางลบต่อการควบคุมตนเอง (self-control) ในระยะยาว กรอบทฤษฎีระบบร้อนและระบบเย็น (hot-system/cool-system framework) ของ Metcalfe and Mischel (1999) อธิบายไว้ว่า ในเวลา

ที่มนุษย์ตั้งใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ระบบร้อนและระบบเย็นจะทำงานเชื่อมโยงและโต้ตอบกันอยู่และแต่ละระบบจะตั้งการสมองคนละส่วน โดยระบบร้อนเป็นการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อสิ่งเร้าและทำงานชัดเจนขึ้นเมื่อตกอยู่ในสภาวะตึงเครียด ในขณะที่ระบบเย็นต้องผ่านกระบวนการคิด จึงมีความซับซ้อนตอบสนองและพัฒนาช้ากว่าระบบร้อน คนที่มีความมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายจะใช้จิตตานุภาพ (willpower) เป็นตัวยับยั้งการตอบสนองด้วยอารมณ์หรือสิ่งเร้าที่เป็นไปโดยอัตโนมัติ โดยต้องอาศัยกลยุทธ์ในการควบคุมตนเองให้รอคอยความสุข (delayed gratification) ที่เป็นเป้าหมายสูงสุดได้ แต่หากคนรุ่นใหม่เคยชินกับการได้รับความสุขทันที ระบบร้อนอาจมีอำนาจเหนือกว่าระบบเย็นที่ไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ดังนั้นเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า ระบบร้อนจึงมักนำไปสู่การตอบสนองแบบอัตโนมัติที่ไม่ได้ผ่านการไตร่ตรองทันที (จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, 2562)

2. นักศึกษามีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .67 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ นักศึกษาเชื่อมั่นว่าตัวเองมีค่าขึ้นเมื่อสามารถดูแลตนเองได้ มีค่าเฉลี่ย 4.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .82 รองลงมาคือ นักศึกษามั่นใจว่า ถึงแม้จะซึมเศร้าก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้ มีค่าเฉลี่ย 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .88 และนักศึกษามั่นใจว่าถึงแม้จะซึมเศร้าก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้มีค่าเฉลี่ย 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

.88 ตามลำดับ และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือนักศึกษาเชื่อมั่นว่าสามารถอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไร้คุณค่า น้อยเนื้อต่ำใจ มีค่าเฉลี่ย 3.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษามีความเชื่อหรือการรับรู้ว่า กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้น สามารถนำไปสู่การกระทำทั้งทางบวกนั้นก็คือ การคาดคะเนของบุคคลว่าถ้ากระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวังไว้ (Bandura, 1997) ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ นั้นสามารถทำให้นักศึกษาคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้น โดยอาศัยการตัดสินใจ ความเชื่อ ในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำได้แค่ไหน โดยขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อในความสามารถ ความเข้มแข็งหรือความเชื่อมั่นในความสามารถ และความเป็นสากล โดยการตัดสินใจความสามารถของตนเองนี้จะต้องผ่านกระบวนการในการเรียนรู้โดยการสังเกต กระบวนการใส่ใจ การเก็บจำ การกระทำ กระบวนการจูงใจ กระบวนการรู้คิดคือบุคคลจะมีคิด คัดเลือก ชั่งน้ำหนัก และบูรณาการข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้ง 4 แหล่งคือประสบการณ์ตรง การสังเกตจากตัวแบบ การมีแรงจูงใจจากการชักจูงหรือมีการเตรียมพร้อมที่ดี มีทักษะได้แก่ ความตั้งใจ ความจำ การอ้างอิงถึงและการบูรณาการ เพื่อการสร้างมโนทัศน์เรื่องความสามารถของตนเองและเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งนั้น ๆ ได้ (วิลาสถักษณ์ ชวัลลภ, 2547)

3. นักศึกษามีระดับอาการของภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับมีความผิดปกติแต่ยังไม่มีความรุนแรง มีค่าเฉลี่ย 1.73 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน .57 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป มีค่าเฉลี่ย 2.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .95 รองลงมาคือ เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไรมีค่าเฉลี่ย 1.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .74 และเมื่ออาหารหรือกินมากเกินไปมีค่าเฉลี่ย 1.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .85 และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ การคิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดีมีค่าเฉลี่ย 1.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .61 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละมหาวิทยาลัยยังคงกำหนดให้มีการจัดการเรียนการสอนทุกระดับให้จัดจำนวนนักศึกษาทั้งในและนอกห้องเรียน/ห้องปฏิบัติการ ให้สามารถเว้นระยะห่างของผู้เรียนได้อย่างเหมาะสม และมีมาตรการคัดกรองเบื้องต้น การตรวจวัดไข้ มีจุดคัดกรองอุณหภูมิ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล และการหาหน้ากากอนามัยมาให้ทุกคนใช้ก่อนเข้ามหาวิทยาลัย นอกจากนี้เหตุผลที่นักศึกษามีระดับอาการของภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย อาจเกิดจากการไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่นผันในกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์จากคำถามปลายเปิดว่า นักศึกษามีวิธีแก้ภาวะซึมเศร้าโดยการไม่ควรอยู่คนเดียว หากิจกรรมทำ เช่น เล่นเกม ดูหนัง ฟังเพลง เล่นกีฬา ไปกิน ไปเที่ยว ออกกำลังกาย ปรึกษาแพทย์ หากคนที่ไว้ใจระบายความในใจ และนอนพักผ่อน ซึ่งเป็นทางออกที่ดี เนื่องจากสถานการณ์ความเครียดของนักศึกษาในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 นักศึกษาได้รับข้อมูลจากมหาวิทยาลัยในการจัดการเรียนการสอนที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้มีการตื่นตัวเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ในระดับหนึ่งแล้ว ว่าไม่เกินความสามารถที่เราจะแก้ไขได้ ไม่ทำให้นักศึกษารู้สึกหนักใจเป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่มีอยู่ หรือเกินความสามารถที่เราจะแก้ไขได้ ไม่ทำให้นักศึกษารู้สึกหนักใจและเป็นทุกข์ กระวนกระวายใจ โดยส่วนใหญ่เรียนรู้กับการระบาดของโรคโควิดในรอบแรก ซึ่งอาจเกิดขึ้นพร้อมกับความรู้สึกว่าตนเองจะไม่ได้รับอันตรายในการมาเรียนในภาคเรียนที่ 2/2563 ในมหาวิทยาลัย อีกทั้งนักศึกษาคณะส่วนใหญ่เป็นคนที่มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ใจเย็น จะมีความเครียดน้อยกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย อาจจริงอาจจกับชีวิต และใจร้อน อาจรวมถึงบุคลิกภาพเดิมของแต่ละบุคคลที่รู้สึกว่าตนเองมีคนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น คณาจารย์ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง มีเพื่อนสนิทที่รักใคร่และไว้วางใจกันได้ ก็จะมีมีความเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง

4. คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในตัวแปรพยากรณ์ และความบกพร่องด้านสมมติฐานของนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกคือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะความเครียดของนักศึกษา และพบว่า ตัวแปรภาวะซึมเศร้ากับภาวะความเครียดมีค่าสัมพัทธ์ทางบวกระหว่างกันและกัน กล่าวคือ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าภาวะความเครียดสูง คะแนนความบกพร่องด้านสมมติฐานของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏก็สูงด้วย

## สรุป

นักศึกษามีระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยมีระดับอาการของภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับมีความผิดปกติแต่ยังไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยนักศึกษามีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก และยังพบว่า ตัวแปรภาวะซึมเศร้ากับภาวะความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากนักศึกษามีความเครียดก็อาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาด้วย และพบตัวแปรภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษา ซึ่งอธิบายได้ว่าหากนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าก็จะมีระดับความบกพร่องด้านสมาธิสั้นตามมาด้วย

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผลการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเครียดของนักศึกษาในช่วงโควิด-19 (ในช่วงระบอบการระบาดสอง) เพื่อนำผลประเมินไปพัฒนากระบวนการเรียนการสอนของนักศึกษาในคณะต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยคณะผู้บริหาร/ผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (26.21%) มีความเครียด (14.76%) หรือมีทั้งภาวะซึมเศร้าและมีความเครียด (12.07%) ซึ่งถึงแม้ว่าน้อยแต่งานกิจการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยอาจจะหากิจกรรมมาทำกับนักศึกษาหรือจัดทำโครงการบำบัดนักศึกษาในกลุ่มดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางการสร้างเสริม/พัฒนาคุณลักษณะ

อันพึงประสงค์ให้แก่นักศึกษา โดยกำหนดกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณลักษณะความเป็นบัณฑิตในศตวรรษที่ 21 ในยุค new normal ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อสร้างแบบประเมินผู้เรียนในภาวะการณเรียนรู้อบพร่องเฉพาะด้าน (specific learning disorder) เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรวิจัยแนวทางการใช้โปรแกรมการรักษาทางจิตสังคม (psychosocial interventions) ร่วมกับวิธีการรักษาที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาโรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder-ADHD) ให้สูงขึ้นต่อไป

3. ควรมีการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อความบกพร่องด้านสมาธิสั้นของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ชั้นปี คณะ และกลุ่มมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาค

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์และนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี และขอขอบคุณกัลยาณมิตรที่เป็นบุคลากรและคณาจารย์ของคณะต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนให้ความสะดวกในการประสานงานในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2542). *ฝ่าวิกฤตชีวิตด้วยการปรึกษา*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *แนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์พระศรีมหาโพธิ์.
- คณะวิทยาการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2561). *บทวิเคราะห์แนวทางการจัดทำข้อเสนอทิศทางการเรียนรู้สำหรับเยาวชน*. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2017/Lists/Activity/Attachments/120/A24-05-60.pdf>
- จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. (2562). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี. (2547). *ผลของรางวัลภายนอกและการรับรู้ความสามารถของคนที่ม่ต่อแรงจูงใจภายในของนักเรียน*. (รายงานการวิจัยฉบับที่ 81 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร).
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2548). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ: รู้เขา รู้เรา* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2563ก). *สมรรถนะการศึกษาไทยในเวทีสากล ปี 2562 (IMD 2019)*. กรุงเทพฯ: บริษัท 21 เซ็นจูรี่ จำกัด.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2563ข). *รายงาน“เรียนออนไลน์ยุคโควิด-19: วิกฤตหรือโอกาสการศึกษาไทย”*. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการศึกษาและพัฒนาการเรียนรู้ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(1), 191-215.
- David Robert. (2005). *Self – efficacy Training Link to Nurse Practice*. Bangkok: Thailand.
- Luthans, F. (1992). *Organizational behavior*. NJ: Mc Graw-Hil.
- Metcalf, J., & Mischel, W. A (1999). hot/cool-system analysis of delay of gratification: Dynamics of willpower. *Psychological Review*. 106(1), 3-19.

## RELATIONSHIPS BETWEEN RESILIENCE AND INTIMACY OF FRIENDSHIP WITH BULLYING IN DISADVANTAGED ADOLESCENTS\*

*Arunya Inson, B.N.S\*\*, Patcharin Nintachan, RN, Ph.D., \*\*\**

*Sopin Sangon, RN, Ph.D., \*\*\*\*, Nantiya Ekathikhomkit, RN, Ph.D.\*\*\*\*\**

### Abstract

**Objective:** This descriptive correlational research design aimed at investigating relationships between resilience and intimacy of friendship with bullying in disadvantaged adolescents.

**Methods:** The participants consisted of 212 secondary school students studying in year 1 - 6, second semester of academic year 2561 from a school for disadvantaged adolescents in the Northeast region of Thailand. The research instruments including a Demographic Questionnaire, Adolescent Peer Relations Instrument, Resilience Inventory, and Friendship Intimacy Questionnaire were used for data collection. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and Spearman rank correlation coefficient.

**Results:** The findings revealed that the resilience scores and all dimensions of resilience (I have, I am, and I can) were negatively and significantly related to bullier scores ( $r = -.19, p = .005$ ;  $r = -.22, p = .002$ ;  $r = -.17, p = .013$ ;  $r = -.15, p = .028$  respectively). The resilience scores and all dimensions of resilience (I have, I am, and I can) were negatively and significantly related to victim scores ( $r = -.19, p = .007$ ;  $r = -.22, p = .001$ ;  $r = -.15, p = .030$ ;  $r = -.15, p = .031$  respectively). Intimacy of friendship was not related to bullier scores ( $r = .01, p = .871$ ). However, intimacy of friendship was negatively and significantly related to victim scores ( $r = -.15, p = .026$ ).

**Conclusion:** The result from this study could be used as basic information to promote resilience in disadvantaged adolescents.

**Keywords:** resilience, intimacy of friendship, bullying behavior, disadvantaged adolescents

---

\**Master's thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

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

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

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

\*\*\*\*\**Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

Received: 4 August 2020, Revised: 20 June 2021, Accepted: 24 June 2021



# ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน กับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส\*

อรัญญา อินสอน, พย.บ.\*\*, พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D.\*\*\*

โสภณ แสงอ่อน, RN, Ph.D.\*\*\*\*, นันทิยา เอกอชิตมกิจ, RN, Ph.D.\*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ของโรงเรียนสำหรับเด็กด้อยโอกาสแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 212 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการรังแกกัน แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

**ผลการศึกษา:** คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทุกองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am, และ I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นของวัยรุ่นด้อยโอกาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.19, p = .005$ ;  $r = -.22, p = .002$ ;  $r = -.17, p = .013$ ;  $r = -.15, p = .028$  ตามลำดับ) คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทุกองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am, และ I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกผู้อื่นรังแกของวัยรุ่นด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.19, p = .007$ ;  $r = -.22, p = .001$ ;  $r = -.15, p = .030$ ;  $r = -.15, p = .031$  ตามลำดับ) ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น ( $r = .01, p = .871$ ) อย่างไรก็ตามความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกผู้อื่นรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.15, p = .026$ )

**สรุป:** ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นด้อยโอกาสต่อไป

**คำสำคัญ:** ความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน พฤติกรรมการรังแกกัน วัยรุ่นด้อยโอกาส

\*วิทยาลัยนพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\*อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 4 สิงหาคม 2563, วันที่แก้ไข: 20 มิถุนายน 2564, วันที่ตอบรับ: 24 มิถุนายน 2564

## ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุ 10 – 19 ปี (สุริยเดว ทรีปาตี, 2551; World Health Organization [WHO], 2019) จากสถิติในปี พ.ศ. 2560 ของกรมสุขภาพจิต (2561) พบว่า ในจำนวนประชากรเด็กและวัยรุ่นไทย (อายุ 0 – 18 ปี) 13 ล้านคน เป็นเด็กและวัยรุ่นด้อยโอกาสมากกว่า 5 ล้านคน วัยรุ่นด้อยโอกาสเป็นวัยรุ่นที่ประสบปัญหาหรือมีชีวิตที่ต้องอยู่ในสภาวะที่ยากลำบาก ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของรัฐในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา สาธารณสุข ส่งผลให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ทัดเทียมผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม ส่วนใหญ่เด็กและวัยรุ่นด้อยโอกาสเป็นกลุ่มเด็กยากจน ร้อยละ 80.0 และเป็นกลุ่มเด็กและวัยรุ่นหลายชาติพันธุ์ ร้อยละ 6.0 (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ [สพฐ.], 2554; สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสตูล, 2558; อมรวิรัช นาครทรรพ, 2557; United Nations Children's Fund [UNICEF], 2012) ในประเทศไทย มีการจำแนกประเภทของวัยรุ่นด้อยโอกาสไว้หลายประเภทตามความแตกต่างของลักษณะสภาพปัญหาสาเหตุ และแนวทางการให้ความช่วยเหลือที่ต่างกัน โดยที่สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (สพฐ., 2556) แบ่งประเภทของเด็กด้อยโอกาสออกเป็น 10 ประเภท ได้แก่ (1) เด็กถูกบังคับให้ขายแรงงาน (2) เด็กเร่ร่อน (3) เด็กที่อยู่ในธุรกิจบริการทางเพศ (4) เด็กที่ถูกทอดทิ้ง/กำพร้า (5) เด็กที่ถูกทำร้ายทารุณ (6) เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) (7) เด็กในชนกลุ่มน้อย (8) เด็กที่

เสพติด (9) เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ หรือโรคติดต่อร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ และ (10) เด็กในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน วัยรุ่นด้อยโอกาสไม่ว่าจะเป็นประเภทใดก็ตามส่วนใหญ่จะสามารถเข้าถึงระบบบริการที่สำคัญของรัฐได้น้อย อาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสมกับพัฒนาการตามวัยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงตามวัยจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสต้องปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน ทั้งการเปลี่ยนแปลงตามวัยและสภาพแวดล้อมที่ขาดโอกาสของตนเอง วัยรุ่นด้อยโอกาสที่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ทำให้อารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงง่าย มีความมั่นคงในอารมณ์น้อย อารมณ์อ่อนไหวง่าย (สุริยเดว ทรีปาตี, และสุชีรา เจริญธรรม, 2554) และอาจส่งผลถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หนึ่งในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นคือ พฤติกรรมการรังแกกัน (Finger, Yeung, Craven, Parada, & Newey, 2008)

พฤติกรรมการรังแกกัน (bullying) เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมที่สำคัญ ซึ่งเป็นการกระทำในทางลบของบุคคลหนึ่งหรือมากกว่า ที่ตั้งใจทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายหรือเกิดความทุกข์ใจซ้ำ ๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยที่มีความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างผู้รังแกและผู้ถูกรังแก (ชุตินาถ ศักรินทร์กุล และอลิสา วัชรสินธุ, 2557; Finger, Yeung, Craven, Parada, & Newey, 2008; Olweus, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาสหลายกลุ่ม อาทิเช่น

การศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มผู้กระทำความผิดทางกฎหมาย (อายุ 13 – 19 ปี) พบว่าเป็นผู้รังแก ร้อยละ 32.1 เป็นผู้ถูกรังแก ร้อยละ 8.2 (Viljoen, O'Neill, & Sidhu, 2005) การศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มผู้กระทำความผิดที่รอการตัดสินโทษและที่ถูกคุมขัง (อายุ 15 – 21 ปี) พบว่าเป็นผู้รังแก ร้อยละ 43.1 และเป็นผู้ถูกรังแก ร้อยละ 40.6 (Ireland, 2005) และการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มเด็กกำพร้า วัยรุ่นที่ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์ วัยรุ่นข้างถนน (อายุ 10 – 19 ปี) พบว่าเป็นผู้ถูกรังแก ร้อยละ 34.0 (Cluver, Bowes, & Gardner, 2010) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชนบทกับวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเมือง พบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชนบทมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ถูกรังแกและเป็นผู้รังแกผู้อื่นมากกว่าวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเมือง (Yen et al., 2012) จากการศึกษาพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นอายุ 10 – 17 ปี ของ Shetgiri, Lin, Avila, and Flores (2012) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่มีพฤติกรรมรังแกกัน วัยรุ่นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการรังแกกันจะมาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจนกว่า การศึกษาของ Juan, Zuze, Hannan, Govender, and Reddy (2018) ที่เปรียบเทียบระหว่างนักเรียนเกรด 9 ในโรงเรียนที่มีสถานะทางการเงินต่ำกว่ากับโรงเรียนที่มีสถานะทางการเงินสูง พบว่านักเรียนในโรงเรียนที่มีสถานะทางการเงินต่ำมีเปอร์เซ็นต์ของการเป็นผู้รังแกสูงกว่านักเรียนในโรงเรียนที่มีสถานะทางการเงินสูง พฤติกรรมการรังแกกันในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาส ส่งผลกระทบต่อผู้รังแกและผู้ถูกรังแก โดยผู้รังแกมีแนวโน้มที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่ม

แก๊งอันธพาล (Viljoen et al., 2005) สำหรับผู้ถูกรังแก การศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มเด็กกำพร้า ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์ และที่เป็นเด็กข้างถนนพบว่า การถูกรังแกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความคิดฆ่าตัวตาย และภาวะป่วยทางจิต จากเหตุการณ์รุนแรง (Cluver et al., 2010) การศึกษาระยะยาวของ Sapouna and Wolke (2013) ในวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มที่กระทำความผิดที่ถูกรังแกตอนอายุ 13 ปี พบว่าการถูกรังแกตอนอายุ 13 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและการกระทำความผิดในหนึ่งปีต่อมา และพบว่าการถูกรังแกตอนอายุ 13 ปี มีความสัมพันธ์กับการถูกรังแกมากขึ้นเมื่ออายุ 14 ปี การมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีเพื่อนสนิทจำนวนน้อยคน มีความรู้สึกแปลกแยกจากสังคมมาก มีความขัดแย้งกับผู้ปกครองมาก และถูกพี่น้องรังแกมากขึ้น การศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มผู้ถูกรังแก ผู้รังแก และผู้ที่เป็นทั้งผู้รังแกและผู้ถูกรังแกในวัยรุ่นด้อยโอกาส (กลุ่มผู้กระทำความผิดที่รอการตัดสินโทษและที่ถูกคุมขัง) พบว่า กลุ่มผู้ถูกรังแกจะมีอาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ มีความบกพร่องทางสังคม อาการซึมเศร้ารุนแรงมากกว่ากลุ่มผู้รังแก และกลุ่มผู้ที่เป็นทั้งผู้รังแกและผู้ถูกรังแก (Ireland, 2005) การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสที่อาศัยอยู่ในชนบท เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ถูกรังแกกับผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรังแกกันพบว่า ผู้ที่ถูกรังแกมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรังแกกัน (Espelage & Holt, 2013) นอกจากนี้มีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป พบว่าวัยรุ่นที่มีส่วนร่วมในพฤติกรรมการรังแกกันมีความเสี่ยงสูงที่จะ

มีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนที่ไม่เคยมีส่วนร่วมในพฤติกรรมการรังแกกัน (Zhou et al., 2015) จากผลกระทบของพฤติกรรมการรังแกกันในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาส จะเห็นว่าพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นกลุ่มนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้รังแกและผู้ถูกรังแกในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมการรังแกกันในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสและวัยรุ่นทั่วไปแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรังแกกันนั้น มีทั้งปัจจัยระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยระดับครอบครัว และปัจจัยระดับบุคคล (Cluver et al., 2010; Pengpid & Peltzer, 2013; Yen et al., 2012) โดยปัจจัยระดับสังคมและสิ่งแวดล้อมนั้น จากการศึกษาพฤติกรรมการรังแกกันในเด็กและวัยรุ่น สถานที่ที่พบการรังแกกันในวัยรุ่นส่วนใหญ่พบในโรงเรียนมากกว่าในชุมชนหรือสถานที่อื่น ๆ โดยบริเวณที่พบพฤติกรรมการรังแกกันมากที่สุด คือ บริเวณสนามเด็กเล่น ห้องเรียน และบริเวณบันได ตามลำดับ (Garmaroudi, Mohammad, Omidvari, & Jafarpour, 2014; Save the children Lebanon, 2018) อาจเนื่องจากเด็กและวัยรุ่นนั้นศึกษาอยู่ในโรงเรียน โดยบางแห่งเป็นโรงเรียนแบบอยู่ประจำ ทำให้วัยรุ่นเหล่านี้ใช้เวลาอยู่กับเพื่อนเกือบตลอดเวลา จึงน่าจะทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการกระทบกระทั่งกันหรือการรังแกกันเกิดขึ้นได้ การศึกษาเกี่ยวกับเพื่อนในโรงเรียนกับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส พบว่าถ้ามีการสนับสนุนจากเพื่อนมาก แนวโน้มที่วัยรุ่น

จะมีพฤติกรรมการรังแกกันจะต่ำ (Cluver et al., 2010; Smokowski, Cotter, Robertson, & Guo, 2013)

ในด้านปัจจัยระดับครอบครัว จากการศึกษาของ Shetgiri et al. (2012) พบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มยากจนที่ผู้ปกครองมีปัญหาด้านสุขภาพจิต รู้สึกว่าบุตรของตนเป็นเด็กเลี้ยงยาก และโภชนาการของตนบ่อยครั้ง จะมีความเสี่ยงสูงที่จะมีพฤติกรรมการรังแกกัน จากการศึกษาในวัยรุ่นทั่วไป พบว่าการขาดการสนับสนุนจากผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pengpid & Peltzer, 2013) การศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มที่อยู่ในชนบท พบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่ครอบครัวมีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแลเอาใจใส่ ผู้ปกครองมีการรับรู้คอยดูแลทั้งกิจกรรมต่าง ๆ มีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการรังแกกันต่ำ (Malta et al., 2014) ส่วนรูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย และการเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร พบการศึกษาในวัยรุ่นทั่วไปว่าเด็กจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นผู้รังแก และเป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกสูง (ชุนดิณาด ศักรินทร์กุล และอลิสสา วัชรสินธุ, 2557)

ส่วนปัจจัยระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรังแกกัน เช่น เพศ อายุ ผลการเรียน พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ และความแข็งแรงในชีวิต เป็นต้น โดยปัจจัยด้านเพศนั้น จากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสของ Yen et al. (2012) พบว่าเพศชายมีแนวโน้มในการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรังแกกันมากกว่าเพศหญิง และการศึกษาในวัยรุ่นทั่วไปของ Owusu, Hart, Oliver, and Kang (2011) พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ถูกรังแกทางร่างกายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปของชุดินาด คักรินทร์กุล และอลิสตา วัชรสินธุ (2557) พบว่าเพศชาย มีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิงในการเป็นผู้รังแก และ การศึกษาของกอร์ปกุล ภาวะกุล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2554) พบเพศชายเป็นผู้รังแกและเป็นผู้ถูกรังแกมากกว่าเพศหญิง อายุก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีการศึกษาพบว่านักเรียนที่อายุน้อยกว่ามีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการรังแกมากกว่านักเรียนที่อายุมากกว่า (Yen et al., 2012) แต่ยังไม่พบการศึกษา ปัจจัยด้านผลการเรียนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรังแกกันในกลุ่มวัยรุ่นด้วยโอกาส อย่างไรก็ตามในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปมีการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มี ผลการเรียนน้อยกว่า 3.00 มีความเสี่ยงที่จะมี พฤติกรรมการรังแกกันมากกว่านักเรียนที่มีผลการ เรียนมากกว่า 3.00 (ชุดินาด คักรินทร์กุล และอลิสตา วัชรสินธุ, 2557) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มี พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ (เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด และมีเพศสัมพันธ์ในวัย เรียน เป็นต้น) จะมีแนวโน้มสูงในการเป็นผู้ถูกรังแก (Malta et al., 2014)

นอกจากปัจจัยระดับบุคคลที่กล่าวข้างต้น แล้ว ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว คือ ความ แข็งแกร่งในชีวิต การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้วยโอกาส (เกรด 7 ถึง 12) ของ Donnon (2010) พบว่าวัยรุ่น ด้วยโอกาสกลุ่มชนกลุ่มน้อยที่มีความแข็งแกร่งใน ชีวิตต่ำจะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและถูกรังแกสูง และการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป พบว่าวัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำมีแนวโน้มที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและถูกรังแกสูง (Donnon & Hammond, 2007) ความแข็งแกร่งใน

ชีวิตตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) นั้นประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก (I have, I am, และ I can) โดยที่องค์ประกอบแรก 'I have' คือ แหล่งสนับสนุนจากภายนอกของบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, และโสภณ แสงอ่อน, 2558; Grotberg, 1995) การศึกษาในวัยรุ่นด้วยโอกาส พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากพี่น้องมาก และ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนมาก มีโอกาสที่จะถูกรังแกน้อย (Cluver et al., 2010) องค์ประกอบ ที่สอง 'I am' เป็นความเข้มแข็งภายในของบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grotberg, 1995) การศึกษาลักษณะของบุคคลในวัยรุ่นทั่วไป พบว่า บุคคลที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นสูง (Wild, Flisher, Bhana, & Lombard, 2004) และ องค์ประกอบด้าน I can เป็นปัจจัยด้านทักษะในการ จัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grotberg, 1995) การศึกษาในวัยรุ่นด้วยโอกาสกลุ่มยากจน พบว่า วัยรุ่นที่มีสัมพันธ์ภาพกับครูในระดับสูงมี ความเสี่ยงที่จะเป็นผู้ถูกรังแกน้อยกว่าเมื่อ เปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่มีสัมพันธ์ภาพกับครูใน ระดับต่ำ (Cerezo, Ruiz-Esteban, Lacasa, & Gonzalo, 2018) การศึกษาในวัยรุ่นทั่วไปของ Cook, Williams, Guerra, Kim, and Sadek (2010) พบว่า วัยรุ่นที่มีความสามารถทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม รังแกผู้อื่นต่ำและถูกรังแกต่ำ

จากสถานการณ์ความเป็นอยู่และ สภาพแวดล้อมที่วัยรุ่นด้วยโอกาสต้องเผชิญ ทำให้ วัยรุ่นด้วยโอกาสเป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อการมี

พฤติกรรมมารั้งแค้น (Cluver et al., 2010; Yen et al., 2012) จึงต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นภาคที่ประชากรมีความยากจนถึงร้อยละ 13.0 ของประชากรทั้งหมดในภาค (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) และข้อมูลจากการสอบถามอาจารย์ผู้สอนในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่านักเรียนในโรงเรียนส่วนมากมีฐานะยากจน และมีแนวโน้มของพฤติกรรมมารั้งแค้นค่อนข้างมากแต่ไม่มีผลการศึกษาที่เป็นรูปธรรม และจากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารั้งแค้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารั้งแค้นในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาส โดยเฉพาะปัจจัยความแข็งแกร่งในชีวิตซึ่งเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้วัยรุ่นด้อยโอกาสมีความเข้มแข็งในจิตใจ ทำให้ปรับตัวผ่านพ้นเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตไปได้ (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558) และปัจจัยความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน อันเป็นส่วนสำคัญในช่วงวัยรุ่น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนแบบอยู่ประจำ ซึ่งใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน จึงต้องมีเพื่อนที่สามารถแลกเปลี่ยนมิตรภาพ และช่วยสนับสนุนทางอารมณ์ (มณฑานา นธิธรา, 2546; Buhrmester, 1990) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมมารั้งแค้นในวัยรุ่นด้อยโอกาสมีค่อนข้างจำกัดในบริบทสังคมไทย ดังนั้น การเข้าใจถึงความสัมพันธ์

ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมมารั้งแค้นในวัยรุ่นด้อยโอกาสจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะใช้ในการวางแผนการป้องกันและดูแลพฤติกรรมมารั้งแค้นในวัยรุ่นด้อยโอกาสได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและรายด้าน (I have, I am และ I can) และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมมารั้งแค้นในวัยรุ่นด้อยโอกาส

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมมารั้งแค้น และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารั้งแค้นในวัยรุ่นด้อยโอกาส ดังนี้

**พฤติกรรมมารั้งแค้น** คือ พฤติกรรมของบุคคลหนึ่งหรือมากกว่า ที่ตั้งใจทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายหรือเกิดความทุกข์ใจซ้ำ ๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยที่มีความไม่สมดุลงของอำนาจระหว่างผู้รังแกและผู้ถูกรังแก (Parada, 2000 as cited in Finger et al., 2008) ในการศึกษาพฤติกรรมมารั้งแค้นแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) พฤติกรรมมารั้งแค้นแก่ผู้อื่น และ 2) พฤติกรรมมารั้งแค้นแก่ตนเอง โดยทั้งพฤติกรรมมารั้งแค้นผู้อื่นและพฤติกรรมมารั้งแค้นตนเอง มี 3 รูปแบบ คือทางร่างกาย ทางวาจา และทางสังคม พฤติกรรมมารั้งแค้นผู้อื่น/มารั้งแค้นแก่ผู้อื่น เช่น การผลัก/ถูกลูก ตีหรือเตะ/ถูกลูก

หรือถูกตะแคงอย่างรุนแรง ขว้างปาสิ่งของใส่ นักเรียนคนอื่น/ถูกนักเรียนคนอื่นขว้างปาสิ่งของใส่ เป็นต้น พฤติกรรมการรังแกผู้อื่น/การถูกรังแกทางวาจา เช่น พูดจาล้อเลียนรูปลักษณ์ภายนอกของนักเรียนคนอื่น/ถูกนักเรียนคนอื่นพูดจาล้อเลียนรูปลักษณ์ภายนอก ล้อชื่อของนักเรียนคนอื่น/ถูกนักเรียนคนอื่นล้อชื่อ เป็นต้น พฤติกรรมการรังแกผู้อื่น/การถูกรังแกทางสังคม เช่น เพิกเฉย ทำเป็นไม่สนใจ/ถูกเพิกเฉยโดยแกล้งว่าไม่มีตัวตนอยู่ในกลุ่ม เป็นต้น พฤติกรรมการรังแกกันเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้านและมีผลกระทบที่ร้ายแรงทั้งระยะสั้นและระยะยาวแก่ผู้ที่รังแกผู้อื่น และผู้ที่ถูกรังแก (Finger et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่น คือ โอกาสหลากหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่น คือ โอกาสในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน มีรายละเอียดดังนี้

**ความแข็งแกร่งในชีวิต** เป็นความสามารถของบุคคลหรือศักยภาพของบุคคล ในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์อันเลวร้าย (adversity in life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life events) และสามารถนำตัวเองข้ามผ่านอุปสรรคเหล่านั้นได้อย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มากขึ้น ตามแนวคิดของกรอทเบอร์ค ความแข็งแกร่งในชีวิตประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ I have, I am และ I can (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grotberg,

1995) ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 'I have' เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกของบุคคล เช่น เพื่อน ครู และครอบครัว ในช่วงวัยรุ่นการมีเพื่อนอยู่ใกล้ชิด ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกัน ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ในโรงเรียน มีครูคอยดูแล ตักเตือน ให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่อาจเกิดอันตราย และมีบุคคลในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำสั่งสอน เป็นแบบอย่างที่ดีในการประพฤติปฏิบัติตัว ไม่ใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดความแข็งแกร่งในชีวิต มีกำลังใจที่จะต่อสู้ หาทางแก้ไขปัญหาและสามารถผ่านพ้นปัญหาต่าง ๆ ไปได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม จากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นคือ โอกาสและกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปพบว่า การที่วัยรุ่นมีการสนับสนุนของเพื่อนสูง (Kendrick, Jutengren, & Stattin, 2012) มีบิดามารดาที่สามารถพูดคุย แลกเปลี่ยนเรื่องราวต่าง ๆ ซึ่งกันและกันได้ (Shetgiri et al., 2012) และมีผู้ใหญ่เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัว (Espelage, Bosworth, & Simon, 2000) มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นต่ำ ในทำนองเดียวกันการที่วัยรุ่นมีทั้งเพื่อน ครู และครอบครัว คอยให้กำลังใจ รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำต่าง ๆ ก็อาจจะช่วยให้หลีกเลี่ยงกับการที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกรังแก จากการศึกษาในวัยรุ่นคือ โอกาสพบว่าการได้รับสนับสนุนจากเพื่อนสูง (Cluver et al., 2010; Pengpid & Peltzer, 2013) และการสนับสนุนจากพี่น้องสูง (Cluver et al., 2010) มีแนวโน้มที่จะถูกรังแกต่ำ

องค์ประกอบที่ 2 'I am' เป็นความเข้มแข็ง

ภายในของบุคคล บุคคลจะเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น มีความเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ชีวิตยังมีความหวัง ยอมรับในผลของการกระทำของตน มีพื้นฐานอารมณ์ดีถึงแม้ต้องเผชิญกับความลำบาก และสามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้ การที่วัยรุ่นมีลักษณะของความเข้มแข็งภายในตน มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง เห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น มีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีกำลังใจที่ยืนหยัดต่อสู้ปัญหา ไม่ยอมเป็นผู้ถูกรังแก จากการศึกษาของ Kokkinos and Kipritsi (2012) ในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป (อายุ 10 - 13 ปี) พบว่า วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ ส่วนการศึกษาในวัยรุ่นทั่วไปของ Wild et al. (2004) พบว่า วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกผู้อื่นสูง

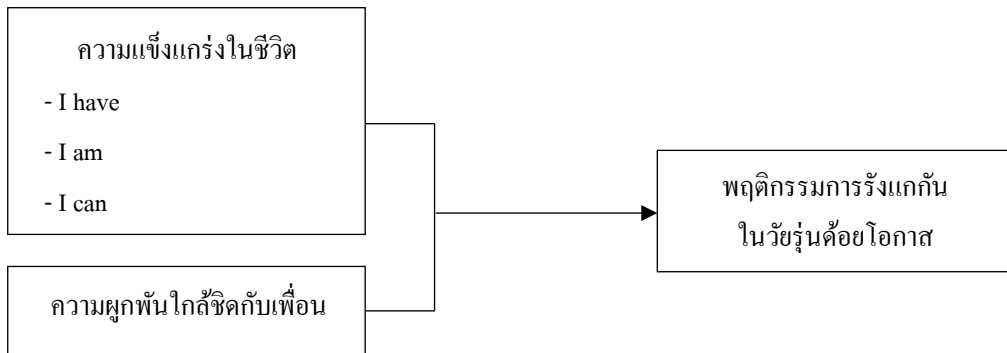
องค์ประกอบที่ 3 'I can' เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เช่น สามารถขอความช่วยเหลือได้ เลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม โดยหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา ทักษะในการจัดการปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับวัยรุ่นที่ต้องใช้ชีวิตในโรงเรียนร่วมกับผู้อื่นที่มีความแตกต่างกัน ทักษะทางสังคมและการจัดการปัญหาจะช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวเข้าหาผู้อื่นได้ ไม่ใช่ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะถูกรังแกสามารถช่วยเหลือตนเองหรือขอความช่วยเหลือได้

จากการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสของ Bayraktar (2012) พบว่าวัยรุ่นที่มีความสามารถทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกผู้อื่นต่ำ และการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปของ Cook et al. (2010) พบว่าผู้ที่มีความสามารถทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ

**ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน** คือ การที่วัยรุ่นได้ใช้เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันกับเพื่อน มีการแลกเปลี่ยนมิตรภาพระหว่างกัน มีการเปิดเผยตนเองพูดคุยปรับทุกข์และสุขซึ่งกันและกัน ก็น่าจะทำให้เกิดความพึงพอใจในสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน (Buhrmester, 1990) วัยรุ่นด้อยโอกาสที่อยู่ในโรงเรียน จะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน ทั้งการเรียนและการทำกิจกรรมต่าง ๆ น่าจะทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด วัยรุ่นสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องที่เป็นความลับได้ สามารถที่จะขอคำแนะนำหรือขอความช่วยเหลือในยามที่เกิดปัญหา เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแก ถ้ามีเพื่อนที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ น่าจะช่วยให้วัยรุ่นที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีแนวโน้มจะถูกรังแกน้อย ในขณะที่เดียวกันการมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนน่าจะมีส่วนช่วยให้โอกาสที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกกันน้อยลง จากการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาส พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ (Cluver et al., 2010; Smokowski et al., 2013)

อาจกล่าวได้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมถูกรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส ดังภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ของโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์/โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1 โรงเรียน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen & Williamson, 1988) โดยใช้โปรแกรม G\*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Cook et al., 2010) โดยกำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ .20 ค่ากำลังทดสอบเท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ (correlation) แบบสองหาง (two – tailed) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 193 คน และเพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล

จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 212 คน

### การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียน เมื่อได้รับอนุญาตครบตามขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดกับนักเรียนเกี่ยวกับการวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการตอบแบบสอบถามนั้นเป็นไปด้วยความสมัครใจไม่ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะตอบคำถามหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผลการเรียนของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น การนำเสนอรายงานการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย จำนวนเพื่อนสนิท ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง ความเพียงพอของเงินที่ได้รับจากครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา และบรรยากาศในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการรังแกกัน เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Adolescent Peer Relations Instrument (APRI) ของ Parada (2000) โดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน (2562) มีจำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น (ทางร่างกาย ทางวาจา และทางสังคม) จำนวน 18 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 108 คะแนน คนที่ได้คะแนนรวมของพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นสูง ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการถูกรังแก (ทางร่างกาย ทางวาจา และทางสังคม) จำนวน 18 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 108 คะแนน คนที่ได้คะแนนรวมของพฤติกรรมการถูกรังแกสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการถูกรังแกสูง แบบประเมินเป็นลักษณะประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 6 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรมนั้นเลย จนถึง 6 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นทุกวัน นำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปพบว่าส่วนของผู้รังแก (ทางกาย ทางวาจา และทางสังคม) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .82 - .92 และส่วนของผู้ถูกรังแก (ทางกาย ทางวาจา และทางสังคม) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค อยู่ในช่วง .87 - .93 (Marsh, Parada, Craven, & Finger, 2004) และในการศึกษาคั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคส่วนของผู้รังแก (ทางกาย ทางวาจา และทางสังคม) เท่ากับ .89 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคส่วนของผู้ถูกรังแก (ทางกาย ทางวาจา และทางสังคม) เท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, และโสภณ แสงอ่อน (2555) ตามแนวคิดของ Grothberg (1995; 1997) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก คือ 1) I have (ฉันมี...) 2) I am (ฉันเป็นคน...) และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) ข้อคำถามแต่ละข้อเป็นการให้เลือกตอบ เพื่อแสดงระดับความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย 5 ระดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน คะแนนสูงถือว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง นำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 - .91 (ทศนา ทวีคุณ, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน, 2555; พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และจริยา วิทยะศุภร, 2556; มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, 2558) และในการศึกษาคั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship intimacy) ของเบอร์เมสเตอร์

(Buhmester, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดยมณฑนา นธิธรา (2546) มีข้อความทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ โดยผู้ตอบอ่านข้อความ และพิจารณาข้อความว่า ข้อใดตรงกับความเป็นจริงของผู้่านมากที่สุด แบบประเมินมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน รวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 12 - 60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ในระดับสูง นำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 - .96 (ฉันทนา แรงสิงห์, 2554; นวลจิรา จันระลักษ์ณะ, ทศนา ทวีคุณ และ โสภณ แสงอ่อน, 2558; อิงอร แก้วแหวน, 2550) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติการทำวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. หัวหน้าโครงการวิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการ โรงเรียน เพื่อจะดำเนินการศึกษาวิจัย
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล จำนวน 1 คน ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงรายละเอียดความเป็นมา วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยประสานงานกับคณาจารย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพบนักเรียนและผู้มีอำนาจลงนาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้มีอำนาจลงนามอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย

และนักเรียนสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามแล้ว ผู้วิจัยนัดวันและเวลามาเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันและเวลาที่กำหนด เป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างว่างจากการเรียน ซึ่งเป็นช่วงวันหยุด การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จให้นำแบบสอบถามมาใส่ในกล่องปิดผนึกที่มีช่องสำหรับใส่แบบสอบถามที่เตรียมไว้บริเวณหน้าห้อง

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตรวจสอบแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับ นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติบรรยาย ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov – Smirnov test พบว่าข้อมูลความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และพฤติกรรมมารังแกกัน (พฤติกรรมมารังแกผู้อื่น และพฤติกรรมมารังแก) ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมมารังแกกันในวัยรุ่นน้อยโอกาส โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

#### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 มีอายุ 13 - 19 ปี (ค่าเฉลี่ย 15.49 ปี) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

ร้อยละ 17.5 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 17.5 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 15.1 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 20.3 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 11.3 และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 18.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51 - 3.50 ร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทในโรงเรียนเดียวกัน 1 - 10 คน ร้อยละ 89.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเงินจากผู้ปกครอง/ญาติไม่เกิน 25 บาท/วัน ร้อยละ 62.3 ส่วนใหญ่มีความพอเพียงของเงินที่ได้รับจากครอบครัวเป็นบางครั้ง ร้อยละ 51.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บิดา-มารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 58.5 และในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียว ร้อยละ 58.5

## 2. ผลการวิเคราะห์สถิติบรรยายของตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และพฤติกรรมการรังแกกัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 108.46 (SD = 15.54) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 คะแนนเฉลี่ยความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน เท่ากับ 42.34 (SD = 8.99) ส่วนพฤติกรรมการรังแกกันแบ่งเป็น พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นที่มีความถี่บางครั้งถึงหนึ่งหรือสองครั้งต่อเดือน ที่พบมากที่สุดคือ พุดสิ่งที่เพื่อนไม่ชอบ ร้อยละ 64.2 รองลงมาคือ พุดจาหยาบคาย ร้อยละ 56.6 และความถี่หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ - ทุกวัน ที่พบมากที่สุดคือ สร้างเรื่องตลกล้อเลียนเพื่อน ร้อยละ 23.5 รองลงมาคือ พุดจาหยาบคาย ร้อยละ 20.8 พฤติกรรม

การถูกรังแกที่มีความถี่บางครั้งถึงหนึ่งหรือสองครั้งต่อเดือน ที่พบมากที่สุด คือ ถูกเพื่อนพุดล้อเลียนร้อยละ 60.4 รองลงมาคือ ถูกเพื่อนพุดจาหยาบคายใส่ ร้อยละ 58.0 และความถี่หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ - ทุกวัน ที่พบมากที่สุด คือ ถูกเพื่อนพุดจาหยาบคายใส่ ร้อยละ 17.4 รองลงมาคือ ถูกเพื่อนเรียกชื่อที่ไม่ชอบ ร้อยละ 15.1

## 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นในวัยรุ่นนอด้วยโอกาส

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.19, p = .005$ ) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น พบว่า 'I have' 'I am' และ 'I can' มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.22, p = 0.002$ ;  $r = -.17, p = .013$ ;  $r = -.15, p = .028$ ) ส่วนความผูกพัน ใกล้ชิดกับเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น ( $r = .01, p = .871$ ) (ตารางที่ 1)

## 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการถูกรังแกในวัยรุ่นนอด้วยโอกาส

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบสเปียร์แมน ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม ความแข็งแกร่งในชีวิตรายด้าน และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน กับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น (n = 212)

ตัวแปร	r	p-value
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.19	.005
I have (ฉันมี...)	-.22	.002
I am (ฉันเป็น...)	-.17	.013
I can (ฉันสามารถ...)	-.15	.028
ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	.01	.871

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบสเปียร์แมน ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม ความแข็งแกร่งในชีวิตรายด้าน และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน กับพฤติกรรมการถูกรังแก (n = 212)

ตัวแปร	r	p-value
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.19	.007
I have (ฉันมี...)	-.22	.001
I am (ฉันเป็น...)	-.15	.030
I can (ฉันสามารถ...)	-.15	.031
ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	-.15	.026

( $r = -.19, p = .007$ ) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมการถูกรังแกพบว่า 'I have' 'I am' และ 'I can' มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.22, p = .001; r = -.15, p = .030; r = -.15, p = .031$ ) ส่วนความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.15, p = .026$ ) (ตารางที่ 2)

## การอภิปรายผล

### 1. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นของวัยรุ่นด้อยโอกาส

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ในช่วงคะแนน 54 - 137 คะแนน (mean = 108.46, SD = 15.54) โดยมีวัยรุ่นด้อยโอกาสที่คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย จำนวน 120 คน (ร้อยละ 56.6) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นของ

วัยรุ่นด้อยโอกาสพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต โดยรวมและแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am และ I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นของวัยรุ่นด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Donnon (2010) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นด้อยโอกาสชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (เกรด 7 ถึง 10) และมัธยมศึกษาตอนปลาย (เกรด 10 ถึง 12) ประเทศแคนาดา พบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจะมีเปอร์เซ็นต์ของพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นสูง และการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปของ Donnon and Hammond (2007) ที่พบว่ากลุ่มวัยรุ่น (เกรด 7 ถึง 9) ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำมีแนวโน้มที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมกับการพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นสูง

ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่ใช้ในการเผชิญหน้ากับปัญหา เหตุการณ์ร้ายแรง หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในชีวิต โดยที่บุคคลสามารถก้าวผ่านและสามารถฟื้นตัวจากการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์เหล่านั้นได้ (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grothberg, 1995) จากผลการศึกษาที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทั้ง 3 องค์ประกอบหลักของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am และ I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นนั้นอาจจะกล่าวได้ว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (มี I have, I am และ I can สูง) มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นต่ำ หรือวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (มี I have, I am และ I can ต่ำ)

มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นสูง โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 'I have': แหล่งสนับสนุนภายนอกของบุคคล ที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต เช่น การที่บุคคลมีครอบครัว มีเพื่อน ที่เข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน คอยบอก หรือตักเตือนเมื่อจะกระทำบางอย่างที่อาจนำปัญหาสู่ตนเอง มีบุคคลที่เป็นตัวอย่างที่ดีว่าการกระทำที่ถูกต้องนั้นควรทำอย่างไร พร้อมทั้งจะสนับสนุนและให้กำลังใจ (Grothberg, 1995) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแบบอยู่ประจำ โดยจะพักอาศัยอยู่ในเรือนนอนรับประทานอาหาร เรียน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันกับเพื่อน จึงทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ใกล้ชิดกับเพื่อน เมื่อพบเจอกับปัญหา น่าจะมีเพื่อนคอยอยู่เคียงข้าง พร้อมให้คำแนะนำ และสนับสนุนช่วยเหลือ อันจะทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสมีกำลังใจที่จะต่อสู้ หาทางแก้ไขและสามารถผ่านพ้นปัญหาต่าง ๆ ไปได้โดยไม่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น นอกจากเพื่อนในวัยเดียวกันแล้ว ยังมีครูซึ่งเป็นผู้ใหญ่ในโรงเรียนที่วัยรุ่นกลุ่มนี้อยู่ใกล้ชิดมากที่สุด ที่จะคอยสอน ตักเตือน ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ควรทำ และไม่ควรทำ รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัว การที่มีเพื่อนและครูเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ คอยดูแล และให้คำแนะนำ เมื่อจะทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่ดี จึงลดโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น จากการศึกษาของ Kendrick et al. (2012) ซึ่งศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป (อายุ 12 – 16 ปี) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นต่ำ

นอกจากเพื่อนและครู วัยรุ่นด้อยโอกาสบางส่วนที่ได้กลับบ้านในช่วงวันหยุด จะมีบิดามารดาหรือผู้ปกครองซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดกันจะทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสมีความไว้วางใจที่จะพูดคุยถึงปัญหาต่าง ๆ ที่พบเจอ ขอคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ที่ช่วยบรรเทาหรือทำให้ปัญหานั้นหมดไป และทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ได้รับกำลังใจที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะทำให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่ใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา หรือมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวแก้อื่นต่ำ จากการศึกษาของ Shetgiri et al. (2012) ในกลุ่มนักเรียนด้อยโอกาสอายุ 10 ถึง 17 ปี พบว่า นักเรียนด้อยโอกาสที่มีบิดามารดาที่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องราวต่าง ๆ ซึ่งกันและกันกับบุตรได้ บิดามารดามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของบุตร มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวแก้อื่นต่ำ และการศึกษาของ Espelage et al. (2000) พบว่าการมีผู้ใหญ่เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัว มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวแก้อื่นต่ำ ในทางตรงกันข้าม การใช้เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่มีผู้ใหญ่อยู่ด้วย มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวแก้อื่นสูง

องค์ประกอบที่ 2 'I am' : ความเข้มแข็งภายในของบุคคล เช่น การที่บุคคลที่มีพื้นอารมณ์ดี มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะรักและเป็นที่รักของบุคคลอื่นได้ มีความภาคภูมิใจในตนเอง พร้อมทั้งจะรับผิดชอบและยอมรับในผลของการกระทำ และเชื่อว่าชีวิตยังมีความหวังเสมอ เป็นต้น (Grothberg, 1995) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสที่

ส่วนใหญ่มีฐานะทางครอบครัวยากจน เรียนอยู่ในโรงเรียนแบบอยู่ประจำซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเรียน การที่วัยรุ่นด้อยโอกาสมีความเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เชื่อว่าชีวิตยังมีความหวังเสมอ มองโลกในแง่ดี น่าจะเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นด้อยโอกาสมีอารมณ์ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้ถึงแม้ว่าต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก วัยรุ่นด้อยโอกาสเหล่านี้ก็จะยังคงเห็นคุณค่าในตนเอง และเห็นคุณค่าของผู้อื่น จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวแก้อื่นต่ำ ในขณะที่เดียวกันหากวัยรุ่นด้อยโอกาสไม่สามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้ ไม่พอใจในชีวิตเปรียบเทียบตนเองกับวัยรุ่นทั่วไป อาจทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น อាកกรังวล รู้สึกซึมเศร้า มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น (พิมพ์พารณ กุลันกลิ่น, 2555) เมื่อต้องเจอกับปัญหาจะไม่เชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี จึงมีแนวโน้มที่จะหาทางออกด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมก้าวร้าว รวมถึงมีพฤติกรรมก้าวร้าวแก้อื่นสูง จากการศึกษาของ Wild et al. (2004) ในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปพบว่า วัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวแก้อื่นสูง

องค์ประกอบที่ 3 'I can' : ทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น การที่บุคคลมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถเข้าถึงการสนับสนุนและการช่วยเหลือได้

เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นต้น (Grothberg, 1995) ซึ่งทักษะในการจัดการปัญหาเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นวัยรุ่นด้อยโอกาสที่เรียนอยู่ในโรงเรียนแบบอยู่กินประจำต้องใช้ชีวิตร่วมกันกับนักเรียนหลายคนที่มีความแตกต่างกันทั้งอายุ เพศ ลักษณะนิสัย จากสภาพแวดล้อมที่วัยรุ่นกลุ่มนี้ต้องเผชิญ การมีทักษะในการแก้ไขปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อวัยรุ่นด้อยโอกาสต้องเจอกับปัญหาแล้วสามารถขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ มีทักษะการจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถหาทางออกหรือเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม โดยหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นต่ำ การศึกษาของ Bayraktar et al. (2012) ที่ศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสจากประเทศไซปรัสและประเทศตุรกี อายุ 13 ถึง 18 ปี พบว่า วัยรุ่นที่มีความสามารถทางสังคมสูง (เช่น การปรับตัวทางสังคม ความสามารถในการแก้ปัญหาที่เผชิญ หลีกเลี่ยงหรือยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น) มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นต่ำ และการศึกษาของ Cook et al. (2010) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีความสามารถทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นต่ำ นั่นคือวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีทักษะในการจัดการกับปัญหาและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสูง (I can) มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นต่ำ

จากข้อมูลข้างต้นจึงอาจจะกล่าวได้ว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีองค์ประกอบของความ

แข็งแกร่งในชีวิตสูง (I have, I am, และ I can) มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นต่ำ

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมการถูกรังแกของวัยรุ่นด้อยโอกาส

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมการถูกรังแกของวัยรุ่นด้อยโอกาสพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและทั้ง 3 องค์ประกอบหลักของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am และ I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแกของวัยรุ่นด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นด้อยโอกาส (เกรด 7 - 12) พบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจะมีร้อยละของพฤติกรรมการถูกรังแกสูง (Donnon, 2010) เช่นเดียวกันกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปของ Donnon and Hammond (2007) พบว่ากลุ่มวัยรุ่น (เกรด 7 - 9) ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำมีแนวโน้มที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมกับการถูกรังแกสูง

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ หรือวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการถูกรังแกสูง โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 'I have': แหล่งสนับสนุนภายนอกของบุคคล ที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grothberg, 1995) วัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง



ในครั้งนี้อธิบายอยู่ในโรงเรียนแบบอยู่ประจำ ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทในโรงเรียนเดียวกัน 1 - 10 คน (ร้อยละ 89.4) วัยรุ่นน้อยโอกาสกลุ่มนี้จึงมีทั้งเพื่อนที่โรงเรียนและครูอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา ซึ่งน่าจะทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีบุคคลที่จะเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือได้ในเวลาที่ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ โดยอาจจะเป็นการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และตักเตือนในการประพฤติปฏิบัติตัวในทางที่ดี อันจะทำให้วัยรุ่นน้อยโอกาสมีกำลังใจในการที่จะยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ อีกทั้งการมีเพื่อนและครูคอยสนับสนุนช่วยเหลืออาจจะช่วยหลีกเลี่ยงกับการที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกรังแก จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกต่ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาในวัยรุ่นน้อยโอกาส พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนสูงมีแนวโน้มที่จะถูกรังแกต่ำ (Cluver et al., 2010; Pengpid & Peltzer, 2013) นอกจากนี้เพื่อนและครู วัยรุ่นน้อยโอกาสยังมีบิดามารดาหรือผู้ปกครอง/ญาติพี่น้องซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความใกล้ชิด โดยส่วนใหญ่พบว่าบรรยากาศในครอบครัวของวัยรุ่นน้อยโอกาสกลุ่มนี้มีความรักใคร่กลมเกลียวกัน (ร้อยละ 58.5) จึงน่าจะทำให้วัยรุ่นน้อยโอกาสรู้สึกว่าคุณเองมีครอบครัวที่มั่นคงคอยให้การช่วยเหลือ และพร้อมให้ความรักเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ซึ่งส่งเสริมให้วัยรุ่นน้อยโอกาสมีความแข็งแกร่งในชีวิต ไม่ยอมแพ้กับปัญหา หรือยอมตกเป็นผู้ถูกรังแกได้ง่าย ๆ จากการศึกษาในวัยรุ่นน้อยโอกาสของ Cluver et al. (2010) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีการสนับสนุนจากพี่น้องมากมีแนวโน้มที่จะถูกรังแกน้อย ในขณะที่การขาดแหล่งสนับสนุนจากบุคคลทั้งในและนอกรอบครัว

เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก จะทำให้ไม่มีกำลังใจที่จะยืนหยัดต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ ไม่มีบุคคลคอยบอกและตักเตือนเมื่อมีความเสี่ยงที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมถูกรังแกสูง จากการศึกษาของ Pengpid and Peltzer (2013) ที่พบว่า การขาดการสนับสนุนและขาดสัมพันธ์ภาพกับบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการเป็นผู้ถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

องค์ประกอบที่ 2 ‘I am’: ความเข้มแข็งภายในของบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grothberg, 1995) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มวัยรุ่นน้อยโอกาสที่ส่วนใหญ่มีความขาดแคลนด้านความเป็นอยู่ดังที่ได้กล่าวข้างต้น จากสถานการณ์ดังกล่าวถึงแม้ว่าวัยรุ่นน้อยโอกาสจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก แต่ถ้าวัยรุ่นน้อยโอกาสที่มีความเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีและเชื่อว่าชีวิตยังมีความหวังเสมอ มองโลกในแง่ดี น่าจะทำให้มีกำลังใจในการยืนหยัดต่อสู้กับปัญหา ไม่ยอมเป็นผู้ถูกรังแก นอกจากนี้การที่เป็นผู้ที่มิพินอารมณ์ที่ดี รู้จักแสดงออกซึ่งความห่วงใยต่อผู้คนรอบข้าง น่าจะทำให้ผู้คนเหล่านั้นเห็นถึงสิ่งดี ๆ ในตัวของวัยรุ่นน้อยโอกาส อันจะส่งผลให้วัยรุ่นน้อยโอกาสสามารถที่จะเป็นที่รักของผู้อื่นได้ (I am สูง) วัยรุ่นน้อยโอกาสกลุ่มนี้น่าจะมีแนวโน้มที่จะถูกรังแกต่ำ ในขณะที่วัยรุ่นน้อยโอกาสกลุ่มที่อยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากเช่นเดียวกัน แต่มีมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ในทางที่ไม่ดี ไม่มีความหวังในชีวิต (I am ต่ำ) น่าจะมีส่วนให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่มีกำลังใจในการต่อสู้

เมื่อต้องเจอกับปัญหาและน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกรรมการถูกรังแกสูง จากการศึกษาของ Kokkinos and Kipritsi (2012) ในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป (อายุ 10 - 13 ปี) พบว่า วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกรรมการถูกรังแกต่ำ วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกรรมการถูกรังแกต่ำ

องค์ประกอบที่ 3 'I can': ปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; Grothberg, 1995) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นวัยรุ่นด้อยโอกาสที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนแบบอยู่ประจำและต้องอาศัยอยู่กับทั้งเพื่อนรุ่นเดียวกันเพื่อนที่เป็นรุ่นพี่และรุ่นน้อง ซึ่งมีความหลากหลายหากวัยรุ่นด้อยโอกาสเหล่านี้มีทักษะทางสังคมต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ มีทักษะในการแก้ไขปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสมได้เมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่เลวร้าย เข้าไปมีส่วนร่วมกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมกรรมการถูกรังแก น่าจะช่วยให้สามารถขอการสนับสนุน ขอความช่วยเหลือ ได้ทันที หรือหาวิธีการในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกรรมการถูกรังแกต่ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Cook et al. (2010) พบว่า วัยรุ่นที่มีความสามารถทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกรรมการถูกรังแกต่ำ จึงอาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (I can) สูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกรรมการถูกรังแกต่ำ จึงอาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีองค์ประกอบ

ของความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (I have, I am และ I can) มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกรรมการถูกรังแกต่ำ

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมกรรมการรังแกผู้อื่นของวัยรุ่นด้อยโอกาส

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.9) และระดับสูง ร้อยละ 42.4 (Mean = 42.34 SD = 8.99) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมกรรมการรังแกผู้อื่น พบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรังแกผู้อื่น อาจอธิบายได้ดังนี้ ตามพัฒนาการในช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญกับเพื่อน โดยวัยรุ่นจะให้ความสนใจและใช้เวลากับกลุ่มเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ มักจะรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่คล้าย ๆ กัน มีความต้องการการยอมรับจากกลุ่ม (สุริยเดว ทรีปาตรี และสุชีรา เจริญธรรม, 2554) แต่อย่างไรก็ดีลักษณะของบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกรรมการรังแกผู้อื่น มักจะมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Shetgini et al., 2012) ไม่เห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Thornberg & Jungert, 2017) ขาดความรู้สึกผิดเมื่อทำในสิ่งที่ผิด ไม่แสดงความรู้สึกหรือแสดงความรู้สึกแบบไม่จริงใจ ไม่กังวลกับการกระทำที่เป็นปัญหาของตนเอง เป็นต้น จากการศึกษาของ Munoz, Qualter, and Padgett (2011) ที่ศึกษาในวัยรุ่นทั่วไป (อายุ 11 - 12 ปี) พบว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมกรรมการรังแกผู้อื่นสูง จะมีลักษณะขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ไม่จริงใจ มีความสามารถในการรับรู้หรือเข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นต่ำ จะเห็นว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีพฤติกรรมกรรมการ

ผู้อื่นนั้น จะมีลักษณะการรับรู้หรือเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นได้น้อย และไม่รู้สึกผิดกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา นั่นคือไม่ว่าจะมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนหรือไม่ วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มที่เป็นผู้รังแกผู้อื่นก็อาจจะยังมีพฤติกรรมเช่นนั้น ลักษณะดังกล่าวจึงน่าจะมีส่วนทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการถูกรังแกของวัยรุ่นด้อยโอกาส

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการถูกรังแกในวัยรุ่นด้อยโอกาส จากผลการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ อาจอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแบบอยู่ประจำ วัยรุ่นกลุ่มนี้จึงใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนทั้งในเวลาเรียน เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงช่วงเวลาพักผ่อนนอนหลับ การได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ค่อย ๆ มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันกับเพื่อน มีความรู้สึกผูกพันและรู้สึกพึงพอใจในสัมพันธภาพกับเพื่อน สามารถที่จะแบ่งปันความรู้สึกส่วนตัวทั้งความสุขและความทุกข์หรือความลับให้เพื่อนฟังได้ กลายเป็นความ

ผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนเกิดขึ้น (Buhmester, 1990) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 และระดับสูง ร้อยละ 42.4 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับเพื่อน สามารถที่จะพูดคุยสิ่งต่าง ๆ ที่ได้พบเจอกับเพื่อนได้ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่อันตราย เช่น สถานการณ์ที่เสี่ยงจะมีพฤติกรรมการถูกรังแกเกิดขึ้น ก็จะมีเพื่อนที่สามารถพูดคุย บอกเล่าปัญหา และขอความช่วยเหลือ ช่วยเหลือได้ น่าจะทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีกำลังใจสามารถที่จะยืนหยัดต่อสู้ และหาทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาในวัยรุ่นด้อยโอกาสพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการถูกรังแกต่ำ (Cluver et al., 2010; Smokowski et al., 2013)

#### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและพฤติกรรมการถูกรังแก ดังนั้นพยาบาลหรือครูผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นด้อยโอกาสในโรงเรียน ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับวัยรุ่นด้อยโอกาส เช่น การจัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ครอบครัว และครูที่โรงเรียน ให้กับนักเรียนเพื่อให้นักเรียนได้มีโอกาสพูดคุยใกล้ชิดและรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด (I have) จัดกิจกรรมที่ให้นักเรียนได้ค้นหาความ

เข้มแข็งภายในตนเอง เพื่อช่วยให้นักเรียนมีความเข้มแข็งทางใจที่จะยืนหยัดต่อสู้กับปัญหา (I am) และจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนสามารถนำไปปรับใช้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (I can)

2. จากผลการศึกษาพบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการถูกรังแก ดังนั้นพยาบาลหรือครูผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นด้อยโอกาสในโรงเรียน ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยผูกสัมพันธ์ ให้รู้จักการดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างวัยรุ่นด้อยโอกาสในโรงเรียน

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาสในรูปแบบของการวิจัยเชิงทำนาย หรือความสัมพันธ์เชิงสาเหตุเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการป้องกันพฤติกรรมการรังแกกันในโรงเรียนอย่างเหมาะสมมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ และคณาจารย์จากโรงเรียนราชประชานุเคราะห์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2561). *สถานการณ์เด็กด้อยโอกาสในสังคมไทย*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2562, จาก <http://www.prdmh.com/>

กอร์ปบุญ ภาวะกุล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2554). การศึกษาพฤติกรรมการรังแกข้ามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(1), 35-44.

ฉันทนา แรงสิงห์. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 42-56.

ชุนินาด ศักรินทร์กุล และอลิสา วัชรสินธุ. (2557). ความชุกของการข่มเหงรังแกและปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กมัธยมต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(3), 221-230.

ทัศนาว ทวีคุณ, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภนิ แสงอ่อน. (2555). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 1-11.

นวลจิรา จันระลักษณะ, ทัศนาว ทวีคุณ, และ โสภนิ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 128-143.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทัศนาว ทวีคุณ และ โสภนิ แสงอ่อน. (2555). *โปรแกรมการสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต: A resilience-enhancing program*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทัศนาว ทวีคุณ และ โสภนิ แสงอ่อน. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิดการประเมินการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภนิ แสงอ่อน. (2562). *คุณสมบัติทางจิตมิติ (Psychometric properties) ของแบบประเมินพฤติกรรมการรังแกกัน ฉบับดัดแปลงภาษาไทย*. รายงานการวิจัย. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภนิ แสงอ่อน และจริยา วิริยะสุกร. (2556). ความแข็งแกร่งในชีวิตเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 7(2), 12-26.

พิมพากรณ์ กลั่นกลิ่น (บก.). (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภนิ แสงอ่อน. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต,

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มันชนา นธิธรา. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2554). *รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการศึกษาสำหรับเด็กด้อยโอกาส*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานกระทรวงศึกษาธิการ.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2556). *เอกสารประกอบการอบรมและพัฒนานุเคราะห์ด้านระบบสารสนเทศทางการศึกษา ปีการศึกษา 2556*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.obec.go.th/>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *รายงานสถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ในระดับภาคของประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2562, จาก <http://social.nesdb.go.th/>

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสตูล. (2558). *ข้อมูลผู้ด้อยโอกาสจังหวัดสตูล: คำนิยามผู้ด้อยโอกาส*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.satun-m-society.go.th/>

สุริยเดว ทรีปาตี. (2551). *พัฒนาการและการปรับตัวในวัยรุ่น*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2561, จาก [www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf](http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf)

สุริยเดว ทรีปาตี และ สุชีรา เจริญธรรม. (2554). *รู้จักเด็ก ทั้งตัวและหัวใจ: เคล็ดลับการเป็นที่เลี้ยงดูใจ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล เจียฮั่ว.

อมรวิรัช นาคทรพรพ. (2557). *เด็กด้อยโอกาส จุดพลิกผันอนาคตของชาติ*. ใน *การประชุมวิชาการเรื่อง อภิวัฒน์การเรียนรู้สู่จุดเปลี่ยนประเทศไทย*. (หน้า 1-25). กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน.

อิงอร แก้วแหวน. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอสตูล จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

Bayraktar, F. (2012). Bullying among adolescents in North Cyprus and Turkey: Testing a multifactor model. *Journal of Interpersonal Violence, 27*(6), 1040 - 1065. doi: 10.1177/0886260511424502.

Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development, 61*(4), 1101- 1111. doi: 10.2307/1130878.

Cerezo, F., Ruiz-Esteban, C., Lacasa, C. S., & Gonzalo, J. J. A. (2018). Dimensions of parenting styles, social climate, and bullying victims in primary and secondary education. *Psicothema, 30*(1), 59-65. doi: 10.7334/psicothema2016.360.

Cluver, L., Bowes, L., & Gardner, F. (2010). Risk and protective factors for bullying victimization among AIDS-affected and vulnerable children in South Africa. *Child Abuse & Neglect, 34*(10), 793-803. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.04.002

Cohen, S., & Williamson, G. (1998). Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Social Psychology of Health, 3*(1), 31-63.

Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly, 25*(2), 65 - 83. doi: 10.1037/a0020149.

Donnon, T. (2010). Understanding how resiliency development influences adolescent bullying and victimization. *Canadian Journal of School Psychology, 25*(1), 101-113. doi: 10.1177/0829573509345481

Donnon, T., & Hammond, W. (2007). Understanding the relationship between resiliency and bullying in adolescence: An assessment of youth resiliency from five urban junior high schools. *Psychiatric Clinics of North America, 16*(2), 449 - 471. doi: 10.1016/j.chc.2006.11.007.

Espelage, D. L., Bosworth, K., & Simon, R. T. (2000). Examining the social context of bullying behaviors in early adolescence. *Journal of Counseling & Development, 78*(3), 326-333. doi: 10.1002/j.1556-6676.2000.tb01914.x.

- Espelage, D. L., & Holt, M. K. (2013). Suicidal ideation and school bullying experiences after controlling for depression and delinquency. *The Journal of Adolescent Health, 53*(1), S27-31. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.017.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Method, 39*, 175 - 191. Retrieved May, 25, 2018, from <http://www.gpower.hhu.de/>.
- Finger, L. R., Yeung, A. S., Craven, R. G., Parada, R. H., & Neway, K. (2008). *Adolescent peer relations instrument: Assessment of its reliability and construct validity when used with upper primary students*. Paper presented at the Australian association for research in education conference (page 1-9). Brisbane: University of Western Sydney. Retrieved April, 10, 2018, from <http://researchbank.acu.edu.au/>
- Garmaroudi, G., Mohammad, K., Omidvari, S., & Jafarpour, S. (2014). Prevalence of bullying and its associated factors among Iranian middle school students. *Health Education & Health Promotion, 2*(3), 9 - 20.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer foundation. Retrieved August, 20, 2017, from <https://eric.ed.gov/?id=ED386271>.
- Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience research project*. Retrieved August, 20, 2017, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html>.
- Ireland, J. L. (2005). Psychological health and bullying behavior among adolescent prisoners: A study of young and juvenile offenders. *Journal of Adolescent Health, 36*(3), 236 - 243. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.02.026.
- Juan, A., Zuze, L., Hannan, S., Govender, A., & Reddy, V. (2018). Bullies, victims and bully-victims in South African schools: Examining the risk factors. *South African Journal of Education, 38*(1), S1 - S10. doi: 10.15700/saje.v38ns1a1585.
- Kendrick, K., Jutengren, G., & Stattin, H. (2012). The protective role of supportive friends against bullying perpetration and victimization. *Journal of Adolescence, 35*(4), 1069 - 1080. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.02.014.
- Kokkinos, C. M., & Kipritsi, E. (2012). The relationship between bullying, victimization, trait emotional intelligence, self-efficacy and empathy among preadolescents. *Social Psychology of Education: An International Journal, 15*(1), 41 - 58. doi: 10.1007/s11218-011-9168-9.
- Malta, D. C., Prado, R. R., Dias, A. J. R., Mello, F. C. M., Silva, M. A., Costa, M. R., et al. (2014). Bullying and associated factors among Brazilian adolescents: Analysis of the national adolescent school-based health survey. *Brazilian Journal of Epidemiology, 17*(Suppl 1), 131 - 145. doi: 10.1590/1809-4503201400050011.
- Marsh, H. W., Parada, R. H., Craven, G. R., & Finger, L. (2004). In the looking glass: A reciprocal effects model elucidating the complex nature of bullying, psychological determinants and the central role of self-concept. In C. S. Sanders & G. D. Phye (Eds.), *Bullying: implications for the classroom* (p. 63-109). Retrieved March, 8, 2019, from <https://www.researchgate.net/>.
- Munoz, L.C., Qualter, P., & Padgett, G. (2011). Empathy and bullying: Exploring the influence of callous-unemotional traits. *Child Psychiatry and Human Development, 42*(2), 183-196. doi:10.1007/s10578-010-0206-1.
- Olweus, D. (1997). *Bully/victim problems in school: Facts and intervention*. Retrieved August, 20, 2017, from <https://pdfs.semanticscholar.org/13e7/755d6e9ec2c6c00d7b7f86f685b7652ce952.pdf>.
- Owusu, A., Hart, P., Oliver, B., & Kang, M. (2011). The association between bullying and psychological health among senior high school students in Ghana, West Africa. *Journal of School Health, 81*(5), 231 - 238. doi: 10.1111/j.1746-1561.2011.00590.x.

- Parada, R. H. (2000). *Adolescent peer relations instrument: A theoretical and empirical basis for the measurement of participant roles in bullying and victimization of adolescence: An interim test manual and a research monograph: A test manual*. Penrith South, DC, Australia: Publication Unit, Self-concept Enhancement and Learning Facilitation (SELF) Research Centre, University of Western Sydney.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2013). Bullying and its associated factors among school-age adolescents in Thailand. *Scientific World Journal*, 2013(1), 1-6. doi: 10.1155/2013/254083.
- Sapouna, M., & Wolke, D. (2013). Resilience to bullying victimization: The role of individual, family and peer characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 997 - 1006. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.05.009.
- Save the children Lebanon. (2018). *Bullying within schools and communities in Lebanon: Research summary*. Retrieved December 19, 2019, from <https://resourcecentre.savethechildren.net/>.
- Shetgiri, R., Lin, H., Avila, R. M., & Flores, G. (2012). Parental characteristics associated with bullying perpetration in US children aged 10 to 17 years. *American Journal of Public Health*, 102(12), 2280-2286. doi: 10.2105/AJPH.2012.300725.
- Smokowski, P. R., Cotter, K. L., Robertson, C., & Guo, S. (2013). Demographic, psychological, and school environment correlates of bullying victimization and school hassles in rural youth. *Journal of Criminology*, 2013, 1 - 13. doi: 10.1155/2013/137583
- Thornberg, R., & Jungert, T. (2017). Callous-unemotional traits, harm-effect moral reasoning, and bullying among swedish children. *Child Youth Care Forum*, 46(4), 559 - 575. doi: 10.1007/s10566-017-9395-0.
- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2012). *The state of the world's children: Children in an urban world*. Retrieved June, 20, 2018, from <https://www.unicef.org/>.
- Viljoen, J. L., O'Neill, M. L., & Sidhu, A. (2005). Bullying behaviors in female and male adolescent offenders: Prevalence, types, and association with psychosocial adjustment. *Aggressive Behavior*, 31(6), 521 - 536. doi: 10.1002/ab.20036.
- Wild, G. L., Flisher, J. A., Bhana, A., & Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1454 - 1467. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00330.x.
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Adolescent development*. Retrieved May 22, 2018, from [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/).
- Yen, C. F., Kim, Y. S., Wang, P. W., Lin, H. C., Tang, T. C., Wu, Y. Y., et al. (2012). Socio-demographic correlates of involvement in school bullying among adolescents in southern Taiwan. *Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei)*, 26(3), 197 - 206.
- Zhou, Y., Guo, L., Lu, C., Deng, J., He, Y., Huang, J., et al. (2015). Bullying as a risk for poor sleep quality among high school students in China. *PLoS ONE*, 10(3), 1 - 14. e0121602. doi:10.1371/journal.pone.0121602.

## THE RELATIONSHIPS OF RESILIENCE, PRACTICAL PROBLEMS ON THE WARD AND SOCIAL SUPPORT TO STRESS AMONG NURSING STUDENTS\*

*Adcharaphan Wongnoi, B.N.S\*\*, Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.\*\*\*, Sopin Sangon, RN, Ph.D.\*\*\*\**

### Abstract

**Objective:** This descriptive correlational study aimed at investigating the relationships of resilience, practical problems on the ward, and social support to stress among nursing students.

**Methods:** The samples were 168 third and fourth-year nursing students studying in the Bachelor of Nursing Science Program of a nursing education institution in the central region of Thailand who have experienced both theory and practicum courses. The purposive sampling was used to select the samples. The instruments for data collection were the Personal Information Questionnaire, Perceived Stress Scale-10 (PSS-10), the Resilience Inventory, Questionnaire on the Opinions of Nursing Students towards Practical Problems on the Ward, and Personal Resource Questionnaire (PRQ Part II). Descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient were used for data analyses.

**Results:** The findings revealed that resilience and social support were negatively and statistically significantly associated with stress ( $r = -.36, p = .000$ ;  $r = -.42, p = .000$ ) and practical problems on the ward were positively related to stress with statistical significance ( $r = .28, p = .000$ ).

**Conclusion:** The results of this study can be applied to develop a program to enhance resilience, awareness of available social support resources, and effective coping strategies to deal with the practical problems on the ward in order to prevent or reduce stress among nursing students.

**Keywords:** stress, resilience, practical problems on the ward, social support, nursing student

---

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

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

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

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

Received: 25 March 2021, Revised: 22 July 2021, Accepted: 29 July 2021



# ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล\*

อัจฉราพรรณ วงษ์น้อย, พย.บ. \*\*, พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D.\*\*\*, โสภณ แสงอ่อน, RN, Ph.D.\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่ผ่านการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 168 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบสอบถามปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยตามความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

**ผลการศึกษา:** ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแรงในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.36, p = .000$ ;  $r = -.42, p = .000$  ตามลำดับ) ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .28, p = .000$ )

**สรุป:** ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิต การตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ และการจัดการกับปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันหรือลดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล

**คำสำคัญ:** ความเครียด ความแข็งแรงในชีวิต ปัญหาการฝึกภาคปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคม นักศึกษาพยาบาล

\*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 25 มีนาคม 2564, วันที่แก้ไข: 22 กรกฎาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 29 กรกฎาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลถือเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชนที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลจะต้องมีพื้นฐานความรู้ และทักษะทางการพยาบาลในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งการก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลที่ต้องมีความพร้อมทั้งความรู้ด้านวิชาการ และปฏิบัติการพยาบาลได้นั้นกระบวนการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ในด้านวิชาการ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการได้อย่างเป็นองค์รวม เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ แต่อย่างไรก็ดีการเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลอาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดต่อการปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน โดยปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดอาจเกิดจากปัจจัยด้านการเรียนการสอน ปัจจัยด้านงานที่ได้รับมอบหมายและภาระงานที่มากเกินไป ปัจจัยด้านการคาดหวังปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ปัจจัยด้านสถานศึกษาชุมชนและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, และนฤมล จันทระเกษม, 2558; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557; สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ, 2561; Alsaqri, 2017; Zhao, Lei, He, Gu, & Li, 2015)

ความเครียดเป็นสภาวะกดดันที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดมาคุกคาม ก่อให้เกิดความไม่สมดุล

ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) นักศึกษาบางคนมีความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถเอาชนะความยากลำบากต่าง ๆ คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แต่ในขณะที่นักศึกษาบางคนเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว เกิดความเจ็บป่วยและสูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งความเครียดในระดับสูงจะส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล สำหรับผลต่อสุขภาพกาย พบว่านักศึกษาที่มีความเครียดสูงจะส่งผลต่อสุขภาพกายที่ไม่ดี (Klainin-Yobas, Keawkerd, Pumpuang, Thunyadee, Thanoi, & He, 2013) ปวดท้อง อาเจียน (Bayoumi et al., 2012) นอนไม่หลับ (Bartlett, Taylor, & Nelson, 2016) ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร นักศึกษามีความสนใจและประสิทธิภาพในการเรียนรู้ลดลง (Sun et al., 2016) เป็นต้น ส่วนผลต่อสุขภาพจิต พบว่านักศึกษาที่มีความเครียดสูงจะมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ (Klainin-Yobas et al., 2013) มีความกังวลกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น (Bartlett et al, 2016; Sheu, Lin, & Hwang, 2012) รู้สึกซึมเศร้า (Labrague, 2013) กระวนกระวายใจ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) และความสนใจและการเรียนรู้ลดลง (Sun et al., 2016) จากผลกระทบทางด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้น จึงเห็นได้ว่าความเครียดมีความสำคัญกับนักศึกษาพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในนักศึกษาพยาบาล

พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบ ทางบวก ความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นอน และไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ดังนี้ ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ (กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, เปรมฤดี ศรีวิชัย, สุรางคณา ไชยรินคำ, และปรัชญา ธัญปานสิน, 2561; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) การเตรียมตัวก่อนฝึกปฏิบัติงาน (ลัดดาวัลย์ แดงเถิน, 2558) แรงสนับสนุนทางสังคม (เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, 2561) และความแข็งแกร่งในชีวิต (ทัศนาศ ทวีคุณ, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภณ แสงอ่อน, 2555; Smith & Yang, 2017) และมีการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล นั่นคือการที่นักศึกษาพยาบาลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จะมีความเครียดน้อย (พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทัศนาศ ทวีคุณ, จริยา วิทยะศุกร, และพิศสมัย อรทัย, 2554) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในทางบวก ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ (กฤตพัทธ์ ฝึกฝน และคณะ, 2561) และสุขภาพทางกาย-จิต-สังคม (Labrague, 2013) นอกจากนี้ผลการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลสาธารณสุขมหาบัณฑิต พบว่า เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียน การเงิน ภาวะสุขภาพ ความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน และปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอีกด้วย (ทัศนาศ ทวีคุณ และคณะ, 2555)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่มี

ผลการศึกษาไม่แน่นอน ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานที่/สิ่งแวดล้อม โดยที่บางผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสถานที่/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) และบางการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสถานที่/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (ชนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2558) แต่ในบางการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสถานที่/สิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (กฤตพัทธ์ ฝึกฝน และคณะ, 2561) ปัจจัยด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน บางการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) แต่ในบางการศึกษาพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด (เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, 2561; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) ส่วนปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับความเครียดนั้น จากการศึกษาของ มาลีวัล เลิศสาครศิริ (2557) พบว่า อายุ ระดับชั้นปี และที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในนักศึกษาพยาบาล

สถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จากข้อมูลบันทึกการให้คำปรึกษาของสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง (2562) พบว่านักศึกษาพยาบาลมาขอเข้ารับการศึกษาเรื่องความเครียดในการฝึกภาคปฏิบัติมากที่สุด และจากบันทึกสุขภาพนักศึกษาพยาบาลในช่วง พ.ศ. 2555 - 2562 พบว่า มีนักศึกษาบางคน

มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษาทำให้นักศึกษาต้องหยุดพักการเรียน หรือลาออกจากการเรียน (สถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง, 2562) การที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น การเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลดังกล่าวข้างต้น มีผลการศึกษาซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับการที่นักศึกษาพยาบาลสามารถก้าวผ่านอุปสรรคปัญหา สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดความยากลำบากในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทัศนากวีคุณ และคณะ, 2555; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม อันเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูล/คำแนะนำ ด้านอารมณ์ และวัตถุ จากบุคคลในสังคมและครอบครัว อันจะเอื้ออำนวยให้นักศึกษามีความเครียดลดลง (เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, 2561; Luo & Wang, 2019; Yang, Han, Bac, & Yang, 2014) แต่อย่างไรก็ดีการศึกษาถึงตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นเพียงการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลภาพรวมทุกชั้นปี (เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, 2561; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554; Smith & Yang, 2017; Sossah & Asiedu, 2015) ส่วนการศึกษาตัวแปรปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยกับความเครียด

ของนักศึกษาพยาบาลในบริบทประเทศไทยนั้นยังมีค่อนข้างจำกัด (กฤตพัทธ์ ผีกฝน และคณะ, 2561; เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, 2561; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นนักศึกษาที่ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติแล้ว ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการเสริมสร้างให้นักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถก้าวผ่านอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นไปได้ด้วยดี จัดการกับปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดอุปสรรคปัญหาสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือเครือข่ายสังคมได้ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ใช้ความรู้ในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

### สมมติฐานของการวิจัย

ความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

**ความเครียด** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นการประเมินเหตุการณ์ที่พบเจอของแต่ละบุคคลว่ามีผลต่อสวัสดิภาพหรืออันตรายต่อสุขภาพของตนหรือไม่ และบุคคลจะใช้ศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอย่างเต็มความสามารถ (Lazarus & Folkman, 1984) ส่วนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล หมายถึง การรับรู้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาพยาบาล กับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และเป็นภาวะที่นักศึกษาพยาบาลประเมินเหตุการณ์นั้นว่ามีอิทธิพลต่อสวัสดิภาพของตน และนักศึกษาต้องใช้ศักยภาพแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังเพื่อสนองความต้องการที่เกิดขึ้น (มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ, 2552; Lazarus & Folkman, 1984) โดยการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง ที่ก่อให้เกิดความเครียดกดดัน วิตกกังวล อ่อนเพลีย รบกวน และยุ่งยากลำบากใจ รู้สึกถึงอารมณ์ทางลบ ที่มีผลต่อการปรับตัวของตนเองแตกต่างกันไป (Cohen & Williamson, 1988) ขึ้นอยู่กับปัจจัยในหลาย ๆ ด้าน ดังนั้นเมื่อนักศึกษาพยาบาลต้องพบเจอกับอุปสรรคปัญหาสภาพแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจขัดขวางความสำเร็จ มักจะทำให้นักศึกษาเกิดความกดดันภายในใจและเกิดความเครียด นักศึกษา

ต้องดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาปรับใช้อย่างเต็มที่ เพื่อลดความเครียดนั้นลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในนักศึกษาพยาบาล มีหลากหลาย (กฤตพัทธ์ ฝักฝน และคณะ, 2561; ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2558; ลัดดาวัลย์ แดงเงิน, 2558; มาลีวัล เลิศสารศิริ, 2557; Labrague, 2013; Smith & Yang, 2017) ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในนักศึกษาพยาบาลในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience)** เป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาวะการณ์เลวร้ายในชีวิต (adversity of life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life event) พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัว และนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้น จากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสภาวะการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเติบโตขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, และโสภณ แสงอ่อน, 2558) ซึ่งตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) I have (ฉันมี...) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็นคนที่เป็น...) หมายถึง ความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) หมายถึง ทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพ

ระหว่างบุคคล (Grotberg, 1995) เมื่อนักศึกษาพยาบาลต้องพบเจอกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอุปสรรคปัญหา นักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะสามารถจัดการกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (I can) มีครอบครัวหรือบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจ (I have) นักศึกษาพยาบาลมีความรู้สึกรูมใจในตนเองที่สามารถแก้ไขสถานการณ์และผ่านอุปสรรคปัญหานั้นไปได้ (I am) สิ่งเหล่านี้จะเอื้ออำนวยให้นักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดน้อย ซึ่งจากการศึกษาของสมิทและยัง (Smith & Yang, 2017) และการศึกษาของคิม และคณะ (Kim, Kim, & Cho, 2017) พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด และการศึกษาในประเทศไทยพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล นั่นคือ นักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีความเครียดน้อย (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554)

**ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย (practical problems on the ward)** คือ อุปสรรคและ/หรือประสบการณ์ในขณะที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยอันจะส่งผลให้นักศึกษารู้สึกยุ่งยากใจ ซึ่งมีหลายด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านอาจารย์สอนภาคปฏิบัติ ด้านเพื่อนนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติด้วยกัน ด้านสถานที่และระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ ด้านพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแหล่งฝึก ด้านองค์ความรู้และด้านสุขภาพกายและจิตใจ เป็นต้น ซึ่งปัญหาที่มีแตกต่างกันไปตามลักษณะของการรับรู้ของนักศึกษา (วรรณชาติ ตาเลศ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง,

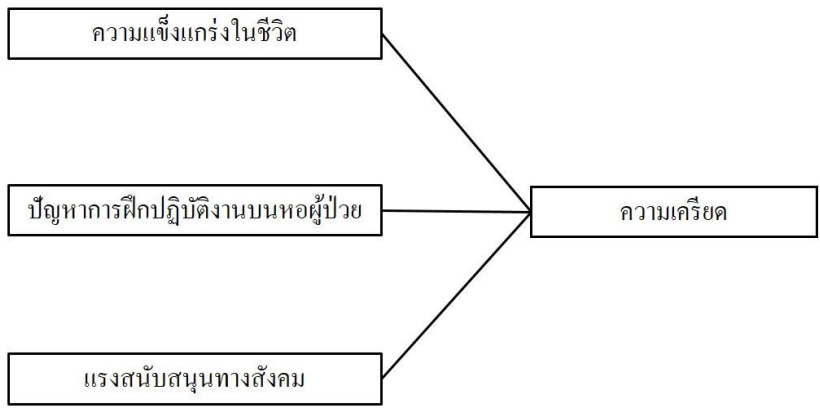
2559) เมื่อนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยต้องพบเจอปัญหาการฝึกปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ นักศึกษาประเมินว่าปัญหาการฝึกปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ นั้นมีอิทธิพลต่อสวัสดิภาพของตน นักศึกษาต้องใช้ศักยภาพ และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเพื่อจัดการกับปัญหานั้น ทำให้นักศึกษาเกิดสภาวะกดดันขึ้นภายในตัวบุคคล และเกิดความเครียด (มณฑา ล้อมทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ, 2552; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) จากการศึกษาของวรรณชาติ ตาเลศ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง (2559) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านองค์ความรู้ ด้านพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแหล่งฝึก ด้านสถานที่/ระยะเวลาในการฝึกงาน ด้านอาจารย์นเทศ ด้านบุคคล และด้านเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น จากการศึกษาของชู และคณะ (Sheu et al, 2012) พบว่าความเครียดของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของลาเบร็อก (Labrague, 2013) พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพกาย - จิต - สังคม มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของกฤตพัทธ์ ฝึกฝน และคณะ (2561) พบว่าปัจจัยการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

**แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูล/ คำแนะนำ ด้านอารมณ์ และวัตถุ จากบุคคลในสังคมและครอบครัว เพื่อให้

บุคคลมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคปัญหาและปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ ซึ่งประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาช่วยเหลือบุคคลอื่น ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (Weiss, 1974 as cited in Weinert & Brandt, 1987; Weiss, 1974 as cited in Cutrona, Russell, and Rose, 1986) เมื่อนักศึกษาพยาบาลต้องพบเจอกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจต่าง ๆ ที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด นักศึกษาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ สูง (เช่น การรับรู้ถึง

คุณค่าของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ เป็นต้น) น่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ จากการศึกษาของลูและหวาง (Luo & Wang, 2019) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลและจากการศึกษาของเบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์ (2561) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

อาจกล่าวได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับ ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตร

พยาบาลศาสตรบัณฑิต ของสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่มีประสบการณ์การเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 3 และ 4 ช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือน

ธันวาคม 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่มีประสบการณ์การเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมาแล้ว และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และ 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูดและเขียนด้วยภาษาไทย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลที่ขอยุติการเข้าร่วมการศึกษา

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ Power analysis ของ Cohen (1988) กำหนดขนาดอิทธิพลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557; Dwyer & Cummings, 2011; Smith & Yang, 2017) ได้คำนวณขนาดอิทธิพลเท่ากับ .225 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 และใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบสองทาง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 152 ราย เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ก็ร้อยละ 10 เป็นจำนวน 16 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีทั้งสิ้น 168 ราย

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบัน ฯ ผู้วิจัยเข้าพบอาจารย์ประจำชั้นและคณาจารย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลในนักศึกษาพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนใด ๆ ทั้งสิ้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเลือกใช้เวลาช่วงเย็นหลังฝึกปฏิบัติเสร็จ กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยไม่ระบุชื่อ/เลขที่/รหัสนักศึกษา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างและลงชื่อไว้ในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยทุกภาคการศึกษา (GPA) โรคประจำตัว เหตุผลที่เรียนพยาบาล สถานภาพครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน และสัมพันธ์ภาพใน



## กรอบคร่าว

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale-10: PSS-10) ที่พัฒนาตามแนวคิดของลาซาลัส โดยโคเฮน และคณะ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) แปลเป็นภาษาไทย โดยฉนหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakacae, 2010) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0 ถึง 40 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง มีการรับรู้ความเครียดมาก คะแนนน้อยแสดงถึง มีการรับรู้ความเครียดน้อย จากการหาความเชื่อมั่นของแบบวัดฯ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .75

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (The Resilience Inventory) พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2558) ตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) “I have” 2) “I am” และ 3) “I can” คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต คือ คะแนนรวมทั้ง 28 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก จากการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินฯ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .95

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยตามความคิดเห็นของ

นักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของวรรณชาติ ตาเลิศ และกมวัฒน์ รุ่งเรือง (2559) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน นำไปปรับข้อคำถามครั้งที่ 1 เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง เหลือข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการสอนภาคปฏิบัติจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลประจำการ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93, 0.81 และ 0.95 ตามลำดับ นำไปปรับปรุงข้อคำถาม ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เหลือข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบุคคล ด้านอาจารย์สอนภาคปฏิบัติ ด้านเพื่อนนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติพร้อมกัน ด้านสถานที่และระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ ด้านพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแหล่งฝึก ด้านองค์ความรู้ และด้านสุขภาพกายและจิตใจ จากการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฯ ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .95

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire: PRQ Part II) พัฒนาโดย Brandt & Weinert ในปี 1981 ตามกรอบแนวคิดของไวส์ (Weiss, 1974) และแปลเป็นภาษาไทยโดยฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมี

โอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ การแปลผลคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 25 ถึง 175 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงถึง ได้รับความสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนน้อยแสดงถึง ได้รับความสนับสนุนทางสังคมน้อย และจากการศึกษาค้างนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .88

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุมัติทำการศึกษาคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อจัดทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลางให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบอาจารย์ประจำชั้น และคณาจารย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และขอกำหนดนัดหมายวันที่และเวลาในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่และเวลาที่ทางสถาบันกำหนด โดยนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเย็นหลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนในชั้นเรียน ส่วนนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเย็นหลังจากนักศึกษาฝึกปฏิบัติเสร็จ

และเดินทางกลับมาถึงสถาบันการศึกษา ฯ ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งสองชั้นปีในชั้นเรียน โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ถ้านักศึกษารู้สึกไม่สะดวกที่จะตอบคำถามใดก็สามารถเว้นไว้ ไม่ว่านักศึกษาจะตอบคำถามหรือไม่จะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ กับตัวนักศึกษาและผลการเรียนของนักศึกษาทั้งสิ้น โดยนักศึกษาทำแบบสอบถามแบบไม่ระบุชื่อ การนำเสนอจะเป็นไปในภาพรวม เมื่อนักศึกษายินดีเข้าร่วมการศึกษาและลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที

4. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จให้นำมาใส่กล่องปิดผนึกที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้

5. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยาย หลังจากนั้นนำไปทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov test ผลการทดสอบพบว่าตัวแปรความเครียดไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ( $Z = .113; p = .000$ ) ดังนั้นการศึกษาค้างนี้จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

(Spearman’s rank correlation)

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไป**

จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.20 มีอายุ 21 ปี และ 22 ปี ร้อยละ 36.30 (Mean = 21.55, SD = 1.648) เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 45.80 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 54.20 ผลการเรียนที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51 - 3.50 ร้อยละ 91.00 (Mean = 2.94, SD = .284) ส่วนใหญ่พบว่านักศึกษาไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.30 เหตุผลที่เรียนพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ นักศึกษาสนใจและตั้งใจเข้าเรียนด้วยตนเอง ร้อยละ 56.00 รายได้ของครอบครัว พบว่ามีรายได้ในช่วง 10,001 - 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 76.20 (Mean = 36,983.33, SD = 32,230.178) ความเพียงพอของเงินที่ได้รับจากครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีความเพียงพอเสมอ ร้อยละ 50.60 ส่วนใหญ่บิดา - มารดามีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.20 และความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียว ร้อยละ 94.00

ในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม

**2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม**

**2.1 ความเครียด**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 17.05 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.43

**2.2 ความแข็งแกร่งในชีวิต**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแข็งแกร่งในชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 116.81 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.42 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตองค์ประกอบที่ 1 ‘I have (ฉันมี...)’ เท่ากับ 38.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.16 ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตองค์ประกอบที่ 2 ‘I am (ฉันเป็นคน...)’ เท่ากับ 41.79 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.88 ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตองค์ประกอบที่ 3 ‘I can (ฉันสามารถที่จะ...)’ เท่ากับ 36.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.33

**ตารางที่ 1** ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด (n = 168)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความเครียด	0 - 40	7 - 31	17.05	4.43

**ตารางที่ 2** ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและรายองค์ประกอบ (n = 168)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	28 - 140	94 - 140	116.81	9.42
ความแข็งแกร่งในชีวิตรายองค์ประกอบ				
I have (ฉันมี...)	9 - 45	32 - 45	38.83	3.16
I am (ฉันเป็นคน...)	10 - 50	31 - 50	41.79	3.88
I can (ฉันสามารถที่จะ...)	9 - 45	27 - 45	36.18	3.33

**ตารางที่ 3** ค่าที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ของคะแนนปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยโดยรวมและจำแนกตามรายด้าน (n = 168)

ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย	ค่าที่เป็นไปได้ (1-5)	ค่าเฉลี่ย
ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยโดยรวม (42 ข้อ)	1-5	2.6
ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยรายด้าน		
1. ด้านบุคคล (5 ข้อ)	1-5	2.6
2. ด้านอาจารย์สอนภาคปฏิบัติ (9 ข้อ)	1-5	2.5
3. ด้านเพื่อนนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติพร้อมกัน (6 ข้อ)	1-5	2.5
4. ด้านสถานที่/ ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ (4 ข้อ)	1-5	2.6
5. ด้านพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแหล่งฝึก (5 ข้อ)	1-5	2.0
6. ด้านองค์ความรู้ (6 ข้อ)	1-5	2.8
7. ด้านสุขภาพกายและจิตใจ (7 ข้อ)	1-5	3.0

### 2.3 ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยโดยรวม เท่ากับ 2.6 ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง จากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านสุขภาพกายและจิตใจ

มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.0 รองลงมาคือด้านองค์ความรู้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 ด้านบุคคลและด้านสถานที่/ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 ด้านอาจารย์สอนภาคปฏิบัติและด้านเพื่อนนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติพร้อมกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.5 และด้านพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแหล่งฝึก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.0

**ตารางที่ 4** ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและจำแนกตามรายด้าน (n = 168)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย (SD)
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง	
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	25 - 175	65 - 168	133.32 (15.67)
แรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน			
1. ด้านความใกล้ชิดผูกพัน	7 - 35	14 - 35	29.02 (3.91)
2. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	7 - 35	13 - 32	24.26 (3.66)
3. ด้านการมีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น	7 - 35	11 - 34	25.13 (4.06)
4. ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง	7 - 35	9 - 35	26.33 (3.69)
5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ	7 - 35	17 - 35	28.57 (3.59)

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_s$ ) แบบสเปียร์แมน ของความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการศึกษาปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียด (n = 168)

ตัวแปร	$r_s$	p-value
1. ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	-.36	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิตรายองค์ประกอบ		
- I have (ฉันมี...)	-.32	.000
- I am (ฉันเป็น...)	-.35	.000
- I can (ฉันสามารถ...)	-.29	.000
2. ปัญหาการศึกษาปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย	.28	.000
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.42	.000

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาการศึกษาปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจำแนกตามรายข้อพบว่า จำนวนนักศึกษาที่ให้ข้อมูลถึงข้อที่มีปัญหาการศึกษาปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจากมากถึงมากที่สุดเป็น 3 ลำดับแรก ได้แก่

- 1) “นักศึกษามีความเครียดหรือวิตกกังวลในการขึ้นฝึกปฏิบัติ” (ด้านสุขภาพกายและจิตใจ) จำนวน 101

- 2) “ในช่วงที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ นักศึกษามีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น รู้สึกเบื่อก่อนตื่นตื่น ไม่มั่นใจในตนเอง เป็นต้น” (ด้านสุขภาพกายและจิตใจ) จำนวน 93 คน (ร้อยละ 55.40) และ
- 3) “อาจารย์สอนภาคปฏิบัติมักตักเตือนนักศึกษาต่อหน้าผู้ป่วย” (ด้านอาจารย์สอนภาคปฏิบัติ) จำนวน

78 คน (ร้อยละ 46.40)

#### 2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 133.32 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.67 ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ จากมากไปน้อยมีดังนี้ ด้านความใกล้ชิดผูกพันเท่ากับ 29.02 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.91 ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำเท่ากับ 28.57 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.59 ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองเท่ากับ 26.33 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.69 ด้านการมีโอกาช่วยเหลือบุคคลอื่นเท่ากับ 25.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.06 และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ 24.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.66

#### 3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าข้อมูลความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย มีการแจกแจงแบบปกติ ( $Z = .052, .059; p = .20, .20$  ตามลำดับ) ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียด ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ( $Z = .074, .113; p = .027, .000$  ตามลำดับ) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงหา

ความสัมพันธ์ของตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิต โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.36, p = .000$ ) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต กับความเครียดพบว่า องค์ประกอบแรก 'I have' (ฉันมี...) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.32, p = .000$ ) องค์ประกอบที่สอง 'I am' (ฉันเป็นคนที่เป็น...) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.35, p = .000$ ) และองค์ประกอบที่สาม 'I can' (ฉันสามารถที่จะ...) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.29, p = .000$ ) ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .28, p = .000$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.42, p = .000$ )

#### การอภิปรายผล

##### 1. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่ง

## ในชีวิตกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ในช่วงคะแนน 94 - 140 คะแนน (Mean = 116.81, SD = 9.42) โดยมีนักศึกษาพยาบาลที่คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจำนวน 81 คน (ร้อยละ 48.60) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am, และ I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสมิท และยัง (Smith & Yang, 2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจำนวน 1,538 คน พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด และการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2554) พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการศึกษาครั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (มี I have, I am และ I can สูง) มีแนวโน้มจะมีความเครียดต่ำ หรือนักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (มี I have, I am, และ I can ต่ำ) มีแนวโน้มจะมีความเครียดสูง สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลที่ยืนหยัดผ่านพ้นวิกฤตหรือความรู้สึกลำบากในชีวิต ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (พัชรินทร์

นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) 'I have' (ฉันมี...) 2) 'I am' (ฉันเป็นคนที่...) และ 3) 'I can' (ฉันสามารถที่จะ...) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) โดยที่

องค์ประกอบที่ 1 'I Have' (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (external support) เช่น มีคนในครอบครัวและนอกรอบครัวที่สามารถไว้วางใจและเชื่อใจได้ มีคนคอยอบรมสั่งสอนและดักเตือน ถึงขอบเขตข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อที่จะไม่เกิดปัญหาสร้างความยุ่งยากใจมาสู่ตนเอง มีแบบอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่าง ๆ มีคนรอบข้างเป็นแบบอย่างที่ดีทำให้เห็นว่าอะไรควรหรือไม่ควร มีคนพร้อมที่จะให้กำลังใจและสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง มีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแลเรื่องการศึกษาและสุขภาพ มีแหล่งให้ตนเองรับบริการ/ สวัสดิการทางสังคมและความปลอดภัย และมีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคงไว้วางใจได้ (Grotberg, 1995) ผลการศึกษานี้พบว่า องค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต 'I have' (ฉันมี...) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือเมื่อนักศึกษาต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด นักศึกษาที่รับรู้ว่าตนเองมีคนในครอบครัวและนอกรอบครัวที่เชื่อถือและไว้วางใจได้คอยให้กำลังใจ สนับสนุนและช่วยเหลือ (I have สูง) มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ ซึ่งจากการศึกษาของครอมบี และคณะ (Crombie et al., 2013) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษา

พยาบาลพบว่า การได้รับกำลังใจจากผู้ปกครอง คู่รัก ทำให้นักศึกษามุ่งสู่ความสำเร็จ และพบว่า ผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญที่เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและแรงจูงใจของนักศึกษา จากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 นั้น เมื่อสิ้นสุด สัปดาห์นักศึกษากลับบ้านไปหาคนในครอบครัวที่ตนเองรักและไว้วางใจ คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ อบรมสั่งสอน และคอยตักเตือนว่าสิ่งดีหรือไม่ดี ควรทำหรือไม่ควรทำ และคอยเอาใจใส่ ดูแลนักศึกษา เมื่อนักศึกษาจะต้องเผชิญเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดมักจะพูดคุยกับเพื่อนหรือ โทรไปปรึกษากับคนในครอบครัว ความรักและการใส่ใจของเพื่อนและคนในครอบครัวจะเป็นพลังให้นักศึกษาผ่านวิกฤติไปได้ ซึ่งจากการศึกษาของจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ (2559) ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตพบว่า เมื่อมีความเครียดนักศึกษาต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการความช่วยเหลือจากเพื่อน อาจารย์ รุ่นพี่ และคู่รัก ตามลำดับ ทั้งนี้การที่นักศึกษาต้องใช้ชีวิตการเรียน และการอยู่อาศัยภายในสถาบันการศึกษา ทำให้นักศึกษาต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนและอาจารย์ เมื่อพบเจอกับปัญหาต่าง ๆ จะมีเพื่อนและอาจารย์พยาบาลคอยอยู่ข้าง ๆ ให้คำปรึกษาช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจ ทำให้เกิดความสบายใจ อบอุ่นใจ อาจกล่าวได้ว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีบุคคลทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่จะอยู่เคียงข้างนั้น เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดี พร้อมช่วยเหลือ

และให้คำแนะนำ เพื่อให้ให้นักศึกษามีกำลังใจต่อสู้ และสามารถก้าวผ่านอุปสรรคปัญหา นักศึกษาพยาบาลที่มี 'I have' สูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ

องค์ประกอบที่ 2 'I am' (ฉันเป็นคนี่...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (inner strengths) เป็นจุดแข็งภายในของบุคคล ความรู้สึกทัศนคติ และความเชื่อภายในของแต่ละบุคคล เช่น เป็นบุคคลที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้ เป็นบุคคลที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นบุคคลที่มีพื้นฐานมโนธรรมดี รู้จักเห็นอกเห็นใจและห่วงใยใส่ใจคนรอบข้าง พร้อมทั้งจะยอมรับและยกย่องผู้อื่น พร้อมทั้งจะรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำและยอมรับผลของการกระทำนั้น คิดพิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี เชื่อว่ายังมีความหวัง และมีศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์อันเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น (Grotberg, 1995) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า องค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต 'I am' (ฉันเป็นคนี่...) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล นั่นคือนักศึกษาพยาบาลที่มีความเข้มแข็งภายในตนเอง (I am สูง) มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ อาจอธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความเข้มแข็งในตนเอง น่าจะเป็นผู้ที่มีความพร้อมทางด้านอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม สามารถบริหารจัดการอารมณ์ของตนเอง พร้อมทั้งพัฒนาตนเอง สามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีทัศนคติที่ดี และมีความเห็นอกเห็นใจ แม้ต้องเจอกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด และจาก



การศึกษาของเอดเวิร์ด และคณะ (Edwards et al., 2010) พบว่าความภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด นักศึกษาพยาบาลที่มี 'I am' สูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ

องค์ประกอบที่ 3 'I can' (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นองค์ประกอบด้านทักษะในการจัดการปัญหาและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น จัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม หาทางออกหรือวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ มุ่งมั่นในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะสำเร็จ บอกผู้อื่นได้เกี่ยวกับความคิดความรู้สึกของตนเอง มีอารมณ์ขันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของตนเอง ขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ต้องการ และรู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะ เป็นต้น (Grotberg, 1995) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า องค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต 'I can' (ฉันสามารถที่จะ...) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล นั่นคือนักศึกษาพยาบาลที่สามารถจัดการกับอุปสรรคปัญหาหรือสถานการณ์ยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ ในทางตรงกันข้าม นักศึกษาพยาบาลที่ไม่สามารถจัดการกับอุปสรรคปัญหาหรือสถานการณ์ยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้เหมาะสมมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูง ซึ่งการศึกษาของบอดิสต์คูพาค และคณะ (Bodys-Cupak et al., 2016) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมักจะใช้

วิธีการเชิงรุกในสถานการณ์ที่มีความเครียด เช่น การแก้ไขปัญหาเชิงรุก และการวางแผนแก้ไขปัญหา ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมาแล้ว นักศึกษาต้องนำความรู้จากการเรียนภาคทฤษฎีมาปรับใช้ในภาคปฏิบัติ สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยรวมถึงการฝึกทักษะและเทคนิคต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ ทักษะในการแก้ไขปัญหาของนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อนักศึกษาต้องเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบาก นักศึกษาสามารถที่จะจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถขอความช่วยเหลือจากใครสักคนที่นักศึกษาต้องการ ทำให้นักศึกษาสามารถหาทางออกได้ มุ่งมั่นกับการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองในการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยต่อไปจนสำเร็จ นักศึกษาพยาบาลที่มี 'I can' สูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ นักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูง อาจอธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้พบกับอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย นักศึกษาน่าจะประเมินว่าปัญหาการฝึกปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ นั้นมีอิทธิพลต่อสวัสดิภาพของตนไม่ว่าจะเป็นด้านบุคคล ด้าน

อาจารย์สอนภาคปฏิบัติ ด้านเพื่อนนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติด้วยกัน ด้านสถานที่/ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ ด้านพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแหล่งฝึก ด้านองค์ความรู้ และด้านสุขภาพกายและจิตใจ เป็นต้น นักศึกษาต้องใช้ศักยภาพ และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเพื่อจัดการกับปัญหานั้น ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสภาวะกดดันขึ้นภายในตัวบุคคลและความเครียดได้ ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด

เมื่อพิจารณาปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยรายข้อพบว่า ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่นักศึกษามีความคิดเห็นว่าเป็นปัญหามาก-มากที่สุด 3 ลำดับแรก มีดังนี้ ลำดับที่ 1) นักศึกษามีความเครียดหรือวิตกกังวลในการขึ้นฝึกปฏิบัติ (ด้านสุขภาพกายและจิตใจ) ร้อยละ 60.20 ลำดับที่ 2) ในช่วงที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ นักศึกษามีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น รู้สึกเบื่อ ตื่นเต้น ไม่มั่นใจในตนเอง เป็นต้น (ด้านสุขภาพกายและจิตใจ) ร้อยละ 55.40 และลำดับที่ 3) อาจารย์สอนภาคปฏิบัติมักดักเตือนนักศึกษาต่อหน้าผู้ป่วย (ด้านอาจารย์สอนภาคปฏิบัติ) ร้อยละ 46.40 ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องเจอประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย นักศึกษาต้องปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน และการที่อาจารย์สอนภาคปฏิบัติดักเตือนนักศึกษาต่อหน้าผู้ป่วยหรือเพื่อน น่าจะส่งผลให้นักศึกษารู้สึกยุ่งยากใจ เกิดความวิตกกังวลและความเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ (2558) และการศึกษาของ มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ (2552)

ที่พบว่าปัจจัยที่เกิดจากอาจารย์มีเกี่ยวข้องกับ ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจกล่าวได้ว่านักศึกษาพยาบาลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มจะมีความเครียดน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของลู และหวาง (Luo & Wang, 2019) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล จำนวน 284 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับเหตุการณ์ความเครียดและการศึกษาของเบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์ (2561) ที่ศึกษาในนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก จำนวน 236 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลพบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือสถานการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ นักศึกษาพยาบาลน่าจะต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน อาจารย์ หรือเครือข่ายสังคม เพื่อให้มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคปัญหา ปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ และรู้สึกมั่นคงปลอดภัยทางจิตใจ นักศึกษาพยาบาลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงย่อมมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น ด้านข้อมูล/คำแนะนำ ด้านอารมณ์และวัตถุ เป็นต้น ทำให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มนี้สามารถจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีและมีความเครียดน้อยกว่า

นักศึกษาพยาบาลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ดังการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลคือความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ดังนั้นอาจารย์พยาบาลจึงน่าจะมีการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต การส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้ตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ เพื่อช่วยลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงการจัดกิจกรรมการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทำนายของตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียด เพื่อให้เกิดความเข้าใจความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, เปรมฤดี ศรีวิชัย, สุรางคณา ไชยรินคำ, และ ปัทมัญญา ธีญานานิน. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการจัดการกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลครั้งแรกบนหอผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(1), 161-168.
- จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, มัชฌิมา คำมี, จันทร์จิรา นุ่มสุวรรณ, ชุติมา หมัดอะดัม, สุภรณ์รัตน์ ละเอียดการ, และสุชาวดี โสภณ. (2559). ความเครียดการจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(3), 36-50.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ทัศนาว ทวีคุณ, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภณ แสงอ่อน. (2555). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 1-11.
- ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, และณฤมล จัทรเกษม. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลระหว่างฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 34(1), 6-16.
- เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 201-210.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทัศนาว ทวีคุณ, จริยา วิริยะสุกร, และพิศสมัย อรทัย. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิต และความเครียดของนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(1), 1-13.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทัศนาว ทวีคุณ, และโสภณ แสงอ่อน. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมินและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

- มณฑา ลิ้มทองกุล และศุภาพ อารีเอื้อ. (2552). แหล่งความเครียด วิธีเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของ นักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติครั้งแรก. *รามารทิพย์พยาบาลสาร*, 15(2), 192-205.
- มาลีวัล เลิศสารศิริ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับความเครียดและการจัดการความเครียดขณะฝึกปฏิบัติงานห้องคลอดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 270-279.
- ศักดิ์วัลย์ แดงเงิน. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของ นิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ระหว่างฝึกปฏิบัติงาน. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2561, จาก <http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/704>.
- วรรณชาติ ตาเลิศ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง. (2559). การศึกษาปัญหา การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยตามความคิดเห็นของ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(3), 112-124.
- สถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง. (2562). รายงานการวางแผนพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล พ.ศ. 2562. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2562, จาก <http://www.ckr.ac.th/index.php/2021-03-11-08-42-48>
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ ๒๕๔๔*. กรุงเทพฯ: วิเจ พรินต์ติ้ง.
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชกานต์ ฟุ้งกิจ, ณัฐธิดา ยานะรัมย์, ณัฐรินทร์ น้อยนาง, ณัฐมล อาโนทัย, คุณากรณ์ บุญเจริญ, และคณะ. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 21(42), 93-106.
- อรรพรณ ลือบุญรัชชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: วิพรินทร์.
- Alsaqri, H. O. (2017). Stressors and coping strategies of the Saudi nursing students in the clinical training: A cross-sectional study. *Education Research International*, 2017(4), 1-8. doi: 10.1155/2017/4018470.
- Bartlett, M. L., Taylor, H., & Nelson, J. D. (2016). Comparison of mental health characteristics and stress between baccalaureate nursing students and non-nursing students. *Journal of Nursing Education*, 55(2), 87-90.
- Bayoumi, M., Elbasuny, M., Mofereh, A., Assiri, M., & Fesal, A. (2012). Evaluating nursing students' anxiety and depression during initial clinical experience. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 2(6), 277-281.
- Bodys-Cupak, I., Majda, A., Zalewska-Puchala, J., & Kaminska, A. (2016). The impact of a sense of self-efficacy on the level of stress and the ways of coping with difficult situations in Polish nursing students. *Nurse Education Today*, 45, 102-107.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Social Psychology of Health*, 3(1), 31-63.
- Crombie, A., Brindley, J., Harris, D., Marks-Maran, D., & Thompson, T. M. (2013). Factors that enhance rates of completion: What makes students stay?. *Nurse Education Today*, 33(11), 1282-1287.
- Cutrona, C., Russell, D., & Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Psychology and Aging*, 1(1), 47.
- Dwyer, A. L., & Cummings, A. L. (2011). Stress, self-efficacy, social support, and coping strategies in university students. *Canadian Journal of Counselling*, 35(3), 208-220.
- Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K., & Hebden, U. (2010). A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, 30(1), 78-84.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behaviour Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van leer foundation. Retrieved February 12, 2019, from <https://eric.ed.gov/?id=ED386271>.

- Kim, J. Y., Kim, M. K., & Cho, J. Y. (2017). The mediating effect of the resilience on the relationship between stress in clinical practice and clinical competence in nursing students [Abstract]. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 18(1), 669-678.
- Klainin-Yobas, P. K., Keawkerd, O., Pumpuang, W., Thunyadee, C., Thanoi, W., & He, H. G. (2013). The mediating effects of coping on the stress and health relationships among nursing students: A structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1287-1298.
- Labrague, L. J. (2013). Stress, stressors, and stress responses of student nurses in a government nursing school. *Health Science Journal*, 7(4), 424-435.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Luo, Y., & Wang, H. (2019). Correlation research on psychological health impact on nursing students against stress, coping way and social support. *Nurse Education Today*, 29(1), 5-8.
- Sheu, S., Lim, H. S., & Hwang, S. L. (2012). Perceived stress and physio – psycho - social status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, 39(2), 165-175.
- Smith, G. D., & Yang, F. (2017). Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 49, 90-95.
- Sossah, L., & Asiedu, Y. (2015). Stress management and resilience in junior and senior nursing students in Ghana. *European Journal of Research and Reflection in Educational Sciences*, 3(2), 46-53.
- Sun, F. K., Long, A., Tseng, Y. S., Huang, H. M., You, J. H., & Chiang, C. Y. (2016). Undergraduate student nurses' lived experiences of anxiety during their first clinical practicum: A phenomenological study. *Nurse Education Today*, 37, 21-26.
- Weinert, C., & Brandt, P. A. (1987). Measuring social support with the Personal Resource Questionnaire. *Western Journal of Nursing Research*, 9(4), 589-602.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 1-6.
- Yang, Y. K., Han, K. S., Bae, M. H., & Yang, S. H. (2014). Social support, academic stress, clinical practice stress in college student of nursing [Abstract]. *Korean Journal of Stress Research*, 22(1), 23-34.
- Zhao, F. F., Lei, X. L., He, W., Gu, Y. H., & Li, D. W. (2015). The study of perceived stress, coping strategy and self-efficacy of Chinese undergraduate nursing students in clinical practice. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 401-409.

## RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ESTEEM AND DEPRESSION AND INTERNET ADDICTION AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS\*

Lalita Wongkawprajug, B.N.S.\*\* , Tusana Thaweekoon, RN, Ph.D.\*\*\*, Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.\*\*\*\*

### Abstract

**Objective:** This descriptive correlational research design aimed at investigating relationships between self-esteem and depression and internet addiction among secondary school students.

**Methods:** The participants were 400 secondary school students of the 2019 academic year in the northeastern region. The research instruments included a socio-demographic and internet using questionnaire, Thai version of Young's Internet Addiction Test, Rosenberg's Self - esteem Scale, and Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank - order correlation.

**Results:** The findings revealed that self - esteem was negatively and significantly associated with internet addiction ( $r = -.36, p < .001$ ), while depression was positively and significantly associated with internet addiction ( $r = .42, p < .001$ ).

**Conclusion:** Results from this study provided important information for the internet addiction prevention among secondary school students.

**Keywords:** internet addiction, self - esteem, depression, secondary school 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

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

Received: 15 February 2021, Revised: 25 August 2021, Accepted: 31 August 2021

# ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับ การเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย\*

ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, พย.บ. \*\*, ทศนา ทวีคุณ, RN, Ph.D. \*\*\*, พัชรินทร์ นันทจันทร์, RN, Ph.D. \*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า กับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

**วิธีการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต 2) แบบประเมินการเสพติดอินเทอร์เน็ต 3) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง และ 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

**ผลการศึกษา :** พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.36, p < .001$ ) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .42, p < .001$ )

**สรุป :** ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลและป้องกันการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป

**คำสำคัญ :** การเสพติดอินเทอร์เน็ต การเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

\*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

\*\*\*\*รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 15 กุมภาพันธ์ 2564, วันที่แก้ไข: 25 สิงหาคม 2564, วันที่ออกรับ: 31 สิงหาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นในปัจจุบันเติบโตมาในยุคที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ช่วยอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมไปถึงการใช้อินเทอร์เน็ต วัยรุ่นใช้อินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารและเป็นช่องทางในการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศของเด็กและเยาวชนในประเทศไทยพบว่า กลุ่มที่มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตมากที่สุด เป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุ 15 - 19 ปี โดยมีการใช้งานอินเทอร์เน็ต 10 - 12 ชั่วโมงต่อวัน (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2561; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) การใช้งานอินเทอร์เน็ตที่มากเกินไป อาจนำไปสู่การเสพติดอินเทอร์เน็ตได้

การเสพติดอินเทอร์เน็ตเป็นความผิดปกติในการควบคุมแรงกระตุ้น ทำให้ไม่สามารถหยุดการใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ใจ มีปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน (Young, 1998) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลาย และนักศึกษาระดับปริญญาตรีในต่างประเทศพบว่า มีการเสพติดอินเทอร์เน็ตอยู่ในช่วงร้อยละ 6.4 - 33.5 (Ni, Yan, Chen, & Liu, 2009; Wu et al., 2016; Yadav, Banwari, Parmar, & Maniar, 2013) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีการเสพติดอินเทอร์เน็ตอยู่ในช่วงร้อยละ 2.3 - 29.6 (ธีราพร วิทิตสิริ, 2560; วัชรานันต์ นันทเวชและจินตวีร์ มั่นสกุล, 2551; วราพร วันไชยธนวงศ์ และ เกศราภรณ์ ชูพันธ์, 2557; Boonvisudhi & Kuladee, 2017) และพบว่า

การเสพติดอินเทอร์เน็ต มีแนวโน้มพบมากในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ธีราพร วิทิตสิริ, 2560; Cao, Sun, Wan, Hao & Tao, 2011; Tran et al., 2017)

การเสพติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อในหลายด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเอง วัยรุ่นที่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ตจะมีปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพกาย เช่น ปวดตา ปวดหลัง ปวดศีรษะ และอ่อนเพลีย เป็นต้น (Zheng, Wei, Li, Zhu, & Ning, 2016) ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า (Banjanin, Banjanin, Dimitrijevic, & Pantic, 2015; Boonvisudhi & Kuladee, 2017; Ostovar et al., 2016; Yoo, Cho, & Cha, 2014) มีความคิดฆ่าตัวตาย (Yoo et al., 2014) และมีโรคร่วมทางจิตเวช (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคสมาธิสั้น) เป็นต้น (Bozkurt et al., 2013; Tsitsika et. al., 2011) นอกจากนี้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านศึกษา เช่น ขาดเรียน (Evren, Dalbudak, Evren & Demirci, 2014) ผลการเรียนไม่ดี (Iyitoglu & Çeliköz, 2017) 2) ผลกระทบต่อครอบครัว การที่วัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับอินเทอร์เน็ต แทนการมีกิจกรรมกับครอบครัว ทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัวได้ (Young, 1998) และ 3) ผลกระทบต่อสังคม พบว่า วัยรุ่นที่เสพติดอินเทอร์เน็ตมักแยกตัวจากสังคม และมีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน (Missaoui et al., 2015) นอกจากนี้การที่การเสพติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นส่งผลให้เกิดภาวะโรคร่วมจึงต้องใช้เวลารักษาเป็นเวลานาน ส่งผลให้ต้องเสียงบประมาณในการบำบัดรักษา เช่น จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา การจัดค่าย



บำบัดรักษา รวมไปถึงการฝึกอบรมผู้ให้การบำบัดเป็นต้น (Kwon, 2011)

งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยหลายด้านประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (Baharainian & Khanzaee, 2014; Durak & Durak, 2014) ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ต (Durak & Durak, 2014) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Aydin & Sari, 2011; Baharainian & Khanzaee, 2014; Bozoglan, Demirer, & Sahin, 2013; Fortes & Fernandes, 2016; Jang & Ji, 2012; Pantic et al., 2017; Rastegar & Dousti, 2016; Seabra et al., 2017) ความเครียด (Akin & Iskender, 2011) ความวิตกกังวล (Akin & Iskender, 2011) และภาวะซึมเศร้า (Ayas & Horzum, 2013; Baharainian & Khazae, 2014; Orsal, Orsal, Unsal, & Ozalp, 2013; Panicker & Sachdev, 2014) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Wang et al., 2011) และปัจจัยด้านสังคม เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนและครู (Wang et al., 2011) และการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (การไม่เข้าเรียน ขโมยของ ดื่มสุรา) เป็นต้น (Li, Zhou, Li, & Zhou, 2016)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งปัจจุบันเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของภูมิภาคอีสานใต้ ซึ่งมีความเจริญทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยี (สำนักงานสรรพสามิตสัมพันธภาคที่ 3, 2561) จากรายงานการใช้อินเทอร์เน็ตที่พบว่าในจังหวัดดังกล่าว พบแนวโน้มการใช้งานอินเทอร์เน็ตสูงขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักงานสถิติพยากรณ์, 2559; 2560) ซึ่งหาก

วัยรุ่นมีการใช้งานอินเทอร์เน็ต โดยไม่ได้รับการควบคุมดูแลจากครูหรือผู้ปกครองอาจส่งผลให้เกิดการเสพติดอินเทอร์เน็ตได้ จากการสอบถามครูในโรงเรียนแห่งหนึ่งของจังหวัดดังกล่าวพบว่า ปัญหานักเรียนเล่นอินเทอร์เน็ตในเวลาเรียนพบมากขึ้น รวมถึงนักเรียนที่ขาดเรียนเนื่องจากติดอินเทอร์เน็ต มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากกรทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การเสพติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยมีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญ และถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นจะมีจำนวนการศึกษาพอสมควรแต่ผลการศึกษาที่ได้ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Agaj, 2015; Ayas & Horzum, 2013; Sahin, 2014; Sharma, Gupta, Sharma, & Sharma, 2016) การศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาแนวทางการดูแลและป้องกันการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า กับการเสพติด

อินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

### สมมติฐานของการวิจัย

การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่น จากการศึกษาพบว่า การเสพติดอินเทอร์เน็ต มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทในสมองที่คล้ายคลึงกับการติดสารเสพติด (Kim et al., 2011) เมื่อวัยรุ่นมีการใช้งานอินเทอร์เน็ต กิจกรรมในอินเทอร์เน็ตจะกระตุ้นเซลล์ประสาทให้ปล่อยสารสื่อประสาท ซึ่งเป็นสารเดียวกันกับเมื่อมีการใช้สารเสพติด ทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจ (Lin & Luo, 2015) การใช้อินเทอร์เน็ตเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยให้วัยรุ่นหลบหนีจากความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกที่ได้รับความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ความรู้สึกที่ได้รับจากการใช้อินเทอร์เน็ตทำให้มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น ความรู้สึกดังกล่าวผลักดันให้ใช้งานอินเทอร์เน็ตมากขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดสภาวะที่มีการรับรู้ลดลง ส่งผลให้มีความต้องการใช้งานมากขึ้นเพื่อที่จะได้รับความสุข ความตื่นตื้นเหมือนเดิม (tolerance) การหมกมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อการเรียนและสัมพันธ์ทางกับคนในครอบครัว ผลกระทบดังกล่าวทำให้วัยรุ่นเริ่มตระหนักถึงปัญหา เมื่อพยายามที่จะเลิกใช้งานอินเทอร์เน็ตแต่ไม่ประสบความสำเร็จ เพราะเมื่อลด

หรือหยุดใช้งานอินเทอร์เน็ต วัยรุ่นจะมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวายใจ (withdrawal) ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถทนต่ออาการไม่สุขสบายได้ ต้องกลับไปใช้งานอินเทอร์เน็ตคงเดิม ซึ่งอาการที่ได้กล่าวมาข้างต้นแสดงถึง การเสพติดอินเทอร์เน็ต (internet addiction) (Young, Yue & Ying, 2011) โดยที่ลักษณะการใช้งานอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น ได้แก่ การรับชมคลิปวิดีโอออนไลน์ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเล่นเกมออนไลน์ และการพนันออนไลน์ เป็นต้น (Young, 2009) จากการทบทวนงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นพบว่า มีหลายปัจจัย โดยปัจจัยคัดสรรที่ศึกษาในครั้งนี้คือการเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### การเห็นคุณค่าในตนเองกับการเสพติดอินเทอร์เน็ต

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และทัศนคติทั้งในแง่บวกหรือแง่ลบต่อตัวบุคคลเอง รวมทั้งการรับรู้การตอบสนองของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง โดยผู้ที่มีคุณค่าในตนเองสูงจะพิจารณาว่าตนมีคุณค่าในฐานะบุคคลคนหนึ่ง มีความเคารพตนเอง มองเห็นตนเองเป็นคนมีค่าโดยไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นว่าดีกว่าหรือด้อยกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีคุณค่าในตนเองต่ำจะขาดการเคารพตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่ดีพอเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น (Rosenberg & Simmons, 1971) วัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะใช้งานอินเทอร์เน็ตประเภทเครือข่ายสังคมออนไลน์เพิ่มมากขึ้น โดยความคิดเห็นเชิงบวกที่ได้รับจากเพื่อนเมื่อใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ ทำให้วัยรุ่นมี

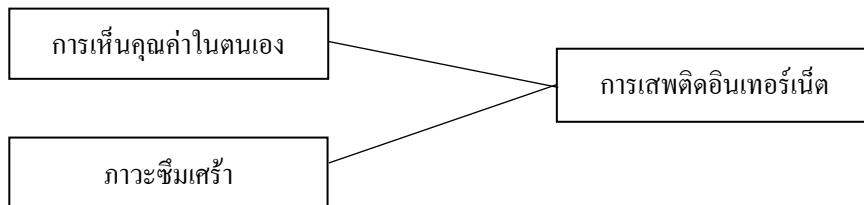
การเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Wang, Jackson, Zhang, & Su, 2012) ความคิดเห็นเชิงบวกที่ได้รับนับเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เข้าไปใช้งานอินเทอร์เน็ตเพื่อเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งถ้ามีการใช้งานอินเทอร์เน็ตมากขึ้น นำไปสู่ภาวะพึ่งพาหรือการเสพติดในที่สุด (Griffiths, 2000) จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับการเสพติดอินเทอร์เน็ต พบว่าวัยรุ่นที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีการเสพติดอินเทอร์เน็ตสูง (Aydin & Sari, 2011; Baharainian & Khanzaee, 2014; Bozoglan et al., 2013; Fortes & Fernandes, 2016; Jang & Ji, 2012; Pantic et al., 2017; Rastergar & Dousti, 2016; Seabra et al., 2017) อย่างไรก็ตาม บางงานวิจัยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับการเสพติดอินเทอร์เน็ต (Agaj, 2015; Ayas & Horzum, 2013)

**ภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ต**

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด ไม่มีคุณค่า สิ้นหวัง ไร้หนทางสู้ เฉื่อยชา เบื่ออาหาร และมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน ส่งผลกระทบถึงการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (Radloff, 1977) วัยรุ่นที่มีภาวะ

ซึมเศร้ามักจะแยกตัว อันจะทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Whisman, 2017) วัยรุ่นอาจใช้อินเทอร์เน็ตจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง เพื่อทดแทนความสัมพันธ์ในชีวิตจริง โดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลางในการติดต่อ สร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นบนโลกออนไลน์ (Young & Roger, 1998) และเมื่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความพึงพอใจกับการสร้างสัมพันธภาพบนโลกออนไลน์ ทำให้มีการเพิ่มระยะเวลาในการใช้งานอินเทอร์เน็ต และไม่สามารถหยุดการใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ จนเกิดการเสพติดอินเทอร์เน็ต (Young, 2009) จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ต พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสูง มีแนวโน้มที่จะมีการเสพติดอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น (Ayas & Horzum, 2013; Baharainian & Khazae, 2014; Orsal et al., 2013; Ostovar et al., 2016) อย่างไรก็ตาม มีบางงานวิจัยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ต (Sahin, 2014; Sharma et al., 2016)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่น ดังภาพที่ 1



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2562

### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) มีขั้นตอนในการเลือกตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 เลือกอำเภอแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกอำเภอที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขั้นที่ 2 เลือกโรงเรียนที่เป็นตัวแทนของโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในเขตอำเภอเมืองจำนวนทั้งหมด 8 โรงเรียน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายมา 2 โรงเรียน

ขั้นที่ 3 ในแต่ละโรงเรียนใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในการสุ่มห้องเรียน โดยสุ่มห้องเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 มาชั้นปีละ 2 ห้องเรียน รวมได้กลุ่มตัวอย่างโรงเรียนละ 6 ห้องเรียน (รวม 2 โรงเรียนเท่ากับ 12 ห้องเรียน) ซึ่งแต่ละห้องมีนักเรียนประมาณ 35 - 45 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งห้องเรียนตามความสมัครใจ

## การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตมีค่า อยู่ระหว่าง  $-0.15$  ถึง  $-0.60$  (Aydin & Sari, 2011; Baharainian & Khanzaee, 2014; Bozoglan et al., 2013; Fortes & Fernandes, 2016; Jang & Ji, 2012; Pantic et al., 2017; Rastegar & Dousti, 2016) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ตมีค่าอยู่ระหว่าง  $.27$  -  $.80$  (Banjanin et al., 2015; Kaur, 2015; Ni et al., 2009; Orsal et al., 2013; Yadav et al., 2013) การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ  $.15$  กำหนดค่ากำลังทดสอบ (power) เท่ากับ  $.80$  ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ  $.05$  ใช้สถิติสหสัมพันธ์ และทดสอบสมมติฐานแบบ 2 ทิศทาง (two-tails) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 346 คน และเพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 15 (จรนิตแก้วกั้ววาล และประตาศิ สิงหสิวานนท์, 2551) เป็นจำนวน 52 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 398 คน การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างทั้งห้องเรียน ได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจและตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 400 คน ซึ่งเพียงพอกับขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ข้างต้น

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการส่งหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการ โรงเรียนของแต่ละโรงเรียน ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น แผนการเรียน เกรดเฉลี่ยสะสม ความสัมพันธ์กับเพื่อนและครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต

2. แบบประเมินการเสพติดอินเทอร์เน็ต พัฒนาโดย ยังและคณะ (Young et al., 1998) แปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2547) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมหมกมุ่นและสูญเสียการควบคุมตนเองในการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งทำให้ละเลยหน้าที่และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคย) ถึง 5 (เป็นประจำ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20 - 100 คะแนน โดย

คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการเสพติดอินเทอร์เน็ตสูง และสามารถแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ต (คะแนนรวมตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป) กลุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต (คะแนนรวมอยู่ในช่วง 50 - 79 คะแนน) และกลุ่มที่ไม่เสพติดอินเทอร์เน็ต (คะแนนรวมต่ำกว่า 49 คะแนน) จากการนำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปใช้ในนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ .85 และจากงานวิจัยนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ .89

3. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg self – esteem scale: RSE) พัฒนาโดย โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยพัศตร์วิไล ศรีแสง (Srisaeng, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติทั้งทางบวกหรือทางลบที่มีต่อตนเอง ลักษณะคำถามมีทั้งข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และมีการกลับคะแนนในข้อความที่มีความหมายในทางลบ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10 - 40 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง แสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จากการนำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปใช้ในนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ .76 และจากงานวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ .83

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for

Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) พัฒนาโดยเรดลอฟฟ์ (Raddloff, 1977) แปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ลักษณะคำถามเป็นข้อความทางบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ตลอดเวลา) ถึง 3 (ไม่เคย) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าสูง โดยคะแนนรวมตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไปถือว่า มีภาวะซึมเศร้า จากการนำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้ในนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ .84 และจากงานวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ .9

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการ โรงเรียนที่จะดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการ โรงเรียนที่เข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงเรียน ผู้วิจัยเข้าพบครูที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลาสถานที่ที่จะเข้าพบผู้กลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อถึงวันเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงชี้แจงให้ทราบ ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา และผลการศึกษารายงาน เป็นภาพรวมเท่านั้น จากนั้นมอบหนังสือยินยอม เข้าร่วมวิจัยและเอกสารข้อมูล/ คำแนะนำสำหรับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปเรียนผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยได้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขโทรศัพท์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยได้ หลังจากผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอม ให้กลุ่มตัวอย่างส่งเอกสารกับหัวหน้าห้องเพื่อรวบรวมและนำไปส่งที่ห้องแนะแนวหรือห้องโฮมรูม

4. หลังจากได้รับเอกสารยินยอมจากผู้ปกครอง ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการลงนาม ผู้วิจัยประสานงานกับครูแนะแนวหรือครูฝ่ายวิชาการ เพื่อนัดหมายวันเวลา สถานที่สำหรับเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล แจกแบบสอบถาม โดยใช้ช่วงเวลาของวิชาแนะแนวหรือช่วงที่ไม่มี การเรียนการสอน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยครูไม่ได้อยู่ในชั้นเรียนขณะที่นักเรียนทำแบบสอบถาม ก่อนทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยไม่ต้อง

ระบุชื่อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 25 - 30 นาที

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยขอให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามมาใส่ในกล่องที่ปิดผนึกและมีช่องสำหรับใส่แบบสอบถามด้วยตนเอง

7. ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า กับการเสพติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ส่วนภาวะซึมเศร้าและการเสพติดอินเทอร์เน็ตไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.5) มีอายุอยู่ในช่วง 15 - 19 ปี (Mean = 16.25, SD = 1.007) ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 37.3 มัธยมศึกษาปีที่ 5

ร้อยละ 23.3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 39.4 เรียนแผนวิทย์คณิตและศิลป์ภาษา คิดเป็นร้อยละ 50.5 และ 47.5 ตามลำดับ ผลการเรียนรู้ในช่วง 3.00 - 4.00 ร้อยละ 75.8 (Mean = 3.26, SD = .51) ส่วนใหญ่ใช้สมาร์ตโฟนในการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 96.5) มีระยะเวลาในการใช้งานอินเทอร์เน็ต 4 - 6 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 39.5) มีการใช้อินเทอร์เน็ตที่บ้านและโรงเรียน ร้อยละ 95.75 และ 76.25 ตามลำดับ กิจกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่กลุ่มตัวอย่างด้วยความถี่บ่อยและบ่อยมาก 3 อันดับแรกคือ (1) ชมคลิปวิดีโอ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ ฟังวิทยุ หรือเพลงออนไลน์ ร้อยละ 89.1 (2) ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Line, Instagram, Twitter เป็นต้น ร้อยละ 87.1 และ (3) สืบค้นข้อมูลออนไลน์ สื่อการเรียนรู้ เพื่อการศึกษา หรือทำรายงาน ร้อยละ 76.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นนมีการเล่นเกมนออนไลน์ด้วยความถี่บ่อยถึงบ่อยมาก ร้อยละ 26.3

2. การเสพติดอินเทอร์เน็ต การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการเสพติดอินเทอร์เน็ตเท่ากับ 48.02 (SD = 12.72) การเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 28.72 (SD = 4.76) และภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16.01 (SD = 9.21) ดังตารางที่ 1 เมื่อจำแนกตามการเสพติดอินเทอร์เน็ต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเสพติดอินเทอร์เน็ต จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.25) และมีความเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต จำนวน 158 คน (ร้อยละ 39.5) เมื่อจำแนกตามการมีภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งหมด 99 คน ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต

**ตารางที่ 1** ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเสพติดอินเทอร์เน็ต การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า (n = 400)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
การเสพติดอินเทอร์เน็ต	20 - 100	21 - 87	48.02	12.72
การเห็นคุณค่าในตนเอง	10 - 40	13 - 40	28.72	4.76
ภาวะซึมเศร้า	0 - 60	0 - 53	16.01	9.21

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีภาวะซึมเศร้าและการเสพติดอินเทอร์เน็ต (n = 400)

ตัวแปร	มีการเสพติดอินเทอร์เน็ต		เสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต		ไม่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ต		รวม	
	จำนวน		ร้อยละ		จำนวน		ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า	4	4.00	64	64.70	31	31.3	99	24.75
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	1	0.33	94	31.23	206	68.44	301	75.25
รวม	5	1.25	158	39.50	237	59.25	400	100

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบสเปียร์แมนระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ต

ตัวแปร	r	p - value
การเห็นคุณค่าในตนเอง	-.36	<.001
ภาวะซึมเศร้า	.42	<.001

จำนวน 64 คน (ร้อยละ 64.7) นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ต จำนวน 5 คน มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 4 คน ดังตารางที่ 2

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า กับการเสพติดอินเทอร์เน็ต**

ผลการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง

มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพติดอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.36, p < .001$ ) ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .42, p < .001$ ) (ตารางที่ 3)



## การอภิปรายผล

การเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ตจำนวน 158 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.5 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 401 คน พบความเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 33.2 (พงศยา ตราชุนิตย์, ทวีศักดิ์ กสิผล และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2562) และการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาจากประเทศจีน จำนวน 2352 คน พบความเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 35.5 (Xin et al., 2018) ในขณะที่จำนวนผู้ที่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ตในการศึกษาครั้งนี้พบ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.25 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา โดยการศึกษาในประเทศไทยพบการเสพติดอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 0.7 (พงศยา ตราชุนิตย์, ทวีศักดิ์ กสิผล และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2562) การศึกษาในต่างประเทศ พบการเสพติดอินเทอร์เน็ตในประเทศจีน ร้อยละ 1.5 (Xin et al., 2018) และประเทศอิหร่าน ร้อยละ 1.6 (Hashemian et al., 2014) จากการศึกษาครั้งนี้แม้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจะพบการเสพติดอินเทอร์เน็ตไม่มากนัก อย่างไรก็ตาม ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต และจากการศึกษาที่ผ่านมา ก็พบว่า วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ตมีปัญหาทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรม (Kormas, Critselis, Janikian, Kafetzis & Tsitsika, 2011) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Yoo et al., 2014) ไม่แตกต่างจากกลุ่มเสพติดอินเทอร์เน็ต วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ตจึงน่าจะ

ได้รับการดูแลและหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตเช่นเดียวกับวัยรุ่นที่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ต

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับการเสพติดอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือวัยรุ่นที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะเสพติดอินเทอร์เน็ตสูง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Aydin & Sari, 2011; Baharainian & Khanzaee, 2014; Bozoglan, Demirer, Sahin, 2013; Fortes & Fernandes, 2016; Jang & Ji, 2012; Naseri, Mohamadi, Sayehmiri & Azizpoor, 2015; Pantic et al., 2017; Rastergar & Dousti, 2016) การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความคิด ความเชื่อ และทัศนคติทั้งในแง่บวกและลบต่อตนเอง การที่วัยรุ่นมีความคิดเปรียบเทียบ คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น นำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Rosenberg & Simmons, 1971) โดยลักษณะการใช้งานอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และการเล่นเกมออนไลน์ (Koronczi et al., 2013; You, Kim, & Lee, 2017) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับสื่อสังคมออนไลน์ (จุฑามาศ ทองประดับ, พัศนา ทวีคุณ และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2562; Tazghini & Siedlecki, 2013) ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Line หรือ Instagram ด้วยความถี่บ่อยถึง

บ่อยมาก ร้อยละ 87.1 การที่วัยรุ่นหันไปใช้งานอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อาจเป็นเพราะต้องการเพิ่มคุณค่าในตนเอง ชดเชยในสิ่งที่ตนเองขาด เช่น การสร้างข้อมูลโปรไฟล์ หรือรูปภาพของตนเองขึ้นมาใหม่โดยไม่ตรงตามความเป็นจริง (Koronczai et al., 2013) เมื่อได้รับการตอบสนองทางบวกกับภาพลักษณ์ใหม่ของตนเองบนโลกออนไลน์ ทำให้วัยรุ่นเลือกที่จะใช้เวลากับอินเทอร์เน็ตและสร้างสัมพันธภาพในโลกออนไลน์มากกว่าการอยู่ในโลกความเป็นจริง (Fortes & Fernandes, 2016) ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองทางบวกบนโลกออนไลน์ เช่น จำนวนยอดไลค์ การชมเชย หรือให้กำลังใจ ส่งผลให้วัยรุ่นใช้เวลาเล่นอินเทอร์เน็ตมากขึ้นเพื่อที่จะได้รับความรู้สึกดีเท่าเดิม มีความคิดหมกมุ่นถึงสิ่งต่าง ๆ บนโลกออนไลน์แม้จะปิดเครื่องไปแล้ว นำไปสู่การเสพติดอินเทอร์เน็ตในที่สุด (Young, 2009)

นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าวัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะเล่นเกมออนไลน์มากขึ้น (You, Kim, & Lee, 2017) ผลจากการศึกษารุ่นนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเล่นเกมออนไลน์ ความถี่บ่อยถึงบ่อยมาก คิดเป็นร้อยละ 26.3 การเล่นเกมออนไลน์จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าไปอยู่ในโลกแห่งจินตนาการ ได้ลองสวมบทบาทที่ต่างไปจากชีวิตจริง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีพลังอำนาจจากการเล่นเกมชนะหรือได้รับการเลื่อนระดับที่สูงขึ้น รวมถึงการได้รับการยอมรับจากกลุ่มผู้เล่นด้วยกัน (Park, Kang, & Kim, 2014) ความรู้สึกที่ดีต่อตนเองจากการเล่นเกมออนไลน์ ส่งผลให้วัยรุ่นเพิ่มระยะเวลาในการเล่นเกมออนไลน์นาน

ขึ้นส่งผลให้เกิดการเสพติดอินเทอร์เน็ต (Young, 2009)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเสพติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสูงมีแนวโน้มที่จะเสพติดอินเทอร์เน็ตสูง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Akin & Iskender, 2011; Ayas & Horzum, 2013; Baharainian & Khazace, 2014; Banjanin et al., 2015; Boonvisudhi & Kuladee, 2017; Orsal et al., 2013; Ostovar et al., 2016) วัยรุ่นที่ซึมเศร้านั้น นอกจากจะมีอาการท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ยังมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่ชอบตนเอง (Radloff, 1977) อาการดังกล่าวส่งผลให้วัยรุ่นมีปัญหาสัมพันธภาพ เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ และวิตกกังวลในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Whisman, 2017) จากการศึกษามาก่อนพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหันไปใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อช่วยบรรเทาความรู้สึกในแง่ลบของตนเอง (Tian, Qin, Cao, & Gao, 2021) ผลการศึกษารุ่นนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ตและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4 และร้อยละ 64.7 ตามลำดับ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าใช้งานอินเทอร์เน็ตเพื่อต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนและกำลังใจจากผู้อื่น ชดเชยการที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือเมื่อไม่ได้ใช้งานอินเทอร์เน็ต (Lin et al., 2018) วัยรุ่นคิดว่าอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามที่ต้องการได้ เพราะสามารถใช้ชื่อแฝงโดยไม่ต้อง

แสดงอัตลักษณ์ของตนและยังสามารถแก้ไขข้อความที่ไม่มั่นใจก่อนที่จะสื่อสารออกไป (Fioravanti, G., Dèttore, D., & Casale, S., 2012) การที่ไม่ต้องใช้เสียงและไม่ต้องเปิดเผยตัวตน ทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกปลอดภัย รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมการสนทนาได้ มีความวิตกกังวลน้อยกว่า การมีปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้า (Lin et al., 2018; Young & Roger, 1998) ซึ่งการใช้งานอินเทอร์เน็ตลักษณะดังกล่าว ช่วยให้วัยรุ่นมีโอกาสที่จะได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจากผู้อื่นได้มากกว่าการที่ไม่ได้ออนไลน์ ความพึงพอใจที่ได้พูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในโลกออนไลน์ ทำให้วัยรุ่นที่ซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะใช้งานอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น จนเกิดการเสพติดอินเทอร์เน็ต (Tian et al., 2021)

### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้จะพบการเสพติดอินเทอร์เน็ตจำนวนไม่มากนัก อย่างไรก็ตามมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต และเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาซึมเศร้า ดังนั้น พยาบาลในโรงเรียน ครูแนะแนว หรือครูผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตของนักเรียน ควรมีการคัดกรองการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียน เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือทั้งในกลุ่มที่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ต และกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต และเฝ้าระวังกลุ่มที่ไม่มีอาการเสพติดอินเทอร์เน็ตเพื่อป้องกันไม่ให้มีการเสพติดอินเทอร์เน็ตในอนาคต

2. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการ

เสพติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น พยาบาลในโรงเรียน ครูแนะแนว หรือครูผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตของนักเรียน ควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าเพื่อป้องกันการเสพติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดอินเทอร์เน็ต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อน และครู เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

- จรนิต แก้วกั้งวาล และ ประดาป สิงห์หวานนท์. (2551). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. ใน พรหมณี ปิติสุทธธรรม และ ชัยนงค์ พิเชียรสุนทร (บรรณาธิการ), *ตำราการวิจัยทางคลินิก (หน้า 107-143)*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- จุฑามาศ ทองประดับ, ทศนา ทวีคุณ, และ พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะคิดเฟ้นกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(2), 116-133.
- รัชชัช วรพงษ์สรร, ชนิดตา พลอยล้อมแสง, และสุรีย์พันธุ์ วรพงษ์สรร. (2547). การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดภาวะการคิดอินเทอร์เน็ต. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 34(1), 50-60.
- ธีราพร วิทิตสิริ. (2560). การใช้อินเทอร์เน็ตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดนครสวรรค์. *สวารค์ประชารักษ์เวชสาร*, 14 (2), 96-106.

- พงศยา ตราชุนิษฐ์, ทวีศักดิ์ กสิผล และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษา มัชฌมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร. *ราชวาทศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(1), 46-59.
- รวีกรานต์ นันทเวช และ จินตวีร์ มั่นสกุล. (2551). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 3(1), 1404-1418.
- รราพร วันไชยธนวงศ์ และ เกศรารักษ์ ชูพันธ์. (2557). การสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและผลกระทบของการใช้อินเทอร์เน็ตในนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(3), 124-132.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2561). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2556*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.
- สำนักงานสถิติพยากรณ์. (2559). *รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ. 2559 อุบลราชธานี*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติพยากรณ์. (2560). *รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ. 2560 อุบลราชธานี*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *สรุปผลที่สำคัญการใช้ไอซีทีของเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สำนักงานสรรพสามิตสัมพันธ์ภาคที่ 3. (2561). *แนะนำจังหวัดในสังกัดสรรพสามิตสัมพันธ์ภาคที่ 3, จุลสารสามิตสัมพันธ์ภาค 3*, 6(1), 6-8.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลากบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2 - 13.
- Agaj, D. (2015). Predictive effects of self-esteem, shyness and loneliness on internet addiction, case of Albania. *International Journal of Education and Research*, 3(12), 129-134.
- Akin, A., & Iskender, M. (2011). Internet addiction and depression, anxiety and stress. *International Online Journal of Educational Sciences*, 3(1), 138-148.
- Ayas, T. & Horzum, H. (2013). Relationship between depression, loneliness, self-esteem and internet addiction. *Education*, 133 (3), 283-288.
- Aydin, B. & Sari, S. V. (2011). Internet addiction among adolescents: The role of self-esteem. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 15(1), 3500-3505.
- Baharainian, A. & Khazae, A. (2014). Internet addiction among students: The relation of self-esteem and depression. *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*, 3(3), 1-6.
- Banjanin, N., Banjanin, N., Dimitrijevic, I., & Pantic, I. (2015). Relationship between internet use and depression: Focus on physiological mood oscillations, social networking and online addictive behavior. *Computers in Human Behavior*, 43(1), 308-312.
- Boonvisudhi, T. & Kuladee, S. (2017). Association between internet addiction and depression in Thai medical students at Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. *PLOS One*, 12(3), 1-10.
- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I., & Zoroglu, S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 352-9.
- Bozoglan, B., Demirev, V., & Sahin, I. (2013). Loneliness, self-esteem, and life satisfaction as predictors of internet addiction: A cross-sectional study among Turkish university students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54 (4), 313-319.
- Cao, H., Sun, Y., Wan, Y., Hao, J., & Tao, F. (2011). Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction. *BMC Public Health*, 11(802).
- Durak, M. & Durak, S. (2014). Which personality traits are associated with cognitions related to problematic internet use? *Asian Journal of Social Psychology*, 17(1), 206-218.

- Evren, C., Dalbudak, E., Evren, B. & Demirci, C. (2014). High risk of internet addiction and its relationship with lifetime substance use, psychological and behavioral problems among 10th grade adolescents. *Psychiatria Danubina*, 26(4), 330-339.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, G. (2009) Statistical power analyses using G\*power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(1), 1149-1160.
- Fioravanti, G., Dèttore, D., & Casale, S. (2012). Adolescent internet addiction: Testing the association between self-esteem, the perception of internet attributes, and preference for online social interactions. *Cyberpsychology Behavior and Social Network*, 15(6), 318-23.
- Griffiths, M. (2000). Does internet and computer addiction exist? Some case study evidence. *Cyber Psychology and Behavior*, 3(2), 211-218.
- Hashemian, A., Direkvand-Moghaam, A., Delpisheh, A., Direkvand-Moghaam, A., Kolivand, Z. & Abasi, M. (2014). Prevalence of internet addiction in Iranian high school students: A cross-sectional study. *Journal of Basic Research in Medical Sciences*, 1(3), 39-44.
- Iyitoglu, O., & Çeliköz, N. (2017). Exploring the impact of internet addiction on academic achievement. *European Journal of Education Studies*, 3(5), 38-59.
- Jang, M. H. & Ji, E. S. (2012). Gender differences in associations between parental problem drinking and early adolescents' internet addiction. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17(4), 288-300.
- Kim, H., Lau, H., Cheuk, K., Kan, P., Hui, L., & Griffiths, M. (2011). Brief report: Predictors of heavy internet use and associations with health-promoting and health risk behaviours among Hong Kong university students. *Journal of Adolescence*, 33(1), 215-220.
- Kormas, G., Critselis, E., Janikian, M., Kafetzis, D., & Tsitsika, A. (2011). Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic internet use among adolescents: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 595-603.
- Koronczai, B., Kökönyei, G., Urbán, R., Kun, B., Pápay, O., Nagygyörgy, et al. (2013). The mediation effect of self-esteem, depression and anxiety between satisfaction with body appearance and problematic internet use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39(4), 259-265.
- Kwon, J. H. (2011). Toward the prevention of adolescent internet addiction. In K. S. Young & C. N. de Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 223-243). Hoboken, NJ: Wiley.
- Li, D., Zhou, Y., Li, X., & Zhou, Z. (2016). Perceived school climate and adolescent internet addiction: The mediating role of deviant peer affiliation and the moderating role of effortful control. *Computers in Human Behaviour*, 60(1), 54-61.
- Lin, M. P., Wu, J. Y. W., You, J., Chang, K. M., Hu, W. H., & Xu, S. (2018). Association between online and offline social support and internet addiction in a representative sample of senior high school students in Taiwan: The mediating role of self-esteem. *Computers in Human Behavior*, 84, 1-7.
- Liu, M., & Luo, J. (2015). Relationship between peripheral blood dopamine level and internet addiction disorder in adolescents: A pilot study. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 6(1), 9943-9948.
- Missaoui, G., Brahim, T., Bouriga, W. & Abdelaziz, B. (2015). Prevalence and consequences of internet addiction in a cohort of Tunisian adolescents: A Pilot Study. *Journal of Child and Adolescent Behaviour*, 3(6), 108-123.
- Naseri, L., Mohamadi, J., Sayehmiri, K., & Azizpoor, Y. (2015). Perceived social support, self-esteem, and internet addiction among students of Al-Zahra University, Tehran, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(3), 412-421.

- Ni, X., Yan, H., Chen, S., & Liu, Z. (2009). Factors influencing internet addiction in a sample of freshmen university students in China. *Cyberpsychology & behavior*, 12(3), 327-230.
- Orsal, O., Orsal, O., Unsal, A., & Ozalp, S. (2013). Evaluation of internet addiction and depression among university students. *Social and Behavioural Sciences*, 82(1), 445-454.
- Ostovar, S., Allahyar, N., Aminpoor, H. Moafian, F., Nor, M. & Griffiths, M. (2016). Internet addiction and its psychosocial risks (depression, anxiety, stress and loneliness) among Iranian adolescents and young adults: A structural equation model in a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(3), 257-267.
- Pantic, I., Milanovic, A., Loboda, B., Blachnio, A., Przepiorka, A., Nestic, D. et al. (2017). Association between physiological oscillations in self-esteem, narcissism and internet addiction: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 258(1), 239-243.
- Park, S., Kang, M. & Kim, E. (2014). Social relationship on problematic internet use (PIU) among adolescents in South Korea: A moderated mediation model of self-esteem and self-control. *Computer in Human Behavior*, 38(1), 349-357.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rosenberg, M., & Simmons, R. G. (1971). Black and white self-esteem: The urban school child. In A.J. Reiss, B. Barber, G.F. Edwards, N. B. McDill, A.L. Stinchcombe, & H. C. White, (Eds.), *Arnold and Caroline Rose monograph series in ecology*. Washington, DC: American Sociological Association.
- Sahin, C. (2014). An analysis of the relationship between internet addiction and depression levels of high school students. *Participatory Educational Research*, 1(2), 53-67.
- Seabra, L., Loureiro, M., Pereira, H., Monteiro, S., Afonso, M. & Esgalhado, G. (2017). Relationship between internet addiction and self-esteem: Cross-cultural study in Portugal and Brazil. *Interacting with Computers*, 29(5), 767-778.
- Sharma, D., Gupta, D., Sharma, R. & Sharma, D. (2016). Internet pattern among high school students of Jaipur city: A descriptive study. *International Multispecialty Journal of Health*, 5(2), 25-31.
- Srisaeng, P. (2003). *Self - esteem, stressful life events, social support, and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.
- Tazghini, T. & Siedlecki, L. (2013). A mixed method approach to examining Facebook use and its relationship to self-esteem. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 827 - 823.
- Tian, Y., Qin, N., Cao, S., & Gao, F. (2021). Reciprocal associations between shyness, self-esteem, loneliness, depression and internet addiction in Chinese adolescents. *Addiction Research & Theory*, 29(2), 98-110.
- Tran, B., Mai, H., Nguyen, L., Nguyen, C., Latkin, C., Zhang, M. et al. (2017). Vietnamese validation of the short version of Internet Addiction Test. *Addictive Behaviors Reports*, 6(1), 45-50.
- Tsitsika, A., Critselis, E., Louizou, A., Janikian, M., Freskou, A., Marangou, E., et al. (2011). Determinants of internet addiction among adolescents: A case-control study. *Scientific World Journal*, 11(1), 866-874.
- Wang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu, J., Deng, X., & Hong, L. (2011). Problematic internet use in high school students in Guangdong province, China. *PLOS One*, 6(5), 568 - 579.
- Wang, J. L., Jackson, L. A., Zhang, D. L., & Su, Z. Q. (2012). The relationship among the big five personality factors, self-esteem, narcissism, and sensation-seeking to Chinese university students' uses of social networking sites (SNSs). *Computers in Human Behavior*, 28(1), 2313-2319.
- Whisman, M. A. (2017). Interpersonal perspectives on depression. In R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *Oxford library of psychology: The Oxford handbook of mood disorders (p. 167 - 178)*. Oxford University Press.

- Wu, S., Zhang, H., Zhao, F., Wang, J., Li, F., Bi, L. et al. (2016). Prevalence of internet addiction and its association with social support and other related factors among adolescents in China. *Journal of Adolescence*, 52(1), 103-111.
- Xin, M., Xing, J., Pengfei, W., Houru, L., Mengcheng, W., & Hong, Z. (2018). Online activities, prevalence of internet addiction and risk factors related to family and school among adolescents in China. *Addictive Behaviours Reports*, 7(1), 14-18.
- Yadav, P., Banwari, G., Parmar, C., & Maniar, R. (2013). Internet addiction and its correlates among high school students: A preliminary study from Ahmedabad, India. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 500-505.
- Yoo, S., Cho, H., & Cha, S. (2014). Associations between overuse of the internet and mental health in adolescents. *Nursing and Health Sciences*, 16(2), 193-200.
- Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1(3), 237 - 244.
- Young, K. (2009). Internet addiction: Diagnosis and treatment considerations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(1), 241-246.
- Young, K. & Rogers, C. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *Cyberpsychology & Behavior*, 1(1), 25-28.
- Young, K., Yue, D., & Ying, L. (2011). Prevalence estimates and etiologic model of internet addiction. In K.S. Young and C.N. de Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 6-14). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Zheng, Y., Wei, D., Li, J., Zhu, T. & Ning, H. (2016). Internet use and its impact on individual physical health. *IEEE Access*, 4(1), 5135 - 5142.

## THE DEVELOPMENT OF THE PSYCHOSOCIAL NURSING PROGRAM FOR AUTISTIC ADOLESCENTS WITH DEPRESSION

*Ponthip Thammawong, APN., M.N.S.\* , Soontaree Srikosai, APN., Ph.D.\*\* , Phanicha Wongkhieo, B.N.S.\*\*\**

### Abstract

**Objective:** 1) to develop and test content validity of a psychosocial nursing program developed for autistic adolescents with depression, and 2) to investigate effects of the program.

**Methods:** This research and development study was conducted using the 5-step developing and testing process (Van Meijel, Gamel, Van Swieten Duijfjes, & Grypdonck, 2004). The steps were 1) determining problem by reviewing existing care, medical record, nurses' notes, and supervision report; 2) exploring needs, contents and activities, required for the program by reviewing existing knowledge and in-depth interviewing expert registered nurses, autistic adolescents with depression experts who had expertise and experience in focus group interview among parent groups and nurses giving care for autistic adolescents; 3) designing program by based on the psychosocial intervention model developed by the Institute of Medicine of the National Academies (2015) together with the data of problems and needs analysis, and gap of practice to determine scope and contents of activities; 4) testing content validity of the program with Item-Objective Congruence by the five experts, and evaluating appropriateness of language, duration, procedure, media, feasibility, acceptance, satisfaction and obstacles toward the program by five registered nurses; and 5) testing effect of the program using a quasi-experimental study to measure depression score at baseline, immediately on program completion and 1- month follow up. Participants were 22 autistic adolescents with depression and parents. The participants were recruited following the inclusion criteria. The experimental group received the psychosocial nursing program and usual care while the control group received usual care. Data collection in the experimental group were conducted after completion of that in the control group. Outcome measures consisted of Demographic Data Questionnaire, Children's Depression Inventory-Thai version, and Program Satisfaction Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Repeated Measure ANOVA.

**Results:** The program developed comprised six activities including therapeutic relationship, psychoeducation and parent training, mindfulness-based therapy, relaxation skill training, social skill training (communication and problem-solving skills), and parent training. It was 8-session, individual-based program for the autistic participants. The parents took part in only two sessions. The program had the highest level of acceptance and clinical feasibility in terms of format, contents, activities presentation, coherence, duration, and clarity of media. The program was also beneficial for psychosocial care, feasibility, and clinical outcome. Result from testing effect of the program on depression showed that the mean score of depression significantly decreased at immediately on program completion



and 1- month follow up, as compared to baseline ( $p < .01$ ). The depression mean score of the experimental group was significantly lower than that of the control group at immediately on program completion and 1- month follow up ( $p < .01$ ). It also found significant relationship between the program and time period for outcome measure ( $p < .01$ ).

**Conclusion:** The program could decrease depression of the participants at immediately on program completion and at 1- month follow up. It will thus be an alternative for psychiatric nurses to provide direct nursing focusing on quality psychosocial nursing care based on professional standard for autistic patients.

**Keywords:** psychosocial nursing program, autistic spectrum disorder (ASD), autistic adolescents with depression

---

\*Corresponding author: Advanced Practice Nurse, Rajanagarindra Institute of Child Development, e-mail: beautynai@gmail.com

\*\* Advanced Practice Nurse, Rajanagarindra Institute of Child Development

\*\*\*Registered Nurse, Rajanagarindra Institute of Child Development

Received: 5 February 2021, Revised: 26 August 2021, Accepted: 31 August 2021

## การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า

พรทิพย์ ธรรมวงศ์, พย.ม.\*, สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด.\*\*, ภานิชา วงศ์เขียว, พย.บ.\*\*\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และ 2) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้กระบวนการพัฒนาและตรวจสอบการพัฒนาของ แวน เมเจล, กาเมล, แวน สวีเทน แดเฟส และกริฟดอนคค์ (Van Meijel, Gamel, Van Swieten Duijffjes, & Grypdonck, 2004) 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาโดยการทบทวนด้านการดูแล บันทึกวาระเขียน บันทึกการพยาบาลและผลการนิเทศ 2) สำรวจความต้องการ เนื้อหา และกิจกรรมที่ต้องการพัฒนา โปรแกรมฯ โดยทบทวนองค์ความรู้ในปัจจุบัน และสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สนทนากลุ่มผู้ปกครอง พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก 3) ออกแบบโปรแกรมฯ โดยนำแนวคิดการดูแลด้านจิตสังคมของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine of the National Academies, 2015) ร่วมกับข้อมูลที่พบจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการและช่องว่างการปฏิบัติงาน มาตรฐานการและกำหนดขอบเขต เนื้อหารายละเอียดของกิจกรรม 4) ตรวจสอบความตรงของโปรแกรมฯ ด้วยการประเมินความสอดคล้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประเมินความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลา ขั้นตอน สื่อที่ใช้ในโปรแกรมฯ ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความพึงพอใจและปัญหาอุปสรรคต่อโปรแกรม โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน 5) ทดสอบผลของโปรแกรมฯ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองวัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ เสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ปกครอง จำนวน 22 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนหลังจากเสร็จสิ้นแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Repeated Measure ANOVA

**ผลการศึกษา :** โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกผู้ปกครอง การบำบัดตามแนวการฝึกสติ การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การฝึกทักษะทางสังคม (ทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา) และการฝึกผู้ปกครอง เป็นโปรแกรมรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง โดยมีผู้ปกครองเข้าร่วมด้วยจำนวน 2 ครั้ง โปรแกรมนี้ได้รับการยอมรับและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในคลินิกในระดับมากที่สุดด้านรูปแบบ เนื้อหา การนำเสนอกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ความเชื่อมโยงต่อเนื่อง ระยะเวลา ความชัดเจนของสื่อการสอน โปรแกรมมีผลดีต่อการดูแลด้านจิตสังคม ความสะดวก

ต่อการนำไปใช้ได้จริง และผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ และในระยะติดตามผล 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน และ โปรแกรม ฯ กับช่วงเวลาที่วัดผลลัพธ์มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**สรุป :** โปรแกรม ฯ นี้ สามารถลดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทันทีและในระยะ 1 เดือน จึงเป็นทางเลือกสำหรับพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลที่สามารถทำได้โดยอิสระ เพื่อให้การพยาบาลด้านจิตสังคมอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ผู้ป่วยออทิสติก

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม โรคออทิสติก ผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า

\*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, e-mail: beautynai@gmail.com

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

วันที่รับ: 5 กุมภาพันธ์ 2564, วันที่แก้ไข: 26 สิงหาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 31 สิงหาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสติก (autism spectrum disorder) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาทที่ส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การใช้ภาษาและการสื่อสาร ขาดความยืดหยุ่นด้านความคิดและการมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ความชุกของโรคออทิสติกทั่วโลก พบได้ร้อยละ 0.60 (World Health Organization, 2013) ในขณะที่ความชุกของโรคนี้นในภูมิภาคเอเชีย ปี 1980 - 2000 พบร้อยละ 0.10 (Sun & Allison, 2010) การศึกษาในประเทศไทยปี 2558 พบความชุก ร้อยละ 0.50 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (รินสุของอาจสกุลมัน, เสาวลักษณ์ หมื่นสุนทร, นัตรมงคล ฉ่ำมาก, มปป.) จะสังเกตเห็นได้ว่าอัตราความชุกมีความแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษาอาจเนื่องจากการออกแบบการศึกษา และความตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองและวินิจฉัยโรคที่เพิ่มมากขึ้น (WHO, 2013) อาการแสดงของโรคจะพบตั้งแต่ก่อนอายุ 3 ขวบ และต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยจะควบคุมและจัดการอารมณ์ของตนเองได้น้อย หรือขาดความสามารถในการสื่อสาร ด้านอารมณ์-สังคมด้วยสีหน้า ท่าทาง หรือบอกความต้องการของตนเองได้ ปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ร่วมกับมีพฤติกรรมความสนใจหรือกิจกรรมที่ซ้ำ ๆ ผิดปกติ ระดับความรุนแรงของอาการจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับระดับเชาวน์ปัญญาและ โรคร่วมของผู้ป่วย ออทิสติก ซึ่งนำไปสู่การช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละคน (American Psychiatric Association, 2013; สุทธานันท์ กัลละ, 2561) โดยปัญหาเฉพาะ

ด้านของผู้ป่วยออทิสติกประกอบด้วยปัญหาทักษะทางสังคม การจัดการอารมณ์ ความคิด การบำบัดรักษาส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นที่จะช่วยเหลือด้านจิตสังคม โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหาเป็นอันดับแรกเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (De-la-Iglesia & Olivar, 2015) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยออทิสติกในช่วงวัยรุ่นมักพบภาวะซึมเศร้า เป็นอาการร่วมทางจิตเวชที่พบได้บ่อย โดยพบได้มากกว่าคนปกติในวัยเดียวกันถึง 4 เท่า (Hudson, Hall, & Harkness, 2018) และมักพบในวัยรุ่นออทิสติกที่มีความสามารถด้านการทำหน้าที่และสติปัญญาอยู่ในระดับสูง (high-functioning) (Defillippis, 2018; Hudson, Hall, & Harkness, 2018; Leyfer et al., 2006) ซึ่งสามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความบกพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมและการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการและอารมณ์ของตนเองกับผู้อื่น แต่มีการรับรู้ในตนเองดี (insight) จึงสามารถรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ความสามารถในการจัดการกับความเครียดและการปรับตัวในชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม ส่งผลให้วัยรุ่นออทิสติกมีอาการซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Rai et al., 2018; De-la-Iglesia & Olivar, 2015) อาการสำคัญของภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในวัยรุ่นออทิสติก ประกอบด้วยอาการทางกาย คือ มีปัญหาด้านการนอนหลับ ความอยากอาหารผิดปกติ ความสามารถในการ

ควบคุมการขับถ่ายลดลง และอาการทางด้านจิตใจ พบมีการควบคุมอารมณ์ไม่เหมาะสม วิตกกังวล และการทำร้ายตนเอง (Magnuson & Constantino, 2011) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดทำร้ายตนเองร้อยละ 10.90 และพยายามทำร้ายตนเอง ร้อยละ 7.20 อาการเหล่านี้จะมีผลกระทบทางลบเพิ่มขึ้นอย่างมากต่อการทำหน้าที่ทางร่างกาย สังคม และการเรียน นอกเหนือจากอาการหลักของโรคออทิสติกที่เป็นอยู่ (Mayes et al., 2013) อาการดังกล่าวข้างต้นพบปัญหาการให้การดูแล เนื่องจากผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกไม่สามารถบอกความรู้สึก ความต้องการของตนเองทางสีหน้าท่าทางได้ แต่จะแสดงอาการหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการให้การพยาบาลและบำบัดรักษา เนื่องจากไม่เพียงได้รับผลกระทบจากอาการของโรคออทิสติกแต่ยังต้องเผชิญกับอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดร่วมอีกด้วย

ข้อมูลปัญหาตาม ที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัย ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก ที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 15 แพ้ม (เพศชาย 10 แพ้ม เพศหญิง 5 แพ้ม) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด Children's Depression Inventory (CDI) พบว่า ร้อยละ 8.60 มีระดับคะแนนเข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.10 ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 56.50 มีการคิดถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ลงมือกระทำและร้อยละ 6.40 มีความคิดต้องการฆ่าตัวตาย (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2563) และเมื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มี

ภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 10 ราย ผู้ป่วยบอกว่าอยากนอนอย่างเดียว ไม่หิว ไม่อยากไปโรงเรียน น้ำตาไหลง่าย นอกจากนี้ ผู้ปกครองและครูให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้ป่วยร้องไห้ง่าย มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ซึมลง ผลการเรียนไม่ดี หงุดหงิดง่าย ทำร้ายตัวเอง จากข้อมูลที่พบแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญของปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ บกพร่องด้านทักษะทางสังคมและการสื่อสารความรู้สึกและความต้องการของตนเอง ความสามารถด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียด ไม่เหมาะสม

จากปัจจัยสาเหตุของปัญหาด้านจิตสังคมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยทำการทบทวนองค์ความรู้ในปัจจุบันด้วยหลักการของพิโก้ (PICO) เป็นกรอบในการสืบค้นอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศมีน้อย (Menezes, Robinson, Sanchez, & Cook, 2018) การสืบค้นพบเพียง 2 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมกล่าวคือ การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับ โปรแกรมมีอาการซึมเศร้ามลดลงและทักษะการควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้น (Santomauro et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการลดความเครียดตามแนว การฝึกสติ (mindfulness-based stress reduction)

สามารถลดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกหลังได้รับโปรแกรม (Sizoo & Kuiper, 2017) สำหรับประเทศไทยไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม สมิต และคณะ (Smith et al., 2007) ได้ทำการศึกษารูปแบบการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมในเด็กออทิสติกและให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนและมีการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นที่มีต่อผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมทั้งทดสอบประสิทธิภาพในการนำไปใช้จริง

ในทางปฏิบัติการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกพยาบาลจะทำการประเมินภาวะสุขภาพ และติดตามความก้าวหน้าของการรักษาโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา Aberrant Behavior Checklist-Community (ABC-C) ถ้าพบว่ามีอาการหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง หรือซึมลง น้ำตาไหลง่าย ไม่อยากไปโรงเรียน ความอยากอาหารลดลง มีแบบแผนการนอนที่ผิดปกติ พยาบาลจะประเมินเพิ่มเติมด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CDI) กรณีที่พบเข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง พยาบาลจะให้คำปรึกษาเบื้องต้นตามสภาพปัญหาเฉพาะหน้า และติดตามประเมินผลตามระบบนัดเพื่อติดตามการรักษาในครั้งต่อไป ในกรณีที่เข้าเกณฑ์ซึมเศร้าระดับรุนแรงพยาบาลจะส่งพบแพทย์เพื่อให้การบำบัดรักษา บางรายรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในหรือได้รับการบำบัดโดยสหวิชาชีพแบบผู้ป่วยนอก

แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านเศร้าในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น เนื่องจากต้องระมัดระวังอย่างมากในเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพราะอาจทำให้เกิดกิจกรรมหรือการแสดงออกของผู้ป่วยแ่ล่งและการสังเกตภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นไปได้ยากจากแนวทางการดูแลที่กล่าวมาแล้วยังคงพบผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.33 และในจำนวนนี้มีความคิดอยากทำร้ายตนเองร้อยละ 16.66 และข้อมูลจากการทบทวนกระบวนการดูแลระบุว่าควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าและติดตามหลังการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2563) รวมถึงข้อมูลจากการนิเทศทางการพยาบาลพบว่า การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางยังไม่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความหลากหลายและแตกต่างกัน โดยจะเห็นได้จากบันทึกทางการพยาบาลที่ระบุหัวข้อ เทคนิค การช่วยเหลือหรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญว่า ขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลแต่ละคน ผู้วิจัยสัมภาษณ์พยาบาลเกี่ยวกับปัญหาการให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก พบว่า พยาบาลรู้สึกกังวลและไม่มั่นใจในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้น หากพยาบาลสามารถให้การพยาบาลด้านจิตสังคมอย่างเป็นแบบแผนและครอบคลุมปัญหาด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจะช่วยลดอาการและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติกและ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อมูลที่พบชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงจากการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเดียวกัน แต่ได้รับการดูแลที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละราย

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากความเสี่ยงของการดูแลที่หลากหลายแตกต่างกัน จึงนับเป็นความจำเป็นที่ต้องพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม (psychosocial nursing) ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลที่สามารถทำได้โดยอิสระ (direct nursing) ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรม การรู้คิด อารมณ์ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สังคม หรือด้านสิ่งแวดล้อม อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553; Institute of Medicine of the National Academies, 2015) ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการดูแลด้านจิตสังคม (psychosocial intervention) ของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine of the National Academies, 2015) มากำหนดเป็นโครงสร้างของ โปรแกรมและใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบในการดำเนินแต่ละกิจกรรม เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้า โปรแกรมประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและเกิดความไว้วางใจ มีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรม และมีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม (อรพรรณ

ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)  
 2) สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า การป้องกันและการบำบัดรักษาแก่ผู้รับการบำบัดและผู้ปกครอง จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดและผู้ปกครองมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย (White et al., 2018)  
 3) การบำบัดตามแนวการฝึกสติ (mindfulness-based therapy) มุ่งเน้นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้เท่าทัน (awareness) และยอมรับ (acceptance) ในทุกประสบการณ์ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะโดยไม่ตัดสินใด ๆ ทั้งสิ้น (Kabat-Zinn, 2003) หากวัยรุ่นออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้าได้ฝึกกิจกรรมเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเองแล้ว (awareness of emotion) จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้เท่าทันอารมณ์ซึมเศร้าของตนเพื่อหาแนวทางจัดการลดภาวะซึมเศร้าได้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการบำบัดตามแนวการฝึกสติสามารถช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าวิตกกังวล (Sizoo & Kuiper, 2017; Spek, Van Ham, & Nyklicek, 2013) ในผู้ป่วยออทิสติกได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีความสามารถในการทำหน้าที่และสติปัญญาอยู่ในระดับสูง (Matheis & Turygin, 2016)  
 4) การฝึกทักษะการผ่อนคลาย ผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศราร่วมจะมีกิจกรรมทางกายลดลง เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ รวมทั้งมีอาการเฉยเมยแยกตัวต่อสิ่งแวดล้อม รับผิดชอบต่อตนเองในทางลบ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Matheis & Turygin, 2016) อาการเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล ดังนั้นการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัด

เกิดการผ่อนคลายด้านจิตใจ สามารถปรับตัวและมีพลังในการเผชิญปัญหาได้ 5) การฝึกทักษะทางสังคม และการฝึกผู้ปกครอง ที่มุ่งเน้นทักษะการสื่อสาร ผู้ป่วยออทิสติกจะมีความบกพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร หากได้รับการฝึกทักษะเหล่านี้อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เขาสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เหมาะสม สื่อสารบอกความรู้สึกและความต้องการของตนเองได้ เกิดความรู้สึกรับประกันใจในการสื่อสาร นอกจากนี้การสื่อสารทางบวกยังช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ความเข้าใจ และยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกันระหว่างวัยรุ่นออทิสติกและผู้ปกครอง 6) การฝึกทักษะทางสังคม ที่มุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหา ความบกพร่องในทักษะทางสังคมเป็นอาการหลักอย่างหนึ่งของผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีความสามารถด้านการทำหน้าทีและสติปัญญาอยู่ในระดับสูง (Boujarwah et al., 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย อาจยิ่งทำให้ทักษะนี้พร่องมากขึ้น ดังนั้น การฝึกทักษะการแก้ปัญหาจะช่วยเสริมสร้างการรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาก็ถูกต้อง และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน สัมพันธภาพกับผู้อื่น (Boujarwah et al., 2010; Lemer et al., 2012) ซึ่งจะส่งผลทางบวกต่ออาการซึมเศร้าให้ลดลงได้ตามมา; และ 7) การติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลหลังการบำบัดครบทุกกิจกรรมจะช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม (reassessment) เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำและประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมไปใช้ได้ สถานการณ์จริง อีกทั้งช่วยให้วัยรุ่นออทิสติกและครอบครัวมี

ความมั่นใจมากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา ทั้งนี้คาดว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และผู้ป่วยออทิสติกได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ โดย

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะก่อนและหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และระหว่างกลุ่ม

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยและพัฒนา (research and development) ตามแนวคิดของแวน ไมเจลและคณะ (Van Meijel et al., 2004) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** กำหนดปัญหา โดยการประชุมการทบทวนตนเองด้านการดูแลผู้รับบริการแผนก



ผู้ป่วยนอก ตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลร่วมกับทีมการพยาบาล ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 15 แฟ้ม บันทึกผลการนิเทศทางการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล สัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 8 คน ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 คน และญาติจำนวน 5 คน โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและสรุปผลการวิเคราะห์

**ขั้นตอนที่ 2** ตรวจสอบความต้องการ เนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 1) ทบทวนองค์ความรู้ในปัจจุบันด้วยหลักการของพิโก้ (PICO) เป็นกรอบในการสืบค้นอย่างเป็นระบบ 2) วิเคราะห์ปัญหา (problem analysis) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) พยาบาลวิชาชีพผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน พยาบาลผู้ป่วยนอกทิสติกและญาติ ในขั้นตอนที่ 1 3) วิเคราะห์ความต้องการ (need analysis) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 5 คน และสนทนากลุ่ม (focus group) ในผู้ปกครองวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า 6 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก 5 คน 4) วิเคราะห์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน (current practice analysis) โดยการทบทวนแนวปฏิบัติฯและสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน

**ขั้นตอนที่ 3** การออกแบบโปรแกรม ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ในขั้นตอนที่ 2 โดยนำแนวคิดการดูแลด้านจิตสังคมของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of

Medicine of the National Academies, 2015) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ช่องว่างการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในขั้นตอนที่ 1 มาบูรณาการและกำหนดขอบเขต เนื้อหารายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ครั้งที่ 1: กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2: กิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาและการฝึกผู้ปกครอง ครั้งที่ 3: กิจกรรมการบำบัดตามแนวการฝึกสติ “รู้เท่าทันตัว หัวใจเปี่ยมสุข” ครั้งที่ 4: กิจกรรมการบำบัดตามแนวการฝึกสติ “รู้ทันอารมณ์ หัวใจเปี่ยมสุข” ครั้งที่ 5: กิจกรรมการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ครั้งที่ 6: กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมและการฝึกผู้ปกครองมุ่งเน้นทักษะการสื่อสาร ครั้งที่ 7: กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมมุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหา ครั้งที่ 8: กิจกรรมการติดตามเยี่ยม

**ขั้นตอนที่ 4** ตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยนอกทิสติก จำนวน 2 คน ประเมินค่าความสอดคล้อง (item-objective congruence index: IOC) ถ้าพบมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรม ผู้วิจัยจะปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และจัดทำเป็นโปรแกรม (ฉบับร่าง)

2. ทดสอบความเหมาะสมของภาษาระยะเวลา ขั้นตอน สื่อที่ใช้ในโปรแกรม โดยนำ



2 กลุ่ม แบบวัดซ้ำภายในกลุ่ม (repeated measures, within-between interaction) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power =  $1 - \beta$ ) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดปานกลางที่ .30 (Cohen, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10.00 (Gray, Grove, & Burn, 2013) เท่ากับ 2 คน รวมทั้งสิ้น 22 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คน และกลุ่มทดลอง 11 คน

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนหลังจากเสร็จสิ้นแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 19/2563

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

การเข้าร่วมระบบการเรียน การยอมรับความเจ็บป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีความคิดหรือพฤติกรรมซ้ำ ๆ ปัจจัยโรคทางร่างกายอื่น ๆ ยาและขนาดของยาที่ใช้ในการรักษา และการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้รับ

2.2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสิทธิการรักษา

2.3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory, CDI) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยมาเรีย โควาซ (Maria Kovacs) ในปี ค.ศ. 1992 แปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) เป็นเครื่องมือที่ให้ตอบเอง (self-report instrument) ประเมินอาการซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ที่พบในเด็กและวัยรุ่นที่บอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความเหมาะสมสำหรับเด็กและวัยรุ่น อายุ 7 - 17 ปี มีคำถาม 27 ข้อ ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ 0, 1, และ 2 คะแนน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ลงนามยินยอมการเข้า

ร่วมการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม

3. ก่อนการทดลอง (pre - test) คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้เวลา 15 - 20 นาที

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 11 คน ให้เสร็จสิ้นก่อน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตามกิจกรรมการดูแลของหอผู้ป่วยนอก

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 11 คน โดยได้รับกิจกรรมเป็นรายบุคคลตามโปรแกรมฯ จำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 40 - 50 นาที

6. ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก จากนั้นมีการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าเมื่อครบ 1 เดือน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov one-sample test

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test

4. วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

และระหว่างเวลา ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (two-ways repeated measures ANOVA)

5. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

#### ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปได้ดังนี้

จากข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก พบว่า ร้อยละ 8.60 มีระดับคะแนนเข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.10 ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 56.50 มีการคิดถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ลงมือกระทำและร้อยละ 6.40 มีความคิดต้องการฆ่าตัวตาย (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2563) ผู้ป่วยกลุ่มนี้บอกว่าอยากนอนอย่างเดียว ไม่หิว ไม่อยากไปโรงเรียน น้ำตาไหลง่าย มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ผลการเรียนไม่ดี ซึ่งปัจจัยสำคัญของปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยประกอบด้วยความรู้สึกล้มใจในตนเองต่ำบกพร่องด้านทักษะทางสังคมและการสื่อสารความรู้สึกละและความต้องการของตนเอง ความสามารถด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียดไม่

เหมาะสม อาการเหล่านี้มักทำให้เกิดปัญหาในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกไม่สามารถบอกความรู้สึกความต้องการของตนเองทางสีหน้าท่าทางได้ แต่จะแสดงอาการหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวทำร้ายตนเอง จึงทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน นอกจากนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติก มีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าควรพัฒนาโปรแกรมที่มีเนื้อหาครอบคลุมและบูรณาการการสอนวิธีปรับความคิดและพฤติกรรมผ่านสื่อการ์ตูน ผ่านกลุ่มเพื่อน หรือผ่านรูปภาพร่วมกับผลการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขณะที่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้า และการสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้ปกครอง พบว่า ผู้ป่วยออกติสติกและผู้ปกครองต้องการเรียนรู้การฝึกทักษะที่สำคัญสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญตลอดช่วงอายุ และการทบทวนการปฏิบัติงานของพยาบาลในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกที่เข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง พยาบาลแต่ละคนจะให้การดูแลเฉพาะการให้คำปรึกษาเบื้องต้นตามสภาพปัญหาเฉพาะหน้าตามประสบการณ์ที่มีอยู่ และติดตามประเมินผลตามระบบนัดเพื่อติดตามการรักษาในครั้งต่อไป เนื่องจากพยาบาลรู้สึกกังวลและไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากข้อมูลทั้งหมดสามารถระบุได้ว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้าพบความบกพร่องด้านทักษะทาง

สังคมและการสื่อสารความรู้สึกและความต้องการของตนเอง ความสามารถด้านการจัดการกับอารมณ์ ความเครียดไม่เหมาะสม ขณะที่พยาบาลไม่มีความมั่นใจในการดูแลปัญหาเฉพาะด้านของผู้ป่วยพยาบาลแต่ละคนให้การดูแลตามประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม (psychosocial nursing) เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถสื่อสารได้อย่างมั่นใจ ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกได้และมีแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ซึ่งข้อมูลจากการทบทวนองค์ความรู้ในปัจจุบันด้วยหลักการของพิโก้ (PICO) พบมีงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการลดความเครียดตามแนวการฝึกสติในผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าวิธีการบำบัดทั้ง 2 แบบสามารถลดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกหลังได้รับโปรแกรม (Santomauro et al., 2016; Sizoo & Kuiper, 2017) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบมีการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม ทักษะแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกที่มีความสามารถด้านการทำหน้าที่และสติปัญญาอยู่ในระดับสูง จะช่วยเสริมสร้างการรับผิดชอบต่อการตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน

สัมพันธ์กับผู้อื่น (Boujarwah et al., 2010; Lerner et al., 2012) และพบแนวความคิดดูแลด้านจิตสังคมของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine of the National Academies, 2015) ที่อธิบายว่าโครงสร้างของโปรแกรมการดูแลด้านจิตสังคมประกอบด้วย 1) รูปแบบหรือลักษณะการดูแล (intervention) ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมพื้นฐาน (nonspecific elements) และกิจกรรมเฉพาะ (specific elements) 2) กลไกการทำงาน (mechanisms) ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้รับบริการ 3) ผลลัพธ์ (outcomes) ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งแนวคิดนี้ผู้วิจัยนำมาบูรณาการร่วมกับนำข้อมูลที่พบจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ช่องว่างการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในขั้นตอนที่ 1 และกำหนดขอบเขต เนื้อหารายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม ที่ใช้เวลาในการฝึกครั้งละ 40 - 50 นาที จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมด้วยการประเมินความสอดคล้อง ระหว่างเนื้อหา กิจกรรมและวัตถุประสงค์ (item-objective congruence index: IOC) พบมีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .05 - .08 มีข้อเสนอแนะให้ปรับการจัดกลุ่มหัวข้อคำถามที่ใช้ในเกมส์ที่สร้างความคุ้นเคย ใช้กิจกรรมที่เป็นรูปธรรม เข้าใจง่ายในการทำกิจกรรมเตรียมความพร้อม เช่น ภาพประกอบ นิทาน สื่อต่าง ๆ ฯลฯ เพิ่มกิจกรรม butterfly hug เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้กับตัวผู้ป่วยให้รู้สึกจิตใจสงบขึ้น สามารถลด

ความเครียดและความวิตกกังวลลง ในบางกิจกรรมควรพิจารณาให้ผู้ปกครองได้ร่วมเรียนรู้ มอบหมายการบ้านให้ไปฝึกต่อและก่อนที่จะเริ่มดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ควรมีการทบทวนการบ้านและแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากกิจกรรมที่ได้รับบำบัด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและจัดทำเป็นโปรแกรม (ฉบับร่าง) การทดสอบความเหมาะสมของภาษาระยะเวลา ขั้นตอน สื่อที่ใช้ในโปรแกรม พบว่า มีข้อเสนอแนะให้ปรับสื่อให้เป็นรูปภาพ เกมส์ ที่เหมาะสมกับวัยหรือความชอบ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น ให้ปรับกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษามาเป็นกิจกรรมครั้งที่ 2 เพื่อให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสังเกตอาการและการจัดการช่วยเหลือ ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและจัดทำเป็น โปรแกรม (ฉบับปรับปรุง) ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนผลการประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรม พบว่า พยาบาลทุกคนยอมรับโปรแกรมฯ ระดับมากที่สุดในด้าน 1) รูปแบบ เนื้อหา และการนำเสนอกิจกรรมตามโปรแกรมฯ 2) ความเชื่อมโยงต่อเนื่องของแต่ละกิจกรรม 3) ระยะเวลาในการทำกิจกรรม และ 4) ความชัดเจนของสื่อการสอนตามกิจกรรม ส่วนการใช้ภาษาและการดำเนินกลุ่มของผู้นำกิจกรรมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในเนื้อหาและรูปแบบในระดับมาก 4 คน ระดับมากที่สุด 1 คน มีความคิดเห็นว่า โปรแกรมมีผลดีต่อการดูแลด้าน

## ตารางที่ 1 เป้าหมายการบำบัดของแต่ละกิจกรรม

ครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	เป้าหมาย
ครั้งที่ 1 : กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ “รู้จักกันรู้จักเธอ”	ผู้รับการบำบัดเกิดความคุ้นเคยกับผู้รับการบำบัด บอกความชอบ ความถนัด และความสนใจของตนเองได้
ครั้งที่ 2 : กิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาและ การฝึกผู้ปกครอง/ “ชิมเสิร์ฟ เข้าใจได้”	ผู้รับการบำบัดและผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก
ครั้งที่ 3 : กิจกรรมการบำบัดตามแนว การฝึกสติ/ “รู้เท่าทันตัว หัวใจเปี่ยมสุข”	ผู้รับการบำบัดเรียนรู้การฝึกการรู้เท่าทันการเคลื่อนไหวของร่างกาย ตนเอง (awareness of body)
ครั้งที่ 4 : กิจกรรมการบำบัดตามแนว การฝึกสติ/ “รู้ทันอารมณ์ หัวใจเปี่ยมสุข”	ผู้รับการบำบัดรู้จักอารมณ์ตัวเอง และสามารถจัดการอารมณ์เศร้า ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ครั้งที่ 5 : กิจกรรมการฝึกทักษะ การผ่อนคลาย/ “ผ่อนคลายคลายเครียด”	ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลาย และสามารถปฏิบัติได้
ครั้งที่ 6 : กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคม และการฝึกผู้ปกครอง/ “สื่อสารจากใจ หัวใจเปี่ยมสุข”	ผู้รับการบำบัดมีมุมมองทางบวก เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น ยอมรับกับ ปัญหาพฤติกรรมของตนเอง และมีทักษะการแก้ไขปัญหาคือ เหมาะสม
ครั้งที่ 7 : กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคม / “แก้ปัญหาได้ หัวใจเปี่ยมสุข”	ผู้รับการบำบัดมีมุมมองทางบวก และมีทักษะการแก้ไขปัญหาคือ เหมาะสม
ครั้งที่ 8 : กิจกรรมการติดตามเยี่ยม/ “ถามไถ่สุขทุกข์”	ติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการฝึกตาม โปรแกรมไปใช้ได้ สถานการณ์จริง

จิตสังคมระดับมากที่สุด 3 คน ระดับมาก 2 คน  
ความสะดวกต่อการนำไปใช้ระดับมากที่สุดทั้ง 5 คน  
และโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง ระดับมาก  
ที่สุด 4 คน ระดับมาก 1 คน

## 2. ผลการทดสอบประสิทธิผลของ โปรแกรมฯ พบว่า

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  
ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ  
72.70 อายุเฉลี่ย 14.70 ปี (อายุระหว่าง 13 - 17 ปี)  
ร้อยละ 36.30 มีความคิดว่าตนเองเป็นผู้ป่วย ร้อยละ

27.30 ไม่น่าใจ ร้อยละ 36.40 ไม่ป่วย ร้อยละ 13.60  
มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอื่น ๆ ร้อยละ 9.10  
ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 63.40 มี  
เหตุการณ์หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีความคิด  
หรือพฤติกรรมซ้ำ ๆ ร้อยละ 100.00 อยู่ในระบบ  
การเรียน ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรค  
ทางจิตเวช มีคนหรือแหล่งที่ให้การช่วยเหลือ  
สนับสนุนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ไม่ได้ได้รับการรักษา  
ทางจิตสังคม เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม  
ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และคะแนนภาวะซึมเศรื่าก่อน

การได้รับโปรแกรมมาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test, Chi-square, และ Fisher's Exact test พบว่า ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

2.2 ผลของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะก่อนและหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และระหว่างกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาที่วัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างช่วงเวลาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ดังตารางที่ 2

2.3 ผลของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า เมื่อเวลาผ่านไป ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 17.542, p < .01$ ) แต่หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังการติดตาม 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 17.402, p < .01$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

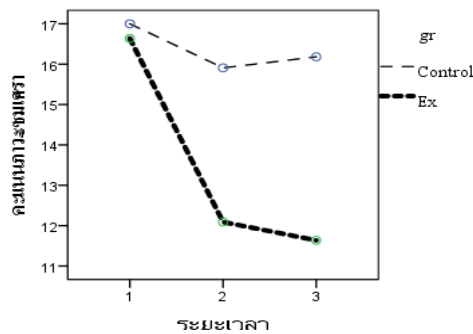
แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-value
<b>ภายในกลุ่ม (Within subject)</b>					
เวลา (time)	120.364	2	60.182	22.697	.000
เวลา x กลุ่ม (time x group)	54.909	2	27.455	10.354	.000
ความคลาดเคลื่อน (error) (เวลา)	106.061	40	2.652		
<b>ระหว่างกลุ่ม (Between subject)</b>					
กลุ่ม (group)	139.636	1	139.636	17.402	.000
ความคลาดเคลื่อน (error)	160.485	20	8.024		

หมายเหตุ Sphericity Assumed, was used to adjust the degree of freedom. SS = Sum of Squares, df = degree of freedom, MS = Mean Square



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างเวลาโดยการวิเคราะห์ Pairwise comparisons แบบ Bonferroni correction

เวลา	เวลา	mean difference	p-value
ก่อนการทดลอง	หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	2.818	.000
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	หลังการติดตาม 1 เดือน	.091	1.000
หลังการติดตาม 1 เดือน	ก่อนการทดลอง	2.909	.000



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน

**การอภิปรายผล**

1. จากผลการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล ด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ประยุกต์แนวทางการดูแลด้านจิตสังคม (psychosocial intervention) ของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine of the National Academies, 2015) และออกแบบโปรแกรมที่มีลักษณะการบำบัดแบบผสมผสานตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการบำบัดด้านจิตสังคมจำเป็นต้องใช้เทคนิคการผสมผสานรูปแบบการบำบัดทางจิต

มากกว่ารูปแบบเดียวในผู้ป่วยแต่ละราย (Stanley & schwetha, 2006; อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย และพิรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย, 2553) นอกจากนี้ ข้อมูลจากพยาบาลระบุว่า เนื้อหาโปรแกรมมีการเรียงลำดับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สื่อ อุปกรณ์ และระยะเวลามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า และโปรแกรมฯ มีความสะดวกและสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พบว่าพยาบาลที่ใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลทุกคนให้การยอมรับโปรแกรมฯ ในระดับดีมาก ทั้งในด้านความพอใจ ชอบ ดี สะดวก และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2563) รวมถึงข้อมูลจากการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยมาตรงตามเวลานัดหมาย บอกว่าสนุกและอยากมาเข้าร่วมกิจกรรม ข้อมูลจากผู้ปกครองบอกว่า ผู้ป่วยมีความใส่ใจทำการบ้านที่ได้รับมอบหมายและช่วยให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และจากการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์ (item-objective congruence index: IOC) อยู่ระหว่าง 0.5 - 0.8 จัดอยู่ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนดว่า เนื้อหากิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับความต้องการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า จะเห็นได้ว่า เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562) ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าได้วิเคราะห์ความจำเป็นและความต้องการการดูแลด้านจิตสังคมใน

ผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าและได้นำแนวคิดทางวิชาการมาประยุกต์เนื้อหาของโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2. อภิปรายผลประสิทธิผลของโปรแกรม  
จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ มีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงในกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลา 1 เดือน หลังการบำบัดสอดคล้องกับผลการศึกษาของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า (Santomauro et al., 2016) และผลการศึกษาของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการลดความเครียดตามแนวการฝึกสติ (Sizoo & Kuiper, 2017) และนอกจากนี้โปรแกรมฯ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพดีขึ้น สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมที่มุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีความสามารถด้านการทำหน้าที่และสติปัญญาอยู่ในระดับสูง (Boujarwah et al., 2010) พยาบาลจึงสามารถนำไปใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตามบทบาทอิสระ บทบาทร่วมที่ใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา นอกจากนี้การบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ไม่พบมีการยุติ/ถอนตัวระหว่างการบริหารจนถึงสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยรอกอยที่จะมาร่วมกิจกรรม และผู้ปกครองชื่นชมวิธีการดูแลตามโปรแกรม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะด้าน ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้จริง

เห็นผลชัดเจน ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นทางเลือกสำหรับการให้การพยาบาลที่สามารถทำได้โดยพยาบาลจิตเวชที่สามารถทำได้โดยอิสระเพื่อให้การพยาบาลด้านจิตสังคมอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ผู้ป่วยออทิสติก

## ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้และประเด็นในการวิจัยครั้งต่อไป

### 1. ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางในการพยาบาลด้านจิตสังคมที่สามารถทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ด้านการพัฒนาบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลางที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก

- จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น โดยมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ ผู้ป่วยออทิสติกวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พัฒนาการของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า การบำบัดตามแนวการฝึกสติ การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะทางสังคม:

ทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหา การใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในระยะก่อน-หลังการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมและการฝึกปฏิบัติ

- พยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้

โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าต้องมีการสั่งสมประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 การขยายผลการพยาบาลด้วย

โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในระบบการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก จำเป็นต้องจัดระบบการนิเทศติดตามคุณภาพการบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ และนำข้อมูลที่พบมาปรับปรุงให้คุณภาพการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาผลการปรับเปลี่ยน

การจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าด้วยการบำบัดตามแนวทางสติบำบัดเพียงรูปแบบเดียว ในผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติก และสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกในแต่ละครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ที่สนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วย

## วิจัยและอาสาสมัครวิจัยทุกท่านที่ให้โอกาสได้เกิดการพัฒนาโครงการวิจัยนี้

### เอกสารอ้างอิง

ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2563). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 34(1), 13-42.

รินสุข งามอาจสกุลมั้น, เสาวลักษณ์ หมั่นสุนทร, และ ฉัตรมงคล จำมาก. (มปป). *การสำรวจความทุกข์ของกลุ่มอาการออทิซึมในเด็กอายุ 1 - 4 ปี ในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2564, จาก <https://ycap.go.th/research/318>

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2563). *ผลการทบทวนเวชระเบียนของทีมนำทางคลินิก ปี 2563. รายงานการประเมินตนเอง*. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์: เชียงใหม่.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2563). *รายงานสถิติจำนวนผู้มารับบริการผู้มารับบริการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ปี 2561-2563. กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ*. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์: เชียงใหม่.

สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2562). *การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล*. เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ.

สุทธนันท์ กัลละ. (2561). การช่วยเหลือเด็กออทิซึม: กรณีศึกษา. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 24(3), 227-238.

อรพรรณรณ ลีอนุชวรัชย์ และ พิรพนธ์ ลีอนุชวรัชย์. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 212-230.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition, DSM-5*. Virginia: APA.

Boujarwah, F. A., Hong, H., Arriaga, R. I., Abowd, G. D., & Isbell, J. (2010). Training social problem-solving skills in adolescents with high-functioning autism. *Proceedings of the 4<sup>th</sup> International ICST Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare*. doi: 10.4108/icst.Pervasivehealth.2010.8807.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.

Defilippis, M. (2018). Depression in children and adolescent with autism spectrum disorder. *Children (Basel)*, 5(9), 112. doi.org/10.3390/children5090112.

De-la-Iglesia, M, Olivar, J. S. (2015). Risk factors for depression in children and adolescents with high functioning autism spectrum disorders. *Scientific World Journal*. Retrieved Jul 20, 2021, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562099/>.

Gray, J. R., Grove, S. K., & Burns, N. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Hudson, C. C., Hall, L., & Harkness, L. K. (2018). Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*. doi: org/10.1007/s10802-018-0402-1. Institute of Medicine of the National Academies. (2015). *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards*. Washington, DC: The National Academies Press.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.

Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., et al. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(7), 849-861.

Lerner, M. D., White, S. W., & McPartland, J. C. (2012). Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(3), 307-318.

- Magnuson, M. K., & Constantino, N. J. (2011). Characterization of depression in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 32*(4). doi:10.1097/DBP.0b013e318213f56c.
- Matheis, M. & Turygin, N. C. (2016). Depression and autism. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of assessment and diagnosis of autism spectrum disorder: Autism and child psychopathology series* (pp. 285-300). doi: 10.1007/978-3-319-27171-2\_15.
- Mayes, S. D., Gorman, A. A., Hillwig-Garcia, J., & Syed, E. (2013). Suicide ideation and attempts in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(1), 109-119.
- Menezes, M., Robinson, L., Sanchez, M. J., & Cook, B. (2018). Depression in youth with autism spectrum disorders: A systematic review of studies published between 2012 and 2016. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 8*(2). doi: org/10.1007/s40489-018-0146-4.
- Rai, D., Culpin, I., Heuvelman, H., Magnusson, C., Carpenter, P., Jones, H., et al. (2018). Association of autistic traits with depression from children to age 18 years. *JAMA Psychiatry, 175*(8), 835-843. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1323.
- Santomauro, D., Sheffield, J., & Sofronoff, K. (2016). Depression in adolescents with ASD: A pilot RCT of a group intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(2), 572-588.
- Sizoo, B. B., & Kuiper, E. (2017). Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities, 64*, 47-55. doi: 10.1016/j.ridd.2017.03.004.
- Smith, T., Scahill, L., Dawson, G., Guthrie, D., Lord, C., Odom, S., et al. (2007). Designing research studies on psychosocial interventions in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*, 354-360.
- Spek, A. A., Van Ham, N. C., & Nyklicek, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities, 34*(1), 246-253.
- Stanley, S., & Shwetha, S. (2005). Integrated Psychosocial Intervention in Schizophrenia: Implications for Patients and Caregivers. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 10*(2), 113-128.
- Sun, X., & Allison, C. (2010). A review of the prevalence of autism spectrum disorder in Asia. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(2), 156-167.
- Van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing, 48*(1), 84-92. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x.
- White, S. W., Simmons, G. L., Gotham, K. O., Conner, C. M., Smith, I. C., Beck, K. B., et al. (2018). Psychosocial treatments targeting anxiety and depression in adolescents and adults on the autism spectrum: Review of the latest research and recommended future directions. *Current Psychiatry Reports, 20*(10), 82. doi: 10.1007/s11920-018-0949-0.
- World Health Organization. (2013). *Meeting report: autism spectrum disorders and other developmental disorders: From raising awareness to building capacity*. World Health Organization, Geneva, Switzerland 16-18 September 2013.

## THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY APPLYING BUDDHISM TWELVE STEP FACILITATION PROGRAM ON PREVENTION RELAPSE BEHAVIORS OF PATIENTS COMPULSORY DRUG ADDICT

*Punnee Sanghirun, R.N.\**, *Jarinya Kaewsakultong, R.N., M.N.S.\*\**, *Maturada Bunjongkarn, R.N., Ph.D.\*\*\**

### Abstract

**Objective:** To investigate the impact of a cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program for prevention relapse behaviors and compare the mean score after finishing and 1-month follow up, of the efficacy to relapse prevention of the experimental group after participating in the cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program.

**Methods:** This study was a quasi-experimental research samples were 44 patients compulsory drug addict in Suansaranrom Psychiatric Hospital who met the criteria. The experimental and control groups were simply randomized, 22 subjects each group. Data were conducted three periods consisting of pre-test, post-test and one month after finishing the program. The experimental group participated in the cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program while the control group received regular caring activities. Research instruments were as follows: 1) A personal data questionnaire; 2) The efficacy to relapse prevention questionnaire. The program and questionnaires were validated by 3 professional experts. Cronbach alpha coefficient reliability of the efficacy to relapse prevention was .92. Data were analyzed by descriptive statistics, dependent t-test, independent t-test and repeated measures ANOVA.

**Results:** 1) After finishing and 1-month follow up, the mean score of the efficacy to relapse prevention of the experimental group after participating in the cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation Program was 146.22 (SD = 14.07) and 149.50 (SD = 14.56) respectively. The mean score at the completed program was significantly higher than the score before participating in the program (mean = 78.40, SD = 27.53) ( $p < .05$ ). 2). The mean scores of the efficacy to relapse prevention of the experimental group and control group in pre-participating in the cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program were not different. The mean scores after participating in the program and 1-month follow up were significantly different, .05.

**Conclusion:** Cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program can enhance the efficient to relapse prevention and extend the duration of non-relapse.

**Keywords:** cognitive behavior therapy program, Buddhism twelve step, prevention relapse behaviors, patient's compulsory drug addict

---

\*Registered Nurse, Professional Level, Suansaranrom Hospital

\*\*Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Surathani, e-mail: jarinya@bcnsurat.ac.th

\*\*\*Lecturer, Phrapokklo Nursing College Chanthaburi

Received: 20 May 2021, Revised: 27 August 2021, Accepted: 31 August 2021

# ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

พรรณณี แสงหิรัญ, พย.บ. \*, จริญญา แก้วสกุลทอง, พย.ม. \*\*, มธรรดา บรรจงการ, พย.ม. \*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่เข้าระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในศูนย์สาธารณสุขสังคมบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 44 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 22 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย ซึ่งเก็บข้อมูล 3 ครั้งในช่วงก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติทดสอบทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน และชนิดเป็นอิสระต่อกัน และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

**ผลการศึกษา :** 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม (เฉลี่ย = 146.22, SD = 14.07) (เฉลี่ย = 149.50, SD = 14.56) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและระยะติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลองเสร็จสิ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม (เฉลี่ย = 146.22, SD = 14.07) (เฉลี่ย = 132.68, SD = 25.02) และระยะติดตาม 1 เดือนหลังการทดลองเสร็จสิ้นกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (เฉลี่ย = 149.50, SD = 14.56) (เฉลี่ย = 124.81, SD = 15.52)

**สรุป :** โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ สามารถส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมไปใช้ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดป้องกันตนเองจากการเสพติดซ้ำและยืดเวลาในการกลับไปเสพติดซ้ำให้ยาวนานขึ้น

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม การป้องกันการ ใช้สารเสพติดซ้ำ ผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด

---

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, e-mail: jarinya@bcsurat.ac.th

\*\*\*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

วันที่รับ: 20 พฤษภาคม 2564, วันที่แก้ไข: 27 สิงหาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 31 สิงหาคม 2564



## ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดยาเสพติดโดยตรงทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรม (กรมสุขภาพจิต, 2558) ขาดการพัฒนาจนกลายเป็นบุคคลที่เสื่อมสมรรถภาพในช่วงที่ผู้ป่วยเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมกระทำสิ่งที่ไม่ดี และกระทำซ้ำบ่อยครั้งเนื่องจากขาดสติ ทำให้มีความรู้สึกผิดติดค้างในจิตใจอย่างมาก (ดรุณี กุขาว และคณะ, 2555) ไม่เคารพนับถือตนเอง และจิตใจก็มักใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อลดความรู้สึกผิดบาปลง ได้แก่ การไม่ยอมรับความจริง (denial) การมองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง (minimization) การโทษผู้อื่น (projection) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์เลิกเสพยาเสพติดไม่สำเร็จมาหลายครั้ง ไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะเลิกสารเสพติดได้สำเร็จ หรือไม่มีโอกาสกลับไปเป็นคนดีได้ ดังนั้นโรคติดยาเสพติดในมิติหนึ่งก็คือโรคของความเสื่อมถอยทางจิตวิญญาณนั่นเอง (พิชัย แสงชาญชัย, 2554) กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยทั่วไปมุ่งดูแลด้านกาย จิต สังคม แต่ยังคงขาดมิติทางด้านจิตวิญญาณที่เน้นการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นสภาวะแห่งความสุขที่เกิดจากการเข้าถึงความดี ความงาม ความจริงของชีวิต ความใกล้ชิดทางศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันต่อการติดยาเสพติด คุณค่าหรือความดีงามในจิตใจเป็นตัวปกป้องคุ้มครองไม่ให้คนเรากระทำในสิ่งที่ไม่ดี (พิชัย แสงชาญชัย, 2554)

ศูนย์สาธิตจิตสังคมนาบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งที่รับผิดชอบในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ปี พ.ศ. 2562 เป็นระยะเวลา 120 วัน จากการรวบรวมสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีผู้ป่วยยาเสพติดในระบบการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดเข้ารับการรักษาศูนย์สาธิตจิตสังคมนาบำบัด โดยโปรแกรมจิตสังคมนาบำบัด (matrix program) ผสมผสานกับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) จำนวน 108, 106 และ 103 ราย ตามลำดับ และในแต่ละปีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดและจำหน่ายกลับบ้านกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 62.03, 60.37 และ 57.28 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าทุก ๆ ปีมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ที่กลับไปเสพยาซ้ำ และต้องกลับเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และจากการทบทวนการสนทนากลุ่ม (focus group) ในระหว่างกระบวนการบำบัดได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้กลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วยคือ ในด้านผู้ป่วยไม่มีความพร้อม ถูกบังคับให้บำบัด ขาดการรับรู้และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถนำความรู้หรือทักษะไปปรับใช้ได้จริง ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ ขาดความร่วมมือในการบำบัด มีความคิดลึกลับใจ เป้าหมายไม่ชัดเจนและขาดพลังในเรื่องการเสริมคุณค่าทางจิตวิญญาณในตัวเอง ทำให้ไม่ตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ อีกทั้งขาดจิตสำนึกของการเป็นพลเมืองดี ไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการคิดวิเคราะห์

ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองที่จะนำไปสู่การเลิกยาได้ อีกทั้งด้าน โปรแกรมกิจกรรมบำบัดที่ให้กับผู้ป่วยยาเสพติดยังขาดความครอบคลุมการพัฒนาและการเข้าถึงหลักศาสนาที่จะช่วยฟื้นฟูจิตวิญญาณของผู้บำบัดเพื่อให้เกิดปัญญา เกิดการทบทวนตนเองให้มีความเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นในตนเองและเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงและสามารถก้าวข้ามปัญหาเสพติดที่ตนประสบอยู่ ละวางสิ่งไม่ดีเพื่อให้ประสบการณ์สงบสุขอย่างแท้จริงได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2554)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ปี พ.ศ. 2562 จึงได้ทบทวนรูปแบบการบำบัดและพัฒนา กิจกรรมบำบัดให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนตนเอง มีการรับรู้กระบวนการวิธีตรวจสอบความคิด รับรู้ความรู้สึกรู้สึกของตนเอง และเน้นการบำบัดที่การพยายามจัด หรือเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อ ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ได้แก่ ทักษะการโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม ทักษะการจัดการกับอาการอยากยา ทักษะการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทักษะการผ่อนคลายความเครียด (อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และคณะ, 2559) และที่สำคัญคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตที่สมดุล (balanced daily life style) เพื่อเอื้อต่อการเลิกยาเสพติดร่วมกับการใช้เทคนิคการบำบัดภาวะเสพติดแบบ 12 ขั้นตอนแนวพุทธ

เป็นหลักการฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ โดยยึดแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและพัฒนาตนไปตามหลัก 12 ขั้นตอน และให้ผู้เสพยาเสพติดได้ฟื้นฟูทางจิตใจที่ดีงาม กลับมามีสติและปัญญา มีความมั่นคงทางจิตใจเป็นภูมิคุ้มกันสิ่งไม่ดี (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2553) อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย, 2555) ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน สอดคล้องกับบริบทและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดจนสามารถป้องกันไม่ให้กลับไปเสพยาซ้ำได้ตลอดไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่เข้าระบบการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง

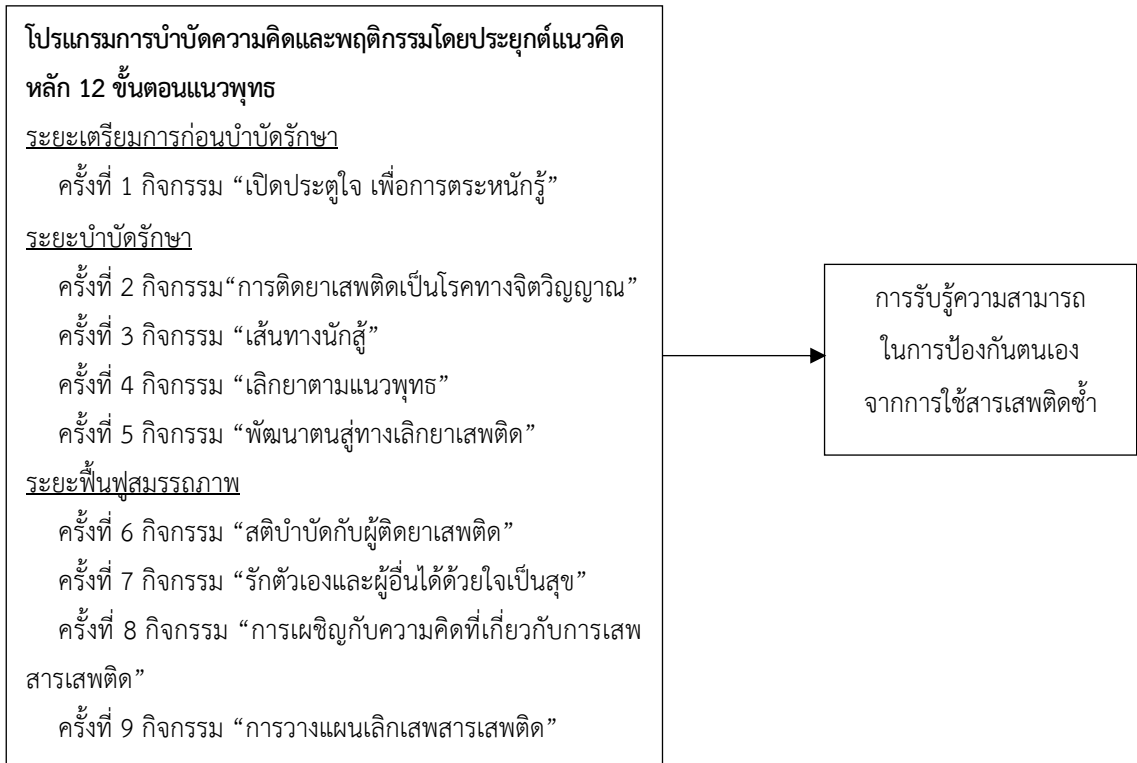
### สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการ

รับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิด

หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับ การบำบัดตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design)

**ประชากร** ประชากรในการศึกษาค้างนี้

คือ ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติยาเสพติดที่เข้ารับ การบำบัดในศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติยาเสพติดที่

เข้ารับการบำบัดในศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ระยะเล็งใจ จำนวน 44 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G\*Power version 3.1.9.4 ใช้สถิติ t-test กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบจากการทบทวนงานวิจัยที่ใกล้เคียงเรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน สำหรับผู้ป่วยในที่ติดสุรา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (วนิดา รัตนสุมาวงศ์, รัชชัช ลิพพานาจ, พิชัย แสงชาญชัย และพลังสันต์ จงรักษ์, 2555) โดยนำ mean effect size ( $d = .48$ ) มาแทนค่าในโปรแกรม G\*Power แล้วได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) และเพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็น โคนึงปกติ (normality) มากที่สุดและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% จำนวน 4 คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน โดยแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากันด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน และมีตัวแปรรบกวน (confounders) กระจายอย่างเท่าเทียมกันทั้งสองกลุ่ม ได้เป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน ซึ่งการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการปกปิดสองทาง (double-blinded experiment) คือ ระหว่างการวิจัยทั้งคณะผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบ

ว่ากิจกรรมการบำบัดใดเป็นโปรแกรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ

- 1) มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี
- 2) มีค่าคะแนนประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) อยู่ในช่วง 60-80
- 3) ประเมิน stage of change = 2
- 4) นับถือศาสนาพุทธ หรือศาสนาอื่น ๆ ที่ยินยอมเรียนรู้และปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ
- 5) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ พออ่านออกเขียนได้
- 6) ได้รับการรักษาด้วยยามาแล้ว 1 สัปดาห์ ค่า BPRS  $\leq 36$  คะแนน
- 7) ไม่มีโรคทางสมองที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย

8) มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (รหัสจริยธรรมการวิจัย SSR REC 6/2563) ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2563 หลังจากได้รับการรับรองผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา

โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาและบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์สถิติจิตสังคมบำบัด ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอโดยภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน เริ่มใช้ยาเสพติด ชนิดของยาเสพติด ที่ใช้ และการได้รับการบำบัดยาเสพติด

1.2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากงานวิจัยของสุกมาแสงเดือนฉาย (2553) โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธมีจำนวน 35 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มั่นใจมาก” จนถึง “ไม่มั่นใจเลย” เพื่อให้ครอบคลุมหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธที่กล่าวถึงหลักไตรสิกขา และมรรคมงคลแปด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความ

เที่ยงตรงของเนื้อหา รวมทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสมและนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ อีกทั้งผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (item total correlation) อยู่ระหว่าง .76 - 1.00 และคำนวณค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .92

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของอารอน เบค (Beck, 1995) และแนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธของพิชัย แสงชาญชัย (2555) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการจัดทำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะเวลาบำบัด 9 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพและจิตเวช 3 ท่าน สำหรับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาภาษาความยากง่ายจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมและทดสอบความเป็นไปได้โดย

นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

#### ระยะเตรียมการก่อนบำบัดรักษา

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เปิดประตูใจ เพื่อการตระหนักรู้”

#### ระยะบำบัดรักษา

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “การติดยาเสพติดเป็นโรคทางจิตวิญญาณ”

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “เส้นทางนักสู้”

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เลิกยาตามแนวพุทธ”

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “พัฒนาตนสู่ทางเล็กยาเสพติด”

#### ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “สติบำบัดกับผู้ติดยาเสพติด”

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “รักตัวเองและผู้อื่นได้ ด้วยใจเป็นสุข”

ครั้งที่ 8 กิจกรรม “การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด”

ครั้งที่ 9 กิจกรรม “การวางแผนเลิกเสพยาเสพติด”

#### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ซึ่งทดลองฝึกการใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำก่อนนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยทำกิจกรรมตามโปรแกรม เก็บข้อมูล

แบบสอบถาม และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา 3 ระยะ ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติดโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตามแนวทางการทำวิจัยดังนี้

##### 1.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเขียนโครงร่าง และออกแบบเครื่องมือในการวิจัย และเสนอเพื่ออนุมัติ

##### 1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของ

เครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และเสนอโครงร่างเพื่อขอพิจารณาการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

##### 1.3 หลังโครงร่างวิจัยผ่านการ

พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ

##### 1.4 ผู้วิจัยเตรียมตัวในการทำกลุ่ม

กิจกรรมตาม โปรแกรมการบำบัดความคิดและ

พฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอน แนวพุทธ สำหรับผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และประสบการณ์การทำกลุ่มจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดอย่างน้อย 2 ปี วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยจะอธิบายถึงหลักการ แนวคิด วัตถุประสงค์ ขอบเขต เนื้อหา และขั้นตอนของกลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรมซึ่งแบ่งเป็นกิจกรรมตามรูปแบบการบำบัดของศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด คือ โปรแกรมจิตสังคมบำบัด (matrix program) ผสมผสานกับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดปกติ และกิจกรรมเสริมที่สอดคล้องโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอน แนวพุทธ โดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าผู้ป่วยรายใดอยู่กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มตัวอย่างตลอดจนจบการศึกษา เพื่อป้องกันอคติในการปฏิบัติการบำบัด และการมอบหมายกิจกรรมเสริมเป็น โปรแกรมการวิจัย และสาธิตการใช้เครื่องมือ และให้ทดลองใช้เครื่องมืออภิปราย ชักถามข้อสงสัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน มีความพร้อม มั่นใจในการทำกิจกรรม และเก็บข้อมูลวิจัย

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ตามเกณฑ์ที่กำหนด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มละ 22 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่าตนเองถูกจัดอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยนัดหมายการทำกลุ่มกิจกรรมในวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 13.00 - 14.00 น. ณ ศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด

2. ขึ้นดำเนินการทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลโดยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ มีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำในการทำกิจกรรม จัดให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมทุกวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันจันทร์ - วันศุกร์ วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลา 60 นาที รวม 9 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 “เปิดประตูใจเพื่อการตระหนักรู้” กิจกรรมที่ 2 “การคิดยาเสพติดเป็นโรคทางจิตวิญญาณ” กิจกรรมที่ 3 “เส้นทางนักสู้” กิจกรรมที่ 4 “เลิกยาตามแนวพุทธ” กิจกรรมที่ 5 “พัฒนาตนสู่ทางเลิกยาเสพติด” กิจกรรมที่ 6 “สติบำบัดกับผู้ติดยาเสพติด” กิจกรรมที่ 7 “รักตัวเองและผู้อื่นได้ด้วยใจเป็นสุข” กิจกรรมที่ 8 “การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวกับการเสพสารเสพติด” และกิจกรรมที่ 9 “การวางแผนเลิกเสพสารเสพติด” โดยระหว่างการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองจนครบตามโปรแกรม จะใช้คนละช่วงเวลาในการทำ

กิจกรรมที่แยกจากกลุ่มควบคุม และอธิบายเหตุผลความจำเป็นให้กลุ่มทดลองงดเว้นการพูดคุยถึงกิจกรรมที่ได้เข้าร่วม (โดยอธิบายว่าจะจัดกิจกรรมให้กลุ่มควบคุมภายหลังจัดให้กลุ่มทดลองเสร็จสิ้นแล้ว) ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมปัจจัยภายนอกจากการถ่ายเทระหว่างกลุ่ม (contaminate) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการบำบัดโดยใช้กระบวนการชุมชนบำบัด การบำบัดรักษาแบบจิตสังคมบำบัด และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST)

3. **ขั้นประเมินผลการดำเนินกิจกรรม**  
 หลังจากดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 9 กิจกรรม ประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ และหลังจากนั้น 1 เดือน จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ที่ข้อมูลทางสถิติ

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ช่วยวิจัย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์สาริตจิตสังคมบำบัด เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือ

การมารับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ จะปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการจับสลาก กลุ่มละ 22 คน และดำเนินการประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำก่อนเข้าโปรแกรม (pre-test) ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งภายหลังการประเมินได้ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที จัดทุกวันสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ และประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นทันที โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ และหลังจากนั้น 1 เดือน (post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ chi-square test และสถิติ fisher exact test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test independent โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง



ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 และ 2 โดยวิธี Bonferroni

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.45 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 54.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 36.40 มีอาชีพหลักก่อนเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 45.50 มีรายได้รวมต่อเดือนส่วนใหญ่ 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 63.60 เริ่มใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุอยู่ในช่วง 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.50 ชนิดของยาเสพติดที่ใช้เป็นหลัก/เบียร์ คิดเป็นร้อยละ 31.80 และไม่เคย

เข้ารับการบำบัด คิดเป็นร้อยละ 54.50

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอยู่ในช่วงอายุ 26 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.90 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 45.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 27.30 มีอาชีพหลักก่อนเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่คือธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 31.80 มีรายได้รวมต่อเดือนส่วนใหญ่ 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.90 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 50.00 เริ่มใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุอยู่ในช่วง 16 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.50 ชนิดของยาเสพติดที่ใช้เป็นหลัก/เบียร์ คิดเป็นร้อยละ 40.90 และไม่เคยเข้ารับการบำบัดเท่ากับเคยเข้ารับการบำบัด คิดเป็นร้อยละ 50.00

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลอง

พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที (mean = 146.22, SD = 14.07) และระยะติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม (mean = 149.50, SD = 14.56) มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (mean = 78.40, SD = 27.53) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

พบว่าไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง

เสร็จสิ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p$ -value = .032) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 146.22, SD = 14.07) (mean = 132.68, SD = 25.02) และระยะติดตาม 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p$ -value = .000) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 149.50, SD = 14.56) (mean = 124.81, SD = 15.52) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน (n = 22)

คะแนนการรับรู้ความสามารถ ในการป้องกันตนเองจากการใช้ สารเสพติดซ้ำ	mean (SD)			p-value		
	ก่อนทดลอง (1)	หลังทดลอง (2)	ติดตามผล 1 เดือน (3)	(1) และ (2)	(1) และ (3)	(2) และ (3)
กลุ่มทดลอง	78.40 (27.53)	146.22 (14.07)	149.50 (14.56)	.000*	.000*	.384

\* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน (n = 44) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2809.70	1	2809.70	5.69	.022*
error	20728.01	42	493.52		
ความแตกต่างภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	62916.01	1	62916.01	106.40	.000*
ระยะเวลา x กลุ่ม	6825.28	1	6825.28	11.54	.001*
error	11871.46	42	282.65		

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม หากพิจารณาในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ มีการดำเนินอย่างมีขั้นตอนและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมบำบัดในแต่ละครั้ง ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการกลับไปเสพติด (relapse process) การป้องกันการกลับไปเสพติด (relapse prevention) เกิดการเรียนรู้และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยาก (triggers) และสามารถใช้ทักษะการโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม ทักษะการจัดการกับอาการอยากยา ทักษะการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทักษะการผ่อนคลายความเครียด (อภิศักดิ์

วิทยานุกุลลักษณ์ และคณะ, 2559) และที่สำคัญคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตที่สมดุล (balanced daily life style) เพื่อเอื้อต่อการเลิกยาเสพติดร่วมกับมีการพัฒนาจนเกิดปัญหาที่ช่วยฟื้นฟูจิตวิญญาณของผู้บำบัด ซึ่งทำให้เกิดการทบทวนตนเอง มีความเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดจากการเสพยาเสพติด เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งมีความพร้อมในการนำความรู้และทักษะที่ได้ในการบำบัดไปปฏิบัติด้วยความพยายามอย่างจริงจังจนสามารถเลิกยาเสพติดและไม่กลับไปเสพติดซ้ำอีก และส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงและสามารถก้าวข้ามปัญหาเสพติดที่ตนประสบอยู่ ละวางสิ่งไม่ดี ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหยุดใช้ยาเสพติดได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ปัญญาสุข และสุกมาแสงเดือนฉาย (2556) ที่ศึกษากลุ่มผู้ใช้แอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาในระยะบำบัดยาและจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการศึกษาใช้แบบวัดเดียวกัน พบว่าผู้ใช้แอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาในระยะบำบัดยาและจำหน่ายกลับบ้านมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งในกิจกรรมของโปรแกรมจะมีการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำให้กับผู้ป่วย โดยในการบำบัดจะจัดกิจกรรมในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นในประสบการณ์ของตนเองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยทุกคนมีเป้าหมายเดียวกันในการเลิกยาเสพติด มีการพูดคุยกันในการเผชิญสิ่งกระตุ้นที่

นำไปสู่การใช้สารเสพติด ซึ่งมีทั้งประสบการณ์ที่สำเร็จ และทำไม่สำเร็จ มีการให้กำลังใจกัน เป็นการสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งการฝึกทักษะของการจัดการความอยากยา การปฏิเสธ รวมทั้งการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของแบนคูรา (1986) ที่กล่าวถึงแหล่งที่มาของการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าได้จาก 1) การประสบความสำเร็จจากการกระทำ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) สถานะทางสรีระวิทยา ซึ่งกิจกรรมมีการพัฒนาระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถให้กับผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ปัญจนุศย์ และสุกมา แสงเดือนฉาย (2556) ที่ศึกษากลุ่มผู้ใช้แอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาเฉพาะในระยาระยะบำบัด ซึ่งผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่บำบัดประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ และกลับบ้าน การบำบัดระยะนี้เน้นการบำบัดอาการทางร่างกายที่เกิดจากการขาดยาเสพติด การเตรียมความพร้อมของสภาพร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการรับรู้และประเมินตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงดีขึ้น มีจิตใจเข้มแข็งขึ้น มั่นใจในตนเองมากขึ้นสามารถกลับบ้านได้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของสิอรุณ แผลมภู (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยที่บำบัดในระยาระยะบำบัดยาส่วนหนึ่งไม่เข้ารับรักษาตัวต่อในระยาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะ

มีความเชื่อว่าเมื่อรักษาอาการทางร่างกายหายแล้วจะสามารถเลิกยาได้ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มเป้าหมายจะต้องผ่านการบำบัดรักษาระยะบำบัดยา และตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาตัวต่อในระยาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงได้รับการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการอยู่บำบัด และให้มีกรรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงอาจประเมินความสามารถของตนเองได้สูงตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งมีการรับรู้ว่าคุณมั่นใจในความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ อาทิ คัทเดนท์ (Kadden, 2008) ที่พบว่า การเข้าบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งระยะบำบัดและระยาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้ผู้ติดสารเสพติดมีภูมิด้านทานที่เข้มแข็งพอที่จะแก้ไขปัญหาก็ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อกลับไปเผชิญกับปัญหาเก่า ๆ และสภาพสังคมเดิมที่ยังคงมียาเสพติด จึงมีแนวโน้มที่คงไว้ซึ่งพฤติกรรมหยุดเสพยาได้ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำจึงเพิ่มขึ้น และพบความแตกต่างกันในระยาระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยาระยะติดตาม 1 เดือน

จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอน แนวพุทธ ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองกลับมามีจิตใจที่ดีงามอีกครั้ง และก่อเกิดปัญญาในการพัฒนาตนเองอย่างมีศักยภาพ เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนแก้ไขตนเอง มีความมั่นใจในระดับที่จะหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เกิดจากปัจจัยภายในและ

ภายนอก มีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ โดยส่งผลให้มีแรงจูงใจ และความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ

2. สมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำเป็นรายคู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ 2 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลองเสร็จสิ้น (คู่ที่ 1) 2) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน (คู่ที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้ข้อสรุปที่ได้อาจกล่าวได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการก่อนบำบัดรักษา มี 1 กิจกรรม คือ กิจกรรม “เปิดประตูใจ เพื่อการตระหนักรู้” ระยะบำบัดรักษา มี 4 กิจกรรม คือ กิจกรรม “การติดยาเสพติดเป็นโรคทางจิตวิญญาณ” กิจกรรม “เส้นทางนักสู้” กิจกรรม “เลิกยาตามแนวพุทธ” และกิจกรรม “พัฒนาตนสู่

ทางเลิกยาเสพติด” ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มี 4 กิจกรรม คือ กิจกรรม “สติบำบัดกับผู้ติดยาเสพติด” กิจกรรม “รักตัวเองและผู้อื่น ได้ด้วยใจเป็นสุข” กิจกรรม “การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวกับการเสพติด” และกิจกรรม “การวางแผนเลิกเสพติด” ซึ่งทั้ง 9 กิจกรรม ส่งเสริมให้มีความตั้งใจในการบำบัดรักษา สร้างความเชื่อมั่นและการรับรู้ในความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งการดำเนินการกิจกรรม เมื่อผ่านขั้นตอนการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดจะย้ายไปฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ซึ่งจะเป็นช่วงที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม สถานที่ บุคคลและสังคม ผู้เข้ารับการบำบัดจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำในการบำบัดรักษา เพราะจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำเป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงระดับของการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำขึ้นลงได้เสมอ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์และเงื่อนไข โดยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของแต่ละคนอาจแตกต่างกันในช่วงเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำมีอิทธิพลอย่างมากต่อการแสดงออกของพฤติกรรม (Marlatt & Witkiewitz, 2004) การเสริมกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำในการบำบัด เพื่อกระตุ้นความตั้งใจและแรงจูงใจเป็นระยะ ๆ จึง

ยังคงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธนี้ มีกิจกรรมที่ดำเนินการในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 4 กิจกรรม คือ กิจกรรม “สติบำบัดกับผู้ติดยาเสพติด” กิจกรรม “รักตัวเองและผู้อื่นได้ด้วยใจเป็นสุข” กิจกรรม “การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวกับการเสพติด” และกิจกรรม “การวางแผนเลิกเสพติด” และประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดว่าอยู่ในระดับใด สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา รัตนสุมาวงศ์ และคณะ (2555) ได้ศึกษาผลของการให้การบำบัดตามหลัก 12 ขั้นตอนแก่ผู้ป่วยติดสุรา เปรียบเทียบกับการให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามหลัก 12 ขั้นตอนมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ตนเองและจำนวนวันหยุดดื่มที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด โดยพบความแตกต่างกันในการติดตามเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งการกล่าวถึงการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าสามารถดำเนินการได้โดยการออกแบบกิจกรรมให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้วิเคราะห์ถึงความไม่สบายใจ ความอึดอัดใจของความแตกต่างที่เกิดขึ้นในชีวิต (uncomfortable discrepancy) ระหว่างเป้าหมายที่ต้องการกับสิ่งที่เป็นจริงในชีวิต เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเกิดแรงจูงใจที่อยากจะแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการป้องกันการติดยา การศึกษาครั้งนี้พบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจมีเหตุผลหลายประการดังนี้ คือ การรับรู้ความสามารถของผู้เข้ารับการบำบัดอาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้เข้ารับการบำบัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประเมินความสามารถของตนเองจากการประสบความสำเร็จในการอยู่บำบัดรักษาได้ครบตามกำหนด ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ซึ่งจากการศึกษาถึงแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) พบว่าการที่บุคคลประสบความสำเร็จในการกระทำเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่ทำให้บุคคลประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ซึ่งจากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดที่เข้าสู่อการบำบัดรักษา มีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น ไม่มีอาการนอนยาที่จะกลับบ้าน ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างก็สมัครใจอยู่บำบัดรักษาตัวต่อเนื่องในสถานบำบัด นานถึง 2 เดือน ซึ่งการตัดสินใจที่จะอยู่รักษาตัวแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ดีขึ้น ประารถนาที่จะเลิกยาเสพติด ซึ่งจะสังเกตเห็นว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดในการศึกษาครั้งนี้บางส่วนถึงแม้จะตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ก็ไม่สามารถอยู่ได้จนครบกำหนดในระยะติดตามผลหรือกลับบ้านไปก็กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (กลุ่มทดลอง 4 คน กลุ่มควบคุม 4 คน) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่สามารถปรับตัวกับปัจจัยกระตุ้น หรือ

สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สำหรับระยะติดตามผลภายหลังเสร็จสิ้น การเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในช่วง 1 เดือนแรกผู้เข้ารับการบำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้ที่กลับไปคิดซ้ำไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีแรงจูงใจและความตั้งใจที่ยังคงจะประคับประคองตนเอง และพยายามรักษา สภาพของการไม่ใช้ยาเสพติด มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำแตกต่างกัน โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่า การบำบัดเพื่อป้องกันการคิดซ้ำที่สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยลด โอกาสของการคิดซ้ำได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ (2557) ที่นำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อป้องกันการคิดซ้ำในกลุ่มของผู้ป่วยสุรา พบ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันคือ ความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการดื่มได้ในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญอีกตัวแปรหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความพร้อมหรือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม หรือกล่าวได้ว่าเป็นตัวแทนของส่วนประกอบของพฤติกรรมหรือ การปฏิบัติ (behavioral component) ที่ทำให้เกิด พฤติกรรมการแสดงออกที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ อย่างไรก็ตามระดับของการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงก็อาจส่งผลต่อ พฤติกรรมที่แสดงออกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2554) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน รูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าการขาด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำเป็นการคิดที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ เกี่ยวกับความไม่สำเร็จในความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ซึ่งเมื่อไรที่ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำน้อยลง ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่ การคิดซ้ำได้ง่ายขึ้น

#### ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของ ความคงทนการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำต่อไป

2) ศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ เพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยนอก หรือกลุ่มผู้ป่วยนอกในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่กระทำผิดในคดี ยาเสพติด

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่สนับสนุน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรของ ศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ทุกท่านที่เอื้ออำนวยให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2558). *โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไข ปัญหาหายเสพติด (TO BE NUMBER ONE) กรมสุขภาพจิต*. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2563, จาก <http://www.tobenumber1.net>
- ฉวีวรรณ บุญบุญชัย และ สุกมา แสงเดือนฉาย. (2556). ผลของ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการ คิดซ้ำของผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 24-38.
- ครุณี ภูขาว และคณะ. (2555). *การบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย และคณะ. (2554). *ประสิทธิผลของพฤติกรรม บำบัดแบบผสมผสานรูปแบบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- พิชัย แสงชาญชัย. (2555). *คู่มือบำบัดสุรารูปแบบ PMK-CBI*. โครงการศึกษาประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัดแบบ ผสมผสาน รูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ติด แอลกอฮอล์ (Phramongutklo Combined behavioral intervention (PMK-CBI)). ศูนย์จิตเวชศาสตร์การเสพติด โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า แผนงานพัฒนาระบบการบำบัดผู้มีปัญหา การดื่มสุรา (พรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.).
- วนิดา รัตนสุมาวงศ์, ธวัชชัย ลิฟหานาจ, พิชัย แสงชาญชัย และ พลังสันต์ จงรักภักย์. (2555). *การศึกษาประสิทธิภาพของการ บำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน สำหรับผู้ป่วยใน ที่ติดสุราโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กองจิตเวชและประสาท วิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์แพทย์ประจำ บ้านสาขาจิตเวชศาสตร์, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- สีอรุณ แผลมภู. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง แรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ติดสารเสพติด ในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะ พยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มี ต่อความพร้อมที่จะป้องกันการคิดซ้ำและพฤติกรรมการ ไม่ คิดซ้ำของผู้ป่วยสุรา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์คุณวุฒิบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, สถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ. (2557). *ผลของการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคิดซ้ำของผู้ป่วยเมท แอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน*. สถาบัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์, พงศ์ลดา ชื่นชูจิต, ณัฐพล โชคมัยตรี, วนิดา รัตนสุมาวงศ์ และ พิชัย แสงชาญชัย. (2559). *ประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสานรูปแบบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพและ แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา.
- Bandura, A., (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy*. New York: Guildford Press.
- Kadden, R. M. (2008). *Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training*. Retrieved January 28, 2019, from <http://www.bhmr.org/guidelines/CBT-kadden>.
- Marlatt, A. G., & Witkiewitz, K. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*, 59, 224-235.



## **ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN STUDENTS: THE ROLE OF TEACHERS AND GUIDELINES FOR HELPING IN SCHOOLS**

*Thitthaone Hongkittiyanon, Ed.D.\* , Boonleang Thumthong, Ed.D.\*\**

### **Abstract**

Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a symptom that has been demonstrated since childhood. Caused by abnormalities in the work of the brain this affects behavior, mood, socializing and learning of children. It consists of 3 main symptoms: inattention, hyperactivity and impulsiveness, by starting to show symptoms since childhood and most often it continues to reach adolescents or adulthood, without good intervention, the symptoms of this disorder can have a negative impact in education, occupation, family and society. Help in many ways, including giving advice to parents. Psychological assistance help in learning and drug treatment.

The role of teachers in helping to solve problems in the class by finding the cause and take corrective action in the course. Correctly, it will allow children to learn to their full potential and appropriate for ADHD. Schools should build good relationships between teachers and children. Creating a learning atmosphere that is friendly with children, being a good role model in respect of humanity appreciating change efforts knowing how to appreciate the good rather than the teacher's stare the role of the teacher is therefore important in promoting the learning atmosphere. And the environment showing acceptance of students with ADHD.

**Keywords:** Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), helping, develop skills

---

*\*Lecture, Faculty of Nurse, Rambhai Barni Rajabhat University*

*\*\*Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Education, Surindra Rajabhat University, e-mail: boonleang4848@gmail.com*

Received: 8 July 2021, Revised: 12 August 2021, Accepted: 16 August 2021

# โรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: บทบาทครูและแนวทางการช่วยเหลือในโรงเรียน

จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ศษ.ด.\*, บุญเลี้ยง ทุมทอง, ศษ.ด.\*\*

## บทคัดย่อ

สมาธิสั้นเป็นกลุ่มอาการที่แสดงให้เห็นได้ตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเข้าสังคม และการเรียนรู้ของเด็ก ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการหลัก คือ อาการขาดสมาธิ อาการซนอยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดีอาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือในด้านการเรียน และการรักษาด้วยยา

บทบาทของครูในการช่วยแก้ปัญหาในด้านการเรียน โดยการค้นหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขไปในแนวทางที่ถูกต้องจะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพและเหมาะสมตามวัยสมาธิสั้น โรงเรียนควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครูกับเด็ก การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกัลยาณมิตรกับเด็ก การเป็นต้นแบบที่ดีในการเคารพความเป็นมนุษย์ การเห็นคุณค่าในความพยายามเปลี่ยนแปลง การรู้จักชื่นชมในจุดดีมากกว่าข้อจ้อจบผิดของครู บทบาทของครูจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อมที่แสดงถึงการยอมรับเด็กนักเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้น

**คำสำคัญ:** โรคสมาธิสั้น การช่วยเหลือ การพัฒนาทักษะ

\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, e-mail: boonleang4848@gmail.com

วันที่รับ: 8 กรกฎาคม 2564, วันที่แก้ไข: 12 สิงหาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 16 สิงหาคม 2564

## บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า และเป็นอนาคตที่สำคัญของชาติ จึงควรได้รับการเลี้ยงดู และส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละวัยอย่างเหมาะสม ให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป จากข้อมูลประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2561 พบสัดส่วนประชากรวัยเด็กมีเกือบ 1 ใน 4 ของประชากรไทย ทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) นอกจากนี้คุณเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ (2564) ยังได้ศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นของไทยช่วงปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 8.30 น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ในต่างประเทศที่พบความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 11.22 และในประเทศไทยพบความชุกร้อยละ 37.57 ในจำนวนนี้มีเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 6 - 12 ปี ที่เป็นช่วงวัยสำคัญในการเรียนรู้ ทักษะชีวิต และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา มีการทำงานของสมองพัฒนาอย่างรวดเร็วและเต็มที่ (เบญจรัตน์ นุชนาฎ, 2561) หากพบอุปสรรคต่อพัฒนาการดังกล่าวในช่วงวัยนี้ เด็กอาจมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมตามวัย โดยเฉพาะการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตกลุ่มพัฒนาการและการเรียนรู้

โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก (ก่อนอายุ 12 ปี) ที่เกิดจากพัฒนาการที่บกพร่องของสมอง (Neurodevelopment Disorder) โดยมีกลุ่มอาการประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (Attention Deficit) อาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม (Impulsivity) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมี

ความผิดปกติของพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ รวมทั้งการเข้าสังคมกับผู้อื่น ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกพบประมาณ ร้อยละ 5.29 (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007) สำหรับการสำรวจในประเทศไทยในปี พ.ศ.2555 พบความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณ ร้อยละ 8.10 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ เด็กอายุระหว่าง 8 - 11 ปี ซึ่งพบความชุกสูงสุดในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 - 3) ร้อยละ 9.40 (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556) และพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4 - 6 เท่า (Piyasil & Katumarn, 2007) การที่เด็กป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อยหรือเริ่มมีอาการมักจะได้ผลดี แต่หากไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบในด้านต่างๆ ต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคมได้ในอนาคต โดยผลกระทบต่อตัวเด็กนั้นอาจมีความล้มเหลวด้านการเรียน หรือก่อให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น หนีเรียน เกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีพฤติกรรมซนซนผิดปกติ เล่นโลดโผน บางรายจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจนขาดความมั่นใจ และเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2557) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา เช่น มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด รวมทั้งมีการใช้ความรุนแรงระหว่างพี่น้องในครอบครัว (Harpin, 2005) ทางด้านสังคม พบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นผู้ใหญ่จะมีการใช้สารเสพติด ก่อ

อาชญากรรม และเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน (ADHD Institute, 2018) ในประเทศไทยพบรายงานการศึกษาเด็กที่ต้องคดีในสถานพินิจกรุงเทพมหานคร อายุ 11 - 18 ปี เป็นกลุ่มโรคสมาธิสั้นอย่างเดียวร้อยละ 28.00 และเป็นกลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะเกร ก้าวร้าว ถึงร้อยละ 82.00 (Puthisri & Yingsaree, 2003)

ทั้งนี้ โรคสมาธิสั้นสามารถคัดกรองเบื้องต้น เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ โดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น Swanson, Nolan and Pelham-IV Questionnaire หรือ SNAP-IV ซึ่งข้อคำถามจะยึดตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคตาม DSM-IV ทำให้สามารถแยกอาการของโรคสมาธิสั้นได้ (ฉัตร พิชยรัตน์เสถียร และคณะ, 2559) ซึ่งการค้นหากลุ่มเสี่ยงในระยะแรกเริ่มของการเกิดโรคจะนำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป การรักษาทางจิตสังคม เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการรักษาโรคสมาธิสั้นให้สูงขึ้น

เด็กสมาธิสั้นมักประสบปัญหาการเรียน และปัญหาการเข้าสังคมที่โรงเรียน ด้วยเหตุนี้การให้ความช่วยเหลือในโรงเรียน (School-based Interventions) โดยครูซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะโรคและผลต่อพฤติกรรม ความเป็นไปของโรค การปรับพฤติกรรม และการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น ครูควรมีทัศนคติที่ดีต่อเด็ก มีความอดทน มีความรู้และความเข้าใจข้อจำกัดของโรคสมาธิสั้น มีแนวทางการดูแลเด็กและเข้าใจเทคนิคการปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน สิ่งเหล่านี้ทำให้ครูสามารถช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นให้เรียนรู้และ

ใช้ชีวิตร่วมกับเพื่อนทั่วไปได้ดีต่อไป

## สาเหตุและวิธีการรักษาสมาธิสั้น

เชื่อว่า โรคสมาธิสั้นมีสาเหตุเป็นได้จากหลายปัจจัย โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุหลัก ส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้ป่วย ในปัจจุบันได้มีการค้นพบยีนหลายตัวที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ Dopamine 4 and 5 receptor gene, Dopamine transporter gene, Dopamine beta-hydroxylase gene, และ Serotonin transporter gene8 นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบหรือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์มากเกินไป ไม่ได้เป็นสาเหตุ แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้ (วิจิตร ณ อุทัย, 2555) ปัจจุบันเชื่อว่าโรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติของสมอง ไม่ได้เกิดจากความผิดหรือความบกพร่องของพ่อแม่ หรือการเลี้ยงดูเด็กผิดวิธี แต่การเลี้ยงดูที่ผิดวิธีจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (สถาบันราชานุกูล, 2558) นอกจากนี้จากรายงานวิจัยของคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น คือ นักเรียนชายที่เริ่มดูโทรทัศน์เมื่ออายุน้อยกว่า 1 ปี 6 เดือนมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่านักเรียนชายที่อายุมากกว่า 1 ปี 6 เดือน (OR = 5.56, 95%CI = 1.36 - 22.66) การได้รับอนุญาตให้หน้าโทรทัศน์มีสื่อไปใช้งานที่โรงเรียน (OR = 41.19, 95%CI = 3.40 - 499.41)

(ปริญา สุริพล และคณะ, 2560)

ส่วนวิธีการรักษาและช่วยเหลือโรคสมาธิสั้นนั้นสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ วิธีการรักษาทางยา โดยใช้ยากลุ่ม Psycho Stimulants ยากลุ่มต้านเศร้า (antidepressant) และยากลุ่มรักษาโรคจิต (antipsychotic) แต่อย่างไรก็ตามการรักษาทางยาเพียงอย่างเดียว แม้จะทำให้ปัญหาทางด้านสมาธิและพฤติกรรมดีขึ้น แต่เด็กสมาธิสั้นบางรายอาจไม่ตอบสนองกับยาและยังคงมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่ เด็กสมาธิสั้นจึงควรได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา เช่น การปรับพฤติกรรม (behavior modification) การปรับพฤติกรรมทางปัญญา (cognitive behavior modification) การฝึกการจัดการความโกรธ (anger management training) การฝึกควบคุมตนเอง (self-control) ครอบครัวบำบัด (family therapy) และการฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ซึ่งการบำบัดทางจิตวิทยาอาจใช้เป็นวิธีการบำบัดวิธีเดียวหรือใช้ร่วมกับการใช้ยาก็ได้ นอกจากนี้ยังควรได้รับการบริการด้านการศึกษา ได้แก่ การจัดชั้นเรียน การให้ความช่วยเหลือด้านการศึกษา ปรับวิธีการสอนและอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับศักยภาพของเด็ก รวมทั้งบริการด้านอื่น ๆ ได้แก่ การให้ความรู้และข้อมูลแก่เด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การควบคุมอาหาร เป็นต้น

### อาการเด็กสมาธิสั้นแต่ละช่วงวัย

โรคสมาธิสั้นนั้นแท้จริงแล้วได้รับการบรรยายไว้ในวารสารทางการแพทย์อย่างเป็นทางการมากกว่า 100 ปีแล้ว เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีลักษณะอยู่ไม่นิ่ง มีปัญหาในการคงสมาธิ และมัก

พบว่ามีปัญหาในการควบคุมตนเองและเกิดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ให้ผู้คนรอบข้างปวดศีรษะได้บ่อย ๆ ในปัจจุบันทั้งในวงการแพทย์และวงการการศึกษา ได้ให้ความสนใจโรคสมาธิสั้นอย่างจริงจัง ทำให้มีการศึกษาวิจัยและรวบรวมประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นจนเกิดความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นอย่างมากมาย ซึ่งสถาบันราชานุกูล (2558) ได้จัดทำคู่มือในการช่วยคุณครูดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยอธิบายกลุ่มอาการเด็กสมาธิสั้นแต่ละช่วงวัยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. วัยอนุบาล

เด็กมักมีประวัติในช่วงขวบปีแรกว่ามีลักษณะเสียงยาก เช่น กินยากนอนยาก ร้องกวนมาก มีอารมณ์หงุดหงิด แต่เด็กจะมีพัฒนาการค่อนข้างเร็วไม่ว่าจะเป็นการตั้งไข่ คลาน ยืน เดิน หรือวิ่ง เมื่อเริ่มเดินก็จะชนอยู่ไม่นิ่ง วิ่งหรือปีนป่ายไม่หยุด เมื่อเข้าอนุบาลคุณครูมักจะเห็นว่าเด็กขยุกขยิกอยู่ไม่นิ่ง ลุกจากเก้าอี้ เดินออกนอกห้อง ปีนป่าย ค้นหรือสิ่งของพลังงานมาก ไม่นอนกลางวัน เล่นกับเพื่อนแรง ๆ กระแรงไม่ถูก

#### 2. วัยประถมศึกษา

เมื่อเข้าวัยเรียน จะสังเกตได้ว่าเด็กมีสมาธิสั้นวอกแวกง่าย ไม่สามารถนั่งทำงานหรือทำการบ้านได้จนเสร็จ ทำให้มีปัญหาการเรียนตามมา การควบคุมตนเองของเด็กไม่ค่อยดี อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ทนต่อความคับข้องใจไม่ค่อยได้ ทำให้เกิดปัญหากับเพื่อน ๆ เมื่ออยู่ในห้องเรียนก็ไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนเพื่อนคนอื่น ๆ มักจะรบกวนชั้นเรียน ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของห้องเรียน

### 3.วัยมัธยมศึกษา

เมื่อเข้าวัยรุ่น อาการชอนอยู่ไม่นิ่งในเด็กบางคนอาจลดลง แต่ความไม่มีสมาธิและขาดความยับยั้งชั่งใจของเด็กจะยังคงอยู่ ปัญหาการเรียนจะหนักขึ้น เพราะอาการขาดสมาธิที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ด้วยลักษณะที่ชอบ ความตื่นเต้น ทำท่าย เบื่อง่าย ประกอบกับความล้มเหลวตั้งแต่เล็ก และความรู้สึกว่าตนเองไม่ดี เด็กอาจจะเกิดพฤติกรรมเกร่ รวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมคล้ายกัน ชักชวนกันทำเรื่องฝ่าฝืนกฎของโรงเรียน จนอาจเลยเถิดไปถึงการใช้สารเสพติดได้

#### ปัญหาพฤติกรรมที่พบร่วมกับเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นเกิดจากความบกพร่องในการทำงานของสมอง จึงสามารถพบร่วมกับความบกพร่องในความสามารถอื่นร่วมด้วยกับโรค เช่น

- ความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้ ถือเป็นความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่พบได้บ่อยในเด็กวัยรุ่น เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะพบภาวะนี้ร่วมด้วยร้อยละ 20.00 – 30.00 เด็กจะมีลักษณะอ่านหนังสือ เขียนหนังสือ คำนวณไม่ได้หรือทำได้บ้างแต่แตกต่างจากเด็กอื่น 2 ชั้นเรียน ทั้งที่ฉลาดเท่ากัน

- การพูดและการสื่อความสื่อความหมาย มักมีประวัติพูดช้าในวัยเด็ก เมื่อโตขึ้นจะพูดมากและพูดเร็ว แต่จะมีความเข้าใจในสิ่งที่คนอื่นพูดด้วยต่ำกว่าคนอื่น

- ใช้มือไม่คล่อง เด็กกลุ่มหนึ่งจะใช้มือจุ่มง่าม สับสนช่ายขวา เขียนหนังสือช้า โยเย่ ทำงานไม่ทัน

- ปัสสาวะรดที่นอนหรืออื่นปัสสาวะไม่

ค่อยได้

- ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะคือ ไม่เชื่อฟัง ชอบเถียง ก้าวร้าว โกรธเร็ว หลายคนไม่ทำตามกฎเกณฑ์ของโรงเรียน

- โรคกระดูก อาจมีการกระดูกของกล้ามเนื้อ บริเวณคิ้ว แก้ม มุมปาก คาง คอ บางคนมีเสียงในลำคอ

#### ผลกระทบของปัญหาโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดผลกระทบในแง่ลบในด้านต่าง ๆ มากมาย ทั้งต่อตัวเด็กเองและครอบครัว

ผลกระทบต่อตัวเด็ก มักจะมีปัญหาด้านการเรียน เรียนได้ไม่ดี อาจถูกให้เรียนซ้ำชั้น อาจเรียนไม่จบชั้นมัธยม หรือต้องเรียนต่อสายอาชีพ มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ทำให้ถูกทำโทษบ่อย ๆ หรือถูกพักการเรียน ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem) เนื่องจากคนรอบข้างมักจะคอยตำหนิ จับผิด ลงโทษเด็กอยู่เสมอ มีปัญหาในการเข้าสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและคนรอบข้าง ไม่ประสบความสำเร็จทางด้านอาชีพการงานเมื่อโตขึ้น มีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติดเนื่องจากชอบทดลองสิ่งที่ดีเด่นเร้าใจ เสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมาย มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากชอบกิจกรรมที่ทำท่าย เสี่ยงต่ออันตรายและปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลกระทบที่ตามมาเมื่อโตขึ้น เพราะโรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคที่เกิดเฉพาะกับเด็กหรือพบได้เฉพาะในวัยเด็กเท่านั้น ปัจจุบันพบว่าผู้ใหญ่หลาย ๆ คนที่มีปัญหานี้และไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ชีวิตไม่ประสบความสำเร็จ

## เท่าที่ควร

ในด้านการเรียนนั้น มีการศึกษาจำนวนมากรายงานว่า เด็กสมาธิสั้นนั้นมักมีผลการเรียนต่ำ ไม่สามารถเรียนได้ตามศักยภาพที่แท้จริง (under achievement) มีประวัติการสอบตก เรียนซ้ำ และขาดความรับผิดชอบในการเรียน (Wu & Gau, 2013) โดยปัญหาดังกล่าวจะเด่นชัดขึ้นเมื่อเข้าสู่ชั้นเรียนที่สูงขึ้นในระดับประถมปลายหรือมัธยมศึกษา เนื่องจากเนื้อหาการเรียนมากขึ้น และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างน้อยลง การรักษาด้วยยาสามารถเพิ่มความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนด้านทักษะการอ่านและคณิตศาสตร์ในเด็กสมาธิสั้น แต่ก็มีรายงานว่า การรักษาด้วยยาไม่ได้เพิ่มความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียน อย่างไรก็ตาม การศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ในเวลาต่อมา ยืนยันว่า การรักษาด้วยยาในกลุ่ม Psycho Stimulants สามารถเพิ่มความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนของเด็กสมาธิสั้น (Prasad, Brogan, Mulvaney, Grainge, Stanton & Sayal, 2013)

**ผลกระทบต่อครอบครัว** ได้แก่ ทำให้เพิ่มระดับความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวสูงขึ้น ทำให้เกิดปัญหาหย่าร้าง ครอบครัวขาดความสงบสุข ทำให้บุคคลในครอบครัวเสียโอกาสในอาชีพการงาน เนื่องจากเสียเวลาไปกับการดูแลเด็กมาก และท้ายที่สุดยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติอีกด้วย

โดยในช่วงเวลาเช้าหลังตื่นนอนมักเป็นช่วงเวลาที่เด็กสมาธิสั้นสามารถสร้างภาระ สร้างความเครียด และทำให้ผู้ปกครองและคนอื่นในครอบครัวหงุดหงิด โมโห ใด้บอย เนื่องจากเด็กกลุ่ม

นี้มักจะโอ้เอ้ ทำอะไรซ้ำ แต่งตัวซ้ำ รับประทานอาหารซ้ำ แปรงฟันซ้ำ อาบน้ำ เตรียมกระเป๋า นักเรียน/อุปกรณ์ การเรียนไม่เรียบร้อย ฯลฯ นักวิชาการเรียกการทำกิจกรรมเหล่านี้ว่า Early Morning Functioning (EMF) และสาเหตุที่ทำให้เด็กสมาธิสั้นทำกิจกรรมเหล่านี้ไม่ทันเวลาเนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยทักษะการบริหารจัดการเวลา (time management skill) ทักษะการกำกับตัวเอง (self-regulation skill) และความจำใช้งาน (working memory) ที่ดี ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มักจะขาดทักษะดังกล่าว นอกจากนี้ด้วยความที่เป็นโรคสมาธิสั้นทำให้เด็กกลุ่มนี้ออกแวกง่าย ลืมเวลา ไม่ค่อยฟังคำสั่ง จึงทำให้เด็กไม่สามารถทำกิจกรรมตอนเช้าได้เร็วเท่าที่ผู้ปกครองต้องการ จากการศึกษาวิจัยพบว่า มีผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นถึงร้อยละ 77.00 รายงานว่า ลูกของตนมีปัญหา EMF บกพร่องในระดับปานกลางถึงมาก แม้ว่าเด็กกลุ่มนี้กำลังได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Psycho Stimulants อยู่แล้วก็ตาม (Faraone, Schachar, Barkley, Nullmeier & Sallee, 2017)

**ผลกระทบต่อพัฒนาการ** (developmental impact of ADHD) ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ยังเล็ก เมื่อโตขึ้นผู้ป่วยเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบทางลบในด้านต่างๆมากมาย ภาวะเหล่านั้นได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม (behavioral problem) ปัญหาการเรียน (academic problem) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem) อุบัติเหตุ (injury/accident) ขาดทักษะสังคม (poor social skills) มีปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (difficult with social failure), ดิดสารเสพติด (substance abuse) และการทำผิด

กฎหมาย (legal problems) มีโอกาสสร้างปัญหาสังคม  
**ผลกระทบในแต่ละเพศ** การศึกษาติดตาม  
เด็กผู้ชายที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 140 ราย  
เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 16 ปี (พิสัย 15 - 19 ปี) เพื่อดู  
ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นต่อสภาพอารมณ์จิตใจ  
การคิดสารเสพติด การเรียน การทำงาน และความ  
สามารถในการคิด/รับรู้ โดยเปรียบเทียบกับ  
เด็กผู้ชายที่ปกติ 120 ราย พบว่า ผู้ป่วยชายที่ได้รับการ  
วินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่วัยเด็กมีอัตรา  
ความชุกของโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรค  
อารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล โรคคือต่อต้าน  
บุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม และคิดสาร  
เสพติดสูงกว่าเด็กผู้ชายปกติ รวมถึงมีปัญหาการ  
เรียน ปัญหาการทำงาน และปัญหาด้านการคิด/รับรู้  
สูงกว่าเด็กผู้ชายปกติ (Wang, Yao, Zhou, Liu & Lv,  
2017)

การศึกษาติดตามเด็กผู้หญิงที่ป่วยเป็น  
โรคสมาธิสั้น จำนวน 140 ราย เป็นระยะเวลา 16 ปี  
เพื่อดูแลผลกระทบของโรคสมาธิสั้นต่อปัญหา  
สุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ การทำร้ายตัวเอง  
ปัญหาการคิดสารเสพติด ปัญหาการเข้าสังคม  
ปัญหาในการขับรถ และผลต่อความสำเร็จใน  
การศึกษา/การทำงาน โดยเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่  
ปกติ 88 ราย พบว่า ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัย  
เป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่วัยเด็ก ไม่ว่าจะอาการของโรค  
จะหายไปแล้วยังคงอยู่ มีความเสี่ยงที่จะเกิด  
ปัญหาในด้านต่าง ๆ ข้างต้นสูงกว่าผู้หญิงปกติ  
ได้แก่ มีปัญหาตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน  
(unplanned pregnancy) มากกว่า มีค่าดัชนีมวลกาย  
(body mass index: BMI) สูงกว่า ความสำเร็จด้าน

การศึกษาต่ำกว่า มีโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า  
สูงกว่า มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองบ่อยกว่า และมี  
ปัญหาการเข้าสังคมมากกว่า (Owens, Zalecki,  
Gillette & Hinshaw, 2017)

โดยผลกระทบของโรคสมาธิสั้น สามารถ  
สรุปได้ว่าเด็กสมาธิสั้นมักได้รับผลกระทบต่าง ๆ  
คือ 1) ปัญหาด้านการเรียน เด็กมักไม่ประสบความสำเร็จ  
สำเร็จด้านการเรียนเท่าที่ควร แม้ว่าจะมีระดับ  
สติปัญญาหรือพัฒนาการปกติ อาจมีปัญหาพฤติกรรม  
ในชั้นเรียนจนถูกพักการเรียน ถูกลงโทษบ่อย หรือ  
ถูกซ้ำชั้นได้ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือ เด็กเหล่านี้ควร  
ได้รับโอกาสด้านการศึกษาพิเศษ (special education  
program) หรือการสอนเสริม (tutoring) ร่วมด้วย  
2) ปัญหาด้านสังคม เด็กมักมีปัญหาความสัมพันธ์  
กับผู้อื่น ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว และ  
กลุ่มเพื่อน 3) ปัญหาด้านบุคลิกภาพด้านอารมณ์  
เนื่องจากเด็กมักประสบกับความรู้สึกล้มเหลว  
ถูกตำหนิ และเผชิญกับความรู้สึกในแง่ลบของ  
บุคคลรอบข้าง อันจะส่งผลให้เกิดความยุ่งยากใน  
การปรับตัว ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low  
self-esteem) เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ และพัฒนาเป็น  
ผู้ใหญ่ที่ขาดความอดทน อดกลั้น ใจร้อน รู้สึกว่าตน  
ล้มเหลว ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้าน  
พฤติกรรม และอารมณ์ เช่น การคิดสารเสพติด  
นิสัยอันธพาล ก้าวร้าว การประสูติอุบัติเหตุ กระทำ  
ผิดกฎหมาย ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล เป็นต้น  
และ 4) ปัญหาด้านครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด  
ภาวะซึมเศร้า ความขัดแย้งในครอบครัวและ  
ผู้ปกครองเสียงาน เนื่องจากต้องเผชิญความกดดัน  
และใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก



ทั้งนี้ กระบวนการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมักเป็นเด็กอยู่ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา ออกจากเด็กปกติมีกระบวนการพิจารณาอาการ พฤติกรรมและผลกระทบ ดังในตารางที่ 1 ดังนี้ (สถาบันราชานุกูล, 2558)

### บทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การสังเกตพฤติกรรมของเด็กในชั้นเรียน และที่บ้านมีความสำคัญที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองและให้การช่วยเหลือเด็กได้เร็วยิ่งขึ้น แม้ว่าแบบสอบถามที่ใช้คัดกรองเด็กสมาธิสั้นจะมีหลากหลาย เช่น แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ), แบบคัดกรอง Kasetsart University Laboratory School Siriraj (KUS-SI), Conner's rating scale, Thai ADHD Screening Scales (THASS) เป็นต้น แต่ที่ใช้ได้ง่าย สำหรับครูและผู้ปกครอง ได้แก่ SNAP-IV ซึ่งมีข้อคำถามใกล้เคียงกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยแบบสอบถาม SNAP-IV ถูกพัฒนาขึ้นในปี 1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและโรคคือต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder) ซึ่งเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในเด็กสมาธิสั้น

แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย มีการแปลโดย ผศ.นพ.ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านขาดสมาธิ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 9 (SNAP-Inattention)
2. ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-18 (SNAP-Hyperactivity /Impulsivity)

3. ด้านคือ/ต่อต้าน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19 - 26 (SNAP-ODD)

### แนวทางการช่วยเหลือและส่งเสริมเพื่อการรักษา

#### 1. การช่วยเหลือด้านการเรียน

1.1 การจัดกิจกรรมประจำวัน การจัดกิจกรรมในแต่ละวันต้องมีลักษณะคงที่ มีตารางเรียนแน่นอน ต้องบอกล่วงหน้าและย้ำเตือนความจำทุกครั้งก่อนมีการเปลี่ยนแปลง เด็กที่เป็นสมาธิสั้น มักไม่สามารถทำงานได้ต่อเนื่องนาน จึงควรมีการย่อยงานเป็นขั้นย่อย ๆ การให้เด็กเตรียมตัวทำงานหรือสอบ ดังนี้ (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2560)

- ให้งานทำทีละอย่าง

- ตรวจสอบบ่อย ๆ ว่าทำงานอยู่หรือไม่

ทำมาขนาดไหน พร้อมคอยให้กำลังใจ

- ปรับเปลี่ยนงานให้ดูง่ายขึ้น

โดยเฉพาะถ้ารู้จุดอ่อนจุดแข็งในความสามารถของเด็กจะช่วยทำให้การเรียนการสอนไปได้เร็ว ซึ่งบางรายอาจต้องใช้ครูการศึกษาพิเศษช่วยในบางด้าน

- ใช้การทดสอบเพื่อประเมิน

ระดับความรู้และพัฒนาการ ไม่ใช่เพื่อวัดระดับความตั้งใจ

- เนื่องจากเด็กทำงานช้า จึงควร

ให้เวลานานขึ้น แล้วค่อย ๆ ลดเวลาลงมา ไม่ควรปรับหรือหักคะแนนในการทำงานช้า

- สมุดจดการบ้าน พร้อมลายเซ็น

คุณครูและผู้ปกครอง เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งใช้ดูการทำงาน และเป็นช่องทางติดต่อกันระหว่างครูกับผู้ปกครอง

1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับ

**ตารางที่ 1** อาการ พฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

อาการ ADHD	พฤติกรรมที่อาจพบ	ผลกระทบต่อการเรียนรู้และสัมพันธภาพกับผู้อื่น
อาการขาดสมาธิ (inattention)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• วอกแวกง่าย ขาดความตั้งใจ หรือไม่สามารถจดจ่อกับงาน</li> <li>• เหม่อลอย ฝันกลางวัน</li> <li>• เหมือนไม่ได้ฟังเวลาพูดด้วย</li> <li>• ทำตามคำสั่งไม่ครบ หรือลืม ไม่ได้ทำตามที่ตั้งไว้</li> <li>• ทำงานไม่เรียบร้อย ตกหล่น ขาดความรอบคอบ</li> <li>• ทำงานช้า หรือไม่เสร็จตามกำหนดเวลา</li> <li>• ขี้ลืม ทำของหายบ่อย นำของมาตามคำสั่งไม่ครบหรือไม่นำมา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ผลกระทบต่อการเรียนรู้</b></li> <li>- อาการขาดสมาธิมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ</li> <li>- เรียนได้ไม่เต็มตามศักยภาพ เนื่องจากไม่ตั้งใจเรียนและไม่ฟังเวลาครูสอน</li> <li>- คะแนนเก็บมีน้อยหรือไม่มีเลยเนื่องจากไม่ส่งงานหรือส่งงานช้าเกินเวลา</li> <li>- เวลาสอบมักไม่อ่านโจทย์ หรือไม่พยายามคิด บางคนใช้วิธีการตอบแบบพอให้ได้สอบและให้ได้ส่งครูเท่านั้น โดยไม่สนใจคะแนน ทำให้คะแนนสอบออกมาไม่ดี</li> <li>• <b>ผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่น</b></li> <li>- เกิดปัญหาการสื่อสารของเด็กกับคนอื่น</li> <li>- อาจถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนไม่ยอมรับเข้ากลุ่มหรือถูกเพื่อนแกล้ง</li> </ul>
อาการซน และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มือเท้าอยู่ไม่นิ่ง หยุกหยิก</li> <li>• ลูกเดินไปมา หรือออกจากที่นั่งโดยไม่ได้รับอนุญาต</li> <li>• ใจร้อน</li> <li>• อดทนรอคอยไม่ค่อยได้ ต้องการอะไรต้องได้ทันที ชอบแข่งคิวหรือแทรกแถวบ่อยๆ</li> <li>• ตอบคำถามโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ</li> <li>• พูดโพล่ง พูดแทรก</li> <li>• พูดมาก พูดไม่หยุด</li> <li>• เล่นแรง คาดคะเนแรงของตนเองไม่ได้</li> <li>• เล่นเสียงดัง โวยวาย</li> <li>• เล่นผาดโผน เล่นแผลง ๆ</li> <li>• ชอบทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ผลกระทบต่อการเรียนรู้</b></li> <li>- ทำให้การเรียนการสอนของครูต้องหยุดการเรียนการสอนของตนเพื่อจัดการพฤติกรรมรบกวนที่เกิดขึ้น</li> <li>- ทำให้การเรียนรู้ของนักเรียนทั้งห้องติดขัดไม่ต่อเนื่อง และอาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนในห้องนั้นตามมา</li> <li>• <b>ผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่น</b></li> <li>- เด็กอาจถูกมองว่านิสัยไม่ดี หรือทำตัวให้มีปัญหา</li> </ul>

**ตารางที่ 1** อาการ พฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ต่อ)

อาการ ADHD	พฤติกรรมที่อาจพบ	ผลกระทบต่อการเรียนรู้และสัมพันธภาพกับผู้อื่น
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ชอบแหย่ ชอบแกล้งคนอื่นแรง ๆ</li> <li>• ขาดความระมัดระวัง มักประสพอุบัติเหตุบ่อย ๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเด็กสมาธิสั้นกับครูและกลุ่มเด็กสมาธิสั้นกับเพื่อนนักเรียนคนปกติอื่น ๆ ในเวลาให้ทำงานเป็นกลุ่มหรืองานที่ต้องให้ความร่วมมือระหว่างเพื่อนในห้องเดียวกัน</li> <li>- อาจถูกปฏิเสธจากเพื่อน ไม่ยอมรับเข้ากลุ่มเวลาเล่นหรือแบ่งกลุ่มทำงาน</li> </ul>

การเรียนรู้ของเด็ก อาทิเช่น

การจัดห้องเรียน

- จัดหาป้ายหรือข้อความหรือสัญลักษณ์ต่างๆเพื่อช่วยเตือนความจำให้กับเด็ก ๆ

- จัดหาที่วางของในห้องเรียนให้อยู่ที่ตำแหน่งเดิม เพื่อให้เด็กจำง่าย วางให้เป็นระเบียบ ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนรู้ขอบเขตความประพฤติของตนเอง

- ช่วยเด็กจัดโต๊ะเรียนให้เป็นระเบียบภายในห้องเรียนควรหลีกเลี่ยงการตกแต่งด้วยสีสันสวยหรู เพราะจะทำให้เด็กสมาธิสั้นสนใจสิ่งเร้าเหล่านั้น มากกว่าสนใจการสอนของครู

การจัดที่นั่ง

- จัดให้นั่งข้างหน้า หรือแถวกลาง

- ไม่อยู่ใกล้ประตูหรือหน้าต่างที่มองเห็นข้างนอกห้องเรียน

- จัดให้นั่งใกล้ครูเพื่อดูแลได้อย่างใกล้ชิด

- จัดให้มีเด็กที่เรียบร้อยนั่งขนาบข้าง และนั่งแยกออกจากกลุ่มเด็ก ๆ ที่ซุกซน พุดเก่ง

1.3 วางกฎระเบียบในห้องเรียน

การออกกฎระเบียบในห้องต้องมีความชัดเจน ไม่เขียนอะไรขึ้นมาลอย ๆ โดยไม่มีผลใด ๆ ครูควรย้ำหลักเกณฑ์บ่อย ๆ ก่อนเริ่มเรียนให้กับทุกคนทราบ กฎระเบียบในห้องใช้กับทุกคนไม่เพียงแต่เด็กสมาธิสั้นเท่านั้น เพราะจะช่วยลดความรู้สึกว่า กำลังจ้องจับผิดแต่ตัวเองอยู่ กฎต้องชัดเจน เช่น ยกมือก่อนตอบคำถาม ทิ้งขยะในถังขยะ เก็บรองเท้าไว้ตรงชั้นรองเท้า เข้าห้องน้ำ ชั่วโมงละครั้ง เป็นต้น

กฎในห้องเรียนจะศักดิ์สิทธิ์หรือไม่นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของเด็กทุกคนและต้องปฏิบัติแนวทางเดียวกัน ข้อเสนอแนะสำหรับการเขียนกฎระเบียบ คือ เขียนให้ชัดเจน อ่านแล้วไม่ต้องตีความ หากเด็กอ่านลำบากสามารถใช้การวาดรูปหรือสัญลักษณ์แทนได้

- ตัวอย่างการเขียนให้ชัดเจน เช่น “ไม่โยกโต๊ะไม่โยกเก้าอี้ เก็บของเมื่อเล่นเสร็จแล้ว”

- ตัวอย่างการเขียนที่ไม่ชัดเจน คือ “ต้อง

เป็นเด็กดี ไม่เกรง” อะไรคือเด็กดี อะไรคือเด็กเกรง  
 ข้อความไม่ชัดเจนและมีความหมายกว้างเกินไป

1.4 จัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับ  
 ความสามารถและช่วงความสนใจของเด็ก

การเตรียมการสอน

- งานที่ให้ทำต้องเหมาะสมกับความสนใจ  
 และความสามารถของเด็ก

- แบ่งงานเป็นขั้นตอนย่อย ๆ ให้เหมาะสม  
 กับช่วงสมาธิของเด็ก ให้เด็กทำทีละขั้น เมื่อเสร็จ  
 แล้วจึงให้ทำขั้นต่อไปตามลำดับ

- การจัดกิจกรรม ควรมีช่วงเวลาให้เด็ก  
 เปลี่ยนอิริยาบถ และเป็นกิจกรรมที่สร้างสรรค์ที่เด็ก  
 ทำได้ เพื่อช่วยลดความเบื่อของเด็ก ทำให้เรียนได้  
 นานขึ้น เช่น มอบหมายหน้าที่ให้ช่วยครูเดินแจก  
 สมุดให้เพื่อน ๆ ในห้อง ลบกระดาน เป็นต้น

- ระหว่างการสอน เขียนงานที่เด็กต้องทำ  
 ในชั้นเรียนให้ชัดเจนบนกระดาน พยายามสั่งงาน  
 ด้วยวาจาให้น้อยที่สุด

- ตรวจสอบงานของเด็กเพื่อให้แน่ใจว่า  
 เด็กจดงานได้ครบถ้วน

- ใช้การสอนแบบตัวต่อตัว เพื่อควบคุมให้  
 เด็กมีสมาธิ โดยสามารถยืดหยุ่นการเรียนการสอน  
 ให้เข้ากับความพร้อมของเด็ก โดยเฉพาะในรายวิชา  
 หลักหรือวิชาที่ยาก

- ให้เด็กทำงานเป็นขั้นตอน ฝึกเด็กให้  
 ทำงานทีละอย่างให้สำเร็จ ให้เด็กทำงานตามเวลาที่  
 กำหนดให้

- ฝึกให้เด็กจัดระเบียบการเรียน การทำ  
 ตามคำสั่ง การตรวจสอบทบทวนผลงาน การจด  
 บันทึก และใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

- ช่วยให้เด็กสนใจบทเรียน โดยใช้ระยะเวลา  
 คำสำคัญ ข้อความสำคัญ วงรอบหรือดีกรอบข้อความ  
 สำคัญที่ครูเน้น

- ใช้วิธีเตือนหรือเรียกให้เด็กกลับมาสนใจ  
 บทเรียนโดยไม่ทำให้เด็กเสียหน้า เช่น เกาะที่โต๊ะ  
 ของเด็กเบา ๆ หรือเข้าไปแตะไหล่เด็กเบา ๆ

- ให้คำชมเชย หรือรางวัลเล็ก ๆ น้อย ๆ  
 เมื่อเด็กปฏิบัติตัวดี หรือทำสิ่งที่เป็นประโยชน์  
 หลีกเลี่ยงการใช้วาจาตำหนิ ประจาน ประณามที่จะ  
 ทำให้เด็กรู้สึกอับอาย และไม่ลงโทษเด็กรุนแรง  
 เช่น การตี

- ใช้วิธีการตัดคะแนน งดเวลาพัก ทำเวร  
 หรืออยู่ต่อหลังเลิกเรียน (เพื่อทำงานที่ค้างอยู่ให้  
 เสร็จ) เมื่อเด็กทำผิด

การมอบหมายงาน

- ครูควรใช้คำพูดให้น้อยลง พูดช้า ๆ  
 ชัดเจน กระชับ ครอบคลุม ไม่ใช่คำสั่งคลุมเครือ ไม่  
 บ่น ตำหนิ ดิเตือนจนเด็กแยกไม่ถูกว่าครูให้ทำอะไร

- ให้เด็กสมาธิสั้นพูดทบทวนที่ครูสั่งหรือ  
 อธิบายก่อนลงมือทำ เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กเข้าใจใน  
 สิ่งที่ครูพูด อีกทั้งเป็นการฝึกให้เด็กพูดถ่ายทอด  
 ความคิดของตนเอง

- ในกรณีที่เด็กมีสมาธิสั้นมาก ควรมอบหมาย  
 งานที่มีระยะเวลาการทำงานสั้นลงเพื่อให้เด็ก  
 สามารถใช้เวลาไม่นานนัก พยายามเน้นในเรื่อง  
 ความรับผิดชอบทำงานให้เสร็จ

1.5 การช่วยเหลือด้านทักษะเฉพาะในการ  
 เรียน

- ทักษะในการอ่านหนังสือ อาจเลือกหนังสือ  
 ที่เด็กชอบมาให้เด็กอ่านเสริม ไม่จำเป็นต้องเป็น

หนังสือเรียน จากนั้นควรพูดคุยสอบถามถึงสิ่งที่อ่าน ให้เล่าเรื่อง หรือให้สรุปตลอดจนการสร้างบรรยากาศ ในการอ่านหนังสือที่ดี และชมเชยเป็นระยะ

- ทักษะการเขียนหนังสือ เช่น ฝึกให้เขียน สิ่งที่เป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เขียนบรรยาย ความรู้สึกต่อพ่อแม่ เขียนแผนที่คาดว่าจะทำในช่วง ปีใดเรียน จนในที่สุดสามารถเขียนเรื่องราวที่มีคำ ขึ้นต้น เนื้อหาและสรุปได้

- ทักษะในการฟังและจับประเด็น การฝึก เด็กให้สรุปสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ได้ลองทำตาม จะเป็นรากฐานที่ดีในการช่วยฝึกสมาธิ ถ้าทำซ้ำ ๆ จะ คล่องขึ้นและช่วยการเรียนรู้เพิ่มขึ้นได้

- ทักษะในการวางแผนทำงาน โดยเป็น งานที่ต้องการการวางแผนและมีการบริหารจัดการ จึงจะได้ผลดี ท้นเวลา การฝึกฝนให้ทำงานหลาย ๆ อย่างที่มีแผนการชัดเจนและฝึกซ้ำ ๆ ในหลากหลาย กิจกรรมจะช่วยให้ระบบการทำงานคล่องขึ้น รวมถึงการเรียงลำดับงานสำคัญ ก่อน-หลัง ตั้ง สมาธิกับงานและลงมือทำ เลือกกิจกรรมการเรียน การสอนที่ต้องใช้ประสาทรับรู้หลายด้าน ทั้งด้าน การฟัง การใช้สายตาหรือการลงมือปฏิบัติ เช่น การ สาธิตหรือการแสดงบทบาทสมมติ ใช้สื่อทาง สายตา อาจใช้เป็นรูปภาพประกอบ เพื่อให้เด็กจับ ประเด็นได้ง่าย

- การบ้าน การแบ่งงานให้พอเหมาะ จัดแบ่งการบ้านออกเป็นส่วน ๆ เพื่อให้เด็กสามารถ ลงมือทำงานสามารถทำสำเร็จได้ในช่วงเวลาสั้น ๆ เมื่อเด็กทำเสร็จเองบ่อย ๆ จะทำให้เด็กอารมณ์ดี พอใจในตนเอง เรียงลำดับความสำคัญและความ ยากง่ายของงาน โดยช่วยจัดลำดับความง่ายไว้ข้อ

แรก ๆ หรือให้เริ่มทำจากงานด่วนก่อน มอบหมาย การบ้านให้ฝึกอ่านหนังสือและทบทวนบทเรียน บ่อย ๆ ทำทุกวันสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินและ คิดเป็นนิสัย

- สอนเทคนิคในการเรียนและการเตรียม ตัวสอบ สอนให้เด็กใช้เทคนิคช่วยจำ เช่น การใช้ แถบปากกาสี การขีดเส้นใต้ข้อความที่สำคัญ การ ย่อประเด็นสำคัญ การจดสูตรหรือคำยาก ๆ ในสมุด บันทึกรวมทั้งควรฝึกสอนเทคนิคในการทำข้อสอบ

#### 1.6 ช่วยเด็กจัดการเกี่ยวกับเวลา

- เตือนให้เด็กตรงต่อเวลา โดยส่งสัญญาณ เตือนเมื่อใกล้ถึงเวลานัด หรือเวลาต้องส่งงาน

- ช่วยเด็กจัดทำกำหนดเวลาหรือปฏิทิน งาน ทำลงกระดาษแล้วติดไว้ที่โต๊ะเรียนของเด็ก

- ใช้นาฬิกาเตือน โดยอาจใช้นาฬิกากระบอก สั่นสะเทือน เพื่อป้องกันการรบกวน

- ให้แรงเสริมทางบวก เมื่อเด็กส่งงานตาม เวลา

## 2. การพัฒนาทักษะทางสังคมให้เด็กสมาธิสั้น

### 2.1 การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นให้มีเพื่อน

- การค้นหาว่าปัญหาการเข้าสังคมกับ เพื่อนอยู่ที่ไหน โดยอาศัยการสังเกต การเล่นของ เด็ก ทักษะต่าง ๆ ที่เด็กใช้เวลาเข้ากลุ่มกับเพื่อน

- จัด โอกาสและหาแบบฝึกหัดให้เด็กได้ ฝึกฝนทักษะ การฝึกทักษะต่าง ๆ ควรเป็นแบบฝึกหัด ที่หลากหลาย เพื่อฝึกให้เด็กเกิดความชำนาญ

- ควรหากิจกรรมให้เด็กได้ทำเป็นคู่หรือ เป็นกลุ่ม โดยกิจกรรมเหล่านั้นต้องมีระเบียบ กฎเกณฑ์ และขั้นตอนที่ชัดเจน ไม่ปล่อยให้เด็ก ดูแลกันเอง หรือในกรณีที่เด็กได้รับมอบหมายงาน

ให้แสดงตนต่อหน้าสาธารณชน ครูควรช่วยเด็กฝึกซ้อมขั้นตอน การปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเด็กเกิดความชำนาญ และทำได้คล่องในวันที่ต้องปฏิบัติจริง

- แบบอย่างที่ดี ครูสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งการแสดงท่าทาง คำพูด การฟัง การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การแบ่งปัน เป็นต้น

- จัดเพื่อนช่วยดูแลเด็กสมาธิสั้น ครูควรจัดเพื่อนที่เด็กสนิทหรือเพื่อนที่อาสาช่วยดูแล คอยเตือนเมื่อเด็กไม่มีสมาธิ ช่วยสอนการบ้าน โดยอาจจัดเป็นคู่ หรือจัดเป็นกลุ่ม เพื่อนร่วมดูแลเด็กเหล่านี้ควรเป็นคนที่เด็กชอบพอ เข้าอกเข้าใจกันและทำอะไรด้วยกันได้ ทั้งนี้ครูควรช่วยติดตามปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับเพื่อนผู้ช่วยดูแล เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นอาจสร้างความลำบากใจให้กับเพื่อนที่ช่วยดูแลเด็กได้

## 2.2 สอนให้เด็กควบคุมตนเอง

- งานที่เด็กทำ ต้องมีการวางแผนอย่างชัดเจน และดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ มีกติกาที่ชัดเจน เช่น ไม่พูดเสียงดังขณะครูสอน ให้ยกมือขออนุญาตก่อนพูด เป็นต้น และพูดคุยกันว่า ถ้าเด็กทำตามข้อตกลงจะได้รับสิทธิพิเศษอย่างไร หรือหากเด็กไม่ทำตามข้อตกลงจะถูกตัดสิทธิพิเศษอะไรบ้าง

- ตารางเวลากิจกรรมการเรียน ต้องชัดเจน ให้รู้ว่าเวลาไหนต้องทำอะไร หักให้เด็กดูนาฬิกาหรือมีนาฬิกาไว้กับตัว โดยอาจใช้ระบบสั้นเพื่อลดเสียงที่อาจรบกวนสมาธิเพื่อนในชั้นเรียน หากจำเป็นต้องเปลี่ยนตารางกิจกรรมควรพูดคุยกับเด็กให้เข้าใจ

- ให้เด็กระบายอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสม

โดยเข้าไปพูดคุยกับเด็ก ให้เด็กเล่าถึงความรู้สึกของตนเอง โดยไม่ขัด แสดงความเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของเด็ก

- ช่วยให้เด็กจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยให้เด็กจัดการกับอารมณ์โกรธอย่างเป็นขั้นตอน และฝึกจนเป็นนิสัย

อย่างไรก็ตามหากเด็กแสดงอารมณ์รุนแรงบ่อย ๆ ทั้งที่ครูพยายามช่วยเหลือด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว ภาวะอารมณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากปัญหาภายในครอบครัว ครูควรพิจารณาเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินครอบครัวและสื่อสารกับผู้ปกครองเพื่อช่วยกันแก้ปัญหา กรณีที่ครูต้องการคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือสามารถติดต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งทั่วประเทศ

## การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของครูต่อเด็กที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากคุณครูด้วยเสมอ เนื่องจากเด็กต้องปรับตัวกับการเรียนและสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโรงเรียน การยอมรับจุดอ่อนของเด็กสมาธิสั้น และช่วยลดผลกระทบจากจุดอ่อนนั้น รวมถึงการพัฒนาจุดเด่นของเด็กสมาธิสั้น จะช่วยพัฒนาเด็กสมาธิสั้นให้สามารถปรับตัวในสังคม และประสบความสำเร็จได้

การปฏิเสธความช่วยเหลือ มักเกิดจากการมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง จากความไม่รู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น รวมถึงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ปกครอง และมีมุมมองที่ไม่ดีต่อตนเอง ทั้งนี้

ทัศนคติทางลบจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีความคาดหวังที่ไม่เป็นจริง การปรับเปลี่ยนมุมมองที่ไม่ถูกต้องไปสู่มุมมองที่ถูกต้อง จะช่วยให้มีความเข้าใจเด็กสมาธิสั้นได้มากขึ้น อีกทั้งยังลดความคาดหวัง และมุ่งเป้าหมายการดูแลเด็กตามความเป็นจริง ไม่ดำเนินตัวเอง มองปัญหาเดิมเป็นเพียงการทำหน้าที่บกพร่องหรือความไม่รู้ อันจะทำให้เกิดพลังที่จะจัดการปัญหาด้วยวิธีใหม่ ๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สถาบันพัฒนาการเด็กกราฟชนครินทร์, 2560)

นอกจากนี้ในการให้ความช่วยเหลือความรู้สึกละลานี้อาจเกิดขึ้นได้ เช่น รู้สึกผิดหวังที่ทুমุ่เพิ่มเติมที่แล้ว แต่ผลตอบแทนกลับพบแต่ปัญหาหรือช่วยเหลือเด็กไม่ได้ หรือรู้สึกหมดหนทางที่จะควบคุมพฤติกรรมให้เด็กสงบลงได้ หรือคิดว่าปัญหาเกินความสามารถของตนเอง หากความรู้สึกเช่นนี้ อาจ

ใช้วิธีสร้างความรู้สึกดี ๆ มองหากำลังใจให้ตนเองจากสิ่งดี ๆ เช่น การประสบความสำเร็จของเด็กหรือความสุขจากการที่เด็กสามารถเรียนได้ เป็นต้น

**สรุป**

เด็กสมาธิสั้นอาจมีข้อจำกัดบางประการในการเรียนรู้ แต่ไม่ได้หมายความว่าเด็กจะไม่สามารถเรียนรู้ได้ การที่ครูมีทัศนคติที่ดีต่อเด็ก มีความอดทน มีความรู้และเข้าใจข้อจำกัดของโรคสมาธิสั้น มีแนวทางการดูแลเด็กและเข้าใจเทคนิคการปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน การช่วยเหลือให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ สามารถปรับตัวกับเพื่อน ๆ ได้ และครูมีบทบาทในการช่วยเหลือเด็กที่ประสบปัญหาในการใช้ชีวิตในโรงเรียนจนทำให้การอุบัติของโรคเกิดได้ซ้ำลง ซึ่งอาจจะช่วยลดโอกาสให้เด็กออกจากระบบโรงเรียนกลางคัน (drop out)

**ตารางที่ 2** ตัวอย่างทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและถูกต้องของครูต่อเด็กที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น

ตัวอย่างทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง	ตัวอย่างทัศนคติที่ถูกต้อง
มองว่าปัญหาพฤติกรรมที่เด็กทำเพราะเป็นเด็กเกเร ไม่เชื่อฟัง ไม่รับผิดชอบ ไม่ตั้งใจเรียน ตั้งใจสร้างปัญหาต่าง ๆ โดยเจตนา เพื่อเรียกร้องความสนใจ	ปัญหาพฤติกรรมทั้งหลายที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโรคที่เด็กเป็น และเกินการควบคุมของเด็ก ซึ่งต้องร่วมมือกันช่วยเหลือเด็ก
เด็กสมาธิสั้นควรจะมีพฤติกรรมเหมือนเด็กคนอื่น ๆ ได้ โดยครูไม่จำเป็นต้องสอนว่าเขาควรประพฤติตนอย่างไร	ไม่คาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็ก แต่เด็กจำเป็นต้องได้รับการสอนให้มีพฤติกรรมเหมาะสมกว่านี้
มองว่าครอบครัวของเด็กเลี้ยงลูกไม่เป็น ขาดการฝึกระเบียบวินัย ไม่มีเวลาดูแลเด็ก	ยอมรับสิ่งที่เขาเป็น ครูจะมุ่งดูแลจุดแข็งไม่สนใจจุดอ่อนและความล้มเหลวของเขา
มองว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะช่วย เหลือเด็กได้	เปิดใจรับฟังข้อมูลพฤติกรรมของเด็กจากครู และร่วมหาทางออกในการแก้ไขปัญหานั้น ๆ อย่างเหมาะสม เลิกโทษผู้อื่น ให้อภัยตัวเองได้และพร้อมเริ่มต้นใหม่

โดยหลักการสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนเป็นไปอย่างราบรื่น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครูกับเด็ก การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร การเป็นต้นแบบที่ดีในการเคารพความเป็นมนุษย์ การเห็นคุณค่าในความพยายามเปลี่ยนแปลง การรู้จักชื่นชมในจุดดีมากกว่าข้อจ้อจืดของครู ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ครูได้นำวิธีการต่าง ๆ ไปใช้เป็นแนวทางการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นในโรงเรียนของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามเจตนารมณ์ของการเป็นครูมืออาชีพต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ. (2557). การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 59(4), 335-344.
- คุณเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ. (2564). ความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการสูญเสียหน้าที่ของภาวะคิดเกมในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 29(2), 93-104.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 21(2), 66-75.
- ทวิศักดิ์ สิริรัตนธาดา. (2560). *สมาธิสั้น*. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2560, จาก <http://www.happyhomeclinic.com/sp03-adhd.htm>
- ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ. (2559). คุณสมบัตินของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ SNAP-IV และ SDQ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง-สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 59(2), 97-110.
- เบญจรัตน์ นุชนาฎ. (2561). พัฒนาการของเด็กวัยเรียน 6-12 ปี. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2563, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/305008>.
- ปรีญา สุริพล และคณะ. (2560). รายงานวิจัยเรื่องการใช้สื่อเทคโนโลยีกับโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนต้น. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2555). โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555. 57(4), 373-386.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2561*. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2563, จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/gazette.aspx>.
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2560). *คู่มือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของครูในการดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ: บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ.
- สถาบันราชานุกูล. (2558). *เด็กสมาธิสั้น คู่มือสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ADHD Institute. (2018). *Burden of ADHD 2018*. [online]. Retrieved June 5, 2020, from: <http://adhd-institute.com/burden-of-adhd/impact-of-adhd/social-impact/>.
- Faraone, S.V., Schachar, R.J., Barkley, R.A., Nullmeier, R., Sallee, F.R. (2017). Early morning functional impairments in stimulant treated children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus controls: impact on the family. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 27(8), 715-722.
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(1), i2-i7.
- Owens, E.B., Zalecki, C., Gillette, P., Hinshaw, S.P. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 723-736.
- Piyasil, V., & Katumam P. (2007). *Textbook of child and adolescent psychiatry 2<sup>nd</sup> ed*. Bangkok: Tana Press.



- Prasad, V., Brogan, E., Mulvaney, C., Grainge, M., Stanton, W., Sayal, K. (2013). How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behavior and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(4), DOI:10.1007/s00787-012-0346-x.
- Puthisri, S. & Yingsaree, S. (2003). The prevalence of psychiatric disorders. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 49, 213-222.
- Polanczyk, G., de Lima, MS., Horta, BL., Biederman, J. & Rohde, LA. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta regression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Wang, B.Q., Yao, N.Q., Zhou, X., Liu, J., Lv, Z.T. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(260). DOI 10.1186/s12888-017-1408-x.
- Wu, S.Y. & Gau, S.S. (2013). Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 505-515.

## MOOD SWINGS: THE CHALLENGE OF MENTAL HEALTH PROBLEMS AND PREVENTION AMONG ADOLESCENT

*Suleemas Angsukaittavorn, D.N.S.\**

### **Abstract**

Mental health problems, behavior problems and psychiatric problems in adolescents were increased around the world, including in Thailand. A retrospective study in psychiatric patients and people with mental health problems showed mood swings as early warning signs of a mental health problem or psychiatric disorder. The objective of this article was to present the concepts and the evidence-based in the mood swings which was a characteristic in mental health problems and psychiatric patients among adolescents. Consideration of mood swings and the factors associated, it is a challenge of psychiatric nurses to prevent mental health problems among adolescents by assessing mood swings in adolescents and taking care. Advising to parents in raising their child to prevent mood swings. Based on understand the concepts of emotional development, family relationship, and management of emotion, using therapeutic communication.

**Keywords:** mood swings, mental health problems, adolescent

---

*\*Corresponding author: Lecture, Faculty of Nursing, Siam University, e-mail: [suleemas.ang@siam.edu](mailto:suleemas.ang@siam.edu)*

Received: 3 May 2021, Revised: 29 July 2021, Accepted: 5 August 2021

# สภาวะอารมณ์ไม่คงที่: ความท้าทายในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น

สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร, พย.ด.\*

## บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรม และ โรคจิตเวชในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตพบสภาวะอารมณ์ไม่คงที่เป็นสัญญาณเตือนที่เกิดขึ้นก่อนการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด และหลักฐานเชิงประจักษ์ของสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ซึ่งเป็นลักษณะที่พบตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การตระหนักถึงสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ปัจจัยเชิงสัมพันธ์กับสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลจิตเวชในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นด้วยการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในวัยรุ่น ช่วยเหลือดูแล การให้การแนะนำกับบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรเพื่อป้องกันสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ด้วยแนวคิดความเข้าใจพัฒนาการทางอารมณ์สัมพันธ์สภาพในครอบครัว การจัดการอารมณ์ความรู้สึก โดยอาศัยพื้นฐานการสื่อสารเพื่อการบำบัด

**คำสำคัญ :** สภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ปัญหาสุขภาพจิต วัยรุ่น

\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, e-mail: [suleemas.ang@siam.edu](mailto:suleemas.ang@siam.edu)

วันที่รับ: 3 พฤษภาคม 2564, วันที่แก้ไข: 29 กรกฎาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 5 สิงหาคม 2564

## บทนำ

ในอดีตปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นมักได้รับความสนใจในเรื่องสติปัญญา สมาธิและพฤติกรรมบางอย่างเท่านั้น แต่การศึกษาในระยะต่อมาแสดงให้เห็นว่าโรคทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า (major depressive disorder) และอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) พบได้ตั้งแต่เด็กและวัยรุ่น ซึ่งในสองทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น (Collishaw, Maughan, Natarajan, & Pickles, 2010; Lawrence et al., 2015) และเรื้อรังถึงวัยผู้ใหญ่ ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วย โดยการเจ็บป่วยทางจิตเป็นส่วนหนึ่งของภาวะโรคทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลลดลงถึงร้อยละ 10.00 (American Psychiatric Association, 2019) แม้ว่าวัยรุ่นจะได้รับการกล่าวถึงว่ามีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย จี๋หงุดหงิด แต่อารมณ์ตามธรรมชาติของวัยรุ่นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและระดับสิ่งกระตุ้นเร้าที่ชัดเจนได้แตกต่างกับสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings: MS) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิต สภาวะอารมณ์ไม่คงที่พบได้ตั้งแต่วัยรุ่น แต่อารมณ์ประเภทนี้ระดับสิ่งกระตุ้นเร้าได้ไม่ชัดเจนทำให้มีปัญหาเรื้อรังต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยพบสภาวะอารมณ์ไม่คงที่สูงในผู้มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช (Marwaha, Parsons, Flanagan, & Broome, 2013)

การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวชต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงคือ มีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings: MS)

โดยพบหรือสังเกตได้ตั้งแต่วัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ตอนต้น (12 - 24 ปี) แต่ไม่ได้เข้ารับบริการสุขภาพจิต บางคนอาจรู้สึกทุกข์ทรมานกับความผิดปกติทางสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ จึงใช้สารเสพติด แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือใช้ความรุนแรงเพื่อบรรเทาอารมณ์ความรู้สึกทุกข์ กระทั่งมีอาการรุนแรงมากขึ้นถึงได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงใน 2 - 10 ปีต่อมา (Parker, & Fletcher, 2013; Fulford et al, 2014; Inoue, Inagaki, Kimura, & Shirakawa, 2014; Leopold et al, 2014; Patel et al., 2015; Peters, Balbuena, Baetz, Marwaha, & Bowen, 2015; Güclü et al., 2015; Serra et al., 2015; Woo et al., 2015) สอดคล้องกับส่วนหนึ่งในการศึกษาของสมจิตร์ มณีกานนท์ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล วิจิตรา พิมพะนิษฐ์ นิตยา จรัสแสง และขวัญสุดา บุญทศ (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวช เช่น กลุ่มโรคอารมณ์ (ซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว วิตกกังวล) สัมพันธ์กับประวัติการใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ประเภท ดังนั้นการส่งเสริมบุคคลให้รู้จัก เข้าใจเท่าทันอารมณ์ของตนเอง จัดการอารมณ์ตนเองได้เหมาะสม ด้วยศาสตร์และบทบาทการพยาบาลจิตเวช คือการให้ความรู้ สนับสนุน เสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวและบุคคล ให้เข้าใจเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์โดยเทคนิคสร้างสัมพันธภาพและให้การปรึกษา จึงเป็นงานที่ทำาของพยาบาลจิตเวชจะช่วยลดอัตราผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นต่อไป

**อารมณ์ ความรู้สึก และสภาวะอารมณ์ไม่คงที่**

**อารมณ์ (emotion) และความรู้สึก (feeling)** เป็นความละเอียดอ่อนที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แม้จะมีนักวิชาการพยายามอธิบายความแตกต่างระหว่างอารมณ์และความรู้สึก โดยอารมณ์ (emotion) คือการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยอัตโนมัติในระยะเวลาสั้น ๆ แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การขยายของรูขุมขนทำให้เหงื่อออกมาก การสั่นของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ส่วนความรู้สึก (feeling) คือ กระบวนการทำงานภายในเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าซึ่งผสมผสานระหว่างอารมณ์ (emotion) และการคิด (thought) แต่หากไม่แสดงออก จะไม่มีผู้ใดทราบความรู้สึกได้ แต่โดยทั่วไปมีความสับสนในการจำแนกจึงมักใช้ควบคู่คำกันเป็นอารมณ์ความรู้สึกในภาษาไทย

ความสนใจศึกษาเรื่องอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ ลิซ่า เฟลด์แมน บาร์เรตต์ (Barrett, 2011) เขียนไว้ใน Constructing Emotion ว่าดาร์วิน (Darwin 1859/1965) เป็นผู้บุกเบิกความสนใจอารมณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในคนและสัตว์ และในปี 1960 Magda Arnold ให้ทฤษฎีอารมณ์ (emotion) ว่าเป็นความซับซ้อนของปฏิกิริยาที่ถูกกระตุ้นเร้าด้วยวัตถุหรือเหตุการณ์ ซึ่งแต่ละอารมณ์มีลักษณะเฉพาะที่มากหรือน้อยต่างกัน อารมณ์พื้นฐานที่มีในบุคคล เช่น เศร้า โกรธ หรือกลัว จะมีการแสดงออกเฉพาะบุคคลซึ่งแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในเวลาต่อมาได้มีการโต้แย้งจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา James (1980) เขียนไว้ใน The Principles of Psychology ว่าความรู้สึก เศร้า โกรธ และกลัวไม่ใช่พื้นฐานทางอารมณ์ แต่อารมณ์คือสภาวะทางจิตที่มีความแปรปรวนสูงตามสภาพจิต ปัจจุบันการแบ่งอารมณ์ตามหลัก

ศาสตร์ทางจิตวิทยาเพื่อให้มีการสื่อตรงกัน นักจิตวิทยาบางท่านได้สรุปหลักการ ประเภทของอารมณ์ โดยพิจารณาจากสิ่งเร้า กระบวนการ กลไก การตอบสนอง และระยะเวลาการคงอยู่ของอารมณ์ โดยจำแนกเป็น 3 อย่าง (Elizabeth and Watson, 2001; Lara et al., 2012; Ekkekakis, 2012) คือ

1) emotion เป็นอารมณ์ประเภทที่ทราบสาเหตุ ระบุสิ่งกระตุ้นเร้าได้ชัดเจน มีกระบวนการเกิดแบบอัตโนมัติ ระยะเวลาคงอยู่สั้นเพราะเปลี่ยนแปลงตามสิ่งเร้า จึงสามารถจัดการปรับเปลี่ยนอารมณ์ประเภทนี้ได้ง่าย และเป็นพื้นฐานของอารมณ์ประเภทอื่น ๆ ต่อไป

2) mood เป็นสภาวะอารมณ์ มีการคงอยู่นานเป็นวันหรือสัปดาห์เพราะเกิดขึ้นโดยระบุสิ่งเร้าได้ไม่ชัดเจน การปรับเปลี่ยนจึงค่อนข้างยาก

3) affect ในทางจิตวิทยามีความใกล้เคียงกับ emotion คือระบุสิ่งเร้าได้ชัดเจนแต่กระบวนการเกิดอารมณ์ประเภทนี้ผสมผสานกับการคิดวิเคราะห์ (cognitive) คือเป็นความรู้สึก (feeling) ที่อยู่ภายในแล้วจึงผ่านกระบวนการตัดสินใจเลือกการสะท้อนหรือแสดงความรู้สึกและอารมณ์ให้ผู้อื่นรับรู้เรียกว่า affect เช่น การแสดงออกทางกิริยาท่าทาง สีหน้า แววตา ซึ่งในทฤษฎีจิตวิเคราะห์เมื่อฟรอยด์ (Freud) กล่าวถึงอารมณ์จะใช้คำว่า Affect

แม้จะมีการจำแนกประเภทของอารมณ์เป็นคำศัพท์ต่าง ๆ แต่การอธิบายถึงอารมณ์ทุกประเภทมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงต่อกันและพบได้ทุกลักษณะในบุคคลคนหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงลึกในกระบวนการของอารมณ์ (emotion processing) ระหว่างการทำงานของสมอง

และการตอบสนองด้วยการแสดงออกทางใบหน้า (facial emotion) รวมถึงการเชื่อมโยงกับกระบวนการทางจิตหลายด้าน เช่น ความจำ การตัดสินใจและพฤติกรรม (Kret & Ploeger, 2015) ปัจจุบันกระบวนการของอารมณ์ยังไม่มีรูปแบบที่อธิบายได้ชัดเจนแต่เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า การตอบสนองทางอารมณ์มีทั้งมิติด้านบวกและลบซึ่งแตกต่างกัน โดยกระบวนการหลักจะอยู่ที่สมองบริเวณ Amygdala และปฏิกิริยาโต้ตอบในสมองส่วนหน้า (frontal area) เช่น superior temporal gyrus, angular gyrus และ supplementary motor area ซึ่งในแต่ละลักษณะความรู้สึกที่แสดงเป็นอารมณ์จะมีส่วนการทำงานของสมองที่แตกต่างกันทำให้เกิดอารมณ์ที่หลากหลาย เช่น ความรู้สึกสุข เศร้า เครียด กลัว โกรธ ประหลาดใจ ส่วนแนวคิด Act Model โดย Feldman Barrett (Barrett, 2011; 2014) โมเดลนี้ผนวกแนวคิดของ James (1980) ที่ว่าอารมณ์คือสภาวะทางจิต และพื้นฐานทางประสาทวิทยาที่กล่าวถึง Core Affect ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางประสาทที่ประเมินและแปลสิ่งเร้าภายนอก (appraisal process) เป็นรหัสภายในกับสรีรวิทยาของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม ณ เวลานั้น (culture context) และทำให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มพื้นฐาน (core affect) คือความพึงพอใจ เช่น ความตื่นเต้น ความสุข ความสงบ และความไม่พึงพอใจ เช่น ความเศร้า ความเครียด ความกังวล เป็นต้น บาร์เรตต์อธิบายพัฒนาการทางอารมณ์ของมนุษย์ตามแนวคิด Act Model ว่าเป็นโครงสร้างจากการรับรู้ แปลสิ่งเร้า จดจำศัพท์ทางอารมณ์ตามสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

ดังนั้นการแสดงอารมณ์จึงสัมพันธ์กับวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่บุคคลมีประสบการณ์ ส่วนการคงอยู่หรือระยะเวลาของอารมณ์ Kret and Ploeger (2015) อธิบายวงจรของอารมณ์ว่า โดยทั่วไปแต่ละครั้งเมื่อมีสิ่งเร้าจะเกิดอารมณ์ความรู้สึกเพียงหนึ่งอย่างหรือ 1 วงจรเท่านั้น แต่ถ้ากระบวนการตอบสนองอารมณ์ในสมองทำงานพร้อมกันหลายวงจรโดยวงจรเดิมยังไม่สิ้นสุดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ หากประยุกต์วงจรของอารมณ์และ Act Model มาใช้อธิบายสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings) พอจะทำให้เข้าใจว่าเมื่อบุคคลมีการเรียนรู้พื้นฐานทางอารมณ์ที่แตกต่างกันทั้งทางบวกและลบตามสภาพแวดล้อม ดังนั้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเร้าจึงเกิดการประเมินและตอบสนองสิ่งต่าง ๆ ตามการเรียนรู้และประสบการณ์ หากประสบการณ์เรียนรู้การจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม ปล่อยให้อารมณ์ขัดแย้งด้านบวกและลบเกิดในเวลาเดียวกัน เวลาใกล้เคียงกันหรือมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหลายอย่างในช่วงเวลาเดียวกัน จะทำให้เกิดการสะสมอารมณ์เป็นพลังงานรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น และถูกกระตุ้นได้ง่ายขึ้นเนื่องจากมีพลังงานเดิมสะสม (สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร และคณะ, 2019) ดังภาพที่ 1

#### สภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings: MS)

ความหลากหลายของอารมณ์ที่ไม่สามารถระบุตัวกระตุ้นเร้าได้ชัดเจนอาจเนื่องมาจากการเกิดสิ่งกระตุ้นเร้าหลายอย่างในเวลาใกล้เคียงกัน แต่บุคคลมีการเรียนรู้และประสบการณ์ทางอารมณ์ไม่เหมาะสมตั้งแต่อดีต ทำให้เกิดสภาวะอารมณ์ (mood) มีระยะเวลาการคงอยู่นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันหรืออาจนานกว่า 2 สัปดาห์ (Ekkekakis, 2012;



ภาพที่ 1 สภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings)

Parker, 2011) โดยความหลากหลายของอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้านลบหลายแบบ หรือมีทั้งความรู้สึกบวกและลบ เช่น เศร้า วิตกกังวล สิ้นหวัง ร่วมกับตื่นเต้น ตีใจ หรือรู้สึกมีพลังงานมากในกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมบางอย่างมากเกินไป

การศึกษาเรื่องสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (MS) จากอดีตถึงปัจจุบันพบว่า มีการใช้คำและแบบประเมินที่หลากหลาย เช่น mood swings, mood variability, affective instability, emotional lability, affective and mood dysregulation, mood instability (Bowen et al., 2013; Marwaha et al., 2014; Broome et al., 2015) และส่วนใหญ่ไม่แยกประเภทของอารมณ์ตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้น แต่การศึกษามีนิยามศัพท์สภาวะอารมณ์ไม่คงที่พบลักษณะคล้ายกัน โดย Marwaha and colleagues (2014) สังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบการขยายความสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (MS) ประกอบด้วย 4 อย่างคือ อารมณ์มีการสลับหมุนเวียน (oscillation) มีความตึงเครียดหรือระดับ

ความรุนแรงของอารมณ์ (intensity) ความสามารถในการจัดการอารมณ์ (ability to regulate) และสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนเป็นตัวกระตุ้นให้เปลี่ยนได้ (affective change triggered by environment)

### สภาวะอารมณ์ไม่คงที่กับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรงสัมพันธ์กับการเข้าถึงการดูแลรักษาที่ล่าช้า ซึ่งความยากในการจำแนกอาการผิดปกติในระยะแรก (difficult identify the symptoms) เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตล่าช้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงและเจ็บป่วยเรื้อรัง (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010) ข้อมูลทางระบาดวิทยาในสองทศวรรษของหลายประเทศ พบปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรม จิตเวชเรื้อรังและฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในวัยรุ่น รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อาการรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย

(Collishaw, 2015) สอดคล้องกับข้อมูลประเทศไทย กรมสุขภาพจิตสะท้อนถึงสถานการณ์ของเยาวชนไทยที่พบพฤติกรรมเสี่ยงที่หลากหลาย (multiple risk taking behavior) และปัญหาทางจิตรวมถึงอัตราพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับนานาชาติ และข้อมูลในระบบการรักษาจากสถานบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต รายงานปัญหาและความผิดปกติทางพฤติกรรม อารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น (F90 - F98) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.07 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 4.67 ในปี 2556 (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand, 2013) แม้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และฮอร์โมนเพศในวัยรุ่นจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นพัฒนาการตามช่วงวัยปกติ ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของวัยรุ่นเปลี่ยนง่ายดูเป็นคนขี้หงุดหงิดมากขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของวัยรุ่นมักพบสิ่งเร้าหรือเหตุของอารมณ์ได้ชัดเจน แต่จากการศึกษาสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (MS) พบว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมผิดปกติซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมปัญหาของวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบันด้วย เช่น ช่วงเวลาการนอนหลับผิดปกติ (circadian rhythm) (Päären et al., 2013; Leopold et al., 2014; Jeong Jeong et al., 2015) การเสพติดสารหรือการพนัน (addict behavior) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ที่หลากหลาย (multiple partners) (Di Nicola et al, 2010; Duffy et al, 2012; Geoffroy et al, 2013 ; Parker, 2011; Serra et al, 2015; Güclü et al, 2015) และพฤติกรรมเกร (Bullying) (Parker and Fletcher, 2013; Faedda et al., 2014)

สองทศวรรษที่ผ่านมาผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช

ในหลายประเทศเริ่มสนใจศึกษาสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (MS) ในลักษณะเป็นสัญญาณเตือนก่อนที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรง ซึ่งหลายการศึกษาสะท้อนถึงสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ไม่คงที่และการเสื่อมทางจิตของบุคคล โดย Patel และคณะ (2015) พบความชุกสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในผู้ใช้บริการสุขภาพจิตร้อยละ 12.10 และพบอัตราความชุกสูงมากที่สุด ร้อยละ 16.30 ของผู้มีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในกลุ่มอายุ 16 - 25 ปี และการสำรวจของ Marwaha และคณะ (2013) ในประชาชนทั่วไปอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป พบลักษณะสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ร้อยละ 13.90 และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 16 - 24 ปี นอกจากนี้ยังมีข้อมูลพบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะอารมณ์ไม่คงที่กับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 88.00 โดยจำแนกเป็นโรคกังวลไปทั่ว (general anxiety disorder) ร้อยละ 49.20 โรคแพนิค (panic disorder) พบร้อยละ 56.10 สภาวะซึมเศร้า (depressive episode) ร้อยละ 60.90 โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) ร้อยละ 67.10 และพบว่าสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ที่สามารถทำนายการเสื่อมของสุขภาพจิตได้อย่างชัดเจน (Bowen et al., 2013; Bowen et al., 2015) สำหรับปัญหาพฤติกรรมกับสภาวะอารมณ์ไม่คงที่พบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมทางสังคม เช่น ก้าวร้าว หรือกลุ่มที่มีปัญหาการกินพบคะแนนการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่สูงเช่นกัน (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin, & Nolen-Hoeksema, 2011; Pan and Yeh, 2015)

นอกจากนี้การศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง พบสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ซึ่ง



สังเกตได้ตั้งแต่ระยะ prodromal คือก่อนการเจ็บป่วยทางจิต (Inoue et al., 2014; Parker & Fletcher, 2013; Serra et al, 2015; Woo et al, 2015) และพบว่าสถานะอารมณ์ไม่คงที่ในผู้ป่วยจิตเวชสูงถึงเกือบ 10 เท่า (OR 9.89) ของคนทั่วไป (Leopold et al., 2014; Bowen et al., 2013; Bowen et al., 2015; Patel et al., 2015) และพบในปัญหาการฆ่าตัวตายหรือพยายามทำร้ายตนเอง การศึกษาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่า มีสถานะอารมณ์ไม่คงที่มากกว่าคนทั่วไป 2 เท่า (Marwaha et al., 2013) และเกือบครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายไม่มีประวัติผู้ป่วยซึมเศร้า แต่พบสถานะอารมณ์ไม่คงที่สูงมาก (Rhodes and Bethell., 2008) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย สุลีมาศ อังสุเกียรติถาวร และคณะ (Angsukiattitavorn, Seeherunwong, Panitrat, & Tipayamongkholgul, 2020) ศึกษาสถานะอารมณ์ไม่คงที่ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปีจำนวน 2,598 คน พบความชุกของสถานะอารมณ์ไม่คงที่มีร้อยละ 26.40 โดยพบการกระจายของสถานะอารมณ์ไม่คงที่สัมพันธ์กับเยาวชนที่มีพฤติกรรมเกรี้ยว โขเซียมมีเดียไม่เหมาะสม เด็บโตในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และพบแนวโน้มในเยาวชนที่ใช้สารเสพติดด้วย

ดังนั้นการเรียนรู้ เข้าใจอารมณ์ สถานะอารมณ์ไม่คงที่ การส่งเสริมฝึกจัดการอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชจะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงในวัยรุ่นได้

### ข้อเสนอแนะและสรุป

**แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นจากการมีสถานะอารมณ์ไม่คงที่**

พยาบาลจิตเวชสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และป้องกัน หรือลดความรุนแรงการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อบรรลุดูวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตปี 2551 คือ การปกป้อง คุ้มครอง ส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของประชาชน ด้วยบทบาทที่มีความหลากหลาย การตระหนักและเข้าใจสถานะอารมณ์ไม่คงที่เป็นแนวทางส่วนหนึ่งที่เริ่มได้รับความสนใจศึกษาและนำมาใช้ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลจิตเวช ในบทความนี้ นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์ สถานะอารมณ์ไม่คงที่กับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อสร้างความเข้าใจในเบื้องต้น ในส่วนต่อไปจะนำเสนอแนวทาง และข้อเสนอแนะการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีสถานะอารมณ์ไม่คงที่หรือเสี่ยงต่อสถานะอารมณ์ไม่คงที่ด้วยพื้นฐานพยาบาลจิตเวชคือ การเข้าใจพัฒนาการทางอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ การประเมินอารมณ์ไม่คงที่และบริการสุขภาพจิต และการประยุกต์เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดเพื่อลดสถานะอารมณ์ไม่คงที่

1. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ พัฒนาการทางอารมณ์ในครอบครัว และการควบคุมอารมณ์

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการหล่อหลอมพัฒนาการของเด็กในด้านต่าง ๆ รวมถึงการเรียนรู้เรื่องอารมณ์ แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว เริ่มต้นในศตวรรษที่ 19 ซึ่งมีทฤษฎีทั้งพัฒนาการครอบครัว สัมพันธภาพและบรรยากาศในครอบครัว เป็นต้น การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

รวมถึงการแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่อกันอาจเกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งมีผลต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวได้ มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน (2558) พบว่าวัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตมีครอบครัวที่มีสัมพันธภาพเข้มแข็ง บรรยากาศในครอบครัวดี ในทางตรงข้ามความอ่อนแอของสัมพันธภาพในครอบครัว เช่น วัยรุ่นในครอบครัวที่สมาชิกมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะพบปัญหาสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในอัตราที่สูงเช่นกัน (Li, Garland, & Howard, 2014; Gerlisma, de Ruiter, & Kingma, 2014; Vanassche, Sodermans, Matthijs, & Swicegood, 2014; González-Blanch et al., 2015; Ohannessian et al., 2016; Angsukiattitavorn et al., 2020) การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ในครอบครัวเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ของบุคคลได้ จากแนวคิด Act Model ที่บุคคลมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่แตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและเรียนรู้ จดจำตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลสามารถให้ความรู้แก่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กเรื่องพัฒนาการทางอารมณ์ การสนองตอบพัฒนาการอารมณ์ด้านต่าง ๆ การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็ก การฝึกและเป็นตัวแบบให้เด็กรู้จัก เข้าใจอารมณ์ สภาวะอารมณ์ที่กำลังเกิดขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยต่อมา การจัดการอารมณ์เป็นกระบวนการเรียนรู้ได้ตลอดชีวิตตั้งแต่วัยเด็กภายในครอบครัว จนถึงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ดังนั้นแนวทางการส่งเสริมความเหมาะสมทางอารมณ์จึง

ทำได้ทั้งในครอบครัวและสังคม

พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2550) แนะนำการเลี้ยงลูกให้แจ่มใสและมีอารมณ์มั่นคงตามช่วงวัย ดังนี้

1 เดือนแรก ทารกจะแสดงอารมณ์สุขและรำเริงเมื่อเห็นหน้าแม่เข้ามาใกล้

3 - 5 เดือน พัฒนาการทางอารมณ์จะมากขึ้น ทั้งด้านบวกและด้านลบสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เด็กยิ้มและหัวเราะแสดงความสุขเมื่อแม่เล่นด้วย ในวัยนี้สมาชิกในครอบครัวไม่ควรเร้าหรือทำให้เด็กมีอารมณ์โกรธ กลัว หรืออิจฉา จากการทำผู้ใหญ่เหยียด เช่น นำของเสียงดังมาก ๆ ซึ่งเด็กไม่ชอบมาใกล้ ๆ หรือเมื่อเด็กเผชิญสถานการณ์ที่ไม่ชอบ เช่น เสียงฟ้าร้องควรอุ้มเด็กเพื่อลดความกลัว วิตกกังวล การส่งเสริมพัฒนาการรู้สึกอบอุ่นและสุขใจ ผู้ดูแลควรอุ้มบ่อย ๆ เพราะการอุ้มจะทำให้เด็กสัมผัสถึงความปลอดภัย

7 เดือนขึ้นไป เด็กจะมีประสบการณ์ความสุขจากการได้เรียนรู้สิ่งแวดล้อมด้วยตัวเอง และจะมีพัฒนาการความกลัวที่เกิดขึ้นกับคนแปลกหน้า ความกลัวจัดเป็นความรู้สึกด้านลบที่พัฒนาขึ้นในมนุษย์ เป็นกลไกธรรมชาติเพื่อปกป้องอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตได้ การฝึกให้เด็กรู้จักกลัวในสิ่งที่เหมาะสมโดยไม่เข้าใกล้สิ่งนั้น ๆ เช่น ปลั๊กไฟ หรือของมีคม ผู้ดูแลต้องฝึกและดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ไม่ใช้การดุเสียงดังหรือตี และไม่ควรหลอกเด็กให้กลัวในสิ่งที่ไม่มีความจริง หรือบังคับให้เด็กเผชิญกับสิ่งที่กลัว เพราะจะยิ่งสะสมความรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือความรู้สึกด้านลบ

เมื่อเติบโตเข้าวัยเด็กที่เรียนรู้การสื่อสาร

มากขึ้น มีการสะสมประสบการณ์ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม และจดจำเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ จนสามารถบอกความรู้สึก ความต้องการของตนเองได้ พยายามควรแนะนำพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ให้เด็กฝึกควบคุมอารมณ์ (emotional regulation) ตนเอง โดยประยุกต์เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด บางข้อมาส่งเสริมให้เด็กฝึกรับรู้ เรียนรู้ และเข้าใจ อารมณ์ของตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเข้าใจธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับตนเอง พระไพศาล วิสาโล (2555) ให้ทรงสนะอารมณ์ว่ามีทั้งทางบวก และลบ ในทางพุทธศาสนาจัดเป็นกิเลสที่ต้องรู้เท่าทัน เมื่อบุคคลรู้เท่าทันอารมณ์ตนเองด้วยสติ จะนำไปสู่ การสงบหรือการปรับอารมณ์กลับตามปกติ โดยธรรมชาติหรือการดับไปของอารมณ์ โดยการควบคุม อารมณ์ไม่ใช่การกดระงับหรือบังคับที่จะกลายเป็น การสะสมพลังงานทางอารมณ์แทนการหายหรือ กลับคืนระดับปกติ ซึ่งสอดคล้องกับ Thompson (1994) ที่กล่าวถึงการควบคุมอารมณ์ว่าเป็น องค์ประกอบของกระบวนการติดตาม ประเมินการ ตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและ ภายนอกตัวบุคคล โดยแต่ละวัฒนธรรมมีการให้ คุณค่าต่อการควบคุมอารมณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งโดยมาก มักสนใจการแสดงออกภายนอกที่เป็นอารมณ์ทางลบ สำหรับเทคนิคการฝึกเด็กให้ควบคุมอารมณ์โดย 1) ผู้เลี้ยงดูมีบทบาทที่สำคัญในการฝึกและเป็น แบบอย่างให้เด็กเรียนรู้ เช่น ในสถานการณ์ที่มีความ ตึงเครียดเกิดขึ้น ควรมุ่งมองหามุมบวกหรือ สิ่งดี ๆ ที่มีในสถานการณ์ตึงเครียดนั้น 2) การตีความ สิ่งร้ายหรือสถานการณ์ให้เป็นธรรมชาติของสิ่ง ที่เกิดขึ้นเพื่อลดความเครียดวิตกกังวล เช่น เมื่อเด็กมี

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ดูแลไม่ควร โกรธแต่ ควรแสดงให้เด็กเห็นว่า เข้าใจสิ่งที่เด็กกระทำนั้น เป็นธรรมชาติที่เขากำลังต้องการสื่อสารกับผู้ดูแล จึงควรพูดคุยเพื่อเข้าใจสารที่เด็กสื่อ นั่นคือผู้ดูแล เป็นตัวอย่างให้กับเด็กในการฝึกพิจารณาสิ่งร้าย 3) สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่ออารมณ์ เปลี่ยนแปลง เช่น การหายใจเร็วขึ้นเมื่อโกรธ 4) ให้ เด็กมีโอกาสฝึกทักษะเผชิญปัญหาและสามารถหา แหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ได้ด้วยตนเองเมื่อ ต้องการ ไม่ปกป้องหรือแก้ปัญหาลูกให้เด็กมากเกินไป และควรประเมินความต้องการทางอารมณ์ของเด็ก แต่ละวัยตอบสนองอย่างเหมาะสม 5) ฝึกการ พิจารณาทางเลือกอื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหาเพื่อ ไป ถึงจุดหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งอาจไม่ได้มีทางเดียว

หากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูส่งเสริมให้ความรู้สึก ต่าง ๆ เกิดขึ้นในระดับและเวลาที่เหมาะสมด้วยความ เข้าใจว่าบุคคลมีพัฒนาการทางอารมณ์ทั้ง ทางบวกและลบ เด็กจะมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ มั่นคงและเรียนรู้การจัดการควบคุมอารมณ์ทั้งด้าน บวกและลบได้ต่อไป เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทาง อารมณ์ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเกิดจากการทำงานของต่อมเพศ และร่างกายที่เปลี่ยนอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นอาจรู้สึก ตกใจ กังวล และกลัว พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมีบทบาท หน้าที่ในการเตรียมเด็ก โดยเริ่มให้ข้อมูล คำแนะนำ ตั้งแต่ระยะก่อนวัยรุ่น ในปัจจุบันอาจเริ่มที่อายุ 9 - 10 ปี เพื่อลดความรู้สึกด้านลบและการสะสมพลัง อารมณ์ เช่น กลัว โกรธ อิจฉา หากมีการส่งเสริม ความเข้าใจ อารมณ์ด้านลบเหล่านี้จะไม่สามารถบั่น ทอนความสุขในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นได้

วัยผู้ใหญ่ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้โดย

การอยู่กับปัจจุบันในทุกแง่มุม รู้ทันอารมณ์ที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่น และเรียนรู้ว่าอะไรคือสาเหตุเบื้องหลังของอารมณ์ด้วยการฝึกสติ (mindfulness) (ไพศาล วิสาโล, 2555) ซึ่งมีเทคนิคการฝึกได้หลายแนวทางและได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน โดยแนวทางการฝึกสติด้วยการพิจารณามหาใจ การเดินจงกรม การพิจารณาอริยาบถถูกนำไปใช้เป็น intervention ในงานวิจัยกลุ่มสมรสที่มีปัญหา และวัยรุ่นที่มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม ผลการวิจัยเบื้องต้นพบว่าการฝึกสติช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ รวมถึงสามารถควบคุมอารมณ์และลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ (Hill, & Updegraff, 2012; Roemer, Williston, & Rollins, 2015; Tan, 2016; Pepping, Duvenage, Cronin, & Lyons, 2016)

2. ส่งเสริมการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ และบริการสุขภาพจิต

การรู้เท่าทัน เข้าใจอารมณ์ตนเอง ทำให้วงจรของอารมณ์กลับสู่ภาวะปกติตามธรรมชาติ แต่หากมีการเกิดวงจรอารมณ์หลากหลายในเวลาเดียวกัน การสะสมพลังงานของอารมณ์จะทำให้เกิดการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ได้ง่าย มีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่

การประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ทางจิตวิทยาในปัจจุบัน มีทั้งแบบประเมินด้วยตนเอง และการประเมินจากบุคลากร แต่ยังไม่พบแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน อย่างไรก็ตามในระดับสากลมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่เพียง 2-3 ข้อ ในแบบประเมิน Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) (Marwaha et al.,

2013; Peter et al., 2015) โดยการสัมภาษณ์จากแพทย์ ส่วนแบบประเมินตนเองส่วนใหญ่ปรับจากลักษณะที่พบในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางจิต เช่น

1) Mood Disorder Questionnaire (MDQ) สร้างโดย Hirschfeld และคณะ (2000) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ 3 ตอน เริ่มตั้งแต่คำถามคัดกรองไปจนถึงประเมินความรุนแรง ลักษณะ Mania และ Hypomania ประยุกต์ร่วมกับอาการโรคอารมณ์สองขั้ว คำตอบเป็นตัวเลือกใช่/ไม่ใช่

2) Mood Swings Self-Assessment (MSQ) สร้างโดย Gordon Parker (Parker, 2001 cited in Parker & Fletcher, 2013) ประกอบด้วย 3 ส่วน ในส่วนที่ 1 เป็นคำถามคัดกรองอาการเบื้องต้น 8 ข้อ เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบคือใช่ หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์คำตอบใช่ ตั้งแต่ 4 ข้อขึ้นไป จึงตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และความรู้สึกสุขมากกว่าปกติ หากคำตอบ “ใช่” จึงประเมินข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์ 27 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ในแต่ละข้อคือ ไม่มากกว่าปกติ = 0, มากกว่าปกติ บางครั้ง = 1, มากกว่าปกติมาก = 2 เกณฑ์พิจารณาเมื่อรวมคะแนนตั้งแต่ 22 ขึ้นไป เป็นผู้เสี่ยงต่อสภาวะอารมณ์ไม่คงที่

3) Affective Lability Scale (ALS) สร้างโดย Harvey, Greenberg & Serper (1989) แบบประเมินเป็นประโยคข้อความประเมินการเปลี่ยนแปลงจากอารมณ์และพฤติกรรม จำนวนทั้งหมด 54 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประเมินค่าคุณศัพท์ 2 ขั้ว 4 ระดับ จาก 0-3 คือ ไม่ใช่ลักษณะของฉัน (0) ถึง

เป็นลักษณะของมัน (3) แบ่งกลุ่มลักษณะผู้ตอบ เป็น 6 กลุ่ม ค่า internal consistency ระหว่าง 0.82 - 0.92 ซึ่งต่อมาได้รับการปรับให้จำนวนข้อคำถาม น้อยลงเหลือเพียง 18 ข้อคือ ALS-SF โดย Oliver and Simons (2004) และปรับลดองค์ประกอบเหลือ 3 ด้านคือ ด้านวิตกกังวลร่วมกับซึมเศร้า (anxiety/ depress) ด้านซึมเศร้าร่วมกับร่าเริง (depress/ elation) และอารมณ์โกรธ (anger) มีค่า internal consistency ระหว่าง 0.77 - 0.88 และค่า Correlation กับ ALS-54 เท่ากับ 0.94 (Aas et al., 2015) โดยเกณฑ์ การพิจารณา กลุ่มเสี่ยงคือผู้มีคะแนน ทั้ง 3 องค์ประกอบสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม แบบประเมิน นี้ได้แปลเป็นภาษาไทยในการศึกษาของสุติมาศ อังศุเกียรติถาวร และคณะ (2019) ได้ค่าความ เชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ .912

นอกจากแบบประเมินข้างต้น ยังมีแบบ ประเมินอีกหลายอย่างที่ได้รับการพัฒนาขึ้นและอยู่ ระหว่างการทดสอบหรือศึกษาประสิทธิภาพของ เครื่องมือ อย่างไรก็ตามการนำเครื่องมือแต่ละแบบ มาใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงมาตรฐาน การทดสอบ ความเหมาะสมกับประชากร ความเข้าใจภาษาของ กลุ่มที่ต้องการนำเครื่องมือไปใช้ ความสะดวก รวมถึงการได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือ ซึ่ง ประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือประเมินสภาวะ อารมณ์ไม่คงที่ที่ได้รับการยอมรับหรือทดสอบ มาตรฐานระดับประเทศจึงควรมีการศึกษาพัฒนา ต่อไป

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพจิตเน้น บริการเชิงรุก โดยจัดบริการส่งเสริม ป้องกันทั้ง

ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งพบว่าการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงทางจิตและให้การ ดูแลอย่างเหมาะสมสามารถบรรเทา ชะลอการ เจ็บป่วยรุนแรงทางจิต และป้องกันโรคร่วมได้ (Fusar-Poli, Byrne, Badger, Valmaggia, & McGuire, 2013; Hui et al., 2014; Murru et al., 2015) อย่างไรก็ตาม ความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็น ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพภายใต้ ข้อจำกัดการขาดแคลนบุคลากรทางสาธารณสุข นอกจากนี้การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลยัง ขึ้นกับประสบการณ์และความรู้ของผู้ให้บริการแต่ละคนซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2559) การเพิ่มช่องทางและส่งเสริมให้ บุคคลสามารถประเมินสัญญาณความผิดปกติ เช่น การประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ด้วยแบบ ประเมินตนเองมาตรฐานที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ เช่นเดียวกับแบบประเมินอื่น ๆ เช่น General Health Questionnaire (GHQ) หรือแบบคัดกรองซึมเศร้า (2Q, 9Q) เป็นความท้าทายในระบบบริการสุขภาพจิต

3. กิจกรรมการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดป้องกันและลด สภาวะอารมณ์ไม่คงที่

พยาบาลจิตเวชใช้ตนเองเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยทางจิตในทุกขั้นตอน การตระหนักรู้สติใน ตนเอง (self-awareness) และเข้าใจความรู้สึกและ อารมณ์ของผู้อื่นแท้จริง (empathy) เป็นปัจจัยสำคัญ ในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดร่วมกับเทคนิคการ สื่อสารเพื่อการบำบัด (therapeutic communication) ในฐานะผู้ดูแลต่อเนื่องแล้วยังเป็นผู้สอนและ แบบอย่างให้กับผู้รับบริการ ในการส่งเสริม

พัฒนาการทางอารมณ์ของสมาชิก ครอบครัว การเข้าใจอารมณ์และจัดการอารมณ์ได้เหมาะสมต่อไป เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสนทนา ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น วาริรัตน์ ถาน้อย (2557) เสนอเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดไว้หลากหลาย แต่บทความนี้จะทบทวนบางเทคนิคที่ส่งเสริมการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองของบุคคล

1) การทวนซ้ำ (restating) การกล่าวซ้ำคำพูดของผู้พูดอีกฝ่าย เพื่อให้ผู้พูดทบทวนคำพูดของตนเอง แต่ควรระวังการหงุดหงิด รำคาญไม่เข้าใจว่าการพูดซ้ำมีวัตถุประสงค์อะไร เช่น

วัยรุ่น “ผมเบื่อ พ่อ แม่ เบื่อบ้านที่มีแต่คนออกคำสั่งให้ทำโน่นนี่”

พยาบาล “คุณเบื่อ พ่อ แม่ ที่มีแต่คนออกคำสั่งให้ทำโน่นนี่”

2) การสะท้อนความคิด ความรู้สึก (reflecting) การพูดถึงความรู้สึกของผู้พูด จากการรับฟัง เรื่องราวที่ผู้พูดบอกเล่า ซึ่งอาจจะไม่ได้บอกความรู้สึกแท้จริงของตนเอง การสะท้อนความคิดควรทำอย่างนุ่มนวลและคำนึงถึงความพร้อมในการยอมรับตนเองของผู้พูดด้วย เช่น

วัยรุ่น “พ่อแม่ออกคำสั่งให้ผมทำโน่นนี่ตามความต้องการของเขาตลอด”

พยาบาล “คุณรู้สึกไม่ชอบที่พ่อแม่บอกให้ทำสิ่งต่าง ๆ”

3) การกระตุ้นให้ประเมินตนเอง (encouraging evaluation) การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้พูดประเมินความคิด ความรู้สึกของตนในเหตุการณ์ที่

พบผ่านมา

พยาบาล “จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คุณรู้สึกอย่างไร”

4) การใช้ความเงียบ (using silence) เพื่อให้ผู้พูดได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นและความรู้สึกของตนเอง ในขณะที่เดียวกันยังช่วยลดการบีบคั้นความรู้สึกด้วย

พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการโดยตรงหรือแนะนำ และเปิดโอกาสให้ผู้เลี้ยงดูเด็กฝึกทักษะส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กซึ่งจะนำเสนอในหัวข้อต่อไป

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้การสื่อสารเพื่อส่งเสริม เรียนรู้ควบคุมอารมณ์ ซึ่งสามารถใช้ได้ตั้งแต่วัยเด็ก ผู้นิพนธ์ใช้กรณีตัวอย่างที่แม่เด็กเล่าถวายแด่พระไพศาล วิสาโล โดยวิเคราะห์ตามแนวคิดการควบคุมอารมณ์และประยุกต์เทคนิคการสื่อสาร เพื่อการบำบัด แม่เด็กเล่าว่าลูกอายุ 3 ขวบ รู้สึกเสียใจ (feeling) มีอารมณ์เศร้า (emotion) มากจากการสูญเสียสัตว์เลี้ยง (สิ่งกระตุนเร้า) ของตนเอง และมีพฤติกรรมคือร้องไห้ไม่หยุด (affect) แม่ของเด็กไม่ได้บอกว่าย่าร้องไห้ อย่าเสียใจ แต่แม่ของเด็ก 3 ขวบ ใช้การรับรู้เข้าใจอารมณ์ของลูก (empathy) และพูดกับลูกว่า “หนูกำลังเสียใจที่สัตว์เลี้ยงตาย” (reflecting) เด็กพยักหน้าโดยไม่ตอบและแม่ไม่ได้พูดอะไรต่อเพียงนั่งเป็นเพื่อนลูก (silence) สักพักเด็กก็หยุดร้องไห้เอง (รับรู้และตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง) กระบวนการที่เกิดภายในคือการเติบโตและพัฒนาการทางอารมณ์ คือเข้าใจว่าตนเองกำลังเสียใจ สาเหตุเพราะสัตว์เลี้ยงตาย แต่มันคือธรรมชาติ อารมณ์เศร้าจึงดับลงโดยไม่ได้เก็บ

## กดไว้ เด็กจึงหยุดร้องไห้

### สรุป

สภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings) ไม่ใช่แค่ความรู้สึกเศร้า แต่ยังมีองค์ประกอบความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกมีพลังงานมาก เป็นต้น สภาวะอารมณ์ไม่คงที่เป็นลักษณะเด่นอีกอย่างหนึ่งที่พบได้ในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่วัยรุ่น จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลจิตเวชที่จะทำความเข้าใจลักษณะสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ และเลือกการดูแลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ เพื่อช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนตั้งแต่วัยเด็ก ด้วยการให้ข้อมูลการเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กกับผู้เลี้ยงดู การแนะนำเทคนิคการควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชควรมีการติดตามองค์ความรู้ รวมถึงพัฒนาแนวทางการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ที่ได้มาตรฐานเพื่อคัดกรองสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในวัยรุ่น และร่วมพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับวัยรุ่นที่มีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ให้การช่วยเหลือบรรเทาสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ด้วยเทคนิคการสื่อสารอย่างเข้าใจความทุกข์ของวัยรุ่นที่ต้องเผชิญสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของวัยรุ่นที่อาจเกิดจากการหาทางออกเมื่อตนเองมีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่

### เอกสารอ้างอิง

พยอม อิงคตานุวัฒน์. (2550). *เลี้ยงลูกให้สุขภาพจิตดี*. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (บ.ก.). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น* เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ธนาพรส จำกัด.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. *ราชกิจจานุเบกษา* (เล่ม 125 ตอนที่ 36ก 20). สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2564 จาก [http://library2.parliament.go.th/giventake/content\\_law/law200251-37.pdf](http://library2.parliament.go.th/giventake/content_law/law200251-37.pdf).

ไพศาล วิสาโล. (2555). *เป็นมิตรกับตัวเอง ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: ชัมเคย์.

มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ โสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 57-75.

วาริรัตน์ ฉาน้อย. (2557). *การสื่อสารเพื่อการบำบัด ใน การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2559). ศาสตร์การปรับปรุงคุณภาพ. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 3(2), 5 – 14.

สมจิตร มณีกานนท์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพ์นิธย์, นิตยา จรัสแสง, และ ขวัญสุดา บุญทศ. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 371-380.

สุถิมาศ อังศุเกียรติถาวร, อังกรพร สีหิรัญวงศ์, มธุรส ทิพยมงคลกุล และ รุ่งนภา ภาณิศรัตน์. (2019). *ความชุกและรูปแบบการกระจายตัวของสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในเยาวชนไทย: การสำรวจในโรงเรียน*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล*.

Aas, M., Pedersen, G., Henry, C., Bjella, T., Bellivier, F., Leboyer, M., et al. (2015). Psychometric properties of the Affective Liability Scale (54 and 18-item version) in patients with bipolar disorder, first-degree relatives, and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 172, 375-380.

American Psychiatric Association. (2019). Patients and families. Retrieved December 8, 2020, from <https://www.psychiatry.org>

- Angsukiattitavorn, S., Seeherunwong, A., Panitrat, R., & Tipayamongkhogul, M. (2020). Prevalence and distribution pattern of mood swings in Thai adolescents: a school-based survey in the central region of Thailand. *BMC psychiatry*, *20*, 1-12.
- Barrett, L. F. (2011). Constructing emotion. *Psihologjske teme*, *20*(3), 359-380.
- Barrett, L. F. (2014). The conceptual act theory: A précis. *Emotion review*, *6*(4), 292-297.
- Bowen, R. C., Wang, Y., Balbuena, L., Houmphan, A., & Baetz, M. (2013). The relationship between mood instability and depression: Implications for studying and treating depression. *Medical Hypotheses*, *81*(3), 459-462.
- Bowen, R., Balbuena, L., Baetz, M., & Marwaha, S. (2015). Mood instability in people with obsessive compulsive disorder and obsessive-compulsive personality traits. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *6*, 108-113.
- Broome, M. R., He, Z., Ifikhar, M., Eyden, J., & Marwaha, S. (2015). Neurobiological and behavioural studies of affective instability in clinical populations: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *51*, 243-254.
- Collishaw, S. (2015). Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 370-393.
- Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L., & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(8), 885-894.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2013). *Annual Report*. Retrieved December 4, 2014, from [www.dmh.go.th](http://www.dmh.go.th).
- Di Nicola, M., Tedeschi, D., Mazza, M., Martinotti, G., Harnic, D., Catalano, V., et al. (2010). Behavioural addictions in bipolar disorder patients: Role of impulsivity and personality dimensions. *Journal of Affective Disorders*, *125*(1-3), 82-88.
- Duffy, A., Horrocks, J., Milin, R., Doucette, S., Persson, G., & Grof, P. (2012). Adolescent substance use disorder during the early stages of bipolar disorder: A prospective high-risk study. *Journal of Affective Disorders*, *142*(1-3), 57-64.
- Ekkekakis, P., (2012). *Affect, Mood and Emotion in Measurement in Sport and Exercise Psychology*. Retrieved November 10, 2015, from [www.public.iastate.edu/~ekkekaki/pdfs/ekkekakis\\_2012.pdf](http://www.public.iastate.edu/~ekkekaki/pdfs/ekkekakis_2012.pdf)
- Elizabeth G. & Watson D. (2001). *Emotion, mood and temperament: similarities, differences, and a synthesis in Emotion at work*. Retrieved November 10, 2015, from <https://goo.gl/DFIU7P>.
- Faedda, G. L., Serra, G., Marangoni, C., Salvatore, P., Sani, G., Vázquez, G. H., et al. (2014). Clinical risk factors for bipolar disorders: A systematic review of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, *168*, 314-321.
- Fulford, D., Peckham, A. D., Johnson, K., & Johnson, S. L. (2014). Emotion perception and quality of life in bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, *152-154*, 491-497.
- Fusar-Poli, P., Byrne, M., Badger, S., Valmaggia, L. R., & McGuire, P. K. (2013). Outreach and support in South London (OASIS), 2001-2011: Ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis. *European Psychiatry*, *28*(5), 315-326.
- Geoffroy, P. A., Etain, B., Scott, J., Henry, C., Jamain, S., Leboyer, M., & Bellivier, F. (2013). Reconsideration of bipolar disorder as a developmental disorder: Importance of the time of onset. *Journal of Physiology-Paris*, *107*(4), 278-285.
- Gerlsma, C., de Ruiter, N. M., & Kingma, W. (2014). Mood dependence of perceived criticism: A significant null finding. *Psychiatry research*, *220*(3), 1102-1105.
- González-Blanch, C., Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Crisp, K., McGorry, P. D., & Alvarez-Jimenez, M. (2015). Longitudinal relationship between expressed emotion and cannabis misuse in young people with first-episode psychosis. *European Psychiatry*, *30*(1), 20-25.



- Güclü, O., Şenormancı, Ö., Aydın, E., Erkıran, M., & Köktürk, F. (2015). Phenomenological subtypes of mania and their relationships with substance use disorders. *Journal of Affective Disorders, 174*, 569-573.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry, 10*(1), 113.
- Harvey, P. D., Greenberg, B. R., & Serper, M. R. (1989). The affective lability scales: development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology, 45*(5), 786-793.
- Hill, C. L., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion, 12*(1), 81.
- Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E., Jr., et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *The American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1873-1875.
- Hui, C. L.M., Li, A. W.Y., Leung, C.M., Chang, W.C., Chan, S. K.W., Lee, E. H.M., & Chen, E. Y.-H. (2014). Comparing illness presentation, treatment and functioning between patients with adolescent and adult-onset psychosis. *Psychiatry Research, 220*(3), 797-802.
- Inoue, T., Inagaki, Y., Kimura, T., & Shirakawa, O. (2014). Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode: The Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET-LMBP). *Journal of Affective Disorders, 174c*, 535-541.
- Jeong, H., Moon, E., Min Park, J., Dae Lee, B., Min Lee, Y., Choi, Y., & In Chung, Y. (2015). The relationship between chronotype and mood fluctuation in the general population. *Psychiatry Research, 229*(3), 867-871.
- Kret, M. E., & Ploeger, A. (2015). Emotion processing deficits: A lability spectrum providing insight into comorbidity of mental disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 52*, 153-171.
- Lara, D. R., Bisol, L. W., Brunstein, M. G., Reppold, C. T., de Carvalho, H. W., & Ottoni, G. L. (2012). The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: A system-based integrative approach. *Journal of Affective Disorders, 140*(1), 14-37.
- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., de Haan, B.K., Sawyer, M., Ainley, J., & Zubrick, S. R. (2015). *The Mental Health of Children and Adolescents. Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing*. Retrieved December 4, 2015, from <https://www.health.gov.au>.
- Leopold, K., Ratzer, S., Correll, C. U., Rottmann-Wolf, M., Pfeiffer, S., Ritter, P., et al. (2014). Characteristics, symptomatology and naturalistic treatment in individuals at-risk for bipolar disorders: Baseline results in the first 180 help-seeking individuals assessed at the dresden high-risk project. *Journal of Affective Disorders, 152-154*, 427-433.
- Li, W., Garland, E. L., & Howard, M. O. (2014). Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. *Computers in Human Behavior, 31*, 393-411.
- Marwaha, S., He, Z., Broome, M., Singh, S. P., Scott, J., Eyden, J., & Wolke, D. (2014). How is affective instability defined and measured? A systematic review. *Psychological Medicine, 44*(09), 1793-1808.
- Marwaha, S., Parsons, N., Flanagan, S., & Broome, M. (2013). The prevalence and clinical associations of mood instability in adults living in England: Results from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Psychiatry Research, 205*(3), 262-268.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 49*(9), 544-554.
- Muru, A., Primavera, D., Oliva, M., Meloni, M. L., Vieta, E., & Carpiniello, B. (2015) The Role of Comorbidities in Duration of Untreated Illness for Bipolar Spectrum Disorders. *Journal of Affective Disorders*.

- Ohannessian, C. M., Flannery, K. M., Simpson, E., & Russell, B. S. (2016). Family functioning and adolescent alcohol use: A moderated mediation analysis. *Journal of Adolescence*, *49*, 19-27.
- Oliver, M. N. I., & Simons, J. S. (2004). The affective lability scales: Development of a short-form measure. *Personality and Individual Differences*, *37*(6), 1279-1288.
- Päären, A., von Knorring, A. L., Olsson, G., von Knorring, L., Bohman, H., & Jonsson, U. (2013). Hypomania spectrum disorders from adolescence to adulthood: A 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorders*, *145*(2), 190-199.
- Pan, P.Y., & Yeh, C.B. (2015). Mood Disturbance in Adolescents Screened by the Mood Disorder Questionnaire Predicts Poorer Social Adjustment. *Journal of Adolescent Health*, *56*(6), 652-657.
- Parker, G. (2011). Clinical differentiation of bipolar II disorder from personality-based "emotional dysregulation" conditions. *Journal of Affective Disorders*, *133*(1-2), 16.
- Parker, G., & Fletcher, K. (2013). The 'real world' utility of a web-based bipolar disorder screening measure: A replication study. *Journal of Affective Disorders*, *150*(2), 276-283.
- Patel, R., Lloyd, T., Jackson, R., Ball, M., Shetty, H., Broadbent, M., et al. (2015). Mood instability is a common feature of mental health disorders and is associated with poor clinical outcomes. *BMJ open*, *5*(5), e007504.
- Pepping, C. A., Duvenage, M., Cronin, T. J., & Lyons, A. (2016). Adolescent mindfulness and psychopathology: The role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, *99*, 302-307.
- Peters, E. M., Balbuena, L., Baetz, M., Marwaha, S., & Bowen, R. (2015). Mood instability underlies the relationship between impulsivity and internalizing psychopathology. *Medical Hypotheses*, *85*(4), 447-451.
- Rhodes, A. E., & Bethell, J. (2008). Suicidal ideators without Major Depression-Whom are we not reaching? *Canadian journal of psychiatry*, *53*(2), 125.
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 52-57.
- Serra, G., Koukopoulos, A., De Chiara, L., Napoletano, F., Koukopoulos, A. E., Curto, M., et al. (2015). Features preceding diagnosis of bipolar versus major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, *173*(0), 134-142.
- Tan, L. B. (2016). A critical review of adolescent mindfulness-based programmes. *Clinical child psychology and psychiatry*, *21*(2), 193-207.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, *59*(2-3), 25-52.
- Vanassche, S., Sodermans, A. K., Matthijs, K., & Swicegood, G. (2014). The effects of family type, family relationships and parental role models on delinquency and alcohol use among Flemish adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *23*(1), 128-143.
- Woo, Y. S., Shim, I. H., Wang, H.-R., Song, H. R., Jun, T.-Y., & Bahk, W.-M. (2015). A diagnosis of bipolar spectrum disorder predicts diagnostic conversion from unipolar depression to bipolar disorder: A 5-year retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, *174*(0), 83-88.