

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบเพื่อนช่วยเพื่อน ต่อการจัดการความเครียดและพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาของวัยทำงาน The Effect of Peer Supported Emotional Crisis Management Program on Stress Management and Aggressive Problem-Solving Behaviors on Working-Age Person

เกศกาญจน์ ทันประภัสสร (Keskan Tunprapussorn)*

Received: June 20, 2021

Revised: July 4, 2021

Accepted: July 21, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบเพื่อนช่วยเพื่อนต่อการจัดการความเครียดและพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาของวัยทำงานกลุ่มตัวอย่างคือวัยทำงานที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มควบคุม 30 คนกลุ่มทดลอง 30 คนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ โปรแกรมฯ ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้ คู่มือการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการจัดการความเครียด และแบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหามีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.83 และ 0.90 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคเท่ากับ 0.953 และ 0.897 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการจัดการความเครียดหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาลดลงน้อยกว่าก่อนทดลอง 2) ค่าเฉลี่ยการจัดการความเครียดกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหากลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตฯ ควรนำโปรแกรมฯ ไปจัดทำโครงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกสำหรับวัยรุ่นและผู้สูงอายุที่มีปัญหาการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและอันตรายที่ส่งผลต่อการจัดการความเครียดและพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหามนุษย์ต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เพื่อนช่วยเพื่อน การจัดการความเครียด พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา วัยทำงาน

*Corresponding author: Keskan Tunprapussorn: e-mail: Keskan_b@yahoo.com.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรินราช (Registered Nurse, Senior Professional level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj)



Abstract

This pretest-post-test quasi experimental research aimed to examine the effects of peer support to emotional crisis management program on stress management and aggressive problem solving behavior of working-age population. Samples were sixty working-age person living in Muang, Phisanulok province. The samples were purposely selected with criteria. They were divided into two groups, control group ($n = 30$) and experimental group ($n = 30$). The experimental group participated in the program at once a week while the control group had been routine living. The program consisted of learning plan and crisis management guideline. Data were collected through 1) stress management and 2) aggressive problem solving behavior of working-age population. Content validity index (CVI) were 0.83, 0.90 and the Cronbach's Alpha coefficient of the assessments was 0.953 and 0.897 respectively. Data were analyzed through descriptive statistics and t-test.

The results showed that 1) mean score of stress management of the experimental group, after participating in the peer supported emotional crisis management program ($p < .05$). 2) mean score of stress management of the experimental group were not different from those in the control group. After participating in the peer supported emotional crisis management program, they were significantly lower than those in the control group ($p < .05$). Nurses working in mental health should incorporate the program into their improvement activities for adolescents and elderly people who have emotional crisis management problems in the community. They participated in the program at least once a year. In order to reduce problems and dangers affecting the stress management and aggressive problem-solving behaviors by establishing and proactive mental health prevention program for person.

Keywords: emotional crisis management, peer support, stress management, aggressive problem solving behavior, working-age person

บทนำ

จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่าคนไทยมีแนวโน้มเครียดเพิ่มมากขึ้น โดยผลการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในปี 2560 พบประชาชนโทรปรึกษาเรื่องปัญหาความเครียดและวิตกกังวลมากเป็นอันดับ 1 เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัวเมื่อเทียบกับปี 2557 โดยเป็นวัยทำงานมากที่สุด ทั้งนี้ เกิดจากความเครียดของสภาพการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจสังคมที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสาร วิถีชีวิตที่เร่งรีบ ส่งผลให้

ประชาชนทั้งในเขตเมืองและในชนบทเผชิญกับความเครียดทุกวัน ซึ่งจะมีการแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละคน ทั้งนี้กลุ่มที่น่าห่วงมากคือ วัยทำงาน เนื่องจากต้องรับผิดชอบทั้งครอบครัวการทำงานและอีกหลายด้าน (Department of Mental health, 2018) โดยพบว่ากลุ่มอายุที่ใช้บริการมากที่สุดคือวัยทำงานที่มีอายุ 22-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 และในปี พ.ศ. 2563 พบบุคคล



วัยทำงานที่มีความเครียดสะสมโดยมีสาเหตุจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมจากการทำงาน ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์และมีพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาทำให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น เช่น เหตุการณ์ "กราดยิงที่โคราช" จากเหตุการณ์ดังกล่าวจิตแพทย์ให้ความเห็นว่า ผู้ก่อเหตุเป็นชายอายุ 32 ปี มีพฤติกรรมคลุ้มคลั่ง สดุดีแตก บุกลไปปล้นอาวุธสงครามนำไปกราดยิงประชาชนที่ไม่เกี่ยวข้อง ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากถึง 30 คน การกระทำดังกล่าวแสดงถึงการรับมือกับอารมณ์โกรธเสียใจ และความรู้สึกด้านลบโดยใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาจนเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้อื่น (Dailynews, 2020) เหตุการณ์ดังกล่าวแสดงถึงสาเหตุของความไม่สมดุลของเวลาที่ใช้ไปกับการทำงานสภาพแวดล้อมที่สังคมแตกแยก ขัดแย้ง และขาดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ล้วนเป็นปัญหาสำคัญยิ่งที่นำไปสู่การรับรู้ถึงภาวะวิกฤตชีวิตที่ต้องเผชิญอยู่ตลอดในชีวิตประจำวันหากบุคคลใดไม่สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาวิกฤตชีวิตเหล่านี้ได้ก็จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องทำให้ขาดความสุขมีชีวิตและสังคมที่เครียดมากขึ้นและมักใช้อารมณ์และวิธีที่รุนแรงในการจัดการกับปัญหาจึงเป็นสัญญาณทางพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของบุคคลที่เพิ่มขึ้น (Intarakamhan et. al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์มี 3 ขั้น (Rapoport, 1962, France, 1982, Caplan, 1974) ได้แก่ 1) ขั้นก่อนเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ 2) ขั้นภาวะวิกฤตทางอารมณ์และ 3) ขั้นหลังภาวะวิกฤตทางอารมณ์และจากการศึกษาของอังสินท์ อินทรกำแหงและคณะ (Intarakamhan et. al., 2012) พบว่าถ้าบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีกลไกการป้องกันทางจิตอย่างถูกวิธีก็จะเป็นโอกาสที่ดีคือ ทำให้จัดการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันให้ลดลงหรือหมดไปจัดการกับประสบการณ์ที่ไม่ดีบางอย่างในอดีตและเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ดีขึ้นในอนาคต ดังนั้นเมื่อมีการแก้ไขภาวะวิกฤตได้อย่างถูกวิธีบุคคลก็จะถูกพัฒนาให้มีเทคนิคการปรับตัวและทักษะในการแก้ปัญหาใหม่ที่ดีขึ้นกว่าเดิม มีความยืดหยุ่นขึ้นมีความทนต่อความกังวลจึงส่งผลให้

มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นสำหรับรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดูแลบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะบุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดรุนแรง จนส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บทางจิตใจ รูปแบบดังกล่าว คือ "Roberts' Seven-Stage Crisis Intervention Model" รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤต 7 ขั้นตอนของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1990, 1991, Roberts and Roberts, 2000, Robert and Yeage, 2009) ได้แก่ 1) การประเมินจิตสังคม 2) การสร้างสายสัมพันธ์อย่างรวดเร็ว 3) การระบุปัญหาที่สำคัญหรือภาวะวิกฤต 4) การจัดการกับความรู้สึกและอารมณ์ 5) การสร้างและสำรวจทางเลือกเพื่อจัดการปัญหา 6) การลงมือปฏิบัติ และ 7) การติดตามประเมินผลด้วยขั้นตอนดังกล่าวส่งผลให้รูปแบบการดูแลของโรเบิร์ตส์ช่วยให้บุคคลที่เผชิญกับภาวะวิกฤตสามารถกลับมาทำหน้าที่และมีความมั่นคงทางอารมณ์ในการแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น

สำหรับหลักการของเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) มีจุดประสงค์ที่สำคัญคือเพื่อให้การช่วยเหลือสมาชิกด้วยการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เหมือนและแตกต่างกัน ประสบการณ์ของทุกคนถือเป็นสิ่งสำคัญในการบำบัดรักษา โดยมีพื้นฐานมาจากการแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการประชุมร่วมกัน ภายใต้บรรยากาศที่มีความยืดหยุ่นและความสัมพันธ์อันดีของสมาชิกส่งผลต่อการพัฒนาสภาพอารมณ์และสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้น (Challis, 2019) สอดคล้องกับปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ของบุคคล คือการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านครอบครัวที่ทำงานสิ่งแวดล้อมเทคนิควิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหาการปรับตัวและทักษะการแก้ปัญหาที่มีอยู่ (Intarakamhan et. al., 2012) ด้วยเหตุนี้แนวคิดแบบเพื่อนช่วยเพื่อนจึงควรนำมาใช้เพื่อให้บุคคลสามารถจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ดีขึ้น ด้วยการสนับสนุนจากเพื่อนภายใต้ความสัมพันธ์ที่มีการช่วยเหลือกันซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน และสร้างความรู้สึกอบอุ่น

ปลอดภัยเพื่อช่วยผู้อื่นให้สามารถรับมือกับปัญหาและบรรลุดตามเป้าหมายของชีวิตได้ (the British Columbia Ministry of Health, 2001)

จากการเยี่ยมบ้านบุคคลวัยทำงานที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตในปี 2563 เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า บุคคลวัยทำงานส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 83.33 และมีความเครียดสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 3.33 บุคคลที่มีความเครียดสูงสุดอายุ 51 ปี ต้องเผชิญปัญหาการตกงาน สามัคคีสุราเป็นประจำ บุตรชายไม่มีงานทำ มักนำเรื่องทุกข์ใจมาให้อับรู้เป็นประจำและต้องรับภาระเลี้ยงหลานของบุตรชายทำให้มีความเครียดสะสมทำให้มีอารมณ์โกรธ น้อยใจ ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อเพื่อนบ้าน ทำให้เพื่อนบ้านเกิดความเครียดและวิตกกังวล หงุดหงิดรำคาญใจ เกิดการทะเลาะกัน จนต้องเชิญมาไกล่เกลี่ยเพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมความรุนแรงในการการแก้ปัญหาจนเกิดการทำร้ายร่างกายกันเกิดขึ้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาที่อาจเกิดกับบุคคลวัยทำงานและบุคคลอื่นๆ จนได้รับอันตรายจากการใช้พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา อันเป็นผลมาจากมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบไม่มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้จึงควรนำโปรแกรมเสริมสร้างการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบเพื่อนช่วยเพื่อนมาดำเนินการโดยจัดให้มีการฝึกทำหน้าที่ช่วยเหลือสมาชิกด้วยการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ภายใต้ความสัมพันธ์อันดี ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคคลวัยทำงานมีวิธีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่ดีส่งผลให้มีการจัดการความเครียดและการ

ลดพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา ช่วยให้บุคคลวัยทำงานมีสุขภาพจิตที่ดีสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นพลังหลักในการขับเคลื่อนประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียด และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดและค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กรอบแนวความคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของแคปเปลน (Caplan, 1974) และการบำบัดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของโรเบิร์ตส์ (Corcoran and Roberts, 2000, Collins and Collins, 2005) และแนวคิดแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (the British Columbia Ministry of Health, 2001) ประกอบด้วย 1) ประเมินจิตสังคม 2) สร้างสายสัมพันธ์อย่างรวดเร็ว 3) ระบุนิยามที่สำคัญหรือภาวะวิกฤต 4) จัดการกับความรู้สึกและอารมณ์ 5) สร้างและสำรวจทางเลือกเพื่อจัดการปัญหา 6) การลงมือปฏิบัติและ 7) ติดตามประเมินผล เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการดังกล่าวจะทำให้ลดพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาทำให้มีการจัดการความเครียดที่ดีและลดพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาได้ จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการวิจัยดังนี้

โปรแกรมเสริมสร้างการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบเพื่อนช่วยเพื่อนฯ

1. ขั้นตอนภาวะวิกฤตทางอารมณ์

1.1 ประเมินจิตสังคม 1.2 สร้างสายสัมพันธ์อย่างรวดเร็ว

1.3 ระบุปัญหาที่สำคัญหรือภาวะวิกฤต

2. ขั้นตอนภาวะวิกฤตทางอารมณ์

1.4 จัดการกับความรู้สึกละเลยอารมณ์: เทคนิคการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

1.5 สร้างและสำรวจทางเลือกเพื่อจัดการปัญหา

1.6 การลงมือปฏิบัติ: เทคนิคการจัดการความเครียดและลดพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา

3. ขั้นตอนหลังภาวะวิกฤตทางอารมณ์

1.7 ติดตามประเมินผล: สำรวจการเผชิญปัญหาด้านบวกและด้านลบ: การประเมินความเข้มแข็งและการทำ หน้าที่

การจัดการความเครียด

1. การจัดการความเครียดที่เน้นการเผชิญปัญหา
2. การจัดการความเครียดเน้นการรับมือกับอารมณ์

พฤติกรรมการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา

1. แนวโน้มพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา
2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงในการแก้ปัญหา
3. พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา

แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนของโปรแกรมเสริมสร้างการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบเพื่อนช่วยเพื่อนฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ดำเนินการวิจัยแบบ Two Group Pretest-Posttest Design โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์และแนวคิดแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนกลุ่มควบคุมจะดำเนินชีวิตตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือบุคลากรวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปีจำนวน 186 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการประชากรข้างต้นขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดมาจากการใช้กฎอย่างง่าย (Rule of Thumb) (Sim, Saunders, Waterfield and Kingstone, 2018) ประชากรน้อยกว่า

1,000 คน ใช้อัตราส่วนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 56 คน เพื่อให้การทดลองใช้โปรแกรมมีประสิทธิภาพผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8 (4 คน) จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุม 30 คนและกลุ่มทดลอง 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1. เป็นบุคลากรวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 2. ทำงานมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว 3. ผลการประเมิน 2Q มีค่าเท่ากับศูนย์ (0 คะแนน) 4. สามารถอ่านออกเขียนได้ มีสมาร์ตโฟน และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้และยินดีให้ความร่วมมือมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1. มีประวัติทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า มีประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง 2. ขอดอนตัวระหว่างการเข้าร่วมการทดลองย้ายที่อยู่หรือมีปัญหาสุขภาพ 3. ไม่ให้ความร่วมมือหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ฯ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 8 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง มีการดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ขึ้นก่อนภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และขึ้นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- เช็กอิน (Check in) ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม ทดลองทุกคนบอกและสะท้อนคิดความรู้สึกตามสีไฟจราจร เช่น สีแดงคือ รู้สึกเครียด ทุกข์ใจ สีเหลืองคือ รู้สึกกังวล สีเขียวคือ รู้สึกดี หากเช็กอินแล้วเป็นสีแดง ให้หยุดพักหรือสังเกตการณ์กลุ่มแทนการทำกิจกรรม แต่ละครั้งจะมีนักจิตวิทยาคลินิกของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์หรือความรู้สึกทั้งนี้เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัครในการเข้าร่วมการวิจัย

- กิจกรรมพลังใจใจแข็งแรง ผู้วิจัยเป็นผู้นำให้สมาชิกกลุ่มทดลองทำสมาธิจากปลายนิ้ว สมาธิจากการเคลื่อนไหว สมาธิจากการภาวนา การหัวเราะบำบัด

- ผู้วิจัยบรรยายสรุปเกี่ยวกับการ 1) ประเมินจิตสังคม 2) การสร้างสายสัมพันธ์อย่างรวดเร็ว 3) ระบุปัญหาที่สำคัญหรือภาวะวิกฤต 4) การจัดการกับความเครียดและอารมณ์: เทคนิคการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

- สมาชิกกลุ่มทดลองเรียนรู้จากต้นแบบ (สมาชิกกลุ่มทดลองที่มีประสบการณ์การจัดการกับความเครียดและอารมณ์) จับคู่ฝึกปฏิบัติตามหัวข้อการบรรยายของผู้วิจัยจัดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนประกอบด้วย 1. จับคู่กันด้วยความสมัครใจ 2. รักษาความลับของสมาชิกกลุ่ม 3. ไม่ปฏิเสธ ไม่ตำหนิเพื่อนสมาชิก 4. รับฟังเพื่อนสมาชิกอย่างตั้งใจ 5. ทำหน้าที่ผู้ให้ คือ คำแนะนำ กำลังใจ ทำหน้าที่ผู้รับ คือ เล่าประสบการณ์ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงให้เพื่อนสมาชิกฟังและ 6. มุ่งเน้นการช่วยเหลือและการเสริมสร้างพลังให้กันและกัน ผู้วิจัยเป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ในการฝึกปฏิบัติ

- เช็กเอาท์ (Check out) ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทดลองทุกคนบอกและสะท้อนความรู้สึกตามสีไฟจราจรหลังทำกิจกรรม

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ขึ้นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (ต่อ)

ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- เช็กอิน (Check in) ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทดลองทุกคนบอกและสะท้อนความรู้สึกตามสีไฟจราจร

- กิจกรรมพลังใจใจแข็งแรงตัวแทนสมาชิกกลุ่มทดลอง เป็นผู้นำทำสมาธิจากปลายนิ้ว สมาธิจากการเคลื่อนไหว สมาธิจากการภาวนา การหัวเราะบำบัด

- ผู้วิจัยบรรยายสรุปเกี่ยวกับ 5) การสร้างและสำรวจทางเลื้อยเพื่อจัดการปัญหา 6) การลงมือปฏิบัติ: เทคนิคการจัดการความเครียดเทคนิคการลดพฤติกรรม ความรุนแรงในการแก้ปัญหา

- สมาชิกกลุ่มทดลองอ่านข่าวภาวะวิกฤตจากปัญหาในชีวิตประจำวันจากนั้นตั้งวงเล่าเรื่องประสบการณ์การใช้เทคนิคการจัดการความเครียดจับคู่ฝึกปฏิบัติตามหัวข้อการบรรยายของผู้วิจัยจัดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนฯ ผู้วิจัยเป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ในการฝึกปฏิบัติ

- เช็กเอาท์ (Check out) ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทดลองทุกคนบอกความรู้สึกตามสีไฟจราจรหลังทำกิจกรรม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ขึ้นหลังภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- เช็กอิน (Check in) ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทดลองทุกคนบอกความรู้สึกตามสีไฟจราจร

- กิจกรรมพลังใจใจแข็งแรงตัวแทนสมาชิกกลุ่มทดลองเป็นผู้นำทำสมาธิจากปลายนิ้ว สมาธิจากการเคลื่อนไหว สมาธิจากการภาวนา การหัวเราะบำบัด

- ผู้วิจัยบรรยายสรุปเกี่ยวกับ 7.1) การติดตามประเมินผล: การสำรวจการเผชิญปัญหาด้านบวกและด้านลบและ 7.2) การประเมินความเข้มแข็งและการทำหน้าที่

- สมาชิกกลุ่มทดลองจับคู่ฝึกปฏิบัติตามหัวข้อจากการบรรยายของผู้วิจัยจัดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนฯ ผู้วิจัยเป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ในการฝึกปฏิบัติ

- เช็กเอาท์ (Check out) ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทดลองทุกคน บอกความรู้สึกตามสีไฟจราจรหลังทำกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบประเมินการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากแนวทางการจัดการความเครียดของโพล็กแมนและลาซารัส (FoLkmanand Lazarus, 1991) และแบบประเมินการจัดการความเครียดของกูริทตสมณี (Sornmanee, 2018) แบ่งเป็น 1) ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพและภาวะอารมณ์จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบเช็กลิสต์ 2) การจัดการความเครียดมี 30 ข้อ แบ่งเป็นการจัดการความเครียดที่เน้นการเผชิญปัญหา 15 ข้อและการจัดการความเครียดเน้นการรับมือกับอารมณ์ 15 ข้อเป็นมาตรวัด 5 ระดับโดยคะแนน 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ 4 = ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย 3 = ปฏิบัติบางครั้ง 2 = ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และ 1 = ไม่เคยปฏิบัติเลยมีการแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (Ketsing, 1995) ดังนี้ 3.66-5.00 หมายถึง มีการจัดการความเครียดระดับดี 2.34-3.65 หมายถึง มีการจัดการความเครียดระดับปานกลางและ 1.00-2.33 หมายถึง มีการจัดการความเครียดระดับไม่ดี

และแบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมรุนแรงของพิทักษ์พล บุญขมลิกและคณะ (Boonyamalik et. al., 2012) เนื่องจากเป็นการศึกษาที่เป็นไปในพื้นที่เดียวกันแบ่งเป็น 1) แนวโน้มพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา 11 ข้อ 2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงในการแก้ปัญหา 6 ข้อ และ 3) พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา 13 ข้อเป็นมาตรวัด 5 ระดับโดยคะแนน 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ 4 = ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย 3 = ปฏิบัติบางครั้ง 2 = ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ 1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย มีการแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (Ketsing, 1995) ดังนี้ 3.66-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาในระดับไม่ดี 2.34-3.65 หมายถึง มีพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาในระดับปานกลางและ 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

นำโปรแกรมฯ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอน จำนวน 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การใช้สื่อและแหล่งเรียนรู้ การประเมินผล และการใช้ภาษาของโปรแกรมฯ และคู่มือการใช้โปรแกรมฯ พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.45$, $S.D = 0.51$) นำแบบประเมินการจัดการความเครียดและแบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่าแบบประเมินทั้ง 2 มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83 และ 0.90 ตามลำดับ จากนั้นนำโปรแกรมฯ และแบบประเมินทั้ง 2 ไปทดลองใช้กับวิทยากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คนระหว่างเดือนธันวาคม 2563-มกราคม 2564 พร้อมหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาชเท่ากับ 0.953 และ 0.897 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

เมื่อได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวรแล้วผู้วิจัยได้ทำบันทึกขออนุญาตทดลองใช้โปรแกรมฯ ระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน 2564 จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก จากนั้นเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการ ดังนี้

1. ก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม 30 คนและกลุ่มทดลอง 30 คน ทำแบบประเมินการจัดการความเครียดและแบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยกำหนดให้ทั้ง 2 กลุ่มทำแบบประเมินในวันเดียวกัน ซึ่งกลุ่มควบคุมผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยแล้วดำเนินการแจกและ

เก็บแบบประเมินที่บ้านของกลุ่มควบคุม จากนั้นให้กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้นัดหมายให้ทำแบบประเมินจัดการความเครียดและแบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

2. ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มทดลองร่วมกันกำหนดกติกาการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น กำหนดวันที่จะเข้าร่วมโปรแกรมฯ คือ ทุกวันเสาร์เวลา 8.00-17.00 น. สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 8 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ให้กลุ่มทดลองประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ

3. ภายหลังทดลองใช้โปรแกรมฯ แล้ว 3 สัปดาห์ให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินจัดการความเครียดและพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาอีกครั้ง โดยกำหนดให้ทั้ง 2 กลุ่มทำแบบประเมินในวันเดียวกัน ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและสถานที่เช่นเดียวกับก่อนเริ่มโปรแกรมฯ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสรุปอภิปรายผลและนำเสนอผลการวิจัยพร้อมนำเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยไปปรับปรุงกระบวนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาคมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีเอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No. 034/2020 ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2563 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิตั้งแต่เริ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการและตลอดการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจโดยมีสิทธิยกเลิกได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่ผลกระทบบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยเซ็นชื่อในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยมีค่านัยสำคัญที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Paired t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพและภาวะอารมณ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 47 ปี สถานะภาพคู่ร้อยละ 60 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 9,500 บาท ร้อยละ 20 มีอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างชั่วคราวและค้าขาย ร้อยละ 33.30 สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่มีโรคตามที่ระบุ ร้อยละ 53.30 สมาชิกในครอบครัวไม่มีภาวะอารมณ์ตามที่ระบุ ร้อยละ 83.30 สมาชิกในครอบครัวไม่มีการใช้สารเสพติดหรือยาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 66.70 ดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.0-29.9 (โรคอ้วน) ร้อยละ 56.70 มีเรื่องทุกข์ใจอื่นๆ (ไม่ระบุ) ร้อยละ 43.30 เมื่อทุกข์ใจมีการปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 50 กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 อายุเฉลี่ย 49 ปี สถานะภาพคู่ ร้อยละ 60 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 4,501-6,000 บาท ร้อยละ 30 มีอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 33.30 สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีโรคตามที่ระบุและเป็น 2 โรคขึ้นไป (โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขข้อในเลือดสูง) ร้อยละ 26.70 สมาชิกในครอบครัวมีอาการโรคเรื้อรัง ร้อยละ 23.30 สมาชิกในครอบครัวไม่มีการใช้สารเสพติดหรือยาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 36.70 มีดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.0-29.9 (โรคอ้วน) ร้อยละ 40 มีเรื่องทุกข์ใจด้านรายรับ-รายจ่าย ร้อยละ 43 เมื่อทุกข์ใจส่วนใหญ่มีการปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 40

2. ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียด และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาของวิทยากรกลุ่มทดลองพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการ

ความเครียดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาลดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดและค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาของวิทยากรก่อนทดลองและหลังทดลอง (n = 30)

การจัดการความเครียด/ พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D		
การจัดการความเครียด						
การจัดการความเครียดเน้นการเผชิญปัญหา	2.88	.63	3.20	.85	-2.318	.028*
การจัดการความเครียดเน้นการรับมือกับอารมณ์	3.16	.65	3.47	.66	-2.934	.006*
การจัดการความเครียดภาพรวม	3.02	.58	3.33	.70	-2.982	.006*
พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา						
แนวโน้มพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา	1.31	.33	1.18	.39	1.315	.199
พฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงในการแก้ปัญหา	1.08	.23	1.0	5.1	4.895	.378
พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา	1.12	.13	1.09	.16	.609	.547
พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาภาพรวม	1.18	.16	1.09	.16	2.163	.039*

มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

3. ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดและค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่า

คะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดไม่แตกต่างกัน แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาลดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดและค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อใช้โปรแกรมเสริมสร้างการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์^๔ (n = 30)

การจัดการความเครียด/ พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D		
การจัดการความเครียดเน้นการเผชิญปัญหา						
ก่อนทดลอง	2.06	1.15	2.88	.633	.429	.001
หลังทดลอง	3.19	.633	.20	.85	.035	.973
การจัดการความเครียดเน้นการรับมือกับอารมณ์						
ก่อนทดลอง	2.25	1.29	3.15	.653	.460	.001
หลังทดลอง	3.38	.54	3.47	.66	.579	.553
การจัดการความเครียดภาพรวม						
ก่อนทดลอง	2.15	1.20	3.02	.583	.572	.001
หลังทดลอง	3.28	.54	3.33	.70	.309	.758
แนวโน้มพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา						
ก่อนทดลอง	1.20	.14	1.31	.33	3.209	.002
หลังทดลอง	1.00	.02	1.18	.392	.539	.017*
พฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงในการแก้ปัญหา						
ก่อนทดลอง	1.01	.03	1.08	.231	.701	.099
หลังทดลอง	1.00	.00	1.05	.141	.964	.059
พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา						
ก่อนทดลอง	1.02	.04	1.12	.13 4	.051	.000
หลังทดลอง	1.01	.03	1.09	.162	.973	.006*
พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหภาพรวม						
ก่อนทดลอง	1.04	.07	1.18	.154	.665	.000
หลังทดลอง	1.00	.02	1.09	.16	3.060	.005*

มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดและค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาทั้งก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมฯมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดไม่แตกต่างกันแต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการนำรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1990, 1991, Roberts and Roberts, 2000, Robert and Yeage, 2009) มาใช้ในโปรแกรมฯตั้งแต่วันที่ 1) การประเมินจิตสังคม 2) การสร้างสายสัมพันธ์อย่างรวดเร็ว 3) การระบุปัญหาที่สำคัญหรือภาวะวิกฤต 4) การจัดการกับความรู้สึกและอารมณ์ และ 5) การสร้างและสำรวจทางเลือกเพื่อจัดการปัญหาโดยขั้นตอนดังกล่าวที่มีจุดเน้นให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจว่าการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์จำเป็นต้องมีความเข้าใจที่มาของภาวะวิกฤตทางอารมณ์ก่อน จากนั้น จึงค่อยทบทวนหาแนวทางการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่ทำให้ประสบผลสำเร็จและเป็นวิธีที่ดีที่สุดเหมาะสมตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus, 1999, Folkman, 1991, 1992) ที่อธิบายว่าการจัดการความเครียดไม่ใช่ปฏิกิริยาหลักที่ออกแบบมาเพื่อลดผลกระทบด้านลบของความเครียดแต่เป็นการตอบสนองต่อการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะคุกคามที่แตกต่างกัน จึงแสดงให้เห็นว่าบุคคลจะถูกคาดหวังให้ใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันเพื่อจัดการกับแหล่งที่มาของความเครียดที่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าด้วยหลักการที่สอดคล้องกันส่งผลให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมในโปรแกรมฯมีการจัดการความเครียด

ได้ดีขึ้นและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้มีเพียงงานวิจัยที่เป็นไปในการทำนองเดียวกันดังผลการวิจัยของจุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, วินิกาญจน์ คงสุวรรณ และวันดี สุทธรังสี (Suwannawa, Kongsuwan, Suttharangsee, 2016) ที่พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบกลุ่มในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเหตุนี้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯกลุ่มทดลองจึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาลดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤต ของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1990, 1991, Roberts and Roberts, 2000, Robert and Yeage, 2009) ในขั้นที่ 4 คือ การจัดการกับความรู้สึกและอารมณ์และจัดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนที่มีจุดเน้นด้านการฝึกทักษะการฟังอย่างมีประสิทธิภาพการใช้คำพูดแสดงการฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำพูดให้กำลังใจ การสะท้อนคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับรู้อารมณ์ด้านลบที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรืออันตรายต่อผู้อื่น ทำให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ช่วยให้เห็นปัญหาและผลกระทบในการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่ผ่านมามีส่งผลไปในทางไม่สร้างสรรค์ต่อตนเองหรือผู้อื่น จะเห็นได้ว่าด้วยทักษะดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและลดพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาให้น้อยลงได้ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้มีเพียงงานวิจัยที่เป็นไปในการทำนองเดียวกันดังผลการวิจัยของอังศินันท์ อินทรกำแหงและทัศนาก ทอภักดี (Intarakamhan, Thongpukdee, 2010) ที่พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตชีวิตด้วยตนเองตามแนวตะวันออกมีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตในชีวิตโดยรวม

ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ด้วยเหตุนี้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองจึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยของการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้แตกต่างจากผลการวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหงและทัศนยา ทองภักดี (Intarakamhang, Thongpukdee, 2010) ที่พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตชีวิตด้วยตนเองตามแนวตะวันออกมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์และการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และผลการวิจัยของสกุลวรรณ อร่ามเมือง (Arammuang, et al., 2018) ที่พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีการเผชิญความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้มีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน ดังเช่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน 47-49 ปี มีเรื่องทุกข์ใจด้านอื่นๆ และ ด้านรายรับ-รายจ่าย ร้อยละ 43.3 และร้อยละ 43 และเมื่อทุกข์ใจส่วนใหญ่มีการปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 50 และร้อยละ 40 สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยของพรเพ็ญ อารีกิจ, จีรวรรณ กลิ่นหอม (Areekit, Klinhom, 2019) ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดที่พบมากที่สุดคือเพศ ด้วยเหตุนี้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดไม่แตกต่างกัน

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้ สอดคล้องกับกรณีศึกษาที่กล่าวถึงในการบำบัดด้วยการจัดการภาวะวิกฤตของโรเบิร์ตส์ (Yeager and Gregoire, 2000; Roberts and Yeager, 2009) ได้แก่กรณีศึกษาชายวัยทำงานมีความเครียดสะสมจากการทำงาน

จนมีอาการปวดศีรษะ น้ำหนักลด มีความวิตกกังวลและสิ้นหวัง ไม่สามารถทำงานได้ เมื่อเข้ารับการบำบัดโดยใช้ขั้นตอนการจัดการภาวะวิกฤตของโรเบิร์ตส์ส่งผลให้เขาสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตดังกล่าวได้ เกิดการปรับตัวมีทางเลือกในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถขอการสนับสนุนความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวได้ ทำให้ปรับตัวด้านการจัดการทางการเงินกลับไปทำงานและจัดการกับอารมณ์เครียดที่เกิดจากการทำงานได้ และกรณีศึกษาหญิงวัยทำงานเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์จากการสูญเสียลูกที่เธอรักมากส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับความทุกข์ใจจากการสูญเสียได้ ทำให้ไม่สามารถไปทำงานได้เมื่อผ่านขั้นตอนการจัดการภาวะวิกฤตของโรเบิร์ตส์ส่งผลให้กลับมาทำงานได้ตามปกติกลับไปมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ได้และยอมรับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลที่เผชิญภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ผ่านการบำบัดตามขั้นตอนการจัดการภาวะวิกฤตของโรเบิร์ตส์แล้ว ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างสมดุลโดยไม่มีพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหา และเป็นไปในทำนองเดียวกับผลการวิจัยของจุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, วันดี สุทธรังษี (Suwannawat, Kongsuwan, Suttharangsee, 2016) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบกลุ่มในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการนำขั้นตอนการจัดการภาวะวิกฤตของโรเบิร์ตส์มาใช้ในโปรแกรมฯ ทำให้บุคคลที่เผชิญภาวะวิกฤตเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ ทำให้ลดความทุกข์ใจลงได้ด้วยเหตุนี้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมในโปรแกรมฯย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์เป็นไปในทางสร้างสรรค์มากขึ้นเนื่องจากการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน ส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนภายใต้ความรู้สึกรอบอุ้มปลอดภัย มีความไว้วางใจต่อกัน ทำให้กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯในระดับมาก ด้วยเหตุนี้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจึงมีค่าคะแนนเฉลี่ย

ของพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบเพื่อนช่วยเพื่อน
ช่วยให้นุคคณทำงานสามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น
และมีพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาลดลง
พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตฯ ควรนำโปรแกรมฯ
ไปจัดทำโครงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกสำหรับ
วัยรุ่น และผู้สูงอายุที่มีปัญหาการจัดการภาวะวิกฤตทาง
อารมณ์ในชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อลดปัญหา
และอันตรายที่ส่งผลต่อการจัดการความเครียดและ
พฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาของบุคคลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมแบบเพื่อนช่วยเพื่อน
ของสมาชิกครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการ
จัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์และลดพฤติกรรมความ
รุนแรงในการแก้ปัญหาและการพัฒนาเครื่องมือหรือ
แอปพลิเคชันสำหรับประเมินแนวโน้มพฤติกรรมความ
รุนแรงในการแก้ปัญหาเพื่อใช้เตือนสติก่อนตัดสินใจ
แสดงพฤติกรรมความรุนแรงในการแก้ปัญหาที่อาจเป็น
อันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้
ประกอบด้วย นุคคณทำงาน นุคคณเจ้าหน้าที่ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก ที่มีส่วนร่วมในการใช้โปรแกรมฯ และ
อำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วง
ไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Arammuang S. et al., (2018). The Effects of Information and Emotional Support Program on Uncertainty of Illness and Stress Coping Among Caregivers of Traumatic Brain Injury Patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(3), 77-89. [In Thai].
- Areekit, P., & Klinhom, J. (2019). A Synthesis of Research on Stress Management in Thai People. *Christian university Journal*, 25(2), 15-26. [In Thai].
- Boonyamalik ,P.et al.(2012). The Development and Validity Testing of Assessments for Preventing and Resolving Violence in Vocational Students. *JPsychiatr Assoc Thailand.* ;57(1), 1-18. [In Thai].
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.
- Challis,S. (2019). *Making sense of peer support*. retrieved 29 April 2021 from <http://www.mind.org.uk>
- Collins, B. G., & Collins, T. M. (2005). *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention*. Boston: Lahaska Press.
- Corcoran, J., & Roberts, A. R. (2000). *Research on crisis intervention and recommendations for future reasearch*.In A. R. Roberts (ED.), *Crisis intervention handbook: Assessment,treatment, and research* (2nd ed.,453-486). New York: Oxford University Press.
- Dailynews.(2020). "Shooting in Korat." retrieved 29 April 2021 from <http://www.dailynews.co.th/regional/756774>. [In Thai].
- Department of Mental health.(2018). "Stress problem" *reigned as the champion of the hotline 1223 in the year 60"*. retrieved 29 April 2021 from <http://www.thansettakij.com>. [In Thai].

- Folkman, S. (1991). *Coping across the life span: Theoretical issues*. In E.M. Cumming, A.L. Greene, & K.H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 3-19). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Folkman, S. (1992). *Making the case for coping*. In B.N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research and application* (pp. 31-46). Westport, CT: Praeger.
- France, K. (1982). *Crisis Intervention*, Charles C. Thomas, Springfield, III.
- Intarakamhan et.al., (2012). *Confrontation and Prevention Guidelines for Life crisis on working-age people (Findings from research results)"*. retrieved 10 March 2021 from <http://www.bsr.su.ac.th/Sar>.pdf54>web>. [In Thai].
- Intarakamhan, U., & Thongpukdee, T. (2010). *Effect of Self Managing Life Crisis based on the Oriental Approach towards Life Crisis and Well-being of Midlife Married Thai Women in Bangkok*. retrieved 10 March 2021 from <http://www.bsr.su.ac.th>upload.pdf>. [In Thai].
- Ketsing, W. (1995). Mean and Interpretation. *Educational search new*, 18(3), 8-11. [In Thai].
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Rapoport, L. (1962). The state of crisis: some theoretical considerations. *Social Service Review*, 36(2), 211-217.
- Roberts, A.R. (1990). *An Overview of Crisis Theory and Crisis Intervention*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Roberts, A. R. (ed.). (1991). *Contemporary Perspective on Crisis Intervention and Prevention*. Englewood Cliffs, J;Prentice-Hall.
- Roberts, A. R., & Roberts, B.S. (2000). *A comprehensive model for crisis intervention with battered women and their children*. In A.R.Roberts (Ed.), *crisis intervention handbook : Assessment, treatment, and research* (2nd ed., 177-207). New York: Oxford University Press.
- Roberts, A. R., & Yeager, K. R. (2009). *Pocket guide to crisis intervention*. New York: Oxford University Press.
- Sim, J., Sanders, B., Waterfield, J., & Kingstone, T. (2018). Can sample size in qualitative research be determined a priori? *International Journal of Social Research Methodology*, 21(5), 619-634.
- Sornmanee, P. (2018). Managing stress properly of teacher professional students, Faculty of Education, Silpakorn University, Sanam Chandra Palace. Research Project, Bachelor of Education, Silpakorn University. [In Thai].
- Suwannawat, J., Kongsuwan, V., Suttharangsee, W. (2016). The Effect of Group-Based Learning Psychological Crisis Intervention on Mental Health State of Adolescents Affected by the Unrest Situation in Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36(3), 131-149. [In Thai].
- The British Columbia Ministry of Health. (2001). *Peer support resource manual*. retrieved from 30 April 2021 <http://www.health.gov.bc.ca>publications>year>.

