

ประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบช. โมเดล) และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, ปร.ด.^{1*} กรรวิ สมบัติ, นศ.พย.บ² กนกพร ทิพย์ดี, นศ.พย.บ²

กนกวรรณ สีแดง, นศ.พย.บ² กรภัทร์ ล้านเกตุบุตร, นศ.พย.บ²

วันที่รับ: 9 เมษายน 2569 วันที่แก้ไข: 29 สิงหาคม 2569 วันที่ตอบรับ: 30 สิงหาคม 2569

บทคัดย่อ

ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพและการปรับตัวของนักศึกษาในการเรียนและการใช้ชีวิต การส่งเสริมการตระหนักรู้บุคลิกภาพด้วยแนวคิดบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ ร่วมกับ สบช.โมเดล อาจช่วยลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิด สบช. โมเดล และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตาม เพศ อายุ คะแนนเฉลี่ย รายได้ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต แล้วสุ่มเลขคี่-คู่ กลุ่มละ 21 คน กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมบูรณาการเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้งๆละ 120 นาที และได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมบูรณาการ มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.67-1.00 แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และ .85 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบอิสระและแบบจับคู่ ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.23, p<.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.59, p>.05$) และเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมบูรณาการอาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองได้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่แสดงผลในกลุ่มควบคุมที่ชัดเจน จึงควรเพิ่มกิจกรรมลดความเครียดที่เน้นทักษะการเผชิญปัญหาที่เน้นปัญหา และระยะเวลาในการทดลองในการศึกษาครั้งต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมบูรณาการ, สถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช. โมเดล), บุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ (MBTI), ภาวะสุขภาพจิต, นักศึกษา

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประสานงานวิจัย อีเมล matthawan19@hotmail.com

The Effectiveness of an Integrated Program Based on the Praboromarajchanok Institute Model (PBRI Model) and Myers–Briggs Personality Types on Students' Mental Health

Matthawan Leeyutthanont, Ph.D.^{1*} Kornrawee Sombat, St. M.N.S.² Kanokwan Sidaeng, St. M.N.S.²

Kanokporn Thipdee, St. M.N.S.² Korapat Lanketbut, St. M.N.S.²

Received: Api 9, 2026 Revised: Aug 29, 2026 Accepted: Aug 30, 2026

Abstract

Mental health is associated with personality traits and students' adaptation to academic and daily life challenges. Promoting personality awareness through the Myers–Briggs personality types (MBTI) concept integrated with the Praboromarajchanok Institute Model (PBRI Model) may help reduce stress and depression among students. This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine the effects of an integrated program based on the PI Model and MBTI personality concepts on students' mental health. The sample consisted of 42 first-year nursing students who were assigned to either an experimental group or a control group using matched-pair procedures based on sex, age, grade point average, income, and prior knowledge of mental health, followed by odd-even random assignment. Each group included 21 participants. The experimental group participated in the integrated program for two weeks, comprising five sessions of 120 minutes each, in addition to receiving routine mental health care information. The control group received only routine mental health care information. The research tools, which include an integrated program, have a content validity of 0.67-1.00. The stress and depression assessment scales showed Cronbach's alpha coefficients of .84 and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests. Results showed that after the intervention, the experimental group's mean depression scores were significantly lower than before the intervention ($t=4.23$, $p<.001$), while the control group showed no statistically significant change in depression scores ($t=1.59$, $p>.05$). No significant between-group difference was found post-intervention, and the experimental group's mean stress scores showed no statistically significant difference. These findings suggest that the integrated program may help reduce depression in the experimental group to some extent, but did not demonstrate a clear effect relative to the control group. Future studies should incorporate additional stress-reduction activities focusing on problem-focused coping skills and extend the intervention period.

Keywords: Integrated program, Praboromarajchanok Institute Model (PI Model), Myers–Briggs Type Indicator (MBTI), Mental health, Students

¹ Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Nursing Science students, Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding email: matthawan19@hotmail.com

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพโดยรวม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) อธิบายว่า สุขภาพจิตเป็นภาวะความผาสุกทางจิตใจ (mental well-being) ที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิต ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง เรียนรู้และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเหมาะสม นักศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นกลุ่มหนึ่งที่ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านจากชีวิตในระดับมัธยมศึกษาสู่สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการเรียน การดำเนินชีวิต และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเปลี่ยนผ่านดังกล่าวอาจมีผลต่อการปรับตัวและการจัดการกับความเครียดของนักศึกษา และถ้าไม่สามารถปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อาจเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่รายงานในนักศึกษามหาวิทยาลัยมีความแตกต่างกันระหว่างการศึกษ โดยมีความถี่ตั้งแต่ร้อยละ 12.8–69.5 และนักศึกษาหญิงมีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักศึกษาชาย ทั้งนี้ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับบริบทของการศึกษา ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการประเมินที่แตกต่างกัน (Jacob & Maguvhe, 2026) สำหรับหลักฐานจากการศึกษานักศึกษาในมหาวิทยาลัยของไทย จำนวน 14,621 คน จาก 33 มหาวิทยาลัย พบว่า ร้อยละ 31.4 มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 14.2 มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (Liangruenrom et al., 2025) สำหรับการศึกษาความเครียดในนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 39.64 รองลงมาคือความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.74 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ ปัจจัยภายในส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้อื่นและที่อยู่อาศัย (Mokekhaow et al., 2024) โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเรียนระดับอุดมศึกษาเป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับบริบทใหม่ทั้งด้านการเรียน การดำรงชีวิต และการสร้างสัมพันธภาพ จึงควรส่งเสริมให้นักศึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง สามารถตระหนักถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของตนเอง เข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล และเลือกวิธีการสื่อสาร การเรียนรู้ และการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

แนวทางหนึ่งที่สามารถนำมาใช้สนับสนุนการรู้จักและเข้าใจตนเอง คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับบุคลิกภาพ โดยเฉพาะแนวคิดบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ (Myers–Briggs Type Indicator; MBTI) ซึ่งพัฒนาต่อยอดจากแนวคิดเรื่องประเภททางจิตวิทยา (psychological types) ของ Jung (1971) และพัฒนาเป็นเครื่องมือ MBTI โดย Myers และคณะ (Myers et al., 1998) MBTI อธิบายความชอบของบุคคลใน 4 มิติ ได้แก่ 1) แนวโน้มพลังงานระหว่างบุคคลภายนอกและภายใน ได้แก่ บุคลิกภาพแบบเปิดเผยหรือแสดงตัว (Extraversion; E) และบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introversion; I) 2) วิธีการรับข้อมูล ได้แก่ บุคลิกภาพแบบเน้นรายละเอียด (Sensing; S) และบุคลิกภาพชอบมองภาพรวม (Intuition; N) 3) วิธีการตัดสินใจ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบใช้เหตุผล (Thinking; T) และบุคลิกภาพแบบใช้ความรู้สึกและคุณค่าทางอารมณ์ (Feeling; F) และ 4) วิธีการดำเนินชีวิต ได้แก่ บุคลิกภาพแบบวางแผนและเป็นระบบ (Judging; J) และบุคลิกภาพแบบยืดหยุ่นและเปิดรับการเปลี่ยนแปลง (Perceiving; P) ลักษณะบุคลิกภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ E–I, S–N, T–F และ J–P ทำให้เกิดรูปแบบบุคลิกภาพที่มีการผสมผสานได้ทั้งหมด 16 ประเภท เช่น ISTJ ENFP INFJ และ ENTJ ซึ่งแต่ละประเภทมีลักษณะเฉพาะด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการปรับตัวทางสังคมที่แตกต่างกัน การเรียนรู้ความชอบดังกล่าวช่วยให้บุคคลสำรวจและทำความเข้าใจรูปแบบของตนเอง รวมทั้งตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความชอบด้านบุคลิกภาพกับการรับรู้ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 780 คน พบว่าความชอบด้านบุคลิกภาพตามกรอบ MBTI มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด และพบความแตกต่างของคะแนนความเครียดตามมิติ Extraversion–Introversion และ Thinking–Feeling อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Li et al., 2025) ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความแตกต่างด้านความชอบของบุคลิกภาพอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ควรนำมาพิจารณาในการออกแบบแนวทางส่งเสริมการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ การศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทยจำนวน 378 คน พบว่านักเรียนที่มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวและแบบเก็บตัวมีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกัน และนักเรียนที่มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาแสดงถึง

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพ สุขภาพจิต และความสามารถทางอารมณ์ (Saengnoi-on et al., 2024) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวดำเนินการในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและพิจารณาบุคลิกภาพในมิติการแสดงตัว-เก็บตัว จึงยังไม่ครอบคลุมการศึกษาความชอบด้านบุคลิกภาพตามกรอบ MBTI ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะการนำมาใช้เป็นองค์ประกอบของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต

สບช.โมเดล (PBRI Model) เป็นแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีรากฐานจากแนวคิดการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรค ของศาสตราจารย์พิเศษ ดร. นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร โดยเน้นการคัดกรอง เฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี (Tienthavorn, 2013; Praboromarajchanok Institute, n.d.) แม้แนวคิดดังกล่าวมีจุดเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคทางกาย แต่หลักการคัดกรอง การเฝ้าระวัง และการจำแนกระดับภาวะสุขภาพสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของสุขภาพจิตได้ โดยจำแนกเป็น กลุ่มสีขาว หมายถึง กลุ่มภาวะสุขภาพจิตปกติ กลุ่มสีเหลืองอ่อน หมายถึง กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีแนวโน้มมีปัญหาด้านสุขภาพจิต กลุ่มสีเหลืองแก่ หมายถึง กลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตแต่ควบคุมได้ กลุ่มสีเหลือง หมายถึง กลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับเล็กน้อย กลุ่มสีส้ม หมายถึง กลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง กลุ่มสีแดง หมายถึง กลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับรุนแรง กลุ่มสีดำ หมายถึง กลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับรุนแรงและมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ซึ่งมีการศึกษาโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สีต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล พบว่าสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับทั้งก่อน-หลังการทดลองและระหว่างกลุ่ม (Charoensuk & Mokekhaow, 2025) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้แนวคิดปิงปองจราจรชีวิต 7 สีในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมสุขภาพจิตควรเสริมสร้างความสามารถของนักศึกษาในการเข้าใจตนเองและจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้วย ซึ่งแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) อธิบายว่าบุคคลสามารถจัดการกับความเครียดผ่านการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ ทั้งนี้ การส่งเสริมการรู้จักและเข้าใจรูปแบบความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองอาจเป็นพื้นฐานสำคัญของการเลือกวิธีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม และแนวคิดบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ จึงสามารถส่งเสริมการตระหนักรู้ตนเองและความเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช. โมเดล) และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ (MBTI) ต่อภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการดูแลและช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช. โมเดล) และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช. โมเดล) และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตของตนเองตามปกติ

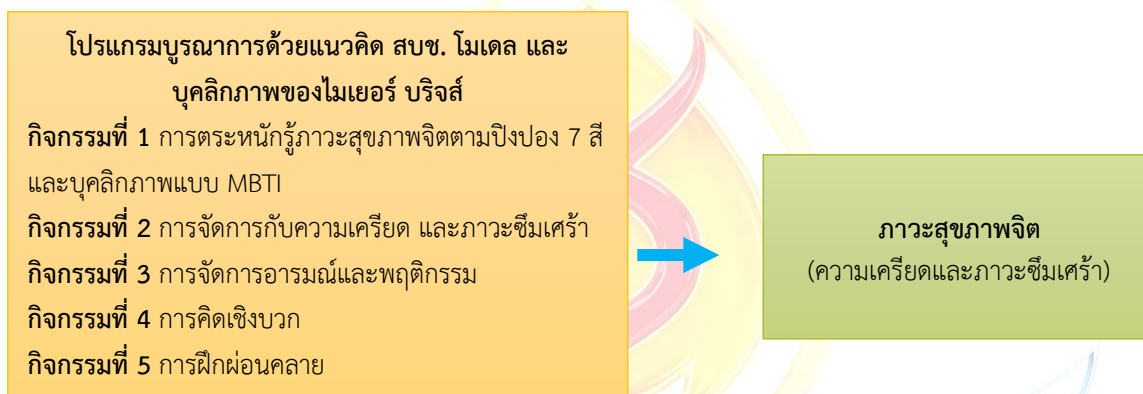
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช. โมเดล) และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบข. โมเดล) และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริกส์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิด สบข.โมเดล (PBRI Model) และปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการประเมิน คัดกรอง และเฝ้าระวังสุขภาพ (Tienthavorn, 2013) โดยประยุกต์ใช้ในบริบทสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ร่วมกับแนวคิดบุคลิกภาพของไมเยอร์สและบริกส์ (Myers-Briggs Type Indicator: MBTI) เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้และความเข้าใจตนเอง (Myers et al., 1998) และแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เพื่อส่งเสริมการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การประยุกต์ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สีในนักศึกษาพยาบาล มีหลักฐานว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (Charoensuk & Mokekhaow, 2025) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมบูรณาการ 5 กิจกรรม เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ตนเองและการจัดการความเครียด โดยมุ่งหวังให้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ลดลง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง (pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบข. โมเดล) และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริกส์ ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ดำเนินการในเดือน 1 - 30 ตุลาคม 2568

ประชากร

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 150 คน ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2568

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2568 ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ในการศึกษา (inclusion criteria) คือ 1) มีคะแนนภาวะสุขภาพจิต (เครียดหรือภาวะซึมเศร้า) และจำแนกกลุ่มภาวะสุขภาพจิต ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ในกลุ่มสีเขียวอ่อน สีเขียวแก่ สีเหลืองและกลุ่มสีส้ม 2) ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตเวช และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ มีคะแนนภาวะสุขภาพจิต (เครียดหรือภาวะซึมเศร้า) และมีภาวะสุขภาพจิต ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ในกลุ่มสีแดง (มีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับรุนแรง) และกลุ่มสีดำ (มีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับรุนแรงและมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย) และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด และระหว่างการวิจัย หากพบกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับรุนแรงหรือมีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยจะยุติการเข้า

ร่วมวิจัย ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี power analysis กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) เท่ากับ 0.50 ตามงานวิจัยที่สอดคล้องและใกล้เคียงกัน เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล (Bundasuk et al., 2022) และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 ผู้วิจัยเลือก Test Family เป็น t-tests และเลือก Statistical Test เป็น Mean: Difference between two independent means (two groups) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน และเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน จึงจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในตัวแปร เพศ อายุ คะแนนเฉลี่ย และสถานภาพของครอบครัว ผู้วิจัยทำการจับคู่ (match paired) โดยเรียงลำดับเรียงเลขที่ 1-42 ของภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่ชื่อกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มสีเขียวอ่อน กลุ่มสีเขียวแก่ กลุ่มสีเหลืองและกลุ่มสีส้ม จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยให้ตัวเลขที่เป็นเลขคู่ตั้งแต่ 1 - 41 เป็นกลุ่มทดลอง ได้จำนวน 21 คน และตัวเลขที่เป็นเลขคู่ตั้งแต่ 2-42 เป็นกลุ่มควบคุม ได้จำนวน 21 คน จากนั้นสอบถามความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ก็จะสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิด สบข. โมเดล และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิด สบข. โมเดล ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าแยกตามป้องกัน 7 สี ใช้แนวคิดบุคลิกภาพของ Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) (Myers et al., 1998) ในการประเมินบุคลิกภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและลดระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามระดับสี และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ (MBTI) ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 โปรแกรมบูรณาการจัดทำเป็นลักษณะคู่มือประกอบด้วยชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ของกิจกรรม ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม สื่อที่ใช้และใบงาน และการประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรมใช้เวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ แบ่งเป็น 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การตระหนักรู้ภาวะสุขภาพจิต (self-awareness) กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า (coping Skills) กิจกรรมที่ 3 การจัดการอารมณ์และพฤติกรรม (emotional regulation) กิจกรรมที่ 4 การคิดเชิงบวก (positive thinking & cognitive restructuring) กิจกรรมที่ 5 การฝึกผ่อนคลาย (relaxation training) ใช้เวลาในแต่ละกิจกรรม ประมาณ 120 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ คะแนนเฉลี่ย รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว และประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) ซึ่งพัฒนาโดย Mahatnirunkul et al. (1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 0-100 คะแนน จำแนกระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลาง สูง และรุนแรง ทั้งนี้ SPST-20 ยังคงได้รับการนำมาใช้เป็นเครื่องมือประเมินความเครียดในนักศึกษาไทยในงานวิจัยร่วมสมัย (Anusaksathien, 2024)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11 Q ตามแนวคิด สบข.โมเดล มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะเป็นแบบประเมินตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย เป็นทุกวัน และความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นทุกวัน มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ <7 คะแนน หมายถึง สีขาว (ปกติ) 7-12 คะแนน หมายถึง สีเขียวอ่อน กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง สีเหลือง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย 19-22 คะแนน หมายถึง สีส้ม กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง มีความคิดอยากตาย 23-30 คะแนน หมายถึง สีแดง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีแผนฆ่าตัวตาย และ >30 คะแนน หมายถึง กลุ่มสีดำ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Charoensuk & Mokekhaow, 2025)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมบูรณาการแบบประเมินความเครียด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและบุคลิกภาพ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ สบช.โมเดล ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence; IOC) เท่ากับ 0.67-1 ซึ่งข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .50 -1.00 มีความตรงของเนื้อหาใช้ได้ (Lynn, 1986) ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะในการปรับภาษามาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรม ความเข้าใจของผู้ร่วมกิจกรรมและความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมจริง ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรี เลขที่การรับรอง 2025/24 เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2568 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลในผลการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะดำเนินการให้กิจกรรมตามโปรแกรมหลังสิ้นสุดการทดลองให้กับนักศึกษาทุกคนโดยดำเนินการในเวลานอกวิชาการและวันหยุด และระหว่างการดำเนินการวิจัย หากพบกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับรุนแรงหรือมีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการทำลาย ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมวิจัย และส่งต่อตามระบบการดูแลและให้การช่วยเหลือนักศึกษาของสถาบันต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตลอดกระบวนการวิจัย โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน คู่มือการดำเนินกิจกรรม และขั้นตอนการเก็บข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกันในทุกครั้ง เพื่อควบคุมความสม่ำเสมอของการดำเนินการวิจัย และลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการเก็บข้อมูล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินก่อนการทดลอง (pre-test) และหลังการทดลอง (post-test) ด้วยแบบประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามปิงปองจรรยาจร 7 สี และแบบประเมินบุคลิกภาพ MBTI และการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 5 กิจกรรม โดยจัดกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ในห้องกิจกรรมที่มีสภาพแวดล้อมเดียวกันทุกครั้ง ได้แก่ อุณหภูมิ แสง เสียง และช่วงเวลาในการจัดกิจกรรม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมหลัก และมีผู้วิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่สังเกตและบันทึกพฤติกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การตระหนักรู้ภาวะสุขภาพจิตตามปิงปอง 7 สี และบุคลิกภาพแบบ MBTI มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความเข้าใจสุขภาพจิตเกี่ยวกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ตามปิงปองจรรยาจร 7 สี และให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงจุดแข็ง-จุดอ่อนของตนเองและผู้อื่นตามบุคลิกภาพ MBTI โดยแบ่งกลุ่มตามบุคลิกภาพ MBTI 4 มิติหลัก (E-I, S-N, T-F, J-P) (Myers et al., 1998) ให้แต่ละกลุ่มเขียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพ จุดแข็ง จุดที่เป็นความเสี่ยงเมื่อเครียด ใช้เวลา 30 นาที และสะท้อนคิดผู้เข้าร่วมเขียนบันทึก “MBTI ของฉัน & รูปแบบการจัดการกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยประเมินระดับความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการตระหนักรู้ตนเองด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง ก่อนและภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้การเผชิญปัญหาและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากความเครียดและซึมเศร้า โดยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างเลือกสถานการณ์จริง เช่น ปัญหาการเรียน ความสัมพันธ์ ความกดดันการทำงาน เป็นต้น ใช้เวลา 25 นาที และให้แต่ละกลุ่มใช้ MBTI ของตนเองออกแบบการเผชิญปัญหา การจัดการกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบุคลิกภาพ ใช้เวลา

35 นาที ภายหลังเสร็จกิจกรรม ผู้วิจัยประเมินทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดด้วยแบบประเมินการเผชิญปัญหา และบันทึกพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมแต่ละราย

กิจกรรมที่ 3 การจัดการอารมณ์และพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักการสังเกตและตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ และเลือกแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยถามกลุ่มตัวอย่างว่า “เมื่อคุณโกรธ/เครียดมาก ๆ ร่างกายและใจของคุณเป็นอย่างไรบ้าง?” ใช้เวลา 20 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการ์ดเทคนิคการจัดการกับอารมณ์ มี 4 ขั้นตอน หรือเรียกว่า STOP Technique เป็นการปรับความคิดเพื่อควบคุมอารมณ์ตามบุคลิกภาพ MBTI ได้แก่ S = Stop (หยุด) เป็นการหยุดและตระหนักรู้เมื่อเกิดอารมณ์รุนแรง T = Take a Breath (หายใจ) เป็นการใช้การหายใจเพื่อสร้างความสงบ O = Observe (สังเกต) เป็นสังเกตและเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และ P = Proceed (ดำเนินการต่อ) เป็นการเลือกการตอบสนองที่เหมาะสมตามบุคลิกภาพของตนเอง ใช้เวลา 40 นาที ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมในการควบคุมอารมณ์ระหว่างการฝึกปฏิบัติ และประเมินทักษะการจัดการอารมณ์หลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที

กิจกรรมที่ 4 การคิดเชิงบวก มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับคิดเชิงบวก และสร้าง ความเข้มแข็งในการลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกในสถานการณ์เครียดหรือทุกข์ ใช้เวลา 20 นาที และวิถีมองใหม่เชิงบวก และฝึกพูดด้วยประโยคเชิงบวก เช่น “ฉันมีคุณค่า” “ฉันเชื่อว่าฉันทำได้” “ฉันสามารถควบคุมอารมณ์ได้” “วันนี้ฉันจะทำให้ดีที่สุด” “ขอบคุณที่ช่วยนะ” เป็นต้น ใช้เวลา 40 นาที ก่อนและหลังเสร็จกิจกรรม ผู้ประเมินระดับความคิดเชิงบวกและการรับรู้คุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การฝึกผ่อนคลาย มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการตึงเครียดทั้งกายและใจ และเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามบุคลิกภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำและสาธิตเทคนิคหายใจเข้า-ออกลึกๆ (deep breathing) และการฝึกอยู่กับปัจจุบัน (mindfulness meditation) ทำพร้อมกันในห้องโดยใช้ดนตรีบำบัดประกอบ ใช้เวลา 40 นาที และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสะท้อนความรู้สึกหลังการฝึก ใช้เวลา 20 นาที ผู้วิจัยประเมินระดับความผ่อนคลายและความเครียดของผู้เข้าร่วมก่อนและหลังการฝึกทันที รวมทั้งสังเกตความร่วมมือระหว่างการทำกิจกรรม

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามปิงปองจรรยาจร 7 สี และประเมินบุคลิกภาพแบบ MBTI ในระยะก่อนการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองจากเอกสารความรู้ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ โดยไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ภายหลังครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคคลเดียวกับผู้ประเมินก่อนการทดลอง เป็นผู้ประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าซ้ำอีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และค่าไคสแควร์ เพื่อทดสอบความเป็นเอกพันธ์ (homogeneity) ของกลุ่มทดลองและควบคุม
 2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบูรณาการ สบข. โมเดล และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ วัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ paired sample t-test
 3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบูรณาการ สบข. โมเดล และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริจส์ และกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วย สถิติ independent t-test
- หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ค่าคะแนนของตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จากการทดสอบโดยใช้สถิติ ทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นลักษณะโค้งปกติ
4. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสะท้อนคิดของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยจัดกลุ่มประเด็นสำคัญ และสรุปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนอย่างละ 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.48 มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 66.67 คะแนนเฉลี่ย (ม.ปลาย) อยู่ที่ระดับ 3.50-3.99 ร้อยละ 57.14

สถานภาพในครอบครัวอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 66.67 รายรับเฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,001-4,000 บาท ร้อยละ 52.39 แบ่งกลุ่มตามระดับสติปัญญาของความเครียด ได้เป็นสีเขียว จำนวน 11 คน สีเหลือง จำนวน 9 คน และสีส้ม จำนวน 21 คน ส่วนภาวะซึมเศร้า ได้เป็นสีเขียวอ่อน จำนวน 41 คน และสีเหลือง จำนวน 1 คน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง

ผลการศึกษา คะแนนภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ($n=42$)

คะแนน	กลุ่มทดลอง($n=21$)		กลุ่มควบคุม($n=21$)		t	p -value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความเครียด	43.38	18.95	41.43	20.53	.32	.61
ภาวะซึมเศร้า	6.00	4.04	5.61	4.47	.29	.45

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p=.70$) ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.001$) สำหรับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. 05 ($p>.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p -value
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความเครียด	ทดลอง	43.38	18.95	41.52	17.67	.38	.70
	ควบคุม	41.42	20.54	39.43	18.81	.31	.76
ภาวะซึมเศร้า	ทดลอง	6.00	4.03	2.47	1.47	4.23	<.001***
	ควบคุม	5.62	4.48	3.66	3.19	1.59	.13

*** $p<.001$

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความเครียดและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

พบว่า คะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p>.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p -value
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความเครียด	หลังทดลอง	41.52	17.67	39.43	18.81	.38	.70
ภาวะซึมเศร้า	หลังทดลอง	2.47	1.47	3.66	3.19	1.55	.13

* $P<.05$

ส่วนที่ 5 การสะท้อนคิดของกลุ่มทดลอง

ผลการสะท้อนคิดของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการฯ เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 สะท้อนว่า โปรแกรมช่วยให้รับรู้ถึงความเครียดและภาวะซึมเศร้าของตนเองที่จำแนกตามแนวคิด สบซ.โมเดล ได้รับประเมินบุคลิกภาพตามแนวคิดบุคลิกภาพ MBTI เข้าใจ

บุคลิกภาพและภาวะสุขภาพจิตของตนเอง กิจกรรมกลุ่มช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนและเข้าใจกัน และต้องการให้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 80.95 สามารถจัดการอารมณ์และความคิดด้านลบได้ดีขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิด สบซ. โมเดล และบุคลิกภาพของไมเยอร์ บริกส์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้นักศึกษาเกิดการรับรู้สถานะสุขภาพจิตและบุคลิกภาพของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษาพิจารณา อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของตนเองในขณะปัจจุบัน และมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้นักศึกษาสะท้อนปัญหาทางอารมณ์จะช่วยให้ นักศึกษามีความเข้าใจตนเองและเพื่อนในกลุ่มมากขึ้น เช่น นักศึกษาที่มีลักษณะ Introversion (I) มักเก็บอารมณ์และใช้เวลาอยู่กับความคิดของตนเองมากกว่าการระบายความรู้สึกกับผู้อื่น ขณะที่นักศึกษาที่มีลักษณะ Intuition (N) มีแนวโน้มคิดเชิงนามธรรม คิดคาดการณ์อนาคต และครุ่นคิดซ้ำ ๆ (rumination) เกี่ยวกับความผิดพลาดหรือความคาดหวังของตนเองได้ง่าย ซึ่งอาจนำไปสู่ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเผชิญแรงกดดันทางการเรียน และการปรับตัวในสถาบัน นอกจากนี้ นักศึกษาที่มีลักษณะ Feeling (F) มักไวต่อความรู้สึกและให้คุณค่ากับการยอมรับจากผู้อื่น จึงอาจเกิดความรู้สึกผิด ผิดหวัง หรือมองตนเองในเชิงลบได้ง่ายเมื่อเผชิญความล้มเหลวหรือความขัดแย้งทางความสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมบูรณาการดังกล่าวไม่ได้มุ่งเพียงให้นักศึกษา “รู้จักตนเอง” เท่านั้น แต่ยังส่งเสริมการปรับกระบวนการคิดและการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะกิจกรรมที่ 4 ซึ่งเป็นกิจกรรมการคิดเชิงบวกและการปรับความคิด (cognitive restructuring) ช่วยให้นักศึกษาเรียนรู้การมองสถานการณ์ใหม่ในเชิงสร้างสรรค์ ลดการคิดเชิงลบต่อตนเอง และพัฒนาการพูดคุยกับตนเองเชิงบวก (positive self-talk) เช่น “ฉันมีคุณค่า” “ฉันเชื่อว่าฉันทำได้” “ฉันสามารถควบคุมอารมณ์ได้” และ “วันนี้ฉันจะทำให้ดีที่สุด” กระบวนการดังกล่าวช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ (negative automatic thoughts) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ กระบวนการกลุ่ม การสะท้อนคิด และการเรียนรู้ให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังกัน และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและผู้ดำเนินกิจกรรม ยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวทางอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา การได้รับการยอมรับและเข้าใจจากกลุ่ม ทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ (psychological safety) และสามารถเปิดเผยความรู้สึกของตนเองได้มากขึ้น ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและเมื่อติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Mahayosanan et al., 2020) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย ระยะก่อนทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.95, p<.01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลได้ (Charoensuk & Mokekhaow, 2025) ดังนั้น โปรแกรมบูรณาการ สบซ. โมเดล และบุคลิกภาพของไมเยอร์-บริกส์ จึงเป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิผล

จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิด สบซ. โมเดล ร่วมกับการตระหนักรู้บุคลิกภาพตามแนวคิด MBTI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนความเครียดกลับไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นภาวะที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมหลายด้าน โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเรียนในระดับอุดมศึกษา การปรับตัวต่อระบบการเรียนแบบวิชาชีพพยาบาล ภาระงานทางวิชาการ การสอบ การเรียนภาคทฤษฎี ตลอดจนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและอาจารย์ในสภาพแวดล้อมใหม่

สอดคล้องกับการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลไทย 415 คน พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยความเครียดด้านวิชาการสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับชั้นปีอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเรียนหลายวิชาการ งาน การสอบ และการจัดการเวลา (Kirkgulthorn et al., 2026) ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้ว่า ความเครียดเกิดจากกระบวนการประเมินสถานการณ์ของบุคคลและประเมินศักยภาพในการจัดการความเครียดของตนเอง และเมื่อบุคคลยังคงเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นความเครียดอย่างต่อเนื่อง ระดับความเครียดอาจยังไม่ลดลง แม้ว่าบุคคลจะมีทักษะการจัดการอารมณ์ที่ดีขึ้นก็ตาม นอกจากนี้ โปรแกรมบูรณาการครั้งนี้ดำเนินการในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดโดยรวม โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ยังคงเผชิญกับการเรียน การสอบ และการปรับตัวในสถาบันการศึกษา ความเครียดดังกล่าวเกี่ยวข้องกับกลไกการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) และแกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (hypothalamic-pituitary-adrenal: HPA axis) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) เพื่อช่วยให้ร่างกายปรับตัวต่อสถานการณ์กดดัน เมื่อสิ่งกระตุ้นความเครียดยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระดับความเครียดจึงอาจยังไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Russell & Lightman, 2019; McEwen & Akil, 2020) แม้จะแนบความเครียดจะไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลการวิจัยชี้ว่าโปรแกรมช่วยลดคะแนนภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงโปรแกรมช่วยให้นักศึกษาจัดการกับอารมณ์ได้ดีขึ้น แม้ว่านักศึกษาจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งหมด แต่ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยให้นักศึกษามีทักษะในการจัดการกับความเครียดได้ดียิ่งขึ้น กล่าวคือ ตัวโปรแกรมมุ่งเน้นการส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง การทำความเข้าใจบุคลิกภาพตามกรอบ MBTI การปรับกรอบความคิด การควบคุมอารมณ์ ตลอดจนการเลือกวิธีเผชิญปัญหาที่สอดคล้องกับบุคลิกภาพของตน กระบวนการดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการลดอารมณ์เศร้าและบรรเทาการคิดเชิงลบ เช่น ความรู้สึกสิ้นหวังและการมองตนเองในแง่ร้าย มากกว่าที่จะเป็นการมุ่งลดปัจจัยภายนอกที่ก่อความเครียด

2. การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบูรณาการและกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายว่าระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมเพียง 2 สัปดาห์ ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด พฤติกรรม และการเผชิญปัญหาอย่างชัดเจน โดยการศึกษาโปรแกรมจัดการความเครียดต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลที่ดำเนินการต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้งสามารถลดระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Srioad et al., 2025) ทั้งนี้การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดจำเป็นต้องมีระยะเวลาในการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะการจัดการความเครียดที่เพียงพอและต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมบูรณาการด้วยแนวคิดสับซ.โมเดลและบุคลิกภาพของไมเยอร์สและบริกส์ มีจุดเด่น คือช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจสุขภาพจิตและบุคลิกภาพตนเองอย่างชัดเจน นำไปสู่การเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม พร้อมสร้างการเรียนรู้ร่วมกันและการยอมรับในกลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพทางจิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาผู้เรียนของสถาบันการศึกษา ควรนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้เรียน โดยบูรณาการเครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ร่วมกับแนวคิดบุคลิกภาพแบบ MBTI เพื่อสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง และฝึกการจัดการอารมณ์และพฤติกรรม การคิดเชิงบวก และการฝึกผ่อนคลาย

2. อาจารย์ที่ปรึกษาของสถาบันการศึกษา ควรใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าเชิงรุก และประยุกต์ใช้ข้อมูลบุคลิกภาพ MBTI ในการกำหนดแนวทางการสื่อสารและการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบติดตามระยะยาว โดยเพิ่มระยะเวลาของกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหา รวมทั้งติดตามผลใน 3–6 เดือน เพื่อศึกษาความคงอยู่ของผลลัพธ์ของโปรแกรมและการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือวิจัยแบบผสมผสานวิธี เพื่อวิเคราะห์กระบวนการและกิจกรรมของโปรแกรมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตของผู้เรียน และนำไปพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Anusaksathien, K. (2024). A study of the relationship between stress and mental health of students at Naresuan University during the spread of the COVID-19. *Journal of Social Sciences Naresuan University*, 20(1), 33–58. <https://doi.org/10.69650/jssnu.2024.263312> (in Thai)
- Bundasak, T., Tantisuwichwong, S., Jangasem, N., Sosome, B., Chaichanarungruang, W., & Kwansomkid, S. (2022). Effects of life skills training program on mental health status of nursing students. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(2), 77-94. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/249344> (in Thai)
- Charoensuk, S. & Mokekhaow, K. (2025). The Effect of caring with “7-Color Ping-Pong Program” on depression of nursing students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 39(3), 64-78. (in Thai)
- Jacob, U. S., & Maguvhe, M. O. (2026). *Global prevalence of depression among university students: A systematic literature review. Frontiers in Education.* <https://doi.org/10.3389/feduc.2026.1809441>
- Jung, C. G. (1971). *Psychological types* (H. G. Baynes, Trans., Rev. ed.). Princeton University Press.
- Krirkgulthorn, T., Umereweneza, S., Seetangkham, S., Boonprothum, K., Phaonoi, B., Dounsuriya, P., & Phongsakchat, P. (2019). Opinions of selected Thai nursing students on factors contributing to their academic and clinical stress. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts)*, 12(6), 2591–2608. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/198286>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Li, Y.-S., Tseng, H.-C., Yang, B.-H., Mills, M. E. C., & Yu, W.-P. (2025). Personality preferences and stress perception among nursing students in different nursing programmes: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 25, 382. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06960-y>
- Liangruenrom, N., Joshanloo, M., Hutaphat, W., & Kittisuksathit, S. (2025). Prevalence and correlates of depression among Thai university students: nationwide study. *BJPsych Open*, 11(2), e59. <https://doi.org/10.1192/bjo.2025.21>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Tapanya, P. (1997). The construction of Suanprung Stress Test for Thai population. *Suanprung Journal*, 13(3), 1–20. (in Thai)

- Mahayosanan, P., Tapinta, D., & Kitsumban, V. (2020). Effect of positive self-talk training program on depression among chronically ill adolescent patients. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 34-45. (in Thai)
- McEwen, B. S., & Akil, H. (2020). Revisiting the stress concept: Implications for affective disorders. *The Journal of Neuroscience*, 40(1), 12–21. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>
- Mokekhaow, K., Sukrapat, W. & Promla, W. (2024). Factors related to stress of nursing students. *Journal of Nursing Science & Health*, 44(2), 60-71. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/245496> (in Thai)
- Myers, I. B., McCaulley, M. H., Quenk, N. L., & Hammer, A. L. (1998). *MBTI Manual: A Guide to the Development and Use of the Myers-Briggs Type Indicator* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press.
- Praboromarajchanok Institute. (n.d.). *Praboromarajchanok Institute model (PBRI model)*. <https://eng.pbri.ac.th/>
- Russell, G., & Lightman, S. (2019). The human stress response. *Nature Reviews Endocrinology*, 15(9), 525–534. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0228-0>
- Saengnoi-on, N., Pornnopparat, S., & Rattanawongkae, A. (2024). A study of health, introvert and extrovert personality types, adversity quotient, and emotional intelligence of students at private schools in Bangkok. *Journal of Psychology*, 22(1), 77–94. (in Thai)
- Srioad, P., Thoin, P., & Kunjeak, S. (2025). The effects of a stress management program on stress levels of first-year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen. *Medical Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 28(2), 39–47. <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JSakonNakHosp/article/view/6257he05.tci-thaijo>
- Tienthavorn, V. (2013). *Surveillance, control and prevention system of diabetes mellitus and hypertension in Thailand: Policy to action* (3rd ed.). The Ministry of Public Health. (In Thai)
- World Health Organization. (2024). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

พะเยา