

## การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญ ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

ปิยะวิทย์ หมดมลทิน พ.บ.<sup>1\*</sup>,  
ศรฉัตร แดงกระจ่าง พย.บ.<sup>2</sup>,  
รุ่งอรุณ พรหมดวงดี พย.บ.<sup>3</sup>,  
อมลสิริ พาศิริ พย.บ.<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

ภาวะเครียดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยภาวะเครียดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดในโรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี 2) พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหา และ 3) ประเมินผลของ โปรแกรมดังกล่าวในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด การวิจัยใช้รูปแบบวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มประชาชนวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูโดยบูรณาการแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูการรู้คิดและการควบคุมตนเองร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ระยะที่ 3 ทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจำนวน 30 คน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรม 2) แบบวัดความเครียด SPST-20 3) แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัว (RQ) และ 4) แบบประเมินการคิดยืดหยุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ผลการวิจัย:** ระยะที่ 1 พบว่า ประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย  $38 \pm 9.67$  ปี มีความเครียดระดับสูง (Mean = 52.04, S.D. = 14.02) และมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวต่ำกว่าปกติ (Mean = 51.89, S.D. = 11.99) ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟู ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ด้าน ได้แก่ สัมพันธภาพ คิดและอารมณ์ สติ ความสุขใจ แหล่งสนับสนุน การยอมรับ เต็มพลังใจ และป้องกันการเกิดซ้ำ เสริมทักษะการเผชิญปัญหา ระยะที่ 3 หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลง (Mean = 40.57, S.D. = 9.29) และความสามารถในการปรับตัว การคิดยืดหยุ่น และการยับยั้งพฤติกรรมเพิ่มขึ้น (Mean = 53.60, 73.13, 39.87 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมและศักยภาพในการขยายผลสู่ระบบสุขภาพจิตชุมชน

**คำสำคัญ:** โปรแกรมฟื้นฟู การคิดยืดหยุ่น การยับยั้งพฤติกรรม การเผชิญปัญหา ภาวะเครียด

<sup>1</sup>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, APN (สาขาเวชปฏิบัติชุมชน) โรงพยาบาลพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี

\* Corresponding author e-mail: piyawit321@gmail.com

วันที่รับ (received) 26 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 ส.ค. 2568

# The Development of a Cognitive Flexibility and Inhibition Control Recovery Program on Coping in Patients with Stress at Koh Chan Hospital, Chonburi Province

Piyawit Modmolthin M.D.<sup>1\*</sup>,  
Sornchat Dangkrachang M.N.S.<sup>1</sup>,  
Rungaroon Pomduangdee M.N.S.<sup>2</sup>,  
Amonsiri Pasiri B.N.Sc.<sup>1</sup>

## Abstract

Stress is a significant mental health problem that adversely affects quality of life, particularly in Koh Chan District, Chonburi Province, where the prevalence of stress-related conditions is continuously rising. This research and development study aimed to: 1) examine the situation of patients with stress-related conditions at Koh Chan Hospital, Chonburi Province; 2) develop a rehabilitation program integrating cognitive flexibility and behavioral inhibition for problem coping; and 3) evaluate the effectiveness of the developed program among patients experiencing stress. The study was conducted in a three-phase research and development (R&D) design. Phase I examined the stress situation among working-age individuals (25–59 years) using questionnaires and in-depth interviews. Phase II involved developing a rehabilitation program by integrating cognitive rehabilitation and self-regulation concepts with local healthcare personnel. Phase III implemented and tested the program over six weeks with 30 patients diagnosed with stress. Instruments included: 1) the cognitive flexibility and behavioral inhibition program, 2) the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20), 3) the Resilience Quotient (RQ), and 4) a cognitive flexibility assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

**Results:** Phase I, most participants were female (mean age =  $38 \pm 9.67$  years), with high levels of stress (Mean = 52.04, S.D. = 14.02) and low resilience (Mean = 51.89, S.D. = 11.99). Phase II developed an eight-component rehabilitation program to enhance problem-solving skills. Phase III showed significant reductions in stress (Mean = 40.57, S.D. = 9.29) and improvements in resilience, cognitive flexibility, and behavioral inhibition (Mean = 53.60, 73.13, 39.87, respectively;  $p < .001$ ), affirming the program's effectiveness and its potential for broader application within community mental health services.

**Keywords:** recovery program, flexible thinking, behavioral inhibition, coping stress, stress

---

<sup>1</sup>Medical Doctor, Senior Professional Level, Koh Chan Hospital, Chon Buri province

<sup>2</sup>Registered Nurse, Professional Level, Koh Chan Hospital, Chon Buri province

<sup>3</sup>Registered Nurse, Senior Professional Level, Phanat Nikhom Hospital, Chon Buri province

\* Corresponding author e-mail: piyawit321@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเครียดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในระดับโลกและส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลก (WHO)<sup>1</sup> รายงานไว้ในปี 2022 ว่าประมาณร้อยละ 15 ของผู้ใหญ่ในวัยทำงานทั่วโลกประสบภาวะผิดปกติทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาเหล่านี้ และยังส่งผลให้สูญเสียผลิตภาพแรงงานมากถึง 12 พันล้านวันต่อปี คิดเป็นมูลค่ากว่า 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ขณะที่ประเทศไทยมีแนวโน้มของภาวะเครียดเพิ่มสูงขึ้น โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุว่าร้อยละ 15.48 ของประชากรไทยมีภาวะเครียด และร้อยละ 10.63 มีความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย<sup>2</sup>

ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบทของประเทศไทย เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว การใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างแพร่หลาย ความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ ค่าครองชีพที่สูงขึ้น และความเปลี่ยนแปลงในตลาดแรงงาน ส่งผลให้ประชาชนต้องเผชิญกับความกดดันและความเครียดในชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น<sup>3</sup> ความเครียดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การขาดสมรรถภาพในการทำงาน และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ<sup>4</sup> ผู้ที่มีภาวะเครียดมักประสบปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดทักษะในการเผชิญปัญหา และมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

จากแนวคิด Roy's Adaptation Model บุคคลที่มีการรับรู้และเผชิญปัญหาที่บกพร่องจะไม่สามารถปรับตัวใน 4 โหมดหลักได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อเผชิญความเครียด<sup>5</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของ Güngörmüş, et al. ในปี 2024 พบว่าโปรแกรมตามโมเดลนี้ช่วยลดความเครียดและเพิ่มการปรับตัวในผู้ป่วยฟอกไต<sup>6</sup> และผลการศึกษาของ Hosseini & Soltanian ในปี 2022 พบว่าโมเดลนี้ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมปรับตัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>7</sup> สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโมเดลในการฟื้นฟูสุขภาพจิตและสามารถประยุกต์ใช้ได้ในระดับชุมชน นอกจากนี้การพัฒนาทักษะการคิดยืดหยุ่นและการยับยั้งพฤติกรรมเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมกลไกการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเครียดเรื้อรัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Choi, et al. ในปี 2018 แสดงให้เห็นว่า Cognitive Remediation Therapy ช่วยลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>8</sup> ขณะที่ Lam และ Chien ในปี 2016 พบว่าเทคนิค Self-control ช่วยเพิ่มการจัดการกับความเครียด<sup>9</sup> Lee, et al. ในปี 2018 รายงานว่า Behavioral regulation ช่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในผู้มีภาวะเครียด<sup>10</sup> สอดคล้องกับการทบทวนโดย Girotti, et al.<sup>11</sup> ในปี 2024 ที่เน้นการพัฒนา Cognitive flexibility และ Behavioral inhibition ควบคู่กันเพื่อลดผลกระทบทางจิตใจ<sup>11</sup> และ Rosa-Alcázar, et al.<sup>12</sup> ในปี 2021 ยังชี้ว่าในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder: GAD) และโรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Disorder: OCD) ทักษะทั้งสองมีผลต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ<sup>12</sup>

ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตในช่วงปี 2565–2567 พบผู้ป่วยภาวะเครียด 50, 67 และ 55 รายตามลำดับ ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 80, 109 และ 47 ราย และผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็น 5 รายในปี 2567 สะท้อนปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน<sup>13</sup> เมื่อเทียบกับระดับประเทศ พบว่าประชากรกว่าร้อยละ 8 เผชิญภาวะเครียดเรื้อรัง และราวร้อยละ 10 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยมีความพยายามฆ่าตัวตายกว่า 31,000 ครั้งในปี 2566 และอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 7.97 ต่อประชากรแสนคน<sup>14</sup> ภาพรวมดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตระดับชุมชนมีแนวโน้มสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับชาติ และควรได้รับการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูอย่างมีระบบ

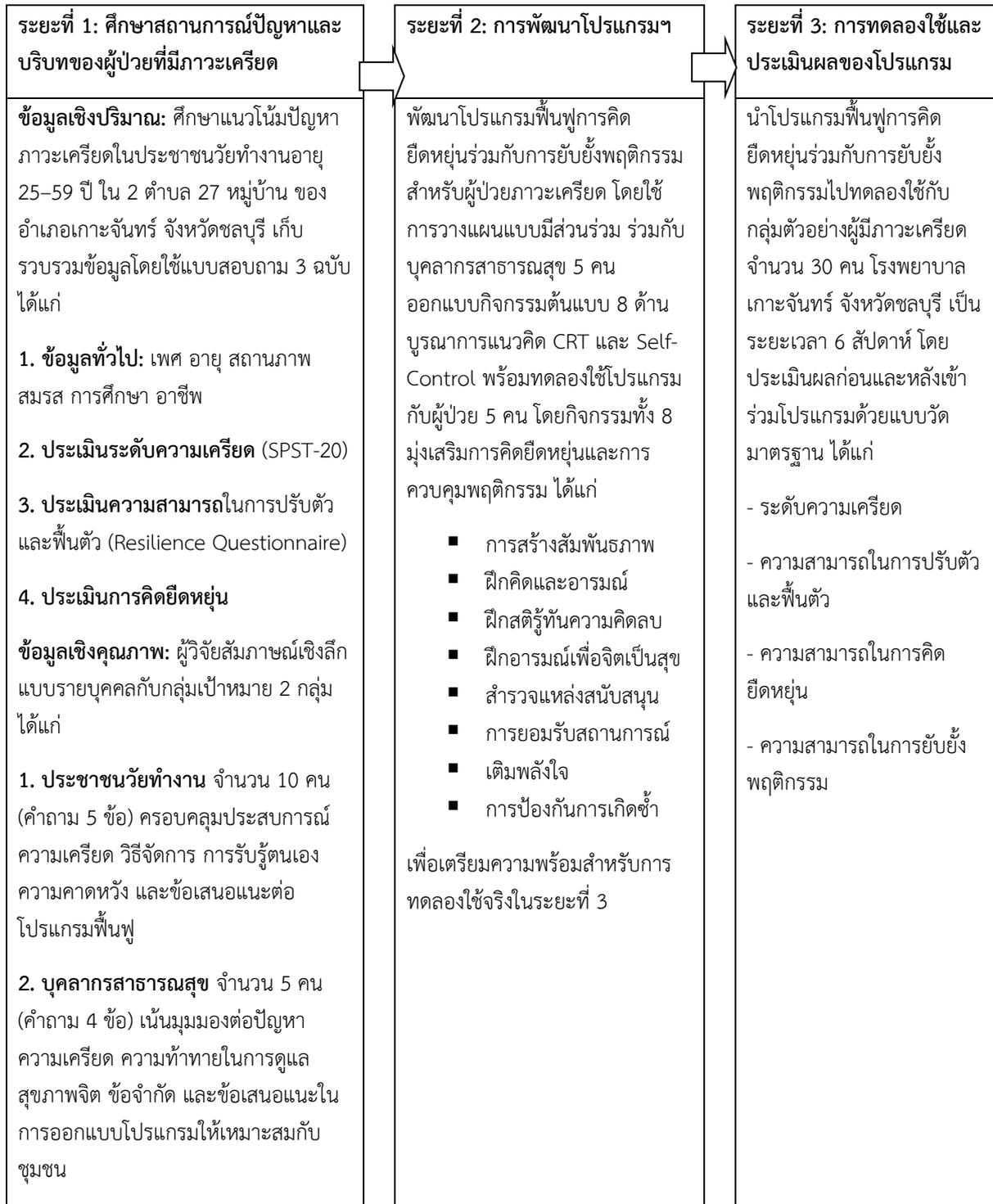
แม้จะมีโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาและมีหลักฐานทางวิชาการรองรับในระดับสากล แต่อย่างไรก็ตาม โปรแกรมเหล่านั้นยังไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอเกาะจันทร์ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และความเข้าใจทางวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น อีกทั้งยังขาดการบูรณาการแนวทางที่ครอบคลุมด้านความคิดยืดหยุ่นและการยับยั้งพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูที่เน้นการเสริมสร้างความสามารถในการคิดยืดหยุ่นและการยับยั้งพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือการคิดฆ่าตัวตายในระยะยาว และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับประชาชนในพื้นที่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลของโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่องการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยบูรณาการแนวความคิดการบำบัดฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive Remediation Therapy, CRT) ของ Wykes & Reeder<sup>15</sup> และแนวความคิดการควบคุมตนเอง (Self-Control Theory) ของ Rosenbaum<sup>16</sup> เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูที่เน้นการเสริมสร้างทักษะการคิดยืดหยุ่นและการยับยั้งพฤติกรรมอย่างเหมาะสมกับบริบทชุมชน ดังนี้ **ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตในพื้นที่เกาะจันทร์ พบผู้ป่วยภาวะเครียดและซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมเฉพาะ<sup>13</sup> **ระยะที่ 2** พัฒนาโปรแกรมต้นแบบจากการบูรณาการ CRT และ Self-Control ผ่านกิจกรรม 8 ด้าน ที่มุ่งส่งเสริมกลไกการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>8-10</sup> และ**ระยะที่ 3** ทดลองใช้โปรแกรมกับผู้มีภาวะเครียด โดยประเมินผลด้วยแบบวัดมาตรฐาน ได้แก่ ความเครียด (SPST-20)<sup>17</sup> ความสามารถในการปรับตัว (RQ)<sup>18</sup> และการคิดยืดหยุ่น<sup>19-21</sup> ตามภาพกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**สมมติฐานการวิจัย**

หลังทดลองใช้โปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ส่งผลต่อกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟู จะมีระดับความเครียดลดลงจากก่อนทดลอง ( $p < 0.05$ )

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟู จะมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ( $p < 0.05$ )
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟู จะมีความสามารถในการคิดยืดหยุ่นเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ( $p < 0.05$ )
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟู จะมีความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ( $p < 0.05$ )

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยศึกษาสถานการณ์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูโดยใช้การบูรณาการแนวความคิดการฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive rehabilitation) และการควบคุมตนเอง (Self-regulation) ในระยะที่ 1-2 และ ทดลองใช้โปรแกรมฯ โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One-group pretest-posttest design) ในระยะที่ 3 ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 กับกลุ่มทดลอง 30 คนเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ศึกษาประชาชนวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ทั้งหมดปี พ.ศ. 2566 จำนวน 18,218 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี จากข้อมูลผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2566<sup>13</sup>

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

**ระยะ 1** ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด

ศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คำนวณผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี โดยจับฉลากเลือก 2 ตำบลจากพื้นที่บริการของโรงพยาบาลเกาะจันทร์ และสุ่มอีกชั้นโดยจับฉลากจาก 27 หมู่บ้านในตำบลนั้น จากนั้นจึงใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างประชาชนในช่วงอายุที่กำหนด โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Daniel<sup>21</sup> ซึ่งพิจารณาค่าความเชื่อมั่นและความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 99 คน เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ เป็นประชาชนอายุ 25-59 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีภาวะเครียดตามแบบวัด และยินยอมให้ข้อมูล ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติจิตเวชรุนแรง สื่อสารไม่ได้ หรือไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเก็บข้อมูล

ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ประชาชนอายุ 25-59 ปีที่ไม่มีภาวะเครียด จำนวน 5 คน
- 2) กลุ่มที่มีภาวะเครียด จำนวน 5 คน และ
- 3) บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 5 คน เกณฑ์การคัดเลือก ผู้เข้าร่วมต้องมีอายุระหว่าง 25-59 ปี (สำหรับประชาชน) หรือทำงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ/รพ.ชุมชน (สำหรับบุคลากร) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมอย่างเต็มใจ และเกณฑ์การคัดออก ผู้ที่มีโรคจิตเภท หรือคะแนน PHQ-9 > 20 และผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วน

**ระยะที่ 2** เป็นขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูโดยใช้การบูรณาการแนวความคิดการฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive rehabilitation) และการควบคุมตนเอง (Self-regulation) โดยร่วมพัฒนาร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ 5 คน ด้วยแผนกิจกรรมการเรียนรู้ 8 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การฝึก

ความคิดและอารมณ์ 3) การฝึกสติให้รู้ทันความคิดลบที่เกิดขึ้น 4) การฝึกอารมณ์ ความคิดและมุมมองอื่น ๆ 5) การฝึกสำรวจแหล่งสนับสนุนตามการรับรู้ 6) การฝึกปล่อยและยอมรับกับสถานการณ์ 7) การฝึกกำกับตน ทั้งกายและใจ 8) ทบทวนและวางแผนป้องกันการเกิดซ้ำและยุติ พร้อมนำไปโปรแกรมฯ ไปทดสอบกับกลุ่ม พัฒนาโปรแกรมตามแผนกิจกรรม 5 คน นำมาปรับปรุงจนได้ต้นแบบโปรแกรมฯ เพื่อนำไปใช้ในระยะเวลาที่ 3 เป็นเวลาต่อเนื่อง 6 สัปดาห์กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง

**ระยะที่ 3** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) โดยใช้รูปแบบการทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยึดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดระดับปานกลางถึงสูง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 30 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cohen<sup>22</sup> โดยกำหนดค่า Effect size ( $d$ ) = 0.5, power = 0.80 และระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = 0.05 เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ อายุ 25-59 ปี มีภาวะเครียดระดับปานกลางถึงสูง เข้าใจภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีประวัติการวินิจฉัยโรคจิตเภท (Schizophrenia) หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder type I) จากเวชระเบียนมีคะแนนแบบประเมิน PHQ-9 มากกว่า 20 ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง กำลังใช้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotics) ในกลุ่มที่ใช้รักษาโรคจิตเภท หรือโรคอารมณ์สองขั้ว แบบรุนแรง สมองเสื่อม หรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบตามแผน หากมีการถอนตัวหรือปัญหาสุขภาพใด ๆ ระหว่างการวิจัย จะยุติการเข้าร่วมทันที เพื่อควบคุมอัตราการขาดหาย ผู้วิจัยจัดระบบติดตามรายสัปดาห์และสื่อสารกับผู้เข้าร่วมตลอด 6 สัปดาห์ โดยบันทึกเหตุการณ์ถอนตัวและตัดข้อมูลออกจากการวิเคราะห์ หากไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบถ้วน ข้อมูลที่ขาดจะตรวจสอบและติดตามซ้ำ หากยังไม่สมบูรณ์จะใช้วิธีตัดข้อมูลแบบ listwise deletion เพื่อรักษาความเที่ยงตรงของผลการวิจัย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รับรองเมื่อวันที่ 27 เดือนตุลาคม 2566 หมายเลข CBO rec 66-089 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอย่างครบถ้วน เคารพสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวสามารถทำได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และรักษาความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงนำเสนอข้อมูลที่ได้เป็นภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยแบ่งตามระยะของการทำวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือวิจัยในระยะที่ 1 ใช้เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดในประชาชนวัยทำงาน เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์จิตเวช อาจารย์ด้านจิตวิทยา และพยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนวัยทำงาน และสามารถสะท้อนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดได้อย่างแม่นยำและน่าเชื่อถือ ประกอบด้วยเครื่องมือดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การกินยารายเก่ารายใหม่

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

1.3 แบบวัดระดับความเครียด SPST-20 ของกรมสุขภาพจิต<sup>17</sup> ใช้วัดระดับความเครียดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีรวิทยา ใช้มาตรา 5 ระดับ (0-4) เกณฑ์คะแนน ดังนี้ 0-23 คะแนน: ความเครียดในระดับต่ำ 24-41 คะแนน: ความเครียดในระดับปานกลาง 42-61 คะแนน: ความเครียดในระดับสูง และ  $\geq 62$  คะแนน: ความเครียดในระดับรุนแรง มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.89 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 0.95

1.4 แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัว (Resilience Questionnaire: RQ)<sup>18</sup> ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหา รวม 30 ข้อ ใช้มาตรา 4 ระดับ เกณฑ์คะแนน ดังนี้ ความมั่นคงทางอารมณ์ (10 ข้อ): ต่ำ (<27), ปกติ (27-34), สูง (>34) กำลังใจ (5 ข้อ): ต่ำ (<14), ปกติ (14-19), สูง (>19) การจัดการกับปัญหา (5 ข้อ): ต่ำ (<13), ปกติ (13-18), สูง (>18) คะแนนรวมทุกด้าน (80 คะแนน): ต่ำ (<55), ปกติ (55-69), สูง (>69) มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.84 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 1.00

1.5 แบบประเมินการคิดยืดหยุ่นและการยับยั้งพฤติกรรม พัฒนาจากแนวคิดของ Grotberg, Lazarus & Folkman และแนวทางของกรมสุขภาพจิต<sup>19</sup> แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

- การคิดยืดหยุ่น (Cognitive Flexibility) วัดความสามารถในการเปลี่ยนมุมมอง ปรับตัว และแก้ปัญหาภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง<sup>20-21</sup>

- การยับยั้งพฤติกรรม (Behavioral Inhibition) วัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หุนหัน พลุ่งพล่าน หรือการตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในสถานการณ์กดดัน<sup>20-21</sup>

แบบประเมินนี้มีจำนวน 20 ข้อ ใช้มาตรา 5 ระดับ (1-5) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ค่า = 0.80-1.00, CVI = 0.90 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.87

1.6 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (In-depth Interview) พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียด กลไกการเผชิญปัญหา ทักษะการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม รวมถึงข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟู ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 0.80

2. เครื่องมือวิจัยในระยะที่ 2 ระยะพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรม เริ่มจากการประชุมกับบุคลากรสาธารณสุข 5 คน เพื่อนำเสนอข้อมูลจากระยะที่ 1 และวิเคราะห์ความต้องการผ่านแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม ก่อนออกแบบกิจกรรมต้นแบบ 8 ด้านตามแนวคิด CRT และ Self-Control Theory โปรแกรมผ่านการทดสอบเบื้องต้น (Pilot study) กับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ที่มีภาวะเครียดระดับปานกลางถึงสูง เพื่อประเมินความเข้าใจ ความพึงพอใจ และความเหมาะสม จากนั้นได้จัดประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3 กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การฝึกความคิดและอารมณ์ 3) การฝึกสติให้รู้ทันความคิดลบที่เกิดขึ้น 4) การฝึกอารมณ์ ความคิดและมุมมองอื่นๆ 5) การฝึกสำรวจแหล่งสนับสนุนตามการรับรู้ 6) การฝึกปล่อยและยอมรับกับสถานการณ์ 7) การฝึกกำกับตนทั้งกายและใจ 8) ทบทวนและวางแผนป้องกันการเกิดซ้ำและยุติ

3. เครื่องมือวิจัยในระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการวัดผลในระยะนี้ รวมถึงแบบสอบถามในระยะที่ 1 ได้แก่ SPST-20 (ความเครียด), RQ (ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัว) และแบบประเมินการคิดยืดหยุ่น-การยับยั้งพฤติกรรม ซึ่งใช้เหมือนเดิมในการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังใช้โปรแกรม และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมฟื้นฟู ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก ดำเนินในกลุ่มขนาดเล็ก (5-8 คน) ตลอด 6 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40-80 นาที) โดยดำเนินกิจกรรม

โดยพยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิต ที่ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมอย่างเป็นระบบ (Standardized training ระยะเวลา 1 วัน และได้รับคู่มือโปรแกรมชัดเจน) โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

<p><b>สัปดาห์ที่ 1</b> กิจกรรมที่ 1-2 การสร้างสัมพันธ์ภาพ + ฝึกคิดและอารมณ์ (รวม 40 นาที)</p>	<p><b>วัตถุประสงค์:</b> สร้างความไว้วางใจและเสริมทักษะพื้นฐานในการจัดการความคิดและอารมณ์</p> <p><b>กิจกรรม:</b> แนะนำตัว แשרความคาดหวัง ทำกิจกรรมกลุ่มสั้นๆ เพื่อเชื่อมสัมพันธ์ รับชมคลิปกรณีศึกษาความคิด-อารมณ์ และฝึกเขียนบันทึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม</p> <p><b>วิธีประเมินผล:</b> สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและแบบประเมินความพึงพอใจหลังจบกิจกรรม</p>
<p><b>สัปดาห์ที่ 2</b> กิจกรรมที่ 3-4 ฝึกสติรู้ทันความคิดลบ + ฝึกอารมณ์เพื่อจิตเป็นสุข (รวม 80 นาที)</p>	<p><b>วัตถุประสงค์:</b> เพิ่มการตระหนักรู้ต่อความคิดลบ และเรียนรู้การจัดการอารมณ์เชิงบวก</p> <p><b>กิจกรรม:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์ความคิดลบและผลกระทบต่อพฤติกรรม</li> <li>- ใช้เทคนิค Cognitive Restructuring และฝึกหายใจเพื่อสมดุลอารมณ์</li> <li>- แลกเปลี่ยนประสบการณ์อารมณ์รุนแรง</li> <li>- เขียนแนวทางจัดการอารมณ์และฝึก Self-talk เพื่อเสริมพลังบวก</li> </ul> <p><b>วิธีประเมินผล:</b> แบบประเมินความคิดลบก่อน-หลังกิจกรรม และการสังเกตการมีส่วนร่วม</p>
<p><b>สัปดาห์ที่ 3</b> กิจกรรมที่ 5 ฝึกสำรวจแหล่งสนับสนุนทางสังคม (40 นาที)</p>	<p><b>วัตถุประสงค์:</b> เสริมทักษะการรับรู้และใช้แหล่งสนับสนุนอย่างเหมาะสม</p> <p><b>กิจกรรม:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์แหล่งสนับสนุนที่มี เช่น ครอบครัว เพื่อน ที่ทำงาน</li> <li>- แลกเปลี่ยนประสบการณ์การขอความช่วยเหลือ</li> <li>- ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม</li> </ul> <p><b>วิธีประเมินผล:</b> แบบประเมินการรับรู้แหล่งสนับสนุนและการสื่อสารแบบสั้น (Checklist)</p>
<p><b>สัปดาห์ที่ 4</b> กิจกรรมที่ 6 ฝึกปล่อยและยอมรับสถานการณ์ (40 นาที)</p>	<p><b>วัตถุประสงค์:</b> ลดความเครียดโดยใช้แนวทาง Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</p> <p><b>กิจกรรม:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนปัญหาในอดีตและผลกระทบที่เกิดขึ้น</li> <li>- ฝึกใช้เทคนิค Acceptance and Commitment Therapy (ACT) เพื่อยอมรับสถานการณ์</li> <li>- แบ่งปันแนวทางลดความยึดติดกับความคิดลบในกลุ่ม</li> </ul> <p><b>วิธีประเมินผล:</b> แบบวัดการยอมรับทางความคิดและความเครียดรายสัปดาห์</p>
<p><b>สัปดาห์ที่ 5</b> กิจกรรมที่ 7 เติมพลังใจด้วยกิจกรรมที่ชอบ (40 นาที)</p>	<p><b>วัตถุประสงค์:</b> เสริมพลังทางบวกและส่งเสริมสุขภาพจิต</p> <p><b>กิจกรรม:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แשרกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกดี</li> <li>- ร่วมทำกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น วาดภาพ ฟังเพลง ออกกำลังกาย</li> <li>- วางแผน “เติมพลังใจ” ที่สามารถใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน</li> </ul>

<b>สัปดาห์ที่ 6</b>	<b>วิธีประเมินผล:</b> แบบประเมินความพึงพอใจ และการตั้งเป้าหมายระยะสั้นของแต่ละบุคคล
<b>กิจกรรมที่ 8 ทบทวนและ</b>	<b>วัตถุประสงค์:</b> วางแผนดูแลสุขภาพจิตในระยะยาวและป้องกันการกลับมาของภาวะเครียด
<b>ป้องกันการเกิดซ้ำ (40 นาที)</b>	<b>กิจกรรม:</b> - วางเป้าหมายส่วนตัวในการจัดการอารมณ์และความคิด - ทบทวนเทคนิคที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรม - ออกแบบแผนรับมือความเครียดส่วนบุคคลตามบริบทของแต่ละคน
	<b>วิธีประเมินผล:</b> แบบประเมินความมั่นใจในการใช้แผนตนเอง และแบบประเมินติดตาม

สำหรับการประเมินผล มีมาตรการควบคุมดังนี้ 1) ผู้ประเมินผลคนละคน (Independent assessor) ไม่ใช่พยาบาลผู้ดำเนินกิจกรรม เพื่อป้องกันอคติในการวัดคะแนน 2) ใช้ Assessor blinding โดยผู้ประเมินไม่ทราบว่าผู้เข้าร่วมอยู่ในช่วงก่อนหรือหลังการทดลอง 3) ผู้ประเมินได้รับการอบรมการใช้แบบวัดและการให้คะแนนอย่างเดียวกัน เพื่อให้การวัดผลมีความเที่ยงตรงและสอดคล้องกัน การออกแบบดังกล่าวช่วยเสริมความน่าเชื่อถือของผลการทดลอง และลดปัจจัยเสี่ยงจากอคติของผู้วิจัยหรือผู้ดำเนินกิจกรรม

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงที่มา วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง พร้อมขออนุญาตทำวิจัย โดยมีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยดำเนินการประสานให้เกิดการดำเนินการ จัดประชุมชี้แจงและทดลองใช้โปรแกรมฯ โดยนัดหมายดำเนินการในแต่ละระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา**

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาเกี่ยวกับภาวะเครียด กับประชาชนวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี จาก 2 ตำบล และ 27 หมู่บ้าน ดังนี้คือ

ข้อมูลเชิงปริมาณ: ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาเกี่ยวกับภาวะเครียดของประชาชนวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี ด้วยแบบวัดระดับความเครียด แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวและพื้นที่แบบประเมินการคิดยืดหยุ่น ทำการเก็บรวบรวมโดยนำแบบสอบถามไปให้โดยผู้วิจัย พร้อมหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยไปติดต่อประสานงานที่โรงพยาบาล เพื่อนำส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบพร้อมเก็บกลับด้วยผู้วิจัยเอง

ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล ทั้งทางโทรศัพท์และการเข้าพบโดยตรง โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยประชาชนวัยทำงานอายุ 25-59 ปี จำนวน 10 คน (ใช้คำถาม 5 ข้อ) และบุคลากรสาธารณสุข 5 คน (ใช้คำถาม 4 ข้อ) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อระบุปัญหา สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมในระยะที่ 2

## ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม

ระยะพัฒนาโปรแกรมนี้ใช้เวลา 7 วัน มุ่งพัฒนาต้นแบบโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด โดยเริ่มจากการระดมความคิดเห็นและประชุมกลุ่มย่อยกับบุคลากรสาธารณสุข 5 คน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเครียดของผู้ป่วย พร้อมนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากระยะที่ 1 จากนั้นใช้เครื่องมือวิเคราะห์ความต้องการ เช่น แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาช่องว่างในการดูแลและความต้องการฟื้นฟู ผลการวิเคราะห์ถูกนำมาออกแบบกิจกรรมต้นแบบ 8 ด้าน ร่วมกับบุคลากรที่เสนอแนะแนวทางปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ทดลองใช้ในกลุ่มพัฒนา 5 คน พร้อมเก็บข้อมูลความเข้าใจและความพึงพอใจ แล้วจัดประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงเนื้อหาและเครื่องมือให้สมบูรณ์ โดยโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด นี้ประกอบด้วย 8 กิจกรรมสำคัญ เพื่อฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นและการยับยั้งพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มผ่านกิจกรรมแนะนำตัวเอง (10 นาที) 2) ฝึกคิดและอารมณ์ ชมคลิปวิดีโอและเขียนวิธีจัดการความคิดและอารมณ์ (30 นาที) 3) ฝึกสติรู้ทันความคิดลบ ระดมความคิดและวิเคราะห์วิธีจัดการความคิดลบ (40 นาที) 4) ฝึกอารมณ์เพื่อจิตเป็นสุข แลกเปลี่ยนและเขียนวิธีจัดการอารมณ์ เช่น ความโกรธและความเศร้า (40 นาที) 5) ฝึกสำรวจแหล่งสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์บทบาทแหล่งสนับสนุนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (40 นาที) 6) ฝึกปล่อยและยอมรับสถานการณ์ทบทวนปัญหาและค้นหาวิธีแก้ไขอย่างเหมาะสม (40 นาที) 7) เต็มพลังใจด้วยกิจกรรมที่ชอบ แลกเปลี่ยนกิจกรรมที่สร้างพลังใจและลดความเครียด (40 นาที) 8) ทบทวนและป้องกันการเกิดซ้ำ วางแผนเป้าหมายส่วนตัวและป้องกันความเครียดในอนาคต (40 นาที) โดยกิจกรรมดังกล่าวได้รับการทดสอบกับกลุ่มพัฒนาโปรแกรมจำนวน 5 คน และปรับปรุงจนได้ต้นแบบสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มทดลองในระยะที่ 3 กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เป็นเวลา 6 สัปดาห์

## ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้โปรแกรม

เป็นการทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยภาวะเครียด จำนวน 30 ราย ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (วันแรก) เก็บข้อมูลก่อนทดลอง ด้วยแบบสอบถาม 3 ฉบับ ได้แก่ ระดับความเครียด ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นฟู และการคิดยืดหยุ่น ในกลุ่มทดลอง (ผู้ป่วยภาวะเครียด 30 ราย) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ใช้เวลา 1 วัน เริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฟื้นฟู

สัปดาห์ที่ 1-6 ดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ รวม 8 กิจกรรม ครอบคลุมทักษะด้านอารมณ์ สติ การคิดยืดหยุ่น และการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 6 (วันสุดท้าย) เก็บข้อมูลหลังทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดิม เพื่อเปรียบเทียบผลก่อน-หลัง และประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง (ผู้ป่วยภาวะเครียด 30 ราย) ใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้ในระยะก่อนทดลอง ใช้เวลา 1 วัน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

#### 1. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา โดยรายงานผลในรูปของความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูในกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที่แบบพึ่งพา (Paired t-test) กับตัวแปร 4 ด้าน ได้แก่ ระดับความเครียด ความสามารถ

ในการปรับตัวและฟื้นตัว ความสามารถในการคิดยืดหยุ่น และการยับยั้งพฤติกรรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

## 2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนวัยทำงานและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์ประสบการณ์ ความเครียด กลไกการเผชิญปัญหา และข้อเสนอแนะการฟื้นฟู กระบวนการเริ่มจากการถอดเทปสัมภาษณ์อย่างครบถ้วน อ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบ แล้วเข้ารหัสแบบเปิด (Open coding) จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก ผลการวิเคราะห์ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมในระยะที่ 2 เพื่อควบคุมอคติของผู้วิจัย ใช้วิธี Multiple coders พร้อมคำนวณ Cohen's kappa และตรวจสอบผลกับผู้ให้สัมภาษณ์ (Member checking) รวมถึงใช้ Peer debriefing กับผู้เชี่ยวชาญ โดยอ้างอิงหลักเกณฑ์ของ Lincoln & Guba<sup>24</sup> ครอบคลุม Credibility, Transferability, Dependability และ Confirmability

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยจำแนกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

### ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา

#### ก. ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาศาสนาการณ์และสภาพปัญหาเกี่ยวกับภาวะเครียดของประชาชนวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวน 99 คน ด้วยแบบวัดระดับความเครียด SPST-20 (กรมสุขภาพจิต) แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัว (Resilience Questionnaire: RQ) แบบประเมินการคิดยืดหยุ่นและการยับยั้งพฤติกรรม ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.82) ช่วงอายุที่มีมากที่สุดมีอายุระหว่าง 25- 30 ปี (ร้อยละ 39.39) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 41 - 50 ปี (ร้อยละ 28.28) อายุเฉลี่ยที่  $38 \pm 9.67$  ปี อายุน้อยที่สุด 25 ปี และอายุมากที่สุด 54 ปี สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้แก่ โสด (ร้อยละ 39.39) รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 32.33) และสมรส (ร้อยละ 28.28) วุฒิการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 72.73) รองลงมาคือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 18.18) รายได้รายเดือน 15,001 - 20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 27.27) รองลงมา คือ 35,001 บาทขึ้นไป/เดือน (ร้อยละ 24.24) แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 62.63) รองลงมา คือ ไม่ได้ทำงาน/นักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 20.20)

2. การศึกษาการรับรู้ของประชาชนวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี ระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับรุนแรงมากที่สุดจำนวน 35 คน (ร้อยละ 35.4) รองลงมา ระดับสูงจำนวน 33 คน (ร้อยละ 33.3) และระดับปานกลางน้อยที่สุดจำนวน 31 คน (ร้อยละ 31.3) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง  $52.04 \pm 14.02$  ระดับความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวโดยรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ใน "ระดับต่ำ" จำนวน 51 คน (ร้อยละ 51.6) มากที่สุด รองลงมา "ระดับปกติ" จำนวน 43 คน (ร้อยละ 43.4) "ระดับสูง" จำนวน 5 คน (ร้อยละ 5.0) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ  $51.89 \pm 11.99$  จำแนกรายด้าน เป็นดังนี้ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ใน "ระดับต่ำ" มากที่สุดจำนวน 51 คน (ร้อยละ 51.5) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวด้านความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ใน "ระดับต่ำ"  $25.57 \pm 6.17$  ด้านกำลังใจอยู่ในระดับปกติมากที่สุดจำนวน 48 คน (ร้อยละ 48.5) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความสามารถของ

บุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวด้านกำลังใจอยู่ในระดับปกติ  $14.02 \pm 3.31$  ด้านการจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับปกติมากที่สุดจำนวน 49 คน (ร้อยละ 49.5) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวด้านการจัดการกับปัญหาอยู่ใน "ระดับต่ำ"  $12.30 \pm 3.31$  และระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรม จำแนกเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการคิดยืดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง  $2.60 \pm 0.68$  และความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง  $2.61 \pm 0.68$  ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการคิดยืดหยุ่นและความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรม (n = 99)

รายการ	ระดับ	จำนวน (%)	Mean $\pm$ SD	ระดับสรุป
ระดับความเครียด (SPST-20)	ปานกลาง (24-41 คะแนน)	31 (31.3%)	$52.04 \pm 14.02$	สูง
	สูง (42-61 คะแนน)	33 (33.3%)		
	รุนแรง ( $\geq 62$ คะแนน)	35 (35.4%)		
<b>ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัว (RQ)</b>				
1. ความมั่นคงทางอารมณ์	ต่ำ (<27 คะแนน)	51 (51.5%)	$25.57 \pm 6.17$	ต่ำ
	ปกติ (27-34 คะแนน)	46 (46.5%)		
	สูง (>34 คะแนน)	2 (2.0%)		
2. กำลังใจ	ต่ำ (<14 คะแนน)	44 (44.4%)	$14.02 \pm 3.31$	ปกติ
	ปกติ (14-19 คะแนน)	48 (48.5%)		
	สูง (>19 คะแนน)	7 (7.1%)		
3. การจัดการกับปัญหา	ต่ำ (<13 คะแนน)	48 (48.5%)	$12.30 \pm 3.31$	ต่ำ
	ปกติ (13-18 คะแนน)	49 (49.5%)		
	สูง (>18 คะแนน)	2 (2.0%)		
4. รวมทุกด้าน	ต่ำ (<55 คะแนน)	51 (51.6%)	$51.89 \pm 11.99$	ต่ำ
	ปกติ (55-69 คะแนน)	43 (43.4%)		
	สูง (>69 คะแนน)	5 (5.0%)		
ความสามารถในการคิดยืดหยุ่น	ต่ำ (10-19)	4 (4.0%)	$2.60 \pm 0.68$	ปานกลาง
	ปานกลาง (20-19)	35 (35.5%)		
	สูง (30-39)	54 (54.5%)		
	สูงมาก (40-50)	6 (6.0%)		
ความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรม	ต่ำ (10-19)	39 (39.4%)	$2.61 \pm 0.68$	ปานกลาง
	ปานกลาง (20-19)	52 (52.5%)		
	สูง (30-39)	8 (8.1%)		
	สูงมาก (40-50)	0 (0%)		

## ข. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับแนวทางการฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด มีเป้าหมายเพื่อเก็บข้อมูลความคิดเห็น ความรุนแรงของปัญหา แนวทางแก้ไข และความพร้อมในการร่วมมือ โดยผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด สรุปผลได้ดังนี้

1. ความรุนแรงของปัญหา ทั้งบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยรับรู้ภาวะเครียดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้ชีวิต มีความต้องการกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและลดความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวทางการฟื้นฟู บุคลากรเสนอให้พัฒนาโปรแกรมที่เน้นการฝึกทักษะการคิดยืดหยุ่น การจัดการอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมเชิงลบ และผู้ป่วยต้องการกิจกรรมที่สามารถปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพและการจัดการอารมณ์

3. ความพร้อมในการร่วมมือ ทั้งสองกลุ่มแสดงความตั้งใจที่จะร่วมมือกับผู้วิจัยในโครงการฟื้นฟู โดยยินดีมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบจนถึงการประเมินผล มีข้อเสนอแนะในการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

### ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด

การพัฒนาโปรแกรมฯ โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ใช้แนวคิด “การวางแผนแบบมีส่วนร่วม” โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับบุคลากร 5 คน จากข้อมูลผู้ป่วยภาวะเครียดในพื้นที่ 99 คน (วัย 25–59 ปี) รวบรวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อออกแบบแนวทางฟื้นฟูที่ตอบโจทย์ผู้ป่วยจริงในพื้นที่ และส่งเสริมความยั่งยืนของโปรแกรมผ่านการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง กระบวนการพัฒนาโปรแกรมฯ สรุปได้ดังนี้

1. การระดมความคิดเห็นและประชุมกลุ่มย่อย จัดประชุมร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข 5 คนและทีมวิจัย เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ภาวะเครียดของผู้ป่วย และนำเสนอผลวิเคราะห์จากระยะที่ 1 เพื่อสร้างความเข้าใจบริบทพื้นที่ร่วมกัน

2. การวิเคราะห์ความต้องการ (Needs Assessment) ใช้แบบประเมินความคิดเห็น เพื่อรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรและผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด เพื่อนำมาวิเคราะห์หาช่องว่างในการดูแลและกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูที่เหมาะสม

3. การออกแบบกิจกรรมต้นแบบร่วมกัน นำผลวิเคราะห์มาร่วมออกแบบกิจกรรมฟื้นฟูทั้ง 8 กิจกรรม โดยใช้แนวคิดหลัก 2 แนวคิด ได้แก่ 1) การบำบัดฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive remediation therapy: CRT) และ 2) การควบคุมตนเอง (Self-control) เน้นรับฟังข้อเสนอแนะจากบุคลากรเกี่ยวกับระยะเวลา วิธินำเสนอ และโปรแกรมการมีส่วนร่วม พร้อมแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมอย่างเหมาะสม

4. การทดสอบต้นแบบในกลุ่มทดลองย่อย ผู้วิจัยได้ทำ Pilot study กับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดระดับปานกลาง จำนวน 10 คน พบว่า บางกิจกรรมใช้เวลามากหรือน้อยเกินไป ผู้เข้าร่วมยังไม่เข้าใจเนื้อหาในหัวข้อที่ซับซ้อน เช่น “ฝึกสติรู้ทันความคิดลบ” และ “ทบทวนการป้องกันการเกิดซ้ำ” อีกทั้งขาดตัวอย่างและแนวทางดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจน จึงเสนอให้เพิ่มสื่อสนับสนุน เช่น ภาพ วิดีโอ และสถานการณ์จำลอง หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ปรับกิจกรรมให้ใช้เวลาประมาณ 40 นาที เพิ่มคำอธิบาย ตัวอย่าง และปรับคำถามให้ง่าย

ขึ้น พร้อมทั้งพัฒนาคู่มือสำหรับพยาบาลให้ครอบคลุมขั้นตอนการดำเนินงานมากขึ้น สุดท้ายมีการประชุมสะท้อนผลกับบุคลากรสาธารณสุขก่อนสรุปต้นแบบโปรแกรมสำหรับระยะที่ 3

5. การสะท้อนผลและปรับปรุงกิจกรรม จัดประชุมร่วมกับบุคลากรและกลุ่มพัฒนาเพื่อสรุปข้อดีข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงเนื้อหา วิธีการสื่อสาร และเครื่องมือของกิจกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

6. การตกผลึกและจัดทำต้นแบบสุดท้าย จัดทำโปรแกรมต้นแบบพร้อมคู่มือและสื่อสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการทดลองใช้จริงกับผู้ป่วย 30 คนในระยะที่ 3 เป็นเวลา 6 สัปดาห์

ผลที่ได้จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โปรแกรมฟื้นฟู สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพ ผูกคิดและอารมณ์ ผูกสติรู้ทันความคิดลบ และผูกอารมณ์เพื่อจิตเป็นสุข รวมถึงกิจกรรมการสำรวจแหล่งสนับสนุน การยอมรับสถานการณ์ การเติมพลังใจ และการป้องกันการเกิดซ้ำ โปรแกรมออกแบบให้ช่วยเสริมสร้างการคิดยืดหยุ่นและการยับยั้งพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินโปรแกรมการฟื้นฟู

ผู้วิจัยได้นำต้นแบบของโปรแกรมการฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดที่ได้มาจากระยะที่ 2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คนเป็นเวลา 6 สัปดาห์และประเมินผลก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 โดยทำการทดลองในโรงพยาบาลเกาชันท์จังหวัดชลบุรี ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพบว่า คะแนนประเมินเปรียบเทียบก่อน-หลังใช้โปรแกรมดังนี้

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง พบว่า **ระดับความเครียด**ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) และมีขนาดผลผกผัน (Cohen's  $d = -1.16$ ) อยู่ในระดับใหญ่มาก, ซึ่งแสดงถึงการลดภาวะความเครียดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญในทางคลินิก การลดลงประมาณ 14.3 คะแนน ( $-19.47$  ถึง  $-7.33$ ) ซึ่งผู้เข้าร่วมมีการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตสุขภาพไปในทางที่ดี **Resilience (การปรับตัวและฟื้นตัว)** มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) โดยค่าประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $d = 0.76$ ) และผู้เข้าร่วมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.6 คะแนน (5.26–11.94) ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตที่สำคัญ **Cognitive Flexibility (การเผชิญปัญหาด้วยการคิดยืดหยุ่น)** มีค่าการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ( $d = 0.07$ ) แม้จะมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) แต่ถือเป็นผลขนาดเล็ก การเพิ่มขึ้นเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 3.2 คะแนน (0.03–6.35) ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงทักษะคิดเชิงยืดหยุ่นในเชิงลึก และ **Behavioral Inhibition (การเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรม)** มีค่าการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยถึงปานกลาง ( $d = 0.20$ ) โดยมีแนวโน้มเติบโตในทางบวก (เพิ่มขึ้น 2.5 คะแนน โดยเฉลี่ย 0.93–4.47) ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมมีศักยภาพในการพัฒนาทักษะการควบคุมตนในสถานการณ์กดดัน ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการเผชิญปัญหา ด้วยการคิดยืดหยุ่น และความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรม ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p	Cohen's d	95% CI Mean Difference
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ระดับของความเครียด	54.90	13.70	40.57	9.29	7.780	<.001	-1.16	-19.47 ถึง -7.33
Resilience (การปรับตัวและฟื้นตัว)	46.00	11.26	53.60	7.82	8.666	<.001	0.76	5.26 ถึง 11.94
การเผชิญปัญหาด้วยการคิดยืดหยุ่น	69.97	22.87	73.13	21.51	6.412	<.001	0.07	0.03 ถึง 6.35
การเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรม	37.37	12.22	39.87	11.21	4.560	<.001	0.20	0.93 ถึง 4.47

**การอภิปรายผล**

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานได้ ดังนี้

**การลดระดับความเครียด** หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ระบุว่ากลุ่มทดลองจะมีระดับความเครียดลดลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรม มีบทบาทสำคัญในการลดความเครียด โดยระดับความเครียดจากระดับสูง (Mean = 54.90, S.D. = 13.70) ลงสู่ระดับปานกลาง (Mean = 40.57, S.D. = 9.29) อยู่ในช่วง 24-41 คะแนนตามเกณฑ์ SPST-20 การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi, et al.<sup>8</sup> ที่ใช้ Cognitive Remediation Therapy (CRT) ในผู้ประสบปัญหาเครียด/ซึมเศร้า โดยมีผลต่อการทำงานของสมองส่วนหน้า เช่น executive function และ Cognitive flexibility รวมถึงรีวิวเชิงระบบที่เสนอว่าการแทรกแซง CRT ช่วยเสริมประสิทธิภาพด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญ (d ≈ 0.59; 95% CI 0.25-0.93) และผลการศึกษาของ Lam & Chien<sup>9</sup> พบว่าสมรรถนะของ Self-control strategies เช่น Cognitive reappraisal และ Emotional regulation มีผลบวกต่อการลดภาวะความเครียดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง Intervention ของโปรแกรมนี้นี้ที่เน้นพัฒนาทั้ง Cognitive flexibility และ Behavioral inhibition โดยโปรแกรมฟื้นฟูนี้มีความโดดเด่นตรงที่มีการบูรณาการแนว CRT กับ self-control training ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Choi, et al. และ Lam & Chien<sup>8-9</sup> มากกว่าการฝึก mindfulness เพียงอย่างเดียว จึงเหมาะสมในการใช้เปรียบเทียบและอภิปรายผลทางคลินิกของโปรแกรมนี้อย่างชัดเจน ผลลัพธ์สะท้อนว่าโปรแกรมมีศักยภาพในการลดความเครียดในระดับที่สำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก พร้อมทั้งเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้เข้าร่วมในบริบทชุมชนได้อย่างเชื่อถือได้

**การเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัว (Resilience)** หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ระบุว่า “กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง” ระดับค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการเรียนรู้มีส่วนช่วยเสริมสร้าง

ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>25</sup> กิจกรรมที่ดำเนินการ เช่น การฝึกการจัดการความเครียด การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การคิดเชิงบวก (Positive thinking) การมองสถานการณ์จากหลายมุมมอง และการสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะการปรับตัวและฟื้นตัว ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bonanno<sup>26</sup> ที่เน้นว่าความสามารถในการฟื้นฟู (Resilience) เป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้บุคคลปรับตัวได้ดีขึ้นหลังจากเผชิญกับสถานการณ์ท้าทาย โดยกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อเสริมสร้าง Resilience มีผลเชิงบวกต่อความสามารถในการฟื้นตัวและรับมือกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น

**3. การส่งเสริมการคิดยืดหยุ่น (Cognitive Flexibility)** หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการคิดยืดหยุ่นเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ระบุว่า “กลุ่มทดลองมีความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการคิดยืดหยุ่นเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง” ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการฝึกฝนการคิดยืดหยุ่นช่วยพัฒนาความสามารถในการปรับมุมมองและแก้ไขปัญหาในหลากหลายสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>27</sup> การคิดยืดหยุ่นเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และมุมมอง เพื่อแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย กิจกรรมในโปรแกรม เช่น การฝึกการคิดในหลายมุมมอง การคิดเชิงสร้างสรรค์ และการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อน ช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีทักษะที่สามารถปรับใช้ได้ตามสถานการณ์ต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin<sup>20</sup> ที่ระบุว่าพัฒนาการคิดยืดหยุ่นช่วยให้บุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและคาดเดาไม่ได้ได้ดีขึ้น และการศึกษาของ Scott & Barros ที่พบว่าโปรแกรมฝึกทักษะการคิดยืดหยุ่นช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหาและปรับตัวได้ดีขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อน<sup>21</sup>

**4. การยับยั้งพฤติกรรมและควบคุมตนเอง (Behavioral Inhibition)** หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ระบุว่า “กลุ่มทดลองมีความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง” ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการพัฒนาทักษะการควบคุมอารมณ์และการยับยั้งพฤติกรรมในสถานการณ์ที่ท้าทายมีส่วนช่วยส่งเสริมความสามารถนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>28</sup> การฝึกทักษะในโปรแกรม เช่น การควบคุมอารมณ์ การตัดสินใจอย่างรอบคอบ การตั้งเป้าหมาย และการสร้างระเบียบวินัยในตนเอง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผลและลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baumeister & Heatherton<sup>29</sup> ที่เน้นว่าการควบคุมตนเอง (Self-regulation) เป็นปัจจัยสำคัญในการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการศึกษาของ Tangney, Baumeister & Boone<sup>30</sup> ที่ระบุว่าความสามารถในการควบคุมตนเองช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น และประสบความสำเร็จในชีวิตมากขึ้น<sup>26-27</sup>

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อย และเก็บข้อมูลจากพื้นที่เดียว ทำให้จำกัดการทั่วไปผลลัพธ์ ขาดกลุ่มควบคุมและการติดตามผลระยะยาว ทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมได้ อีกทั้งการใช้แบบประเมินตนเองทั้งหมดอาจเกิด Self-report bias และการคัดเลือกผู้เข้าร่วมแบบไม่สุ่มอาจมี Selection bias รวมถึงอิทธิพลจาก Hawthorne effect ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้เข้าร่วม

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

#### 1. เชนนโยบาย ดังนี้

1.1 เสนอให้หน่วยงานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นนำโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะเครียดในชุมชน โดยบูรณาการเข้ากับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิม พร้อมทั้งประเมินผลต่อเนื่องเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการขยายผลในวงกว้างต่อไป

1.2 สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และพัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนและสถานพยาบาลอื่น ๆ

#### 2. เชนการบริหาร ดังนี้

2.1 ให้โรงพยาบาลชุมชนจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขเพื่อเพิ่มทักษะการจัดการและการดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นและการยับยั้งพฤติกรรมในผู้ป่วย โดยเน้นการนำกิจกรรมในโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

2.2 การพัฒนาโครงการควรเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรและผู้ป่วยในทุกขั้นตอน พร้อมทั้งปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและตอบโจทย์ความต้องการอย่างแท้จริง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยจากพื้นที่อื่น หรือกลุ่มประชากรที่มีอายุและสถานการณ์ต่างกัน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมกับวิธีการฟื้นฟูอื่น ๆ เพื่อระบุแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

3. ควรศึกษาวิจัยผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการฟื้นฟู และศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคต

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลเกาะจันทร์ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษารวมทั้งผู้เข้าร่วมการทดลองทุกท่าน ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 October 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสที่ 2 ปี 2566. กรุงเทพฯ: สภาพัฒน์ฯ; 2566.
3. กรมสุขภาพจิต. สถิติผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตระดับประเทศ ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2565–2570. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2565.

5. Roy C. The Roy Adaptation Model. 3<sup>rd</sup> ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2009.
6. Güngörmüş Z, Okanlı A. Effect of nursing interventions based on Roy adaptation model on stress and adaptation in hemodialysis patients. *Int J Caring Sci* 2024;17:56–64.
7. Hosseini M, Soltanian M. Application of Roy’s adaptation model in clinical nursing: A systematic review. *J Iran Med Council* 2022;5:540-56. doi: 10.18502/jimc.v5i4.11327.
8. Choi J, Nuechterlein KH, O’Reilly R. Cognitive remediation therapy for stress management. *Int J Psychol* 2018;52:215–25.
9. Lam P, Chien WT. Effects of self-control strategies on stress management. *Stress Health* 2016;32:400–9.
10. Lee M, Rong M, Hsu K, Liu W, Kuo H. Behavioral regulation techniques for patients with stress. *Behav Sci* 2018;38:321–9.
11. Girotti M, Bulin SE, Carreno FR. Effects of chronic stress on cognitive function – from neurobiology to intervention. *Neurobiol Stress* 2024;33:100670. doi: 10.1016/j.yinstr.2024.100670
12. Rosa-Alcázar AI, Rosa-Alcázar Á, Martínez-Esparza IC, Storch EA, Olivares-Olivares PJ. Response inhibition, cognitive flexibility and working memory in OCD, GAD and social anxiety disorder. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:3642.
13. โรงพยาบาลเกาะจันทร์. รายงานระบบสุขภาพอำเภอเกาะจันทร์ ปีงบประมาณ 2567. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี; 2567.
14. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2566.
15. Wykes T, Reeder C. Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice. London: Routledge; 2005.
16. Rosenbaum M. A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. *Behav Ther* 1980;11:109–21.
17. กรมสุขภาพจิต. แบบวัดระดับความเครียด SPST-20. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต; 2562.
18. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการประเมิน Resilience Quotient (RQ). นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม; 2561.
19. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague: Bernard van Leer Foundation; 1995.
20. Martin MM. Cognitive flexibility and psychological health. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74:332–46.
21. Scott T, Barros C. Enhancing adaptive thinking through flexible cognition programs. *Cogn Behav Res* 2020;42:198–210.
22. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 7<sup>th</sup> ed. New York: Wiley; 1999.

23. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
24. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1985.
25. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: The four levels. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2006.
26. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Am Psychol* 2004;59:20–8.
27. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta; 1990.
28. Kabat-Zinn J, Hanh TN. The miracle of mindfulness: An introduction to the practice of meditation. Boston: Beacon Press; 2009.
29. Baumeister RF, Heatherton TF. Self-regulation failure: An overview. *Psychol Inq* 1996;7:1–15.
30. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers* 2004;72:271–324.