

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มีนาคม ประจำปี 2566

Volume 17, Issue 1, March 2023

วารสาร

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (print) : 1905-8586

ISSN (online) : 2697-651X



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา



# วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

## คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา)

|                      |                                  |  |
|----------------------|----------------------------------|--|
|                      | พญ.สุพัฒนา เศวตวิวงศ์ ณ อยุธยา   | นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา              |
|                      | พญ.ปัทมา ศิริเวช                 | นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ                        |
| <b>บรรณาธิการ</b>    | ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนช้าง             | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา                  |
| <b>บรรณาธิการรอง</b> | นางฐปณีย์ พุ่มผลเจริญ            | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา                  |
|                      | น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์       | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา                  |
| <b>กองบรรณาธิการ</b> | รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ        | มหาวิทยาลัยมหิดล                               |
|                      | ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร       | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                          |
|                      | ผศ.ดร.นพ.วรภัทร์ รัตอากา         | มหาวิทยาลัยมหิดล                               |
|                      | ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์  | มหาวิทยาลัยมหิดล                               |
|                      | ดร.นพ.นพพร ต้นดิษฐ์              | สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้            |
|                      | นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ                | โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์           |
|                      | รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเสนา        | มหาวิทยาลัยศิลปากร                             |
|                      | ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์           | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                          |
|                      | ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง             | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ             |
|                      | พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ ธีระศิลป์ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ             |
|                      | ผศ.ดร.ภก.ทวนธนา บุญสี            | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี                         |
|                      | ผศ.ดร.ภก.ถนอมพงษ์ เสถียรลัดดา    | มหาวิทยาลัยสยาม                                |
|                      | ดร.สุนทรี ศรีโกไสย               | สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์                 |
|                      | ดร.นพรัตน์ ไชยขำนิ               | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์                          |
|                      | อ.ดร.กมล เกียรติเรืองกมลลา       | สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง |
|                      | ดร.ภัทรวรรณ สุขยิทธิ             | โรงพยาบาลศรีธัญญา                              |

## กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา)

|                  |                    |                        |                        |
|------------------|--------------------|------------------------|------------------------|
|                  | นพ.พงศกร เล็งดี    | นพ.ปทานนท์ ขวัญสนิท    | พญ.ฐิติมา สงวนวิชัยกุล |
|                  | นพ.สุทธา สุบัญญัติ | นางอุจน์จิตร คุณารักษ์ | น.ส.ชุมพร บ้านกล้วย    |
|                  | น.ส.นิรมล ปะนะสุนา | น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง   | นางฉัตรสุดา จุงสกุล    |
| <b>ผู้จัดการ</b> | นายกฤตณัย แก้วยศ   | น.ส.เกตุรมาศ อยู่ถื่น  |                        |

**การติดต่อ** โทรศัพท์ 0-2442-2500 ต่อ 59286 E - mail: somdetjournal@gmail.com

**หมายเหตุ :** กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)

บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน / 1 บทความ (double blinded)

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



Department of Mental Health  
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

## Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

### Advisory board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

Supathana Dejatiwongse Na Ayutaya Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya  
Pattama Sirivech Pholphat Losatiankij

**Editor** Orabhorn Suanchang Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Associate editor** Thapanee Foomooljareon Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Wattanaporn Pibullarak Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

### Editorial board

Chatchawan Silapakit Mahidol University

Vitoon Lohsoonthorn Chulalongkorn University

Woraphat Ratta-Apha Mahidol University

Vorasith Siripornpanich Mahidol University

Nopphorn Tanthirungsri Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health

Warawat Chaichan Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Manat Pongchaidecha Silpakorn University

Thanapoom Rattananupong Chulalongkorn University

Chadapa Prasertsong Huachiew Chalermprakiet University

Ubonpan Theerasilp Huachiew Chalermprakiet University

Tuanthon Boonlue Ubon Ratchathani University

Thanompong Sathienluckana Siam University

Soontaree Srikosai Rajanagarindra Institute of Child Development

Nopparat Chaichumni Walailak University

Kamol Keatruangkamala King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

Pattarawat Sukyirun Srithanya Hospital

### Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

Pongsakorn Lengdee Patanon Kwansanit Thitima Sanguanvichaikul

Suttha Supanya Unjit Khunarak Chumphorn Bankluaui

Niramon Panasuna Sawitree Saengsawang Chatsuda Chungsakul

**Manager** Krittanai Kaewyot Keyunmart Yootin

### Contact Information:

Subscription request, address changes or other communications please kindly send to manager of the journal at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Tel. 02-4422500 Ext. 59286

E - mail: [somdetjournal@gmail.com](mailto:somdetjournal@gmail.com)

## สารบัญวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปี 2566 ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 (มีนาคม)

|  | หน้า |
|--|------|
| สารบัญ   | ก    |
| คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์  | จ    |
| บรรณาธิการแถลง   | ฉ    |
| เปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษา<br>ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู  | 1    |
| กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ, อุบล สุทธิเนียม   |      |
| ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<br>ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา : แรงจูงใจและความตั้งใจ   | 20   |
| พีรดา เพิ่มความสุข, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, สุดาพร สถิตยอุทธการ   |      |
| การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวล และระดับอาการซึมเศร้า<br>ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา   | 40   |
| วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนานิเทศ   |      |
| ฉัตรคนย์ อุประวรรณา, อำพล บุญเพ็ชร,  |      |
| ศิโรรัตน์ ทองรอด, ปราณีย์ ลีมกุล   |      |
| ผลของหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดี ฮีด ผู้ต่อพลังใจของผู้ได้รับผลกระทบ<br>ในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  | 54   |
| เทอดศักดิ์ เดชคง, ธิดารัตน์ ทิพโชติ,   |      |
| พาสณา คุณาธิวัฒน์, ศรัณยพิชญ์ อักษร  |      |
| ผลของการจัดกิจกรรมโยคะต่อสุขภาพทางจิตและคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นตอนต้น   | 68   |
| เมธาวิ แสงสมส่วน, ชินัมพร หอสิริ, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์,  |      |
| ธีรศักดิ์ สาดตรา, สุพัทธ แสนแจ่มใส   |      |
| การศึกษาผลของการบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR<br>(Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า<br>และมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ | 81   |
| สายสุดา สุพรรณทอง, โนมิศ มหรรณสุวรรณ,  |      |
| นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, พยงค์ศรี ชันธิกุล  |      |

**Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry**  
**Years 2023, Volume 17, Issue 1 (March)**

|  | Page |
|--|------|
| <b>Contents</b>  | v    |
| <b>Instruction to authors</b>  | v    |
| <b>Preface</b>   | vi   |
| <b>Compare the effect of cognitive therapy with psychoeducation on the depressive symptoms among teacher students</b>  | 2    |
| Kanchana Suttineam, Chonlaporn Kongkham, Ubol Suttineam  |      |
| <b>The experience of suicide attempt in patient with major depressive disorder in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry: motivation and volition</b>  | 21   |
| Peerada Permkwamsuk, Wattanaporn Piboonarluk, Sudaporn Stithyudhakarn  |      |
| <b>The study of factors influencing anxiety and the level of depression in the situation of COVID-19 of the students of Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology</b>   | 41   |
| Saisuda Suphanthong, Khosit Mahankasuvan,<br>Nawanant Piyavhatkul, Payongsri Khanthikul  |      |
| <b>The effects of resilience enhancement program on resilience of individuals with impacted during the coronavirus 2019 pandemic</b>   | 55   |
| Terdsak Detkong, Thidarat Tipchot,<br>Passana Gunadhivadhana, Sarunyapich Aksorn   |      |
| <b>The effect of yoga intervention on psychological well-being and quality of life in early adolescence</b>  | 69   |
| Matavee Saengsomsuan, Tikumporn Hosiri, Sucheera Phattharayuttawat,<br>Teerasakdi Satra, Supat Sanjamsai   |      |
| <b>Effectiveness stabilization technique and EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) in patients with depressive symptoms and psychiatric non-suicidal self-injury, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital</b> | 82   |
| Saisuda Suphanthong, Khosit Mahankasuvan, Nawanant Piyavhatkul, Payongsri Khanthikul   |      |

## คำแนะนำผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงค์ที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร ต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้ได้มาตรฐานตามคำแนะนำดังนี้

### ประเภทของบทความแบ่งเป็น 6 ชนิด

#### 1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจจะเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ และสังกัด (Author & byline) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)

- ประเด็นหลักและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

1.4 สรุป (Conclusion)

1.5 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

1.6 เอกสารอ้างอิง (References)

#### 2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย โดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ มาก่อน บทความที่เป็นรายงานการวิจัยประกอบด้วย 11 ส่วน คือ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้น ๆ แต่ได้ใจความ สามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทาง และผลการวิจัยได้

2.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียนชื่อ นามสกุล ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและ

ภาษาอังกฤษ ให้เรียงลำดับตามหัวข้อดังนี้  
วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ  
(Materials and methods) ผล (Results) สรุป  
(Conclusion) จำนวนไม่ควรเกิน 300 คำ ตาม  
ด้วยคำสำคัญให้อยู่ในหน้าเดียวกัน

2.4 คำสำคัญ (Key words) เขียนเป็นคำ  
หรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 3 - 5 คำ

2.5 บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูล  
ข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการ  
รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and  
methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง  
เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์  
ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

2.7 ผล (Results) รายงานและอธิบายผล  
ที่สำคัญที่เป็นจริง อาจมีตารางและ  
ภาพประกอบไม่เกิน 4 ตารางหรือภาพ และไม่  
ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย

2.8 อภิปราย (Discussion) นำประเด็นที่  
สำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบาย  
เรียงตามลำดับที่นำเสนอในผลว่าเหมือนหรือ  
ต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร โดยมี  
หลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมา  
ประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางวิชาการ

2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปเรียงลำดับ  
ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ  
โดยเขียนให้สั้นเรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมี  
น้ำใจแต่ไม่เกินจริงและกล่าวถึงแหล่ง  
สนับสนุนด้วย

2.11 เอกสารอ้างอิง (References) การ  
อ้างอิงใช้ระบบ Vancouver 2003 โดยผู้ที่เขียน  
ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของ  
เอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้  
เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้  
หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก  
(ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไป  
ตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข  
เดิม การอ้างอิงทำบทความ จะมีตัวอย่างการ  
เขียนต่อจากการส่งต้นฉบับ รวม 14 ตัวอย่าง

#### การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

1. ตารางให้เรียงต่อกับคำอธิบาย  
2. รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาด  
โปสการ์ด (3 X 5 นิ้ว) ผิวหนาเรียบ โดยด้านหลัง  
เขียนลูกศรด้วยดินสอดดำเป็นแนวตั้ง ตามที่  
ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียน  
หมายเลขกำกับไว้ว่า ภาพที่ 1 ภาพที่ 2 ฯลฯ

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ  
และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วยคำอธิบาย  
รูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก  
แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review  
article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ

3.5 บทนำ (Introduction)

3.6 บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วน ๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก

3.7 สรุป (Conclusion)

3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

**4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)**

หรือรายงานสังเขป (Short communication)

เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยัง

ไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญ เช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับหรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

## **5. รายงานผู้ป่วย (Case report)**

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยรายชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย (Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วยถ้าแสดงรูปภาพ ต้องเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบรายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

5.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและอังกฤษ

5.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.5 บทนำ (Introduction)

5.6 รายงานผู้ป่วย (Report of case [s]) ซึ่งบอกลักษณะอาการของผู้ป่วยผลการตรวจ (Finding) การรักษาและผลจากการรักษาบำบัด

5.7 วิจารณ์ (Discussion)

5.8 สรุป (Conclusion)

5.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

5.10 เอกสารอ้างอิง (References)

**6. ปกิณกะ (Miscellany)**

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

6.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)
- ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย

- ประเด็นสำคัญ

- ประเด็นย่อย

- สรุป (Conclusion)

6.4 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

6.5 เอกสารอ้างอิง (References)

**การเตรียมต้นฉบับ**

1. ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทย ควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลใน

ช

พจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Word ขนาดตัวอักษรภาษาไทย อังสนา UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 ให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) และต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควรเกิน 8 - 15 หน้ากระดาษ A4

**การส่งต้นฉบับ**

ส่งต้นฉบับได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หรือส่งทาง e - mail: [somdetjournal@gmail.com](mailto:somdetjournal@gmail.com)

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในคนด้วย

**เอกสารอ้างอิง**

ในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 14

ตัวอย่าง ดังนี้

### 1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

ตัวอย่างที่ 1 (กรณีผู้พิมพ์ไม่เกิน 6 คน)

Silpakit O, Amornpichetkoom M, Kaojaren S. Comparative study of bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patients. Ann Pharmacother 1997; 31: 548-52.

ตัวอย่างที่ 2 (กรณีผู้พิมพ์เกิน 6 คน)

Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 292: 828-36.

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกันกับ 1.1 ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อหน่วยงาน, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 3 Cancer in South Africa

[editorial]. S Afr Med J 1994; 84: 15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

ตัวอย่างที่ 4 Strauss SE. History of

chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis 1991; 11

suppl: S2-7.

### 2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อสกุลผู้พิมพ์ อักษรย่อชื่อผู้พิมพ์, ชื่อหนังสือ, พิมพ์ครั้งที่ (กรณีพิมพ์มากกว่า 1 ครั้ง), ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่างที่ 5 Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5<sup>th</sup> ed. New York: Harper and Row; 2529.

ตัวอย่างที่ 6 สงัน สุวรรณเลิศ. ฝึบอปปี้เข้าในทรรศนะทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: บพิศการพิมพ์; 1974.

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการ หรือผู้รวบรวม

ตัวอย่างที่ 7 ธนู ชาดิชานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่:โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536.

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงาน และเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 8 กรมสุขภาพจิต. คู่มือ ICD-10. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2538.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่างที่ 9 Strang J, Gradley B,

Stockwell T. Assessment of drug and alcohol use. In: Thompson C, editor. The instrument of psychiatric research. London: John Wiley & son; 1989: 211-32.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (conference proceeding)

ตัวอย่างที่ 10 ทรงเกียรติ ปิยะกะ. บรรณาธิการ. ยิ้มสู้ภัย...ยาเสพติด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิต กับยาเสพติด; 21 – 23 สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2545.

### 3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง : ชื่อมหาวิทยาลัย ; ปี.

ตัวอย่างที่ 11 Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

ตัวอย่างที่ 12 พนิษฐา พานิชชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิตีสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน).

ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์: ปี.

ตัวอย่างที่ 13 อรวรรณ ศิลปกิจ. รายงานการวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2541.

### 5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. [online]. Available from: เว็บไซต์ [วันที่เข้าถึง].

ตัวอย่างที่ 14 Wallker J. The Columbia guide to online style Dec 1996. [online]. Available from: [www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml](http://www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml) [1999 Feb 11].

### จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร

1. เนื้อหาทั้งหมดของบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร เจ้าของผลงานมีการคิด ค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สรุป เรียบเรียงและอ้างอิงข้อมูลโดยผู้เขียนเอง กองบรรณาธิการไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ

2. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

3. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐานให้กับวารสารด้วย

## บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันเป็นปีที่ 17 ฉบับที่ 1 โดยในฉบับนี้จะเพิ่มผลงานวิชาการจาก 5 เรื่อง เป็น 6 เรื่อง เป็นฉบับแรก โดยผลงานวิชาการในเล่มนี้ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 6 เรื่อง ดังนี้ เรื่องที่หนึ่งเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู เรื่องที่สองประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา : แรงจูงใจและความตั้งใจ เรื่องที่สามการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวล และระดับอาการซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เรื่องที่สี่ผลของหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดี ฮีต สู้ ต่อพลังใจของผู้ได้รับผลกระทบในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เรื่องที่ห้าผลของการจัดกิจกรรมโยคะต่อสุขภาพทางจิตและคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นตอนต้น และเรื่องสุดท้ายการศึกษาผลของการบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และขอเชิญชวนบุคลากรสถาบันฯ นักวิชาการ และนิสิตนักศึกษา รวมทั้งผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยปัจจุบันวารสารได้มีการตีพิมพ์รูปแบบ e-journal เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดบทความหรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะให้ความรู้และเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน ในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนซัง

บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

# เปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษา ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู

กาญจนา สุทธิเนียม, Ph.D.\*, ชลพร กองคำ, Ph.D.\*, อุบล สุทธิเนียม, พย.บ.\*\*

\*คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

\*\*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู โดย 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่ได้รับการบำบัดทางความคิดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล และ 3) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่ได้รับการบำบัดทางความคิดกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

**วัสดุและวิธีการ :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือนักศึกษาครูที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 คน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด จำนวน 8 คน และที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มีความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.78 และ 2) การบำบัดทางความคิด จำนวน 6 ครั้ง และติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 3) สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 6 ครั้ง และติดตามผล 2 สัปดาห์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ

**ผล :** หลังสิ้นสุดการทดลองพบว่า 1) ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด หลังการทดลองและหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 3) ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาไม่แตกต่างกัน ( $F = 3.229$ ) เมื่อพิจารณาในช่วงเวลาของการวัดพบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และหลังการทดลองกับหลังการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป :** การบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

**คำสำคัญ :** การบำบัดทางความคิด นักศึกษาครู ภาวะซึมเศร้า สุขภาพจิตศึกษา

# COMPARE THE EFFECT OF COGNITIVE THERAPY WITH PSYCHOEDUCATION ON THE DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG TEACHER STUDENTS

Kanchana Suttineam, Ph.D.\*, Chonlaporn Kongkham, Ph.D.\*, Ubol Suttineam, M.N.S.\*\*

*\*Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

*\*\*Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*

## Abstract

**Objectives:** Compare the effect of cognitive therapy with psychoeducation on the depressive symptoms among teacher students 1) Comparison of the depression of the experimental group of teacher students receiving mental health education before the experiment 2) to compare the depression of the experimental group teacher students receiving cognitive therapy before the experiment, after the experiment, and after the follow-up and 3) to compare the depression of experimental group teacher students receiving cognitive therapy with the depression of experimental group teacher students receiving mental health education before the experiment post-experiment and follow-up.

**Material and Methods:** This research was quasi experimental study. The sample used was 16 students with depression, then randomized into 2 groups: 8 students receiving cognitive therapy and then 8 students received psychoeducation. The research tools consisted of 1) Adolescent Depression Screening Scale (CES-D) with an overall reliability was reported by Cronbach's Alpha as of 0.78 and 2) Cognitive behavior therapy were 6 session and follow up 2 weeks and psychoeducation were 6 session and follow up 2 weeks. The model was the IOC ranged from 0.66 - 1.00. Comparative descriptive statistical analysis.

**Results:** The results of study were: 1) Depression among teacher students who received psychoeducation after the experiment and after the follow-up was significantly lower than before the experiment at the 0.001 level. 2) Depression among teacher students who received cognitive behavior therapy after the experiment and after the follow-up was significantly lower than before the experiment at the 0.001 level and 3) There was no difference in depression among teacher students in the cognitive therapy group and in the mental health education group ( $F = 3.229$ ). The pre-experimental and post-experimental cognitive therapy and psychoeducation groups were significantly different at the 0.001 level and the post-experimental and post-follow-up cognitive therapy and psychoeducation was not statistically significant difference.

**Conclusion:** These findings suggested that cognitive behavior therapy and psychoeducation showed promise in decreasing depression in teacher students.

**Key words:** cognitive behavior therapy, teacher students, depression, psychoeducation

---

Corresponding author: Kanchana Suttineam, e-mail: kanchana.sut@bsru.ac.th

Received: December 13, 2022; Revised: February 1, 2023; Accepted: February 5, 2023

## บทนำ

การศึกษาเป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ครูในฐานะเป็นผู้นำทางการศึกษามีหน้าที่ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าตามที่สังคมต้องการและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีปัจจุบันทำให้สังคมไทยเปลี่ยนแปลงมีการแข่งขันและพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้มีความรู้เท่าเทียมหรือเหนือกว่าคนอื่น ดังนั้นผู้ที่เข้าศึกษาในวิชาชีพครูจึงถูกคาดหวังจากสังคม

นักศึกษาคูหลักสูตรครุศาสตร์บัณฑิตถือว่าอยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนปลายที่ก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 17 - 22 ปี สิ่งที่นักศึกษาต้องเผชิญนอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยแล้วนั้นยังพบว่า การเข้าศึกษาในวิชาชีพครู จะต้องปรับตัวต่อรูปแบบการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ซึ่งมีรูปแบบในการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างจากการเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบกับการใช้ชีวิตของการเรียนในวิชาชีพที่เคร่งเครียด ส่งผลให้นักศึกษาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจหลายด้าน ก่อให้เกิดความกดดัน ประกอบกับวิชาชีพครูในปัจจุบันนั้นจะถูกสังคมคาดหวังให้เป็นต้นแบบแก่เยาวชน ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม บางรายสามารถผ่านพ้นไปได้แต่บางรายมีการตอบสนองต่อความเครียดที่ขาดประสิทธิภาพทั้งในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม<sup>1</sup> ส่งผล

ให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเองได้ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในนักศึกษามหาวิทยาลัย<sup>2</sup> และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษา ได้แก่ ปัญหาด้านการนอนหลับ การสูญเสียความสนใจและความสุขในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน หรือกิจกรรมที่ตนเองเคยให้ความสนใจ เกิดความรู้สึกเศร้า รู้สึกผิด และไม่เห็นคุณค่าในตนเอง<sup>3</sup> การขาดสมาธิ ส่งผลด้านความรับผิดชอบต่อนหน้าที่การทำงานในด้านต่าง ๆ และความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง<sup>2</sup> รวมถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดและการมีความคิดฆ่าตัวตาย<sup>4</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา สุทธิเนียม และคณะ (2563)<sup>5</sup> พบว่า นักศึกษาในระดับอุดมศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.6 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ร้อยละ 37.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.2 และระดับรุนแรง ร้อยละ 3.5 และการครุ่นคิดเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายและสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 37.40 และความคิดฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 18.10 และการศึกษาของ Asante & Arthur (2015)<sup>6</sup> ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตระดับปริญญาตรีในประเทศกานาร์ พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรี มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ได้แก่ ระดับชั้นปีที่ 1

ร้อยละ 41.30 ระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 30 ระดับชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 38.50 และระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 30.20 นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรี มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ได้แก่ ระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 12 ระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 10 ระดับชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 10.80 และ ระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 3.80 ซึ่ง จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษาโดยเฉพาะใน นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้สูงกว่าชั้นปีอื่น ๆ และจากรายงาน การศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุข ระดับโลกอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด เพราะปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามากขึ้นใน ทุกกลุ่มอายุ และทุกเพศ และจากการสำรวจ ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 11 - 19 ปี พบมีความทุกข์ร้อยละ 17.5 โดยพบว่า วัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี มีสัดส่วน ของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นตอนต้น คือ ร้อยละ 17.8 และร้อยละ 16.2 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุที่ สำคัญในการฆ่าตัวตายโดยพบว่าวัยรุ่นตอนปลายมี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 5.9<sup>7</sup>

สถานศึกษาเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุด ในการจัดระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีระบบที่เอื้อต่อการ เรียนรู้และเป็นสังคมที่วัยรุ่นใช้ชีวิตอยู่ในแต่ละวัน การศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (systematic review and meta-analysis)<sup>8</sup> พบว่า โปรแกรมการดูแลป้องกัน โรคซึมเศร้าในสถานศึกษาได้ผลในการป้องกัน

โรคซึมเศร้า แม้จะมี effect size จำนวนไม่สูง แต่ พบว่า สามารถลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ รูปแบบของ โปรแกรมเพื่อป้องกันซึมเศร้าที่มี ประสิทธิภาพ ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) จิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) สุขภาพจิตศึกษา<sup>8-11</sup> ผู้วิจัยในบทบาท ของอาจารย์ในสาขาจิตวิทยาการปรึกษาสนใจที่จะ ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัด ทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาในบริบทของ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ทั้งนี้เป็น เพราะว่าการบำบัดทางความคิดแบบกลุ่มนั้น ช่วยให้ผู้วิจัยได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด จากความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ยอมรับในตนเอง นับถือและเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่ม ประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา เพิ่มขีดความสามารถ ในการนำตนเองและพึ่งพาตนเอง ความ รับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น เรียนรู้การดำเนิน ชีวิตตามความคาดหวังของตนเองและสามารถ ปรับเปลี่ยนไปตามแนวทางที่เหมาะสม โดยมี วัตถุประสงค์หลักในการเปิด โอกาสให้กลุ่มมี ส่วนร่วมในการจัดการกับประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับการตัดสินใจในเรื่องอาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่าง ชายหญิง ปัญหาเอกลักษณ์ของตนเอง การวางแผน การเรียน ความรู้สึก โดดเดี่ยวในมหาวิทยาลัย และ ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคล<sup>12,13</sup> และการให้ สุขภาพจิตศึกษาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถ ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่วัยแรก และเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกันการกลับเป็น

ซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้<sup>13</sup> การให้สุขภาพจิตศึกษาจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีความพิเศษและน่าสนใจ โดยเป็นขอบข่ายการดูแลที่ได้ผลทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใหม่มีความเป็นไปได้ที่จะไม่พบภาวะซึมเศร้าหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง<sup>14</sup> และการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการดูแลในระยะสั้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทำหน้าที่ได้ดีเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา<sup>15</sup> (problem-solving skill) การมีความรู้และการตระหนักในอารมณ์ซึมเศร้าของตนเองจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ โดยศึกษากับนักศึกษาครูชั้นปีที่ 1 และผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นทางเลือกของนักศึกษาครูที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

### วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental study) 2 กลุ่มวัด 3 ครั้ง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นนักศึกษาครูของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 304 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบหลายขั้นตอนเป็นกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่ 2 เป็นนักศึกษาครูของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ในนักศึกษาที่มีคะแนนภาวะ

ซึมเศร้าจากแบบประเมิน CES-D มากกว่า 22 คะแนน จำนวน 113 คน และดำเนินการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัดทางความคิด โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง (วันจันทร์และวันพุธ) และกิจกรรมติดตามผล 1 กิจกรรม (2 สัปดาห์หลังจากกิจกรรมที่ 6) และกลุ่มที่ 2 ได้รับความสุขศึกษาโดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง (วันอังคารและวันพฤหัสบดี) และกิจกรรมติดตามผล 1 กิจกรรม (2 สัปดาห์หลังจากกิจกรรมที่ 6)

### เครื่องมือที่ใช้

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) ของ Radloff<sup>16</sup> ถูกพัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์กลางการศึกษาระบาดวิทยา (Center for Epidemiologic Studies) ที่สถาบันสุขภาพจิตนานาชาติ (National Institute of Mental Health) ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย อูมาพร ตรังคสมบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 - 18 ปี มีการกำหนดเกณฑ์คะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด และมีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในของแบบวัดทั้งหมดได้เท่ากับ 0.8615 และในการศึกษาครั้งนี้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

2. รูปแบบสุขภาพจิตศึกษา ผู้วิจัยประยุกต์

ใช้แนวความคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson<sup>17</sup> เนื่องจากครอบคลุมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (joining) เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นด้วยหลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ (education) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อาการและวิธีการจัดการกับอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 การสร้างความสุขด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์สำคัญให้กลุ่มตัวอย่างได้สำรวจตนเองเพื่อให้เข้าใจและรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะลงมือในการปรับเปลี่ยนและสร้างความสุขให้กับตนเอง กิจกรรมที่ 4 และ 5 การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) และการจัดการความเครียด (coping skill) มีวัตถุประสงค์สำคัญให้กลุ่มตัวอย่างรู้ถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหา โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากอาการที่เกิดขึ้นเมื่อมีภาวะซึมเศร้า และมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มิสามารถจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม หากบุคคลที่ประสบกับความเครียดเป็นเวลานานจนไม่สามารถจัดการให้หมดไปจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และกิจกรรมที่ 6 สัญญาใจ กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่าง

ได้สำรวจถึงแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมที่ตนเองมี หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม เนื่องจากบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะประสบกับปัญหาคล้ายๆกันคือไม่รู้ว่าจะหาใครปรึกษา หรือไม่มีบุคคลแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม มีความรู้สึกเดียวดาย คิดว่าตนเองอยู่คนเดียวในโลก โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง (วันจันทร์และวันพฤหัสบดี) และกิจกรรมติดตามผล 1 กิจกรรม (2 สัปดาห์หลังจากกิจกรรมที่ 6) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00

3. การบำบัดทางความคิด ผู้วิจัยใช้แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (2011)<sup>18</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเทคนิคการสอน (didactic technique) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavioral therapy technique) มาใช้ในกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการค้นหา ความคิดอัตโนมัติทางลบ (identified automatic thought) ที่ทำให้นักศึกษาคู เกิดการแปลความสิ่งเข้า โดยเฉพาะสถานการณ์ถูกกระทำว่ามีความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 เริ่มต้นและตั้งเป้าหมายการบำบัดความคิดและแผนกิจกรรมที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการผ่อนคลาย กิจกรรมครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความคิด

(evaluate the validity of thought) ของวัยรุ่นในการแปลความสิ่งเร้าว่าถูกต้องตรงความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด (validity) มีประโยชน์ใดที่จะคิดอย่างนี้ (utility) กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ และขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ (new perspectives) ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 5 การแก้ไขปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 6 แผนอนาคต เพื่อช่วยลดระดับอาการซึมเศร้าในนักศึกษาครู โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง (วันอังคารและวันพฤหัสบดี) และกิจกรรมติดตามผล 1 กิจกรรม (2 สัปดาห์หลังจากกิจกรรมที่ 6) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00

### วิธีดำเนินการวิจัย

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังประธานสาขาและอาจารย์ที่รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเสนอโครงการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา (BSRU-REC 6408002) วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งนักศึกษาสามารถปฏิเสธและออกจากกรวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated ANOVA Measurement) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated ANOVA Measurement) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผล

ก่อนการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล เพื่อทดสอบสมมติฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยค่าการทดสอบ Skewness และค่าการทดสอบ Kurtosis น้อยกว่า 2 ซึ่งหมายความว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูของกลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติพารามิเตอร์ (Parametric Statistics)

ในการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA Repeated Measurement) ส่วนการทดสอบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way ANOVA Repeated Measurement)

#### การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผล พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง

คือ ก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษา หลังให้สุขภาพจิตศึกษา และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 32.64$ ) แสดงว่า สุขภาพจิตศึกษามีผลทำให้ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

และเพื่อให้เห็นชัดเจนผู้วิจัยนำเสนอการแสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา โดยการทดสอบย่อยเป็นรายคู่โดย post-hoc test วิธี Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = 14.88) ภายหลังจากการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = 13.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังจากการติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลอง (Mean Difference = 1.00) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ( $n = 8$ )

| แหล่งความแปรปรวน                | SS       | df | MS     | F      |
|---------------------------------|----------|----|--------|--------|
| ภาวะซึมเศร้า                    |          |    |        |        |
| การวัดก่อน หลัง และหลังติดตามผล | 1,106.31 | 2  | 553.04 | 32.64* |
| ความคลาดเคลื่อน                 | 237.25   | 14 | 16.95  |        |

\* $p$ -value < 0.05

**ตารางที่ 2** ผลการทดสอบย่อยโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของนักศึกษาครูก่อนที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายคู่โดย post-hoc test วิธี Bonferroni

| ช่วงเวลาการวัด  | Mean Difference | SE   | p-value |
|---|-----------------|------|---------|
| หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง<br>(mean = 21.63, SD = .46) - (mean = 36.50, SD = 2.07)     | -14.88          | 1.88 | 0.000*  |
| หลังการติดตามผล - ก่อนการทดลอง<br>(mean = 22.63, SD = 1.25) - (mean = 36.50, SD = 2.07) | 13.88           | 2.66 | 0.001*  |
| หลังการติดตามผล - หลังการทดลอง<br>(mean = 22.63, SD = 1.25) - (mean = 21.63, SD = 0.46) | -1.00           | 1.46 | 0.515   |

\*p-value < 0.05

**การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล**

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของ

นักศึกษาครูก่อนการทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนการให้การบำบัดทางความคิด หลังให้การบำบัดทางความคิด และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 40.884$ ) แสดงว่า การบำบัดทางความคิดมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n = 8)

| แหล่งความแปรปรวน                | SS       | df | MS     | F      |
|---------------------------------|----------|----|--------|--------|
| ภาวะซึมเศร้า                    |          |    |        |        |
| การวัดก่อน หลัง และหลังติดตามผล | 1,914.25 | 2  | 957.13 | 40.88* |
| ความคลาดเคลื่อน                 | 327.75   | 14 | 23.41  |        |

\*p-value < 0.05

และเพื่อให้เห็นชัดเจนผู้วิจัยนำเสนอการ แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการ ติดตามผลของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัด ทางความคิด โดยการทดสอบย่อยเป็นรายคู่โดย post-hoc test วิธี Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะ ซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง ความคิด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = -16.38) ภายหลังการติดตาม ผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = -20.75) และภายหลังการติดตามผลต่ำกว่าหลังการ ทดลอง (Mean Difference = -4.38) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

**การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับ สุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล**

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดกับ ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับ สุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มที่ ได้รับการบำบัดทางความคิดไม่แตกต่างกัน ( $F = 3.23$ ) แสดงว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม ทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลไม่ แตกต่างกัน ส่วนปฏิสัมพันธ์ร่วม (Interaction Effect) ระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษาและการ

บำบัดทางความคิดกับภาวะซึมเศร้าก่อนการ ทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $F = 72.25$ ) แสดงว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ ได้รับการบำบัดทางความคิดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของ นักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่ม ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ดังตารางที่ 5

และเพื่อให้เห็นชัดเจนผู้วิจัยนำเสนอการ แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการ ติดตามผลของนักศึกษาครู การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับ สุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง ความคิดเป็นรายคู่ เพื่อดูว่าคูใดแตกต่างกันพบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการ ทดลองของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิต ศึกษา ( $n = 8$ ) และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง ความคิด ( $n = 8$ ) มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ( $t = 14.11$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ครูหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิต ศึกษาและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ไม่ แตกต่างกัน ( $t = 44.25$ ) และค่าเฉลี่ยของภาวะ ซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง ความคิดต่ำกว่าและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา หลังการติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 ( $t = 15.60$ ) ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 4** ผลการทดสอบย่อยโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ของนักศึกษาครุกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดเป็นรายคู่ โดย post-hoc test วิธี Bonferroni

| ช่วงเวลาการวัด  | Mean Difference | SE   | p-value |
|---|-----------------|------|---------|
| หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง<br>(mean = 20.38, SD = 1.30) – (mean = 36.75, SD = 8.62)    | -16.38          | 2.93 | 0.001*  |
| หลังการติดตามผล - ก่อนการทดลอง<br>(mean = 16.00, SD = 2.07) - (mean = 36.75, SD = 8.62) | -20.75          | 2.91 | 0.000*  |
| หลังการติดตามผล - หลังการทดลอง<br>(mean = 16.00, SD = 2.07) - (mean = 20.38, SD = 1.30) | -4.38           | 0.73 | 0.001*  |

\*p-value < 0.05

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครุระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

| แหล่งความแปรปรวน  | SS       | df | MS       | F      |
|---|----------|----|----------|--------|
| ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มบำบัดทางความคิด | 77.52    | 1  | 77.52    | 3.23   |
| ความคลาดเคลื่อน   | 336.13   | 14 | 24.01    |        |
| ภายในกลุ่ม:ช่วงการวัด (pre, post, follow up)                    | 2,915.79 | 2  | 1,457.90 | 72.25* |
| ภาวะซึมเศร้า x ระยะการวัด                                       | 104.54   | 2  | 52.27    | 2.59   |
| ความคลาดเคลื่อน   | 565.00   | 28 | 20.18    |        |

\*p-value < 0.05

## อภิปราย

การวิจัยเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

## สมมติฐาน 1 ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา

ครูหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา และหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

|              | ช่วงเวลาการวัด  | ค่าเฉลี่ย          |                        |       |      | t      |
|--------------|-----------------|--------------------|------------------------|-------|------|--------|
|              |                 | สุขภาพจิต<br>ศึกษา | การบำบัดทาง<br>ความคิด | B     | SE   |        |
| ภาวะซึมเศร้า | ก่อนการทดลอง    | 36.50              | 36.75                  | 36.75 | 2.60 | 14.11  |
|              | หลังการทดลอง    | 21.63              | 20.38                  | 20.38 | 0.46 | 44.25  |
|              | หลังการติดตามผล | 22.63              | 16.00                  | 16.00 | 1.03 | 15.69* |

\* $p$ -value < 0.05

ครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้บางส่วน กล่าวคือ 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู ประเมินผลก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาวัดผลทันที และระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับสุขภาพจิตศึกษา 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ทันที ไม่มีความแตกต่างกันกับระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับสุขภาพจิตศึกษา 2 สัปดาห์ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยให้นักศึกษาครูซึ่งอยู่ในวัยรุ่นตอนปลายนั้น ได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้นักศึกษาครูสามารถเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษาจากประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม และจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อ

นักศึกษาครูเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาจนครบ 6 ครั้ง และการติดตามผล 1 ครั้ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ประเมินอาการซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่เข้าร่วมสุขภาพจิตศึกษาด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) พบว่า อาการซึมเศร้าของนักศึกษาครูลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้<sup>12,13,19,20</sup>

และหากเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองกับหลังการติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าบุคคลเมื่อเจอเหตุการณ์วิกฤตหรือปัญหาที่ต้องอาศัยการปรับตัวซึ่งกลไกการปรับตัวต่อสภาวะวิกฤตทางอารมณ์นี้หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะนำไปสู่การเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของเกสร มุ้ยเงิน (2560)<sup>12</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิต

ศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนได้รับโปรแกรมวัดผลทันทีภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 เท่ากับ 25.90, 20.80 และ 19.70 ตามลำดับ 2) วิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อวัดซ้ำ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันกับภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ทั้งช่วงเวลาทันทีและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาทันทีไม่มีความแตกต่างกันกับระยะติดตามผลภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเดือนที่ 6

**สมมติฐานที่ 2** ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิด ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการบำบัดทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูครั้งนี้ สันนิษฐานสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ 1) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานหลังการทดลองและหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การบำบัดทางความคิดแบบกลุ่มที่ใช้ในการศึกษามีจุดเด่น คือ เป็นรูปแบบเหมาะสมกับพัฒนาการของนักศึกษาในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ที่ให้ความสำคัญกับเพื่อนเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิต รูปแบบของกิจกรรมสามารถเข้าร่วม

ได้สะดวก โดยไม่เสียการเรียน ลักษณะของกิจกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการและลักษณะการใช้ชีวิตของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย โดยอยู่ในกรอบแนวคิดของการบำบัดทางความคิด เป็นเรื่องแปลกใหม่และท้าทาย ส่งผลทำให้เกิดความสนุก ตื่นเต้น และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับความเครียด เกิดความรู้สึกในทางบวก รู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน ได้รับการยอมรับและกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มและที่สำคัญรับรู้ว่าคุณเองไม่ได้ซึมเศร้าอยู่คนเดียว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่ม (therapeutic factors) โดยกิจกรรมถูกออกแบบตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck<sup>18</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเทคนิคการสอน (didactic technique) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavioral therapy technique) มาใช้ในกระบวนการประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ (identified automatic thought) โดยเริ่มต้นจากการให้นักศึกษาครูได้ตั้งเป้าหมายการบำบัดความคิดในการลดภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์เชิงลบ โดยการแยกแยะอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ว่าอารมณ์ที่เป็นอยู่นั้นเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยใดบ้าง การกำหนดเป้าหมายช่วยให้นักศึกษาครูที่เข้าร่วมกิจกรรมได้วางแผน กำหนดแนวทาง ลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติ เกิดความหวังหรือแรงจูงใจในการปฏิบัติ<sup>17</sup> โดยเป้าหมายที่ตั้งในแต่ละครั้งมี

ความเฉพาะเจาะจง วัดได้ ทำได้ อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและมีระยะเวลาที่แน่นอน<sup>16</sup> เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ง่ายขึ้นจากข้อสังเกตในการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า นักศึกษามีความตั้งใจในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง ส่งผลให้นักศึกษามีการควบคุมและกำกับตนเองได้มากขึ้น จากคำพูดของนักศึกษาที่กล่าวว่า “...คือบางช่วงมันเครียดมาก ๆ ไม่อยากทำอะไรเลย อยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ นอนนิ่ง ๆ แต่พอมีเป้าหมายที่จะต้องทำอะไรที่จะช่วยตนเองได้บ้าง มันช่วยให้รู้สึกว่าคุณต้องทำอะไรบ้าง แต่พอลองทำมันก็ได้ไม่ได้เพอร์เฟกต์ แต่มันก็โอเคนะ เหมือนกับว่าเริ่มมีพลังที่จะต่อสู้กับมันได้มากขึ้น...” “...หนูพยายามตั้งเป้าหมายอย่างที่ครูบอกนะ เป็นเป้าหมายที่ไม่สูงเกินไป แต่หนูก็คาดหวังสูงนะ บางทีก็ไปไม่ถึง แต่มันก็ทำทายนะ ดีกว่าเศร้าไปวัน ๆ...” จากนั้นให้นักศึกษาค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเอง เพราะการเข้าใจความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้นักศึกษาที่เข้าร่วมการบำบัดทางความคิดได้เข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ชัดเจนขึ้น รับรู้และเข้าใจในข้อดีข้อเสียของความคิดอัตโนมัติ และผลที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ จากคำพูดของนักศึกษาที่กล่าวว่า “...พวกความคิดอัตโนมัติต่าง ๆ ที่ครูสอนหรือที่ได้ดูวิดีโอ ก็จริง ๆ มันเกิดขึ้นได้กับทุกคน มันเข้าใจง่ายนะคะ แต่มันไม่ใช่เรื่องง่ายเลยที่จะเปลี่ยนแปลงมัน แต่หนูว่าอย่างน้อยหนูรู้สึกว่าคุณเข้าใจมันและรู้เท่าทันมันมากขึ้น แค่นี้หนูก็ว่ามัน

โอเคแล้วคะ ที่จะพยายามควบคุมหรือจัดการกับมัน...” “...มันทำให้เข้าใจความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น และยังเข้าใจคนรอบข้างเรามากขึ้นด้วยนะครับครู วันไหนที่ผมรู้สึกว่าอารมณ์ผมคงลง ผมก็พยายามที่จะหาสิ่งที่ชอบทำ มันก็พอช่วยได้นะครู...” สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shallcross et al. (2010)<sup>21</sup> ศึกษาผลของการยอมรับอารมณ์ทางลบ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบ และผลการยอมรับอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อการพัฒนาอาการซึมเศร้า เมื่อเผชิญกับภาวะความเครียดในชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การยอมรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ต่อการลดอารมณ์ทางลบและเป็นตัวทำนายอาการซึมเศร้าเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะความเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการยอมรับอารมณ์ทางลบและการเข้าใจความคิดอัตโนมัติของตนเองเป็นปัจจัยในการปกป้องเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับอารมณ์ทางลบและการพัฒนาการเกิดอาการซึมเศร้า ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความคิด (evaluate the validity of thought) ของตนเอง โดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มจะร่วมกันค้นหาว่าความคิดใดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและร่วมกัน “ตรวจสอบ” ความคิดเหล่านั้น เพื่อว่าคุณถูกต้องตามความเป็นจริงหรือไม่ความคิดที่เป็นจริง ความคิดใดที่มีประโยชน์ และเป็นความคิดทางบวกจะช่วยให้ความรู้สึกดีขึ้น และจากคำกล่าวของนักศึกษาขณะเข้าร่วมกิจกรรมที่กล่าวว่า “...เวลาคิดอะไรที่เริ่มแย่ และเริ่มพุ่งออกไปเรื่อย ๆ ผมจะพยายามถามกลับตัวเองเลย มีข้อมูลอะไรมาสนับสนุน

หรือไม่ ไม่มีอ้วแล้วคิดอะไรอยู่มันเสียเวลา บางทีก็ว่าตัวเองนะว่าเราจะมาคิดบ้า ๆ คนเดียวทำไม มันก็ได้ผลนะคะครู...” สอดคล้องกับ Troy et al. (2018)<sup>22</sup> ที่ศึกษาแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและการยอมรับอารมณ์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนความคิดมีความสัมพันธ์ต่อการลดอารมณ์ทางลบและการเพิ่มขึ้นของอารมณ์ทางบวก ชั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ (new perspectives) โดยนักศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะได้รับการปรับโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) ผ่านกระบวนการการค้นหาคำความคิดอัตโนมัติทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ พบว่า ภายหลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมประโยชน์ที่นักศึกษาเลือกใช้ในกิจกรรมการเรียนรู้การบอกหรือเตือนตนเอง (self-talk) ว่า “ฉันเป็นคนดี” “ฉันมีความสามารถ” “ฉันไม่จำเป็นต้องเหมือนใคร” นอกจากนี้ นักศึกษายังมีความเชื่อใหม่ที่มีเหตุผลมาทดแทนความเชื่อที่ไร้เหตุผล และยังพบว่า จากกิจกรรมฝึกทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา นักศึกษาครูมีการปรับเปลี่ยนในพฤติกรรมที่ใช้ในกระบวนการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมขึ้นอีกด้วย เช่น เมื่อถูกเพื่อนล้อ ไม่ใส่ใจเพราะรับรู้ตนเองไม่ได้เป็นแบบที่เพื่อนพูด และการวางแผนในอนาคต จากคำกล่าวของนักศึกษาระหว่างกิจกรรม “...เมื่อรู้สึกอารมณ์ดีลง พยายามหากิจกรรมที่ชอบมาทำหรือไปคุย

กับเพื่อน...” “...เมื่อรู้สึกแย่ ๆ ตอนนี้หนูทราบแล้วว่า จะต้องทบทวนตนเองว่า อะไรที่มันแย่มั่นแย่มจริงหรือไม่ หรือจะต้องปรับอะไรบ้าง ไม่เหมือนก่อน เข้ากิจกรรมหนูรู้สึกแย่มาก ไม่เคยคิดเลย อารมณ์เศร้า น่าอย่างเดียว ไม่อยากพบหรือเจอใคร อยากนอนนิ่ง ๆ...” แสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีแนวโน้มที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และแม้ว่าจะสิ้นสุดกิจกรรมแล้ว หากนักศึกษาคิดว่าสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปฝึกและปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกดีขึ้นและยังช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้นและหลีกเลี่ยงการเป็นโรคซึมเศร้า<sup>20,21</sup>

**สมมติฐานที่ 3** ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคูกรูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคูกรูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกัน

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคูกรูครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ การบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษา เป็นการดูแลและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เป็นเพราะการบำบัดทางความคิดจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น และปรับความคิดทางลบที่ไร้เหตุผล เหล่านั้นให้เป็นความคิดทางบวกที่มีเหตุผล เป็นจริงและมีประโยชน์ ร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการเพิ่มทักษะทางสังคมที่สำคัญจึงส่งผลให้นักศึกษาคูกรูกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้น และมี

ภาวะซึมเศร้าลดลงได้เช่นกัน<sup>18</sup> ซึ่งการที่นักศึกษาครู มีการรู้เท่าทันความคิดของตนเอง และสามารถจัดการกับความคิดที่ไม่มีเหตุผลได้จะส่งผลให้นักศึกษาครูสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนสุขภาพจิตศึกษาเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่ใช้ลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูได้แต่ความคงทนในการจัดการกับสิ่งเร้าหรืออารมณ์ของตนเองจะน้อยกว่าการบำบัดทางความคิด ดูได้จากค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังติดตามผล กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด สอดคล้องกับ Serfling et al. (2013)<sup>23</sup> ที่พบว่า ผลของการบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาที่ใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยซึมเศร้าประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในรายที่ได้รับการบำบัดทางความคิดพบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในรายที่ได้รับสุขภาพจิต พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคณะผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าการบำบัดทางความคิดเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่วนสุขภาพจิตศึกษานั้นยังเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของ Steele et al. (2013)<sup>24</sup> ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษา พบว่าผลการบำบัดทางความคิดแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพ

และมีประโยชน์ทางคลินิกในการปรับความคิดและอารมณ์ในเชิงลบ ส่วนการใช้สุขภาพจิตศึกษาในการบำบัดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถจัดการกับความคิดและอารมณ์ในเชิงลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## สรุป

การบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาครูได้ และการบำบัดทางความคิดจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่าสุขภาพจิตศึกษา

## ข้อจำกัด

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาได้ทั้งหมด

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. การศึกษาครั้งนี้แสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษาครูในระดับอุดมศึกษา ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษากลุ่มอื่น ๆ ที่มีอาการซึมเศร้าจากความบกพร่องทางความคิด การมีรูปแบบความคิดด้านลบ และการทำหน้าที่ผิดปกติของรูปแบบโครงสร้างทางความคิดที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การนำการบำบัดทางความคิดและ

สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าไปใช้นั้น ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านจิตวิทยาการให้การปรึกษา การบำบัดทางความคิด สุขภาพจิตศึกษา การประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และมีประสบการณ์ในการบำบัดร่วมด้วย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาในด้านอารมณ์นั้น จะมีปัญหาจากสถานการณ์ที่ส่งผลต่ออารมณ์และภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน และเมื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมกิจกรรมอาจไม่ได้มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในทันที ดังนั้น การเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล และการนำเทคนิคทางจิตวิทยา มาใช้เพื่อช่วยให้เข้าร่วมกิจกรรม ได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในแต่ละครั้งได้จึงเป็นเรื่องสำคัญ

3. เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมการบำบัดความคิดและสุขภาพจิตศึกษาสำหรับวัยรุ่นระดับอุดมศึกษาจะได้รับความร่วมมือ ควรส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้ให้สอดคล้องตามพัฒนาของวัยรุ่นตอนปลาย โดยรูปแบบของกิจกรรมไม่ควรใช้เวลานานเกินไป การพูดคุยควรมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน กิจกรรมเน้นสิ่งใกล้ตัวและเป็นปัจจุบัน มีความสนุกสนาน และเปิดโอกาสให้มีการแสดงออกในกลุ่ม เช่น การอภิปรายกลุ่ม การใช้บทบาทสมมติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น

#### ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา

เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ในภาคทฤษฎีควรจัดให้มีการอบรมความรู้เรื่องการบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษา และในภาคปฏิบัติควรฝึกฝนบุคลากรที่ดูแลผู้ที่มีปัญหา

ทางอารมณ์และพฤติกรรมให้มีความรู้และมีทักษะการช่วยเหลือโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาโดยเฉพาะ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและสุขภาพจิตศึกษาว่ายังคงมีประสิทธิผลต่อไปอีกหรือไม่จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีร่วมกับศึกษาความคุ้มค่า คุ้มทุนในการใช้โปรแกรมนี้ในวัยรุ่นระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

2. ควรนำการบำบัดความคิดและสุขภาพจิตศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการศึกษากับวัยรุ่นระดับอุดมศึกษาที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น วัยรุ่นกลุ่ม LGBTQ วัยรุ่นที่มีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ พร้อมทั้งมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

#### **กิตติกรรมประกาศ**

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

#### **เอกสารอ้างอิง**

1. Ibrahim A, Kelly S, Adams C, Glazebrook C. A Systematic review of studies of depression prevalence in university students. J Psychiatr Res 2012; 47(3): 391-400.
2. Santrock JW. Child development. 14<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill education; 2014.

3. Ceyhan E, Ceyhan AA, Kurty Y. Depression among Turkish female and male university students. *Soc Behav Pers* 2005; 33(4): 329-40.
4. Bantjes JR, Kagee A, McGowan T, Steel H. Symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety as predictors of suicidal ideation among South African university students. *J Am Coll Health* 2016; 64(6): 429-37.
5. กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ, ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, อุบล สุทธิเนียม. โมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา* 2565; 16(1): 1-20.
6. Asante KO, Arthur JA. Prevalence and determinants of depressive symptoms among university students in Ghana. *J Affect Disord* 2015; 171: 161-6.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานประจำปี 2553. [online]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Books/350E0.html> [2021 Jan 10].
8. Spirito A, Esposito-Smythers C, Wolff J, Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011; 20(2): 191-204.
9. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trocke M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behav Res Ther* 2015; 74: 25-31.
10. Idsoe T, Keles S, Olseth AR, Ogden T. Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents: results from a cluster randomized controlled trial of a group course. *BMC Psychiatry* 2019; 19(1): 155.
11. Cuijpers P, Straten, AV, Smit F, Mihalopoulos C. Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008; 165(10): 1272-80.
12. เกสร มุ้ยจีน. ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2560; 37(3): 48-60.
13. นิชาภัทร มณีพันธ์, สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2559; 30(3): 80-91.
14. Corey G. Theory and practice of group counseling. 8<sup>th</sup> ed. California: Brooks/Cole; 2012.
15. Buwalda B, Kole MHP, Veenema AH, Huininga M, De Boer SF, Korte SM, Koolhaas JM. Long-term effects of social stress on brain and behavior: A focus on hippocampal functioning. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 29(1): 83-97.
16. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1(3): 385-401.
17. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 1980; 6(3): 490-505.
18. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. New York: Guilford; 2011.
19. พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณิ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
20. Stallard P. Cognitive behaviour therapy with children and young people: A selective review of key issues. *Behav Cogn Psychother* 2002; 30(3): 297-309.
21. Shallcross AJ, Troy AS, Boland M, Mauss IB. Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behav Res Ther* 2010; 48(9): 921-9.

22. Troy AS, Shallcross AJ, Brunner A, Friedman R, Jones MC. Cognitive reappraisal and acceptance: Effects on emotion, physiology, and perceived cognitive costs. *Emotion* 2018; 18(1): 58-74.
23. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch AK, Barocka A, Schlösser R, Kronfeld K, et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: A multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2013; 170(6): 624-32.
24. Steele LA, Waite S, Egan SJ, Finnigan J, Handley A, Wade TD. Psycho-education and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: A case-series evaluation. *Behav Cogn Psychother* 2013; 41(2): 129-43.

## ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา : แรงจูงใจและความตั้งใจ

พีรดา เพิ่มความสุข, วท.ม.\*, วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, พย.ม.\*, สุดาพร สถิตยยุทธการ, ประ.ค.\*\*

\*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา  
\*\*คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่ออธิบายเกี่ยวกับแรงจูงใจ และความตั้งใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**วัสดุและวิธีการ :** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติฆ่าตัวตายภายใน 1 เดือน เป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2565 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

**ผล :** แรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ป่วยเผชิญกับ (1) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ ความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว การถูกตีตราเป็นผู้ป่วยจิตเวช การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งที่รัก ภาระหนี้สิน/ค่าใช้จ่ายการเงิน (2) มีความคิดต่อตนเองเชิงลบ ได้แก่ คิดว่าตนเป็นภาระ คิดว่าถูกทอดทิ้ง คิดว่าหมดหนทาง คิดว่าตนเองไม่ดี (3) มีอารมณ์ซึมเศร้า หรืออารมณ์ซึมเศร้าร่วมกับความรู้สึกโกรธ หรือตื่นตระหนก ส่วนความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย พบว่า (1) ผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (2) เลือกรูปแบบการฆ่าตัวตายที่คุ้นเคยหรือใกล้ตัว (3) มีทั้งการวางแผนล่วงหน้าและไม่ได้วางแผน และให้ความหมายของการฆ่าตัวตายเชิงบวก เป็นทางออกที่ดี ความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า มาจากคนในครอบครัวด้วยการพูดปลอบใจ การอยู่เป็นเพื่อน การจัดเก็บอุปกรณ์อันตราย การได้รับการบำบัดทางจิตกับผู้เชี่ยวชาญ การทำกิจกรรมออกกำลังกาย สิ่งที่ช่วยลดแรงจูงใจและความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การคิดถึงบุคคลที่ตนเองรักและรักตนเอง คิดถึงเป้าหมายในชีวิต และหลีกเลี่ยงสิ่งมีนเมาในช่วงที่มีอารมณ์ซึมเศร้า

**สรุป :** แรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเป็นลักษณะความคิดที่อยากจะตาย ส่วนความตั้งใจในการฆ่าตัวตายเป็นการแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองตาย สิ่งสำคัญในการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย คือ การปรับความคิดของผู้ป่วย และความเข้าใจของครอบครัว

**คำสำคัญ :** การพยายามฆ่าตัวตาย ความตั้งใจ ประสบการณ์ แรงจูงใจ โรคซึมเศร้า

# THE EXPERIENCE OF SUICIDE ATTEMPT IN PATIENT WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY: MOTIVATION AND VOLITION

Peerada Permkwamsuk, M.Sc.\*, Wattanaporn Piboonarluk, M.N.S.\*,

Sudaporn Stithyudhakarn, Ph.D.\*\*

*\*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

*\*\*Faculty of Nursing, Chulalongkorn University*

## Abstract

**Objectives:** The aim of this study was to describe the experience of motivation and volition to suicide attempts in patients with Major depressive disorder.

**Material and Methods:** Ten informants were inpatients with Major depressive disorder with a history of suicide attempts within 1 month at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, between March to August 2022 by in-depth interviews. Analysis by qualitative research method based on the concept of phenomenology.

**Results:** Suicidal motivation: the researchers found that patients experienced stressful life events such as conflict with family members, being stigmatized as a psychiatric patient, loss of loved ones, and financial problems resulted in negative self-concepts such as thinking of yourself as a burden to family, feeling abandoned, feeling helpless, and thinking that you were not good. These thoughts led to depressed moods or depressed moods with feelings of anger or panic. Suicidal volition: we found that patients who had attempted suicides would choose a method of suicide that was familiar or close to themselves. There were both planned and unplanned suicide attempts. They also thought positively about suicides; for instance, a suicide was a normal thing and/or a good solution. (3) The resources that patients received It was found that the patient received assistance from their family members. They help patients by comforting them by talking, keeping them company, and storing dangerous equipment away from them. The patients also received psychotherapy with specialists and performed physical activity when stressed which could reduce suicidal ideas. Preventing suicides could be happened by thinking about who you loved and who loved you, thinking about goals in life, and avoiding alcohol during the depression.

**Conclusion:** Suicidal motivation is the ideation of death wish whereas suicidal volition is the act causing one's death. The keys to reduce suicide attempts are to adjust the patient's thinking and understanding of family.

**Key words:** suicidal attempt, volition, experience, motivation, major depressive disorder

---

Corresponding author: Wattanaporn Piboonarluk, e-mail: loleejeng@gmail.com

Received: November 14, 2022; Revised: March 7, 2023; Accepted: March 14, 2023

## บทนำ

การฆ่าตัวตาย (suicide) เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม และปัญหาทางสาธารณสุขจากการสูญเสียชีวิตของบุคคลที่สามารถให้การป้องกันได้ ทั้งนี้ผู้เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 90 โดยเป็นกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorders) มากที่สุดร้อยละ 59 - 87<sup>1</sup> สอดคล้องกับการรายงานของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่เป็นกลุ่มที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุดคือ กลุ่มโรคซึมเศร้า จำนวน 2,925 คน คิดเป็นร้อยละ 92.39<sup>2</sup>

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดอยากตายถึงร้อยละ 82.10<sup>3</sup> และมีพฤติกรรมกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 15<sup>4</sup> แม้การพยายามฆ่าตัวตายจะไม่สำเร็จก็ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจจากการการถูกประณามหรือถูกลงโทษ เกิดความรู้สึกต่ำต้อยไร้ค่า หรือเกิดความรู้สึกเกลียดชังได้ อีกทั้งเกิดเป็นภาวะวิกฤติของครอบครัว ก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจต่อคนในครอบครัว และหากผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จอาจเป็นเหตุก่อให้เกิดภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรงสำหรับสมาชิกครอบครัวในระยะยาวได้<sup>5</sup>

รูปแบบการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิด The integrated motivational- volitional model of suicidal behaviour<sup>6</sup> อธิบายกระบวนการฆ่าตัวตายเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ (pre-motivational phase) เป็นลักษณะปัจจัยพื้นฐาน

และเหตุการณ์ตัวกระตุ้น ก่อนเกิดโรค สิ่งแวดล้อม และเหตุภายในชีวิต (2) ระยะแรงจูงใจ (motivational phase) เป็นรูปแบบความคิด/ เจตนาเริ่มต้น เกิดจากความรู้สึกพ่ายแพ้และรู้สึกอับยศ จากสิ่งคุกคามนำไปสู่ความรู้สึกอัดอัด และการแปรเปลี่ยนเป็นความคิดฆ่าตัวตายที่ขึ้นกับการเพิ่มหรือลดลงจากตัวกำกับแรงจูงใจ ที่เป็นได้ทั้งปัจจัยสนับสนุนให้คิดฆ่าตัวตาย หรือปัจจัยปกป้องยับยั้งความคิดฆ่าตัวตาย และ (3) ระยะตั้งใจ (volitional phase) เป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ภายหลังจากเกิดความคิดฆ่าตัวตายขึ้น พฤติกรรมฆ่าตัวตายขึ้นกับการเพิ่มหรือลดลงของตัวกำกับความปรารถนา ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและความตั้งใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณที่มาจากการตั้งสมมติฐานหรือทฤษฎีต่างๆ ที่ผู้สนใจศึกษาบนฐานความรู้ที่เป็นลักษณะภาพกว้าง ไม่สามารถลงลึกในรายละเอียดได้มากตามปรากฏการณ์ที่ต้องการ เพราะเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จึงอาจไม่สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจึงไม่มีความหลากหลาย ทำให้รูปแบบที่นำมาใช้ในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่ผ่านมามุ่งเน้นไปที่การคัดกรองหรือการค้นหาปัจจัยก่อนเกิดโรคมกกว่าการทำความเข้าใจมุมมองตามประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรง

การวิจัยในครั้งนี้ จึงให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับแรงจูงใจและความตั้งใจในการพยายามฆ่าตัวตายที่ผ่านมา ซึ่งจะนำไปสู่การวิจัยและการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเฉพาะเจาะจงที่มาจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษาระบบปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger โดยเน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก ซึ่งเชื่อว่าสิ่งที่จะเป็นจริงไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่สารรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสเสมอไป แต่หลายอย่างสามารถเข้าถึงได้ด้วยการหยั่งรู้ (intuition) ผ่านความเข้าใจถึงความรู้สึกหรือสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล<sup>7</sup>

### ผู้ให้ข้อมูล

คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคซึมเศร้า รหัส โรค F32.xx - F33.xx ตามเกณฑ์ International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> (ICD-10) เป็นผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2565 จำนวน 10 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อายุระหว่าง 18 - 60 ปี

และลงลายมือชื่อสมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ หรือมีพยาธิสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกายที่มีผลต่อการสื่อสาร

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูล และสร้างแนวคำถามจากแนวคิด The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour<sup>6</sup> ผ่านการตรวจคุณภาพ เครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน มีประเด็นคำถามหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1 แรงจูงใจในการพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 4 คำถาม ดังนี้ (1) “ในเวลาที่ผ่านมาคุณคิดว่าอะไรที่เป็นจุดสำคัญที่สุดที่ทำให้คุณคิดว่าไม่อยากมีชีวิตแล้ว” (2) “ความคิดว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด” (3) “ขณะที่คุณคิดว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่คุณอยู่ในภาวะอารมณ์อย่างไร” และ (4) “ในช่วงที่คุณมีความคิดว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่ คุณได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้างอย่างไรบ้าง”

ประเด็นที่ 2 ความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 6 คำถาม ดังนี้ (1) “เพราะอะไรคุณจึงเลือกใช้วิธี (วิธีการฆ่าตัวตาย) ที่จะให้ตัวเองไม่มีชีวิต” (2) “คุณเริ่มวางแผน (วิธีการฆ่าตัวตาย) ตั้งแต่เมื่อใด” (3) “ก่อนที่คุณ (วิธีการฆ่าตัวตาย) คุณกำลังอยู่ในภาวะอารมณ์อย่างไร” (4) “ขณะที่คุณได้รับบาดเจ็บจาก (วิธีการฆ่าตัวตาย) คุณเกิดความคิด หรือรู้สึกอะไรบ้าง” (5) ณ เวลานั้นคุณ

ตั้งใจจบชีวิตตนเองให้สำเร็จมากน้อยแค่ไหน” และ (6) “คุณมีความเชื่อหรือมองว่าการฆ่าตัวตาย เป็นอย่างไร”

ประเด็นที่ 3 สิ่งที่ช่วยลดแรงจูงใจและความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 2 คำถาม ดังนี้ (1) “ณ เวลานั้นพอจะมีอะไรบ้างที่จะช่วยให้คุณหยุดคิดเรื่องไม่อยากรมีชีวิตอยู่ได้บ้าง” และ (2) “ณ เวลานั้นถ้ามีอะไรสักอย่างที่จะหยุดคุณไม่ให้ทำร้ายตนเองจนบาดเจ็บรุนแรง หรือทำให้ตนเองเสียชีวิต คุณคิดว่าคืออะไร”

ข้อมูลส่วนบุคคลได้จากเวชระเบียน ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาเจ็บป่วย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ได้แก่ เศรษฐฐานะ ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งนี้มีการใช้เครื่องบันทึกเสียงขณะสนทนา แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

### วิธีดำเนินการวิจัย

เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ให้ข้อมูลตอบข้อมูลส่วนบุคคลก่อน จากนั้นจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ตามแนวคำถามหลัก ใช้เวลา 60 นาที มีการบันทึกเสียง และจดบันทึกภาคสนาม จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล โดยเปรียบเทียบกับการฟังการบันทึกเสียง สรุปเป็นประเด็นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น จากนั้นจึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไปจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated data) จึงยุติการเก็บ

รวบรวมข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้ผ่านพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ตามเลขที่หนังสือรับรอง SD.IRB.APPROVAL 007/2565 ผู้ให้ข้อมูลได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย การรักษาความลับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับ จึงทำการลงบันทึกความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เบื้องต้นทำการถอดข้อความจากเครื่องบันทึกเสียงเป็นตัวอักษร นำข้อมูลทั้งหมดมาอ่านซ้ำ จัดกลุ่มความหมายเป็นหมวดหมู่ นำข้อความที่กำหนดความหมายแล้วมาจัดรวมเป็นประเด็นหลักนำไปสังเคราะห์เป็นประโยคที่เป็นโครงสร้างที่มีสาระสำคัญของปรากฏการณ์และสรุปประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยนำผลการวิเคราะห์ประเด็นที่ได้และข้อสรุปไปปรึกษาพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความตรงของแนวคิดทฤษฎี การถอดเสียงบันทึก และการให้รหัสข้อมูล

### ผล

ลักษณะกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน อายุระหว่าง 18 - 60 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาถึงปริญญาตรี เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้าง กำลังศึกษา และเพิ่งออกจากงาน ระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 2 -

10 ปี จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 - 2 ครั้ง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยวิธีกินยาเกินขนาดจำนวน 2 คน (ID4, ID5) กินยาเกินขนาดร่วมกับใช้มีดแทงหรือกรีดแขนตนเองจำนวน 2 คน (ID1, ID2) แขนงคอจำนวน 3 คน (ID3, ID6, ID10) วิ่งให้รถชนจำนวน 1 คน (ID7) กระโดดตึกจำนวน 1 คน (ID7) และกินน้ำยาล้างห้องน้ำจำนวน 1 คน (ID9) ผลการวิจัยพบประเด็นดังนี้

### ประเด็นที่ 1 แรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย

1) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่าก่อนนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ให้ข้อมูลประสบความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว (ID2; ID3; ID4; ID5) การถูกตีตราเป็นผู้ป่วยจิตเวช (ID3; ID4; ID5) ภาระหนี้สิน/ค่าใช้จ่ายการเงิน (ID1; ID9; ID10) สูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก (ID6; ID7; ID8) ดังเช่น

“โทรไปหาลูกสาว (อายุ 11 ปี) ก็ไม่อยากคุยด้วย เขารำคาญ แล้วเราก็ได้ยินคู่สะใภ้มาว่าลูกเราอยู่กับคนอื่น (อา) มีความสุขกว่า ทำให้เรารู้สึกว่าการอยู่กับเรานั้นไม่ดีเทรอ” (ID2)

“ลูกสาวชอบว่าเงินแค่นี้ (30,000 บาท) ทำไมเราให้เขาไม่ได้ ทั้งที่มันเป็นเงินเก็บก้อนเดียวของเรา เราก็เอาให้เขาไป แต่เขาก็ยังว่าเรื่อย ๆ ว่าทำไมเราต้องเป็นแบบนี้ (โรคจิตเวช) ทำไมเราไม่เหมือนคนอื่น ๆ ชาวบ้านก็ชอบว่าเราเป็นบ้า” (ID3)

“พี่สาว (ลูกพี่ลูกน้อง) คำว่าผมเป็นเด็กตะกละ มึงนี่มันตะกละเหมือนพ่อเหมือนแม่มึง ผมทำอะไรเขาไม่ได้ จะต่อยเขาก็ไม่ได้ เพราะเขาเป็นพี่ที่ผมเคยเคารพมาก่อน แม่ผมก็ให้ความสำคัญกับพี่สาวคนนี้นักกว่าผม” “คนในบ้านชอบว่าผมบ้า ทั้งที่มันเป็นจุดอ่อนของผม ผมไม่ชอบให้ใครมาใช้คำนี้กับผม” (ID4)

“ทะเลาะกับแฟนเรื่องพูดเสียงดังตอนกินขนมที่ออฟฟิศแล้วเขาก็ว่าพูดดัง ๆ ให้คนตึกข้าง ๆ ขึ้นมาข่มขืนหรือไง ทั้งที่เขาก็รู้ว่าหนูมีปมที่เคยมองถูกพ่อเลี้ยงข่มขืน การถูกข่มขืนบ่อย ๆ ทำให้หนูคิดอยากตาย ไม่อยากอยู่แล้ว หนูต่อสู้กับชีวิตจิตใจ และปัญหาตัวเองมาตลอด สู้จนสู้ไม่ไหว ไม่โอเคแล้ว” (ID5)

“เพิ่งเข้าไปทำงานที่ใหม่ ก็ต้องมาหยุดงานเป็นอาทิตย์ ๆ เขาโทรมาบอกว่าถ้าไว้หายดีก็ค่อยมาทำงาน แต่แม่บอกว่าเขาโทรมาไล่ออกอ้อม ๆ ยังไม่รู้ตัวหรือ หนูโดนทั้งพ่อ แม่แล้วก็น้องชายมารุมว่าสร้างแต่ปัญหาหนี้ (พนันออนไลน์) ไม่ได้สร้างประโยชน์อะไรให้เลย หนูก็เข้าใจที่ถูกต่อว่าแบบนี้ว่าเป็นเพราะหนูเอง ถ้าหนูไม่เป็นโรคซึมเศร้าก็คงไม่น่าเป็นแบบนี้ หนูคงทำงานใช้หนี้ได้ หนูก็ปล่อยให้เขาไป แล้วก็ไปร้องไห้คนเดียว” (ID1)

“เงินรายได้ก็เป็นเงินงต๊อ จะพอไม่พอก็เป็นระบบงต๊อ แล้วทุกวันนี้ก็ส่งเงินให้ลูกใช้จ่าย จ่ายเงินประกันชีวิตให้ลูก 2 คน ภรรยาผมก็คิดแต่จะเอา

เงินอย่างเดียว 2 ปีก่อนผมเป็น *stroke* ก็ไม่ได้ดูแล  
ผม ตอนนี้ก็แยกกันอยู่แล้วแต่เขาก็ยังมาโกงที่ดิน  
ผมไป แล้วโทรมาที่ที่ก็พูดแต่จะเอาเรื่องเงิน ผมเลย  
เลิกคุย” (ID9)

“งานก็ไม่ได้ไปทำมา 2 - 3 ปีแล้ว เพราะอายุคนใน  
บริษัทที่เจ้าหน้าที่ไปทวง ผมเลยลาออก ไม่รู้จะไปทำ  
อะไรวัน ๆ ก็กินแต่เหล้า เงินก็ต้องขอจากแม่มาใช้  
ไปวัน ๆ แม่ก็แก่ขึ้นทุกวันเงินทองก็ไม่ค่อยมี”  
(ID10)

“ช่วงนั้นปู่เป็น COVID มีคนบอกว่าให้ผมทำใจ  
แล้วก็มีปัญหาทะเลาะกับแฟนที่เขาเปลี่ยนไปไม่  
สนใจ ไม่โทรหาเหมือนเดิม น้องชายต่างพ่อก็หนี  
ออกจากบ้าน แล้วก็คิดถึงแม่ที่อยู่คุก เราไม่  
สำคัญ ไม่มีค่าหรือ ทุกคนถึงจะมาทิ้งเราไป กลัว  
เหลือตัวคนเดียว” (ID6)

“หนูอยู่ไม่ได้ถ้าไม่มีเขา (แฟน) ถ้าหนูเป็นผู้หญิง  
คงดีกว่านี้ คือ หนูทำแต่หน้าอก ยังไม่ได้แปลงเพศ  
พอจะจบก็มาจบ เพราะเขาว่าหนูไม่ใช่ผู้หญิง”  
(ID7)

“บริษัทไล่ออก เขาบอกว่าหนูเป็น โรคซึมเศร้า ทั้งที่  
หนูวางแผนกับแฟนจะรีบเก็บเงิน รีบใช้หนี้ให้  
หมด จะออกรถ วางแผนแล้วมันเหมือนโลกทั้งใบ  
แตกสลายลง เหมือนความคิดที่คิดไว้มันพังลง”  
(ID8)

2) ความคิดเชิงลบต่อตนเอง พบว่า ผู้ให้  
ข้อมูลมีความคิดเกิดขึ้นหลังจากเผชิญเหตุการณ์ใน  
ชีวิต โดยมีการแปลความว่าตนเป็นภาระของคนใน  
ครอบครัว จำนวน 5 คน (ID1; ID3; ID4; ID7;  
ID10) ดนทนกับปัญหาไม่ได้ จำนวน 3 คน (ID5;  
ID7; ID9) คิดว่าตนไม่ดีเท่าคนอื่น จำนวน 1 คน  
(ID2) คิดว่าตนถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยวและเป็นภาระ  
ครอบครัว จำนวน 1 คน (ID6)

“รู้สึกเป็นภาระของที่บ้าน เพราะว่าสร้างแต่เรื่อง  
หนี้ มันเป็นตั้งแต่สิ้นปีที่แล้ว เหมือนอารมณ์ว่าหนู  
เป็นหนี้ครั้งนึงแล้ว เขาก็ไปใช้ให้ พอมาสร้างหนี้  
ใหม่ เขาก็ใช้ให้ไปเรื่อย ๆ ไม่ได้สร้างประโยชน์  
อะไรให้เขาเลยมีแต่สร้างปัญหา...คิดเกือบทุกวัน  
ตั้งแต่ต้นเมษายน (พ.ศ. 2565)” (ID1)

“เราไม่มีประโยชน์ ทำอะไรไม่ได้ ให้เป็นภาระเขา  
(ลูกสาว)...คิดบ่อย คิดทุกวัน” (ID3)

“ผมคงเป็นภาระของแม่ตั้งแต่เกิดก็เป็นเด็ก LD  
(*Learning disorder*) เป็นเด็กสมาธิสั้น ใช้จ่ายก็  
เปลือง แล้วก็แฟนเป็นผู้ชาย แม่คงอายุที่มีผมเป็น  
ลูก...คิดทุกวัน ยกเว้นเวลาได้ไปอยู่กับแฟน” (ID4)

“คิดว่าไม่อยากเหนื่อย ไม่อยากรับรู้ ไม่อยากมานั่ง  
ร้องไห้ทั้งวันจนไปทำงานไม่ได้” (ID7)

“ไม่อยากเป็นภาระแม่ งานก็ไม่ได้ทำแล้วยังมาคิด  
เหล้าขอเงินแม่ไปซื้อเหล้าทุกวัน ผมละอายเป็น

เหมือนกันที่ชีวิตตัวเองมาตกต่ำแบบนี้” (ID10)

“หนูก็อยากตาย ไม่อยากอยู่แล้ว หนูต่อสู้กับชีวิตจิตใจและปัญหาตัวเองมาตลอด สู้จนสู้ไม่ไหว ไม่โอเคแล้ว หนู care คนอื่นมากไป ใส่ใจคำพูดคนอื่นมากไป จนลืม care ตัวเองว่าตัวเองก็ป่วย ตัวเองก็เจ็บ แต่ไม่เคยดูแลตัวเองเลย เป็นห่วงคนอื่นมากกว่าตัวเอง...คิดเดือนนึง 3 - 4 ครั้ง เป็นวูบ ๆ ช่วงกลางวัน นอนคิดถึงภาพที่เคยทำร้ายตัวเองเข้ามา แล้วก็ไต่ย็นเสียงตัวเองว่าเราจะอยู่ไปทำไม” (ID5)

“เพราะความโดดเดี่ยว เหมือนเราอยู่คนเดียวมาตลอด ช่วงปิดเทอมปุ่เพิ่งออกโรงพยาบาล ป้าก็บอกอย่าเพิ่งพาเพื่อนมาบ้านเดี่ยวปุ่จะติด COVID ผมจะออกไปเที่ยวป้าก็บอกอย่าเพิ่งออกไปเลย โรคมันเยอะ ก็เลยอยู่แต่ในห้องทำแต่สิ่งเดิม ๆ ทุกวัน จนมันรู้สึกเหมือนเราตัวคนเดียว เหมือนแบบเรามาถึงจุดนี้แล้วหรือจุดที่ต้องมาอยู่คนเดียว...คิดตลอดเวลาทุกวัน โดยเฉพาะช่วงเวลาปิดบ้านและทุกคนเข้านอนคิดว่าอยู่ไปก็จะเป็นภาระของเขา (ป้า) พ่อแม่ก็ไม่มาส่งเสีย” (ID6)

“หนูไม่อยากเป็นภาระแฟนตรงที่หนูช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เขาเลิกงานมาต้องซักผ้า ล้างถ้วย เข้าต้อง เตรียมกับข้าวไว้ให้หนู แล้วก็แกะยา ซง โอวัลตินไว้ให้ ถ้าไม่มีเราเขาจะ ได้ไม่เหนียว” (ID8)

“ภาระมันมากเกินไป (ค่าใช้จ่ายลูก ค่าส่งเบี้ยประกัน ให้ลูก ที่ดินที่ถูกภรรยาซื้อ โกง) เลยคิดว่าถ้าชีวิตนี้จบไปอะไรก็จบ ๆ ตาม” (ID9)

“มันน้อยใจที่ลูกไม่อยากคุยกับเรา มีคนบอกว่าลูกชอบอยู่กับอามมากกว่าเรา เราคงไม่ดีเขาถึงไม่อยากอยู่กับเรา” (ID2)

3) อารมณ์ซึมเศร้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีอารมณ์หดหู่ร่วมกับความรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง (ID2; ID3; ID5; ID6; ID8; ID9; ID10) ดังเช่น

“มันดิ่ง มันเศร้า เรื่องราวทุกอย่างมันเข้ามาในหัวทั้งหมด ทำให้รู้สึกแย่ เกิดอีกแล้ว แก้ไม่ได้อีกแล้ว” (ID1)

“มันเป็นช่วงที่เรา down เราคิดถึงกลางคืน เบื่ออยู่ไปก็ เป็นภาระเขา” (ID2)

“รู้สึกเบื่อหน่าย เศร้ามาก คิดทบทวนอยู่ว่าจะอยู่เพื่ออะไร ความรู้สึกค่อย ๆ เพิ่มขึ้นมาเรื่อย ๆ” (ID3)

“หนูอยู่ในภาวะอารมณ์เครียด แล้วมันก็ดิ่งไปเลย มันรู้สึก down เครียดทำอะไรไม่ถูก คิดถึงแต่เรื่องตาย ค้างเวลามีคนมาพูดกระทบหรือรู้สึกขัดแย้ง เช่น ถูกคนใน TikTok ต่อว่าที่กินยาเกินขนาด” (ID5)

“รู้สึกโดดเดี่ยว หดหู่ไปหมด ทั้งที่เพื่อนแซ่มาทัก แต่ผมไม่อยากทำอะไรเลย รู้สึกตัวเองไร้ค่า อยากทำร้ายตัวเอง เป็นเพราะอยู่คนเดียวมากไปหรือเปล่า” (ID6)

“ร้องไห้ เกรียด เศร้า ร้องไห้ตั้งแต่แฟนยังไม่เลิกงาน อารมณ์ถึงตกลงไปเลย หัวสมองมีแต่คิดว่าตายไปซะจะได้จบ ๆ” (ID8)

“เบื่อหน่ายชีวิต อารมณ์ค่อยๆลงมามากวัน แต่วันนั้นมีเว็บขึ้นมาเลยไม่ได้บอกใครก่อน” (ID9)

“เบื่อตัวเอง กับพอดีที่กินเหล้าด้วย ยังรู้สึกหดหู่ที่ชีวิตเราต้องมาเป็นภาระแม่” (ID10)

4) อารมณ์เศร้าร่วมกับอารมณ์อื่น ๆ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 คน ที่มีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นก่อน และตามมาด้วยอาการตื่นตระหนก จนมีอาการทางกายอัตโนมัติร่วมด้วย (ID7) มีอารมณ์โกรธร่วมกับอารมณ์เศร้า ตามมาด้วยอาการตื่นตระหนก (ID4)

“อารมณ์เศร้าสุดขีด จนคิดว่าอยู่ไปทำไม อยู่ไปก็ไม่มีความสุข เราออกมาตอนนี้ ออกจากตรงนี้ก็ไม่ได้ ก็ไม่อยากอยู่ แล้วมันเหมือนจะ panic พอหนูคิดเยอะ ๆ แล้วหนูก็หายใจไม่ทัน ลมมันจะตีขึ้น แล้วก็มีอาการโมโหรุนแรง อยากกระชุนหรือโยววายอะไรสักอย่าง ต้องการปะทะ ลงกับตัวเอง ลงกับสิ่งของ ล้มข้าวของในบ้านหมดเลย” (ID7)

“หลายชั่ว โกรธ เศร้า เสียใจ ให้คนอื่นมาเป็นแทนเราได้ไหม โกรธที่เขารู้ว่าเรา เศร้าเสียใจ ลนลานที่ต้องรีบแกะยา อารมณ์ถึงลง คิดแต่คำว่าเมื่อไหร่จะตายซ้ำ ๆ pulse เต็มเร็วกว่าปกติ เหมือนน้ำตาลจะตก คิดว่าเราคงถึงเวลาแล้ว รู้สึกจะได้ตายแล้ว” (ID4)

## ประเด็นที่ 2 ความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย

1) เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อนครั้งนี้ ซึ่งมีวิธีฆ่าตัวตายทั้งแตกต่างกัน ไปแต่ละครั้ง (ID1; ID6; ID7) และวิธีการที่คล้ายๆเดิม (ID2; ID5; ID9) ดังเช่น

“เมื่อ 2 ปีก่อน ครั้งแรกคิดกระโดดจากฟ้าที่บริษัท เพราะเครียดเรื่องทำงานผิดพลาดจนบริษัทได้รับผลกระทบ ทำให้เครียด แต่ตอนนั้น โทรมกับเพื่อน เขาก็ช่วยปลอบใจจนลงมาทำงานต่อได้ แล้วครั้งที่ 2 คิดกระโดดน้ำ ครั้งที่ 3 คิดจะกินน้ำยาล้างห้องน้ำ เพราะปัญหาหนี้สินพนันออนไลน์” (ID1)

“เคยกินยาฆ่าสัตว์ซีเมียฆ่าตัวตายตอน ม.5 ตอนนั้นมีปัญหาครอบครัวกดดันเรื่องเรียน แล้วก็มีปัญหากับเพื่อนด้วย” (ID2)

“เรียนแพทย์ปี 1 ถูกเพื่อน bully ว่าเรียนไม่ได้ก็คือเรียนไม่ได้ อยากรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ไม่มีใครอยากเป็นเพื่อนหนู แซ่กลุ่มเขาก็ตั้งกัน โดยที่ไม่มีหนู

เพื่อนสนิทหาหนู หนูรู้สึกเสียใจ หนูไม่ได้คิด เพื่อน  
ไม่เข้าใจหนูเลยกินยาแก้ซึมเศร้าไป 100 กว่าเม็ด  
พอช่วงพฤษภาคมที่ผ่านมา แม่แฟนก็ว่าหนูสา่อย  
เป็นประสาท ถามแฟนว่าจะเอาหนูอยู่หรือ หนูก็  
กินยาเกินที่มีไปจนต้องไป ER พออยู่ในโรงพยาบาล  
พยาบาลก็บอกว่าถ้าอยากตายจะแนะนำวิธีให้ตาย  
หนูก็แอบกินสบู่บ้างแต่ไม่เป็นอะไร ไม่มีใครรู้ พอ  
ออก รพ. ก็เอาเม็ดกริดที่แขน ทั้งแม่แฟนกับแฟนก็  
รุมตำหนุว่าอยากตายมากหรือ จนครั้งนี้หนูกินยา  
ต้านเศร้า 2 แผง กับ Para 2 แผง ยานอนหลับ 1 แผง”

(ID5)

“ผมเคยเอาเม็ดกริดแขนเวลาเครียด มันช่วยคลาย  
เครียดได้ ไม่มีใครรู้ว่าผมทำ จนมีเพื่อนสังเกตเห็น  
รอยที่แขนเขาก็เลยทักกว่าเป็นรอยกริดแขน แต่  
ไม่ได้คิดจะตายแค่ให้หายเครียด” (ID6)

“ที่แรกหนูผูกคอตาย แต่แม่มาเห็นก่อน เลยพาหนู  
ไปอยู่ที่นครปฐมด้วย แต่หนูก็ยังคิดถึงเขาก็เลยวิ่ง  
ไปจะให้รถชน” (ID7)

“ผมเคยกินยาเบื่อหนู 6 เม็ดไปเมื่อ 2 เดือนก่อนแล้ว  
ใช้ให้ลูกน้องจีมูเตอร์ไซค์ไปซื้อมาให้ เพราะค้น  
ใน google ว่าวิธีนี้ได้ผลเร็ว” (ID9)

2) การเลือกวิธีการฆ่าตัวตายที่คุ้นเคยหรือ  
ใกล้ตัว พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการฆ่าตัวตายที่ไม่  
ซับซ้อน มีทั้งที่วางแผนไว้ล่วงหน้าและไม่ได้  
วางแผนขึ้นกับบริบทรอบตัว ดังเช่น กินยาเกิน

ขนาดจำนวน 2 คน (ID4, ID5) กินยาเกินขนาด  
ร่วมกับใช้มีดแทงหรือกริดแขนตนเอง จำนวน 2  
คน (ID1, ID2) แขนคอกจำนวน 3 คน (ID3, ID6,  
ID10) วิ่งให้รถชนจำนวน 1 คน (ID7) กระโดดตึก  
จำนวน 1 คน (ID7) และกินน้ำยาล้างห้องน้ำจำนวน  
1 คน (ID9) ดังเช่น

“วางแผนไม่ถึงครึ่งชั่วโมง แค่แป็บเดียว คิดว่าจะ  
ใช้วิธีไหนที่ง่ายที่สุดและจบไวสุด เลยกินยา  
Abilify ไป 2 แผงในทีเดียวเพราะคุ้นชินบ่อย เห็น  
เขียนหน้าซองว่ายานี้ทำให้มีนงง สับสน เลยนึก  
ออกแค่วิธีเดียว แล้วค่อยไปเอาเม็ดที่คร้วมาแทง  
ตั้งใจจะแทงลิ้นหัวใจ คิดว่าที่เดียวแล้วจบเลย แต่  
ตอนนั้นมีคนเห็นเลยมาห้ามก็เลยยังไม่ได้แทง ถ้า  
กระโดดน้ำก็กลัวพิการ มันทรมาณ กินน้ำยาล้าง  
ห้องน้ำ ก็เคยกินแล้วก็ทรมาณแต่ไม่ตาย” (ID1)

“กินยานอนหลับสิบกว่าเม็ดก่อนวันหนึ่ง แล้วอีกวัน  
กินพาราฯ 20 เม็ด มันไม่ทรมาณ จะได้หลับไปเลย  
คิดว่าน่าจะแค่ให้หลับเฉย ๆ ไม่ถึงขั้นตาย แล้วอีก  
วันเอาเล็บจิกตัวเอง บังเอิญไปเข้าห้องน้ำเห็น  
กรรไกรของแฟน (สำหรับเล็มหนวด) เลยเอามา  
เฉือนที่ข้อมือซ้าย ไม่ได้วางแผนอะไรมาก่อน เห็น  
มียาก็กินยา เห็นมีกรรไกรก็หยิบเลย” (ID2)

“ช่วงที่เศร้าแล้วถูกคนอื่นมองว่าเราเป็นตัวอะไร ถ้า  
เราไม่อยู่กับลูก เราจะไปอยู่ไหน ไม่มีที่อยู่ แล้วลูก  
สาวให้ผ้าขาวม้ามาวางไว้ที่นอน เขางงอยากให้เรา  
แขวนคอตาย แต่ถ้าคิดจะทำเองคงไปกระโดดน้ำ  
หรือให้รถชนจะได้จบ ๆ ไป” (IP3)

“วางแผนตั้งแต่ออกโรงพยาบาลรอบล่าสุด (1 เดือนก่อน) รอแค่ถ้าทนไม่ไหวจริง ก็จะไปจาก โลกนี้ คิดทุกวันเลยช่วงหนึ่งเดือนมานี้ว่าจะกินยา ไม่อยากทรมาณนาน ถ้าใช้มีคมันจี้ก็ คัดคงตัดขา ก็ทรมาณ การกินยามันค่อย ๆ ตายไป อยากเห็นคนอื่น ขณะที่เรากำลังจะตาย และอยาก让别人เห็น ขณะที่เรากำลังจะตาย อยากให้เขาเห็นว่าผมทำจริง ผมโตแล้ว ผมตัดสินใจในชีวิตได้ และผม ต้องการให้เขาเสียใจไปตลอดชีวิต มองไปที่รูปผม เมื่อไหร่ก็เจ็บปวดทุกรอบ” (ID4)

“ถ้าทะเลาะก็คิดไว้คืนหนึ่ง ก็จะคิดๆว่าจะรวมยา แล้วตอนเช้าก็เอายาต้านเศร้า 2 แผง กับพาราฯ 2 แผง ยานอนหลับ 1 แผงมาแกะ ๆ กิน เพราะจะได้หลับไปเลย จะได้ไม่ต้องรับรู้อะไร ไม่ต้องอารมณ์ding” (ID5)

“ไม่ได้วางแผน แต่ช่วงเที่ยงรู้สึกดิ่งจัด ๆ คือ เรา ต้องตายให้ได้ วันนี้ก็ต้องตาย มันเศร้า มันท้อขึ้น มาก ๆ ไม่ได้ใช้เวลานาน แค่ 10 กว่าวินาทีก็ ตัดสินใจแขวนคอ เพราะไปเลื่อนเจอโพสต์ Facebook หนึ่งว่า ถ้าไม่ไหวจริง ๆ จะผูกคอตาย เป็น โปสจาก เพจที่แชร์ต่อ ๆ กันมาเป็นรูปโตะ มีขาคคนห้อย ข้าง ๆ ก็เป็นรูปครอบครัวก็เหมือนแบบไหน ๆ ครอบครัว ก็ไม่สมบูรณ์แล้ว ตายไปเลยดีกว่า รู้สึกคล้ายกับเรา ผมก็ไม่รู้จะทำอะไร เดิน ไปข้างบนบ้านก็เจอเชือก พอดี เลยเอามาผูกกับข้อเสาบ้าน เอาเก้าอี้มาต่อแล้ว ก็เอาคอตายเองไปห้อยแล้วถีบเก้าอี้ออก” (ID6)

“วางแผนฆ่าตัวตายมา 2 ปีนี้ ที่เลือกแขวนคอตาย เพราะที่บ้านมีข้อ ก็คือเอาเชือกมาผูกคอตายก็ตายก็ตายเลย แบบหนูตั้งใจซื้อเชือกเอง ขับรถไปซื้อ แต่แม่มาเจอตอนจะผูกก่อน ส่วนที่เลือกวิธีให้รถชน เพราะหนูอยากหลับไปเลย ไม่ต้องรู้อะไรเลย จะได้น็อคไปเลย” (ID7)

“ไม่มีวิธีวางแผนอะไรมาเลย ตอนนั้นเห็นหน้าต่าง เปิด ก็กระโดดเลย กระโดดคอนโดทำให้ตายแน่นอน” (ID8)

“กว่าวิกซอลทันที วิกซอลมีอยู่แล้วในห้องน้ำ กว่า ได้เพราะมีสิ่งเดียวที่เห็นตอนนั้น อย่างอื่นเขา (พี่ชายและลูกจ้างที่ร้าน) เอาไปซ่อนหมดแล้ว” (ID9)

“ไม่ได้วางแผนอะไรมาก่อน แต่ห้องนอนมีตู้เสื้อผ้า ที่เหยียบขึ้นไปได้ มีคานที่จะแขวนคอได้ เลยไปหา เชือกมาแขวนคอตายตัวเอง” (ID10)

3) ระดับความตั้งใจให้ถึงแก่ความตาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความตั้งใจให้ตายสำเร็จ จำนวน 5 คน (ID3; ID4; ID7; ID8; ID10) มีความลังเลใจ จำนวน 5 คน (ID1; ID2; ID5; ID6; ID9)

“ถ้าจะให้ตายก็คงให้ตาย ๆ ไปเลย จะได้อบ ๆ” (ID3)

“คิดว่าต้องตาย 100% เลย” (ID4)

“ตั้งใจตาย 100%” (ID7, ID8)

“ตอนนั้นก็คิดว่าต้องตายไปเลยจะดีกว่า” “ตั้งใจตาย 80% อีก 20% ไม่รู้ว่ามิดจะแทงโดนจุดสำคัญหรือไม่” (ID1)

“คิดว่าแค่ประชด ไม่คิดว่าตายจริง แต่ถ้าตายจริงก็ตายไป คิดกลาง ๆ” (ID2)

“50 : 50 รอดก็รอด ไม่รอดก็ไม่รอด” (ID5)

“90% ที่จะตาย ถ้าไม่มีใครมาเห็นก็คงเรียบริ้อย” (ID6)

“50 : 50 ถ้าจะรอด ก็เพราะในร้าน (เป็นที่พักด้วย) มีคนเดินดูบ่อย ๆ บางครั้งแม่บ้านมานั่งเฝ้าเลย คนเราถ้าไม่เค็ดเด็ยาก็ไม่ตาย” (ID9)

**4) ความหมายของการฆ่าตัวตายเชิงบวก**  
พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้การกระทำที่ให้ตนเองถึงความตายอย่างตั้งใจว่าเป็นการช่วยให้ตนไม่ต้องรับรู้ปัญหา (ID2; ID3; ID5; ID7; ID8; ID9; ID10) เป็นเรื่องปกติ/ ทางออกที่ดี จำนวน 3 คน (ID1; ID4; ID6) ดังเช่น

“การฆ่าตัวตาย คือ การหยุดตัวเอง ให้ไม่ต้องรับรู้อะไร แต่ถ้าย้อนไปไ้ก็ไม่น่าทำ” (ID2)

“การฆ่าตัวตาย คือ สิ่งที่ดี ตายแล้วก็จบเรื่อง ตายไป

แล้วก็ไม่ต้องรับรู้อะไร เป็นคนลำบากกว่าตาย ถ้าตายไป แฟนก็ไม่ต้องมาทุกข์ร้อนกับเรา จะได้ไม่อยู่ให้คนอื่นลำบากใจ” (ID3)

“การฆ่าตัวตาย คือ หนทางออกที่ดีที่สุด ถ้าหนูตายคือความสำเร็จอีกขั้น ถ้าไม่ตายคนอื่นก็สมเพชว่าเรียกร้องความสนใจ” (ID5)

“การฆ่าตัวตาย ไม่ได้เป็นความเชื่ออะไร คิดว่าตายไปแล้วก็ไม่ต้องรับรู้อะไร จะได้ไม่เหนื่อย เหนื่อยกับความคิดตัวเอง” (ID7)

“การฆ่าตัวตาย เหมือนคล้ายๆถ้าเราเครียดเยอะ ก็เหมือนกับเรานอน เวลาเรานอน เราไม่เครียด ถ้าเราตายเราก็จะไม่เครียด ถ้าเราตายเราก็จะไม่ต้องมานั่งคิดอะไร” (ID8)

“การฆ่าตัวตาย เป็นความคิดชั่ววูบของคนที่ขาดความยั้งคิด ถ้าตายแล้วก็จบ ๆ ไป” (ID9)

“การฆ่าตัวตาย คือ ทำให้ตัวเราหลุดพ้นความทุกข์ ไม่ต้องรับรู้ปัญหา” (ID10)

“การฆ่าตัวตาย คือ เรื่องปกติ ก็แค่การฆ่าตัวตายปกติ ไม่ได้เกี่ยวกับหลักธรรมคำสอน เหมือนที่บอกว่าฆ่าตัวตายเป็นบาป ใคร ๆ ก็ฆ่าตัวตายได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตายมักมีสาเหตุถึงจะฆ่าตัวตาย” (ID1)

“การฆ่าตัวตาย เป็นเรื่องปกติ คนเราถ้าไม่จนตรอก ก็ไม่คิดฆ่าตัวตาย ถ้าเราทำได้แล้วจะให้มันเป็นแผลในใจใคร เราก็อำ” (ID4)

“การฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุด ทำแบบนี้ตายไปก็จะได้ไม่เป็นภาระใคร” (ID6)

**ประเด็นที่ 3 สิ่งที่ช่วยลดแรงจูงใจและความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย**

1) ความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการลดความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ที่ได้รับในช่วงที่มีความคิดฆ่าตาย โดยคนในครอบครัวพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ จำนวน 4 คน (ID2; ID3; ID4; ID7; ID8) คนในครอบครัวรับฟังด้วยความเข้าใจ จำนวน 1 คน (ID5) เพื่อนที่สนิททักทายแสดงความห่วงใย จำนวน 1 คน (ID6) ครอบครัวช่วยจัดเก็บอุปกรณ์อันตราย จำนวน 1 คน (ID9) ได้รับการบำบัดโดยนักจิตวิทยา จำนวน 1 คน (ID5) ทั้งนี้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 2 คน ที่ให้ข้อมูลว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือใด ๆ (ID1; ID10)

“แม่รีบมาอยู่เป็นเพื่อนสลัดกับแฟน แฟนซื้อหมามาให้เลี้ยง ไม่ให้เหงา ญาติพี่น้องก็ชวนไปหา แต่บางทีอารมณ์เราไม่ยอมไป แม่ก็ปลอบใจว่าอย่าคิดเยอะ ปลดปล่อยเขาไปอย่าเก็บมาคิด ก็ช่วยได้บ้าง” (ID2)

“ไม่มีใครช่วยเลย มีแค่แฟนนี่แหละ ชวนกินข้าว

ถามว่าอาบน้ำร้อน ชื้อยามาให้กิน ไม่เคยบอกใคร เวลาคิดอยากตาย แต่เขางงสังเกตจากพฤติกรรมที่เราเปลี่ยนไป” (ID3)

“แม่จะรีบมาห้ามว่าจะทำอะไร แล้วก็ตีมือผม แต่ผมก็คิดว่าตายไปดีกว่าอยู่แล้วทรมาน ยายก็พูดว่าอย่าคิดมากอยู่เพื่อยายก่อน อยู่บวชให้ยายเห็นก่อน พี่ช่างสักก็คอยรับฟังเวลาผมเครียด” (ID4)

“แม่และยายว่าบอกว่าไม่ต้องคิดมาก และเอายาให้เรากิน ก็ช่วยได้ระดับหนึ่ง แต่พอหนูกลับมาอยู่คนเดียวก็กลับมาคิดอีก มันเป็นที่ตัวหนู” (ID7)

“สามีช่วยเหลือ ครอบครัวหนู ยาย อา แม่แฟน เขาบอกว่าหางานใหม่ได้ แต่หนูคิดว่าหางานที่ไหนได้ที่เงินดีอย่างนี้ และสบายอย่างนี้มันไม่มีอีกแล้ว” (ID8)

“ยายเข้าใจหนูสุด เพราะมีประสบการณ์โรคซึมเศร้าเหมือนหนู ช่วยคอยช่วยให้ความอบอุ่น การกอดของยายอบอุ่นที่สุด ยายจะโทรหาหนูเรื่อย ๆ” (ID5)

“มีเพื่อนทักมาในแชทคอยให้กำลังใจ เพื่อนบอกสู้ ๆ อย่าคิดมาก เพื่อนทักว่าเป็นอะไร เห็นเศร้า ๆ ทำให้รู้สึกดีที่ยังมีเพื่อนทัก แต่ผมก็ไม่ได้ตอบเขาเพราะอารมณ์ผมมันเบื่อก ๆ” (ID6)

“พี่ชายก็จะคอยสั่งให้คนงานเก็บของกลัวเราเอา

ทำร้ายตัวเอง บางครั้งแม่บ้านก็มาเฝ้าไม่ให้อยู่นคนเดียว แต่ความคิดมันก็ยังวนเวียนไม่ไปไหน” (ID9)

2) การทำกิจกรรมช่วยลดความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอความคิดเห็นของตนเอง ถึงการใช้กิจกรรมที่ช่วยลดความคิดที่เกี่ยวกับการนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 2 คน (ID6; ID7) ดังเช่น

“การหากิจกรรมทำ ช่วยคนอื่นทำงาน การไปอยู่กับเพื่อน หรือออกไปดูหนังกับเพื่อน ที่ไม่ต้องอยู่คนเดียว เพราะการอยู่คนเดียวทำให้จิตฟุ้งซ่าน ต้องทำให้ตนเองไม่รู้สึกรึเบื่อ ไม่โดดเดี่ยวจะได้ไม่หุนหัน” (ID6)

“ต้องหาอะไรทำ เช่น ออกกำลังกาย หนูวิ่ง เล่นสูลาซูป ช่วยให้เหงื่อมันออกดีกว่านั่งน้ำตาไหล” (ID7)

3) การบำบัดทางจิตเพื่อจัดการอารมณ์ ซึมเศร้าโดยนักบำบัด พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 คน (ID5) เล่าประสบการณ์การได้รับการบำบัดทางจิตทางโทรศัพท์โดยนักจิตวิทยาว่า

“นักจิตวิทยาที่โรงพยาบาล (ชื่อ รพ. ชุมชนแห่งหนึ่ง) ช่วยคุยช่วยแนะนำ โทรหาทุกสัปดาห์ และให้การบ้านว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คิดไปเองมีอะไรที่เราเป็น ให้วาดรูปส่งทางไลน์ และให้เราเล่าว่าแต่ละวันเรามีอารมณ์ยังไง และเราทันอารมณ์

เรามั้ย บางครั้งก็ทำให้รู้สึกดี ไม่คิดเรื่องทำร้ายตนเอง” (ID5)

4) การหยุดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ตนเองและเสนอความคิดเห็นในการหยุดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทั้งให้คิดถึงบุคคลที่ตนเองรักและผูกพัน (ID2; ID3; ID4; ID6; ID7; ID8; ID9) ให้คิดถึงเป้าหมายในชีวิต (ID1; ID4; ID5) และหลีกเลี่ยงสิ่งมีนเมาขณะมีอารมณ์เศร้า (ID10)

“คิดว่าไม่มีอะไรที่จะหยุดฆ่าตัวตายได้ แต่ถ้าเป็นคนที่เรารักอยู่ข้าง ๆ เราก็อาจหยุดได้ อย่างหนูก็จะเป็นลูก ลูกกับแฟนคือคนที่หนูรักที่สุด แล้วก็แม่แฟนเพราะเขาดูแลหนูมาตั้งแต่หนูออกจากบ้าน และดูแลหนูเวลาไม่สบาย” (ID2)

“คิดถึงวันที่ครอบครัวเราเคยมีความสุข สนุกพยายามคิดบวกแล้วจะทำให้ไม่ค่อยเจ็บปวด ยาที่หมอให้มา ทำให้เรากินข้าวได้มากขึ้นแต่ก็ยังไม่ช่วยอะไรมาก” (ID3)

“มันต้องเป็นคนที่เราผูกพันมาก ๆ อาจเป็นแฟนกับแม่ที่ทำให้เราอยากอยู่กับเขา แค่อ้อมมือแล้วบอกว่าไม่ทำได้อะไร ยังรักแม่กับยายอยู่มั้ง ไม่ทำได้อะไร” (ID4)

“คิดว่าอนาคตตัวเองเรียนจบเป็นแพทย์ และอยากไปเรียนเฉพาะทางเป็นจิตแพทย์รักษาคนไข้จิตเวช

เพราะเราเคยมีประสบการณ์ป่วยด้วยตัวเอง  
มาแล้ว” (ID5)

“ให้นึกถึงหน้าพ่อหน้าแม่ ที่เขารักและดูแลเลี้ยงเรา  
มาโตขนาดนี้ อย่างผมตอนแขวนคอแล้วหายใจไม่  
ออก หน้าแม่ลอยมาทำให้นึกถึงแม่ แล้วก็คิดว่าใคร  
ก็ได้ช่วยอย่าให้ผมตายที แล้วก็พอดีที่เพื่อนขึ้นมา  
ทัน” (ID6)

“คิดถึงแม่ไว้ค่ะ หนูคิดถึงแม่ หนูสนิทกับแม่ แม่มี  
หนูตั้งแต่อายุน้อยเลยเหมือนเป็นรุ่นพี่ แม่คือคน  
ที่สุดแล้ว หนูรักแม่” (ID7)

“ถ้าหนูคิดถึงลูกในวันนั้น ก็คงไม่กระโดด แต่ใน  
ตอนนั้นหนูไม่คิดถึงแม่กระทั่งลูก ถ้าในเวลานั้น  
คิดถึงลูก ก็จะหยุดแต่ไม่คิดเลยเพราะหวัสมองบอก  
แต่ว่าตายอย่างเดียว” (ID8)

“บางครั้งก็พยายามคิดว่าจะหยุด หยุดความคิดชั่ว  
วูบ ต้องหยุดความคิดชั่วครู่ให้ได้ ให้พยายาม  
รักษาชื่อเสียงวงศ์ตระกูล กับครอบครัวข้างตัวเรา  
คิดถึงผลกระทบกับครอบครัว เสียหาย พี่น้อง  
อับอาย” (ID9)

“อาจไม่มีอะไรมาช่วยหยุดคิดฆ่าตัวตายได้ แต่ถ้า  
ให้เสนอแนะก็คงให้คิดถึงเป้าหมายในชีวิตที่เรา  
อยากทำ อย่างหนูมีเป้าหมายอยากมีคาเฟ่ อยาก  
ทำงาน อยากมีอะไรเป็นของตัวเอง” (ID1)

“ตอนที่กินยาไปแล้วอาสยใส่ถุงมุก คิดถึงคนที่อยู่  
ข้างหลังว่าจะอยู่ยังไง พี่ที่รับงานสักจะทำงานต่อ  
ยังไง คิดถึงเพื่อน แม่ น้อง มันคิดไปเรื่อย แล้วก็คิด  
ว่าเราต้องทำงาน เพราะมีลูกค้าที่เขายังส่งแบบแก็  
สักมาให้ แล้วใครจะช่วยพี่เขาแก้งาน” (ID4)

“ตอนนั้นกินเหล้าเริ่มเมา ๆ แล้วคิดแว็บขึ้นมาเลย  
ไปทำ ตอนแขวนคอแล้วห้อยลงมา มันทรมานมาก  
เริ่มกลัวตาย โชคดีที่เชือกมันขาดลงมาก่อน ตอน  
นั้นไม่น่ากินเหล้าช่วงที่กำลังเครียด กำลังเศร้า  
เพราะมันทำให้ขาดสติไปแขวนคอตายแบบนั้น”  
(ID10)

## อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้  
สะท้อนประสบการณ์การฆ่าตัวตาย โดยอธิบาย  
ตามประเด็นการศึกษาที่พบได้ดังนี้

ก่อนเกิดแรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย พบว่า  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเผชิญเหตุการณ์ความเครียดใน  
ชีวิต (stressful life events) จากความขัดแย้งกับ  
สมาชิกในครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก  
หรือสิ่งที่รัก ภาระหนี้สิน/ค่าใช้จ่ายการเงิน สอดคล้อง  
กับการศึกษาที่พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต  
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการ  
พยายามฆ่าตัวตาย โดยพบว่าปัญหารุนแรงกับคน  
ในครอบครัว เพื่อน วิกฤตการณ์ทางการเงิน เป็น  
ตัวทำนายการพยายามฆ่าตัวตายได้มากกว่าตัวแปร  
ทางสังคมวิทยา ความวิตกกังวล การใช้สารเสพติด  
หรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ทั้งนี้ มีการศึกษา

ไม่สอดคล้องกัน โดยพบว่าเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดจากความริ้วฉานหรือความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้น เป็นลักษณะแรงจูงใจระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายต่ำ<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายช่วงหนึ่งของชีวิตและช่วงที่ปลายชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าแรงจูงใจระหว่างบุคคลไม่เกี่ยวข้องกับการวางแผนฆ่าตัวตาย<sup>10</sup>

**แรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย** มีลักษณะเป็นรูปแบบความคิด/เจตนาในการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความคิดเชิงลบ (negative thoughts) ภายหลังจากเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คิดว่าตนเองเป็นภาระของคนในครอบครัว คิดว่าถูกทอดทิ้งจากคนที่รัก คิดว่าหมดหนทาง คิดว่าตนเองไม่ดี ซึ่งรูปแบบการคิดเชิงลบเป็นลักษณะสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์มากกับระดับความเครียดระดับคอร์ติซอล (cortisol) ที่เป็นบวก และออกซิโตซิน (oxytocin) ที่ตรงข้ามกัน<sup>11</sup> โดยความถี่ ความรุนแรงของการคิดเชิงลบ ประกอบด้วย การตัดสินใจไม่ได้ ความปรารถนาอยากเปลี่ยนแปลง การมีแนวคิดเชิงลบกับตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ การคาดหวังเชิงลบ และความสิ้นหวัง ซึ่งความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย แต่ไม่ได้สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย<sup>9</sup> ทั้งนี้ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบอกเหตุผลของการคิดฆ่าตัวตายโดยใช้คำว่า “*ไม่อยากเป็นภาระ*” สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยคิดว่าการไม่มีตนเองจะช่วยทำให้คนอื่นไม่ลำบาก สอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่า การเสียดสละตนเอง (self-renunciation) มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า การฆ่าตัวตายสูง และเหตุการณ์ในชีวิตที่ต้องแยกจากหรือการตายไป<sup>12</sup>

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) เกิดขึ้นตามความคิดเชิงลบ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดภาวะอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงอย่างเฉียบพลัน เป็นอารมณ์หดหู่ร่วมกับความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักใช้คำว่า “*อารมณ์คง*” สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ช่วงอารมณ์ซึมเศร้าวร่วมกับลักษณะเศร้าโศก (melancholic features) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย มีโอกาสเกิดการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้า<sup>13-15</sup> นอกจากนี้ในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าอารมณ์ซึมเศร้าอาจเกิดร่วมกับอาการตื่นตระหนก (panic) หรืออารมณ์โกรธ (anger) ที่นำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความโกรธที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย หลังจากที่ผู้ป่วยพยายามควบคุมความหงุดหงิด ความไม่เป็นมิตร ความตื่นตัววิตกกังวล ความเศร้าไปแล้ว และไม่สำเร็จ ซึ่งอาจพบถึงการแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรงก่อนจะมีความคิดฆ่าตัวตาย<sup>16</sup>

**ความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย** เป็นการแสดงพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสบการณ์เคยทำร้ายตัวเอง หรือเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ซึ่งมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายถึง 20.81 เท่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ฆ่าตัวตาย<sup>14,17</sup>

การเลือกวิธีการฆ่าตัวตายในการวิจัยนี้ พบว่าเป็นวิธีการฆ่าตัวตายที่คุ้นเคยหรือใกล้ชิดตัว ได้แก่ วิธีการกินยาเกินขนาด แขนงคอ การใช้มีดแทงตัวเองหรือกรีดแขนตนเอง วิ่งให้รถชน กระโดดตึก และกินน้ำยาล้างห้องน้ำ โดยให้เหตุผลว่าวิธีการเหล่านี้เป็นที่คุ้นชินเป็นประจำ ใกล้ตัว และทำให้เสียชีวิตได้เร็ว ไม่ทรมานนาน นอกจากนี้ แหล่งที่มาของวิธีการฆ่าตัวตายสามารถพบเห็นในสมาร์ทโฟนที่แชร์หน้าเพจ Facebook หรือสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ เช่น Google ในขณะที่การศึกษาวิธีการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศอินเดีย พบว่าวิธีการกินสารพิษมากกว่าวิธีการอื่น ๆ<sup>18</sup> ส่วนวิธีการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและ โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการฆ่าตัวตายด้วยการกินสารพิษ/การใช้อุปกรณ์มีคมเป็นที่แพร่หลายในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว เมื่อเทียบกับกลุ่มโรคซึมเศร้า การใช้ยาคล่อมประสาท/ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยารักษาโรค พบได้ทั้งสองกลุ่มโรคไม่แตกต่างกัน การกินยากัปัด ยาคล่อมประสาทและยากดประสาทอื่น สารที่เป็นของแข็ง และของเหลวอื่น การแขวนคอพบมากกลุ่มโรคซึมเศร้า<sup>19</sup>

ทั้งนี้ การวางแผนฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทั้งวางแผนล่วงหน้าและไม่ได้วางแผนไว้ก่อน สำหรับการวางแผนดำเนินการตั้งแต่ไม่ถึง

ครึ่งชั่วโมงถึง 1 เดือน และบางรายที่มีภาวะอารมณ์โกรธร่วมกับภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดภาวะหุนหันพลันแล่นจึงไม่มีการวางแผนฆ่าตัวตายมาก่อน สำหรับความตั้งใจให้ถึงแก่ความตาย พบว่าระดับความตั้งใจให้ถึงแก่ความตายของผู้ป่วยซึมเศร้ามีทั้งตั้งใจให้ตายสำเร็จ และไม่ตั้งใจให้ตายสำเร็จแต่ยอมรับได้หากถึงแก่ความตายจริง สอดคล้องกับการศึกษาความตั้งใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าความตั้งใจให้ตายไม่มีความแตกต่างกัน<sup>18</sup>

การให้ความหมายของการฆ่าตัวตายเชิงบวก พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงการกระทำที่ทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตว่าเป็นการช่วยให้ตนเองไม่ต้องรับรู้ปัญหา เป็นเรื่องปกติ เป็นหนทางออกในการแก้ปัญหาที่ดี คล้ายกับการนอนหลับไปแล้วก็ไม่ต้องรับรู้อะไร และเป็นการช่วยให้อับปัญหา มีความใกล้เคียงกับการศึกษาประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย: ความแตกต่างทางเพศภาวะ พบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายทั้งเพศหญิงและชาย ให้ความหมายต่อการฆ่าตัวตายเหมือนกัน 2 ประเด็นคือ เป็นทางออกจากความมืด และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานทางจิตใจ<sup>20</sup>

การได้รับความช่วยเหลือ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และมีผู้ป่วยชายโรคซึมเศร้าที่อยู่ช่วงวัยรุ่นเพียงหนึ่งคนที่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนสนิท รูปแบบการช่วยเหลือ ได้แก่ การพูดคุยบอใจให้กำลังใจ แสดงท่าทีห่วงใย รับฟังอย่างเข้าใจ

ให้ความสนใจ อยู่เป็นเพื่อน และจัดเก็บอุปกรณ์อันตรายให้มิดชิด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่มากขึ้นสามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายที่ลดลงได้ในขณะที่เพื่อนและผู้ช่วยเหลือคนอื่น ๆ ไม่สามารถทำนายการลดความคิดฆ่าตัวตายได้<sup>21</sup>

นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ข้อเสนอแนะในการลดความคิดฆ่าตัวตายด้วยการทำกิจกรรมทางกาย ได้แก่ ออกไปเที่ยว ออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่ทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว และการออกกำลังกายมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าและลดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>22-23</sup>

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประสบการณ์ได้รับการบำบัดทางจิต ด้วยการที่นักจิตวิทยาโทรศัพทพูดคุยและมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทุกสัปดาห์เพื่อทบทวนอารมณ์ซึมเศร้าของตนเอง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมการจัดการทางจิตวิทยากับการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับการดูแลระดับปฐมภูมิพบว่ามีประสิทธิภาพต่อการลดอารมณ์ซึมเศร้าได้<sup>24</sup> และพบว่าการบำบัดที่บ้านโดยไม่ได้ใช้ยามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน<sup>25</sup>

**การหยุดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย** พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้นำประสบการณ์ขณะตนเองกำลังฆ่าตัวตายถึงการหยุดหรือไม่พยายามฆ่าตัวตายต่อไป คือ (1) การคิดถึงบุคคลที่ตนเองรักและรักตนเอง อธิบายได้จากการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้าง

ภาวะอารมณ์กับการฆ่าตัวตาย พบว่า ความรู้สึกรัก (feelings of love) มีความเกี่ยวข้องมากกับการพยายามฆ่าตัวตาย และปฏิกิริยาของความรู้สึกสงบระดับปานกลาง (feelings of calm) มีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกรักในขณะที่ฆ่าตัวตาย<sup>26</sup> (2) คิดถึงเป้าหมายในชีวิต อธิบายได้ใกล้เคียงกับการศึกษาความหมายของชีวิตหลังพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าภาวะอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ (spiritual) ความมุ่งมั่นในชีวิต และการค้นพบความสามารถของตนเองที่จะมาเป็นผู้ชนะได้อีกครั้ง<sup>27</sup> (3) หลีกเลียงสิ่งมีนเมาในช่วงที่มีอารมณ์เศร้า อธิบายได้จากการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายกับการดื่มแอลกอฮอล์พบว่ามีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม และความมีนเมาจากการดื่มพบร่วมกับการพยายามฆ่าตัวตายแบบเฉียบพลันได้เช่นกัน<sup>28</sup>

## สรุป

แรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเป็นลักษณะความคิดที่อยากจะตาย เกิดขึ้นหลังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดเชิงลบต่อตนเอง นำไปสู่ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า หรืออารมณ์ซึมเศร้าร่วมกับอารมณ์อื่น ๆ เช่น โกรธ ตื่นตระหนก จากนั้นจึงนำไปสู่ความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย ซึ่งแสดงออกถึงความพยายามในการฆ่าตัวตาย โดยนำประสบการณ์เดิมที่เคยทำร้ายตนเองมาก่อนมาใช้ในการฆ่าตัวตาย โดยเลือกวิธีการฆ่าตัวตายที่คุ้นเคยหรือใกล้ตัว โดยอาจมีการวางแผนล่วงหน้าไว้ก่อน หรือไม่มีการ

วางแผนในภาวะหุนหันพลันแล่นก็ได้ โดยมีความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองตายสำเร็จ หรือเกิดลังเลใจในการฆ่าตัวตายว่าจะไม่สำเร็จสมบูรณ์ แต่หากเกิดการตายจริงก็ยอมรับได้ โดยมองว่าการฆ่าตัวตายในเชิงบวกว่าเป็นเรื่องปกติ ทำให้ไม่ต้องรับรู้ปัญหาเป็นหนทางออกในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด สำหรับความช่วยเหลือในการลดแรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย มาจากคนในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าความช่วยเหลือจากผู้สนับสนุนอื่น ๆ การทำกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว การรับการรักษาจิตจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้บำบัด สิ่งเหล่านี้ช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้า ทำให้ป้องกันการคิดฆ่าตัวตายได้ และความช่วยเหลือในการลดความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย มาจากตัวผู้ป่วยเองโดยตรงด้วยการคิดถึงบุคคลที่ตนเองรักและรักตนเอง การคิดถึงเป้าหมายในชีวิต และการหลีกเลี่ยงสิ่งมีนเมาช่วงที่มีอารมณ์เศร้าจะช่วยป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้

### เอกสารอ้างอิง

- Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychol Med* 2019; 49(10): 1691-704.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/ โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
- Pukrittayakamee P, Ratta-apha W, Sirirat C, Singhakant S, Wannachavee U, Satra T, et al. Prevalence and associated factors of suicidal ideation among patients with major depressive disorder. *J Med Assoc Thai* 2022; 105(2): 85-90.
- มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2553.
- สมบัติ สกุดพรรณ. การพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. เชียงใหม่: สมาร์ท โคดดิ้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2564.
- O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2018; 373(1754).
- Husseri E. *Phenomenology and the crisis of philosophy*. New York: Harper & Row; 1965.
- Wang Y, Sareen J, Afifi TO, Bolton SL, Johnson EA, Bolton JM. A population-based longitudinal study of recent stressful life events as risk factors for suicidal behavior in major depressive disorder. *Arch Suicide Res* 2015; 19(2): 202-17.
- Janiri D, De Rossi P, Kotzalidis GD, Girardi P, Koukopoulos AE, Reginaldi D, et al. Psychopathological characteristics and adverse childhood events are differentially associated with suicidal ideation and suicidal acts in mood disorders. *Eur Psychiatry* 2018; 53: 31-6.
- Alessi M, Szanto K, Dombrowski A. Motivations for attempting suicide in mid- and late-life. *Int Psychogeriatr* 2019; 31(1): 109-21.
- Thomas SJ, Larkin T. Cognitive distortions in relation to plasma cortisol and oxytocin levels in major depressive disorder. *Front Psychiatry* 2019; 10: 971.
- Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Yoshizawa Y, Asamura K, Ishikawa Y, et al. Motivation factors for suicidal behavior and their clinical relevance in admitted psychiatric patients. *PloS one* 2017; 12(4): e0176565.
- Heuschen C, Mocking RJT, Zantvoord JB, Figueroa CA, Schene AH, Denys D, et al. Suicidal ideation in remitted major depressive disorder predicts recurrence. *J Psychiatr Res* 2022; 151: 65-72.

14. Xin LM, Chen L, Su YA, Yang FD, Wang G, Fang YR, et al. Risk factors for recent suicide attempts in major Depressive disorder patients in China: results from a national study. *Front Psychiatry* 2018; 9: 300.
15. Park S, Hatim SA, Srisurapanont M, Chang SM, Liu CY, Bautista D, et al. The association of suicide risk with negative life events and social support according to gender in Asian patients with major depressive disorder. *Psychiatry Res* 2015; 228(3): 277-82.
16. Jha MK, Fava M, Minhajuddin A, Chin Fatt C, Mischoulon D, Cusin C, et al. Association of anger attacks with suicidal ideation in adults with major depressive disorder: Findings from the EMBARC study. *Depress Anxiety* 2021; 38(1): 57-66.
17. Goncalves PA, Lopez MM, deAzevedo CT, Campos MT, daSilva AR, Jansen K, deMattos DSL. Incidence and risk factors for suicide attempts in patients diagnosed with major depressive disorder. *Psychol Res Behav Manag* 2020; 13: 1147-57.
18. Belsiyal CX, Rentala S, Das A. Frequency of suicide ideation and attempts and its correlates among inpatients with depressive disorders at a tertiary care center in North India. *J Family Med Prim Care* 2022; 11(6): 2537-44.
19. Vadukapuram R, Trivedi C, Mansuri Z, Jain S. Common methods of suicide and self-inflicted poisoning/injury by individuals with major depressive disorder and bipolar disorder: a nationwide inpatient sample analysis. *Prim Care Companion CNS Disord* 2022; 24(4): 21m03159.
20. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงกฤา โคตนาการ, รัชฎาพร ธรรมน้อย, อรพิน ยอดกลาง, นุชบา อนุศักดิ์. ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย: ความแตกต่างทางเพศภาวะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556; 58(3): 245-56.
21. Olatunji OA, Idemudia ES, Olawa BD. Family support, self-efficacy and suicidal ideation at emerging adulthood: a mediation analysis. *Int J Adolesc Youth* 2020; 25(1): 920-31.
22. Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Rosenbaum S, Schuch FB, Mugisha J, et al. Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018; 225: 438-48.
23. Hu MX, Turner D, Generaal E, Bos D, Ikram MK, Ikram MA, et al. Exercise interventions for the prevention of depression: a systematic review of meta-analyses. *BMC Public Health* 2020; 20(1): 1255.
24. Conejo-Ceron S, Moreno-Peral P, Rodriguez-Morejon A, Motrico E, Navas-Campana D, Rigabert A, et al. Effectiveness of psychological and educational interventions to prevent depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2017; 15(3): 262-71.
25. Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, Ittasakul P, Thakkinstian A, Anothaisintawee T. Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open* 2017; 7(7): e014499.
26. Yaseen ZS, Fisher K, Morales E, Galynker, II. Love and suicide: the structure of the Affective Intensity Rating Scale (AIRS) and its relation to suicidal behavior. *PloS one* 2012; 7(8): e44069.
27. Alves CA, Cunha MI, Antônio dos Santos M, Miasso IA, Zanetti ACG, Carvalho CJ, et al. The meaning of life after a suicide attempt. *Arch Psychiatr Nurs* 2022; 36: 17-23.
28. Dambrauskiene K, Adomaitiene V, Zalinkevicius R, Jariene G, Vilkas V, Rybakova I, et al. Can suicide attempt be related to problem drinking: cohort study. *Alcohol Alcohol* 2019; 54(1): 104-11.

# การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวล และระดับอาการซึมเศร้า ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

นัตรคนัย อุประวรรณ, พท.บ.\*, อำพล บุญเพียร, วท.ม.\*,  
ศิริโรจน์ ทองรอด, ประ.ค.\*, ปราณีย์ ลิ้มกุล, วท.บ.\*

\*วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวล และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับอาการซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**วัสดุและวิธีการ :** การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จำนวน 107 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปจำนวน 4 ข้อ 2) ความวิตกกังวลความวิตกกังวล จำนวน 9 ข้อ และ 3) อาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และและตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและระดับอาการซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

**ผล :** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.9) อยู่ในหลักสูตรเวชระเบียน (ร้อยละ 40.2) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ที่ 15,001 - 20,000 บาท (ร้อยละ 29.0) และใช้จ่ายต่อเดือน 6,001 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 32.7) ภาพรวมมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่  $3.3 \pm 0.70$  นักศึกษาไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 68 คน (ร้อยละ 63.6) มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 25.2) มีความซึมเศร้าปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 9.3) และความซึมเศร้ารุนแรง 2 คน (ร้อยละ 1.9) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลคือ รายได้ครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป และหลักสูตรแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ประมาณร้อยละ 10.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับภาวะซึมเศร้า คือ จำนวนเงินที่ได้รับในการใช้จ่ายต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท และหลักสูตรรังสีเทคนิค สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ประมาณร้อยละ 8.0

**สรุป :** ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษในนักศึกษากลุ่มดังกล่าวเพื่อป้องกันผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**คำสำคัญ :** ความวิตกกังวล ซึมเศร้า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : อำพล บุญเพียร, e-mail: aumpol@kmpht.ac.th

วันรับบทความ : 26 สิงหาคม 2565; วันแก้ไขบทความ : 25 ธันวาคม 2565; วันตอบรับบทความ : 3 มกราคม 2566

# THE STUDY OF FACTORS INFLUENCING ANXIETY AND THE LEVEL OF DEPRESSION IN THE SITUATION OF COVID-19 OF THE STUDENTS OF KANCHANABHISEK INSTITUTE OF MEDICAL AND PUBLIC HEALTH TECHNOLOGY

Chatdanai Uparawanna, B.TM.\*, Aumpol Bunpean, M.Sc.\*,

Sirorat Thongrod, Ph.D.\*, Pranee Limkun, B.Sc.\*

*\*Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology,  
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute*

## Abstract

**Objectives:** 1) Study the factors that influence the level of anxiety. 2) Study the factors that influenced the level of anxiety and depression in the situation of coronavirus disease-19 (COVID-19).

**Material and Methods:** This was a descriptive study. The sample was 107 undergraduate students at Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology. The tool used as an online questionnaire consists of 3 parts as follows: 1) general information, 4 items 2) Anxiety, anxiety, 9 items and 3) 9 symptoms of depression. The instruments were inspected for quality by checking for accuracy by 3 experts and checking for reliability got a confidence value of 0.83. The statistics used in general data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation. Factors influencing anxiety and depressive symptoms were studied by multiple regression analysis.

**Results:** Most of the sample were female (87.9%), were in the medical record course (40.2%), had a family average income of 15,001 -20,000 baht (29.0%) and monthly spending of 6,001 baht or more (32.7%). Overall, there was a moderate level of concern over the situation of the coronavirus disease 2019. The mean is  $3.33 \pm 0.7$ . 68 students (63.6%) had no symptoms of depression, 27 had mild symptoms of depression (25.2%), 10 had moderate depression (9.3%) and 2 had severe depression (1.9%). Factors that influence anxiety are Family income 40,001 baht or more and Thai traditional medicine courses This could account for approximately 10.6% of the variance. Factors influencing depression levels were: The amount received in monthly spending less than 1,000 baht and technical radiology courses could account for about 8.0 percent of the variance.

**Conclusion:** Therefore, special surveillance should be exercised in these groups of students to prevent the impact of the coronavirus disease 2019 epidemic situation.

**Key words:** anxiety, depression, COVID-19

---

Corresponding author: Aumpol Bunpean, e-mail: aumpol@kmpht.ac.th

Received: August 26, 2022; Revised: December 25, 2022; Accepted: January 3, 2023

## บทนำ

จากสถานการณ์ของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เริ่มประกาศเตือนว่ามีการระบาดของโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ โดยผู้ป่วยรายแรกที่มีการติดเชื้อพบที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562 และพบผู้ป่วยติดเชื้อรายแรกที่มีการเสียชีวิต เมื่อวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2563<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกในวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศ “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” ส่งผลให้ทุกประเทศเริ่มมีความวิตกกังวล และตื่นตัวออกมาตรการการป้องกันต่าง ๆ เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคทั้งภายในและระหว่างประเทศ โดยในประเทศไทยได้ประกาศกำหนดให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ และมียอดผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นระยะ โดยจากการรายงานในวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสม 3,216 ราย รักษาหาย แล้ว 3,088 ราย รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 70 ราย และเสียชีวิต 58 ราย ซึ่งผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าวนี้มีความรุนแรงต่อด้านต่าง ๆ เช่น ภาวะสุขภาพของประชาชน เศรษฐกิจ สังคม และการศึกษาที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป<sup>2</sup>

ในด้านการศึกษา เด็กและเยาวชนเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง จากมาตรการและสถานการณ์ที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดปรากฏการณ์ การ

สูญเสียการเรียนรู้ (learning loss) หรือ COVID Slide ซึ่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งประเทศ ทำให้เด็กไม่ได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติมที่มีพัฒนาการซำมากขึ้น และนอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยจากข้อมูลขององค์การยูนิเซฟ รายงานว่าเด็กที่อาศัยอยู่โดยไม่มีพ่อแม่ใช้เวลากับโซเชียลมีเดีย กิจกรรม ออนไลน์ (ร้อยละ 88) ดูทีวี (ร้อยละ 85) เล่นเกมทั้งออฟไลน์และออนไลน์ (ร้อยละ 52) มากกว่าช่วงก่อน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะระบาดเทียบกับเด็กที่มีชีวิตอยู่กับผู้ปกครองอย่างน้อยหนึ่งคน<sup>3</sup> โดยจากการศึกษาความวิตกกังวลในการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาระดับปริญญาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า นักศึกษามีความวิตกกังวลภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความเครียดในด้านเนื้อหารายวิชาในระดับมากที่สุด<sup>4</sup>

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เป็นหนึ่งในสถาบันการศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาด ซึ่งทางจังหวัดได้ออกมาตรการให้สถานการศึกษาที่แห่ง มีมาตรการในการป้องกันการระบาดแพร่กระจายของเชื้อ วิทยาลัยฯ จึงต้องมีมาตรการควบคุมการรวมกลุ่มของบุคคล ทำให้นักศึกษาระดับปริญญาตรีทุกหลักสูตรต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ ซึ่งเป็นระยะเวลาติดต่อกว่า 2 ภาคการศึกษา ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งในด้านจิตใจ โดยจากการสำรวจข้อมูลของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบัน

พระบรมราชชนก พบว่ามีนักศึกษามีความเครียดในระดับน้อยร้อยละ 61.25 เครียดปานกลาง ร้อยละ 27.90 เครียดมาก ร้อยละ 5.87 และเครียดมากที่สุด ร้อยละ 4.725 ซึ่งปัจจัยดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการจัดการศึกษา ทางคณะผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและระดับอาการซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษา ระดับความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ศึกษา ระดับอาการซึมเศร้า ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 4) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้าในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับนักศึกษาต่อไป

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลและระดับอาการซึมเศร้า ตลอดจนหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระดับอาการซึมเศร้าของนักศึกษา

ในระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก โดยมีวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จำนวน 436 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ซึ่งมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการดำเนินการดังนี้

1) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลโดยใช้โปรแกรม G\* Power โดยเลือก Test family เป็น F test เลือก Statistical test เป็น Multiple Linear Regression: Fix model, R2 Deviation from zero เลือก Type of power analysis เป็น A priori: Compute sample size – given  $\alpha = 0.05$ , Power = 0.95, Effect size 0.15 และ Number of predictors = 2 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1.1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

1.2) ยินยอมตอบแบบสอบถาม

โดยลงนามเข้าร่วมการวิจัยผ่านทางระบบออนไลน์

โดยในการศึกษาคั้งนี้มีการป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนโดยการกำหนดให้ทุกข้อคำถามต้องมีการตอบหากตอบไม่ครบจะไม่สามารถส่งแบบสอบถามได้ จึงไม่ได้กำหนดอัตราการสูญหาย

2) เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธี สุ่มกลุ่มตัวอย่างเชิงระบบ (systematic random sampling) ตามหลักสูตรเรียงลำดับโดยเลขที่ โดยในกรณีทีกลุ่มตัวอย่างในลำดับที่เลือกไม่สามารถให้ข้อมูลได้จะทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงที่สุด โดยใช้ลำดับก่อนหน้าเป็นลำดับแรก เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยคั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย 4 คำถาม ได้แก่ เพศ หลักสูตร รายได้เฉลี่ยครอบครัว และจำนวนเงินที่ได้รับในการใช้จ่ายต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประยุกต์และดัดแปลงมาจากแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของลัททิมิ นิมวงษ์<sup>4</sup> โดยเพิ่มประเด็น สภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัว และประเด็นการรับรู้ข่าวสาร โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 9 ประเด็น ดังต่อไปนี้ สภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัว บรรยากาศการเรียนผ่านระบบออนไลน์ ปัญหาการเรียนผ่านระบบออนไลน์

เนื้อหาวิชา ความสามารถในการเรียน กิจกรรม/ การบ้าน การประเมินผล การรับรู้ข่าวสาร และสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีเกณฑ์พิจารณาระดับความวิตกกังวล 5 ระดับ ได้แก่

1 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลน้อยที่สุด

2 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลน้อย

3 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลปานกลาง

4 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลมาก

5 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลมากที่สุด

โดยมีการแปลคะแนนภาพรวม<sup>6</sup> ดังนี้

ค่าเฉลี่ย                      การแปลผล

1.00 - 1.80                    น้อยที่สุด

1.81 - 2.60                    น้อย

2.61 - 3.40                    ปานกลาง

3.41 - 4.20                    มาก

4.21 - 5.00                    มากที่สุด

ซึ่งได้นำแบบประเมินไปคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และนำไปประเมินความเชื่อมั่นได้ค่า 0.83

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งนำมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต<sup>7</sup> เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดย 0 หมายถึง ไม่มีเลย 1 หมายถึง เป็นบางวัน 1 - 7 วัน 2 หมายถึง เป็นบ่อย มากกว่า 7 วัน และ 3 หมายถึง เป็นทุกวัน ซึ่งมีประเด็นคำถาม 9 ข้อ โดยมีการแปลค่าคะแนนในภาพรวม ดังนี้

น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า

7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรค

ซึมเศร้าในระดับน้อย

13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลาง

มากกว่า 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง

ซึ่งได้นำแบบประเมินไปคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และนำไปประเมินความเชื่อมั่นได้ค่า 0.84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นตอนการศึกษา

1.1 ผู้วิจัยขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือจากวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ถึงหัวหน้าภาควิชาของหลักสูตรระดับปริญญาตรีในวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

#### 2. ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

2.1 ทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างผ่านทางระบบออนไลน์ Google meet เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามโดยละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงบทบาทของผู้ประสานงาน ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ผ่านทางช่องทางการติดต่อออนไลน์ของคณะผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามาตอบแบบสอบถามผ่านทางแบบสอบถามออนไลน์

โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน 2565

### 3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มตัวอย่างกรอกกลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจผ่านทางระบบออนไลน์

3.2 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนผ่านทางระบบออนไลน์

3.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามผ่านทางออนไลน์มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขที่ KMPHT - 630200044 วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2564

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. ศึกษาความสามารถในการทำนายของข้อมูลส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และอาการซึมเศร้า ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple linear

regression) ด้วยใช้วิธีการการเลือกตัวแปร โดยวิธี  
เพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (stepwise regression)  
โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## ผล

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศ  
หญิง ร้อยละ 87.9 เพศชายร้อยละ 12.1 ศึกษาอยู่ใน  
หลักสูตรเวชระเบียน ร้อยละ 40.2 แพทย์แผนไทย

ร้อยละ 33.6 และรังสีเทคนิค ร้อยละ 26.2 รายได้  
เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ที่ 15,001 - 20,000 บาท  
ร้อยละ 29.00 รองลงมาน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ  
27.1 และ 20,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 17.8 น้อย  
ที่สุดคือ 30,001 - 40,000 บาท และ 40,001 บาทขึ้นไป  
ร้อยละ 13.1 และใช้จ่ายต่อเดือน 6,001 บาท ขึ้นไป  
ร้อยละ 32.7 รองลงมา 3,001 - 4,000 บาท และ  
4,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 15.9 และน้อยที่สุด  
น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 3.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 107)

| ข้อมูล                          | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------|-------|--------|
| เพศ                             |       |        |
| ชาย                             | 13    | 12.10  |
| หญิง                            | 94    | 87.90  |
| หลักสูตร                        |       |        |
| การแพทย์แผนไทย                  | 36    | 33.60  |
| เวชระเบียน                      | 43    | 40.20  |
| รังสีเทคนิค                     | 28    | 26.20  |
| รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน |       |        |
| น้อยกว่า 15,000 บาท             | 29    | 27.1   |
| 15,000 - 20,000 บาท             | 31    | 29.00  |
| 20,001 - 30,000 บาท             | 19    | 17.80  |
| 30,001 - 40,000 บาท             | 14    | 13.10  |
| 40,001 บาทขึ้นไป                | 14    | 13.10  |

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 107) (ต่อ)

| ข้อมูล                                 | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| จำนวนเงินที่ได้รับในการใช้จ่ายต่อเดือน |       |        |
| น้อยกว่า 1,000 บาท                     | 4     | 3.70   |
| 1,000 - 2,000 บาท                      | 9     | 8.40   |
| 2,001 - 3,000 บาท                      | 12    | 11.20  |
| 3,001 - 4,000 บาท                      | 17    | 15.90  |
| 4,001 - 5,000 บาท                      | 17    | 15.90  |
| 5,001 - 6,000 บาท                      | 13    | 12.10  |
| 6,001 บาท ขึ้นไป                       | 35    | 32.70  |

## 2. ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมนักศึกษามีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง (mean = 3.3, SD = 0.70) โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีความวิตกกังวลมากที่สุดคือ ด้านเนื้อหารายวิชา อยู่ในระดับมาก (mean = 3.7, SD = 0.83) รองลงมาคือความสามารถในการเรียนอยู่ในระดับมาก (mean = 3.5, SD = 0.83) สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (mean = 3.4, SD = 0.88) และน้อยที่สุดคือ การประเมินผลการเรียน อยู่ในระดับ

ปานกลาง (mean = 3.1, SD = 0.91) ดังแสดงในตารางที่ 2

## 3. ระดับอาการของโรคซึมเศร้าของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมา มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 25.2 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.3 และมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 1.9

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลของนักศึกษาต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (n = 107)

| ข้อมูล                                  | ความวิตกกังวล |      |         |
|---|---------------|------|---------|
|   | mean          | SD   | ระดับ   |
| 1. สภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัว            | 3.4           | 0.93 | มาก     |
| 2. บรรยากาศการเรียนผ่านระบบออนไลน์      | 3.4           | 0.85 | ปานกลาง |
| 3. ปัญหาในการเรียนผ่านระบบออนไลน์       | 3.2           | 1.05 | ปานกลาง |
| 4. เนื้อหารายวิชา                       | 3.7           | 0.83 | มาก     |
| 5. ความสามารถในการเรียน                 | 3.5           | 0.83 | มาก     |
| 6. กิจกรรม/ การบ้าน                     | 3.2           | 0.86 | ปานกลาง |
| 7. การประเมินผล                         | 3.1           | 0.91 | ปานกลาง |
| 8. การรับรู้ข่าวสาร                     | 3.2           | 0.94 | ปานกลาง |
| 9. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 3.4           | 0.88 | มาก     |
| เฉลี่ยรวม                               | 3.3           | 0.70 | ปานกลาง |

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามจำแนกตามระดับอาการซึมเศร้า (n = 107)

| ระดับอาการซึมเศร้า                  | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|
| ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า            | 68    | 63.6   |
| มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย    | 27    | 25.2   |
| มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลาง | 10    | 9.3    |
| มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง  | 2     | 1.9    |
| mean = 6.9, SD = 4.49               |       |        |

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า รายได้ครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป และหลักสูตรแพทย์แผนไทย

สามารถอธิบายความแปรปรวนความวิตกกังวลได้ประมาณร้อยละ 10.6 ที่เหลืออีกร้อยละ 89.4 เป็นผลจากตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาพิจารณา เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลได้ดีที่สุดคือ รายได้ครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป รองลงมาก็คือ หลักสูตรการแพทย์แผนไทย

**5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับอาการของโรคซึมเศร้า ในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก**

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อระดับอาการของโรคซึมเศร้าในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า จำนวนเงินที่ได้รับในการใช้จ่ายต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท และหลักสูตรรังสีเทคนิคสามารถอธิบายความแปรปรวนระดับอาการซึมเศร้าได้ประมาณร้อยละ 8.0 ที่เหลืออีกร้อยละ

92.0 เป็นผลจากตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาพิจารณา เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงของความเครียดได้ดีที่สุดคือ หลักสูตรรังสีเทคนิค รองลงมาก็คือ จำนวนเงินที่ได้รับในการใช้จ่ายต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท รองลงมาก็คือ หลักสูตรรังสีเทคนิค ตามลำดับ

**อภิปราย**

ภาพรวมนักศึกษามีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง (mean = 3.3, SD = 0.70) โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีความวิตกกังวลมากที่สุดคือ ด้านเนื้อหาวิชา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.7 อธิบายได้ว่าในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาด มีการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งไม่เคยมีการจัดการเรียนการสอนมาก่อน จึงอาจทำให้รู้สึกกังวลในการเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาเกี่ยวกับบทเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความวิตกกังวล

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ stepwise ในการพยากรณ์ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

| ตัวแปร                          | B     | Beta  | t      | p-value  |
|---------------------------------|-------|-------|--------|----------|
| ค่าคงที่ (Constant)             | 3.294 |       | 39.087 | < 0.001* |
| รายได้ครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป | -.542 | -.261 | -2.832 | 0.006*   |
| หลักสูตรการแพทย์แผนไทย          | .308  | .208  | 2.256  | 0.026*   |

$R^2 = 0.106, p\text{-value} = 0.001$

\*p-value < 0.05

## ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ stepwise ในการพยากรณ์อาการของโรคซึมเศร้า

| ตัวแปร   | B     | Beta | t      | p-value  |
|--|-------|------|--------|----------|
| ค่าคงที่ (Constant)  | 5.747 |      | 11.671 | < 0.001* |
| จำนวนเงินที่ได้รับในการใช้จ่ายต่อเดือน<br>น้อยกว่า 1,000 บาท | 4.743 | .202 | 2.148  | 0.034*   |
| หลักสูตรรังสีเทคนิค  | 2.672 | .263 | 2.804  | 0.006*   |
| $R^2 = 0.080, p\text{-value} = 0.005$                        |       |      |        |          |

\*p-value &lt; 0.05

ในการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนิสิตสาขาพลศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลของนิสิตสาขาพลศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาทางด้านความวิตกกังวลของนิสิตสาขาพลศึกษา 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านเนื้อหา รายวิชาเท่ากับ 4.4 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านกิจกรรม/การบ้าน 4.1 และด้านความสามารถในการเรียน 4.1 อยู่ในระดับมาก<sup>4</sup>

ภาพรวมนักศึกษา มีค่าเฉลี่ยระดับอาการซึมเศร้าคือ 6.38 (mean = 6.4, SD = 4.49) โดยไม่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 63.6 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ร้อยละ 25.2 แต่อย่างไรก็ตามมีนักศึกษาจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9 ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้นักศึกษาต้องเรียนในรูปแบบออนไลน์ โดยส่วนใหญ่ต้องกลับไปบ้านตนเองซึ่งมีผู้ปกครองคอยดูแลอยู่ จึงไม่มีผลกระทบต่อภาวะ

ซึมเศร้าสอดคล้องกับการศึกษา พบว่าภาวะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า โดยในการสำรวจมีผู้สูงอายุมีระดับของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า เป็นจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 65.10 รองลงมาคือระดับเริ่มมีอาการซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 30.47 และพบว่า ระดับที่เริ่มเป็นโรคซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 4.43<sup>8</sup>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในสถานการณ์โควิด-19 พบว่า รายได้ครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป และหลักสูตรแพทย์แผนไทยสามารถอธิบายความแปรปรวนความวิตกกังวลได้ประมาณร้อยละ 10.6 โดยรายได้ครอบครัวมีอิทธิพลเชิงลบ และหลักสูตรการแพทย์แผนไทยมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความวิตกกังวลในสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า COVID-19 มีผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้คนว่างงาน เพราะโรงงานปิดกิจการ ผู้ปกครองไม่มีรายได้

นักเรียน/นักศึกษาไม่มีเงินใช้จ่ายเป็นค่าหน่วยกิต และอุปกรณ์การศึกษา<sup>9</sup> การที่มีรายได้ครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป หรือเฉลี่ยมากกว่า 1,000 บาท ต่อวันถือว่าเป็นรายได้ค่อนข้างสูง จึงมีผลกระทบค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของนิลวรรณงามขำ และคณะ (2565)<sup>10</sup> ที่ทำการศึกษารื่อง ความสัมพันธ์ของผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านสังคม และการรับรู้ข่าวสารต่อความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่พบว่าตัวแปรผลกระทบด้านเศรษฐกิจ มีผลต่อความวิตกกังวลมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และในด้านของหลักสูตรสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างของหลักสูตร จะเห็นอย่างชัดเจนว่า หลักสูตรการแพทย์แผนไทยมีจำนวนหน่วยกิตที่มี ชั่วโมงทดลองมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับหลักสูตรอื่น จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย เนื่องจากในช่วงสถานการณ์ดังกล่าวจำเป็นต้องใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ซึ่งไม่เหมาะกับรายวิชาฝึกปฏิบัติ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โควิด-19 พบว่า จำนวนเงินที่ได้รับในการใช้จ่ายต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท และหลักสูตรรังสีเทคนิค สามารถอธิบายความแปรปรวนระดับภาวะซึมเศร้าได้ประมาณร้อยละ 8.0 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาหลักที่สังคมไทยประสบกันก็คือค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

แต่รายรับนั้นลดลง ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อความสุข และหากปัญหาเหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไขและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นก็สามารถเป็นเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมาได้ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี<sup>11</sup> ที่พบว่า สถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับภาวะการเกิดโรคซึมเศร้า และในด้านของหลักสูตรสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างของหลักสูตร จะเห็นอย่างชัดเจนว่า หลักสูตรรังสี มีโครงสร้างรายวิชาที่เน้นไปทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีเนื้อหาสาระหนักกว่าหลักสูตรอื่น จึงมีความกดดันได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาความสุขของนักศึกษา หลักสูตรปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ<sup>12</sup> ที่พบว่า นักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในหลักสูตรที่เป็นวิทยาศาสตร์สุขภาพ จะมีค่าเฉลี่ยความสุขน้อยกว่าหลักสูตรอื่น

## สรุป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลคือ รายได้ครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป และหลักสูตรการแพทย์แผนไทย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับภาวะซึมเศร้า คือ จำนวนเงินที่ได้รับในการใช้จ่ายต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท และหลักสูตรรังสีเทคนิค ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษในนักศึกษากลุ่มดังกล่าวเพื่อป้องกันผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพื่อหาอิทธิพลต่อความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระดับอาการซึมเศร้าในเชิงลึก เช่น ปัญหาครอบครัว ความสามารถในการรับรู้ความสามารถในการเรียน มนุษยสัมพันธ์ ฯลฯ

### เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). [online]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> [2022 May 23].
- กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ โควิด-19 รายวัน. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/> [29 มีนาคม 2565].
- โสภิต นาสืบ. รายงานผลกระทบทบทวนผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับโลกและในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564.
- ลักขมี นิมวงษ์. ความวิตกกังวลในการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ของนิสิตสาขาพลศึกษา. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี 2564; 10(1): 9-19.
- กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, เสาวลักษณ์ ศรีคาเกษ, ลำพึง วอนอก, สุวัฒน์ อาสนะ, วรรณศรี แวงงาม, กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์, ภาณุชนาถ อ่อนไกล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ 2563; 14(2): 138-48.
- อภิญา อิงอาจ, ณัฐพร กาญจนภูมิ, พรพรรณ เขยจิตร. ความกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร 2563; 17(2): 94-103.
- กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/test/9q/> [29 พฤศจิกายน 2564].
- มะลิสางามศรี, หงษ์ บันเทิงสุข, ครุณี ใจสว่าง, โชติกา สมสุวรรณ, อภิญา เขาวนุตร. ความสุขของความคิดภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารศรีวันาลัยวิจัย 2564; 11(2): 63-76.
- เทือน ทองแก้ว. การออกแบบการศึกษาในชีวิตวิถีใหม่ (Design -Based New Normal): ผลกระทบการแพร่ระบาดของ COVID-19. วารสารวิชาการ 2563; 1(2): 1-10.
- นิลวรรณ งามขำ, กัญญาภรณ์ ศรีรักษา, รักษา หินสูงเนิน, วณิดา สุภาพ. ความสัมพันธ์ของผลกระทบด้านเศรษฐกิจผลกระทบด้านสังคม และการรับรู้ข่าวสารต่อความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มจร.วิชาการ 2565; 26(1): 76-86.
- ณพนธ์ ถมกระจำง, เสาวนีย์ ทองนพคุณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2563; 3(1): 37-45.

12. กมลรัตน์ ทองสว่าง, ธนาวิทย์ กางการ. ความสุขของนักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 8-9 กรกฎาคม 2564; มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2564: 1097-104.

## ผลของหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดี ฮีต ลู๊ ต่อพลังใจของผู้ได้รับผลกระทบ ในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.\*, ธิดารัตน์ ทิพโชติ, ศ.ม.\*,  
พาสณา คุณาธิวัฒน์, ศศ.ม.\*, ศรีณยพิชญ์ อักษร, พย.ม.\*

\*สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการติดตามผลของหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดี ฮีต ลู๊ และประเมินระดับพลังใจก่อนเข้าอบรม หลังอบรม และติดตาม 1 เดือน ของผู้ได้รับผลกระทบในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**วัสดุและวิธีการ :** เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจำนวน 390 คน ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนพลังใจด้วยสถิติที และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปอุปนัย

**ผล :** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 60 ปี ร้อยละ 65.64 พบว่ามีพลังใจก่อนอบรมระดับปานกลางร้อยละ 59.5 หลังการอบรมมีพลังใจระดับมากร้อยละ 78.5 และเมื่อติดตาม 1 เดือน มีระดับพลังใจระดับมากร้อยละ 51.0 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม หลังอบรม และเมื่อติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพความคิดเห็นที่มีต่อหลักสูตรพบว่าผู้ใช้มีความพึงพอใจในระดับมาก เนื้อหาหลักสูตรสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้เข้าอบรมนำไปใช้ในการดูแลใจตนเองและปรับมุมมองใหม่ในการดำเนินชีวิตในช่วงสถานการณ์วิกฤตได้ดีขึ้น

**สรุป :** หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดี ฮีต ลู๊ สามารถเสริมสร้างพลังใจให้กับผู้ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ควรมีการขยายผลนำไปให้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น และใช้ในสถานการณ์วิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

**คำสำคัญ :** การเสริมสร้างพลังใจ พลังใจอีดี ฮีต ลู๊ ไวรัสโคโรนา 2019

# THE EFFECTS OF RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON RESILIENCE OF INDIVIDUALS WITH IMPACTED DURING THE CORONAVIRUS 2019 PANDEMIC

Terdsak Detkong, M.D.\*, Thidarat Tipchot, M.P.H.\*,  
Passana Gunadhivadhana, M.A.\*, Sarunyapich Aksorn, M.N.S.\*

*\*Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health*

## Abstract

**Objectives:** To study the results of resilience enhancement program and assess level of resilience before and after attending training program who affected by COVID-19 pandemic.

**Material and Methods:** This research is a mixed research (Mixed Methods) both quantitative and qualitative by analyzing of secondary data. The sample consisted of 390 people who were socio - economically impacted between April and July 2021. Data were analyzed by descriptive statistics. compared with a paired t-test and one-way repeated measure ANOVA was analyzed, and qualitative data were analyzed by Analytic Induction.

**Results:** Most of the samples were female 79.0%, aged between 35 - 60 years old 65.64%. It was found that pre-training resilience score was a moderate level, 59.5%, after attending training 78.5% had a high level of resilience, and after 1 month after training. They had a high level of resilience of 51.0% when comparing the mean scores of resilience. It was found that the mean scores before training, after training and at 1 month follow-up were significantly different at 0.05. Qualitative data from users showed that Resilience program had a high level of satisfaction. The complete content can strengthen the mental strength of the trainees and participants can use skills to manage their mental health during the crisis.

**Conclusion:** Resilience program can encourage people who affected by the economic impacts of the COVID-19 pandemic. This program should be extended to other target groups and used in potential future crisis situations.

**Key words:** resilience, resilience enhancement program, coronavirus 2019

## บทนำ

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ทำให้เกิดกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ตลอดจนการดำเนินชีวิตประจำวันกับคนทุกเพศ ทุกวัย การแพร่ระบาดในครั้งนี้เป็นเหตุการณ์ให้คนจำนวนมากติดเชื้อเสียชีวิต ตกงาน ขาดรายได้ และอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งสถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อกว่า 248 ล้านคน เสียชีวิต 5 ล้านคน และการระบาดระลอกใหม่ในเดือนเมษายน พ.ศ.2564 ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสมกว่า 1.8 ล้านคน และผู้เสียชีวิตสะสม 1.8 หมื่นคน (ข้อมูล ณ วันที่ 20 ตุลาคม 2564)<sup>1</sup> ในภาคเศรษฐกิจสภาพัฒน์<sup>2</sup> เสนอภาวะการว่างงานในไตรมาสแรกปี 2564 เพิ่มสูงขึ้น โดยมีคนว่างงานกว่า 760,000 คน คิดเป็นร้อยละ 1.96 สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ความยากลำบากทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผลกระทบดังกล่าวนำไปสู่ความชุกของภาวะสุขภาพจิตที่ไม่พึงประสงค์สูงขึ้น<sup>3</sup> โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย การคิดสารเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว<sup>4</sup> และสังคมในวงกว้าง

การสำรวจสถานะทางจิตใจของคนไทยผ่าน โปรแกรม mental health check in ของกรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ทำแบบประเมินทั้งสิ้น 724,303 ราย ผลการสำรวจพบว่าประชาชนมีความเครียดสูง ร้อยละ 11.8 เสี่ยงภาวะซึมเศร้า

ร้อยละ 13.4 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.4 และมีระดับพลังใจระดับน้อย ร้อยละ 15.6 เมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม เช่น ตกงาน/รายได้น้อย/ธุรกิจประสบปัญหา พบว่ามีความเครียดสูง ร้อยละ 13.0 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 15.3 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9.3 และมีระดับพลังใจระดับน้อย ร้อยละ 29.67 สอดคล้องกับการศึกษา Rajkumar (2020)<sup>5</sup> ที่พบว่าประชากรทั่วไปเกิดความเครียดจากความรู้สึกไม่แน่นอนไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ การแยกตัวจากสังคม และในกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ไร้บ้าน แรงงานข้ามชาติ และผู้ป่วยจิตเวช โดยมีผลในแง่การขาดการดูแล ข้อเสนอแนะในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้คือการช่วยเหลือในลักษณะให้ความรู้ แรงจูงใจ กำลังใจ โดยผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตดี เมื่อเผชิญปัญหาครั้งแรก และแม้ว่าจะ เป็นปัญหาที่ร้ายแรง ก็ยังสามารถที่จะดำรงความสงบสมดุลของจิตใจได้เป็นอย่างดี<sup>6</sup>

การแนะนำประชาชนที่ได้รับผลกระทบ ในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้รู้จักกับเทคนิคทางจิตวิทยาที่ช่วยปรับปรุงความสามารถในการจัดการกับความเครียด การปรับตัวในช่วงสถานการณ์วิกฤต ให้ฟื้นกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติ หลักฐานจากการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ดำเนินการในกลุ่มประชาชนที่หลากหลายแสดงให้เห็นว่าทักษะบางอย่าง เช่น การมีสติและการควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการจัดการความเครียด สามารถเพิ่มความสามารถของบุคคลในการจัดการและปรับให้เข้ากับสถานการณ์ที่ตึงเครียด<sup>7</sup> สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Killgore et al. (2020)<sup>8</sup> กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง และการผ่อนคลายอารมณ์อย่างต่อเนื่อง พบว่ามีพลังใจเพิ่มขึ้นและเสนอให้การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขในช่วงที่มีการระบาด

ทั้งนี้กรมสุขภาพจิตได้พัฒนา “หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี อีดี ลู” ประกอบด้วยวิดีโอทัศนคติความยาว 12 - 20 นาที จำนวน 6 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอน แบบฝึกหัดจากประสบการณ์ และข้อเสนอแนะจากบทเรียนที่เน้นทักษะและความสามารถตามหลักฐาน 6 เรื่อง บนพื้นฐานพลังใจที่แสดงให้เห็นถึงแนวทางหรือเพิ่มแรงมูมของพลังใจ ได้แก่ พลังใจดี (พลังที่มีอยู่ในตัวเอง) พลังใจดี (การค้นหาล้างใจและแหล่งช่วยเหลือจากคนรอบข้าง) และพลังใจดี (การจัดการกับความเครียด การปรับตัว และค้นหาหนทางใหม่ในการแก้ปัญหา) โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายนำไปจัดกิจกรรม/จัดอบรมในการดูแลจิตใจประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว

คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี อีดี ลู ต่อพลังใจของผู้ได้รับผลกระทบในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำผลการประเมินไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ และเป็นแนวทางสังเคราะห์ข้อเสนอแนะการดำเนินงานเสริมสร้างพลังใจแก่ประชาชนที่ได้รับ

ผลกระทบในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพ และการขยายผลการนำไปใช้โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับต่อไป

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิแบบตัดขวาง (secondary data analysis of cross-sectional study)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ได้รับผลกระทบในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อยู่ในช่วงอายุ 25 - 60 ปี ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจโดยตรงจากโรคโควิด 19 ได้แก่ ตกงาน ขาดรายได้ รายได้ลดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 13 ในช่วงเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 390 คน โดยขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*power ค่า Effect size เท่ากับ 0.119 ค่า alpha เท่ากับ 0.05 และค่า power เท่ากับ 0.70

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** การศึกษาวิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระดับพลังใจจากการประเมินก่อนอบรม หลังอบรมทันที และ

ติดตามหลังอบรม 1 เดือน 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ได้รับผลกระทบทางจิตใจ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น และ 2) แบบประเมินพลังใจ 3 ข้อ (resilience quotient) โดยประเมินผ่านโปรแกรม mental health check in ของกรมสุขภาพจิตก่อนอบรม หลังอบรมทันที และติดตามประเมินพลังใจหลังอบรม 1 เดือน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 10 ระดับ ถ้า 1 หมายถึง น้อย และ 10 หมายถึง มาก

โดยเกณฑ์การประเมินแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ ระดับพลังใจมาก คะแนนรวมตั้งแต่ 24 - 30 คะแนน ระดับพลังใจปานกลาง คะแนนรวมตั้งแต่ 15 - 23 คะแนน ระดับพลังใจน้อย คะแนนรวมตั้งแต่ 3 - 14 คะแนน

แบบประเมินพลังใจ 3 ข้อ พัฒนาขึ้นโดยคณะทำงาน resilience ตามแนวทางการเสริมสร้างพลังใจ ทดสอบคุณภาพแบบประเมินด้วยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณา ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0 และจากการนำไปทดลองเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายที่จะศึกษาได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.745

2. ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมจากแบบรายงานข้อคิดเห็นการใช้หลักสูตรและแบบติดตามภายหลังเข้าอบรม 1) แบบรายงานข้อคิดเห็นการใช้หลักสูตรประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม เป็นคำถามปลายเปิด ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงาน วิธีการและเทคนิคการนำหลักสูตรและ

วิดิทัศน์ฯ ไปใช้ ความคิดเห็นต่อหลักสูตรและวิดิทัศน์เสริมสร้างพลังใจ 6 เรื่อง (จุดดี จุดที่ควรปรับปรุง) ความพึงพอใจในภาพรวมต่อหลักสูตรและวิดิทัศน์ และข้อเสนอการปรับปรุงหลักสูตรและวิดิทัศน์ และ 2) แบบติดตามภายหลังเข้าอบรม หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจฯ ของผู้เรียน ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม เป็นคำถามปลายเปิด ได้แก่ สิ่งที่ได้เรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ที่สุด คิดจะกลับไปทำอะไร และสิ่งที่จะพัฒนาต่อยอด

3. การอบรมหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อัด อัด สู้ 1 วัน ซึ่งพลังใจประกอบด้วยคุณสมบัติสำคัญ 3 ประการที่เรียกว่า พลังอึด (I am strong) พลังฮึด (I have) และพลังสู้ (I can do better) มี 3 หมวดหลัก ทั้งหมด 6 แผนการสอน เก้าอี้ทำให้ความรู้โดยวิทยากรที่ได้รับการอบรมจากกรมสุขภาพจิต และยกตัวอย่างประกอบด้วยวิดิทัศน์ ให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจถึงมุมมองในการเผชิญปัญหา และสร้างพลังใจช่วงวิกฤต ในแต่ละแผนใช้เวลา 15 - 20 นาที มีรายละเอียดดังนี้ เรื่องที่ 1 ทำความรู้จักพลังใจ : การเตรียมตนเองและตระหนักถึงพลังใจในตนเองที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาในชีวิตด้วยพลังอึด อัด สู้ เรื่องที่ 2 พลังอึด : ฉันทักสู้ได้อีกครั้ง การเข้าใจลักษณะภายในตนเองและการสร้างความแข็งแกร่งในจิตใจไม่ยอมจำนนต่อวิกฤต เรื่องที่ 3 พลังฮึด : ฉันทักสู้สิ่งล้ำค่า ที่เป็นกำลังใจ การขอความช่วยเหลือและสร้างกำลังใจจากคนรอบข้าง เรื่องที่ 4 การจัดการความเครียด : การฝึกสมาธิเพื่อผ่อนคลายจากอารมณ์และความเครียด เรื่องที่ 5 ชีวิตคือการปรับตัว : ฝึก

วิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ และประยุกต์ใช้ในชีวิต ด้วยการลดรายจ่ายอย่างเหมาะสม และเรื่องที่ 6 ชีวิตคือการปรับตัว : การวางแผนทางเลือกในการประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้และแก้ปัญหาการขาดรายได้

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต หนังสือรับรองเลขที่ DMH.IRB.CO.A 030/2564 วันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ.2564

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนพลังใจก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยพลังใจก่อน และหลังการอบรม รวมถึงการติดตาม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ one-way repeated measure ANOVA และ 4) การศึกษาข้อคิดเห็นการใช้หลักสูตรฯ และแบบติดตามภายหลังเข้าอบรมหลักสูตรฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจัดกลุ่มหัวข้อหรือประเด็นโดยใช้การวิเคราะห์สรุปอุปนัย (analytic induction) และแสดงผลโดยการจัดกลุ่มหัวข้อตามข้อคำถาม 5 ข้อ และแยกประเด็นตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

### ผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 390 คน เป็นผู้ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019-19 ได้แก่ ตกงาน ขาดรายได้ รายได้ลดลง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.0 เพศชาย ร้อยละ 21.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 60 ปี ร้อยละ 65.6 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.6 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 37.6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.2 รองลงมาคือเกษตรกรร้อยละ 24.6 มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 3,000 บาท ร้อยละ 27.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

จากผลการอบรมหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอึด ฮึด สู้ พบว่าก่อนการอบรมมีระดับพลังใจปานกลาง ร้อยละ 59.5 ( $20.9 \pm 4.89$ ) รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 32.1 หลังการอบรมมีพลังใจระดับมาก ร้อยละ 78.5 ( $26.0 \pm 3.54$ ) รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 21.0 และติดตาม 1 เดือน มีพลังใจระดับมาก ร้อยละ 51.0 ( $23.4 \pm 7.14$ ) รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 แสดงดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพลังใจก่อนอบรม หลังอบรม และเมื่อติดตาม 1 เดือน ด้วยวิธีการ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังใจเปรียบเทียบก่อนอบรมเท่ากับ 6.7 (1.93) หลังอบรมเท่ากับ 8.5 (1.46) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังใจหลังอบรมและติดตาม 1 เดือน พบว่า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 390)

| ข้อมูลทั่วไป              | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------|------------|--------|
| <b>เพศ</b>                |            |        |
| หญิง                      | 308        | 79.0   |
| ชาย                       | 82         | 21.0   |
| <b>อายุ</b>               |            |        |
| 18 - 35 ปี                | 80         | 20.5   |
| 35 - 60 ปี                | 256        | 65.6   |
| มากกว่า 60 ปี             | 54         | 13.9   |
| <b>ระดับการศึกษา</b>      |            |        |
| ประถมศึกษา                | 182        | 46.6   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น          | 33         | 8.5    |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.    | 147        | 37.7   |
| อนุปริญญา/ปวศ.            | 10         | 2.6    |
| ปริญญาตรี                 | 18         | 4.6    |
| <b>อาชีพ</b>              |            |        |
| รับจ้างทั่วไป             | 149        | 38.2   |
| เกษตรกร                   | 96         | 24.6   |
| ตกงาน/ว่างงาน             | 90         | 23.1   |
| ธุรกิจส่วนตัว             | 19         | 4.9    |
| ลูกจ้าง / พนักงานของรัฐ   | 16         | 4.1    |
| ค้าขาย                    | 11         | 2.8    |
| แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 9          | 2.3    |
| <b>รายได้</b>             |            |        |
| ต่ำกว่า 3,000 บาท         | 109        | 28.0   |
| 3,001 - 6,000 บาท         | 86         | 22.1   |
| 6,001 - 8,000 บาท         | 57         | 14.6   |
| 8,001 - 10,000 บาท        | 103        | 26.4   |
| 10,001 - 15,000 บาท       | 28         | 7.2    |
| มากกว่า 15,000 บาท        | 7          | 1.8    |

ตารางที่ 2 ภาพรวมระดับพลังใจก่อนอบรม หลังอบรม และติดตาม 1 เดือน

| ช่วงอบรม       | ระดับพลังใจ            |                            |                        | Mean ± SD   | Min - Max |
|----------------|------------------------|----------------------------|------------------------|-------------|-----------|
|                | น้อย<br>(3 - 14 คะแนน) | ปานกลาง<br>(15 - 23 คะแนน) | มาก<br>(24 - 30 คะแนน) |             |           |
| ก่อนอบรม       | 33 (8.5)               | 232 (59.5)                 | 125 (32.0)             | 20.9 ± 4.89 | 3 - 30    |
| หลังอบรม       | 2 (0.5)                | 82 (21.0)                  | 306 (78.5)             | 26.0 ± 3.54 | 10 - 30   |
| ติดตาม 1 เดือน | 3 (0.8)                | 188 (48.2)                 | 199 (51.0)             | 23.4 ± 7.14 | 9 - 30    |

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพลังใจก่อนอบรม หลังอบรม และติดตาม 1 เดือน

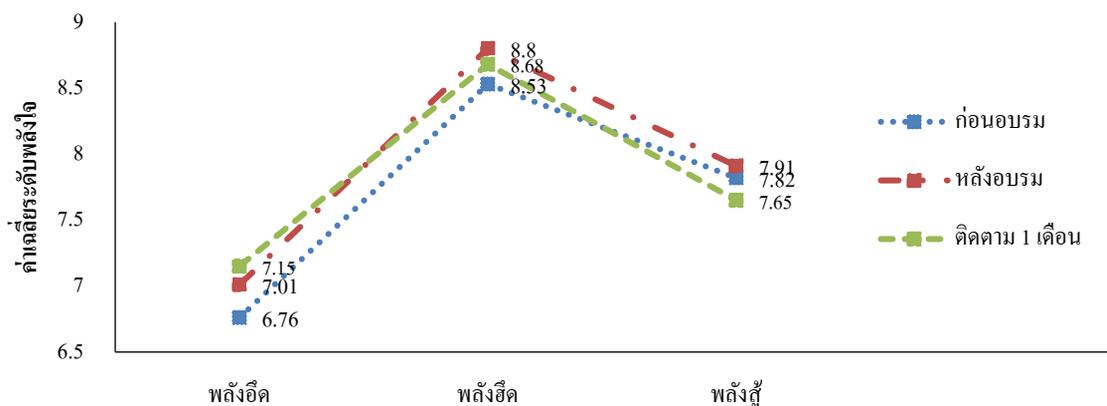
| พลังใจ   | ช่วงอบรม       | ค่าเฉลี่ย | SD    | <i>p</i> -value               | <i>p</i> -value                 |
|----------|----------------|-----------|-------|-------------------------------|---------------------------------|
|          |                |           |       | เทียบกับก่อน<br>(ก่อน - หลัง) | เทียบกับหลัง<br>(หลัง - ติดตาม) |
| พลังใจดี | ก่อนอบรม       | 6.76      | 1.931 |                               |                                 |
|          | หลังอบรม       | 8.53      | 1.455 | < 0.001                       |                                 |
|          | ติดตาม 1 เดือน | 7.82      | 1.553 | < 0.001                       | < 0.001                         |
| พลังใจดี | ก่อนอบรม       | 7.01      | 1.892 |                               |                                 |
|          | หลังอบรม       | 8.80      | 1.326 | < 0.001                       |                                 |
|          | ติดตาม 1 เดือน | 7.91      | 1.465 | < 0.001                       | < 0.001                         |
| พลังสู้  | ก่อนอบรม       | 7.15      | 1.755 |                               |                                 |
|          | หลังอบรม       | 8.68      | 1.364 | < 0.001                       |                                 |
|          | ติดตาม 1 เดือน | 7.65      | 1.620 | < 0.001                       | < 0.001                         |
| ผลรวม    | ก่อนอบรม       | 20.93     | 4.886 |                               |                                 |
|          | หลังอบรม       | 26.01     | 3.542 | < 0.001                       |                                 |
|          | ติดตาม 1 เดือน | 23.38     | 4.140 | < 0.001                       | < 0.001                         |

\**p*-value < 0.05

คะแนนเฉลี่ยระดับพลังใจพลังฮึด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean (SD) = 7.8 (1.55),  $p$ -value < 0.001) คะแนนเฉลี่ยพลังฮึดก่อนอบรม (mean (SD) = 7.0 (1.89)) หลังอบรม (mean (SD) = 8.8 (1.33)) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังฮึดหลังอบรมและติดตาม 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับพลังใจพลังฮึด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean (SD) = 7.9 (1.47),  $p$ -value < 0.001) และคะแนนเฉลี่ยพลังฮึดก่อนอบรม (mean (SD) = 7.2 (1.76)) หลังอบรม (mean (SD) = 8.7 (1.36)) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังฮึดหลังอบรมและติดตาม 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับพลังใจพลังฮึด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean (SD) = 7.7 (1.62),  $p$ -value < 0.001)

### แสดงดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ที่เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังฮึด พลังฮึด พลังฮึดด้วยวิธีการ one-way repeated measures ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม หลังการอบรม และติดตามหนึ่งเดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พลังฮึดก่อนอบรม หลังการอบรม และติดตาม 1 เดือน เฉลี่ยเท่ากับ 6.7, 7.0 และ 7.2 พลังฮึดก่อนอบรม หลังการอบรม และติดตาม 1 เดือน เฉลี่ยเท่ากับ 7.0, 8.8 และ 7.9 พลังฮึดก่อนอบรม หลังการอบรม และติดตาม 1 เดือน เฉลี่ยเท่ากับ 7.2, 8.7 และ 7.7 คะแนนเฉลี่ยรวมระดับพลังใจมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบหลังการอบรมกับติดตาม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวโน้มคะแนนเฉลี่ยระดับพลังใจ พลังฮึด พลังฮึด พลังฮึด ก่อนการอบรม หลังการอบรม และติดตามหลังอบรม 1 เดือน

**ตารางที่ 4** ความคิดเห็นต่อหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี ฮีดี สู้ ของบุคลากรสาธารณสุขผู้ใช้หลักสูตรในการฝึกอบรม

| องค์ประกอบ   | ความคิดเห็นของผู้ใช้หลักสูตร   |
|--|--|
| รูปแบบการดำเนินงานที่ทำให้เกิดความสำเริง                                 | รูปแบบการอบรมหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดี ฮีดี สู้ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายและระยะเวลาในการจัดอบรม เทคนิคและความชัดเจนของเนื้อหาของหลักสูตร เพื่อให้การถ่ายทอดให้กับผู้เข้าอบรมได้ครบถ้วนชัดเจนขึ้น  |
| วิธีการและเทคนิคการนำหลักสูตรและวิดิทัศน์                                | กระบวนการนำหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดี ฮีดี สู้ ไปใช้ในการอบรมที่มหาวิทยาลัย (ผู้ใช้หลักสูตร) ศึกษารายละเอียดและจุดเน้นของหลักสูตรในแต่ละแผนการสอนรวมถึงศึกษาวิดิทัศน์ประกอบหลักสูตรโดยละเอียด เพื่อการวางแผนการดำเนินการจัดกระบวนการอบรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เมื่อเข้าสู่กระบวนการจัดอบรมระยะเวลา 1 วัน ก่อนเข้าสู่บทเรียนให้ผู้เข้าอบรมประเมินพลังใจ (ก่อนอบรม) เป็นกลุ่มเล็ก ๆ ประมาณ 8 - 10 คน เน้นกิจกรรมกลุ่มและใบงาน ยกตัวอย่างด้วยวิดิทัศน์ จำนวน 6 เรื่อง ๆ ละ 15 - 20 นาที เมื่อเรียนรู้ครบ 6 เรื่องแล้ว วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมประเมินพลังใจหลังอบรม หลังการอบรมมีการทำ AAR เมื่อครบกำหนด 1 เดือน วิทยากรติดตามประเมินพลังใจซ้ำหลังการอบรม 1 เดือน |
| ความคิดเห็นต่อหลักสูตรและวิดิทัศน์เสริมสร้างพลังใจอีดี ฮีดี สู้ ๖ เรื่อง | เข้าใจง่าย มีความชัดเจนและดึงดูดเข้าสู่บทเรียนได้และใช้ประโยชน์ได้ในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายมีแนวทางปฏิบัติที่เชิญชวนให้เกิดการเรียนรู้เหมาะสมช่วงเวลาที่ประชาชนประสบภาวะวิกฤติทางจิตใจ<br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. สื่อวิดิทัศน์ยกตัวอย่างสถานการณ์ มีความน่าสนใจ และเข้าใจได้ง่าย</li> <li>2. มีแนวทางการนำหลักสูตรไปใช้ชัดเจนและมีเทคนิคการใช้หลักสูตรและวิดิทัศน์ ทำให้วิทยากรสามารถเตรียมตัวได้เป็นอย่างดี เข้าใจถึงหลักการและจุดเน้นในแต่ละแผนการสอนได้เป็นอย่างดีและถ่ายทอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>  |
| ความพึงพอใจในภาพรวมต่อหลักสูตรและวิดิทัศน์                               | การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้หลักสูตร มีความพึงพอใจต่อหลักสูตรในระดับมาก ความสามารถที่จะนำความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่ได้รับอยู่ในระดับมากร้อยละ 69.0 เช่น หลักสูตรเป็นประโยชน์อย่างมากในการเพิ่มพลังใจบุคคล และง่ายต่อการนำไปใช้ในท่ามกลางวิกฤต   |
| ข้อเสนอหลักสูตรและวิดิทัศน์  | จัดรูปแบบการอบรมแบบ e-learning เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบวงกว้างผ่านรูปแบบออนไลน์ให้ประชาชนได้รู้จักกับพลังใจอีดี ฮีดี สู้   |

จากการวิเคราะห์การนำหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีด ฮีด ฮู้ ไปดำเนินงานในพื้นที่สามารถนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นที่มีต่อหลักสูตรฯ ด้วยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (content analysis) โดยการจัดหมวดหมู่และความอึดตัวของข้อมูล สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ประเด็น รูปแบบการดำเนินงานที่ทำให้เกิดความสำเร็จคือ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมกับหลักสูตร วิทยากรเข้าใจจุดเน้นของหลักสูตรในแต่ละแผนการสอนรวมถึงศึกษาวิถีทัศน์ประกอบหลักสูตรโดยละเอียด ความคิดเห็นต่อหลักสูตรและวิถีทัศน์เสริมสร้างพลังใจอีด ฮีด ฮู้ 6 เรื่องในเชิงเนื้อหาที่มีความเข้าใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ทำให้เกิดการปรับความคิด อารมณ์และการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ความพึงพอใจในภาพรวมต่อหลักสูตรและวิถีทัศน์ มีความพึงพอใจต่อหลักสูตรในระดับมาก ร้อยละ 69.0 และข้อเสนอหลักสูตรและวิถีทัศน์คือ จัดรูปแบบการอบรมแบบ e-learning เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบวงกว้างผ่านรูปแบบออนไลน์” แสดงดังตารางที่ 4

#### อภิปราย

หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีด ฮีด ฮู้ เป็นหลักสูตรอบรมระยะสั้น โดยวิทยากรถ่ายทอดความรู้และยกตัวอย่างประกอบด้วยวิถีทัศน์ ผลการประเมินระดับพลังใจก่อนการเข้าอบรม พบว่าส่วนใหญ่มีพลังใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.5 และมีพลังใจระดับมากเพียง ร้อยละ 32.1 ทั้งนี้

วิทยากรได้ถ่ายทอดหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีด ฮีด ฮู้ และแนะนำวิธีการเสริมสร้างพลังใจที่เหมาะสมให้กับผู้เข้าอบรมที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจตกงานขาดรายได้ รายได้ลดให้มีทักษะในการดูแลจิตใจให้มีความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาของตนเอง พร้อมสนับสนุนให้ผู้เข้าอบรมหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง จึงส่งผลให้ภายหลังการอบรมผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงระดับพลังใจอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 78.5 นอกจากนั้นนี้ยังมีการติดตามประเมินพลังใจหลังอบรม 1 เดือน พบว่าผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่ยังคงมีพลังใจในระดับมากถึงร้อยละ 51.0 แม้จะมีแนวโน้มพลังใจลดลงเมื่อเทียบกับหลังอบรม แต่ยังคงมีระดับพลังใจที่มากกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งเป็นผลระยะยาวจากการหลักสูตร สอดคล้องกับการศึกษากันกันพิน กิตติรักษนนท์ และคณะ (2564)<sup>9</sup> พบว่าคะแนนพลังใจก่อนและหลังการเข้าเรียนรู้หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีด ฮีด ฮู้ ของผู้ได้รับผลกระทบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของสยาภรณ์ เดชดี และคณะ (2561)<sup>10</sup> ที่พบว่ากลุ่มได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจมีคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นหลังการอบรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Killgore et al. (2020)<sup>8</sup> และ Chan et al. (2021)<sup>11</sup> ซึ่ง Kimhi et al. (2020)<sup>12</sup> ศึกษาข้อคำถามความยากลำบากและความผิดปกติทางใจในช่วงการระบาดใหญ่ ซึ่งวัดด้วยแบบประเมินพลังใจ 3 ข้อ (resilience quotient) พบว่าสามารถทำนายการ

รับมือกับภัยคุกคามจากโรคโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ DeTore et al. (2022)<sup>13</sup> ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังใจของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโควิด-19 พบว่าการสนับสนุนพลังใจลดความทุกข์ทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การศึกษา Killgore et al. (2020)<sup>8</sup> พบว่าความเข้มแข็งทางใจเกิดจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง และการปรับอารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้มีพลังใจมาก และความเข้มแข็งทางใจสามารถป้องกันความเครียดในช่วงการระบาดใหญ่ได้แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม<sup>12</sup> ดังนั้น Chan et al. (2021)<sup>11</sup> จึงมีการเสนอให้การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขในช่วงที่มีการระบาดฯ

ผลของหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดี ฮีดส์ และสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบวิดีโอ 6 เรื่อง ที่เน้นการแนะนำทักษะในเรื่องของพลังใจ ความอดทน การจัดการความเครียด และการมีสติค้นหาหนทางใหม่ พบว่าผู้ใช้งานหลักสูตรคือบุคลากรสาธารณสุขได้นำบทเรียนหลักสูตรพลังใจอีดี ฮีดส์ ไปใช้จัดอบรมเพื่อเสริมสร้างพลังใจในประชาชนกลุ่มตงงาน ขาดรายได้ รายได้ลดลงในท่ามกลางสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ให้มีพลังใจที่เข้มแข็ง ผลลัพธ์คือบุคลากรสาธารณสุขมีความเห็นว่าหลักสูตรเป็นประโยชน์อย่างมากในการเพิ่มพลังใจบุคคล และง่ายต่อการนำไปใช้ในท่ามกลางวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษา Panzeri et al.

(2021)<sup>14</sup> ได้พัฒนาโมเดลความเข้มแข็งทางใจในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด 19 พบว่าร้อยละ 64 การบูรณาการทางจิตวิทยาที่สนับสนุนบุคคลโดยการเสริมสร้างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ สามารถลดปัจจัย ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโควิด 19 ความอดทนต่อความไม่แน่นอน และความเหงาโดดเดี่ยว การส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยผ่านการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งอาจป้องกันผลกระทบด้านจิตใจที่ไม่พึงประสงค์จากปัจจัยวิตกกังวลได้ การสนับสนุนให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตทบทวนด้วยตนเอง ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดการความเครียดและจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เป็นผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤต โดยผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ Chan et al. (2021)<sup>11</sup> ศึกษาพลังสุขภาพจิตและสุขภาพจิตในช่วงการระบาดใหญ่ของ COVID-19: จากมินนิโซตาและฮ่องกง ความเข้มแข็งทางใจของแต่ละบุคคลและครอบครัวสามารถป้องกันความเครียดในช่วงการระบาดใหญ่ได้ ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม และเมื่อเผชิญกับความเครียดจากการระบาดใหญ่ที่เพิ่มขึ้น ใกล้เคียงกับการศึกษา Blake et al. (2020)<sup>15</sup> โดยหลักฐานก่อนหน้านี้ที่พบว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สนใจเข้าร่วมในหลักสูตรออนไลน์ที่เน้นเรื่องสุขภาพ โดยความเข้มแข็งทางใจสามารถป้องกันความเครียดในช่วงการระบาดใหญ่ได้<sup>11</sup> และเป็นเป้าหมายสำคัญของโปรแกรมทางสุขภาพจิต<sup>16</sup>

## สรุป

หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี ฮีล ฮู๋ ช่วยสนับสนุนให้ผู้อบรมสามารถปรับตัวกับการเผชิญภาวะวิกฤตโควิด-19 ได้ โดยสามารถเพิ่มระดับพลังใจให้มากขึ้น ได้ด้วยการเรียนรู้บทเรียน ซึ่งมีตัวอย่างประสบการณ์ของผู้เผชิญวิกฤต และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อหาหนทางใหม่ในการจัดการปัญหา

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบหลักงานวัคซีนใจของศูนย์สุขภาพจิตและบุคลากรของหน่วยบริการจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้ร่วมดำเนินงานวัคซีนใจใน 13 เขตสุขภาพ ที่สนับสนุนข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงมหาดไทย. ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.moicovid.com> [20 ตุลาคม 2564].
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะการว่างงานในไตรมาสแรกปี 2564. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.matichon.co.th/economy/news\\_2739344](https://www.matichon.co.th/economy/news_2739344) [24 พฤษภาคม 2564].
3. Witteveen D, Velthorst E. Economic hardship and mental health complaints during COVID-19. *Biol Sci* 2020; 117 (44): 27277-84.
4. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2563; 28(4): 280-91.
5. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr* 2020; 52: 102066.

6. โสพวรรณ อินทสิทธิ์, สิริกุล จุลศิริ. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient. นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2563.
7. Kemper KJ, Mo X, Khayat R. Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals?. *J Altern Complement Med* 2015; 21(8): 496-503.
8. Killgore WDS, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown *Psychiatry Res* 2020; 291: 113216.
9. ภักดินันท์ กิตติรักษนันท, ศรีณยพิชญ อักษร, ธิดารัตน์ ทิพโชติ. การพัฒนาและนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตการเสริมสร้างพลังใจไปใช้ในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารจิตวิทยาศึกษาไทย* 2564; 52(2): 33-48.
10. สยาภรณ์ เชชดี, วัฒนะ พรหมเพชร, นพพร ดันดิรังสี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2561; 26(2): 103-16.
11. Chan ACY, Pichler TF, Ho GWK. Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic: Findings from Minnesota and Hong Kong. *J Affect Disord* 2021; 295: 771-80.
12. Kimhi S, Marciano H, Eshel Y, Adini B. Resilience and demographic characteristics predicting distress during the COVID-19 crisis. *Soc Sci Med* 2020; 265: 113389.
13. DeTore NR, Sylvia L, Park ER, Burke A, Levison JH, Shannon A, et al. Promoting resilience in healthcare workers during the COVID-19 pandemic with a brief online intervention. *J Psychiatr Res* 2022; 146: 228-33.
14. Panzeri A, Bertamini M, Butter S, Levita L, Gibson-Miller J, Vidotto G, et al. Factors impacting resilience as a result of exposure to COVID-19: The ecological resilience model. *PLoS ONE* 2021; 16(8): e0256041.

15. Blake H, Somerset S, Evans C. Development and fidelity testing of the Test@Work digital toolkit for employers on workplace health checks and Opt-In HIV testing. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(1): 379.
16. Ran L, Wang W, Ai M, Kong Y, Chen J, Kuang L. Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Soc Sci Med* 2020; 262: 113261.

## ผลของการจัดกิจกรรมโยคะต่อสุขภาพทางจิตและคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นตอนต้น

เมธาวิ แสงสมส่วน, วท.ม.\*, ทิฆัมพร หอสิริ, พ.บ.\*\*,

สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์, ปร.ค.\*\*, ชีรศักดิ์ สาตรา, พ.บ.\*\*, สุพัทธ แสนแจ่มใส, ปร.ค.\*\*\*

\*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

\*\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมโยคะต่อสุขภาพทางจิตและคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นตอนต้น

**วัสดุและวิธีการ :** การวิจัยแบบกึ่งทดลอง สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองฝึกโยคะตามแนวโยคะสูตรและหฐโยคะในช่วงโมกกิจกรรมเสริมของโรงเรียน ฝึก 1 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง 8 ครั้ง กลุ่มควบคุมทำกิจกรรมอื่น ๆ ตามปกติและไม่ได้ฝึกโยคะตลอดช่วงการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มทำแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามสุขภาพทางจิตและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตไทยแบบรูปภาพ กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการฝึกโยคะเพิ่มเติม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ผล :** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ช่วงอายุ 13-15 ปี ระหว่างการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์คัดออกจำนวน 18 คน (ร้อยละ 40.9) เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน (กลุ่มละ 13 คน) พบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ การยอมรับตนเอง การเป็นตัวของตัวเอง สุขภาพทางจิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในช่วงก่อนและหลังการฝึกโยคะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .037, .031, .022, .006, .006$  และ  $.011$  ตามลำดับ) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคิดเห็นของกลุ่มทดลองต่อการฝึกโยคะ คือ มีประโยชน์ให้ร่างกายแข็งแรง ลดอาการปวดตามร่างกาย อารมณ์สงบขึ้น มีสมาธิดีขึ้น ชอบการฝึกโยคะร่วมกับเพื่อน อยากให้มีความสุข และฝึกได้ต่อเนื่อง

**สรุป :** การจัดกิจกรรมโยคะในวัยรุ่นตอนต้น มีผลดีต่อผู้ฝึกในด้านมามีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น มีความสามารถจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น มีการยอมรับตนเอง เป็นตัวของตัวเองและมีสุขภาพทางจิตโดยรวมดีขึ้น รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ควรจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มและมีความสุขเป็นแรงจูงใจและฝึกอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต โยคะ วัยรุ่นตอนต้น สุขภาพทางจิต

# THE EFFECT OF YOGA INTERVENTION ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE IN EARLY ADOLESCENCE

Matavee Saengsomsuan, M.Sc.\*, Tikumporn Hosiri, M.D.\*\*,

Sucheera Phattharayuttawat, Ph.D.\*\*\*, Teerasakdi Satra, M.D.\*\*\*, Supat Sanjamsai, Ph.D.\*\*\*

*\*Psychiatric Unit, Ratchaphipat Hospital*

*\*\*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

*\*\*\*National Institute for Child and Family Development, Mahidol University*

## Abstract

**Objectives:** To study the effect of yoga intervention on psychological well-being and quality of life in early adolescence.

**Material and Methods:** A quasi-experimental design which selected students from a secondary school in Bangkok and divided them into the experimental group and the control group. The session was conducted in a recreational class. The experimental group received the Yoga-sutra and Hatha yoga - training continuously once a week for 8 weeks. The control group proceeded with other activities as usual except for yoga. Both groups completed a pretest-posttest. The assessments consisted of the psychological well-being scale; the pictorial Thai quality of life questionnaire and the open questions about yoga training. The frequency distribution, Wilcoxon Signed Ranks Test and Mann-Whitney U Test were used in data analysis ( $p$ -value < 0.05).

**Results:** From 44 participants between the ages of 13-15 years old, there was 18 withdrawal (40.9%). The final sample was 26 participants (13 participants per group). In the experimental group, the average score of positive relations with others, environmental mastery, self-acceptance, autonomy, overall psychological well-being and physical aspect of quality of life in pretest and posttest differed at a statistical significance ( $p$ -value = 0.037, 0.031, 0.022, 0.006, 0.006 and 0.011 respectively). Both groups did not differ in any average scores at a significant level. The experimental group's opinions were that yoga had physical benefits with increased strengths, decreased pain, stable mood and increased in concentration. Furthermore, they enjoyed the company of their peers as they trained together. They suggested future adaptations to increased fun and have training continuously.

**Conclusion:** The yoga training in early adolescents had benefits in increased interpersonal relationships skills, environmental mastery, self-acceptance, autonomy, and overall psychological well-beings. In addition, it enhances quality of life in physical aspect. The arrangement should be held in groups and should be fun so that it increased motivation for continuous training.

**Key words:** quality of life, yoga, early adolescence, psychological well-being

---

Corresponding author: Teerasakdi Satra, e-mail: doctortee@mail.com

Received: January 30, 2023; Revised: March 25, 2023; Accepted: March 31, 2023

## บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีพัฒนาการอย่างมากทั้งด้านร่างกาย สมอง จิตใจรวมถึงสังคม เมื่อวัยรุ่นเผชิญปัญหาที่ยากลำบาก อาจแสดงพฤติกรรมหรืออารมณ์ในลักษณะถดถอยสู่ระดับวัยต่ำกว่า จนกระทั่งวัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อปัญหาได้ พฤติกรรมหรืออารมณ์จึงเข้าสู่สมดุลและพร้อมพัฒนาต่อ<sup>1,2</sup> อย่างไรก็ตามวัยรุ่นจำนวนมากมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งโรคทางจิตเวชซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต ดังการศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกประมาณร้อยละ 13.4 และพบแนวโน้มการวินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น<sup>3,4</sup> วัยรุ่นช่วงอายุ 14 ถึง 19 ปี ร้อยละ 7.7 มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.5 มีปัญหาด้านอารมณ์ และร้อยละ 8.5 มีปัญหาพฤติกรรม การศึกษาในประเทศไทยพบ วัยรุ่นช่วงอายุ 13 ถึง 17 ปี มีความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวช ร้อยละ 15 ความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด ร้อยละ 15.6 และความชุกปัจจุบันและชั่วชีวิตของการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.4 และ 1.1 ตามลำดับ<sup>6</sup> การมีกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยวัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเองและพัฒนาการควบคุมพฤติกรรมอารมณ์ ซึ่งโยคะเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่ได้รับความนิยมและมีการศึกษาผลของโยคะที่มีต่อทั้งร่างกายและจิตใจในกลุ่มคนวัยต่าง ๆ

โยคะ (Yoga) เป็นศาสตร์ที่เรียนรู้ผ่านการกำหนดลมหายใจและการเคลื่อนไหวอริยาบถอย่างช้า ๆ ผู้ฝึกปฏิบัติถึงการเคลื่อนไหวร่างกายพร้อม

ลมหายใจ จนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง การศึกษาในต่างประเทศพบการฝึกโยคะมีประโยชน์ในเด็กและวัยรุ่นทั้งด้านสุขภาพทางจิตและสุขภาพทางกาย คือ ส่งเสริมความรู้สึกรักภูมิใจในตนเอง การควบคุมตนเอง ลดความเครียด การมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกับผู้อื่น และสภาพร่างกายดีขึ้น โยคะส่งผลต่อศักยภาพการเรียนรู้ดีขึ้นและลดการใช้สารเสพติด รวมถึงแนะนำฝึกโยคะในวิชาเรียนพลศึกษาของโรงเรียน<sup>7-12</sup> การศึกษาในประเทศไทยพบว่าโยคะสามารถสร้างเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของวัยรุ่นหญิงได้อย่างดี<sup>13,14</sup> และช่วยลดความเครียดของวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>15</sup>

จากการศึกษาของ Gaspar et al. (2011)<sup>16</sup> พบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นช่วงอายุ 10 ถึง 15 ปี ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยด้านสุขภาพจิตมีอิทธิพลอย่างมากทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ศึกษาผลของกิจกรรมโยคะต่อสุขภาพทางจิต (psychological well-being) และคุณภาพชีวิต (quality of life) ในวัยรุ่นตอนต้นจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับผลของการฝึกโยคะในโรงเรียนมีจำกัด ผู้วิจัยได้ออกแบบการฝึกกิจกรรมโยคะในคาบเรียนกิจกรรมเสริมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยผู้วิจัยหวังว่าผลการศึกษานี้จะได้องค์ความรู้ที่สามารถจัดกิจกรรมโยคะเพื่อส่งเสริม

สุขภาพร่างกายและจิตใจของวัยรุ่นตอนต้น และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## นิยามศัพท์

1. สุขภาวะทางจิต ตามแนวคิดของ Ryff & Keyes (1995)<sup>17</sup> คือ คุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีลักษณะเป็นพหุมิติ ส่งผลให้บุคคลทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มความสามารถ มีพัฒนาการทางจิตใจค่อนข้างสมบูรณ์ มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต มีองค์ประกอบ 6 มิติ คือ การยอมรับในตนเอง (self-acceptance) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) การเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ (environmental mastery) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) และความงอกงามในตนเอง (personal growth) การศึกษานี้เลือกใช้แบบสอบถามสุขภาวะทางจิต (the psychological well-being scale) ของ Ryff ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยพัชรพร ปฏิกรณ์<sup>20</sup>

2. คุณภาพชีวิต ตามความหมายของสุชีรา ภัทรายุทธวรรณ ซึ่งอิงตามองค์การอนามัยโลก (World Health Organization[WHO], 1994) คือ ความสุขและความพึงพอใจต่อชีวิตจากการประเมินตนเอง ประกอบด้วย 7 มิติ คือ ด้านร่างกาย (physical domain) ความนึกคิด (cognitive domain) อารมณ์ (affective domain) หน้าที่ทางสังคม (social function) ด้านเศรษฐกิจ (economic domain) ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem domain) และด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (change in health)

การศึกษานี้เลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตไทยแบบรูปภาพ (the pictorial Thai quality of life questionnaire) พัฒนาโดยสุชีรา ภัทรายุทธวรรณ และคณะ<sup>18</sup>

## วัสดุและวิธีการ

### รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จึงดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียน ประชาสัมพันธ์งานวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองก่อนเริ่มการทดลองและเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการฝึกโยคะเพิ่มเติมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ที่ได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3
2. มีความสนใจร่วมกิจกรรมโยคะ
3. นักเรียนและผู้ปกครองให้การยินยอม

เข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคทางกายด้านระบบประสาท หรือ ความพิการด้านร่างกาย หรือ โรคทางจิตเวชที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกโยคะ
2. มีจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80
3. ตอบแบบสอบถามไม่ครบสมบูรณ์หรือมีลักษณะที่ดัง

**การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

การคำนวณขนาดกลุ่มเพื่อการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

$$n / \text{group} = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$n / \text{group}$  คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการต่อ 1 กลุ่ม

$Z\alpha$  คือ ค่าความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95%)

$Z\beta$  คือ ค่าความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.2 มีค่าเท่ากับ 0.84 (ความเชื่อมั่น 80%)

$\sigma_1^2$  คือ ความแปรปรวนของประชากรกลุ่ม 1

$\sigma_2^2$  คือ ความแปรปรวนของประชากรกลุ่ม 2

$\mu_1$  คือ ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่ม 1

$\mu_2$  คือ ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่ม 2

ผู้วิจัยอ้างอิงการศึกษาผลของโปรแกรมโยคะต่อคุณภาพชีวิตของ Danucalov et al. (2017)<sup>19</sup> พบค่ามิติทางด้านจิตใจในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.4

จากสูตรข้างต้นคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับกลุ่มละ 19 คน และคำนวณจำนวน dropout ร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม 3 ชุด คือ

1.1 แบบสอบถามสุขภาวะทางจิต ตามแนวคิดของ Ryff & Keyes (1995)<sup>17</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดยพัชรพร ปฎิกรณ์<sup>20</sup> เป็นแบบรายงานด้วยตนเอง มีจำนวน 54 ข้อ แบ่งมาตรวัดเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 หมายถึง เป็นจริงน้อยที่สุด ถึงระดับที่ 5 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด แบ่งเป็น 6 มิติ คือ การยอมรับตนเองจำนวน 8 ข้อ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นจำนวน 7 ข้อ การเป็นตัวของตัวเองจำนวน 11 ข้อ ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ จำนวน 7 ข้อ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตจำนวน 9 ข้อ ความงอกงามในตน จำนวน 12 ข้อ และประเมินค่าโดยรวมของสุขภาวะทางจิต (overall psychological well-being) วิเคราะห์ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .94

เกณฑ์การแปลผล แบ่งระดับคำตอบเป็น 5 ระดับ คือ เป็นจริงน้อยที่สุด ถึง เป็นจริงมากที่สุด เท่ากับคะแนน จาก 1 ถึง 5 เกณฑ์แปลผลตามช่วงคะแนน 3 ระดับ คือ สุขภาวะทางจิตคะแนน 1.00 - 2.33 คือ ระดับต่ำ คะแนน 2.34 - 3.67 คือ ระดับปานกลาง และ 3.68 - 5.00 คือ ระดับสูง

1.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตไทยแบบรูปภาพ พัฒนาโดยสุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ<sup>18</sup> มีนิยามคุณภาพชีวิตตาม WHO เป็นแบบรายงานตนเอง มีจำนวน 26 ข้อ แต่การศึกษานี้เลือก 4 มิติที่มีความสอดคล้องกับกิจกรรมโยคะ คือ ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านความนึกคิด จำนวน 3 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อและด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .88

เกณฑ์การแปลผล แต่ละมิติแบ่งระดับคำตอบ 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหาเลย มีปัญหาบางครั้ง และมีปัญหามาก ให้คะแนนเป็น 0, 1, 3 มิติการเปลี่ยนแปลงโดยรวมแบ่งระดับคำตอบเป็น 5 ระดับ คือ แย่มาก ถึง ดีมาก ให้คะแนนเป็น 1 ถึง 5 คิดคะแนนรวมในแต่ละมิติ แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตกลาง ๆ และ คุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการฝึกโยคะ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ สำหรับ

กลุ่มทดลองเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกโยคะในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสมาธิ รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกโยคะ สิ่งที่แนะนำเพิ่มเติมและข้อปรับปรุง

## ส่วนที่ 2 ชุดกิจกรรมโยคะ

ทีมผู้วิจัยศึกษาเทคนิคการฝึกโยคะ อ้างอิงจากแนวคิดของโยคสูตรและหฐโยคะ<sup>22-25</sup> มีการปรึกษาและตรวจสอบความถูกต้องของกิจกรรมจากผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะของสถาบันโยคะวิชาการ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยซึ่งเป็นวิทยากรผู้ฝึกมีประสบการณ์ฝึกโยคะภายใต้หลักสูตรวิชาโทโยคะเอกปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นเวลา 4 ภาคการศึกษา

กิจกรรมโยคะ จัดในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ฝึกต่อเนื่อง 8 ครั้ง ครั้งละ 60 ถึง 90 นาที กิจกรรมแต่ละครั้ง วิทยากรผู้ฝึกเริ่มต้นสอนภาคทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้โยคะขั้นพื้นฐาน (ตารางที่ 1) ประมาณ 10 ถึง 20 นาที และฝึกภาคปฏิบัติประมาณ 40 ถึง 50 นาที เน้นฝึกโยคะอาสนะ (ท่าทางกาย) ประกอบด้วยการฝึกสุรยนมัสการ คือ การฝึกท่าทางกายที่ประกอบด้วยการเคลื่อนไหว 12 ท่าต่อเนื่องกัน เพื่อให้ร่างกายยืดหยุ่น ร่วมกับการฝึกหายใจด้วยกล้ามเนื้อท้องและฝึกอาสนะพื้นฐานที่จัดทำตามความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน และฝึกสมาธิ ประมาณ 10 ถึง 20 นาที ช่วงท้ายกิจกรรมทุกครั้ง วิทยากรผู้ฝึก เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนและสรุปประสบการณ์ รวมถึงซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

## ตารางที่ 1 ความรู้โยคะขั้นพื้นฐาน

| กิจกรรมครั้งที่ | เนื้อหาหลัก   |
|-----------------|---|
| 1               | การเตรียมตัวก่อนการฝึกโยคะ และแนะนำการใช้คู่มือ “โอพีกับโยคะ”           |
| 2               | หลักในการฝึกโยคะอาสนะ 4 ข้อ คือ นิ่ง สบาย ใช้แรงแต่พอดีและมีสติ         |
| 3               | มรรค 8 ของโยคะ  |
| 4               | มรรค 8 ของโยคะ (ต่อ)  |
| 5               | ลมหายใจและอารมณ์ที่สัมพันธ์กัน  |
| 6               | มิตตาหาระ (การรับประทานอาหาร)   |
| 7               | หลักในการฝึกโยคะอาสนะ 4 ข้อ คือ นิ่ง สบาย ใช้แรงแต่พอดีและมีสติอีกครั้ง |
| 8               | ทบทวนวัตถุประสงค์งานวิจัยและสรุปเนื้อหาของกิจกรรม ครั้งที่ 2 - 7        |

ผู้วิจัยพัฒนาสื่อคู่มือประกอบการฝึกโยคะ สำหรับกลุ่มทดลอง ชื่อคู่มือ “โอพีกับโยคะ” ประกอบด้วยคำบรรยายและรูปภาพการ์ตูนชื่อ โอพี แนะนำเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมโยคะทั้ง 8 ครั้ง ประกอบด้วยหลักการฝึกโยคะพื้นฐาน การเตรียมตัวก่อนฝึก ทำอาสนะต่าง ๆ และข้อควรระวัง



ภาพที่ 1 คู่มือ “โอพีกับโยคะ”

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง  
การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ  
จริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. Si 213/2018) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล การศึกษาและสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด การศึกษาเพื่อสอบถามหรือปรึกษากรณีได้รับ ผลกระทบจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถถอน ตัวจากการศึกษาได้ตลอดโดยไม่มีผลกระทบต่อ การศึกษาใด ๆ โดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงล่วงหน้า การเก็บข้อมูลในเอกสารต่าง ๆ ใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อ และไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ มีเพียงทีมผู้วิจัย เท่านั้นที่เป็นผู้เก็บรักษาข้อมูลวิจัยและมีสิทธิใน การเข้าถึงข้อมูล เมื่อปิด โครงการผู้วิจัยจะทำลาย เอกสารข้อมูลต่าง ๆ ตามที่แจ้งต่อคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในคน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (standard deviation) สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ช่วงอายุ 13 - 15 ปี ระหว่างการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์คัดออกและถอนออก จำนวน 18 คน (ร้อยละ 40.9) จึงมีกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดการทดลองจำนวน 26 คน กลุ่มละ 13 คน เพศชายกลุ่มละ 7 คน (ร้อยละ 53.8) และเพศหญิง กลุ่มละ 6 คน (ร้อยละ 46.2)

เมื่อวิเคราะห์ผลการฝึกโยคะพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิตในช่วงก่อนและหลังการฝึกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านการยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ และโดยรวมของสุขภาวะทางจิต และพบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิตและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

จากแบบสอบถามความคิดเห็นเปรียบเทียบก่อน-หลังการฝึกโยคะ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ให้คำตอบที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ร่างกาย มีความแข็งแรงมากขึ้น อาการปวดทางร่างกายดีขึ้น 2) จิตใจ มีความสุข

สงบ และมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น 3) อารมณ์ใจเย็นขึ้น อารมณ์แปรปรวนน้อยลง และ 4) สมามีสมานที่ดีขึ้นทั้ง โดยทั่วไปและขณะทำงาน ความรู้สึกโดยรวมภายหลังการฝึกโยคะ คือ รู้สึกร่างกายและอารมณ์ดีขึ้น สงบ ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ และไม่ยากจนเกินไป สิ่งที่ชอบคือได้ฝึกร่วมกับเพื่อน ได้ผ่อนคลาย และประโยชน์ที่ได้รับคือ ร่างกายแข็งแรง ได้พักผ่อน จิตใจสงบและมีสมานที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอยากให้ปรับกิจกรรมให้สนุกมากขึ้นและอยากให้มีการฝึกโยคะต่อ

## อภิปราย

เมื่อเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังฝึกโยคะ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกโยคะพบว่าการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยรวมของสุขภาวะทางจิตและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นต่อการฝึกโยคะเป็นทางบวกว่า ร่างกายแข็งแรงขึ้น บรรเทาอาการปวดต่าง ๆ ตามร่างกาย รู้สึกใจเย็นลงและมีสมานที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการฝึกโยคะ ในนักเรียนมัธยมศึกษาของ Wang & Hagin (2016)<sup>7</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ดีขึ้นทั้งด้านอารมณ์และร่างกาย ควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเอง มีสติ รู้อยู่กับปัจจุบันดีขึ้น

**ตารางที่ 2** ตารางการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตและคุณภาพชีวิตในช่วงก่อนและหลังการฝึกโยคะของกลุ่มทดลอง (n = 13)

|   | ค่าคะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD             |                                     | Z <sup>a</sup> | p-value |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|---------|
|   | ก่อนฝึกโยคะ                         | หลังฝึกโยคะ                         |                |         |
| <b>สุขภาวะทางจิต</b>                    |                                     |                                     |                |         |
| การยอมรับตนเอง                          | 3.25 $\pm$ 0.19<br>(ปานกลาง)        | 3.62 $\pm$ 0.17<br>(ปานกลาง)        | -2.298         | 0.022*  |
| การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น          | 3.05 $\pm$ 0.22<br>(ปานกลาง)        | 3.41 $\pm$ 0.18<br>(ปานกลาง)        | -2.088         | 0.037*  |
| การเป็นตัวของตัวเอง                     | 3.04 $\pm$ 0.16<br>(ปานกลาง)        | 3.58 $\pm$ 0.14<br>(ปานกลาง)        | -2.766         | 0.006*  |
| ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ | 3.01 $\pm$ 0.18<br>(ปานกลาง)        | 3.49 $\pm$ 0.17<br>(ปานกลาง)        | -2.162         | 0.031*  |
| การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต                 | 3.40 $\pm$ 0.27<br>(ปานกลาง)        | 3.88 $\pm$ 0.10<br>(สูง)            | -1.652         | 0.099   |
| ความงอกงามในตน                          | 3.46 $\pm$ 0.20<br>(ปานกลาง)        | 3.90 $\pm$ 0.14<br>(สูง)            | -1.714         | 0.087   |
| โดยรวมของสุขภาวะทางจิต                  | 3.22 $\pm$ 0.15<br>(ปานกลาง)        | 3.67 $\pm$ 0.12<br>(ปานกลาง)        | -2.747         | 0.006*  |
| <b>คุณภาพชีวิต</b>                      |                                     |                                     |                |         |
| ด้านร่างกาย                             | 1.72 $\pm$ 0.10<br>(ปานกลาง)        | 1.98 $\pm$ 0.15<br>(ปานกลาง)        | -2.546         | 0.011*  |
| ด้านความนึกคิด                          | 1.46 $\pm$ 0.21<br>(ปานกลาง)        | 1.48 $\pm$ 0.17<br>(ปานกลาง)        | -0.271         | 0.786   |
| ด้านอารมณ์                              | 1.52 $\pm$ 0.23<br>(ปานกลาง)        | 1.70 $\pm$ 0.24<br>(ปานกลาง)        | -0.996         | 0.319   |
| ด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ                | 3.38 $\pm$ 0.26<br>(ดีขึ้นเล็กน้อย) | 3.92 $\pm$ 0.21<br>(ดีขึ้นเล็กน้อย) | -1.811         | 0.070   |

\*p-value < 0.05, <sup>a</sup>Wilcoxon Signed Ranks Test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

|  | ค่าคะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD             |                                     | Z <sup>b</sup> | p-value |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|---------|
|  | กลุ่มทดลอง<br>(n = 13)              | กลุ่มควบคุม<br>(n = 13)             |                |         |
| <b>สุขภาวะทางจิต</b>                   |                                     |                                     |                |         |
| การยอมรับตนเอง                         | 3.62 $\pm$ 0.17<br>(ปานกลาง)        | 3.70 $\pm$ 0.24<br>(สูง)            | -0.541         | 0.589   |
| การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น         | 3.41 $\pm$ 0.18<br>(ปานกลาง)        | 3.57 $\pm$ 0.17<br>(ปานกลาง)        | -0.669         | 0.504   |
| การเป็นตัวของตัวเอง                    | 3.58 $\pm$ 0.14<br>(ปานกลาง)        | 3.55 $\pm$ 0.17<br>(ปานกลาง)        | -0.463         | 0.643   |
| ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ | 3.49 $\pm$ 0.17<br>(ปานกลาง)        | 3.71 $\pm$ 0.20<br>(สูง)            | -0.902         | 0.367   |
| การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต                | 3.88 $\pm$ 0.10<br>(สูง)            | 3.78 $\pm$ 0.18<br>(สูง)            | -0.155         | 0.877   |
| ความมองงามในตน                         | 3.90 $\pm$ 0.14<br>(สูง)            | 3.82 $\pm$ 0.23<br>(สูง)            | -0.206         | 0.837   |
| โดยรวมของสุขภาวะทางจิต                 | 3.67 $\pm$ 0.12<br>(ปานกลาง)        | 3.69 $\pm$ 0.19<br>(สูง)            | -0.385         | 0.700   |
| <b>คุณภาพชีวิต</b>                     |                                     |                                     |                |         |
| ด้านร่างกาย                            | 1.98 $\pm$ 0.15<br>(ปานกลาง)        | 2.04 $\pm$ 0.14<br>(ปานกลาง)        | -0.340         | 0.734   |
| ด้านความนึกคิด                         | 1.48 $\pm$ 0.17<br>(ปานกลาง)        | 1.76 $\pm$ 0.18<br>(ปานกลาง)        | -1.182         | 0.237   |
| ด้านอารมณ์                             | 1.70 $\pm$ 0.24<br>(ปานกลาง)        | 1.46 $\pm$ 0.12<br>(ปานกลาง)        | -0.446         | 0.656   |
| ด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ               | 3.92 $\pm$ 0.21<br>(ดีขึ้นเล็กน้อย) | 3.92 $\pm$ 0.13<br>(ดีขึ้นเล็กน้อย) | -0.296         | 0.767   |

\*p-value < 0.05, <sup>b</sup>Mann-Whitney U Test

และสภาพร่างกายที่ดีขึ้น เช่น มีความยืดหยุ่นดีขึ้น ร่างกายแข็งแรง รู้สึกมีพลัง การศึกษาของ Butzet et al. (2017)<sup>10</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างรายงานผลด้านบวกของโยคะในการลดความเครียด ผ่อนคลาย สามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น มีทักษะสังคมและความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นดีขึ้นเช่นกัน และการศึกษาเชิงคุณภาพของ Somsap & Lertpaiboon (2009)<sup>13</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นหญิงที่ฝึกโยคะรู้ว่าโยคะมีผลดีต่อร่างกายที่แข็งแรงขึ้น จิตใจที่สงบและมั่นคง ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ลดอาการผิดปกติต่าง ๆ และด้านความจำและสมาธิ

การเปรียบเทียบผลของการฝึกโยคะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของ Somsap & Kasetksomboon (2005)<sup>14</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นหญิงที่ฝึกโยคะจำนวน 36 ชั่วโมง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ฝึกโยคะ และให้ความเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ ต้องใช้เวลามากกว่า 12 สัปดาห์ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างได้รับจำนวนเวลาในการฝึกโยคะที่น้อยและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพทางจิตต้องใช้เวลาที่นาน จึงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ใช้เวลาในการฝึกในช่วงเวลาดังแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไปหรือฝึกอย่างสม่ำเสมอ ประมาณ 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งการฝึกโยคะจนเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน ควรฝึกฝนสม่ำเสมอ ให้เป็นกิจวัตร

ประจำวัน<sup>7,13,14</sup>

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการวิจัยกึ่งทดลองจึงไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจเข้ามามีผลต่อสุขภาวะทางจิตและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ถอนออกมีจำนวนประมาณหนึ่งในสาม พบว่าการเลือกช่วงเวลาเรียนเป็นข้อจำกัดในเรื่องจำนวนชั่วโมงเรียนและการเปลี่ยนแปลงตารางการเรียนทำให้กลุ่มตัวอย่างที่สนใจฝึกไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยครบตามเกณฑ์ ซึ่งข้อจำกัดที่พบได้ในงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบปัญหาเรื่องเวลาและสถานที่ในการฝึกโยคะในสถานศึกษา ดังนั้นการให้ความสำคัญเรื่องของการจัดตารางเวลาและการเลือกสถานที่ที่เหมาะสมแก่การฝึกจะช่วยให้เกิดความสม่ำเสมอในการฝึกฝนและปรากฏผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้นในผู้ฝึกโยคะ

ข้อเสนอแนะงานวิจัยในอนาคต คือ ผู้วิจัยพิจารณาเลือกช่วงเวลาฝึกโยคะให้เหมาะสมและเพิ่มจำนวนชั่วโมงการฝึก แนะนำศึกษาในประชากรวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ด้านประโยชน์จากการศึกษานี้ กิจกรรมโยคะเป็นกิจกรรมเสริมที่มีส่วนพัฒนาวัยรุ่นตอนต้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การฝึกโยคะควรมีครูผู้สอนที่มีประสบการณ์ด้านโยคะเป็นผู้ดูแล

## สรุป

วัยรุ่นตอนต้นที่ฝึกโยคะ พบว่ามีสุขภาพทางจิตโดยรวม การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพ

ที่ดีกับผู้อื่น การเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ และคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายอย่างมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กิจกรรมโยคะสำหรับวัยรุ่นตอนต้นควรจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มที่มีลักษณะสนุกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการฝึกฝน และคำนึงถึงระยะเวลาและความสม่ำเสมอในการฝึกฝนเพื่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และขอขอบคุณผู้อำนวยการ อาจารย์และนักเรียนทุกคนที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Smetana JG, Campione-Barr n, Metzger A. Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annu Rev Psychol* 2006; 57: 255-84.
2. Hazen E, Schlozman S, Beresin E. Adolescent psychological development: A review. *Pediatr Rev* 2008; 29(5): 161-8.
3. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56(3): 345-65.
4. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56(3): 370-93.

5. Sánchez-García A, Lucas-Molina B, Fonseca-Pedrero E, Pérez-Albéniz A, Paino M. Emotional and behavioral difficulties in adolescence: Relationship with emotional well-being, affect, and academic performance. *An de Psicol* 2018; 34(3): 482-9.
6. Ekasawin S, Phothisut C, Chomchuen R. The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 year. *J Ment Health Thai* 2016; 24(3): 141-53.
7. Wang D, Hagins M. Perceived benefits of yoga among urban school students: a qualitative analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2016; 2016: 8725654.
8. Nanthakumar C. The benefits of yoga in children. *J Integr Med* 2018; 16(1): 14-9.
9. Kwasky AN, Serowoky ML. Yoga to enhance self efficacy: an intervention for at-risk youth. *Arch Psychiatr Nurs* 2018; 32(1): 82-5.
10. Butzer B, LoRusso AM, Windsor R, Riley F, Frame K, Khalsa SBS, et al. A qualitative examination of yoga for middle school adolescents. *Adv Sch Ment Health Promot* 2017; 10(3): 195-219.
11. Butzer B, Day D, Potts A, Ryan C, Coulombe S, Davies B, et al. Effects of a classroom-based yoga intervention on cortisol and behavior in second- and third-grade students: a pilot study. *J Evid Based Complementary Altern Med* 2015; 20(1): 41-9.
12. Hagen I, Nayar U. Yoga for children and young people's mental health and well-being: research review and reflections on the mental health potentials of yoga. *Front Psychiatry* 2014; 5: 1-6
13. Somsap Y, Lertpaiboon J. Health promoting experiences of female teenagers with yoga. *JTNMC* 2009; 24(4): 83-94.
14. Somsap Y, Kasetsomboon P, Krischareon S, Polain K. The effects of yoga on female adolescents' health. *Songkla Med J* 2005; 23(3): 165-76.

15. Kacomaungfang R. Effect of yoga training on stress reduction in primiparous pregnant teenagers [Master's thesis]. Chonuri: Burapha university; 2017.
16. Gaspar T, Ribeiro JP, Matos MG, Leal I. Psychological well-being and health-related quality of life in children and adolescents: focus group methodology. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011; 4: 133-49.
17. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69(4): 719-27.
18. Phattharayuttawat S, Ngamthipwatthana T, Pitiyawanun B. The development of the Pictorial Thai Quality of Life. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(11): 1605-18.
19. Danucalov MA, Kozasa EH, Afonso RF, Galduroz JC, Leite JR. Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers of Alzheimer's disease patients: A randomized controlled trial. *Geriatr Gerontol Int* 2017; 17(1): 85-91.
20. Patikorn P. Psychological well-being, positive thinking, self-directed learning and prosocial behavior of undergraduate students in Kasetsart University [Master's thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2011.
21. Suvarnarong K. The path of yoga: the science challenging Nurses' role. *J Nurs Sci* 2014; 32(4): 15-24.
22. Gharote ML. Yogic Techniques. In: Kraivit W, Tangjitmeti J, translator, Bangkok: Folk Doctor Foundation; 2008.
23. Pannachet E. Yoga: Practical Guide. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Komolkemthong Foundation; 2000.
24. Kuvalayananda S, Vinekar SL. Yogic therapy: Its basic principles and methods. In: Kongpukdeepong K, translator. Bangkok: Folk Doctor Foundation; 2010.
25. Kraivit W. Yoga for human development. Bangkok: Thai Yoga Institute; 2005.

# การศึกษาผลของการบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์

สายสุดา สุพรรณทอง, พ.บ.\*, โหมยิต มหรรณสุวรรณ, พ.บ.\*,  
นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, พ.บ.\*\* , พยงค์ศรี จันทร์ทิพย์\*\*\*

\*โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์

\*\*โรงพยาบาลศรีนครินทร์

\*\*\*มีรักคลินิก

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของการบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์

**วัสดุและวิธีการ :** การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลังการทำบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR ในผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชและมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์ ระหว่างเดือนกันยายน 2564 ถึง ตุลาคม 2565 โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired T-Test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

**ผล :** ในงานวิจัยพบว่า อาสาสมัครเป็นผู้หญิงทั้ง 14 ราย ออกจากการทดลอง 4 ราย เนื่องจาก 3 ราย กลับไปรักษาใกล้บ้าน อีก 1 รายมี psychotic symptoms อาสาสมัครทั้ง 10 ราย หลังจากทำ stabilization technique พบว่าจะแนบซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ที่สัปดาห์ที่ 0 - 1 ( $p$ -values < 0.001) หลังจากทำ EMDR พบว่าจะแนบซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากเดิมเทียบจากหลังจากทำ stabilization technique ในสัปดาห์ที่ 2 ( $p$ -values = 0.007) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าและการทำร้ายตัวเองก่อนและหลังการทำบำบัดแบบ Stabilization technique และ EMDR 1 เดือน หลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่า สามารถลดคะแนนซึมเศร้าและการทำร้ายตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -values = 0.001 และ 0.004)

**สรุป :** การบำบัดแบบ stabilization technique และ EMDR สามารถลดภาวะซึมเศร้าและลดการทำร้ายตัวเองซ้ำได้

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, stabilization technique

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : สายสุดา สุพรรณทอง, e-mail: toonsuphantong@gmail.com

วันรับบทความ : 20 มกราคม 2566; วันแก้ไขบทความ : 25 มีนาคม 2566; วันตอบรับบทความ : 31 มีนาคม 2566

**EFFECTIVENESS STABILIZATION TECHNIQUE AND EMDR  
(EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING) IN  
PATIENTS WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS AND PSYCHIATRIC  
NON-SUICIDAL SELF-INJURY, NAKHON RATCHASIMA  
RAJANAGARINDRA PSYCHIATRIC HOSPITAL**

Saisuda Suphanthong, M.D.\*, Khosit Mahankasuvan, M.D.\*

Nawanant Piyavhatkul, M.D.\*\* , Payongsri Khanthikul\*\*\*

*\*Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital, \*\*Srinagarind Hospital, \*\*\*Merakclinic*

**Abstract**

**Objectives:** To study about the Effectiveness of Stabilization technique and EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) in patients with depressive symptoms and Psychiatric Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital.

**Material and Methods:** This study is a quasi-experiment research, comparing patients with depressive symptoms and NSSI before and after using Stabilization technique and EMDR therapy from September 1<sup>st</sup>, 2021 to October 30<sup>th</sup>, 2022. Patients were invited for evaluation by Patients Health Questionnaires-9 (PHQ-9) and researcher's questionnaires. Percentage, mean, standard deviation (SD), Paired T-Test, and Wilcoxon Signed Ranks Test were used as statistical analysis.

**Results:** In this study total 14 subjects of female patient were recruited. Then 4 patients were excluded from the trial (3 patients preferred treatment at other hospitals in their area, and 1 had psychotic symptoms). The remains of 10 patients were treated by Stabilization technique and EMDR therapy. We found that Stabilization technique significantly reduced depression scores at 0 - 1 week ( $p$ -values < 0.001). Then EMDR was used after Stabilization technique and depression scores significantly decreased at 2<sup>nd</sup> week ( $p$ -values = 0.007). We compared depression scores and non-suicidal self-injury behavior before and after using Stabilization technique and EMDR therapy at 1 month after discharge. We found that therapeutic course can reduce depression scores and recurrent self-injury behavior significantly ( $p$ -values of 0.001 and 0.004).

**Conclusion:** Stabilization technique and EMDR therapy are effective in reducing depressive symptoms and NSSI.

**Key words:** non-suicidal self-injury, depressive symptoms, Stabilization technique, Eye Movement Desensitization and Reprocessing

## บทนำ

ในปัจจุบันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายทำร้ายตนเอง เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่องค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2561 - 2565 ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต ในระดับตติยภูมิขั้นสูง ที่มีภารกิจหลักในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ปี 2558 - 2561 พบว่า โรคซึมเศร้า (F32) จัดเป็นกลุ่มโรคลำดับที่ 2 ที่เข้ารับบริการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ที่น่าสนใจคือ จะพบว่าในช่วงระยะหลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ารวมถึงโรคอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศร้า มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองมีจำนวนมากขึ้น จากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่อายุอยู่ในช่วง 18 ปีขึ้นไป มาด้วยปัญหาทำร้ายตัวเองแต่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2661 - 2564 เป็นจำนวน 246, 332, 365 และ 394 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยหลายรายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพราะภาวะซึมเศร้าแล้วทำร้ายตัวเองนั้น จะได้รับการบำบัดบำบัดแบบ cognitive behavioral therapy ร่วมกับการรักษาด้วยยา เมื่ออาการดีขึ้นก็ให้กลับบ้าน บางรายกลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับบาดแผลทางจิตใจในอดีต ซึ่งจาก

การศึกษาในงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าหลายคนมีความสัมพันธ์กับการได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจ ตั้งแต่สมัยเด็ก ทั้งความรุนแรงในชุมชน หรือถูกทำร้ายจากคนดูแลที่มีปัญหาทางอารมณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder)<sup>1</sup> การเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย<sup>2</sup> รวมถึงประสบการณ์ความรุนแรงทางเพศและการเข้าไปรู้เห็นในความรุนแรง ทั้ง 2 ปัจจัยนี้เป็นตัวสำคัญในการทำนาย life-time suicide attempts<sup>3</sup>

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในรูปแบบการบำบัดอื่นที่สามารถช่วยลดการทำร้ายตัวเองในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่กำลังเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี ซึ่งการทำร้ายตัวเองนั้นสามารถอธิบายด้วย The Adaptive Information Processing (AIP) model นั้นคือ เมื่อผู้ป่วยมีบาดแผลทางจิตใจซึ่งยังเป็นความทรงจำที่ยังไม่ถูกจัดเก็บอย่างเหมาะสม เมื่อไรก็ตามที่ผู้ป่วยถูกกระตุ้นด้วยเหตุการณ์ที่มีความเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ในอดีต ทำให้อารมณ์ ความรู้สึก ความทรงจำในอดีตที่เป็นบาดแผลเดิมกลับมาด้วย เมื่อผู้ป่วยจัดการความรู้สึกที่ท่วมท้นไม่ได้ หรือจัดการอย่างไม่เหมาะสม ก็จะแสดงออกในลักษณะการทำร้ายตัวเองในรูปแบบต่าง ๆ โดยอาจจะไม่ได้มุ่งหวังการฆ่าตัวตาย ดังนั้นการจัดการกับความทรงจำในอดีตจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งการจัดการกับความทรงจำนั้น สามารถทำได้ด้วย EMDR โดยการทำให้ร้ายตัวเองนั้นจะมีความเชื่อมโยงกับความทรงจำที่

ก่อให้เกิดบาดแผลในจิตใจ ซึ่งการระบุนความทรงจำที่เป็นเหตุแล้วจัดการด้วย EMDR จะสามารถหยุดการทำร้ายตัวเองได้<sup>4</sup> ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการทำจิตบำบัด stabilization technique และ EMDR ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองซ้ำ

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

### รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว ประเมินก่อนและหลังการทำจิตบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR ในผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชและมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนกรินทร์ ระหว่างเดือนกันยายน 2564 ถึง ตุลาคม 2565

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตัวเอง ทั้งผู้ป่วยใหม่และเก่า ซึ่งมารับการบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนกรินทร์ ปีงบประมาณ 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามทำร้ายตัวเอง โดยไม่ได้มุ่งหวังจะฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนกรินทร์แบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่เดือน เมษายน 2565 ถึง ตุลาคม 2565 จำนวน 14 คน

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา มารับบริการที่

โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนกรินทร์ ในช่วงเวลาตั้งแต่ เดือนเมษายน ถึงเดือนตุลาคม 2565 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากงานวิจัยเรื่อง Trauma Therapy and EMDR in Patients with Psychiatric Illness<sup>5</sup> และใช้หลักการของ Power analysis<sup>6</sup> คำนวณด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.7 ค่า effect size = 1.28 ค่า statistical power = 0.95 และค่าความคลาดเคลื่อน Type I ( $\alpha$ ) = 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คน ป้องกันการ drop out ร้อยละ 25 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 14 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

#### เกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา

1. มีการทำร้ายตัวเองซ้ำก่อนมาโรงพยาบาล ภายใน 1 สัปดาห์
2. แพทย์พิจารณารับไว้ในโรงพยาบาล และอาการทางจิตสงบเพียงพอจะทำจิตบำบัด
3. เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า น้อยถึงปานกลางจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9
4. ไม่เคยได้รับการทำจิตบำบัดแบบ EMDR มาก่อน
5. อายุ 18 - 60 ปี
6. ไม่จำกัดเพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ
7. สามารถพูดคุยโต้ตอบได้เข้าใจ
8. สามารถอ่านออกเขียนได้
9. ยินยอมเป็นตัวอย่างให้ผู้วิจัยศึกษา
10. วิธีการทำร้ายตัวเองไม่รุนแรง ไม่มุ่งหวังให้ตัวเองจบชีวิต เช่น การกรีดข้อมือ การหยิกตัวเอง

การชก้ำแพง การกินยาเกินขนาดที่ไม่ได้มุ่งหวังต่อการฆ่าตัวตาย (เป็นไปเพื่อช่วยในการนอน)

11. มีประวัติ trauma ทางจิตใจในอดีต ก่อนมาพบแพทย์ในครั้งนี (โดย trauma (บาดแผล) ทางจิตใจหมายถึง เรื่องที่รุนแรงมีอันตรายถึงชีวิต ทำให้เกิดความกลัว หรือความสิ้นหวัง หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ๆ เป็นระยะเวลาานาน ที่ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจ โดยมีระยะเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานใจต่อเหตุการณ์เกิน 1 เดือน ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเมื่อนึกถึงเหตุการณ์ในตอนนี ยังรู้สึกถูกรบกวนอยู่จากความทรงจำดังกล่าว)

#### เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต
2. ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติด

#### เกณฑ์ก่อนออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะถอนตัวจากการบำบัด (หลังจากออกจากโรงพยาบาลขอไปรับการรักษาใกล้บ้าน)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด วิธีการจัดการเมื่อเจอสถานการณ์ที่ยากลำบาก วินิจฉัย ลักษณะของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ระยะเวลาความเจ็บป่วยทางจิต จำนวนครั้งของการทำร้ายตัวเอง ระยะเวลาที่ทำร้ายตัวเองครั้งล่าสุด รูปแบบการทำร้ายตัวเอง

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ประกอบด้วย การประเมิน ความรู้สึกซึมเศร้า เบื่อหน่าย นอนหลับยาก ไม่อยากกินอาหาร รู้สึก

เหนื่อยล้า รู้สึกแยกกับตัวเอง จดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก พูดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า

1.3 Stabilization technique and EMDR protocol ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 - 60 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค และวิธีการรักษาแบบ Stabilization technique and EMDR ในครั้งแรกหลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้ว ผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อใช้ในการสร้าง trauma map และใช้ Stabilization techniques (เช่น การตั้งหลัก / ตั้งสติ (Grounding) การกระตุ้นความเข้มแข็ง ต้นทุนในจิตใจ (Resource Activation) เทคนิคเพื่อการผ่อนคลาย (Relaxation Techniques) และเทคนิคเพื่อการสร้างระยะห่างจากสิ่งรบกวน (Distancing Techniques))

การ Stabilization techniques จะดำเนินต่อไปจนกว่าผู้ป่วยจะอาการทางจิตสงบ คะแนน PHQ-9 อยู่ในระดับน้อย สามารถควบคุมตัวเองได้ ซึ่งอาจจะใช้เวลามากกว่า 1 ครั้ง ในการให้การบำบัดรักษา ดังนั้นหากในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยยังไม่สามารถเผชิญกับบาดแผลในอดีตได้ การทำ Stabilization techniques จะยังคงดำเนินต่อไปจนกว่าผู้ป่วยจะพร้อม (และถ้ามีกรณีทีหลังจากผู้ป่วยทำ Stabilization techniques จนอาการสงบแล้ว ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองอีกต่อไป สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ คะแนนแบบประเมินอยู่ในระดับ remission ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะรับ

การบำบัดแบบ EMDR ต่อไป ไม่อยากเผชิญกับบาดแผลในอดีต ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการบำบัดและแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาการรักษาแบบจิตสังคมในรูปแบบอื่นที่มีในโรงพยาบาล)

สัปดาห์ที่ 1 - 2 เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบเพียงพอ จะใช้ Absorption Technique เพื่อประเมินอีกครั้งว่าผู้ป่วยพร้อมแล้วที่จะเผชิญกับบาดแผลในอดีตเพื่อเข้าสู่การบำบัดแบบ EMDR therapy (โดยผู้บำบัดจะดำเนินกระบวนการตั้งแต่วินาที 3 - 8 ได้ ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยอาการลงที่พอที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นบาดแผลในอดีต)

หลังจากให้การบำบัดครบซึ่ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ (รวมทั้งหมด 6 ครั้ง) แล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินจากผู้วิจัย แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลที่ดูแลว่าอาการทางจิตสงบ ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง หรืออยากฆ่าตัวตาย มีวิธีจัดการกับความเครียด คะแนน PHQ-9 อยู่ในระดับ remission (0 - 4 คะแนน) จึงสามารถกลับบ้านได้

### วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ผู้ช่วยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ทั้งผู้ป่วยที่มีแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้วิจัย และไม่ใช่นักวิจัย) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาจากข้อมูลที่มีในเวชระเบียนผู้ป่วย ที่แสดงว่าผู้ป่วยมีการทำร้ายตัวเองโดยไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์จะมีการบันทึกเรื่องการทำร้ายตัวเองของผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตายไว้ในฐานข้อมูลผู้ป่วย และจะมีบันทึกในเวชระเบียนด้วย “S3” ที่หมายถึง

กลุ่มผู้ป่วยที่มีการทำร้ายตัวเองโดยไม่ได้มุ่งหวังจะฆ่าตัวตาย โดยติดสติ๊กเกอร์บนเอกสารแผ่นที่ 2 รองจากหน้าปกเวชระเบียน ในผู้ป่วยทุกรายที่มีพฤติกรรมดังกล่าว) โดยแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้การรักษาแบบนอนโรงพยาบาล เพื่อคุมอาการคนไข้ เมื่อได้กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ข้อแรกแล้ว จึงประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจาก PHQ-9 ที่มีระดับน้อยถึงปานกลาง ให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 14 คน

2. ผู้วิจัยแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ถึงรายละเอียดการบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR เพื่อขอความเห็นชอบในการบำบัดด้วยวิธีดังกล่าว หากแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาเห็นชอบแล้ว ผู้ช่วยผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มารักษาในโรงพยาบาล โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ามีการศึกษาวิจัยการบำบัดด้วย Stabilization technique and EMDR พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่ออาการดูแลปกติที่ผู้ป่วยควรได้รับ ตลอดจนการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และเปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นข้อสงสัย และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามการบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการบำบัดเป็นรายบุคคลทั้งหมด

4. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด โดย Stabilization Therapy and EMDR ผู้วิจัยทำการประเมินหลังการทดลอง (post-test) ด้วยแบบประเมิน PHQ-9 รวมถึงนัดพบอีกครั้งเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินเรื่องภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากทำร้ายตัวเอง และแนวทางการแก้ปัญหาซ้ำ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายไปแล้ว 1 เดือน ผู้ป่วยจะยังได้รับการติดตามการรักษาตามระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตัวเอง ต่อเนื่องไปอีก 1 ปี ตามระบบที่มีอยู่ของโรงพยาบาล และหากหลังจากนั้นหรือระหว่างการติดตามต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีก สามารถกลับมา รับการบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR ได้ หากผู้ป่วยต้องการ

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

หมายเหตุ : ปกติในผู้ป่วยในที่มีภาวะซึมเศร้า จะได้รับการเข้ากลุ่ม CBT โดยสหวิชาชีพ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ รูปแบบใดที่ผู้ป่วยจะได้รับในภาวะปกติ ผู้ป่วยจะยังได้รับการรักษานั้น

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อ่างอิงเอกสารเลขที่ DMH.IRB.CO.A 012/2565 ลงวันที่ 11 เมษายน 2565

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่

ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนการพยายามทำร้ายตนเองซ้ำก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

3. การวิเคราะห์แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้โดยใช้สถิติทดสอบที่กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired T-Test)

#### ผล

##### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยจิตเวชอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีการทำร้ายตัวเองซ้ำที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ ระหว่างเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนตุลาคม 2565 โดยได้ผู้สมัครเข้าเกณฑ์วิจัยทั้งสิ้น 14 คน โดยมีผู้ป่วยที่ไม่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมด 4 คน เนื่องจากมีอาการทางจิต 1 คน และขอกลับไปรักษาใกล้บ้าน 3 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 คน เป็นเพศหญิงทั้ง 10 คน (ร้อยละ 100.0) มีอายุ 18 - 23 ปี ร้อยละ 60.0 สถานภาพโสด

ร้อยละ 80.0 เรียนจบชั้น ปวช./ปวส. ร้อยละ 30.0 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 30.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.0 และไม่มีการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100.0

เมื่อเจอสถานการณ์ที่ยากลำบากจะใช้วิธีการทำงานอดิเรกมากที่สุด ร้อยละ 70.0 รองลงมาเป็น การคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว ร้อยละ 60.0 และพบว่าใช้วิธีปรึกษาแพทย์ทั่วไป ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต ปรึกษาผู้นำทางศาสนา และสวดมนตร์ เท่ากันที่ร้อยละ 10.0

ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคซึมเศร้า ร้อยละ 60.0 และได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคอารมณ์สองขั้ว ร้อยละ 30.0

ลักษณะของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรุนแรงในการทำร้ายจิตใจและร่างกายในวัยเด็กมากที่สุดในกลุ่ม ร้อยละ 40.0 รองลงมาเป็น การใช้ความรุนแรงในการทำร้ายจิตใจในวัยเด็ก ร้อยละ 30.0 ส่วนการประสบเหตุการณ์อุบัติเหตุทางจราจรและการถูกทำร้ายร่างกายพบน้อยที่สุดในกลุ่ม ร้อยละ 10.0

ระยะเวลาความเจ็บป่วยทางจิต จำนวนครั้งของการทำร้ายตัวเองใน 1 เดือน/ชั่วชีวิตที่ผ่านมา และระยะเวลาที่ทำร้ายตัวเองครั้งล่าสุดก่อนมา ความเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 17.8 เดือน ส่วนจำนวนครั้งของการทำร้ายตัวเองใน 1 เดือนเฉลี่ย 1.6 ครั้ง และมีการทำร้ายตัวเองชั่วชีวิตที่ผ่านมา 4 ครั้ง ด้านระยะเวลาที่ทำร้ายตัวเองครั้งล่าสุดก่อนมาโรงพยาบาล เฉลี่ย 4.2 วัน ส่วนการทำร้ายตัวเองหลังจากออกจากรักษา 1 เดือน มีค่าเฉลี่ย 0.1 ครั้ง

การทำร้ายตัวเอง พบว่า รูปแบบที่ใช้ทำร้ายตัวเองมากที่สุด คือ การกรีดแขน และการกินยาเกินขนาด ร้อยละ 70.0 ส่วนการหยิกตัวเองพบน้อยสุด ร้อยละ 10.0

### ผลการประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย

ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยก่อนบำบัด โดย Stabilization technique and EMDR ด้วยแบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม พบว่า ผู้ป่วยมีผลการประเมินอาการของภาวะซึมเศร้า ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และระดับน้อย ร้อยละ 40.0 ในระดับปกติ ร้อยละ 10.0 และไม่มีผู้ป่วยอยู่ในระดับรุนแรง ในขณะที่ผลการประเมินหลังการบำบัดแบบ Stabilization technique วัดผล แล้วทำ EMDR วัดผลหลังจบการบำบัดทันที และติดตามผล 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีผลการประเมิน อาการของโรคซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 100.0, 100.0 และ 90.0 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยคำถาม 9 คำถาม (PHQ-9) ก่อนการบำบัดหลังทำ stabilization technique หลังทำ EMDR และหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 11.6, 2.6, 0.5 และ 2.9 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการรักษา พบว่า คะแนน PHQ-9 ลดลงจากการให้การรักษามีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value เท่ากับ  $< 0.001$ ,  $0.007$  และ  $0.001$  ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 1** การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัดด้วย Stabilization technique and EMDR ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (PHQ-9)

| การประเมิน                                   | ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า |                   |                   |                   |
|--|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|  | ปกติ                          | น้อย              | ปานกลาง           | รุนแรง            |
|  | จำนวน<br>(ร้อยละ)             | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) |
| ก่อนการบำบัด                                 | 10                            | 40                | 50                | 0                 |
| หลังการบำบัด stabilization technique         | 100                           | 0                 | 0                 | 0                 |
| หลังการบำบัด EMDR (post-test, สัปดาห์ที่ 2 ) | 100                           | 0                 | 0                 | 0                 |
| หลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 6)   | 90                            | 0                 | 10                | 0                 |

**ตารางที่ 2** ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนการบำบัด หลังการบำบัด stabilization technique หลังการบำบัด EMDR และหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

| ระยะการประเมินอาการซึมเศร้า                  | ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|--|-----------------------------|----------------------|
| ก่อนการบำบัด                                 | 11.60                       | 4.99                 |
| หลังการบำบัด stabilization technique         | 2.60                        | 2.01                 |
| หลังการบำบัด EMDR (post-test, สัปดาห์ที่ 2 ) | 0.50                        | 1.08                 |
| หลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 6)   | 2.90                        | 4.25                 |

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ก่อนการบำบัด หลังการบำบัด stabilization technique หลังการบำบัด EMDR และหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

| รายละเอียดของข้อมูล                                       | ผลต่างของ<br>ค่าเฉลี่ย | ค่าความคลาด<br>เคลื่อนมาตรฐาน | p-value  |
|---|------------------------|-------------------------------|----------|
| ก่อนการบำบัดกับหลังการบำบัด stabilization technique       | 9.00                   | 5.354                         | < 0.001* |
| หลังการบำบัด stabilization technique กับหลังการบำบัด EMDR | 2.10                   | 1.912                         | 0.007*   |
| ก่อนการบำบัดกับหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน                | 8.70                   | 5.889                         | 0.001*   |

\*p-value < 0.05, pair t-test

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการทำร้ายตัวเองก่อนและหลังรักษาใน 1 เดือน หลังการบำบัดด้วย stabilization technique และ EMDR

| รายละเอียดข้อมูล                                 | จำนวนผู้ป่วย | ค่าเฉลี่ยการทำร้ายตัวเอง | ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน | Z      | p-value |
|--|--------------|--------------------------|---------------------------|--------|---------|
| จำนวนครั้งของการทำร้ายตัวเองใน 1 เดือน ก่อนรักษา | 10           | 1.60                     | 0.843                     | -2.877 | 0.004*  |
| จำนวนครั้งของการทำร้ายตัวเองใน 1 เดือน หลังรักษา | 10           | 0.10                     | 0.316                     |        |         |

\* $p$ -value < 0.05, Wilcoxon Signed Ranks Test

เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนการพยายามทำร้ายตนเองซ้ำก่อนและหลังการทดลองใน 1 เดือน พบว่า การบำบัดด้วย stabilization technique และ EMDR ช่วยลดการทำร้ายตัวเองซ้ำในกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value เท่ากับ 0.004 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

### อภิปราย

จากผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วย stabilization technique และ EMDR และประเมินคะแนนซึมเศร้าหลังทำ Stabilization technique ด้วย PHQ-9 พบว่าคะแนนซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่สัปดาห์ที่ 0 - 1 ( $p$ -values < 0.001) หลังจากการบำบัด EMDR พบว่าคะแนนซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัด Stabilization technique ในสัปดาห์ที่ 2 ( $p$ -values = 0.007) เมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนซึมเศร้าและการทำร้ายตัวเองก่อนและหลังการทำจิตบำบัดแบบ Stabilization technique and EMDR 1 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่าสามารถลดคะแนนซึมเศร้า และการทำร้ายตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -values เท่ากับ 0.001 และ 0.004) เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Piyavhatkul et al. (2018)<sup>5</sup> พบว่า Trauma therapy และ EMDR มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า รวมถึงอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจ โดยจำนวนครั้งของการทำ EMDR มีความสัมพันธ์กับคะแนน The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) ที่ดีขึ้นด้วย

สำหรับผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วย stabilization technique และ EMDR สามารถลดช่วยลดการทำร้ายตัวเองซ้ำในกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า

และทำร้ายตัวเองโดยไม่มุ่งหวังการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ นั้นเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Fereidouni et al. (2019)<sup>7</sup> ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า EMDR ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความคิดอยากฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากการวัดโดยแบบประเมินด้วย Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) ส่วนการศึกษาของ Mosquera & Ross (2016)<sup>4</sup> ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่ได้มุ่งหวังที่จะฆ่าตัวตาย โดยทั้งสองเชื่อว่าการทำร้ายตัวเองนั้นสามารถอธิบายด้วย The Adaptive Information Processing (AIP) model และสามารถรักษาได้ด้วย EMDR โดยการทำร้ายตัวเองนั้นจะมีความเชื่อมโยงกับความทรงจำที่ก่อให้เกิดบาดแผลในจิตใจ ซึ่งการระบุนความทรงจำที่เป็นเหตุแล้วจัดการด้วย EMDR จะสามารถหยุดการทำร้ายตัวเองได้ นอกจากนี้ยังมีงานของ McLaughlin et al. (2008)<sup>8</sup> ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยหญิงอายุ 18 ปี ที่มีประวัติบาดแผลทางจิตใจ และมาพบแพทย์ด้วยการกรีดตัวเองหลายปีที่ผ่านมา หลังจากทำการบำบัดด้วย EMDR 2 ครั้งพบว่าการทำร้ายตัวเองลดลง และหลังจากติดตามอาการไป 13 เดือน ก็พบว่าการทำร้ายตัวเองลดลง ซึ่งสรุปว่า การทำ EMDR สามารถลดการทำร้ายตัวเองได้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลทางจิตใจ

## สรุป

การบำบัดด้วย stabilization technique และ

EMDR สามารถลดคะแนนซึมเศร้า และสามารถลดการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าและมีการทำร้ายตัวเองที่ไม่ได้มุ่งหวังจะฆ่าตัวตาย

## ข้อดีของการศึกษา (strength)

1. เป็นการศึกษาแรก ๆ ที่ทำการศึกษาลักษณะกึ่งการทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพการรักษาโดยใช้ stabilization technique และ EMDR ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า และทำร้ายตัวเองโดยไม่ได้มุ่งหวังจะฆ่าตัวตาย
2. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ไปต่อยอดในการศึกษาต่อไป โดยอาจจะเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกับการรักษาในรูปแบบอื่น ๆ
3. นำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าและมีการทำร้ายตัวเองโดยไม่ได้มุ่งหวังที่จะฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ต่อไปได้
4. ได้รูปแบบการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า

## ข้อจำกัดของการศึกษา (limitations)

1. การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มากนัก คือ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาไม่ถึง 11 คน แม้จะเก็บผู้ป่วยเพื่อไว้แล้วก็ตาม ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยเกินไป ทำให้ผลที่จะใช้ในการศึกษาในเชิงเปรียบเทียบมีจำนวนน้อยลงไปด้วย
2. พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพียงเพศหญิงเพียงอย่างเดียว เนื่องจากในช่วงที่ทำการศึกษเกิดการ

แพร่ระบาดของ COVID-19 ในเด็กผู้ป่วยชายเป็นระยะ ทำให้ไม่สามารถเข้าไปให้การรักษาแบบจิตบำบัดได้ในช่วงที่มีการกักตัว

3. เนื่องจากงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาที่ทำในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้การเดินทางมารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เป็นไปได้น้อยลง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ยอมเดินทางไกล จึงอาจจะทำให้การกลับมารักษาหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว มีจำนวนลดลง

4. ในการศึกษาี้ ยังคงมีการให้การบำบัดในรูปแบบอื่นที่โรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสูญเสียรูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยอื่น ๆ ได้รับ ดังนั้น ในการทดลองนี้ จึงมีการบำบัดแบบ CBT แบบกลุ่มที่เป็นโปรแกรมของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารวมอยู่ด้วย

### ข้อเสนอแนะ

การลดข้อจำกัดข้างต้นในการศึกษาประสิทธิภาพการรักษาโดยใช้ stabilization technique และ EMDR ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า และทำร้ายตัวเองโดยไม่ได้มุ่งหวังจะฆ่าตัวตาย ทำได้โดย

1. เพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยอาจจะเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลออกไป หรือเพิ่มพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย

2. เพื่อความชัดเจนในการศึกษาเรื่องของผลในการลดคะแนน PHQ-9 และจำนวนครั้งในการทำร้ายตัวเอง อาจจะเพิ่มระยะเวลาในการ

ติดตามคนไข้เป็น 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ ที่ให้ดำเนินการวิจัย และอาจารย์นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และอาจารย์พยงค์ศรี ชันธิกุล ที่ให้คำปรึกษา และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. Zavaschi MLS, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DWS, de Carvalho RH, et al. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Braz J Psychiatry* 2006; 28(3): 184-90.
2. Belik SL, Stein MB, Asmundson GJG, Sareen J. Relation between traumatic events and suicide attempts in Canadian military personnel. *Can J Psychiatry* 2009; 54(2): 93-104.
3. Sorsdahl K, Stein DJ, Williams DR, Nock MK. Associations between traumatic events and suicidal behavior in South Africa. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199(12): 928-33.
4. Mosquera D, Ross CA. Application of EMDR therapy to self-harming behaviors. *J EMDR Pract Res* 2016; 10(2): 119-28.
5. Piyavhatkul N, Paholpak S, Boonpromma W. Effectiveness of trauma therapy and EMDR in patients with psychiatric illness in northeastern Thailand. *Int J Med Sci Public Health* 2018, 7(12): 7-17.
6. ศจิมมา ฅ วิเชียร. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.priv.nrct.go.th/ewt\\_dl.php?nid=1217](http://www.priv.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=1217) [1 มีนาคม 2565].

7. Fereidouni Z, Behnammoghadam M, Jahanfar A, Dehghan A. The effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on the severity of suicidal thoughts in patients with major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019; 15: 2459-66.
8. McLaughlin DF, McGowan IW, Paterson MC, Miller PW. Cessation of deliberate self-harm following eye movement desensitization and reprocessing: a case report. *Cases J* 2008; 1(1): 177.