

วารสาร

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2567)

Volume 18, Issue 1, January - June 2024



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ISSN 3027-8546 (Online)

คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	พญ.สุพัฒนา เศวตวิวงศ์ ณ อยุธยา	นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา
	พญ.ปัทมา ศิริเวช	นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ
บรรณาธิการ	ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนช้าง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
บรรณาธิการรอง	นางฐปณีย์ พุ่มผลเจริญ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
	น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.นพ.นพพร ต้นติรังสี	สถาบันสุขภาพเด็กและวัยรุ่นนภาคใต้
	นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์
	รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา	มหาวิทยาลัยศิลปากร
	ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
	พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ ธีระศิลป์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
	ผศ.ดร.ภก.ทวนธน บุญสื่อ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.ภก.ธนอมพงษ์ เสถียรลัคนา	มหาวิทยาลัยสยาม
	ดร.สุนทรี ศรีโกไสย	สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์
	ดร.นพรัตน์ ไชยธานี	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	อ.ดร.กมล เกียรติเรืองกมล	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
	ดร.ภัทรวรรณ สุขยิธัญ	โรงพยาบาลศรีธัญญา

กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	นพ.พงศกร เล็งดี	นพ.ปาทนัท ขวัญสนิท	พญ.จิตติมา สวงนวิชัยกุล
	นพ.สุทธา สุปัญญา	นางอุณจิตร คุณารักษ์	น.ส.ชุมพร บ้านกล้วย
	น.ส.นิรมล ปะนะสุนา	น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง	นางฉัตรสุดา จุงสกุล
ผู้จัดการ	นายกฤตณัย แก้วยศ	น.ส.เกตุมาศ 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 3027-8546 (Online)

Advisory board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

Supathana Dejatiwongse Na Ayutaya

Pattama Sirivech

Editor

Orabhorn Suanchang

Associate editor

Thapanee Foomooljareon

Wattanaporn Pibullarak

Editorial board

Chatchawan Silapakit

Vitoon Lohsoonthorn

Woraphat Ratta-Apha

Vorasith Siripornpanich

Nopporn Tanthirungsri

Warawat Chaichan

Manat Pongchaidecha

Thanapoom Rattananupong

Chadapa Prasertsong

Ubonpan Theerasilp

Tuanthon Boonlue

Thanompong Sathienluckana

Soontaree Srikosai

Nopparat Chaichumni

Kamol Keatruangkamala

Pattarawat Sukyirun

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya

Pholphat Losatiankij

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Mahidol University

Chulalongkorn University

Mahidol University

Mahidol University

Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health

Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Silpakorn University

Chulalongkorn University

Huachiew Chalermprakiet University

Huachiew Chalermprakiet University

Ubon Ratchathani University

Siam University

Rajanagarindra Institute of Child Development

Walailak University

King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

Srithanya Hospital

Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

Pongsakorn Lengdee

Suttha Supanya

Niramon Panasuna

Manager

Krittana Kaewyot

Patanon Kwansanit

Unjit Khunarak

Sawitree Saengsawang

Keyunmart Yootin

Thitima Sanguanvichaikul

Chumphorn Bankluai

Chatsuda Chungsakul

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

สารบัญวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปี 2567 ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน)

	หน้า
สารบัญ	ก
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฎ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การสำรวจสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ต	1
นภวรรณ มั่นพรรษา, พนิดา โยมะบุตร, กลกรณ์ วงศ์ภาติกะเสรี, กิริติ ปัทมเรขา, อธิพัฒน์ มูลเชื้อ	
การเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนานาชาติ	17
อินเทอร์เน็ตชนชั้นแนลไฟโอเนียร์สโดยการศึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์	
สุนิสา ลอยเมฆ, กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ, อโนทัย แทนสวัสดิ์	
การพัฒนาการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	31
พีรดา เพิ่มความสุข, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์	
ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้าโดยมีการเปรียบเทียบตนเอง	45
กับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมเป็นตัวแปรส่งผ่าน	
ธีรศักดิ์ สาตรา, ศรีธิดา บัวเลิศ, พิชัมพร หอสิริ, สิรินัดดา ปัญญาภาส, เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สนทรรศ บุษราทิจ	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยโปรแกรมออนไลน์ต่อ	58
ภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
ปณณนุช คณาภรณ์, กิตติกร พรมา	
การเสริมสร้างพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	72
โรงเรียนสิริรัตนธาร โดยการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม	
บุษราคัม รักพวก, ชลพร กองคำ, กาญจนา สุทธิเนียม, อโนทัย แทนสวัสดิ์	

Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Years 2024, Volume 18, Issue 1 (January - June)

	Page
Contents	๓
Instruction to authors	๗
Preface	๗
Original article	
Mental health survey in internet user	2
Napawan Munpansa, Panida Yomaboot, Konlakorn Wongpatikaseree, Keerati Pattamarakha, Atiphat Moonchua	
Enhancement of public mind among junior high school student international pioneers international school by consulting groups according to the gestalt theory	18
Sunisa Loymake, Kanchana Suttineam, Chonlaporn Kongkham, Anotai Tansawat	
The development of the integrative suicide therapy in nursing on patients with major depressive disorder	32
Peerada Permkwamsook, Wattanaporn Pibullarak	
Self-concept and depression: a mediation model of upward comparison on Instagram	46
Teerasakdi Satra, Sritida Bualoet, Tikumporn Hosiri, Sirinadda Punyapas, Thienchai Ngamthipwatthana, Sontuss Bussaratid	
Effects of the resilience program with online program on depression and resilience in depressive patients	59
Poonyanuch Kanakorn, Kitikorn Pornma	
Enhancing the assertive behavior of Mathayom 1 students at Sirirattanathorn school through group counseling based on behavior theory	73
Budsaracam Rakphuak, Chonlaporn Kongkham, Kancnchana Suttineam, Anotai Tansawa	

คำแนะนำผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิต และจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

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

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

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 ในกรณีที่ผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น 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 การอ้างอิงท้ายบทความ จะมีตัวอย่างการ
เขียนต่อจากการส่งต้นฉบับ รวม 14 ตัวอย่าง

การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

1. ตารางให้เรียงต่อจากคำอธิบาย

2. รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาด
โปสการ์ด (3 X 5 นิ้ว) ผิวหนาเรียบ โดยด้านหลัง
เขียนลูกศรด้วยดินสอดำเป็นแนวตั้ง 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 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (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 โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์ แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ 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 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (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 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (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

พจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Word ขนาดตัวอักษร ภาษาไทย 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

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในคนด้วย

เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ 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. 5th ed. New York: Harper and Row; 2529.

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

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม

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

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

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. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ 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 อรพรรณ ศิลปกิจ. รายงานการวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2541.

5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
รูปแบบพื้นฐาน : 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 [1999 Feb 11].

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร

1. เนื้อหาทั้งหมดของบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร เจ้าของผลงานมีการคิด ค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สรุป เรียบเรียงและอ้างอิงข้อมูลโดยผู้เขียนเอง กองบรรณาธิการไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ

2. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

3. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐานให้กับวารสารด้วย

บรรณาธิการแถลง

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

ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนช้าง

บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

การสำรวจสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ต

นภวรรณ มั่นพรรษา, วท.ม.*, พนิดา โยมะบุตร, วท.ม.*, กลกรณ์ วงศ์ภาคีเกสร, ปร.ด.***,
กิริติ ปัทมเรขา, ศศ.บ.*, อธิพัฒน์ มูลเชื้อ, วท.บ.*

*ศูนย์นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิตประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล

**คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

***คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ต อายุระหว่าง 18 - 60 ปี

วัตถุประสงค์และวิธีการ : การวิจัยเชิงสำรวจสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ใช้อินเทอร์เน็ตจำนวน 584 คน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสุขภาพจิตคนไทย (TMHQ) จำนวน 70 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางกาย อาการกังวล อาการซึมเศร้า อาการโรคจิต และการเข้าสังคม วิเคราะห์ผลด้วยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ t-test เพื่อเปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ย TMHQ ระหว่างเพศ และประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่แตกต่างกัน ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย TMHQ ในกลุ่มอายุต่างกัน สถิติสหสัมพันธ์ Spearman's Rank เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ และ สถิติเชิงพหุคูณถอย เพื่อศึกษาความสามารถการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อคะแนน TMHQ

ผล : กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวช ผลสำรวจโดยรวมพบคะแนน TMHQ ด้านกังวลสูงกว่าด้านอื่น ๆ โดยช่วงอายุ 18 - 30 ปี มีคะแนนสูงสุด เพศหญิงมีคะแนนอาการทางกายสูงกว่าเพศชาย แต่ประวัติความเจ็บป่วยต่างกันมีคะแนน TMHQ ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้คะแนน TMHQ แต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันระดับสูงถึงต่ำ และอายุสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนด้านอาการทางกาย ซึมเศร้า และกังวลในระดับต่ำมาก และยังสามารถทำนายคะแนน TMHQ ด้านอาการทางกาย ซึมเศร้า และกังวลได้ในระดับต่ำมากเช่นกัน

สรุป : ผลการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยใช้อินเทอร์เน็ตพบว่ามีความกังวลสูงกว่าปกติ โดยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อน ทั้งยังพบว่าปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ต่อกัน

คำสำคัญ : ประเมิน, ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต, สุขภาพจิต

MENTAL HEALTH SURVEY IN INTERNET USER

Napawan Munpansa, M.Sc.*, Panida Yomaboot, M.Sc.***, Konlakorn Wongpatikaseree, Ph.D.***,
Keerati Pattamarakha, B.A.*, Atiphat Moonchua, B.Sc.*

**Thailand Mental Health Technology and Innovation Center, Mahidol University*

***Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

****Faculty of Engineering, Mahidol University*

Abstract

Objectives: The objective of this study was to investigate mental health status of Thai internet users aged 18 to 60 years.

Material and Methods: A survey study investigated Thai mental health. An online questionnaire was administered to 584 internet users. The questionnaire comprised of personal data and the 70-item Thai Mental Health Questionnaire (TMHQ), which was divided into 5 domains of psychiatric symptoms, including; somatization, depression, anxiety, psychosis and social function. The data were analyzed using descriptive statistics (percentages and means), t-tests to compare TMHQ mean scores between genders and different psychiatric histories, ANOVA to compare TMHQ mean scores among various age groups, Spearman's Rank correlation to explore associations within different domains of mental health scores, and multiple regression analysis to examine the predictive influence of personal factors on TMHQ scores.

Results: Data showed that average age of 28.8 years, mostly comprising females and no psychiatric illness history was found within the participants. The survey showed higher TMHQ scores in anxiety domain compared to others. The 18-30 age group showed significantly higher anxiety score than others. An average age of 28.8 years was found within the participants, Females reported significantly higher somatization score than males. Nevertheless, no significantly difference found in TMHQ scores between difference psychiatric illness history report. Correlations between each domain of TMHQ varied from strong to weak. Age showed a weak negative correlation with somatization, depression, and anxiety. Furthermore, its predictive capability for TMHQ scores in these three domains was found to be very low.

Conclusion: This study revealed a high level of anxiety among Thai internet users, although individuals reported no psychiatric illness history. The study also highlighted the interplay of mental health symptoms across different domains.

Key words: assessment, internet user, mental health

Corresponding author: Napawan Munpansa, e-mail: napawan.mhtech@gmail.com

Received: October 9, 2023; Revised: April 9, 2024; Accepted: April 18, 2024

บทนำ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตในยุคปัจจุบันช่วยให้มนุษย์ทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างไร้ข้อจำกัดด้านสถานที่และเวลา หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ประชากรโลกใช้อินเทอร์เน็ตในชีวิตประจำวันมากขึ้น ทั้งในด้านการศึกษา การค้นคว้าข้อมูล การทำงาน การติดต่อสื่อสาร การซื้อสินค้า รวมถึงเข้าถึงบริการและกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรักษาความเจ็บป่วย การผ่อนคลายอารมณ์ แม้ว่าอินเทอร์เน็ตจะสร้างความสะดวกสบายให้แก่ผู้ใช้งานได้อย่างมาก กลับพบว่าอินเทอร์เน็ตก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ใช้งานได้ด้วยเช่นกัน เช่น ความเครียด ความกังวล และปัญหาทางด้านอารมณ์¹ อันเนื่องมาจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมากเกินไปจนเกิดความจำป็นและขาดการควบคุม ขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนรอบข้าง และขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย² โดยภาวะอารมณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อบุคคลทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด และความสัภาพของบุคคล อีกทั้งยังอาจพัฒนาเป็นปัญหาทางจิตเวชที่เรื้อรังและรุนแรง ได้เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และการฆ่าตัวตาย ซึ่งปัญหาทางจิตเวชเหล่านี้ไม่เพียงแต่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ที่เจ็บป่วย แต่ยังกระทบไปยังบุคคลรอบตัว รวมถึงสังคมและเศรษฐกิจในภาพรวมได้ โดยในกลุ่มประชากรไทยพบสถิติการใช้งานอินเทอร์เน็ตในปี 2564 สูงถึงร้อยละ 69.5 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ และการใช้เฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 8.55 ชั่วโมง ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรโลก³ และยังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ภาวะ

สุขภาพจิตในกลุ่มคนไทยที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ หากได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก จะสามารถลดระดับความรุนแรงลดความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชเรื้อรัง และยังลดความสูญเสียทั้งด้านทรัพยากรบุคคล และเศรษฐกิจได้

การสำรวจภาวะด้านสุขภาพจิตด้วยตนเองถือเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เป็นการสร้างการตระหนักรู้ให้บุคคลเกิดความใส่ใจ รู้จักสังเกต ศึกษาวิธีดูแลตนเอง หรือนำไปสู่การตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดภาวะทางอารมณ์ที่เป็นปัญหา ให้สามารถกลับมาดำเนินกิจกรรมในชีวิตได้อย่างเป็นปกติ แบบประเมินสุขภาพจิตสำหรับคนไทย (Thai Mental Health Questionnaire หรือ TMHQ)⁴ เป็นแบบสำรวจภาวะสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นสำหรับใช้ในกลุ่มคนไทยโดยเฉพาะ สร้างขึ้นตามกลุ่มอาการจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) จำนวน 70 ข้อ มีข้อคำถามครอบคลุมจิตพยาธิวิทยา (psychopathology) ทั้งอาการทางด้านร่างกายที่เกิดจากภาวะจิตใจ อาการที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เช่น ซึมเศร้า กังวล อาการที่เกี่ยวข้องกับความคิดผิดปกติ และการปรับตัวทางสังคม แบบประเมินแบ่งออกเป็นการประเมินภาวะสุขภาพจิต 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านอาการทางร่างกาย (somatization) เนื่อหาเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสบายทางร่างกายตามระบบต่าง 2) ด้านอาการซึมเศร้า (depression) เนื่อหาเกี่ยวข้องกับการมี

อารมณ์ซึมเศร้า ทั้งด้านความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม 3) ด้านอาการกังวล (anxiety) เนื้อหาเกี่ยวข้องกับความกระวนกระวายใจ หงุดหงิดง่าย กังวลกับสิ่งต่าง ๆ ล่วงหน้า ร่วมกับมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ 4) ด้านอาการทางจิต (psychotic) มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการผิดปกติด้านความคิด อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติ และ 5) ด้านการเข้าสังคม (social function) เนื้อหาเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งผลการประเมินสามารถบอกได้ว่าผู้ประเมินมีภาวะสุขภาพจิตในด้านใด และระดับใด แต่ไม่สามารถนำไปใช้วินิจฉัยว่าผู้ประเมินเป็นโรคทางจิตเวช⁴

งานวิจัยนี้ จึงเป็นการศึกษาแนวโน้มสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในภาพรวม และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช ว่ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตหรือไม่ ซึ่งข้อมูลนี้อาจเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต หรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) เกี่ยวกับคะแนนประเมินสุขภาพจิตออนไลน์ของคนไทยที่ใช้งานอินเทอร์เน็ต โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตอายุตั้งแต่ 18 ถึง 60 ปีที่

ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการวิจัยการสร้างฐานข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์จากอวัจนภาษา ของคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2564 ถึง 16 มกราคม พ.ศ. 2566 จำนวน 584 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. มีอายุระหว่าง 18 ถึง 60 ปี
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนเกินร้อยละ 20

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตในคนไทย

(Thai Mental Health Questionnaire : TMHQ) พัฒนา

โดยสุชีรา ภักธายุตวรรัตน⁵ เป็นแบบประเมิน

ตนเองชนิดมาตราประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 70

ข้อ แบ่งเนื้อหาออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการ

ทางร่างกาย (somatization) 2) ด้านอาการซึมเศร้า

(depression) 3) ด้านอาการกังวล (anxiety) 4) ด้าน

อาการทางจิต (psychotic) และ 5) ด้านการเข้าสังคม

(social function) โดยแต่ละด้านมีค่าความเที่ยงตรง

ภายในตั้งแต่ 0.82 - 0.94 และมีค่าอำนาจจำแนก

ระหว่างคนปกติและกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การแปลผล

คะแนนจะแปลแยกเป็นรายด้าน โดยใช้คะแนน

มาตรฐานที่ (T-score) กำหนดให้คะแนนต่ำกว่า

T40 หมายถึง มีอาการในระดับต่ำ T40 - T59

หมายถึง มีอาการในระดับปกติ T60 - T65 หมายถึง

การมีอาการในด้านนั้น ๆ สูงกว่าปกติ และสูงกว่า T65 ขึ้นไป หมายถึง มีอาการในระดับรุนแรง^๕

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยมหิดล

2. ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ โดยแนบลิงก์แบบประเมิน ผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการสามารถลงทะเบียน แสดงความยินยอมและทำแบบประเมินผ่านทางลิงก์ดังกล่าว โดยใช้เวลาประมาณ 15 ถึง 20 นาที หากพบว่ามีคะแนนจากแบบประเมินสูงเกินมาตรฐานจะได้รับอีเมลแจ้งข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองเบื้องต้น และข้อมูลการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

3. วิเคราะห์ข้อมูล พร้อมสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติ t-test เพื่อเปรียบเทียบความของคะแนนเฉลี่ย TMHQ ระหว่างเพศ และประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่แตกต่างกัน

3. สถิติ ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน

4. สถิติ Correlation แบบ Spearman's Rank เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ

5. สถิติ Multiple Regression เพื่อศึกษา

ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ ที่มีต่อคะแนน TMHQ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลางจากมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU-IRB 2021/131/1903 COA 2021/195.0690 ข้อมูลที่เก็บได้ถูกจำกัดสิทธิ์การเข้าเฉพาะคณะผู้วิจัยเท่านั้น และการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ในภาพรวมมิได้มีการกล่าวถึงข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 584 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 เพศชาย ร้อยละ 26.7 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 28.8 ปี (SD = 8.96) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18 - 30 ปี (ร้อยละ 69.7) รองลงมาคือช่วงอายุ 31 - 40 ปี (ร้อยละ 17.8) ช่วงอายุ 41 - 50 ปี (ร้อยละ 9.1) และอายุ 51 - 60 ปี (ร้อยละ 3.4) เพศชายมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 29.3 ปี (SD = 9.36) เพศหญิงอายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.6 ปี (SD = 8.81) และร้อยละ 76.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรายงานว่าไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีคะแนนประเมินสุขภาพจิตอยู่ในระดับที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 46.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.8 เพศชายร้อยละ 24.2 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.4 ปี (SD = 7.92) โดยส่วนใหญ่อยู่

ในช่วงอายุ 18 - 30 ปี (ร้อยละ 76.6) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 31 - 40 ปี (ร้อยละ 15) อายุ 41 - 50 (ร้อยละ 7) และอายุ 51 - 60 ปี (ร้อยละ 1.5) เพศชายมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 27.1 ปี (SD = 8.0) และเพศหญิงอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 27.5 ปี (SD = 7.9) และร้อยละ 75.1 ของผู้ที่มีคะแนนประเมินสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ รายงานว่าไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อน ดังตารางที่ 1

คะแนนประเมินสุขภาพจิต

การศึกษาคะแนน TMHQ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านอายุ เพศ และประวัติความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน จากการหาค่าเฉลี่ยคะแนน TMHQ ใน

แต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำแนกตามช่วงอายุด้วยสถิติพรรณนาตามตารางที่ 2 และพล็อตค่าลงบนโปรไฟล์ของแบบประเมินดังภาพที่ 1 พบว่าทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มคะแนนด้านอาการกังวลสูงกว่าด้านอื่น ๆ รองลงมาคือด้านอาการทางร่างกาย การเข้าสังคม อาการซึมเศร้า และอาการทางจิต ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่มีคะแนน TMHQ ด้านใดด้านหนึ่งสูงเกินเกณฑ์ปกติ เพื่อศึกษาเพิ่มเติมว่าแต่ละช่วงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตด้านใดบ้าง พบรายละเอียดตามตารางที่ 2 โดยทุกช่วงวัยมีปัญหาด้านอาการกังวล และช่วงอายุ 31 - 40 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตหลากหลายด้านที่สุด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 584)

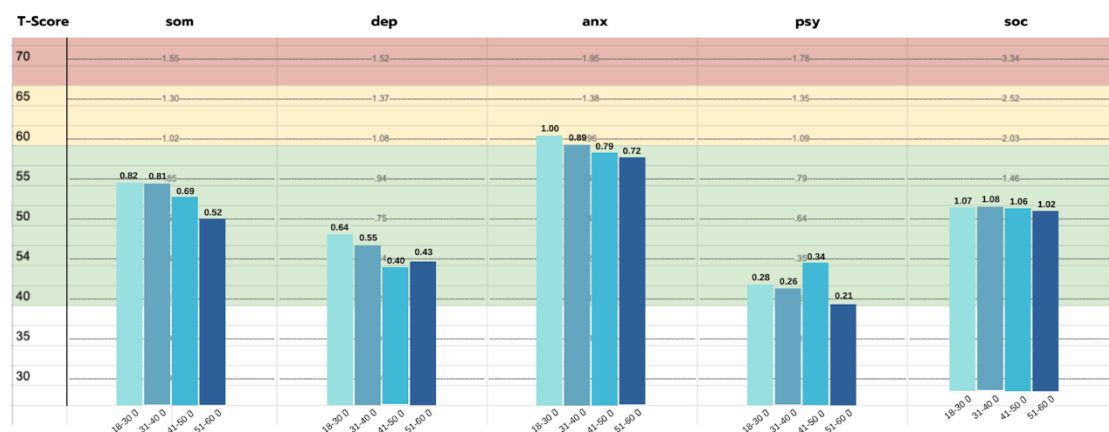
ข้อมูลทั่วไป	จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ) (n = 584)			กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่า เกณฑ์ปกติ (ร้อยละ) (n = 273)		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
อายุ						
18 - 30 ปี	108 (18.5)	299 (51.2)	407 (69.7)	54 (19.8)	155 (56.8)	209 (76.5)
31 - 40 ปี	28 (4.8)	76 (13.0)	104 (17.8)	6 (2.2)	35 (12.8)	41 (15.0)
41 - 50 ปี	12 (2.1)	41 (7.0)	53 (9.1)	5 (1.8)	14 (5.1)	19 (7.0)
51 - 60 ปี	8 (1.4)	12 (2.1)	20 (3.4)	1 (0.4)	3 (1.1)	4 (1.5)
รวม	156 (26.7)	428 (73.3)	584 (100.0)	66 (24.2)	207 (75.8)	273 (100.0)
ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช						
มีประวัติ	33 (5.7)	102 (17.5)	135 (23.1)	14 (5.1)	54 (19.8)	68 (24.9)
ไม่มีประวัติ	123 (21.1)	326 (55.8)	449 (76.9)	52 (19.1)	153 (56.0)	205 (75.1)
รวม	156 (26.7)	428 (73.3)	584 (100.0)	66 (24.2)	207 (75.8)	273 (100.0)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินสุขภาพจิตจำแนกตามช่วงอายุ และเพศ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 584)												
TMHQ (mean (SD))												
อายุ	18 - 30 ปี			31 - 40 ปี			41 - 50 ปี			51 - 60 ปี		
เพศ	ชาย (n=108)	หญิง (n=299)	ทั้งหมด (n=407)	ชาย (n=28)	หญิง (n=76)	ทั้งหมด (n=104)	ชาย (n=12)	หญิง (n=41)	ทั้งหมด (n=53)	ชาย (n=108)	หญิง (n=299)	ทั้งหมด (n=20)
Som	0.77 (0.53)	0.84 (0.54)	0.82 (0.54)	0.65 (0.46)	0.87 (0.70)	0.81 (0.65)	0.62 (0.50)	0.71 (0.56)	0.69 (0.55)	0.50 (0.63)	0.53 (0.34)	0.52 (0.46)
Dep	0.65 (0.72)	0.64 (0.65)	0.64 (0.67)	0.38 (0.51)	0.62 (0.80)	0.55 (0.74)	0.43 (0.40)	0.39 (0.49)	0.40 (0.47)	0.36 (0.58)	0.48 (0.48)	0.43 (0.51)
Anx	0.98* (0.46)	1.01* (0.53)	1.00* (0.51)	0.68 (0.31)	0.96* (0.62)	0.89 (0.56)	0.84 (0.40)	0.77 (0.43)	0.79 (0.42)	0.73 (0.57)	0.72 (0.26)	0.72 (0.40)
Psy	0.30 (0.43)	0.27 (0.37)	0.28 (0.39)	0.17 (0.26)	0.29 (0.32)	0.26 (0.31)	0.48 (0.51)	0.30 (0.48)	0.34 (0.49)	0.28 (0.62)	0.16 (0.15)	0.21 (0.40)
Soc	1.10 (0.64)	1.06 (0.55)	1.07 (0.58)	0.99 (0.49)	1.11 (0.67)	1.08 (0.63)	1.34 (0.65)	0.98 (0.63)	1.06 (0.65)	1.07 (0.69)	0.99 (0.48)	1.02 (0.56)
กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนประเมินสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (n = 273)												
TMHQ (mean (SD))												
อายุ	18 - 30 ปี			31 - 40 ปี			41 - 50 ปี			51 - 60 ปี		
เพศ	ชาย (n=54)	หญิง (n=155)	ทั้งหมด (n=209)	ชาย (n=6)	หญิง (n=35)	ทั้งหมด (n=41)	ชาย (n=5)	หญิง (n=14)	ทั้งหมด (n=19)	ชาย (n=1)	หญิง (n=3)	ทั้งหมด (n=4)
Som	1.05* (0.57)	1.14* (0.56)	1.11* (0.56)	1.20* (0.59)	1.36** (0.71)	1.33** (0.69)	0.98 (0.62)	1.25* (0.63)	1.18* (0.62)	2.00** (0.00)	0.47 (0.38)	0.85 (0.83)
Dep	1.07* (0.81)	0.98 (0.71)	1.00 (0.74)	0.97 (0.84)	1.11* (0.94)	1.09* (0.92)	0.77 (0.28)	0.77 (0.64)	0.77 (0.56)	1.75** (0.00)	1.17* (0.45)	1.31* (0.47)
Anx	1.29* (0.43)	1.33* (0.53)	1.32* (0.50)	0.98* (0.34)	1.43** (0.60)	1.36* (0.59)	1.20* (0.23)	1.21* (0.39)	1.21* (0.35)	2.07** (0.00)	1.07* (0.13)	1.32* (0.51)
Psy	0.46 (0.53)	0.40 (0.44)	0.42 (0.46)	0.37 (0.43)	0.49 (0.36)	0.47 (0.37)	0.94 (0.43)	0.66 (0.67)	0.73 (0.62)	1.80** (0.00)	0.23 (0.21)	0.63 (0.80)
Soc	1.44 (0.66)	1.31 (0.56)	1.34 (0.59)	1.18 (0.66)	1.52 (0.70)	1.47 (0.70)	1.79 (0.74)	1.48 (0.69)	1.56 (0.70)	2.47* (0.00)	1.09 (0.88)	1.43 (1.00)

*คะแนนเกิน T-60 แปลผล มีอาการสูง (Som > 1.01, Dep > 1.07, Anx > 0.95, Psy > 1.08, Soc > 2.02)

**คะแนนเกิน T-65 แปลผล มีอาการรุนแรง (Som > 1.30, Dep > 1.37, Anx > 1.38, Psy > 1.35, Soc > 2.52)



ภาพที่ 1 แผนภูมิแท่งแสดงโปรไฟล์คะแนน TMHQ แต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำแนกตามช่วงอายุ

(som = somatization, dep = depression, anx = anxiety, psy = psychotic, soc= social function)

เมื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในแต่ละช่วงอายุ โดยวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงอายุด้วยสถิติ ANOVA และวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 18 - 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านอาการกังวล สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 41 - 50 ปี ช่วงอายุ 51 - 60 ปี และช่วงอายุ 31 - 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.004$, 0.017 และ 0.042 ตามลำดับ) และอีกทั้งยังมีคะแนนด้านเฉลี่ยด้านอาการซึมเศร้าสูงกว่าช่วงอายุ 41 - 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.013$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตระหว่างเพศหญิงและชาย ในแต่ละด้านโดยใช้สถิติ t-test พบว่าเพศหญิงและ

เพศชายมีคะแนนด้านอาการทางกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ($p = 0.027$) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างคะแนนสุขภาพจิตในแต่ละช่วงอายุระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าในกลุ่มอายุ 31 - 40 ปี เพศชายและหญิงมีคะแนนเฉลี่ยจากด้านอาการกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ($p = 0.023$) และ 41 - 50 ปี เพศชายและหญิงมีคะแนนเฉลี่ยจากด้านเข้าสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ($p = 0.049$) ในขณะที่ช่วงอายุ 18 - 30 ปี หรือ 51 - 60 ปี ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคะแนนแต่ละด้าน

ด้านประวัติความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชจะมีคะแนนเฉลี่ยในเกือบทุกด้านของ TMHQ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช ยกเว้นด้านอาการทางร่างกาย ที่กลุ่มที่ไม่มีประวัติมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ดังตารางที่ 3 แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนี้ โดยใช้สถิติ t-test กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ย TMHQ ทั้ง 5 ด้าน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่มีคะแนน TMHQ ด้านใดด้านหนึ่งสูงกว่าเกณฑ์ปกติและวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนโดยจำแนกตามประวัติความเจ็บป่วย พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่คะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าสังคม โดยกลุ่มที่มีประวัติความเจ็บป่วยมีคะแนนด้านดังกล่าวที่สูงกว่า ($p = 0.037$) อีกทั้งแนวโน้มคะแนนด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กล่าวคือ คะแนนทั้งด้านอาการซึมเศร้า กังวล และอาการทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติ โดยที่กลุ่มที่ไม่มีประวัติ กลับมีคะแนนด้านอาการทางร่างกายที่สูงกว่า

การศึกษาสหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และคะแนนสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และคะแนน TMHQ แต่ละด้าน โดยใช้สถิติ Spearman Rank Test พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับคะแนนสุขภาพจิต 3 ด้านด้วยกัน คือ ด้านอาการทางร่างกาย อาการซึมเศร้า และอาการกังวล ในระดับต่ำมาก ($\rho = -0.15, -0.16$ และ -0.20) กล่าวคือในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตด้านอาการทางร่างกาย อาการซึมเศร้า และอาการกังวลที่สูงกว่า และยังพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตด้านอาการทางร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระดับต่ำมากเช่นกัน ($\rho = -0.08$)

ส่วนคะแนนสุขภาพจิตในแต่ละด้านที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถึง 0.01 โดยคะแนนด้านอาการทางร่างกาย มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคะแนนด้านอาการซึมเศร้า และอาการกังวล ($p = 0.01, \rho = 0.66$ และ 0.63) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคะแนนด้านการเข้าสังคม และอาการทางจิต ($p = 0.01, \rho = 0.49, p = 0.05, \rho = 0.41$)

ส่วนคะแนนด้านซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคะแนนด้านกังวล และการเข้าสังคม ($p = 0.01, \rho = 0.65$ และ 0.63) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคะแนนด้านอาการทางจิต ($p = 0.01, \rho = 0.51$) คะแนนด้านกังวล พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคะแนนด้านอาการทางจิต และการเข้าสังคม ($p = 0.01, \rho = 0.48$ และ 0.48) และคะแนนด้านอาการทางจิต พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการเข้าสังคม ($p = 0.01, \rho = 0.40$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตรายด้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง	ปัจจัย	จำนวน	TMHQ (mean (SD))				
			Som	Dep	Anx	Psy	Soc
ทั้งหมด							
เพศ							
	ชาย	156	0.72 (0.52)	0.57 (0.67)	0.91 (0.45)	0.29 (0.43)	1.10 (0.62)
	หญิง	428	0.82 (0.57)	0.61 (0.66)	0.97 (0.53)	0.27 (0.37)	1.05 (0.58)
	<i>p</i> -value		0.027*	0.274	0.099	0.345	0.226
กลุ่มอายุและเพศ							
	18-30 ปี ชาย	108	0.77 (0.53)	0.65 (0.72)	0.98 (0.46)	0.30 (0.43)	1.10 (0.64)
	18-30 ปี หญิง	299	0.84 (0.54)	0.64 (0.65)	1.01 (0.53)	0.27 (0.37)	1.06 (0.55)
	<i>p</i> -value		0.245	0.888	0.706	0.507	0.503
	31-40 ปี ชาย	28	0.65 (0.46)	0.38 (0.51)	0.68 (0.31)	0.17 (0.26)	0.99 (0.49)
	31-40 ปี หญิง	76	0.87 (0.70)	0.62 (0.80)	0.96 (0.62)	0.29 (0.32)	1.11 (0.67)
	<i>p</i> -value		0.128	0.142	0.023*	0.078	0.409
	41-50 ปี ชาย	12	0.62 (0.50)	0.43 (0.40)	0.84 (0.40)	0.48 (0.51)	1.34 (0.65)
	41-50 ปี หญิง	41	0.71 (0.56)	0.39 (0.49)	0.77 (0.43)	0.30 (0.48)	0.98 (0.63)
	<i>p</i> -value		0.295	0.380	0.303	0.143	0.049*
	51 -60 ชาย	8	0.50 (0.63)	0.36 (0.58)	0.73 (0.57)	0.28 (0.62)	1.07 (0.69)
	51- 60 หญิง	12	0.53 (0.34)	0.48 (0.48)	0.72 (0.26)	0.16 (0.15)	0.99 (0.48)
	<i>p</i> -value		0.440	0.329	0.484	0.268	0.392
มีคะแนนประเมินสูงกว่าเกณฑ์ปกติ							
	มีประวัติจิตเวช	135	0.78 (0.53)	0.67 (0.76)	1.00 (0.56)	0.31 (0.46)	1.15 (0.68)
	ไม่มีประวัติจิตเวช	449	0.80 (0.57)	0.57 (0.63)	0.94 (0.50)	0.27 (0.36)	1.04 (0.56)
	<i>p</i> -value		0.721	0.162	0.203	0.207	0.069

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

เมื่อนำตัวแปรต้นทั้งหมดมาเข้าสมการถดถอยพหุ โดยใช้วิธี Enter เพื่อศึกษาว่าตัวแปรใดบ้างที่มีอำนาจในการทำนายคะแนนประเมินสุขภาพจิตแต่ละด้านในครั้งนี้ พบว่า มีเพียงตัวแปรอายุเท่านั้นที่สามารถทำนายคะแนน

สุขภาพจิตด้านอาการทางร่างกาย ($\beta = -0.13, p = 0.002$) อาการซึมเศร้า ($\beta = -0.13, p = 0.002$) และอาการกังวลได้ ($\beta = -0.17, p = 0.000$) ในขณะที่คะแนนสุขภาพจิตด้านอาการทางจิตและการเข้าสังคม ตัวแปรเพศ อายุ และประวัติ

ความเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายได้เลย แสดงในตารางที่ 2 ซึ่งจากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุ ดังกล่าว ตัวแปรอายุสามารถทำนายคะแนนด้านอาการทางร่างกายได้ร้อยละ 2 ($R^2 = 0.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเมื่อควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ให้คงที่ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี คะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางกายจะลดลง 0.007 คะแนน ด้านอาการซึมเศร้า ตัวแปรสามารถทำนายคะแนนได้ร้อยละ 2 ($R^2 = 0.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเมื่อควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ให้คงที่ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี คะแนนด้านอาการซึมเศร้าจะลดลง 0.009 คะแนน และด้านอาการกังวล ตัวแปรสามารถทำนายคะแนนได้ร้อยละ 3.6 ($R^2 = 0.036$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยเมื่อควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ให้คงที่ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี คะแนนเฉลี่ยด้านอาการซึมเศร้าจะลดลง 0.010 คะแนน

อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอาการกังวลสูงที่สุดซึ่งเป็นอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะความเครียดที่สูง เป็นไปในทิศทางเดียวกับผลสุขภาพจิตของคนไทย ปี 2565⁶ อีกทั้งผู้ที่มีคะแนนสุขภาพจิตสูงเกินเกณฑ์ปกติ กว่าร้อยละ 75.9 เป็นกลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยด้านจิตเวชมาก่อนดังตารางที่ 1 ซึ่งประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชนั้น หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคหรือความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

ข้อค้นพบนี้สะท้อนถึงสมมติฐานว่า อาจยังมีกลุ่มประชากรไทยจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่สมควรได้รับการรักษา ไม่ว่าจะเป็นภาวะกังวล เครียด ซึมเศร้า รวมถึงปัญหาด้านการเข้าถึงคมที่สูง แต่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจอย่างเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ลดลงในช่วงปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 25657 สวนทางกับแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี⁸ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขาดการตระหนักถึงปัญหาทางสุขภาพจิตหรือความทุกข์ภายในจิตใจที่ตนกำลังเผชิญ หรืออาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในบุคคล หรือปัจจัยภายนอก

จากการพิจารณาคะแนนเฉพาะกลุ่มที่มีคะแนน TMHQ เกินมาตรฐานแล้ว พบว่าทุกช่วงวัยมีปัญหาด้านความกังวลที่สูงเกินเกณฑ์ปกติ และมักพบควบคู่กับปัญหาด้านอื่น ๆ อีก 1 ด้าน เช่น อาการทางร่างกาย หรือซึมเศร้า แต่ในวัยที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตที่หลายด้านมากที่สุดในการศึกษานี้คือช่วงอายุ 31 - 40 ปี ที่นอกจากจะมีความกังวลในระดับสูงแล้ว ยังพบคะแนนด้านซึมเศร้าที่สูง และด้านอาการทางร่างกายในระดับรุนแรงควบคู่กันด้วย สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มคนไทยในช่วงวัยนี้ต้องเผชิญกับภาวะหรือปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มากกว่าช่วงวัยอื่น ซึ่งประเด็นนี้เป็นที่กล่าวถึงกันมากในเชิงสังคม และยังพบได้บ่อย

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช และคะแนนสุขภาพจิตแต่ละด้าน

	X1	X2	X3	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5
อายุ (X1)	1							
เพศ (X2)	.	1						
ประวัติความเจ็บป่วย (X3)	0.07	-0.03	1					
Somatization (Y1)	-0.15**	-0.08*	0.00	1				
Depression (Y2)	-0.16**	-0.05	0.02	0.66**	1			
Anxiety (Y3)	-0.20**	-0.03	0.04	0.63**	0.65**	1		
Psychotic (Y4)	-0.04	-0.05	0.01	0.41*	0.51**	0.48**	1	
Social Function (Y5)	-0.01	0.03	0.06	0.49**	0.63**	0.48**	0.40**	1

* p -value < 0.05, ** p -value < 0.01, Spearman Rank Test

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนน TMHQ ด้านต่าง ๆ โดยใช้วิธี Enter

ปัจจัย	B	S.E.	Beta	Sig. t
ปัจจัยทำนายคะแนนด้าน somatization				
อายุ	-0.01	0.00	-0.13	0.002*
เพศ	-0.03	0.06	-0.02	0.645
ประวัติความเจ็บป่วย	0.10	0.07	0.06	0.645
ปัจจัยทำนายคะแนนด้าน depression				
อายุ	-0.01	0.00	-0.13	0.002*
เพศ	-0.03	0.06	-0.02	0.645
ประวัติความเจ็บป่วย	0.10	0.07	0.06	0.645
ปัจจัยทำนายคะแนนด้าน anxiety				
อายุ	-0.01	0.00	-0.17	<0.001**
เพศ	-0.05	0.05	-0.05	0.261
ประวัติความเจ็บป่วย	0.07	0.05	0.06	0.166

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนน TMHQ ด้านต่าง ๆ โดยใช้วิธี Enter (ต่อ)

ปัจจัย	B	S.E.	Beta	Sig. t
ปัจจัยทำนายคะแนนด้าน psychotic				
อายุ	0.00	0.00	-0.02	0.613
เพศ	0.02	0.04	0.02	0.652
ประวัติความเจ็บป่วย	0.05	0.04	0.05	0.198
ปัจจัยทำนายคะแนนด้าน social function				
อายุ	0.00	0.00	-0.01	0.752
เพศ	0.05	0.06	0.03	0.414
ประวัติความเจ็บป่วย	0.11	0.06	0.08	0.064

*p-value < 0.05, **p-value < 0.001, Multiple Regression

ในบทความออนไลน์ต่าง ๆ ในหัวข้อ “วิกฤตวัย 30”⁹ ทั้งนี้ภาวะด้านสุขภาพจิตที่พบในกลุ่มคนช่วงวัย 31 - 40 ปี อาจมีความสอดคล้องกับ Miron-Shatz และคณะ¹⁰ ที่กล่าวว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเลขหน้าของอายุ บุคคลจะรู้สึกราวกับตนเองกำลังเกิดเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต เป็นการเข้าสู่อีกช่วงวัยหนึ่งจะ “เป็นผู้ใหญ่มากขึ้น” หรือ “มีอายุมากขึ้น” สำหรับผู้ที่อยู่ในวัย 30 ปีขึ้นไปนั้น ถือเป็นช่วงวัยที่เข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่อ่างเต็มตัว และยังเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญกับหน้าที่การงานเป็นอย่างมาก ซึ่งคำนึงถึงทางสังคมในปัจจุบัน กระตุ้นให้คนต้องการประสบความสำเร็จ และมีความมั่นคงทั้งในด้านการงานและการใช้ชีวิต อีกทั้งยังต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพร่างกายที่เริ่มถดถอยลง ก่อให้เกิดความกดดัน ความคาดหวังต่อตนเอง วัยนี้จึงมีโอกาสเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต

ด้านต่าง ๆ ทั้งปัญหาทางด้านอารมณ์ และปัญหาความกังวล¹¹

คะแนนเฉลี่ย TMHQ ด้านการเข้าสังคมของผู้ที่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามคะแนนมาตรฐานที่แล้วพบว่ายังอยู่ในระดับปกติ อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มที่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชจะมีความยากลำบากในด้านการเข้าสังคมมากกว่า¹² ซึ่งอาจเป็นผลมาปัจจัยภายในอื่น ๆ ส่วนคะแนนด้านอื่นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีประวัติความเจ็บป่วยและไม่มีประวัติ ทั้งนี้หากพิจารณาแนวโน้มของคะแนนแล้ว พบว่าผู้ที่มีประวัติความเจ็บป่วยมีแนวโน้มจะมีคะแนนเฉลี่ยด้านซึมเศร้า กังวล และอาการทางจิตที่สูงกว่า หรืออาจกล่าวได้ว่ามีระดับความ

รุนแรงมากกว่าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติมาก่อน ยกเว้นด้านอาการทางร่างกายที่ผู้ที่ไม่มียาประวัติมีแนวโน้มคะแนนสูงกว่า ซึ่งเป็นที่น่าสนใจเนื่องจากเป็นไปในทางตรงข้ามกับแนวโน้มคะแนนในด้านอื่น ๆ ทั้งยังตรงข้ามกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าผู้มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช มักมีอาการทางร่างกายที่สูงกว่ากลุ่มคนทั่วไป ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติที่มากกว่า ผลข้างเคียงของยา รักษา การไม่ออกกำลังกายหรือใช้ชีวิตไม่เหมาะสม ข้อค้นพบนี้จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจและควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน TMHQ ด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงสูง โดยด้านอาการกังวล ด้านอาการซึมเศร้า และอาการทางร่างกายมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มอาการต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้เนื่องมาจากอาการของแต่ละภาวะมีความเกี่ยวเนื่องกันเป็นพลวัตร แม้ว่าแบบประเมิน TMHQ จะมีข้อคำถามที่แยกกลุ่มอาการต่าง ๆ ออกจากกันตามเกณฑ์วินิจฉัย และไม่มีข้อคำถามที่เป็นลักษณะอาการร่วมกันระหว่างกลุ่มอาการเลยก็ตาม จากการผลที่พบนี้ จึงกล่าวได้ว่าภาวะทางสุขภาพจิตไม่ว่าจะเป็นซึมเศร้า กังวล หรืออาการทางร่างกาย มักไม่เกิดขึ้นเพียงด้านใดด้านหนึ่ง แต่จะเกิดอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Bekhuis et al.¹³

อายุมีความสัมพันธ์กับเชิงลบ และสามารถทำนายคะแนน TMHQ ด้านอาการกังวล อาการทางร่างกาย และอาการซึมเศร้าได้ ซึ่ง

สอดคล้องกับผลการศึกษารั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มอายุน้อยมีแนวโน้มคะแนนใน 3 ด้านนี้สูงกว่ากลุ่มที่อายุสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาแนวโน้มสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่อายุ 21 - 100 ปี ของ Thomas และคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีคะแนนความสุขเพิ่มสูงกว่า อีกทั้งยังมีการซึมเศร้าและกังวลต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อย อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของช่วงวัยต่าง ๆ ของสหรัฐอเมริกาในปี 2021 ที่พบว่าภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นเรื่อย ๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น¹⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวุฒิภาวะทางอารมณ์ และความยืดหยุ่นทางจิตใจที่เพิ่มมากขึ้น ประสบการณ์การจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่มากขึ้นตามวัย¹⁶ จึงมีผลให้คะแนนเฉลี่ย TMHQ ลดลง อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการทำนายคะแนนของตัวแปรอายุนั้นมีต่ำมาก จึงควรศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพิ่มเติม ในขณะที่ตัวแปรเพศ และประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชไม่สามารถนำมาทำนายคะแนน TMHQ ด้านใดได้เลย

สรุป

จากการศึกษารั้งนี้ พบแนวโน้มสุขภาพจิตของกลุ่มคนไทยที่ใช้อินเทอร์เน็ต โดยรวมว่ามีคะแนนด้านอาการกังวลสูงกว่าด้านอื่น ๆ เพศหญิงมีคะแนนด้านอาการทางร่างกายสูงกว่าเพศชาย โดยที่กลุ่มที่มีประวัติความเจ็บป่วยต่างกันยังมีคะแนนประเมินไม่แตกต่างกัน อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นจะมีคะแนน TMHQ ด้านอาการทางร่างกาย ซึมเศร้า และอาการ

กังวลที่ลดลง

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนประเมินสูง ส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีปัญหาแต่ไม่ได้รับการดูแลหรือคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งคะแนน TMHQ ด้านต่าง ๆ ยังมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำจนถึงสูง แสดงให้เห็นว่าหากบุคคลเกิดปัญหาหรืออาการด้านใดด้านหนึ่งแล้วอาจมีแนวโน้มมีปัญหาด้านอื่นตามมา

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์และอภิปรายผลเป็นส่วนหนึ่งของโครงการการสร้างฐานข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านทางอวัจนภาษา โดยเป็นข้อมูลที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยต้องประเมินสุขภาพจิตของตนเองก่อนเข้าร่วมโครงการเพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยเก็บข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ ทำให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีสัดส่วนที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 18 - 30 ปี รองลงมาคือ 31 - 40 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตเป็นประจำ สัดส่วนของกลุ่มอายุ 51 - 60 ปี จึงมีน้อยมาก การวิเคราะห์ข้อมูลในบางกลุ่มจำเป็นต้องใช้สถิติที่แตกต่างกัน และไม่สามารถรายงานการวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบคะแนนเชิงสถิติได้ชัดเจน

สำหรับการศึกษารั้งถัดไป หากได้กลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอจะช่วยให้การวิเคราะห์เชิงสถิติชัดเจนขึ้น และช่วยให้ผลการศึกษานำไปอ้างอิงเพื่อใช้ประโยชน์ต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนจากกองทุนวิจัยและพัฒนา
กิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการ
โทรคมนาคม เพื่อประโยชน์สาธารณะ (กทปส.)

เอกสารอ้างอิง

1. Gianfredi V, Provenzano S, Santangelo OE. What can internet users' behaviours reveal about the mental health impacts of the COVID-19 pandemic? A systematic review. *Public Health* 2021; 198: 44-52.
2. กรมสุขภาพจิต. มุมมองจากแพทย์แผนปัจจุบันต่อวิกฤติสุขภาพปี 2564 (ตอนที่ 6จบ). [Online]. Available from: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=24342564> [2023 Nov 20].
3. Marketeet. ในประเทศไทย 2564 ผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตไทยมากแค่ไหนเมื่อเทียบกับโลก. [Online]. Available from: <https://marketeeronline.co/archives/208372> [2023 Nov 20].
4. สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ, เขียวรัช งามทิพย์วัฒนา, กนกรัตน์ สุขะดุงคะ. การพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย. *สารศิริราช* 2542; 51(12): 946-52.
5. สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ, เขียวรัช งามทิพย์วัฒนา, กนกรัตน์ สุขะดุงคะ. การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2542; 44(4): 285-97.
6. Rewtrakunphaiboon W, Sawangdee Y. Institute for Population and Social Research Mahidol University Nakhonpathom. Thailand. *Tourism and Hospitality Management* 2022; 28(2): 277-96.
7. กรมสุขภาพจิต. การให้บริการสาธารณสุข. [Online]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. Available from: <https://dtc.dmh.go.th/PublicHealthServices/ReportView?reportCode=4d85493b-1439-467d-853e-e85d6dc8f355> [2023 Nov 20].

8. Hfocus. ภาวะสังคมไทย 2565 ป่วยซึมเศร้าพุ่งสูง แนวโน้มวัยรุ่น-วัยทำงานฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น. [Online]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/03/27358> [2023 Nov 20].
9. BBC. Mid-life crisis begins in mid-30s, Relate survey says. [Online]. Available from: <https://www.bbc.com/news/health-11429993> [2023 July 13].
10. Miron-Shatz T, Bhargava R, Doniger GM. Milestone age affects the role of health and emotions in life satisfaction: A preliminary inquiry. *PLoS One* 2015; 10(8): e0133254.
11. ศรีเรือน แก้วกมล. จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
12. Saris IMJ, Aghajani M, van der Werf SJA, van der Wee NJA, Penninx BWJH. Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2017; 136(4): 352-61.
13. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2015; 78(2): 116-22.
14. Thomas ML, Kaufmann CN, Palmer BW, Depp CA, Martin AS, Glorioso DK, et al. Paradoxical trend for improvement in mental health with aging: A community-based study of 1,546 adults aged 21-100 years. *J Clin Psychiatry* 2016; 77(8): e1019-e1025.
15. National Institute of Mental Health. Mental illness. [Online]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness> [2023 July 17].
16. Tugade MM, Shiota MN, Kirby LD. Handbook of positive emotion. 2nd ed. New York; Guilford Press; 2014.

การเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนานาชาติ อินเตอร์เนชั่นแนลไฟโอเนียร์สโดยการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์

สุนิสา ลอยเมฆ, บช.บ.*, กาญจนา สุทธิเนียม, ประ.ค.*, ชลพร กองคำ, ประ.ค.*,
อโนทัย แทนสวัสดิ์, ค.ค.*

*คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อเปรียบเทียบจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ ก่อนและหลังการทดลอง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลของโรงเรียน

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนนานาชาติอินเตอร์เนชั่นแนลไฟโอเนียร์ส ปีการศึกษา 2565 จากนักเรียนที่มีคะแนนจิตสาธารณะต่ำจำนวน 16 คน และสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามระบบการดูแลของโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.67 - 1.00 และค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.77 และ 2) การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติบรรยาย ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงเปรียบเทียบโดยใช้ Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผล : 1) ผลการเปรียบเทียบจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการปรึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการใช้และการดูแลสาธารณสมบัติและด้านการถือเป็นเรื่องหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการรับรู้และเคารพในสิทธิของบุคคลไม่แตกต่างกัน 2) ผลการเปรียบเทียบจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการถือเป็นเรื่องหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการใช้และการดูแลสาธารณสมบัติและด้านการรับรู้และเคารพในสิทธิของบุคคลไม่แตกต่างกัน

สรุป : การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์สามารถเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้

คำสำคัญ : การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์, จิตสาธารณะ, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ENHANCEMENT OF PUBLIC MIND AMONG JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENT INTERNATIONAL PIONEERS INTERNATIONAL SCHOOL BY CONSULTING GROUPS ACCORDING TO THE GESTALT THEORY

Sunisa Loymake, B.Acc.*, Kanchana Suttineam, Ph.D.*, Chonlaporn Kongkham, Ph.D.*,
Anotai Tansawat, Ph.D.*

**Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

Abstract

Objectives: 1) To compare the public mind among junior high school students before and after receiving group counseling by the Gestalt theory. 2) To compare the public mind among junior high school students after receiving group counseling according to the Gestalt theory and the regular care.

Material and Methods: The sample group consisted of 16 junior high school students, selected according to the criteria. They were randomly assigned an experimental group of 8 people and a control group of 8 people. The experiment group received group counseling by the Gestalt theory and the control group received regular care. Research instruments consisted were: 1) The public mind measure, The reliability of this instrument was reported by IOC ranged from 0.67-1.00 and Cronbach's Alpha as of 0.77, and 2) the group counseling program. It is IOC ranged from 0.67-1.00. The descriptive, Wilcoxon signed-rank test and Mann-Whitney U test were used for data analysis.

Results: The results of study were: 1) The public mind among junior high school students who received group counseling by Gestalt theory after the experiment was significantly higher than before the experiment at the .05 level and it was found that attitudes toward using and taking care of public property, and considering it a duty to perform such care, were significantly different at the .05 level, while attitudes toward recognizing and respecting the rights of individuals was not statistically significant difference. 2) The public mind among junior high school students in the experimental group after receiving counseling by Gestalt theory and the control group after receiving the regular care were statistically significant difference at the .05 level and it was found that considering it a duty to perform such care, was statistically significant difference at the .05 level, attitudes toward using and taking care of public property and respecting the rights of individuals were not statistically significant difference.

Conclusion: group counseling by Gestalt theory to enhance the public mind among junior high school students.

Key words: group counseling by Gestalt theory, public mind, junior high school students

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

Received: January 15, 2024; Revised: April 17, 2024; Accepted: April 22, 2024

บทนำ

จากสภาพปัญหาในสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การแข่งขันกันในการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ค่านิยมทางวัตถุสูง เกิดการเอารัดเอาเปรียบซึ่งกันและกัน ความสำคัญต่อส่วนรวมจึงลดน้อยลงทุกวัน และสังคมไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติความเสื่อมถอยด้านคุณธรรมและจริยธรรม มีการแสวงหารายได้เพื่อตอบสนองการบริโภค การช่วยเหลือเกื้อกูลกันลดลง ขาดความมีน้ำใจ เกิดการแข่งขันเอาเปรียบซึ่งกันและกัน ขาดความสามัคคี มีความขัดแย้งทางความคิดอย่างรุนแรงไม่เคารพสิทธิของผู้อื่น ขาดการคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ทุกคนต่างมุ่งแสวงหาความสุขคำนึงถึงประโยชน์ส่วนตนให้ความใส่ใจในเรื่องของการช่วยกันรักษาสমบัตติสิ่งของและสถานที่ที่เป็นทรัพย์สินสาธารณะน้อยลง¹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การขาดจิตสาธารณะของคนในชาติก่อให้เกิดปัญหาสังคมอื่น ๆ ตามมา เช่น การย่อหย่อนในศีลธรรม การขาดระเบียบวินัย การทำลายสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสาธารณสมบัติ การละเลยที่จะช่วยดูแลแก้ไขเมื่อพบความเสียหายที่สาธารณะ หรือสถานที่ท่องเที่ยว การทิ้งขยะมูลฝอยในสวนสาธารณะ หรือแม่น้ำลำคลองและถนนหนทางต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนแสดงให้เห็นการขาดจิตสาธารณะของคนในสังคม แม้แต่สังคมเล็ก ๆ ในโรงเรียนก็จะพบพฤติกรรมที่แสดงถึงการขาดจิตสาธารณะของนักเรียน เช่น การไม่เก็บกวาดเศษ

กระดาษที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้ทิ้ง ไม่ทำความสะอาดห้องเรียน ไม่จัดห้องเรียนให้เรียบร้อยหากไม่ใช่หน้าที่ตนเอง พฤติกรรมดังกล่าวแม้จะดูเหมือนเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องใหญ่โตหรือเกิดผลเสียหายร้ายแรงต่อส่วนรวม แต่ก็ไม่ควรปล่อยให้เป็นเช่นนี้ตลอดไป เพราะพฤติกรรมเหล่านี้แสดงถึงการขาดจิตสาธารณะซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมาอีกมากมาย หากไม่ได้รับการควบคุมหรือแก้ไข ย่อมส่งผลเสียต่ออนาคตของเยาวชนในฐานะเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่าของสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งนอกจากจะทำให้เยาวชนไม่มีภูมิคุ้มกันแล้ว ยังเป็นจุดอ่อนที่จะทำให้เข้าใจสังคมผิด ไม่เห็นความสำคัญของการอยู่ร่วมกันในสังคม หรือเรียกว่า “ขาดจิตสาธารณะ” สภาพการณ์ที่วัยรุ่นไทยขาดจิตสาธารณะทำให้ชุมชนอ่อนแอ ไม่สนใจและเข้าร่วมกิจกรรม ห้างเหินศาสนาและขาดความซื่อสัตย์สิ่งเหล่านี้ถือเป็นตัวกีดกร่อนเศรษฐกิจพอเพียงและความสมานฉันท์ในสังคม² สอดคล้องกับผลการประเมินคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 3 พบว่า คุณลักษณะอันพึงประสงค์ด้านจิตสาธารณะของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง³ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า จิตสาธารณะจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น และเป็นประโยชน์ในทุกระดับของสังคม ถ้าหากได้มีการพัฒนาให้เกิดขึ้นอย่างเข้มแข็งตั้งแต่ในระดับครอบครัวจนถึงสถาบันการศึกษา ซึ่งนอกจากจะอบรมสั่งสอนทั้งด้านวิชาการ ยังจะต้องอบรมคุณธรรม จริยธรรม

ปลูกฝังให้เด็กและเยาวชนรู้จักการเสียสละให้มากกว่ารับ จะทำให้เด็กและเยาวชนพัฒนาจิตใจในการช่วยเหลือผู้อื่น มีความอ่อนน้อมถ่อมตน พัฒนาจิตใจตนเองสู่จิตสาธารณะต่อไปในอนาคต

การมีจิตสาธารณะนี้ถือเป็นคุณลักษณะของคนไทย 4.0 ตามมาตรฐานการศึกษาของชาติ พ.ศ. 2561 โดยสอดคล้องกับแนวทางการเตรียมความพร้อมด้านกำลังคนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 12 ที่มุ่งเน้นการหล่อหลอมให้คนไทยมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม และกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคนไทยมีลักษณะเป็นคนไทยที่สมบูรณ์ มีความรับผิดชอบและทำประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยเฉพาะด้านการศึกษาซึ่งอยู่ภายใต้กรอบของวัฒนธรรมทุนนิยม ผู้เรียนต้องมีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ตามที่สังคมมุ่งหวัง ความรู้ความสามารถของประชากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศที่เรียกว่า “สังคมอุดมปัญญา” หากประเทศใดมีการพัฒนาการศึกษาให้เจริญมีคุณภาพมาตรฐานเป็นที่ยอมรับได้แล้วประเทศนั้นย่อมได้รับความเชื่อมั่นได้รับการยอมรับจากนานาประเทศอย่างต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งจะส่งผลให้สังคมของประเทศยั่งยืนต่อไป⁴

ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงเรียนเก็บข้อมูลจากการสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า ร้อยละ 60 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมขาดจิตสาธารณะในเรื่องการไม่รักษาความสะอาดของส่วนรวม เช่น ทิ้งขยะไม่เป็นที่ คิมน้ำรับประทานขนมแก้วหรือ

ห่อขนมไม่นำไปทิ้งถังขยะ ร้อยละ 20 ไม่รักษาสสิ่งของที่เป็นสมบัติส่วนรวม เช่น ไม่ปิดน้ำเปิดไฟ หลังการใช้งาน ร้อยละ 20 ชอบหลบเลี่ยงการทำเวรประจำวัน ร้อยละ 15 นึกหนังสือห้องสมุดในหน้าที่ตนเองต้องการ ร้อยละ 5 ในการลงไปเก็บข้อมูลจากการพูดคุยกับเพื่อนครูในโรงเรียน พบว่า ครูในโรงเรียนโดยเฉพาะครูในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ให้ข้อมูลในลักษณะที่สอดคล้องกันกับถึงพฤติกรรมของนักเรียนที่มีปัญหาในการทำความสะอาดห้องเนื่องจากมีนักเรียนหลบเลี่ยงการทำเวร บางครั้งนักเรียนก็ทิ้งเศษขยะจากการใช้งานเศษจากการเหลาดินสอ แม้กระทั่งเศษขยะจากยางลบลงพื้นโดยไม่สนใจที่จะนำไปทิ้งถังขยะ หนึ่งในครูประจำชั้นยังกล่าวด้วยว่า บางครั้งพบว่านักเรียนนำน้ำยาลบคำผิดขีดเขียนลงบนโต๊ะเรียน การใช้ดินสอขีดเขียนตามผนังห้องน้ำ ขณะเดียวกันในการอบรมหน้าเสาธงเวลาเช้าแถวในตอนเช้าครูจะหยิบยกเรื่องพฤติกรรมเหล่านี้ของนักเรียนมาตักเตือนอยู่เป็นประจำ โดยใช้คำว่า “ครูยังเห็นอยู่” “ครูพูดบ่อยแล้วนะ” “ทำไมต้องให้เตือนบ่อย ๆ โตแล้วนะ” ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมขาดจิตสาธารณะดังกล่าวยังคงเกิดขึ้นบ่อยอยู่เป็นประจำ

การเสริมสร้างจิตสาธารณะมีหลายวิธีการ เช่น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมีต่อการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้ การให้คำปรึกษาแนวโยนิโสมนสิการที่มีต่อการเพิ่มพูนจิตสำนึกสาธารณะของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร⁶ การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาจิต

สาธารณะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะเห็นได้ว่าการปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาวิธีหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาจิตสาธารณะสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้และเข้าใจตนเองและผู้อื่น สมาชิกกลุ่มจะได้ประโยชน์จากข้อคิดเห็นของสมาชิกคนอื่น ๆ และข้อคิดจากผู้นำกลุ่ม อีกทั้งจะได้เรียนรู้วิธีเผชิญปัญหาจากสมาชิกคนอื่น ๆ ซึ่งกลุ่มจะให้ความเข้าใจ และการสนับสนุนให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้สมาชิกมีความตั้งใจที่จะสำรวจปัญหาของตน สมาชิกจะรับรู้ถึง ความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม จะทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ ความใกล้ชิด ความอาทร และการท้าทาย บรรยากาศของการสนับสนุนให้กำลังใจ และเป็นแนวทางในการป้องกัน แก้ไข และพัฒนาตนเองของสมาชิกแต่ละคน และสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดสติมีความตระหนักรู้ในตนเอง ทั้งด้านความรู้สึกร วมพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นที่สภาวะปัจจุบัน ซึ่งการตระหนักรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และช่วยพัฒนาความสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคล

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนานาชาติอินเตอร์เนชั่นแนลไพโอเนียร์ส โดยการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเพื่อเป็นการปลูกฝังคุณลักษณะที่สามารถปฏิบัติได้ในการมีจิตสาธารณะและ

เปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมเพื่อให้มีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้น ให้เกิดกับนักเรียนแต่ละคน โดยหวังว่าจะเป็นประโยชน์แก่นักเรียนซึ่งจะเป็นกำลังของชาติในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนนานาชาติอินเตอร์เนชั่นแนลไพโอเนียร์สปีการศีกษา 2565 ที่ได้จากนักเรียนที่มีคะแนนจิตสาธารณะต่ำ จำนวน 16 และสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน โดยมีเกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดการกำหนดเกณฑ์ของ Vinogradov & Yalom⁷ ที่ว่าขนาดสมาชิกกลุ่มในการให้การปรึกษาที่ได้ผลควรมีสมาชิก 5 - 8 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามระบบการดูแลของโรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดจิตสาธารณะ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้น ส่วนที่ 2 แบบวัดจิตสาธารณะ ประกอบด้วยข้อถามคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ 1 การใช้และดูแลสาธารณะสมบัติส่วนรวมในโรงเรียน 2 การปฏิบัติตามหน้าที่ 3 การเคารพสิทธิของผู้อื่น แบบวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)

ตามแบบของ Likert มี 5 ระดับ ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ระดับ 2 หมายถึง น้อย ระดับ 3 หมายถึง ปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง มาก ระดับ 5 หมายถึง มากที่สุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ สร้างจาก การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศึกษาการสร้างรูปแบบ ทฤษฎี และเทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ทั้งในและต่างประเทศแล้วนำ การให้การปรึกษากลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 12 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ เพื่อสร้าง

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับนักเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์และความสำคัญของการเข้ารับการปรึกษากลุ่มรวมทั้งให้นักเรียนทำความเข้าใจและทราบข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับกติกา การปฏิบัติตนในการเข้าร่วมกลุ่มและบทบาทหน้าที่ทั้งผู้ให้การปรึกษาและนักเรียน ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตารางวันเวลาจำนวนครั้งระยะเวลาสถานที่และวิธีการในการปรึกษากลุ่ม ครั้งที่ 2, 3 และ 4 ด้านการใช้และการดูแลสาธารณะสมบัติ เพื่อให้นักเรียนมีจิตสาธารณะในการใช้และดูแลสาธารณะสมบัติ ดูแลรักษาสถานที่ของ เมื่อใช้แล้วมีการเก็บรักษาให้คงอยู่ในสภาพเดิม รวมถึงลักษณะของการใช้สิ่งของรวมอย่างประหยัดและทะนุถนอม ครั้งที่ 5, 6 และ 7 ด้านการถือปฏิบัติเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ เพื่อให้นักเรียนแสดงออกถึงการมุ่งปฏิบัติเพื่อส่วนรวมในการดูแลรักษาทรัพย์สินในโรงเรียน ทำตามหน้าที่และเคารพกฎระเบียบที่กำหนด ปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อตกลงของสังคม เช่น การทำเวรประจำวัน การปฏิบัติตัวเมื่อเข้าห้องสมุด และรับอาสาที่จะทำสิ่งที่เป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม คอยสอดส่องดูแลรักษาทรัพย์สินของทางโรงเรียน เช่น การปิดน้ำ ปิดไฟ เมื่อเลิกใช้งาน จัดโต๊ะเก้าอี้เข้าที่ การเก็บขยะ ครั้งที่ 8, 9, 10 และ 11 ด้านการรับรู้และเคารพในสิทธิของบุคคล เพื่อให้นักเรียนมีการตระหนักรู้และเคารพในสิทธิในการใช้สิ่งของส่วนรวมที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันของกลุ่มไม่นำสิ่งของส่วนรวมมาเป็นของตนเอง แบ่งปันและเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้ใช้สิ่งของส่วนรวม และเพื่อให้นักเรียนมีจิตสาธารณะในด้านการรับรู้และเคารพในสิทธิของ

บุคคล ในการแสดงความคิดเห็นและการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การแสดงความคิดเห็นและการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ครั้งที่ 12 การสรุป เพื่อสรุปการเข้าร่วมกลุ่ม และทำแบบประเมินหลังจากเข้าร่วมการปรึกษา เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนนานาชาติอินเตอร์เนชั่นแนล ไพโอเนียร์ส และคุณครูที่รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเสนอโครงการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา 650601 วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งนักเรียนสามารถปฏิเสธและออกจากกรวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบโดย Wilcoxon

signed-rank test และ Mann-Whitney U test โดยก่อนการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนจิตสาธารณะกลุ่มที่ได้รับการการปรึกษากลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบของโรงเรียน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดย ค่าการทดสอบ Skewness และ ค่าการทดสอบ Kurtosis มากกว่า 2 ซึ่งหมายความว่า ค่าเฉลี่ยจิตสาธารณะของทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิตินอนพารามิเตอร์ (nonparametric statistics) ในการทดสอบ เพื่อเปรียบเทียบจิตสาธารณะกลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบของโรงเรียนก่อนและหลังการทดลอง

ผล

ข้อมูลทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.5 อยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 50 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 12.5 อยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 ร้อยละ 25.0 เท่ากัน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 100.0 อยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 50.0 อยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 3 ร้อยละ 25.0 เท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และ ระดับชั้น (n = 16)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 8)		กลุ่มควบคุม (n = 8)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	87.5	8	100.0
หญิง	1	12.5	0	0.0
ระดับชั้น				
มัธยมศึกษาปีที่ 1	4	50.0	2	25.0
มัธยมศึกษาปีที่ 2	2	25.0	4	50.0
มัธยมศึกษาปีที่ 3	2	25.0	2	25.0

เปรียบเทียบจิตสาธารณะทดลองก่อน และหลังการให้การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์

ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบจิตสาธารณะกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของจิตสาธารณะของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ ภาพรวมผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.533$) หากพิจารณารายด้านพบว่าด้าน การใช้และการดูแลสาธารณสมบัติและด้านการถือ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.254, -2.539$) ส่วนด้าน ด้านการรับรู้และเคารพในสิทธิของบุคคลไม่แตกต่างกัน ($Z = -0.289$) ดังแสดงในตารางที่ 2

เปรียบเทียบความจิตสาธารณะระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนว

ทฤษฎีเกสตัลท์

ผลการเปรียบเทียบจิตสาธารณะของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์กับจิตสาธารณะของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติของโรงเรียน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า จิตสาธารณะของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบของโรงเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($U = -6.500$) หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการถือ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($U = 3.000$) ส่วน ด้านการใช้และการดูแลสาธารณสมบัติและด้านการรับรู้และเคารพในสิทธิของบุคคล ($U = 21.500, U = 24.000$) ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสาธนะของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้การศึกษาตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 8)

จิตสาธนะ	การทดลอง	mean	S.D.	Z	p-value
ด้านการใช้และการดูแล	ก่อนการทดลอง	17.250	2.435	-2.254	0.024*
สาธนะสมบัติ	หลังการทดลอง	22.250	1.389		
ด้านการถือเป็นหน้าที่	ก่อนการทดลอง	20.000	1.604	-2.539	0.011*
ที่ต้องปฏิบัติ	หลังการทดลอง	24.500	1.927		
ด้านการรับรู้และเคารพใน	ก่อนการทดลอง	18.625	1.996	-.289	0.773
สิทธิของบุคคล	หลังการทดลอง	18.750	2.375		
จิตสาธนะโดยรวม	ก่อนการทดลอง	55.875	5.384	-2.533	0.011*
	หลังการทดลอง	63.625	3.777		

*p-value < 0.05, Wilcoxon signed-rank test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสาธนะของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้การศึกษาตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์กับจิตสาธนะของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติของโรงเรียน

จิตสาธนะ		mean	S.D.	U	p-value
ด้านการใช้และการดูแล	กลุ่มทดลอง	19.750	1.770	21.500	-1.126
สาธนะสมบัติ	กลุ่มควบคุม				
ด้านการถือเป็นหน้าที่	กลุ่มทดลอง	21.500	3.795	3.000	-3.006*
ที่ต้องปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม				
ด้านการรับรู้และเคารพใน	กลุ่มทดลอง	18.188	2.509	24.000	-0.797
สิทธิของบุคคล	กลุ่มควบคุม				
จิตสาธนะโดยรวม	กลุ่มทดลอง	59.500	6.121	6.500	-2.688*
	กลุ่มควบคุม				

*p-value < 0.05, Mann-Whitney U test

อภิปราย

การเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนานาชาติอินเตอร์เนชั่นแนลไฟโอเนียร์สโดยการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่ 1 นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลอง โรงเรียนนานาชาติอินเตอร์เนชั่นแนลไฟโอเนียร์ส หลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์มีจิตสาธารณะสูงกว่าก่อนได้รับการให้การปรึกษากลุ่มผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยโดยพบว่าจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นหลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์เป็นวิธีการให้การปรึกษาที่เหมาะสมกับนักเรียนทั้งนี้ เนื่องจากทฤษฎีเกสตัลท์เป็นแนวคิดที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้รวมทั้งการเรียนรู้จากปัญญาความคิด ที่เห็นว่าการรับรู้เป็นพื้นฐานทำให้เกิดการเรียนรู้และคนเรามีความสามารถในการรับรู้ต่างกัน จึงส่งผลให้มีความรู้และมีกระทำแตกต่างกัน การจะรับรู้ที่ทำให้เกิดความเข้าใจได้คตินั้นต้องมีการรับรู้โดยส่วนรวมก่อนแล้วจึงศึกษาส่วนย่อย ๆ ของสิ่งนั้นทีละส่วนในภายหลังและการเรียนรู้เป็นการแก้ไขปัญหาอย่างหนึ่ง ซึ่งความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ดีขึ้นอยู่กับความสามารถในการหยั่งเห็น (insight) การหยั่งเห็นเป็นการคิดช่องทาง แก้ปัญหาได้

ฉับพลันจากการพิจารณาภาวะรอบด้านถ้าเกิดการหยั่งเห็นเมื่อใดก็จะแก้ปัญหาได้เมื่อนั้น เมื่อแก้ปัญหาได้ก็เกิดการเรียนรู้ ซึ่งจะเป็นไปได้ดีเพียงใดขึ้นกับการใช้ความคิดความเข้าใจหรือสติปัญญาของผู้นั้น ดังนั้นกระบวนการรับรู้และการคิดในสมอง ซึ่งเป็นตัวสั่งการให้เกิดพฤติกรรม การพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดของจิตวิทยาเกสตัลท์นั้น จะต้องพัฒนาปรับเปลี่ยนความคิดก่อน รวมไปถึงการทำความเข้าใจและวินิจฉัยบุคคลที่จะต้องดูผู้นั้นเป็นส่วนรวมต้องศึกษาเข้าไปในสภาพแวดล้อมทุกรูปแบบเพื่อให้รู้จักผู้นั้นได้โดยแท้จริง รวมทั้งได้แนวทางเข้าใจบุคคล โดยพิจารณาที่โลกแห่งการรับรู้ของเขา เนื่องจากจะรับรู้ตามความคิดภายใน มากกว่ารับรู้โลกเชิงภูมิศาสตร์ตามความเป็นจริง เมื่อเข้าใจการรับรู้ของใครก็ย่อมเข้าใจความคิดของผู้นั้นด้วย จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ทฤษฎีเกสตัลท์สามารถนำมาใช้ในการปรึกษาได้ประสบผลสำเร็จสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิเชษฐ จันทนา และกาญจนา ไชยพันธุ์ (2553)⁸ ที่ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาจิตสาธารณะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านโป่งขุนเพชรพัฒนา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชัยภูมิ เขต 3 พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านโป่งขุนเพชรพัฒนา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชัยภูมิเขต 3 ที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาจิตสาธารณะ มีคะแนนจิตสาธารณะสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาจิตสาธารณะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 แต่หากพิจารณารายด้านจะพบว่าด้านการใช้และการดูแลสาธารณสมบัติและด้านการถือปฏิบัติเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าจากการสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนขณะอยู่ในการปรึกษากลุ่มพบว่า ภาพรวมนักเรียนทุกคนจะชอบกิจกรรมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีแต่ในช่วงกิจกรรมแรกๆ สมาชิกกลุ่มยังไม่กล้าแสดงออกในการซักถามหรือแสดงความคิดเห็นมากนัก แต่หลังจากผู้วิจัยได้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเกิดความกระตือรือร้น โดยการให้คำชม การให้กำลังใจ การสรุปแล้วถามย้อนกลับ ส่งผลให้นักเรียนกลับมาสนใจและแสดงความคิดเห็นมากขึ้นตลอดจนเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตามกฎข้อตกลงของสังคม เช่น มีความรับผิดชอบในการทำเวรประจำวันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเมื่อเข้าห้องสมุดมากขึ้น ตลอดจนมีความตระหนักในของที่เป็นส่วนรวมมากขึ้น เช่น การปิดน้ำ ปิดไฟเมื่อเลิกใช้งาน การไม่ทิ้งขยะเรี่ยราด เป็นต้น จากคำพูดของนักเรียนในการทำกิจกรรมในด้านการใช้และการดูแลสาธารณสมบัติ ด้านการถือปฏิบัติเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ด้านการรับรู้และเคารพในสิทธิของบุคคล จากคำพูดที่ว่า การเข้าร่วมครั้งนี้ทำให้ “หนูรู้สึกว่หลังจากนี้จะต้องเปลี่ยนแปลงตนเองแล้วในการใช้ของต่าง ๆ ให้ถูกต้องและรู้จักประหยัด โดยเฉพาะการรักษาสิ่งของที่เป็นของส่วนรวม” “ต่อไปเราจะช่วยกันสอดส่องดูแลของส่วนรวม” “ทุกการแบ่งปันและเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้ใช้สิ่งของร่วมกันทำให้ใจเราฟูขึ้น” “จะช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมี

โอกาส จะดูแลรักษาสิ่งของด้วยการเอาใจใส่และไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน” สอดคล้องกับส่วนจิตสาธารณะด้านการรับรู้และเคารพในสิทธิของบุคคลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนจิตสาธารณะมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นเดียวกับ Lekwilai et al. (2020)⁹ ได้ทำ การวิจัยเรื่อง Effects of Using Public Mind Enhancement Model on Bachelor of Education Students at Phranakhon Rajabhat University พบว่า การจัดแผนการเรียนรู้เรื่องจิตสาธารณะ ส่งผลต่อบัณฑิตจิตสาธารณะ ต่อตนเองเพิ่มขึ้น

สมมติฐานที่ 2 จิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนานาชาติอินเตอร์เนชั่นแนล ไซเบอร์ส ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลของโรงเรียนแตกต่างกัน

ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า จิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลและระบบการดูแลของโรงเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ เป็นวิธีการที่ช่วยให้นักเรียนได้สำรวจตนเองในแง่มุมต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อพัฒนานักเรียนในแง่ต่าง ๆ เช่น มีมนุษยสัมพันธ์การรู้จักตนเองและการรู้จักคนอื่น สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น โดยนักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษา

กลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อพัฒนาจิตสาธารณะ จะเป็นนักเรียนที่มีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้น โดยมีลักษณะของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมการแสดงของนักเรียนในการใช้ของส่วนรวม ได้แก่ การตระหนักรู้ในการรักษาทรัพย์สิน ดูแลรักษาสถานที่ของเมื่อใช้แล้วมีการเก็บรักษาให้คงอยู่ในสภาพเดิม ลักษณะของการใช้สิ่งของส่วนรวมอย่างประหยัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเมื่อนักเรียนได้รับการให้การปรึกษากลุ่มการทำให้ให้นักเรียนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆ กันมากขึ้น ส่งผลให้นักเรียนเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมสามารถปรับปรุงและพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น สิ่งสำคัญประการหนึ่งในการให้การปรึกษากลุ่ม คือ การให้กำลังใจและการเสริมแรงซึ่งกันและกัน อันเป็นสิ่งที่ชะโลมใจนักเรียนให้เกิดผลลัพธ์พลังใจในทางบวก¹⁰ พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้ของส่วนรวมมากขึ้น ส่วนด้านการใช้และการดูแลสาธารณสมบัติและด้านการรับรู้และเคารพในสิทธิของบุคคล ไม่แตกต่างกันแต่หากพิจารณาคำเฉลี่ยของคะแนนจิตสาธารณะมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในช่วงของวัยมักจะให้ความสำคัญกับตนเองมากกว่าสิ่งอื่นประกอบกับการปรึกษากลุ่มอาจจะต้องเพิ่มจำนวนครั้งให้มากขึ้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองของนักเรียนให้กว้างขึ้น สอดคล้องกับ อุมารณ์ สุขารมณ (2566)¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาในเขต กรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัย พบว่า จิตสาธารณะของนักศึกษาในเขต กรุงเทพมหานคร คะแนนปัจจัยที่สัมพันธ์กับจิตสาธารณะของนักศึกษาภาพรวมคะแนนจิตสาธารณะของนักศึกษาภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 4.41, S.D. = 0.39) ผลของการใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครสรุปได้ดังนี้ จิตสาธารณะของนักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่ม หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มและหลังติดตามผลมีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และจิตสาธารณะของนักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่ม หลังร่วมการให้การปรึกษากลุ่มและหลังการติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าจิตสาธารณะของนักศึกษากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป

การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์สามารถเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้

ข้อจำกัด

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครูที่ทำหน้าที่ให้การปรึกษา จะนำไปใช้ในควรมีความรู้ด้านการปรึกษา จิตวิทยา และพิจารณาขั้นตอนในการนำโปรแกรมกลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ไปใช้ในการพัฒนาและเสริมสร้างจิตสาธารณะแก่นักเรียน

2. เพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิผลของการศึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นว่ายังคงมีประสิทธิผลต่อไปอีกหรือไม่จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ร่วมกับศึกษาความคุ้มค่า คุ้มทุนในการใช้การปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาจิตสาธารณะของนักเรียน

3. ควรนำการศึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะไปประยุกต์ใช้ในการศึกษากับนักเรียนในระดับอื่น ๆ ในการคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านอื่น ๆ พร้อมทั้งมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วิมล ชาติธานี. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์ต่อจิตสาธารณะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. สกลนคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2555.

- ชัยยงค์ จันทร์โสดา. การพัฒนาการดำเนินงานเพื่อแก้ไข ปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของ นักเรียนโรงเรียน แสลงโทนพิทยาคม อำเภอประโคนชัยจังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550.
- บดินทร์ เสวากพ. การพัฒนาคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ของนักเรียนโรงเรียนบ้านบะหว้า สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 3 [วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต]. สกลนคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ สกลนคร; 2561.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. ข้อเสนอการปฏิรูปการศึกษา ในทศวรรษที่สอง (พ.ศ.2552 -2561). กรุงเทพฯ: พรักหวานกราฟฟิค จำกัด; 2554.
- สุพจน์ เปลี่ยวสงัด. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อการเสริมสร้างจิต สาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้จังหวัด นครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2557.
- นิรุทธ์ วัฒนภาส. ผลของการให้คำปรึกษาแนวโยนิโส มนสิการที่มีต่อการเพิ่มพูนจิตสำนึก สาธารณะของ นักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร. Veridian E-Journal SU 2554; 688-703.
- Vinogradov S & Yalom ID. Concise guide to group psychotherapy. Washington, DC: America Psychiatric Press Inc; 1989.
- กาญจนา ไชยพันธุ์ ,อภิเชษฐ จันทนา. ผลของการใช้ กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาจิตสาธารณะของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านโป่งขุนเพชรพัฒนา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชัยภูมิ เขต 3. วารสาร ศึกษาศาสตร์ ฉบับวิจัยบัณฑิตศึกษา 2553; 4(3): 130-138.
- Lekwilai S, Nithiwaraphakul K, Akkararat P. Effects of using public mind enhancement model on bachelor of education students at Phranakhon Rajabhat University. Solid State Technology 2020; 63(4): 599-608.

10. กาญจนา สุทธิเนียม. การพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของนิสิตครูโดยการให้การปรึกษากลุ่ม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(1): 17-32.
11. อุมารัตน์ สุขารมณ, การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต 2566; 13: 65-85.

การพัฒนาการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พรีดา เพิ่มความสุข, วท.ม.*, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, พย.ม.*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัสดุและวิธีการ : รูปแบบการพัฒนาและวิจัย 7 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การวิจัยและรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (2) การวางแผน (3) การพัฒนารูปแบบบำบัดเบื้องต้น (4) การทดลองภาคสนามเบื้องต้น (5) การทดสอบภาคสนามหลัก (6) การทดสอบภาคสนาม ด้วยรูปแบบกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน ติดตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายก่อน-หลังทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน และ (7) การเผยแพร่และการนำไปใช้

ผล : การบำบัดการฆ่าตัวตายฯ แบบรายบุคคล บูรณาการจาก 4 แนวคิด ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด การบำบัดความคิด และพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญห และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ ประกอบด้วย 8 กิจกรรมใน 3 สัปดาห์ พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลมีโอกาสรองกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ 0.88 และ 0.86 เท่าของการพยาบาลตามปกติ

สรุป : การบำบัดการฆ่าตัวตายฯ สามารถป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้

คำสำคัญ : การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล, ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย, โรคซึมเศร้า

THE DEVELOPMENT OF THE INTEGRATIVE SUICIDE THERAPY IN NURSING ON PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Peerada Permkwamsook, M.Sc.*, Wattanaporn Pibullarak, M.N.S.*

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

Abstract

Objectives: To develop and study the effects of the integrative suicide therapy in nursing on to risk of suicide in patients with major depressive disorder.

Material and Methods: This was the development and research design into 7 steps as follows: (1) Research and information collection with in-depth interviews and review of empirical evidence. (2) Planning (3) Developing a preliminary form of therapeutic. (4) Preliminary field testing (5) Main Field Testing (6) Operational Field Testing with a quasi-experimental design, a sample were patients with major depressive disorder with suicidal behavior who were admitted to hospital, divided into 22 experimental groups and 22 control groups, followed up on the risk of suicide before and after the experiment within 1 month and 3 months. And (7) disseminating and implementing.

Results: Integrative suicide therapy in nursing (ISTN) developed from 4 concepts, including the Therapeutic relationship (2) Cognitive behavioral therapy (3) Problem-solving therapy, and (4) family psychoeducation. ISTN consists of 8 activities for 3 weeks. It was found that before the experiment, the experimental and control groups had no different risk of suicide. However, after 1 month and 3 months of experimentation, there were a significantly different at the .05 level, with ISTN having a chance of preventing moderate to severe suicide risk of 0.88 and 0.86 as far as nursing as usual.

Conclusion: ISTN can prevent the risk of suicide in patients with major depressive disorder with suicidal behavior.

Key words: integrative suicide therapy in nursing, risk of suicide, major depressive disorder

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดอยากตายร้อยละ 82.10¹ และมีพฤติกรรมกรรมฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15² แม้การพยายามฆ่าตัวตายจะไม่สำเร็จ ก็ส่งผลกระทบทางจิตใจจากการการถูกประณามหรือถูกลดโทษ เกิดความรู้สึกต่ำต้อยไร้ค่า หรือเกิดความรู้สึกเกลียดชังได้ อีกทั้งเกิดเป็นภาวะวิกฤติของครอบครัว จากประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการศึกษาอธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิต ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ภาระหนี้สิน/การเงิน จากนั้นจึงเกิดความคิดต่อตนเองเชิงลบ อาทิ มองว่าตนเองเป็นภาระ ตนเองถูกทอดทิ้ง ตนเองไร้ค่า ส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า หรืออาจเกิดอารมณ์โกรธ หรือตื่นตระหนกร่วมด้วย จนเกิดเป็นความตั้งใจในการฆ่าตัวตายจากมุมมองเชิงบวกกว่าเป็นการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดี จึงไปสู่การวางแผนล่วงหน้าหรืออาจไม่ได้วางแผนสู่การฆ่าตัวตาย³

จากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชมีมุมมองว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นการช่วยเหลือแบบประคับประคองตามประสบการณ์ของผู้บำบัดแต่ละคนมากกว่าการพยาบาลที่เป็นแบบแผนตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม พยาบาลจิตเวชทุกระดับยังจำเป็นที่ต้องใช้สัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Relationship: TR) เพื่อช่วยให้

พยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองและเกิดความร่วมมือที่จะปรับปรุงตนเอง โดยพยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้เทคนิคผสมผสานในหลายมิติที่จะครอบคลุมทั้งการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁴

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ารูปแบบบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลากหลาย ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล (Cognitive Behavior Therapy: CBT)⁵⁻⁸ ช่วยการลดภาวะซึมเศร้า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation: FPE)⁹⁻¹⁰ ช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจผู้ป่วย นอกจากนี้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy)¹¹ ช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก และโปรแกรมความต้องการระหว่างบุคคลช่วยผู้ป่วยจิตเวชในการลดความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย¹² ดังนั้น การบำบัดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในจึงต้องได้รับการช่วยลดแรงจูงใจด้วยการปรับมุมมองความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า และได้รับการช่วยยับยั้งความตั้งใจโดยการส่งเสริมการแก้ปัญหาเชิงบวก และได้รับการเตรียมครอบครัวในการช่วยเหลือเมื่อจำเป็นจากโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ปัจจุบันการบำบัดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา การบำบัดการพยาบาลเป็นลักษณะนามธรรมมากกว่า

รูปธรรม มีการปฏิบัติตามประสบการณ์ หรือสมรรถนะของพยาบาลแต่ละคน จึงยากในการอธิบายผลลัพธ์ที่มาจากประสิทธิภาพการบำบัดทางการพยาบาล ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลสำหรับการบำบัดการฆ่าตัวตายและศึกษาผลลัพธ์ในการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยและรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1 การศึกษาหัวข้อ “ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา: แรงจูงใจและความตั้งใจ” เพื่ออธิบายเกี่ยวกับแรงจูงใจและความตั้งใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการฆ่าตัวตายภายใน 1 เดือน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน ช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2565 ภายใต้งานพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เลขที่ SD.IRB.APPROVAL 007/2565 ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเกิดจากการที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การมีความคิดเชิงลบต่อตนเอง การมีอารมณ์ซึมเศร้า

หรืออารมณ์ซึมเศร้าร่วมกับความรู้สึกโกรธหรือตื่นตระหนก ส่วนความตั้งใจในการฆ่าตัวตายพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการฆ่าตัวตายที่คุ้นเคยหรือใกล้ตัวที่มีทั้งการวางแผนล่วงหน้าและไม่ได้วางแผน และการให้ความหมายของการฆ่าตัวตายเชิงบวก สำหรับความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับมาจากคนในครอบครัวด้วยการพูดคุยปลอบใจ การอยู่เป็นเพื่อน การจัดเก็บอุปกรณ์อันตราย การได้รับการบำบัดทางจิตกับผู้เชี่ยวชาญ การทำกิจกรรมออกกำลังกาย

ประเด็นที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หัวข้อ “มุมมองพยาบาลจิตเวชต่อการบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยใน” เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จำนวน 5 คน ช่วงเดือนกันยายน 2565 มีมุมมองว่า (1) การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะวิกฤตเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้า การเฝ้าระวังใกล้ชิด การจัดสิ่งแวดล้อมและระยะฟื้นฟูเป็นการบำบัดแบบประคับประคองตามสมรรถนะหรือประสบการณ์ของผู้บำบัดแต่ละคน เนื่องจากยังไม่มีแบบแผนการบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย (2) การบำบัดทางจิตควรเป็นการบูรณาการรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมหลายแนวคิดผสมผสานร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการคิดที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การช่วยลดแรงจูงใจในการ

ฆ่าตัวตาย และเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหา ด้วยการปรับมุมมองปัญหาในทางบวก และการสนับสนุนครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจในการ ป้องกันการฆ่าตัวตาย อันนำไปสู่การยับยั้งความ ตึงใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประเด็นที่ 3 การทบทวนหลักฐานเชิง ประจักษ์การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า จำนวน 13 เรื่อง ช่วงเดือนกันยายน 2565 พบว่าการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลต่อ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี รูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม^{5,6,7,12,13} การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมร่วมกับการบำบัดอื่นๆ เช่น การรักษา ด้วยยา สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีผลต่อความคิด ฆ่าตัวตาย^{8,14,15} สัมพันธภาพบำบัด¹⁶ โปรแกรม ความต้องการระหว่างบุคคล¹⁷ และโปรแกรมการ บำบัดโดยการแก้ปัญหา¹¹ ทั้งนี้ รูปแบบการบำบัด ทางจิตสังคมส่วนใหญ่เป็นการติดตามภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงจูงในการฆ่าตัวตาย และรองลงมาเป็นการติดตามความเสี่ยงในการ ฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนช่วงเดือนตุลาคม 2565 เป็นการนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดแนวคิดที่นำมาบูรณาการการบำบัดการ ฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 4 แนวคิด ได้แก่ แนวคิด สัมพันธภาพบำบัด¹⁸ (TR) แนวคิดการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม¹⁹ (CBT) แนวคิดการบำบัด โดยการแก้ปัญหา²⁰ (PST) และแนวคิดสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว²¹ (FPE) กำหนดเป็นโครงสร้างใน

“คู่มือบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล (Integrative Suicide Therapy in Nursing หรือ ISTN)” สำหรับพยาบาลจิตเวชใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 บท ได้แก่ บทที่ 1 ความรู้ โรคซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย บทที่ 2 แนวคิดที่ใช้ ในการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล บทที่ 3 รูปแบบการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณา การพยาบาล บทที่ 4 กิจกรรมการบำบัดการฆ่าตัว ตายแบบบูรณาการพยาบาล และบทที่ 5 แบบ ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบบำบัด เบื้องต้น ช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2565 เป็น การจัดทำเนื้อหา “คู่มือบำบัดการฆ่าตัวตายแบบ บูรณาการพยาบาล” และอนุมานแนวคิดที่เกี่ยวข้อง มาร่างเนื้อหากิจกรรมแบบรายบุคคล จำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ (1) การทำความเข้าใจผู้ป่วย (2) การกำหนด ประเด็น เป้าหมาย และตารางกิจกรรม (3) การ ทดสอบความคิดอัตโนมัติ (4) การปรับเปลี่ยน ความเชื่อ (5) การทำความเข้าใจปัญหาและนิยาม ปัญหา (6) การสร้างทางเลือก การตัดสินใจลงมือ แก้ปัญหา (7) สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และ (8) การทบทวนและสรุป มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) แต่ละ ส่วนระหว่าง 0.67 - 1.00

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบภาคสนาม เบื้องต้น และการปรับปรุงรูปแบบบำบัดหลัก ผู้วิจัย ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คือ ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการ รักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยา จำนวน 5 คน ช่วงเดือนธันวาคม 2565 โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้บำบัดดำเนินการตามขั้นตอนของคู่มือบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล พบประเด็นปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหา ดังนี้ (1) ความไม่เข้าใจในภาษาวิชาการ แก้ไขด้วย ขยายความให้มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น (2) ระยะเวลาการดำเนินการกิจกรรมแต่ละครั้งกำหนด 60 นาที ปรับแก้ไขเป็น 90 นาที เพื่อลดความบีบรัดเวลาในการบำบัด

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบภาคสนามหลัก และการปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติงาน เป็นการนำการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลที่ปรับแก้ไขแล้วมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 10 คน ด้วยการศึกษากลุ่มเดียววัดเฉพาะหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 30 เมษายน 2566 หลังสิ้นสุดการทดลองภาคสนามหลักหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย คิดเป็นร้อยละ 100

ขั้นตอนที่ 6 การทดสอบการนำไปใช้ในภาคสนาม และการปรับปรุงรูปแบบครั้งสุดท้าย เป็นการวิจัยเรื่อง “ผลของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบ Untreated Control group design with dependent pretest and posttest samples ติดตาม

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายก่อนทดลอง (T0) หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน (T1) และ 3 เดือน (T2)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566 จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน ซึ่งได้รับการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการสุ่มแบบเจาะจง โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุระหว่าง 14 - 59 ปี มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา และผู้ดูแลหลังจำหน่าย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย มีพยาธิสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกายรุนแรง จากนั้นกำหนดให้แยกกลุ่มตัวอย่างตามหอผู้ป่วย กำหนดหอของกลุ่มทดลอง จำนวน 3 หอ และหอของกลุ่มควบคุม จำนวน 3 หอ จากนั้นจับฉลากแบ่งหอผู้ป่วยเป็นหอกลุ่มทดลอง และหอกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ทราบว่าหอผู้ป่วยที่ตนเองเข้ารับการรักษาจะเป็นกลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม (single blind)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ “คู่มือการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วในขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรมการ

บำบัดจำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ระยะเวลา
ดำเนินการ 3 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล
เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย
ก่อนทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน และ 3
เดือน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึก
ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยง
ในการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric
Structure Interview: M.I.N.I. หมวด suicidality)
ฉบับภาษาไทย 22 มีคำถาม 9 ข้อ เป็นแบบให้
เลือกตอบ 2 ตัวเลือก (dichotomous question)
ตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ Cohen's Kappa มี
ค่าความเชื่อมั่น 0.80¹¹ เกณฑ์การแปลคะแนน ดังนี้
0 คะแนน คือ ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 1 - 8
คะแนน คือ มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับ
น้อย 9 - 16 คะแนน คือ มีความเสี่ยงในการฆ่าตัว
ตายระดับปานกลาง 17 คะแนนขึ้นไป มีความเสี่ยง
ในการฆ่าตัวตายระดับมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (1) ระยะก่อนทดลอง
เป็นการทำความเข้าใจการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบ
บูรณาการพยาบาล เตรียมสถานที่ในการทำกิจกรรม
ประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยในการชี้แจงขั้นตอนการ
ดำเนินการวิจัย และเตรียมผู้ป่วยในการอธิบาย
รายละเอียดของกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง (2) ระยะ
ดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัด
แบบบูรณาการพยาบาล 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 - 3 ครั้ง
รวมเป็น 8 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการ
พยาบาลตามปกติ (3) ระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมดจะได้รับการติดตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
3 ช่วง คือ ก่อนทดลอง (T0) หลังการทดลอง 1 เดือน
(T1) และหลังการทดลอง 3 เดือน (T2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบความแตกต่างความ
แปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงในการ
ฆ่าตัวตาย ของช่วงเวลาก่อนทดลอง (T0) หลัง
ทดลอง 1 เดือน (T1) และหลังทดลอง 3 เดือน (T2)
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ
Repeated measure ANOVA และความสัมพันธ์ของ
การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลกับ
ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า ช่วงเวลาหลังทดลอง 1 เดือน (T1) และ
หลังทดลอง 3 เดือน (T2) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ
Chi-square Test และวิเคราะห์อัตราส่วนของระดับ
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Odd Ratio (OR)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจาก
คณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเทพฯ เลขที่ SD.IRB.APPROVAL 010/2566
ลงวันที่ 28 เมษายน 2566 และเลขที่ SD.IRB.APPROVAL
006/2567 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2567

ผล

การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ พยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ
พยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม

จำนวน 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ 2 - 3 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที สรุปเป็นตารางพอสังเขปดังตารางที่ 1

ผลการทดสอบการนำไปใช้ในภาคสนามของขั้นตอนที่ 6 ในการวิจัยหัวข้อ “ผลของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”

พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.8 อายุระหว่าง 20 - 24 ปี

ร้อยละ 31.9 สถานภาพโสดร้อยละ 50.0 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 31.8 เป็นนักเรียน/ นักศึกษาร้อยละ 28.6 ระยะเวลาเจ็บป่วยช่วง 1 - 3 ปี ร้อยละ 56.9 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง ร้อยละ 43.2 วิธีการฆ่าตัวตายด้วยการกินยาเกินขนาดร้อยละ 34.3 มีประวัติการฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีร้อยละ 86.4 และมีผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นพ่อ/ แม่ ร้อยละ 39.6

ตารางที่ 1 สรุปการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครั้งที่: หัวข้อ	ประเด็นหลัก	สัปดาห์
ครั้งที่ 1: Assessment และ case formulation	สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาภาวะสมมูลเดิม ปัจจัยโน้มน้าวเบื้องต้นผู้ป่วย ปัจจัยคงอยู่ ปัจจัยกระตุ้น และการสร้างสมมติฐานความเจ็บป่วย	1
ครั้งที่ 2: Agenda setting, Goal setting และ Activity Scheduling	- กำหนดหัวข้อพูดคุยที่ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช - ตั้งเป้าหมายที่เป็นการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช โดยเน้นเป้าหมายที่เป็นจริงและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้	1
ครั้งที่ 3: Testing Automatic Thought และ challenge	ให้ความรู้เรื่อง Cognitive model ค้นหา automatic thought ช่วยพัฒนามุมมองใหม่ และตรวจสอบกับผู้ป่วยที่ทำให้ยังคงความเชื่อ ความคิด และสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้เชื่อความคิดใหม่อื่น ๆ	1
ครั้งที่ 4: Modifying Beliefs	ค้นหาและให้ความรู้ underlying depressogenic assumption โดยใช้วิธี down ward arrow technique ดัดแปลงความเชื่อที่เป็น intermediate beliefs และ core beliefs	2
ครั้งที่ 5: Problem orientaion และ problem definition	- ประเมินปัญหาผู้ป่วยว่าเป็นแบบ NPO หรือ PPO - ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหา - ประเมินรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา	2

ตารางที่ 1 สรุปการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

ครั้งที่: หัวข้อ	ประเด็นหลัก	สัปดาห์
ครั้งที่ 6: Generation of alternative , Desition making, solution implementation, verification และ Maintenance	• นำประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและร่วมกันหาทางเลือกในการแก้ปัญหา • ประเมินทางเลือกแต่ละวิธีอย่างมีเหตุผล พิจารณาข้อดีข้อเสียของผลลัพธ์ของแต่ละวิธีที่จะเกิดขึ้นหลังนำไปใช้ • เสริมแรงใจในการเชื่อมั่นศักยภาพตนเองในการแก้ปัญหอย่างใช้เหตุผล	2
ครั้งที่ 7: Family psychoeducation	• แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ให้ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร่วมกับการเสริมแรงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเป้าหมายในชีวิต และสร้างความรู้สึกร่วมกันกับครอบครัว	3
ครั้งที่ 8: Review และ summarization	• ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ มองหาการบำบัดแบบอื่น ๆ ที่เหมาะสมขึ้น ให้กำลังใจในการตระหนักถึงความคิดและอารมณ์ตนเอง และพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาด้วย	3

จากตารางที่ 2 กลุ่มทดลองจำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน พบว่าช่วงก่อนการทดลอง (T0) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง 1 เดือน (T1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับหลังการทดลอง 3 เดือน (T2) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 3 การติดตามความสัมพันธ์ของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลกับระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหลังทดลอง 1 เดือนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลมีโอกาสเกิดความเสี่ยงระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็น 0.12 เท่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรืออธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลมีโอกาสป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ 0.88 เท่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของ ช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลอง 1 เดือน และ หลังทดลอง 3 เดือน (n = 44)

ตัวแปร	Mean (SD)			SS	df	MS	F	p-value
	ก่อน	หลัง	หลัง					
	ทดลอง	ทดลอง 1	ทดลอง					
	(T0)	เดือน	3 เดือน					
		(T1)	(T2)					
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย								
กลุ่มทดลอง	31.82	6.68	8.41	13519.10	1,91,	7078.31	172.04 ^a	<0.001*
	(8.93)	(2.76)	(3.41)		80.2			
กลุ่มควบคุม	31.45	10.64	15.77					
	(7.90)	(4.21)	(9.34)					

*p-value < 0.05, a = Huynh-Feldt, SS = Sum of square, df = degree of freedom, MS = Mean Square

ตารางที่ 3 ผลของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วงเวลาหลังทดลอง 1 เดือน (T1) และหลังทดลอง 3 เดือน (T2) (n = 44)

การบำบัดการฆ่าตัวตาย แบบบูรณาการพยาบาล	ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย		Odd Ratio	X ²	df	p-value
	ระดับ	ระดับน้อย				
	ปานกลางถึงรุนแรง					
หลังทดลอง 1 เดือน (T1)						
ได้ (กลุ่มทดลอง)	3	19	0.12	8.19	1	<0.001*
ไม่ได้ (กลุ่มควบคุม)	12	10				
หลังทดลอง 3 เดือน (T2)						
ได้ (กลุ่มทดลอง)	6	16	0.13	9.09	1	<0.001*
ไม่ได้ (กลุ่มควบคุม)	16	6				

*p-value < 0.05, Chi-square Test

อภิปราย

การพัฒนาการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นลักษณะการดูแลโดยตรง (Direct care) ด้วยการใช้เทคนิคผสมผสานการบำบัดด้านจิตวิทยาประยุกต์แบบรายบุคคล ประกอบด้วย 4 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด¹⁸ แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม¹⁹ แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา²⁰ และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาคบครัว²¹ จากการศึกษาผลการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าคะแนนเฉลี่ยและระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลดลงกว่าการพยาบาลตามปกติ เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน อธิบายได้ว่าแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเป็นรูปแบบความคิด/เจตนาในการฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับความคิดเชิงลบ (negative thoughts) ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองเป็นภาระผู้อื่น ตนเองไร้ค่า ซึ่งบ่งบอกถึงการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผู้ป่วยรับรู้เป็นไปทางลบ การใช้กระบวนการสัมพันธภาพบำบัดโดยพยาบาลจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจกันเป็นพื้นฐาน รู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในความตั้งใจของพยาบาลจิตเวชที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รู้จักตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับตนเองและเพิ่มความเคารพตนเองให้มากขึ้น¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาการใช้โปรแกรมความต้องการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่าช่วยให้ผู้ป่วยลดการรับรู้ต่อตนเองว่าเป็นภาระ ตนเองไร้คุณค่า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุการคิดฆ่าตัวตาย¹⁷

นอกจากนี้ ความคิดเชิงลบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นลักษณะความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงในบางประการ ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์รุนแรงอย่างเฉียบพลัน (depressed mood) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้น พยาบาลจิตเวชทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายแย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นที่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเมินปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมผิดปกติจากภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการปรับความคิด ส่งผลในการช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁵⁻⁸ อันเป็นแรงจูงใจในการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย

การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่เพียงแต่จัดกระทำกับแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเท่านั้น แต่ยังจำเป็นต้องจัดกระทำกับความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย ซึ่งความตั้งใจในการฆ่าตัวตายเป็นการแสดงพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย ที่มาจากการให้ความหมายความคิดเชิงบวกต่อการฆ่าตัวตายเป็นการช่วยให้ตนเองไม่ต้องรับรู้ปัญหาเป็นเรื่องปกติเป็นหนทางออกในการแก้ปัญหา พยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้สัมพันธภาพการบำบัดมาบูรณาการโดยการเชื่อมโยงการรับรู้ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ การรู้จักตนเองควรแสดงออกถึงการกระทำและการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม โดยสามารถบูรณาการไปในประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ซึ่งจะพบทางที่ช่วยให้พ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล มีความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาด้วยกลไกทางจิตที่เหมาะสม¹⁸ ด้วยการใช้น้ำบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก และมองปัญหาตามความเป็นจริง ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาที่พบว่าช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถกำกับตนเอง ปรับมุมมองในการแก้ปัญหาและหาวิธีในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและการวางแผนที่ดี นำไปสู่การช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้¹¹ อย่างไรก็ดีตาม เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังคงมีภาวะเศร้า หลงเหลือ มีความคิดเชิงชาลง และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง การพยายามฆ่าตัวตายอาจเกิดขึ้นจากความทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและทราบถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เรียนรู้วิธีปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ มีความใกล้เคียงกับการศึกษาการบำบัดแบบครอบครัวในผู้ป่วยซึมเศร้าช่วยลดภาวะซึมเศร้า¹⁰ และนำไปสู่การช่วยเหลือจากในการไปสู่ความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย

ทั้งนี้ จากผลการติดตามความเสี่ยงในการ

ฆ่าตัวตายหลังการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าทั้งการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ พยาบาลและการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกัน โดยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาหลังการบำบัดที่ยาวขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย มีโอกาสฆ่าตัวตายมากในช่วง 3 เดือนแรกหลังการบำบัดโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี²³ จากการศึกษาผลของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนและ 3 เดือนได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ และการบำบัดการฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพมากที่สุดในช่วงหลังบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ

สรุป

การพัฒนาการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดทางจิตที่ผสมผสานแนวคิดที่หลากหลาย ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา และสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่งผลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลดลงกว่าการพยาบาลตามปกติ และมีประสิทธิภาพมากที่สุดหลังการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งนี้ติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน โดยมีได้ติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินจำเป็นต้องวัดระยะภายใน 1 เดือนก่อนหลังการบำบัด ดังนั้น การวัดหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีอาจทับซ้อนกับการประเมินก่อนการบำบัด

2 การวิจัยในครั้งต่อไป ควรออกแบบการพัฒนาฟื้นฟูหลังจำหน่ายร่วมด้วย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับสู่ชุมชนเกิน 3 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ปัทมานนท์ ขวัญสินี พว.อุจน์จิตร คุณารักษ์ และ พว.ฐานิยา สุทะปา ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: บริษัท บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2553.
3. พีรดา เพิ่มความสุข, วัฒนารักษ์ พิณลอักษรณ์, สุดาพร สถิตยยุทธการ. ประสิทธิภาพการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา: แรงจูงใจและความตั้งใจ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2566; 17(1): 20-39.

4. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มภารกิจการพยาบาล. มุมมองพยาบาลจิตเวชต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. กิจกรรม Nursing Update. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2565.
5. Rosso IM, Killgore WD, Olson EA, Webb CA, Fukunaga R, Auerbach RP, et al. Internet-based cognitive behavior therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. Depress and Anxiety 2017; 34(3): 236-45.
6. Li JM, Zhang Y, Su WJ, Liu LL, Gong H, Peng W, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res 2018; 268: 243-50.
7. Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Fiedler G, Keller W, Bahrke U, Kallenbach L, et al. Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients: a controlled trial with preferential and randomized allocation. Can J Psychiatry 2019; 64(1): 47-58.
8. Bernal G, Rivera-Medina CL, Cumba-Aviles E, Reyes-Rodriguez ML, Saez-Santiago E, Duarte-Velez Y, et al. Can cognitive-behavioral therapy be optimized with parent psychoeducation? a randomized effectiveness trial of adolescents with major depression in Puerto Rico. Fam Process 2019; 58(4): 832-54.
9. พันธุ์ทิพย์ รัตนบรรพต. ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวย่อยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
10. อาณัติ เพิ่มธรรมสิน, อรรถณ สุนทวง, ชุศรี โพธิ์สูง. การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(3): 280-8.

11. อัครเดช กลิ่นพินุลย์, วิชาดา คณະไชย, สาคร นุพผาเฝ้า. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามโนในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563; 28(1): 86-98.
12. Dunlop BW, Polychroniou PE, Rakofsky JJ, Nemeroff CB, Craighead WE, Mayberg HS. Suicidal ideation and other persisting symptoms after CBT or antidepressant medication treatment for major depressive disorder. *Psychol Med* 2019; 49(11): 1869-78.
13. Rodcharoen S, Kongsuwan V, Chanchong W. The effects of self-guided cognitive behavioral modification program on self-esteem and depression of elders with major depressive disorder. *Nursing Science Journal of Thailand* 2019; 37(3): 91-106.
14. Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *J Behav Med* 2019; 42(6): 1117-41.
15. Zakhour S, Nardi AE, Levitan M, Appolinario JC. Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother* 2020; 42(1): 92-101.
16. ศิริลักษณ์ ปัญญา, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, พิรพนธ์ ลีอนุญชวิชัย. ผลของกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 60(2): 99-110.
17. Yamboonruang T, Yunibhand J. Effects of the interpersonal need program on suicidal ideation and suicidal attempt in mentally ill patients. *J Health Res* 2017; 31(3): 177-83.
18. Peplau EH. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer publishing company; 1991.
19. Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorder*. New York: International Universities press; 1976.
20. D'Zurilla TJ, Bezu AM. *Problem-solving therapies*. London: Hutchinson; 2010.
21. Anderson CM, Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. *Schizophrenia and the family a practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: A division of Guilford publications; 1986.
22. พิเชฐ อุดมรัตน์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพฑูรย์. การใช้แบบสัมภาษณ์ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย The Mini-International Neuropsychiatric Interview (Thai version). เชียงใหม่: ไอแอมออเคเนเซอร์แอนด์แอ็คเตอร์ไทซิ่ง; 2547.
23. Malone MK, Haas LH, Sweeney AJ, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995; 34: 173-85.

ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้าโดยมีการเปรียบเทียบ ตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ธีรศักดิ์ สาตรา, พ.บ.*, ศรีธิดา บัวเลิศ, วท.ม.*, ทิฆัมพร หอสิริ, พ.บ.*,
สิรินัดดา ปัญญาภาส, พ.บ.*, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, พ.บ.*, สมนทรศ บุญราทีจ, พ.บ.*

*คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับภาวะซึมเศร้าโดยมีการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมเป็นตัวแปรส่งผ่านในวัยรุ่น

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 15 - 18 ปี ซึ่งมีบัญชีผู้ใช้อินสตาแกรม จำนวน 466 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มาตรฐานวัด Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2nd Edition มาตรฐานวัด Upward comparison on Instagram Scale และมาตรฐานวัด Center Epidemiologic Studies-Depressions Scale ฉบับภาษาไทย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรหลักด้วยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านโดยโปรแกรม PROCESS 3.4 ด้วยวิธี Bootstrapping กระบวนการสุ่มตัวอย่างซ้ำอย่างน้อย 5,000 ชุด ช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผล : อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.764$) และการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรม ($r = -0.520$) การเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.546$) การเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านแบบบางส่วนในความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้า อัตมโนทัศน์และการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมมีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 61.0

สรุป : วัยรุ่นที่มีอัตมโนทัศน์ในระดับต่ำอาจส่งผลมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนสื่อสังคมเป็นปัจจัยเสริมให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรส่งเสริมวัยรุ่นในยุคที่มีการใช้สื่อสังคมแพร่หลายให้มีอัตมโนทัศน์ทางบวกและลดการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนสื่อสังคมออนไลน์

คำสำคัญ : ซึมเศร้า, เปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่า, ตัวแปรส่งผ่าน, อัตมโนทัศน์

SELF-CONCEPT AND DEPRESSION: A MEDIATION MODEL OF UPWARD COMPARISON ON INSTAGRAM

Teerasakdi Satra, M.D.*, Sritida Bualoet, M.Sc.*, Tikumporn Hosiri, M.D.*,
Sirinadda Punyapas, M.D.*, Thienchai Ngamthipwatthana, M.D.*, Sontuss Bussaratid, M.D.*

**Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

Abstract

Objectives: The objectives were to investigate the relationship between self-concept and depression by using upward comparison on Instagram as a mediator in adolescents.

Material and Methods: A cross-sectional study. The participants included 466 adolescents between the ages of 15-18 years old with an Instagram account. This research employed purposive sampling using an online survey. The survey consisted of demographic questions, Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2nd Edition, Upward Comparison on Instagram Scale, and Center Epidemiologic Studies-Depressions Scale (CES-D) Thai version. The analysis explored the relationship between self-concept, depression, and upward comparison by using Pearson's correlation and the mediation model through PROCESS 3.4 macro. The mediation analysis used Bootstrapping, repeating random sampling at least 5000, with a 95% confidence interval.

Results: Self-concept had a negative correlation with depression ($r = -0.764$) and upward comparison on Instagram ($r = -0.520$). However, upward comparison had a positive correlation with depression ($r = 0.546$). Regarding mediation, upward comparison was a partial mediator between self-concept and depression. Both self-concept and upward comparison on Instagram predicted depression by 61.0%.

Conclusion: Adolescents with low self-concepts are more likely to be depressed. In addition, if individuals engage in upward social comparison, they are more likely to experience depression. Therefore, adolescents, who are in the age of social media, should be encouraged to have a positive self-concept and reduce an upward comparison.

Key words: depression, upward comparison, mediation, self-concept

บทนำ

การใช้สื่อสังคม (social media) เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นยุคปัจจุบันและเป็นกิจกรรมที่วัยรุ่นใช้เพื่อแสดงความเป็นตัวเองผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ เช่น การนำเสนอรูปภาพในเฟซบุ๊ก (Facebook) และนิยมนำเสนอในด้านบวกมากกว่าด้านลบ¹ การเปรียบเทียบบนเครือข่ายสังคม (social network) จึงเกิดขึ้นได้ง่ายและมักมีการเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีความสามารถหรือสถานะใด ๆ ที่ดีกว่าตนเอง (upward comparison)²⁻⁴ การเปรียบเทียบนี้มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น^{5,6} เช่น งานวิจัยของ Feinstein et al. (2013)² และงานวิจัยของ Nesi และ Prinstein (2015)⁷ รายงานว่าการเปรียบเทียบทางสังคมกับผู้ที่ตนคิดว่าดีกว่ามีความสัมพันธ์กับอาการโรคซึมเศร้า และงานวิจัยของ Blomfield Neira และ Barber (2014)⁸ พบว่าความถี่ของการใช้เครือข่ายสังคมมีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ทางสังคม (social self-concept) ในขณะที่การให้ความสำคัญต่อการใช้เครือข่ายสังคมสัมพันธ์กับการนับถือตนเอง (self-esteem) ที่ลดลง และสัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้าที่มากขึ้น ในประเทศไทยมีงานวิจัยของเฉลิมพล กำไลและคณะ (2561)⁹ ศึกษาในวัยรุ่นอายุ 18 - 25 ปี พบว่าการติดเฟซบุ๊กมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง และงานวิจัยของสุกัก เหลืองรุ่งโรจน์ และคณะ (2566)¹⁰ ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและสรุปว่าการใช้สื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพในวัยรุ่นช่วงอายุ 12 - 17 ปี กล่าวคือ วัยรุ่นใน

กลุ่มที่ใช้สื่อออนไลน์สูงกว่า พบมีปัญหาสุขภาพจิตสูง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล และพบความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างระยะเวลาที่ใช้สื่อออนไลน์กับการนับถือตนเองที่ลดลงในวัยรุ่นเพศหญิง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่น สังคมไทยมีความตระหนักเรื่องภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบผลสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น เช่น งานวิจัยของนิชาภัทร รุจิราพร และ อุมพร ตรังคสมบัติ (2552)¹¹ พบนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 15 - 19 ปี มีอาการซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก ร้อยละ 17 ใกล้เคียงกับงานวิจัยของวิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ (2563)¹² พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนของโรงเรียนจำนวน 13 เขตสุขภาพ เท่ากับร้อยละ 17.5 จากการศึกษาแนวโน้มระดับสุขภาพจิตของคนไทยตั้งแต่ปี 2551 - 2561 ของพื้นฐานภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2561)¹³ พบว่าจะแนแนด้านสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น ดังนั้นในยุคที่วัยรุ่นไทยใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างมากและพบแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทยมากขึ้น วัยรุ่นจึงควรมีอัตมโนทัศน์ (self-concept)^{14,15} ทางบวกเพื่อส่งเสริมการสร้างอัตลักษณ์ (identity) ที่ดีตามหลักพัฒนาการด้านจิตใจ อัตมโนทัศน์¹⁶ เกิดจากการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งในเรื่องของรูปร่าง ความสามารถ คุณค่า

และนอกจากการรับรู้ด้วยตนเอง อัตมโนทัศน์ยังพัฒนาขึ้นจากความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมงานวิจัยที่ผ่านมาโดย Hards et al. (2020)¹⁷ พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นช่วงอายุ 13 - 18 ปี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้าโดยมีการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรม (Instagram) เป็นตัวแปรส่งผ่านในวัยรุ่นตอนปลาย ผู้วิจัยเลือกศึกษาแพลตฟอร์มอินสตาแกรมที่นิยมในวัยรุ่น เนื่องจากเป็นสื่อที่มีการนำเสนอภาพลักษณ์ของบุคคลรวมถึงวิถีชีวิตประจำวันผ่านรูปภาพเป็นหลัก ซึ่งผู้ติดตามสามารถเข้าถึงข้อมูลและตอบสนองได้ง่าย ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้เป็นประโยชน์ทั้งด้านวิชาการและงานสุขภาพจิตที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยุคสื่อสังคมออนไลน์

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษากภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) กลุ่มประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาของรัฐบาลในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนด้วยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกโรงเรียนในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชุมพร จังหวัดละ 1 โรงเรียน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรกรณีไม่ทราบค่าจำนวนประชากร แต่ทราบค่าสัดส่วนของตัวแปรที่สนใจศึกษาในประชากร¹⁸ ดังนี้

$n = (Z^2 PQ)/E^2$ กำหนดค่า $P = 0.46$ อ้างอิงจากการศึกษาของสุนันท์ เสียงเสนาะ และคณะ (2560)¹⁹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 382 คน และป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 459 คน ซึ่งงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยมีจำนวน 466 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีอายุตั้งแต่ 15-18 ปี มีบัญชีผู้ใช้อินสตาแกรมและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือมีลักษณะตอบแบบทิ้งตั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน และจำนวนชั่วโมงการใช้อินสตาแกรมต่อวัน

ส่วนที่ 2 มาตรวัดอัตมโนทัศน์ Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2nd Edition²⁰ ฉบับภาษาไทย²¹ จำนวน 60 ข้อแบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการปรับตัวด้านพฤติกรรม 2) ด้านสติปัญญาและสถานะในโรงเรียน 3) ด้านรูปลักษณ์และบุคลิกลักษณะ 4) ด้านเป็นอิสระจากความวิตกกังวล 5) ด้านการเป็นคนที่ได้รับความนิยมนิยม และ 6) ด้านความสุขและความพึงพอใจ เป็นมาตรวัด 2 ตัวเลือก (dichotomous questions) คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ช่วงคะแนน 0 - 60 คะแนน ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson; KR-21) ในด้านที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 เท่ากับ 0.539, 0.517, 0.312, 0.377, 0.443

และ 0.431 ตามลำดับการแปลผลในงานวิจัยนี้มี 2 รูปแบบ คือ 1) ค่าคะแนนดิบ คะแนนค่าสูง หมายถึง บุคคลรับรู้อัตมโนทัศน์ในทางบวก และ 2) เปรียบเทียบคะแนนดิบที่ได้กับคะแนน T-scores (Mean = 50 คะแนน, Standard Deviation; SD = 10 คะแนน) เพื่อแบ่งระดับการรับรู้อัตมโนทัศน์ โดย คะแนน T-scores ≥ 60 หมายถึง ระดับสูง ช่วงคะแนน T-scores 40 - 59 หมายถึง ระดับเกณฑ์เฉลี่ย คะแนน T-scores ≤ 49 หมายถึง ระดับต่ำ^{22,23}

ส่วนที่ 3 มาตรการการเปรียบเทียบตนเอง กับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรม ฉบับภาษาไทย²⁴ จำนวน 3 ข้อ พัฒนาจากมาตรวัด Social Comparisons on Facebook Scale³ และ มาตรวัด Frequency of Having a Negative Feeling from Comparison on Facebook Scale⁶ ค่า Cronbach's alpha coefficient ที่ 0.878 ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากการตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ (Index of item objective congruence, IOC) ในการประเมินข้อคำถามทั้ง 3 ข้อ เท่ากับ 0.67 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ มาตรวัดเป็น Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยเลย/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (บ่อยที่สุด/เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผล คะแนนมีค่าสูง หมายถึง บุคคลมีการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Center Epidemiologic Studies-Depressions Scale (CES-D)²⁵ ฉบับภาษาไทย²⁶ จำนวน 20 ข้อ ประเมิน ภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ค่า Cronbach's alpha coefficient ที่ 0.86 เมื่อตรวจสอบ ความตรงของแบบคัดกรองพบความแตกต่างของ

ค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ตัวอย่างที่รายงานภาวะซึมเศร้า (Mean = 25.6, SD = 8.8) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รายงานภาวะซึมเศร้า (Mean = 15.4, SD = 6.7) ความไวเท่ากับร้อยละ 72 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 85 และความแม่นยำ เท่ากับร้อยละ 82 มาตรวัดเป็น Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย/<1 วัน) ถึง 3 (ตลอดเวลาต่อ 5 - 7 วัน) การแปลผลใช้คะแนนจุดตัด (cut point) คือ คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 22 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อแจกแจงลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งแสดงผลของตัวแปร ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง 3 ตัวแปรหลัก คือ อัตมโนทัศน์ ภาวะซึมเศร้า และการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบน อินสตาแกรม โดยใช้ค่าคะแนนในการคำนวณ วิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่านโดยโปรแกรม PROCESS 3.4 ด้วยวิธี Bootstrapping กระบวนการสุ่มตัวอย่าง ซ้ำอย่างน้อย 5,000 ชุด ช่วงความเชื่อมั่น 95% เพื่อ ทดสอบการทำนายอิทธิพลของอัตมโนทัศน์ต่อ ภาวะซึมเศร้าโดยมีการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ ดีกว่าบนอินสตาแกรมเป็นตัวแปรส่งผ่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองโครงการวิจัย (COA) เลขที่ Si 209/2020

ในขั้นตอนวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยได้อย่างอิสระและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้และนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวม

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 466 คน เพศหญิง 324 คน (ร้อยละ 69.5) และเพศชาย 142 คน (ร้อยละ

30.5) มีอายุเฉลี่ย 16.3 ปี เป็นนักเรียนจากโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร 206 คน (ร้อยละ 44.2) และโรงเรียนต่างจังหวัด 260 คน (ร้อยละ 55.8) กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 5 และ 6 เท่ากับจำนวน 156 คน (ร้อยละ 33.5) 163 คน (ร้อยละ 35) และ 147 คน (ร้อยละ 31.5) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างใช้อินสตาแกรมนานเฉลี่ย 3.34 ชั่วโมงต่อวัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8 ชั่วโมงต่อวัน) ร้อยละ 49.6 ของกลุ่มตัวอย่างใช้อินสตาแกรมนานมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร (n = 466)

ข้อมูล		จำนวน	
		คน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	142	30.5
	หญิง	324	69.5
อายุ (ปี) (Mean = 16.29, SD = 0.94)	15	113	24.2
	16	149	32.0
	17	158	33.9
	18	46	9.9
ตำแหน่งที่ตั้งโรงเรียน	กรุงเทพมหานคร	206	44.2
	ต่างจังหวัด	260	55.8
ระดับชั้นเรียน	มัธยมศึกษาปีที่ 4	156	33.5
	มัธยมศึกษาปีที่ 5	163	35.0
	มัธยมศึกษาปีที่ 6	147	31.5
ระยะเวลาเล่นอินสตาแกรม (ชั่วโมงต่อวัน) (Mean = 3.34, SD = 2.85)	เท่ากับหรือน้อยกว่า 2 ชั่วโมง	235	50.4
	มากกว่า 2 ชั่วโมง	231	49.6

การรับรู้อัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อัตมโนทัศน์ในระดับเกณฑ์เฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 50.4 ระดับต่ำเท่ากับร้อยละ 46.8 และระดับสูงเท่ากับร้อยละ 2.8 พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 49.4 เพศหญิงจำนวนร้อยละ 74.8 มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เพศชายมีภาวะซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 25.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมเท่ากับ 8.44 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

แบบเพียร์สันระหว่าง 3 ตัวแปรหลัก โดยคำนวณจากค่าคะแนนของอัตมโนทัศน์ ภาวะซึมเศร้า และการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรม พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ($r = -0.76$) และการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมปานกลาง ($r = -0.52$) ในทางตรงกันข้าม การเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าปานกลาง ($r = 0.54$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับอัตมโนทัศน์ ภาวะซึมเศร้าและคะแนนการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรม ($n = 466$)

ตัวแปร	ระดับ	จำนวน (ร้อยละ)
อัตมโนทัศน์	สูง	13 (2.8)
	เกณฑ์เฉลี่ย	235 (50.4)
	ต่ำ	218 (46.8)
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	236 (50.6)
	มีภาวะซึมเศร้า	230 (49.4)
การเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรม	Mean = 8.4, SD = 3.2, Min = 3, Max = 15	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ภาวะซึมเศร้า และการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรม

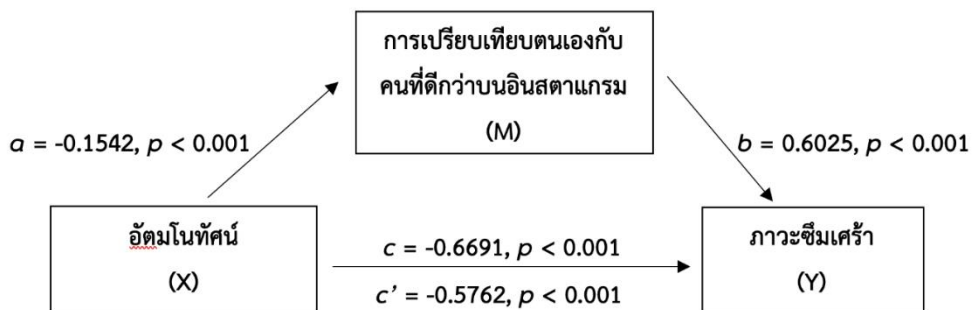
ตัวแปร	Mean (SD)	1	2	3
1. อัตมโนทัศน์	34.2 (10.8)	-		
2. ภาวะซึมเศร้า	21.4 (9.5)	-0.764*	-	
3. การเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรม	8.4 (3.2)	-0.520*	0.546*	-

* p -value < 0.01, Pearson's correlation

สำหรับการทดสอบความเป็นตัวแปรส่งผ่านของการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมในความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ตาม 4 ขั้นตอนหลัก²⁷ ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ทดสอบอิทธิพลรวม (total effect) ของอัตมโนทัศน์ที่มีต่อภาวะซึมเศร้า (แสดงแทนด้วยเส้นทาง c) ต้องพบมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.6691, p < .001$) ขั้นตอนที่ 2 เมื่อพิจารณาที่เส้นทาง a ซึ่งแสดงค่า standardized regression coefficient ระหว่างอัตมโนทัศน์และการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($\beta = -0.1542, p < 0.001$) ขั้นตอนที่ 3 (แสดงแทนด้วยเส้นทาง b) พบว่า การเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.6025, p < .001$) และในการทดสอบขั้นตอนสุดท้ายเป็นการพิจารณาอิทธิพลทางตรง (direct effect) ของอัตมโนทัศน์ที่มีต่อภาวะซึมเศร้า โดยมีการควบคุมอิทธิพลของการ

เปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่า พบว่า อัตมโนทัศน์ยังคงมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($\beta = -0.5762, p < .001$) ดังแสดงไว้ด้วยเส้นทาง c' ขณะเดียวกัน อิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) ระหว่างอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้า พบมีนัยสำคัญที่ -0.0929 อิทธิพลทางอ้อมมาตรฐาน (standardized indirect effects) คำนวณด้วยวิธี Bootstrapping กระบวนการสุ่มตัวอย่างซ้ำอย่างน้อย 5,000 ชุด ช่วงความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง -0.1317 ถึง -0.0584 ไม่ครอบคลุมศูนย์ สรุปได้ว่าการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าผ่านช่องทางอินสตาแกรมทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านบางส่วนในความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้า

เมื่อพิจารณาความผันแปร R^2 มีค่าเท่ากับ 0.6134 หมายความว่าทั้งอัตมโนทัศน์และการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าผ่านช่องทางอินสตาแกรมร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้เท่ากับร้อยละ 61 ดังแสดงในตารางที่ 4



ภาพที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานของความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้า โดยมีการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ตารางที่ 4 อิทธิพลการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมในความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้า

<i>Regression path</i>	β	<i>t</i>	<i>SE</i>	<i>p-value</i>
Path <i>a</i> (self-concept $\rightarrow$ UC)	-0.1542	-13.1211	0.0118	< 0.001
Path <i>b</i> (UC $\rightarrow$ depression)	0.6025	6.0238	0.1000	< 0.001
Path <i>c</i> (total effect)	-0.6691	-25.4740	0.0263	< 0.001
Path <i>c'</i> (direct effect)	-0.5762	-19.4340	0.0296	< 0.001
Indirect effect bootstrapped (<i>c-c'</i>) with bootstrapped 95% CI	-0.0929		0.0187	
	[-.1317, -.0584]			

$R^2 = 0.6134$, $F(2, 463) = 367.2799$, $p\text{-value} < 0.001$

Path *a* = อิทธิพลทางตรงของอัตมโนทัศน์ที่มีต่อการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรม

Path *b* = อิทธิพลทางตรงของการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้า

Path *c* = อิทธิพลรวม (total effect) ของอัตมโนทัศน์ที่มีต่อภาวะซึมเศร้า

Path *c'* = อิทธิพลทางตรง (direct effect) ของอัตมโนทัศน์ที่มีต่อภาวะซึมเศร้า โดยมีการควบคุมอิทธิพลของการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่า

อภิปราย

กลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้เป็นวัยรุ่นตอนปลายจำนวน 466 คน อายุเฉลี่ย 16.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีระยะเวลาใช้อินสตาแกรมนานเฉลี่ย 3.3 ชั่วโมงต่อวัน กลุ่มตัวอย่างจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของทั้งหมดมีอัตมโนทัศน์ระดับต่ำ มีภาวะซึมเศร้าและใช้เวลากับสื่ออินสตาแกรมมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน

วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้พบมีความชุก ร้อยละ 49.4 มากกว่างานวิจัยของณิชาภัทร รุจิรดาพร และอุมาพร ตรังคสมบัติ (2552)¹¹ ศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายด้วยแบบสอบถาม CES-D ฉบับภาษาไทย

และมีจุดตัดคะแนนที่ 22 เช่นเดียวกันพบความชุก ร้อยละ 17.4 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่มากขึ้นในวัยรุ่น¹³ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย²⁸

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีระดับอัตมโนทัศน์ต่ำ ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยเรื่องเพศของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวนเพศหญิงประมาณร้อยละ 70 จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง สอดคล้องกับผลงานวิจัยในต่างประเทศของ Salk et al. (2017)²⁸ ที่รายงานว่าความแตกต่างของเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะวัยรุ่นเพศหญิง และ Blomfield Neira & Barber (2014)⁸ พบว่าการมีสื่อสังคมมี

ความสัมพันธ์กับตัวบ่งชี้ในแง่ลบต่าง ๆ โดยเฉพาะในเพศหญิงเมื่อเทียบกับเพศชาย นอกจากนี้การใช้สื่อสังคมที่นานมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ประสิทธิภาพที่ทุกข์ใจ และความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา²⁹ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ประมาณครึ่งหนึ่งมีค่าเฉลี่ยเวลาใช้อินสตาแกรมมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน หากรวมเวลาทั้งหมดต่อวันที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้ำจอกับสื่อสังคมออนไลน์แพลตฟอร์มต่าง ๆ จึงมีแนวโน้มสูงที่จะใช้เวลาบนเกินกว่าคำแนะนำของ Canadian Sedentary Behavior guidelines³⁰ ที่ระบุว่าเด็กและวัยรุ่นไม่ควรใช้สื่อสังคมนานมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน นอกจากนี้ ปัจจัยเรื่องความแตกต่างของพื้นที่อาศัยระหว่างในเมืองหลวงและต่างจังหวัด อาจมีผลต่อความชุกของภาวะซึมเศร้าที่สูงในงานวิจัยนี้ ดังงานวิจัยของ Hesketh & Ding (2005)³¹ ที่รายงานว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นต่างจังหวัดมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มวัยรุ่นในเมืองหลวง ซึ่งวัยรุ่นไทยที่อาศัยในต่างจังหวัดอาจมีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตทางสังคมน้อยกว่าวัยรุ่นที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร วัยรุ่นต่างจังหวัดมีแนวโน้มประสบปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาความสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยในวัยนี้ว่าเป็นปัญหาใหญ่และส่งผลกระทบต่อความรู้สึกได้มากกว่าวัยรุ่นในเมืองหลวง³²

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมดพบว่าอึดมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบสอดคล้องกับงานวิจัยใน

ต่างประเทศ¹⁷ ซึ่งศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 13 - 18 ปี พบว่าอึดมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และวัยรุ่นที่มีอึดมโนทัศน์ที่เป็นบวกมีแนวโน้มมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่า ในขณะที่การเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Feinstein et al. (2013)², Blomfield Neira & Barber (2014)⁸ และ Liu et al. (2017)³³ ต่างพบว่าการเปรียบเทียบกับคนที่ดีกว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ารวมทั้งมีการนับถือตนเองที่น้อยลง

วิเคราะห์บทบาทของการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมในการเป็นตัวแปรส่งผ่านบางส่วนในความสัมพันธ์ระหว่างอึดมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ Niu et al. (2018)³⁴ ซึ่งศึกษาในวัยรุ่นชาวจีน อายุ 12 - 18 ปี ที่ใช้คิวโซน (Qzone) ซึ่งเป็นสื่อสังคมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับเฟซบุ๊กและเป็นที่ยอมรับในกลุ่มวัยรุ่น โดย Nui et al. (2018)³⁴ พบว่า การเปรียบเทียบทางสังคมด้านลบทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างสมบูรณ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้คิวโซนและภาวะซึมเศร้า อีกทั้งพบว่าระดับการนับถือตนเองมีผลต่อบทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการเปรียบเทียบทางสังคมด้านลบได้ นอกจากนี้ การศึกษาของ Liu et al. (2017)³³ พบว่า การนับถือตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่านบางส่วนในความสัมพันธ์ระหว่างการเปรียบเทียบทางสังคมที่สูงขึ้นในการใช้เครือข่ายสังคมและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นจีน

จากการวิเคราะห์งานวิจัยนี้และงานวิจัยก่อนหน้านี้ในต่างประเทศ อาจกล่าวได้ว่า การเปรียบเทียบตนเองทางสังคมหรือกับคนที่ดีกว่าผ่านการใช้สื่อสังคม ภาวะซึมเศร้า และคุณลักษณะบางประการในวัยรุ่น เช่น อึดมโนทัศน์ การนับถือตนเอง มีบทบาทที่สัมพันธ์ต่อกัน

งานวิจัยนี้มีจุดเด่น คือ การศึกษาบทบาทของตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ของตัวแปรหลัก 2 ตัว เกิดเป็นความรู้เชิงลึกที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น ด้านข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบเจาะจงในโรงเรียน 2 แห่ง และการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองมีโอกาสดำเนินการไม่ได้ ผู้วิจัยจึงเสนอเพื่องานวิจัยในอนาคตควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนและการกระจายมากขึ้น ศึกษาในช่วงวัยและตัวแปรทางจิตวิทยาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

สรุป

งานวิจัยนี้พบว่าวัยรุ่นตอนปลายมีอึดมโนทัศน์สัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยมีการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าบนอินสตาแกรมทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลบางส่วนจากอึดมโนทัศน์ไปยังภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรมีวิธีส่งเสริมให้วัยรุ่นมีอึดมโนทัศน์ทางบวกและลดการเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าเพื่อลดโอกาสมีภาวะซึมเศร้าในยุคที่มีการใช้สื่อสังคมอย่างมาก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน อาจารย์ผู้ประสานงานวิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Dorethy MD, Fiebert MS, Warren CR. Examining social networking site behaviors: Photo sharing and impression management on Facebook. *Int J of Soc Sci and Humanit* 2014; 6: 111-6.
2. Feinstein BA, Hershenberg R, Bhatia V, Latack JA, Meuwly N, Davila J. Negative social comparison on Facebook and depressive symptoms: Rumination as a mechanism. *Psychol Pop Media Cult* 2013; 2: 161-70.
3. Vogel EA, Rose JP, Roberts LR, Eckles K. Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychol Pop Media Cult* 2014; 3: 206-22.
4. Vogel EA, Rose JP, Okdie BM, Eckles K, Franz B. Who compares and despairs? The effect of social comparison orientation on social media use and its outcomes. *Pers Individ Dif* 2015; 86: 249-56.
5. Jang K, Park N, Song H. Social comparison on Facebook: Its antecedents and psychological outcomes. *Comput Human Behav* 2016; 62: 147-54.
6. Lee SY. How do people compare themselves with others on social network sites?: The case of Facebook. *Comput Human Behav* 2014; 32: 253-60.
7. Nesi J, Prinstein MJ. Using social media for social comparison and feedback-seeking: Gender and popularity moderate associations with depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 2015; 43: 1427-38.

8. Blomfield Neira CJ, Barber BL. Social networking site use: Linked to adolescents' social self-concept, self-esteem, and depressed mood. *Aust J Psychol* 2014; 66: 56-64.
9. Kajai C, Thapinta D, Skulphan S. The relationship between facebook addiction and depression among adolescents attending state university in Chiang Mai province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2018; 5: 57-69.
10. Luengroongroj S, Seree P, Atsariyasing W. A systematic literature review on the relationship between social media and well-being among adolescents. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2023; 68: 305-17.
11. Rujiradarporn N, Trangkasombat U. Depression in senior high school students in Bangkok metropolis *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009; 54: 337-46.
12. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *Journal of Mental Health of Thailand* 2020; 28: 136-49.
13. Kittirattanapaiboon P, Juengsiragulwit D, Tanaree A, Supreda B. Trend and associated factors of mental health in Thailand: a national survey 2018. *Journal of Mental Health of Thailand* 2020; 28: 121-35.
14. Erikson EH. *Childhood and society*. 2nd ed. New York, NY: Norton; 1963.
15. Branje S, De Moor EL, Spitzer J, Becht AI. Dynamics of identity development in adolescence: A decade in review. *J Adolesc Res* 2021; 31(4): 908-27.
16. Rogers CR. *Client-centered therapy*. New York: Houghton Mifflin; 1951.
17. Hards E, Ellis J, Fisk J, Reynolds S. Negative view of the self and symptoms of depression in adolescents. *J Affect Disord* 2020; 262: 143-8.
18. Phattharayuttawat S. *Statistical and research in psychology*. Unpublished manuscript, SICL648, Mahidol University, Bangkok; 2015.
19. Seangsanaoh S, Vatanasin D, Hengudomsub P, Pratoomsri W. The influence of interpersonal factors on depression among late adolescents. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017; 33(3): 59-69.
20. Piers EV, Herzberg DS. *The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale-Second Edition*. Piers-Harris 2 1984; 3-71.
21. Lertwiriyasawat, B, Na-Nan W, Terdsithipong, S. Relation among self-concept, personal growth initiative, and happiness of high school students. (Senior project for Bachelor's degree). Bangkok: Chulalongkorn university; 2016.
22. Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families. *Review of the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2nd Ed*. Edmonton, Alberta, Canada; 2011.
23. Piers EV, Herzberg DS. *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. 2nd ed. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 2002.
24. Titayanpong P, Kumfu M, Buarubporn S. Relationship between Facebook intensity, Instagram intensity, and life Satisfaction: the moderating effect of upward Comparison. (Senior Project for bachelor's degree). Bangkok: Chulalongkorn university; 2016.
25. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401.
26. Trangkasombat U, Larpoonsarp V, Havanond P. CES-D in adolescents. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1997; 42: 2-13.
27. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 1173-82.
28. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychol Bull* 2017; 143: 783-822.

29. Sampasa-Kanyinga H, Lewis RF. Frequent Use of Social Networking Sites Is Associated with Poor Psychological Functioning Among Children and Adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2015; 8: 380-5.
30. Tremblay MS, LeBlanc AG, Janssen I, Kho ME, Hicks A, Murumets K, Colley RC, Duggan M. Canadian Sedentary Behaviour Guidelines for Children and Youth. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011; 36: 59-64.
31. Hesketh T, Ding QJ. Anxiety and depression in adolescents in urban and rural China. *Psychol Rep* 2005; 96(2): 435-44.
32. Elgar FJ, Arlett C, Groves R. Stress, coping, and behavioral problems among rural and urban adolescents. *J Adolesc* 2003; 26(5): 574-85.
33. Liu QQ, Zhou ZK, Yang XJ, Niu GF, Tian Y, Fan CY. Upward social comparison on social network sites and depressive symptoms: A moderated mediation model of self-esteem and optimism. *Pers Individ Dif* 2017; 113: 223-8.
34. Niu GF, Luo YJ, Sun XJ, Zhou ZK, Yu F, Yang SL, Zhao L. Qzone use and depression among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *J Affect Disord* 2018; 231: 58-62.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยโปรแกรมออนไลน์ต่อ ภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปณณช ฅณากรณ์, พย.บ.*, กิตติกร พรมา, พย.ม.**

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยโปรแกรมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล ต่อภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ : รูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา อายุ 20 - 59 ปี มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ช่วง สิงหาคม พ.ศ.2565 - สิงหาคม พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ9) และความเข้มแข็งทางใจ จากนั้นกลุ่มทดลอง 24 ราย ได้รับโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล 5 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม 24 ราย ถูกติดตาม 9 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนและสถิติที

ผล : ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ไม่แตกต่างกัน หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน เฉพาะกลุ่มทดลองเท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลง ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น เฉพาะหลังทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามต่ำกว่า และความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าเมื่อหลังทดลอง 1 เดือน

สรุป : โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยโปรแกรมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์วิดีโอคอลในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความเข้มแข็งทางใจได้

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งทางใจ, โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, โปรแกรมออนไลน์, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

EFFECTS OF THE RESILIENCE PROGRAM WITH ONLINE PROGRAM ON DEPRESSION AND RESILIENCE IN DEPRESSIVE PATIENTS

Poonyanuch Kanakorn, B.N.S.*, Kitikorn Pornma, M.N.S.**

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

***Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University*

Abstract

Objectives: To assess the effectiveness of a resilience enhancement program using Line video call for depression and Resilience in adult patients with mild to moderate major depressive disorder (MDD).

Material and Methods: This was a quasi-experimental study in outpatient adults aged 20 – 59 years mild-to-moderate (Patients Health Questionnaire; PHQ9 scored 7 – 18) MDD patients from the Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok, Thailand from August 2022 - August 2023. Control (24) and experimental (24) groups were allocated equally via simple random sampling. All patients (48) received MDD severity and Resilience quotient (RQ) assessment at study entry. The experiment group received a 5-week online Edith Grotberg's strategy resilience enhancement program and the next 4 weeks of follow-up, while the control group received a 9-week follow-up. The PHQ9 and RQ were then assessed in posttest immediately and posttest 1-month. A repeated ANOVA and independent t-test were used to compare the PHQ9 and RQ intra-group and between groups, respectively.

Results: The PHQ9 and RQ at the study entry did not differ. In the experiment group, the PHQ9 and RQ changed significantly on posttest immediately and 1-month. In the control group, the PHQ9 and RQ only changed significantly on the posttest immediately. The PHQ9 and RQ in the experiment group were lower and significantly higher than the control group on posttest 1-month.

Conclusion: The 5-week online application Line Video Call Edith Grotberg's strategy resilience enhancement program effectively decreased MDD severity and enhanced Resilience for outpatient adult mild to moderate severity MDD patients.

Key words: resilience enhancement program, online program, depression, resilience, major depressive disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อสมรรถนะทางจิตใจ สังคม และลดทอนคุณภาพชีวิต พยาธิกำเนิดของโรคมีความซับซ้อน เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคมต่อความเครียด หากปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองต่อความเครียดเป็นพฤติกรรมเชิงบวก จะเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ (resilience) หากเป็นพฤติกรรมเชิงลบ จะลดทอนความเข้มแข็งทางใจ และส่งเสริมให้เกิดโรคซึมเศร้า^{1,2} ความเข้มแข็งทางใจ จึงเป็นศักยภาพในการยืนหยัด และเอาชนะต่อวิกฤตการณ์ต่างๆ พัฒนาลำดับไปสู่สภาวะทางใจ และฟื้นฟูสู่สภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์³

ความเข้มแข็งทางใจ มีความผูกพันกับภาวะซึมเศร้า ทั้งในวัยรุ่น⁴ วัยผู้ใหญ่⁵ และวัยผู้สูงอายุ⁶ และมีความผูกพันกับโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับพันธุกรรม⁷ การทำงานของระบบสารสื่อประสาท⁸ ปฏิสัมพันธ์ของสมองส่วนควบคุมความคิด อารมณ์ และการให้รางวัล⁹ อาการแสดงทางคลินิกของโรคซึมเศร้า¹⁰ และการตอบสนองต่อการรักษา¹¹ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (resilience enhancement) จึงเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะมุ่งเน้นที่การปรับกระบวนการความคิด และพฤติกรรมเชิงลบที่ส่งเสริมให้เกิดโรคซึมเศร้า โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับความเครียดด้วยพฤติกรรมที่

เหมาะสม ในขณะที่การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการเอาชนะต่อวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ทั้ง 2 วิธีจึงมักใช้ร่วมกันในการรักษาโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มอัตราการหายและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค

แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg¹² เป็นแนวคิดหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการส่งเสริมการรู้สึกรู้ค่าในตนเอง (I am) การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (I have) และการส่งเสริมบุคคลในการเอาชนะวิกฤตการณ์ต่างๆ ในชีวิต (I can) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สามารถทำในรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง หรือใช้รูปแบบออนไลน์ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ต้องเว้นระยะทางกายและสังคม การถือคความ การกักตัว ล้วนเป็นอุปสรรคต่อระบบช่วยเหลือ และการรวมตัวทางสังคม ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ¹³ การใช้สื่อสังคมดิจิทัลเป็นสื่อกลางจึงเป็นทางเลือกในการให้จิตบำบัด ซึ่งมีการใช้มาระยะหนึ่งก่อนการระบาดของเชื้อ COVID-19 และใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นภายหลังการระบาดของเชื้อ COVID-19 การศึกษาพบว่าการใช้สื่อสังคมดิจิทัลเป็นสื่อกลางในการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน¹⁴ หรือดีกว่า¹⁵ การมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อ COVID-19 เช่นกัน การให้จิตบำบัดในรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงถูกระงับไป การใช้สื่อสังคมดิจิทัลเป็นสื่อกลางจึงเป็นทางเลือกหนึ่ง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม ในรูปแบบกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) หมวด F32 F33 F34.1 F38 F39 หรือ major depressive disorder และ dysthymic disorder ยกเว้น F32.3 ตามมาตรฐานการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-V) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 สิงหาคม พ.ศ. 2566 มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอย่างน้อยถึงปานกลาง ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ9¹⁶ ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร อ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีโทรศัพท์มือถือ

แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ มีทักษะความเข้าใจในใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และยินดีเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้หากผู้ป่วยเคยได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงแล้ว จะไม่คัดเลือกเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอ้างอิงการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า”¹⁷ ในการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าช่วงก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 18.78 ± 4.45 และ 18.84 ± 4.50 ($\Delta = -0.06$) ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าช่วงก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 19.36 ± 4.78 และ 14.22 ± 4.46 ($\Delta = 5.14$) โดยไม่พบการรายงานค่าความแปรปรวนร่วมของค่าความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าความแปรปรวนร่วมของค่าความแตกต่างระหว่างก่อน และหลังการทดลอง ให้เท่ากับค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลอง คะแนนก่อนการทดลอง เท่ากับ 4.78 เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างใหญ่สุด เมื่อคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม แบบอิสระต่อกัน โดยกำหนดค่ามาตรฐาน (Standard Normal) เท่ากับ 1.96 กำหนดระดับนัยสำคัญร้อยละ 5 และอำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) เท่ากับร้อยละ 90 พบว่า

การศึกษานี้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 19 คน ต่อกลุ่ม หรือประมาณ 20 คนต่อกลุ่ม และทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย และความครบถ้วนของข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ข้างต้น เท่ากับ 4 คนต่อกลุ่ม รวมเป็น 24 คนต่อกลุ่ม ทั้ง 2 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 48 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกอย่างเจาะจงจำนวน 24 คู่ 48 คน ถูกสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากเพื่อแยกเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน คือ การรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือโรคซึมเศร้า ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ9 และความเข้มแข็งทางใจโดยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต²⁰ (ก่อนการทดลอง) จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ และติดตามต่ออีก 4 สัปดาห์ ด้วยกลุ่มไลน์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการติดตามในระยะเวลา 9 สัปดาห์ด้วยกลุ่มไลน์เช่นกัน เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสร็จแล้ว ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ9 และความเข้มแข็งทางใจทันที (หลังการทดลอง) และประเมินอีกครั้งหลังการทดลอง 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทาง

ใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างและพัฒนาความเข้มแข็งทางใจโดยใช้แนวคิดของ Grotberg¹² ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ปัจจัยที่ส่งเสริมความศรัทธา ความเชื่อมั่น และการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (I am)
- 2) ปัจจัยที่ส่งเสริมสัมพันธภาพ ภายนอกตนเอง หรือสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะสามารถเสริมสร้าง และพัฒนาความเข้มแข็งทางใจได้ (I have)

- 3) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถแก้ไข และจัดการกับอารมณ์ สิ่งเร้า อุปสรรค ความทุกข์ยาก หรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (I can)

ซึ่งโปรแกรมนี้ได้ประยุกต์ในรูปแบบโปรแกรมออนไลน์ ซึ่งเป็นรูปแบบการใช้การสื่อสารทางไกลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล กิจกรรมบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 5 - 6 คน เข้ากิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาในการทำกิจกรรม 60 นาที จนครบ 5 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เรื่อง รู้พลังสุขภาพจิตใจ

กิจกรรมที่ 2 เรื่อง รู้ลึกกับตัวเอง

กิจกรรมที่ 3 เรื่อง โลกดี...อยู่ที่เรามอง

กิจกรรมที่ 4 เรื่อง สื่อสารอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 5 เรื่อง การจัดการความขัดแย้ง

โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและ

สุขภาพจิต และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้ ได้เท่ากับ 0.8

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ9¹⁶

ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า มีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) 0.79 จึงมีความน่าเชื่อถือสูง ข้อคำถามมีจำนวน 9 ข้อ การแปลผลคือ ค่าคะแนนน้อยกว่า 7 คือไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ค่าคะแนน 7 - 12 คือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ค่าคะแนน 13 - 18 คือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และค่าคะแนนมากกว่า 19 คือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

2. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ โดยกรมสุขภาพจิต¹⁸ เป็นแบบประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (ฮึด) ด้านกำลังใจ (ฮึด) และด้านการจัดการกับปัญหา (ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค) มีค่าความสอดคล้องภายใน 0.75 จึงมีความน่าเชื่อถือสูง ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา การแปลผลคือ ค่าคะแนน น้อยกว่า 55 ถือว่าต่ำ 55 - 69 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนมากกว่า 69 ถือว่าสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงนับนำเสนอเป็น ความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่อง

นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอ คอล ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ใช้สถิติ ANOVA – Bonferroni adjustment for multiple comparison

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา รหัฐโครงการวิจัย SD.IRB.SUBMIT 001/2565_FULL เลขที่หนังสือรับรอง SD.IRB.APPROVAL 018/2565 วันที่รับรอง 26 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง 26 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 48 ราย โดยอยู่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 34.8 ± 10.23 ปี อายุเฉลี่ย-มากที่สุด 20-59.8 ปี อายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 33.1 ± 9.76 ปี

ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.3 มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ค่ากลาง; ควอไทล์ที่ 25, ควอไทล์ที่ 75) 0.91 (0.04, 2.82) ปี ร้อยละ 54.2 โสด ร้อยละ 72.9 ไม่มีบุตร ร้อยละ 54.2 อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 87.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 4.2 ไม่นับถือศาสนา ร้อยละ 39.6 มีสถานะถูกจ้างประจำ ร้อยละ 10.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 6.3 เป็นนักเรียนหรือนักศึกษา ผู้ป่วยทุกคนสำเร็จการศึกษาอย่างน้อยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และร้อยละ 56.3 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.4 มีรายได้ส่วนบุคคลมากกว่า 10,000 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 12.5 ไม่มีรายได้ส่วนบุคคล ร้อยละ 87.6 มีสถานะทางการเงินเพียงพอ ร้อยละ 68.8 มีสถานะการพึ่งพาตนเองด้านการเงินได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ผู้ป่วยร้อยละ 83.3 ไม่มีโรคร่วมทางกาย มีน้ำหนักเฉลี่ย 60.6 ± 15.24 กิโลกรัม น้ำหนักน้อย-มากที่สุด 38 - 97 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 162.7 ± 8.23 เซนติเมตร ส่วนสูงน้อย-มากที่สุด 140 - 179 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.8 ± 4.76 กก./ตรม. ดัชนีมวลกายน้อย-มากที่สุด 14.7 - 32.9 กก./ตรม. ร้อยละ 64.6 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 72.9 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.8 ไม่เคยใช้สารเสพติด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในเรื่อง อายุ อายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เพศ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า สถานภาพสมรส การมีบุตร จำนวนบุตร ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน การนับถือศาสนา สถานะการประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้

ส่วนบุคคล ที่มาของรายได้ส่วนบุคคล สถานะทางการเงิน สถานะการพึ่งพาตนเองด้านการเงิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นบุตรที่พึ่งพาอุปการะ ในกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนสูงกว่า (ร้อยละ 16.7 vs. 0.0, $p = 0.037$) สำหรับปัจจัยทางกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคร่วมทางกาย สถานะการดื่มสุรา/ ความถี่ในการดื่มสุรา/ ชนิดสุรา สถานะการใช้สารเสพติด/ ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่สูงกว่า (ร้อยละ 25.0 vs. 4.2, $p = 0.041$)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ

ก่อนทดลองภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1) เมื่อเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (ตารางที่ 2) หลังการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอล 1 เดือน ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองเท่านั้น ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองเท่านั้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง

คะแนน	ผู้ป่วยทั้งหมด	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	<i>p</i> -value
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 0	13.7 ± 3.14	13.3 ± 3.19	14.1 ± 3.08	0.339
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 5	9.9 ± 4.68	9.0 ± 5.17	10.8 ± 4.05	0.198
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 9	10.1 ± 5.73	8.5 ± 5.76	11.7 ± 5.34	0.051
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 0	51.5 ± 7.10	52.0 ± 6.32	51.0 ± 7.91	0.617
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 5	58.1 ± 8.15	60.0 ± 8.54	56.2 ± 7.43	0.104
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 9	58.9 ± 9.76	62.0 ± 9.51	55.8 ± 9.19	0.027

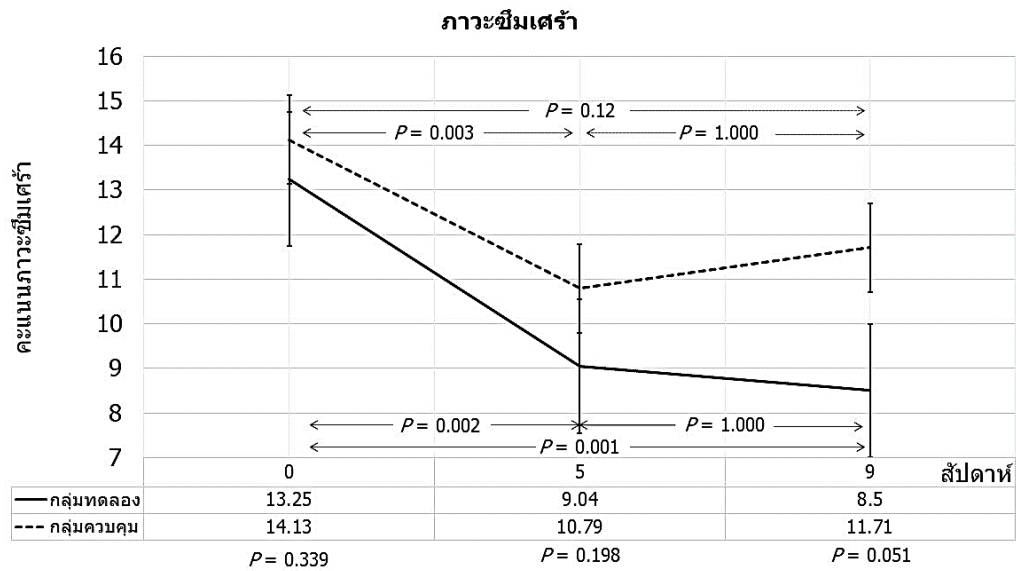
p*-value < 0.05ตารางที่ 2** การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คะแนน	Mean difference [95% CI; <i>p</i> -value]	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 0 - 5	-4.21 [-6.93, -1.49; <i>p</i> = 0.002]*	-3.33 [-5.64, -1.03; <i>p</i> = 0.003]*
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 5 - 9	-0.54 [-2.46, 1.38; <i>p</i> = 1.000]	0.92 [-1.66, 3.49; <i>p</i> = 1.000]
ภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 0 - 9	-4.75 [-7.54, -1.96; <i>p</i> = 0.001]*	-2.42 [-5.23, -0.45; <i>p</i> = 0.120]
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 0 - 5	7.96 [3.41, 12.50; <i>p</i> < 0.001]*	5.17 [0.57, 9.76; <i>p</i> = 0.024]*
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 5 - 9	2.00 [-1.09, 5.09; <i>p</i> = 0.324]	-0.33 [-4.23, 3.56; <i>p</i> = 1.000]
ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ที่ 0 - 9	9.96 [5.16, 14.76; <i>p</i> < 0.001]*	4.83 [-0.75, 10.42; <i>p</i> = 0.106]

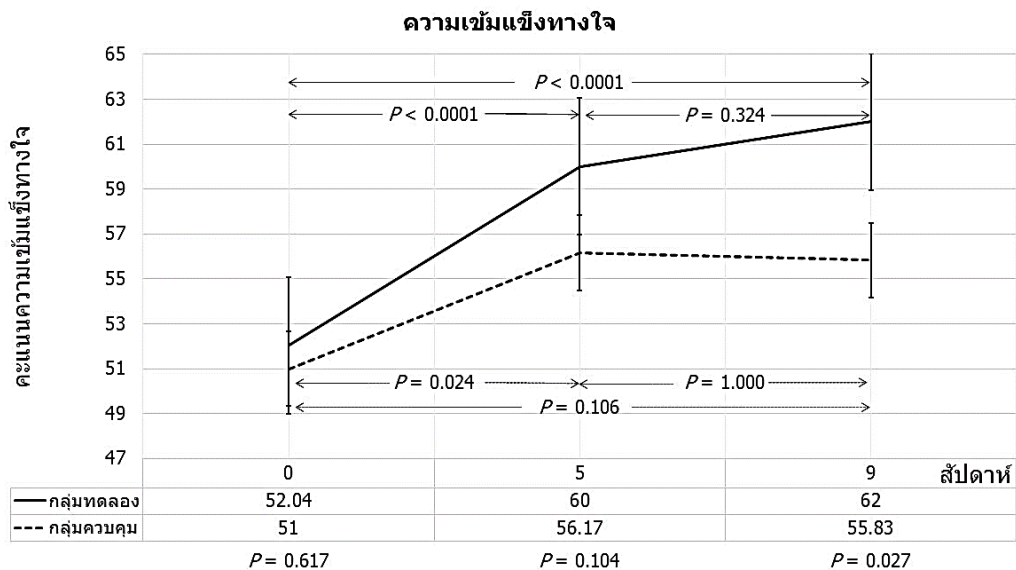
**p*-value < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลองทันทีภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม หลังทดลอง 1 เดือนภาวะซึมเศร้า

ในกลุ่มทดลอง มีแนวโน้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (8.5 ± 5.76 vs. 11.7 ± 5.34, *p* = 0.051) ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม (62.0 ± 9.51 vs. 55.83 ± 9.2, *p* = 0.027) อย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงภาพที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม



ภาพที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของความเข้มแข็งทางใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

อภิปราย

การศึกษานี้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ย 35 ปี มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เกินกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโสด ไม่มีบุตร อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สามารถพึ่งพาตนเองด้านการเงินได้ จากการศึกษา¹⁹ พบว่า เพศสถานะภาพสมรส รายได้อาชีพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอายุ 18 - 59 ปี เมื่อพิจารณาลักษณะทางประชากรของการวิจัยนี้ พบว่าลักษณะทางประชากร การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางร่างกาย โรคร่วม และพฤติกรรม ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เมื่อแรกเข้าสู่การศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ดังนั้นเมื่อแรกเข้า จึงไม่พบอคติในการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน ทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้าลดลง และความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิชาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ในการใช้สื่อสังคมดิจิทัลเป็นสื่อกลางในการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ทั้งในบุคคลทั่วไป

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ซึ่งให้ประสิทธิผลลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ^{14,15} นอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้นนั้น ผลลัพธ์ยังอยู่ในระดับเดิมอย่างต่อเนื่องเมื่อพ้นการศึกษาไปแล้ว 1 เดือน โดยเมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน นั้นไม่แตกต่างกัน

การศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกาเรื่อง “Resilience Training: A pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals”²⁰ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 65 ปี ผู้วิจัยให้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ “mindfulness-based resilience training” นาน 8 สัปดาห์ให้ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD10) และ PHQ9 ก่อนและหลังการให้โปรแกรม พบว่า CESD10 และ PHQ9 ในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และผลลัพธ์ยังคงอยู่ เมื่อพ้นการศึกษา 2 เดือน โดยสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้านั้น ยังคงอยู่แม้ว่าจะสิ้นสุดการให้โปรแกรมไปแล้ว โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงมีผลเพิ่มอัตราการหายและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค สนับสนุนแนวทางการรักษาในการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

เมื่อหลังทดลองทันที การให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอคอลในกลุ่มทดลอง มีผลในการลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ไม่แตกต่างกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานในกลุ่มควบคุม แต่ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มการลดลง ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงหลังทดลอง 1 เดือน การวิจัยก่อนหน้านี้ที่มีการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และโปรแกรมออนไลน์^{17, 20-27} พบว่าผลของโปรแกรม มีผลเพิ่มความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งเมื่อเสร็จสิ้นการให้โปรแกรม และหลังการให้โปรแกรมไปแล้ว ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์²¹ หรือ 2 สัปดาห์²³ ไปจนถึง 3 เดือน²³ หรือ 6 เดือน²² สำหรับการลดภาวะซึมเศร้านั้น พบทั้งรายงานการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ได้ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม^{25,27} หรือลดลงได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม^{17,20,23,26,28,29} ซึ่งการวิจัยนี้ให้ผลสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนหน้า ในด้านการเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจ และการลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สนับสนุนทฤษฎีความเข้มแข็งทางใจที่มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ส่วนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจ และลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ อันเป็น

ส่วนหนึ่งของจิตบำบัด มีผลเพิ่มการตอบสนองต่อการรักษา และย่นระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้

สรุป

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยการใช้อแอปพลิเคชันไลน์ วิดีโอ คอล ร่วมกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง สามารถปฏิบัติได้จริง และให้ประสิทธิผลดีในการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งมีแนวโน้มในการลดภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่ระยะเวลา 1 เดือน อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ มีข้อจำกัดของการประยุกต์ใช้ คือ (1) การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง จึงไม่สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้ (2) การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ (3) การเสริมสร้างทักษะความคิดยืดหยุ่น ผ่านสื่อสังคมดิจิทัลต้องการผู้ฝึกสอน เช่นเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง (4) การใช้โปรแกรมสื่อสังคมดิจิทัลได้ดี ผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องมีทักษะ ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และต้องสามารถเข้าถึงอุปกรณ์และบริการออนไลน์ในรูปแบบต่าง ๆ ได้ (5) การใช้สื่อสังคมดิจิทัลอย่างต่อเนื่องจนครบระยะเวลาของโปรแกรม ต้องการแรงจูงใจอย่างมาก ดังนั้นหากผู้เข้าขาดแรงจูงใจ การต่อเนื่องของ

การทำโปรแกรมจะไม่ประสบความสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์นรวิทย์ พุ่มจันทร์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ดร.วิภาวี เผ่ากันทรกร ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา นางอุ๋นจิตร คุณารักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา และ รศ.นพ.ชยวี เมืองจันทร์ สาขาวิชาโรคข้อและรูมาติสซั่ม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในการให้คำปรึกษา แนะนำ การดำเนินการวิจัยนี้ รวมถึงอาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมให้การดำเนินการวิจัยอย่างสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Dudek KA, Dion-Albert L, Kaufmann FN, Tuck E, Lebel M, Menard C. Neurobiology of Resilience in depression: immune and vascular insights from human and animal studies. *Eur J Neurosci* 2021; 53(1): 183-221.
2. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and Resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1 :255-91.

3. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is Resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *J Adv Nurs* 2016; 72(5): 980-1000.
4. Eli B, Zhou Y, Liang Y, Cheng J, Wang J, Huang C, et al. Depression in Children and Adolescents on the Qinghai-Tibet Plateau: Associations with Resilience and Prosocial Behavior. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(2): 440.
5. Sharpley CF, Bitsika V, Jesulola E, Fitzpatrick K, Agnew LL. The association between aspects of psychological Resilience and subtypes of depression: implications for focused clinical treatment models. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016; 20(3): 151-6.
6. Wermelinger Ávila MP, Lucchetti AL, Lucchetti G. Association between depression and Resilience in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017; 32(3): 237-246.
7. Peters RB, Xavier J, Mondin TC, Cardoso TA, Ferreira FB, Teixeira L, et al. BDNF Val66Met polymorphism and Resilience in major depressive disorder: the impact of cognitive psychotherapy. *Braz J Psychiatry* 2021; 43(1): 22-28.
8. Reus GZ, de Moura AB, Silva RH, Resende WR, Quevedo J. Resilience Dysregulation in Major Depressive Disorder: Focus on Glutamatergic Imbalance and Microglial Activation. *Curr Neuropharmacol* 2018; 16(3): 297-307.
9. Fischer AS, Hagan KE, Gotlib IH. Functional neuroimaging biomarkers of Resilience in major depressive disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2021; 34(1): 22-28.
10. De Berardis D, Fornaro M, Valchera A, Rapini G, Di Natale S, De Lauretis I, et al. Alexithymia, Resilience, somatic sensations and their relationships with suicide ideation in drug naïve patients with first-episode major depression: An exploratory study in the "real world" everyday clinical practice. *Early Interv Psychiatry* 2020; 14(3): 336-342.

11. Marschollek L, Bonnet U. Do patients' Resilience and subjective illness representation predict the outcome of a routine inpatient treatment program of major depressive disorder? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2021; 271(7): 1309-1317.
12. Grotberg EH. *Tapping your inner strength: How to find the Resilience to deal with anything*. New Harbinger; 1999.
13. Jenkins EK, McAuliffe C, Hirani S, Richardson C, Thomson KC, McGuinness L, et al. A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Prev Med* 2021; 145: 106333.
14. Díaz-García A, Franke M, Herrero R, Ebert DD, Botella C. Theoretical adequacy, methodological quality and efficacy of online interventions targeting Resilience: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health* 2021; 31(31 Suppl 1): i11-i18.
15. Ang WHD, Chew HSI, Dong J, Yi H, Mahendren R, Lau Y. Digital training for building Resilience: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Stress Health* 2022; 38(5): 848-69.
16. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 46.
17. ไพจิตร พุทธรอด. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารชุมชนวิจัยและพัฒนาสังคม* 2564; 15(1): 70-82.
18. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.*
19. Nuntatikul P, Prathumg H, Piyalamporn H. Prevalence of and factors associated with depression in Thai adult general OPD patients at Phanomphrai hospital, Roi-Et province, Thailand. *Health Res* 2010; 24(fuupp12): 133-6.
20. Johnson JR, Emmons HC, Rivard RL, Griffin KH, Dusek JA. Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Program with Depressed Healthcare Professionals. *Explore (NY)* 2015; 11(6): 433-44.
21. พัชรวไล วรรณตร, เพ็ญภา แดงค้อยุทธ์, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็ง ทางใจต่อความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2561; 32(2): 39-51.
22. Joyce S, Shand F, Lal TJ, Mott B, Bryant RA, Harvey SB. Resilience@Work Mindfulness Program: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial with First Responders. *J Med Internet Res* 2019; 21(2): e12894.
23. Hoorelbeke K, Koster EHW. Internet-delivered cognitive control training as a preventive intervention for remitted depressed patients: Evidence from a double-blind randomized controlled trial study. *J Consult Clin Psychol* 2017; 85(2): 135-146.
24. Acosta MC, Possemato K, Maisto SA, Marsch LA, Barrie K, Lantinga L, et al. Web-Delivered CBT Reduces Heavy Drinking in OEF-OIF Veterans in Primary Care with Symptomatic Substance Use and PTSD. *Behav Ther* 2017; 48(2): 262-276.
25. De Voogd EL, de Hullu E, Burnett Heyes S, Blackwell SE, Wiers RW, Salemink E. Imagine the bright side of life: A randomized controlled trial of two types of interpretation bias modification procedure targeting adolescent anxiety and depression. *PLoS One* 2017; 12(7): e0181147.
26. De Voogd EL, Wiers RW, Salemink E. Online visual search attentional bias modification for adolescents with heightened anxiety and depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2017; 92: 57-67.
27. Brog NA, Hegy JK, Berger T, Znoj H. Effects of an internet-based self-help intervention for psychological distress due to COVID-19: Results of a randomized controlled trial. *Internet Interv* 2022; 27: 100492.

28. आयुพร กัยวิกัยโกศล, สุทธามาศ อนุชาต, พัชรินทร์ นันทจันทร์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558; 29(1): 27-43.
29. Noh D. The Effect of a Resilience Enhancement Program for Female Runaway Youths: A Quasi-Experimental Study. Issues Ment Health Nurs 2018; 39(9): 764-772.

การเสริมสร้างพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสิริรัตนาร โดยการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

บุษราคัม รักพวก, วท.ม.*, ชลพร กองคำ, Ph.D.*,
กาญจนา สุทธิเนียม, Ph.D.*, อนันต์ เทนสวัสดิ์, Ph.D.*

*คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือผู้เรียน

วัสดุและวิธีการ : วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 12 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสิริรัตนาร กรุงเทพมหานคร โดยมีคะแนนความกล้าแสดงออกต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา สัมผัสและสรุปการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษากลุ่มจำนวน 16 คน สุ่มอย่างง่าย เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบวัดพฤติกรรมการกล้าแสดงออก มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.7 และ 2) การศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงเปรียบเทียบโดยใช้ t-test

ผล : 1) พฤติกรรมการกล้าแสดงออกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีพฤติกรรมการกล้าแสดงออกสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการศึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2) พฤติกรรมการกล้าแสดงออกของกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือผู้เรียน มีพฤติกรรมการกล้าแสดงออกหลังการเข้าร่วมการศึกษากลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป : การศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสิริรัตนารได้

คำสำคัญ : การศึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม, พฤติกรรมการกล้าแสดงออก

ENHANCING THE ASSERTIVE BEHAVIOR OF MATHAYOM 1 STUDENTS AT SIRIRATTANATHORN SCHOOL THROUGH GROUP COUNSELING BASED ON BEHAVIOR THEORY

Budsaracam Rakphuak, M.Sc.*, Chonlaporn Kongkham, Ph.D.*,
Kancnchana Suttineam, Ph.D.*, Anotai Tansawa, Ph.D.*

**Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

Abstract

Objectives: 1) To compare assertive behavior before and after the experiment between the experimental group, which received group counseling based on behavior theory, and the control group. 2) To compare assertive behavior between the experimental group, which received group counseling based on behavior theory, and the control group, which received regular support and assistance according to the student support system.

Material and Methods: This study is quasi-experimental research. The population used in the study consisted of junior high school students. Data collection was conducted in three phases: pre-experimental, experimental, and post-experimental. The experimental group participated in group counseling sessions based on behaviorist theory twice a week, with each session lasting 1 hour and 30 minutes, totaling 12 sessions. The sample group was the students are studying in secondary 1 at Sirirattanathorn school, Bangkok, who was selected by assertive behavior test, measured by doing the assertive score lower than the 25th percentile, recruit the consent of students and parents to participate in group counseling, with a total of 16 individuals. Employ simple random sampling to form 2 groups, each consisting of 8 individuals. The tools used in the research were: 1) the assertive behavior scale There is an index value of congruence (item objective congruence: IOC) between 0.67 - 1.00 and an overall reliability value of 0.7 and 2) group consultation according to behaviorist theory The congruence index (item objective congruence: IOC) is between 0.67 - 1.00. Quantitative data analysis uses descriptive statistics, including mean, standard deviation and comparative statistics using t-test.

Results: 1) The result of comparing the assertive behavior before and after receiving the behavioral group counseling approach showed that the assertive behavior after the experiment, there was difference at 0.01 significance level. 2) The result of comparing the assertive behavior between the experimental group and the control group after receiving the behavioral group counseling approach showed that the assertive behavior in the experimental group and the control group after the experiment, there was difference at 0.01 significance level.

Conclusion: Group counseling by Behavior theory to enhance assertive behavior of students Mattayom 1 Sirirattanathorn School.

Key words: the behavioral group counseling approach, assertive behavior

Corresponding author: Chonlaporn Kongkham, e-mail: chonlaporn.ko@bsruac.th

Received: March 20, 2024; Revised: June 12, 2024; Accepted: June 19, 2024

บทนำ

สังคมในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลาและเต็มไปด้วยการพัฒนาและการแข่งขันอย่างรอบด้านมนุษย์จึงต้องมีการปรับตัวให้เท่าทันสถานการณ์สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพสังคมปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญบนพื้นฐานความเชื่อว่าทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้เต็มตามศักยภาพการจัดกระบวนการศึกษาควรจะต้องมุ่งให้เยาวชนได้เกิดกระบวนการคิด ตลอดจนการกล้าเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเยาวชนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในวัยรุ่นตอนต้นนักเรียนบางคนอาจเกิดความเขินอายต่อเพื่อนร่วมชั้นเรียน ไม่กล้าพูดในสิ่งที่ตนเองคิด ไม่กล้าทำในสิ่งที่ตนเองคิด รวมถึงไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้นักเรียนจะไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่แวดล้อมได้ ไม่มีความสุขในการเรียน ท้ายที่สุดอาจเกิดปัญหาทางจิตตามมา¹ การจัดการศึกษาในปัจจุบันจึงต้องปรับเปลี่ยนให้ตอบสนองทิศทางการผลิตและพัฒนากำลังคน โดยมุ่งการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญของทักษะขั้นต้นทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม และเป็นคุณลักษณะที่เด็กไทยจำเป็นต้องมี

พฤติกรรมกรกล้าแสดงออกเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตทุกช่วงชีวิต การฝึกการกล้าแสดงออกตั้งแต่เด็กเป็นการสร้าง

ความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเอง จะทำให้ผู้เรียนกล้าเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กล้าแสดงออกทางความคิด ทางคำพูด และการกระทำ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนานุคลิกภาพให้ผู้เรียนได้เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น และผู้เรียนที่มีพฤติกรรมกรกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้² มีความรู้สึกดีต่อตนเอง ควบคุมตนเองได้ ลดความประหม่า เขินอาย ความกลัว ความวิตกกังวล มีทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถแสดงออกได้ถึงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความสนใจ อารมณ์ตามความต้องการที่แท้จริงของตนเองได้อย่างเปิดเผย และจริงใจตามความเป็นจริงปราศจากความวิตกกังวล เคารพสิทธิของตนเอง ไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น กล้าฝ่าฝืนอุปสรรคและปัญหาในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข ตรงกันข้าม หากบุคคลนั้นมีพฤติกรรมกรกล้าแสดงออกอย่างไม่เหมาะสมหรือบกพร่อง บุคคลนั้นจะพบปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจะทำให้เกิดความยากลำบากในการเรียน การทำงาน รวมไปถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตด้วย³ ซึ่งสอดคล้องกับ ฤทัย บุญมาเมือง (2553)⁴ ได้ให้ความหมายของหลักการพื้นฐานของพฤติกรรมกรแสดงออกว่า ทุกคนมีสิทธิที่จะแสดงออกตามความต้องการของตน ซึ่งเป็นการแสดงออกของความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา อย่างไรก็ตามพฤติกรรมกรกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมมิใช่กระทำเพื่อที่จะให้ได้สิ่งที่ต้องการ เป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมกรกล้าแสดงออก

นั่นคือการสื่อสารอย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา ไม่โจมตีความต้องการหรือการคิดเห็นของบุคคลอื่น ซึ่งการทำเช่นนั้นจะทำให้มีโอกาสนับรวมเป้าหมายที่ต้องการโดยไม่ปฏิเสธสิทธิของผู้อื่น

จากปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มนักจิตวิทยา พฤติกรรมนิยม (Behaviorism) มีความเชื่อว่า พฤติกรรมทุกอย่างที่เกิดขึ้นต้องมาสาเหตุ ซึ่งพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมามีเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น ซึ่งสิ่งเร้านั้นอาจมาจากภายในหรือภายนอก ร่างกายก็ได้ พฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่จึงเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ โดยเฉพาะการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข (Conditioning Learning)⁶ และการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้และฝึกฝนได้ ในการฝึกพฤติกรรมการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมผู้ให้การปรึกษาจึงมักจะให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะที่มีลักษณะการฝึกโดยใช้ทฤษฎี และเทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย โดยเป็นวิธีการช่วยให้สมาชิกกลุ่มลดความเครียด ความวิตกกังวล ที่ปรากฏออกมาทางร่างกายเป็น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ละส่วนทำให้ตึง และผ่อนคลาย ทำให้เกิดความสงบ ไม่เกิดอารมณ์เครียด⁶ ซึ่งสอดคล้องกับ Bower and Bower (1976)⁷ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมที่เหมาะสมในการกล้าแสดงออกว่าเป็นความสามารถในการแสดงความรู้สึกที่จะเลือกกว่า ควรปฏิบัติอย่างไร แสดงสิทธิเมื่อมีความเหมาะสม เพิ่มความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยพัฒนาความมั่นใจในตนเองให้เกิดขึ้น และความสามารถในการดำเนินการเพื่อปรับพฤติกรรมของตนเอง

และขอร้องให้ผู้อื่นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การต่อต้านเขาด้วย หลักการพื้นฐานของความกล้าแสดงออก ทุกคนมีสิทธิที่จะแสดงออกตามความต้องการของตน ซึ่งเป็นการแสดงออกของความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา เช่น การแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ การพูดและความรู้สึกของตนเอง แต่การแสดงออกของเรานั้นต้องไม่ก้าวล้ำสิทธิของผู้อื่นด้วย เป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมกล้าแสดงออกนั้นคือการสื่อสารอย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา ไม่โจมตีความต้องการหรือการคิดเห็นของบุคคลอื่น ซึ่งการทำเช่นนั้นจะทำให้มีโอกาสนับรวมเป้าหมายที่ต้องการโดยไม่ปฏิเสธสิทธิของผู้อื่น

ผู้วิจัยได้สำรวจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 10 คน โดยใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 10 คน พบว่า ด้านการแสดงออกด้านการพูด เช่น พูดต่อหน้าชั้นเรียนหรือการออกมานำเสนอรายงานมักจะเกิดปัญหาเรื่องการไม่กล้าออกมาพูด หากมีความจำเป็นต้องออกมานำเสนอหน้าชั้นเรียนจะไม่กล้าพูดเสียงดัง สื่อสารไม่ชัดเจน ขาดความเชื่อมั่นและมั่นใจ (ร้อยละ 70) ด้านการแสดงออกด้านการกระทำ เช่น ท่าทางและบุคลิกภาพประหม่าจนไม่เป็นธรรมชาติ เินอาย ไม่สบตาขณะพูด เมื่อเจอสถานการณ์คับขันจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงหรือเลียงออกจากสถานการณ์นั้น (ร้อยละ 50) ด้านการแสดงออกด้านความคิดเห็น เช่น ไม่กล้าแสดงความรู้สึกไม่สบายใจ หรือความไม่เห็นด้วยกับบุคคลอื่น หรือเมื่อต้องมีการแสดงความคิดเห็นใน

ชั้นเรียน นักเรียนมักเลือกที่จะอยู่เงียบๆ รวมทั้งการตอบคำถามในชั้นเรียน โดยความสนใจมักเป็นผู้เรียนกลุ่มเดิม (ร้อยละ 30) โดยพฤติกรรมที่พบมากในหลายรายวิชาคือ การปฏิเสธจากผู้เรียนที่ไม่กล้าแสดงออกหรือขอให้เพื่อนกระทำการกิจกรรมนั้นแทน ข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของผู้เรียน รวมทั้งจากการทบทวนทฤษฎี งานวิจัย สัมภาษณ์ครู และนักเรียนตอบแบบสอบถาม จึงสามารถสรุปองค์ประกอบของพฤติกรรมการกล้าแสดงออกได้เป็น 3 องค์ประกอบคือ ด้านการพูด ด้านการกระทำ ด้านการแสดงความคิดเห็น

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยในฐานะครูแนะแนวมีบทบาทช่วยเหลือนักเรียนโดยตรงในการป้องกันช่วยเหลือส่งเสริม พัฒนา และแก้ไขปัญหา เพื่อให้ให้นักเรียนได้พัฒนาเต็มศักยภาพ จึงมีความสนใจที่จะนำเทคนิคและวิธีการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการกล้าแสดงออกที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ ทั้งในโรงเรียนและนอกโรงเรียน ทักษะการปรับตัวทางสังคม และการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่เป็นช่วงแรกของการเข้าสู่วัยรุ่น ที่ต้องเรียนรู้การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพราะอาจมีบางคนเกิดความเครียดต่อเพื่อนร่วมชั้นเรียนหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ถ้าผู้เรียนขาดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้เรียนไม่สามารถปรับตัวให้เข้าสังคมได้ อันเป็นสาเหตุที่จะทำให้ผู้เรียนไม่มีความสุขใน

การเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อม ด้านบริบทการเรียนรู้ ด้านสังคม และการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยรุ่น จึงเป็นกลุ่มผู้เรียนที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการเสริมสร้างพฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้วยเหตุผลนี้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเกี่ยวกับการเสริมสร้างการกล้าแสดงออกขึ้น โดยเป็นโปรแกรมการให้การปรึกษาก่อนการกล้าแสดงออก เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยมีการวางแผนเป้าหมายของการให้การปรึกษาและวิธีการใช้อย่างชัดเจน รวมถึงการพิจารณาเลือกเทคนิคและวิธีการที่จะนำมาใช้ตามความเหมาะสมของบุคคลนั้น ๆ เพื่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสิริรัตนธรรสามารถแสดงออกทางความคิดความรู้สึก และแสดงพฤติกรรมการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมด้วยความเชื่อมั่น มั่นใจ ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ และเป็นที่ยอมรับของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสิริรัตนธรร กรุงเทพมหานคร ที่ได้จากการทำแบบวัดพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่มีคะแนนพฤติกรรมกล้าแสดงออกต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ยินดีสมัครใจเข้าร่วมและผู้ปกครองให้ความยินยอมโดยลงนามอนุญาตในการเข้าร่วมการ

ปรึกษากลุ่ม แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน โดยมีเกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Corey (2018)⁸ ที่กล่าวว่า ขนาดสมาชิกกลุ่มในการให้การปรึกษาที่ได้ผลควรมีสมาชิก 6-8 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือผู้เรียน

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบวัดพฤติกรรมการกล้าแสดงออก ประกอบด้วย พฤติกรรมการกล้าแสดงออก 3 ด้าน ด้านการพูด ด้านการกระทำ และด้านการแสดงความคิดเห็น ซึ่งสร้างข้อคำถามความให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ต้องศึกษาในการศึกษาครั้งนี้

ลักษณะแบบวัดเป็นแบบ Rating scale ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 21 ข้อ แบ่งระดับ พฤติกรรมการกล้าแสดงออกดังนี้ ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.50 หมายถึง ไม่กล้าแสดงออก 1.51 - 2.50 หมายถึง พฤติกรรมกล้าแสดงออกน้อย 2.51 - 3.50 หมายถึง พฤติกรรมกล้าแสดงออกปานกลาง 3.51 - 4.00 หมายถึง พฤติกรรมกล้าแสดงออกมาก 4. 51 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมกล้าแสดงออกมากที่สุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษาจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น

ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.7

2. การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมสร้างจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกล้าแสดงออก และศึกษาการสร้างการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมทั้งในและต่างประเทศแล้วนำการปรึกษากลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษาจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 นำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นดำเนินการกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 12 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มให้เป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจยอมรับซึ่งกันและกันให้ผู้รับบริการเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการ หน้าที่ และจุดมุ่งหมายในการปรึกษากลุ่ม และให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ครั้งที่ 2 ความรู้เบื้องต้นของพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านการพูด การกล้าแสดงออกด้านการกระทำ และการกล้าแสดงออกด้านการแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม ครั้งที่ 3 พูดเป็นศรีแก่ตัว เพื่อให้สมาชิกได้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการพูด ได้แก่นเนื้อหาในการพูด จังหวะใน

การพูด เวลาความเหมาะสมในการพูด และน้ำเสียง ในการพูด ครั้งที่ 4 สถานการณ์ชวนคิด เพื่อฝึกให้ สมาชิกมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกด้านการพูด ฝึก ทักษะการปฏิเสธและการเห็นด้วยต่อสถานการณ์ อย่างเหมาะสม ครั้งที่ 5 รักษาสิทธิ เพื่อได้เข้าใจ สิทธิส่วนบุคคล การละเมิดสิทธิผู้อื่น และการ รักษาสิทธิของตนเอง และไม่ละเมิดสิทธิ ของผู้อื่น ครั้งที่ 6 สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อให้สมาชิก ได้ฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลด ความเครียด ได้ฝึกทักษะสร้างความเชื่อมั่นใน ตนเองเกิดความ กล้าในการพูดเกี่ยวกับตนเอง และ การยอมรับผู้อื่น ครั้งที่ 7 ลีลาท่าทาง เพื่อให้สมาชิก ได้เข้าใจภาษากาย ท่าทาง สีหน้า การประสาน สายตา ในการสนทนากับคู่สนทนาที่เหมาะสม ครั้งที่ 8 ภาพปริศนาพาเพลิน เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจ พฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และ ได้ฝึกอธิบายความคิดเห็นของตนเองได้ ครั้งที่ 9 ความมั่นคงทางความคิด เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจ ข้อดีและฝึกทักษะ ของการพูดตอท้ายเพื่อยืนยัน จุดประสงค์เดิม และแสดงความมั่นคงในตนเอง ครั้งที่ 10 รู้เขารู้เรา เพื่อให้สมาชิกรู้เทคนิคการ สื่อสารที่เหมาะสม เป็นการสื่อสารเชิงบวก โดยใช้ หลักบอกความรู้สึกของตนเอง สิ่งที่ต้องการให้ เปลี่ยนแปลงและสร้างกำลังใจ ครั้งที่ 11 หัวใจสี่ห้อง เพื่อฝึกการทำงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยและแก้ปัญหาภายในกลุ่ม และครั้งที่ 12 เพิ่ม กำลังใจและปิดกลุ่มให้การปรึกษา เพื่อสรุปการเข้า ร่วมกลุ่ม และทำแบบประเมินหลังจากเข้าร่วมการ ปรึกษา เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจพฤติกรรมของตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ผ่านการ พิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏ บ้านสมเด็จพระเจ้าพระยา (BSRU-REC 650501) วันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยอธิบาย วัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความ สมัครงใจของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ลงนาม ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้ง สามารถปฏิเสธและออกจากการศึกษาได้ โดยไม่มี ผลใดๆ ต่อการเรียน และภายหลังที่ผู้วิจัยดำเนินการ เก็บข้อมูลเสร็จสิ้น กลุ่มควบคุมจะได้รับการ ปรึกษากลุ่ม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบโดย paired t-test และ independent t-test โดยก่อนการวิเคราะห์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การ กล้าแสดงออกกลุ่มที่ได้รับการการปรึกษากลุ่มและ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือ ผู้เรียน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เพื่อทดสอบ สมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลง เบื้องต้นในการทดสอบการแจกแจงปกติของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าการทดสอบ Skewness และ ค่าการทดสอบ Kurtosis น้อยกว่า 2 ซึ่งหมายความว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการกล้าแสดงออก

ของทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติพารามตริก (parametric statistics) ในการทดสอบ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการกล้าแสดงออกกลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่ม และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนก่อนและหลังการทดลอง

ผล

ข้อมูลทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 37.5 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 ซึ่งมีอายุ 13 ปี ร้อยละ 87.5 และ อายุ 14 ปี ร้อยละ 12.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

เปรียบเทียบพฤติกรรมการกล้าแสดงออกก่อนและหลังการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบพฤติกรรมการกล้าแสดงออกกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมภาพรวมผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -10.77$) หากพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านการพูดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -9.35$) พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านการกระทำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -7.69$) พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านการแสดงความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.19$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และ ระดับชั้น

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 8)		กลุ่มควบคุม (n = 8)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	3	37.5	2	25.0
หญิง	5	62.5	6	75.0
อายุ (ปี)				
13	7	87.5	5	62.5
14	1	12.5	3	37.5

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยรวมและรายด้านที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (n = 8)

พฤติกรรมการกล้าแสดงออก		mean	S.D.	T	p-value
1.พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านการพูด	ก่อนการทดลอง	2.1	0.14	-9.35	0.001*
	หลังการทดลอง	3.5	0.43		
2.พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านการกระทำ	ก่อนการทดลอง	2.7	0.12	-7.69	0.001*
	หลังการทดลอง	3.6	0.27		
3.พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง	2.2	0.14	-8.19	0.001*
	หลังการทดลอง	3.5	0.47		
พฤติกรรมการกล้าแสดงออกโดยรวม	ก่อนการทดลอง	2.3	0.99	-10.77	0.001*
	หลังการทดลอง	3.5	0.35		

*p-value < 0.05, paired t-test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือผู้เรียน

พฤติกรรมการกล้าแสดงออก		mean	S.D.	T	p-value
1.พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านการพูด	กลุ่มควบคุม	2.5	0.28	-5.99	0.001*
	กลุ่มทดลอง	3.5	0.43		
2.พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านการกระทำ	กลุ่มควบคุม	2.7	0.15	-8.31	0.001*
	กลุ่มทดลอง	3.6	0.27		
3.พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านความคิดเห็น	กลุ่มควบคุม	2.4	0.16	-6.17	0.001*
	กลุ่มทดลอง	3.5	0.47		
พฤติกรรมการกล้าแสดงออกโดยรวม	กลุ่มควบคุม	2.5	0.13	-7.91	0.001*
	กลุ่มทดลอง	3.5	0.35		

*p-value < 0.05, independent t-test

เปรียบเทียบพฤติกรรมการกล้าแสดงออก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตาม ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ผลการเปรียบเทียบตามทฤษฎีพฤติกรรม
ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับ
การดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือผู้เรียน พบว่า
ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการกล้าแสดงออกหลังการ
เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มภาพรวมแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -7.91$) หาก
พิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการกล้า
แสดงออกด้านการพูดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -5.99$) พฤติกรรมการ
กล้าแสดงออกด้านการกระทำแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.31$)
พฤติกรรมการกล้าแสดงออกด้านการแสดง
ความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 ($t = -6.17$) ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปราย

การวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างพฤติกรรม
การกล้าแสดงออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1
โรงเรียนสิริรัตนาร โดยการปรึกษากลุ่มตาม
ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผลการวิจัยสามารถอภิปราย
ผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบ
พฤติกรรมการกล้าแสดงออกกลุ่มทดลองก่อนและ
หลังการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรม
นิยม พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการกล้าแสดงออก
ของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่ม

ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมภาพรวมผลแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -10.77$)
ทั้งนี้ เนื่องจาก การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎี
พฤติกรรมนิยม เป็นการฝึกให้นักเรียนมีพฤติกรรม
การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม สามารถอยู่รอด
ปรับตัวเข้ากับสังคมได้เป็นอย่างดี สามารถช่วยให้
จัดการอุปสรรค แก้ปัญหาเรื่องราวต่าง ๆ ได้ เป็น
การสร้างเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเอง จะทำให้นักเรียนกล้าเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กล้าแสดงออก
ทางความคิด ทางคำพูด และการกระทำ ซึ่งจะเป็น
พื้นฐานสำคัญของการพัฒนาบุคลิกภาพให้ผู้เรียน
ได้เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น นักเรียนที่มีพฤติกรรม
การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมจะสามารถเผชิญ
กับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ มีความรู้สึกดีต่อตนเอง
ควบคุมตนเองได้ ลดความประหม่าเขินอาย ความกลัว
ความวิตกกังวล มีทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
สามารถแสดงออกได้ถึงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ
ความสนใจ อารมณ์ตามความต้องการที่แท้จริงของ
ตนเองได้อย่างเปิดเผยและจริงใจตามความเป็นจริง
ปราศจากความวิตกกังวล เคารพสิทธิของตนเอง
ไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น กล้าฝ่าฝืนอุปสรรคและ
ปัญหาในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ได้
อย่างมีความสุข ตรงกันข้าม หากบุคคลนั้นมี
พฤติกรรมการกล้าแสดงออกอย่างไม่เหมาะสม
หรือบกพร่อง บุคคลนั้นจะพบปัญหาด้านการ
ติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจะ
ทำให้เกิดความยากลำบากในการเรียน การทำงาน
รวมไปถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต สอดคล้อง
กับผลวิจัยของ อัฐธญา แพทย์ศาสตร์ (2558)⁹ ได้

ศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 คณะครุศาสตร์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินพฤติกรรมกล้าแสดงออก ในด้านการพูด การกระทำและการแสดงความคิดเห็น โดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม นักศึกษามีพฤติกรรมกล้าแสดงออกทั้งด้านการพูด การกระทำและการแสดงความคิดเห็น เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหากพิจารณารายด้านพบว่า ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลได้มารวมกันเพื่อศึกษาหาประสบการณ์ของกลุ่ม ศึกษาพฤติกรรมความเป็นผู้นำและผู้ตาม รวมทั้งได้ฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมีการศึกษาจากประสบการณ์ โดยผู้ศึกษาจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดขึ้น นอกจากนี้ขณะดำเนินกิจกรรม พบว่านักเรียนกล้าแสดงออกทางความคิดเห็นมากขึ้น เปิดเผยตนเอง กล้าพูดเกี่ยวกับตนเอง และยอมรับฟังความคิดเห็นจากการแลกเปลี่ยนจากสถานการณ์ต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า นักเรียนเกิดการเข้าใจตนเอง และการอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เรื่องของตนเองได้ดีขึ้น ทั้งนี้ยังจะช่วยให้เกิดความเข้าใจบุคคลอื่น และสามารถทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น เพราะสมาชิกในกลุ่มต้องพึ่งพาอาศัยกันและ

ช่วยกันทำกิจกรรมให้สำเร็จ ซึ่งเมื่อบุคคลได้เข้าร่วมกิจกรรมจะทำให้สัมพันธภาพภายในกลุ่มมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งผลการทดลองพบว่านักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกเพิ่มขึ้น ทั้งทางด้านการพูด การแสดงความคิดเห็น และการกระทำ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่อนักเรียนได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจะมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกเพิ่มขึ้น

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสิริรัตนารระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือผู้เรียน พบว่าผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการกล้าแสดงออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสิริรัตนาร ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือผู้เรียนมีพฤติกรรมการกล้าแสดงออกหลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยนั้นเนื่องมาจาก การให้การปรึกษากลุ่มสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการกล้าแสดงออกได้ ซึ่งในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่ม ผู้วิจัยคัดเลือกทฤษฎีพฤติกรรมนิยม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการให้การปรึกษากลุ่มที่มีกระบวนการ

ให้การปรึกษา และกิจกรรมที่ทำให้นักเรียนได้เรียนรู้ และเข้าใจ โครงสร้างของพฤติกรรมกล้าแสดงออก และบรรลุวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา โดยนักเรียนได้เรียนรู้วัตถุประสงค์ของพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมกล้าแสดงออกด้านการพูด 2) พฤติกรรมกล้าแสดงออกด้านการกระทำ และ 3) พฤติกรรมกล้าแสดงออกด้านการแสดงความคิดเห็น แต่ละกิจกรรมของโปรแกรมการให้การปรึกษามีขั้นตอน เทคนิค และกระบวนการที่ชัดเจน จากการสังเกตในกระบวนการกลุ่ม พบว่านักเรียนให้กำลังใจและเสริมแรงซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้นักเรียนมีพลังใจเสริมสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเอง¹⁰ กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ซึ่งในการพบกันครั้งแรกระหว่างผู้วิจัยและนักเรียนที่เข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่ม ผู้วิจัยมีกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพรวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษากลุ่มประโยชน์ของการปรึกษากลุ่มและพิทักษ์สิทธิโดยที่นักเรียนสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการให้การปรึกษาได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อนักเรียน ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามรอบวง การใช้คำถามปลายเปิด การให้กำลังใจ เทคนิคการสอน (teaching) เพื่อให้นักเรียนฝึกวิธีการพูด เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติ (role play) เพื่อให้นักเรียนได้ลองแสดงเพื่อลดความประหม่า เินอาย ความกลัว ความวิตกกังวล รวมถึงการพูดโดยไม่พูดละเมิดสิทธิของผู้อื่น ไม่พูดจาเหยียดหยาม ดูหมิ่น คำทอ และดูถูก หรือการแสดงออกอย่างเหมาะสม และ

เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนในการให้การปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป การทำกิจกรรมครั้งนี้เป็นนักเรียนที่มีพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออกซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มมีลักษณะของปัญหาที่คล้ายกัน จึงทำให้กลุ่มนั้นประสบความสำเร็จได้ จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า นักเรียนขณะเข้าร่วมกิจกรรมมีบรรยากาศเป็นกันเอง มีความตั้งใจ มีความสนใจ และตรงต่อเวลาในการเข้ากลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มเริ่มเปิดใจมากขึ้น กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น รวมถึงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับบุญจิรา ชลธารนที (2561)¹¹ ได้ศึกษาเรื่องผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมต่อความวิตกกังวลในวัยรุ่นตอนต้นพบว่า หลังการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและมีความสามารถในการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมกล้าแสดงออกได้

ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่เรียนรู้และเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้การปรึกษาจะใช้หลักการเรียนรู้เป็นวิธีการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำหลักการวางเงื่อนไขเป็นตัวกระตุ้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการใช้เทคนิค การเสริมแรง เทคนิคตัวแบบ เทคนิคการแสดง บทบาทสมมุติ เทคนิคการสอน เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการสะท้อนกลับ และกระบวนการให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษา มองเห็นปัญหาและพฤติกรรมที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขและตั้งเป้าหมายที่สามารถวัดความก้าวหน้าได้

ข้อจำกัด

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้ทั้งหมดในเขตพื้นที่อื่น ๆ หรือในโรงเรียนที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกันได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้นำการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยมไปใช้จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและฝึกปฏิบัติงานชำนาญเพื่อที่จะสามารถเกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้รับการปรึกษา

2. ควรมีการศึกษาเนื้อหาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยของกลุ่มที่

พัฒนาพฤติกรรมการกล้าแสดงออก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาดูตามผลเป็นระยะ หลังจากให้การปรึกษาแล้ว เช่น ติดตามผล ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นต้น โดยการสังเกตความกล้าแสดงออกทาง การสัมภาษณ์ บันทึกการติดตามผล เพื่อทราบความคงทนของความกล้าแสดงออกและพฤติกรรมอื่น ๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. วิมลวิภา ภาสกุล. การใช้กิจกรรมตามทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกล้าแสดงออก ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
2. นิรดา เวชญาลักษณ์. การพัฒนาพฤติกรรมการกล้าแสดงออกโดยใช้วิธีการแสดงบทบาทสมมติของนักศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. วารสารครุพิบูล 2558; 2(1): 31.
3. จิตราภรณ์ ชีรนรณิษฐ์. พฤติกรรมการกล้าแสดงออกในชั้นเรียนอย่างเหมาะสมของนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพระปฐมวิทยาลัย จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2556.
4. ฤทัย บุญมาเมือง. การใช้กิจกรรมแนะแนวเพื่อส่งเสริมความกล้าแสดงออกในวิชา 102 นาฏศิลป์สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนเทศบาลวัดเกตการาม จังหวัด เชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
5. นิภาพรณ เจนสันติกุล, ไชยณัฐ คำดี. พฤติกรรมศาสตร์: ขอบข่ายและวิธีการศึกษาสำหรับการพัฒนาองค์การ. วารสารสารคาม 2563; 11(2): 31.
6. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

7. Bower SA, Bower GH. Asserting yourself: a practical guide for positive change. Oxford: Addison-Wesley; 1976.
8. Corey G. Theory and Practice of group Counselling. 4th ed. California: Brooks-Cole; 2018.
9. อัฐธญา แพทย์ศาสตร์, พัชรินทร์ รุจิรานุกูล. การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 คณะครุศาสตร์. [วิทยานิพนธ์]. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2558
10. กาญจนา สุทธิเนียม. การพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของนิสิตครูโดยการให้การปรึกษากลุ่ม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(1): 17-32.
11. บุญจิรา ชลธารนที. ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมต่อความวิตกกังวล ในวัยรุ่นตอนต้น. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.