

วารสาร

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2567)

Volume 18, Issue 2, July - December 2024



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

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

คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	พญ.สุพัฒนา เชาววิวงศ์ ณ อยุธยา	นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา
	พญ.ปัทมา ศิริเวช	นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ
บรรณาธิการ	ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนช้าง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
บรรณาธิการรอง	นางฐปณีย์ พูลมณีเจริญ	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 ต้นตริงสี	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
	นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
	รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา	มหาวิทยาลัยศิลปากร
	ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
	พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ ชีระศิลป์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
	ผศ.ดร.ภก.ทวนธน บุญสื่อ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.ภก.อนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์	มหาวิทยาลัยสยาม
	ดร.สุนทรี ศรีโกไสย	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
	ดร.นพรัตน์ ไชยธานี	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	อ.ดร.กมล เกียรติเรืองกมล	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
	ดร.ภัทรวรรณ สุขยิธัญ	โรงพยาบาลศรีธัญญา

กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	นพ.พงศกร เล็งดี	นพ.ปาทนัท ขวัญสนิท	พญ.จิตติมา สงวนวิชัยกุล
	นพ.สุทธา สุปัญญา	นางอุณิฉัตร 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 ข้อมูลจากการสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



Department of Mental Health
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

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

Advisory board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Supathana Dejatiwongse Na Ayutaya	Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya
	Pattama Sirivech	Pholphat Losatiankij
Editor	Orabhorn Suanchang	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Associate editor	Thapanee Foomooljareon	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Wattanaporn Pibullarak	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Editorial board	Chatchawan Silapakit	Mahidol University
	Vitoon Lohsoonthorn	Chulalongkorn University
	Woraphat Ratta-Apha	Mahidol University
	Vorasith Siripornpanich	Mahidol University
	Nopphorn Tanthirungsri	Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health
	Warawat Chaichan	Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital
	Manat Pongchaidecha	Silpakorn University
	Thanapoom Rattananupong	Chulalongkorn University
	Chadapa Prasertsong	Huachiew Chalermprakiet University
	Ubonpan Theerasilp	Huachiew Chalermprakiet University
	Tuanthon Boonlue	Ubon Ratchathani University
	Thanompong Sathienluckana	Siam University
	Soontaree Srikosai	Rajanagarindra Institute of Child Development
	Nopparat Chaichumni	Walailak University
	Kamol Keatruangkamala	King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang
	Pattarawat Sukyirun	Srithanya Hospital

Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit	Thitima Sanguanvichaikul
	Suttha Supanya	Unjit Khunarak	Chumphorn Bankluai
	Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang	Chatsuda Chungsakul
Manager	Krittana Kaewyot	Keyunmart Yootin	

Contact Information:

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

Tel. 02-4422500 Ext. 59286

E - mail: somdetjournal@gmail.com

สารบัญวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปี 2567 ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (กันยายน)

	หน้า
สารบัญ	ก
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฎ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก โดยการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม	1
อินทอร ประจิตร, ชลพร กองคำ, กาญจนา สุทธิเนียม	
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่น ทางจิตใจของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร	15
กัณตพัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร, ปุณณนัส ชันคำมาละ, อุษณีย์ เข้มรัมย์, พิมนารา วัฒนโน, ปริณดา เทพคำ, ชนาภานต์ ฉิมพานิช, ณัชชา ปรีชาภักศกุล, แสงดาว วัฒนาสกุลเกียรติ	
การพยากรณ์อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดในจังหวัดลพบุรี	30
คชาภรณ์ ศรีพรัตน์, วัฒนา ชยธวัช	
ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง	39
ชนิกานต์ บุญเรือง, กาญจนา สุทธิเนียม, ทศดา รัตนภิญโญวานิช	
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธิปัญญบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	51
ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, พิชญา ชาญนกร	
เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน ทางโทรศัพท์ และแบบพบหน้า ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะเหนื่อยล้า หมดไพลในผู้ที่มี ความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต	71
ศรัณยพิชญ์ อักษร, เทอดศักดิ์ เดชคง, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ภพธร วุฒิหาร	

Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry Years 2024, Volume 18, Issue 2 (September)

	Page
Contents	๓
Instruction to authors	๖
Preface	๗
Original article	
The Developing Competency of Parents in Behavior Modification of Autism Children by Groups Counseling Behavior Theory	2
Inthunon Prachit, Chonlaporn Kongkham, Kanchana Suttineam	
A Study of The Relationship Between Emotional Quotient and Resilience Quotient of Students in The Faculty of Health Science, Naresuan University	16
Kantabhat Anusaksathie, Punmanut Khunkhammala, Usanee khemrug Pimnara Wattano, Parinda Thepkum, Chanakarn Chimpanish, Natchaya Preeyapassakul, Sangdaow Wattanasakulkiat	
Forecasting The Rate of Elderly with Stress Problems in Lopburi Province	31
Kachaporn Sripharut, Vadhana Jayathavaj	
The Effects of Group Counseling Based on Cognitive Behavioral Theory on Depressive of Junior High School Students in Central	40
Chanikan Boonruang, Kanchana Suttineam, Thayata Rattanaphinyowanich	
Prevalence and Factor Associated with Cognitive Impairment in Elderly Schizophrenia at Outpatient Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	52
Thatsani Kunchanaphongphan, Pitchaya Channakorn	
Compare The Effects of Strength Based Counseling Via Telephone and Face-to-Face on Resilience and Burnout in Individuals at Risk of Mental Health Problems	72
Sarunyapich Aksorn, Terdsak Detkong, Passana Gunadhipadhana, Phopthorn Wuttiarn	

คำแนะนำผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช 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

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อข้ออธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

1.4 สรุป (Conclusion)

1.5 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

1.6 เอกสารอ้างอิง (References)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย โดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ มาก่อน บทความที่เป็นรายงานการวิจัยประกอบด้วย 11 ส่วน คือ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้น ๆ แต่ได้ใจความ สามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทาง และผลการวิจัยได้

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

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและ

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

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

2.5 บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูล
ข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการ
รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and
methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง
เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์
ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

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

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

2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปเรียงลำดับ
ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ
โดยเขียนให้สั้นเรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมี
น้ำใจแต่ไม่เกินจริงและกล่าวถึงแหล่ง
สนับสนุนด้วย

2.11 เอกสารอ้างอิง (References) การ
อ้างอิงใช้ระบบ Vancouver 2003 โดยผู้ที่เขียน
ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของ
เอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้
เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลข 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
เขียนลูกศรด้วยดินสอสีดำเป็นแนวตั้ง 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 โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง 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 ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา 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

ในคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ฉบับนี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ 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. ฝึบอปปี้เข้าในทรรสนะทางจิตเวชศาสตร์. 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. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [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

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันเป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 2 โดยผลงานวิชาการในเล่มนี้ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 6 เรื่อง ดังนี้ เรื่องที่หนึ่งการพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก โดยการศึกษา กลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เรื่องที่สองการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความ ยึดหยุ่นทางจิตใจของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่องที่สามการพยากรณ์อัตรา ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดในจังหวัดลพบุรีเรื่องที่สองผลของการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีคิดและพฤติกรรม ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลางเรื่องที่ห้าความ ชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และเรื่องสุดท้ายเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน ทางโทรศัพท์และแบบพบหน้า ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะเหนื่อยล้า หมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหา สุขภาพจิต

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสาร เสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และขอเชิญชวนบุคลากรสถาบันฯ นักวิชาการ และนิสิตนักศึกษา รวมทั้ง ผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยปัจจุบันวารสารได้มีการตีพิมพ์รูปแบบ e-journal เพื่อประโยชน์ ในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดบทความ หรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะให้ความรู้และเป็นประโยชน์ ต่อผู้อ่านทุกท่าน ในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ดร.ภญ.อรภรณ์ สวานซัง

บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

การพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก โดยการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

อินทอร ประจิตร์, วท.ม.*, ชลพร กองคำ, ประ.ด.*, กาญจนา สุทธิเนียม, ประ.ด.*

*คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมต่อความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก และ 2) เพื่อศึกษาผลของความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติของโรงเรียน

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยเป็นกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็น ผู้ปกครองโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่ง โดยเป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนผู้พิการ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 14 คน และสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษากลุ่มและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามระบบปกติของโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบวัดความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก และ 2) การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ในการพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก จำนวน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผล : 1) ความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) ผู้ปกครองเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นกว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป : การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมสามารถพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกได้

คำสำคัญ : การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม, ความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก, ผู้ปกครองเด็กออทิสติก

THE DEVELOPING COMPETENCY OF PARENTS IN BEHAVIOR MODIFICATION OF AUTISM CHILDREN BY GROUPS COUNSELING BEHAVIOR THEORY

Inthuon Prachit, M.Sc.*, Chonlaporn Kongkham, Ph.D.*, Kanchana Suttineam, Ph.D.*

**Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

Abstract

Objectives: 1) To study the results of group counseling according to behaviorist theory on the ability of parents to adjust the behavior of children with autism. 2) To study the effect of parents' ability to adjust the behavior of autistic children during the experimental group received group counseling based on behaviorist theory with the control group receiving care according to the normal school system.

Material and Methods: The research is quasi-experimental. The sample group were parents of autistic children who had been diagnosed by a doctor and were registered as disabled. They selected purposive sampling 14 people and simply randomly divided them into 2 groups of 7 people each, designated as the experimental group and control group. The experimental group received group counseling and the control group received care according to the normal school system. The tools used include: 1) a measure of parents' ability to adjust the behavior of autistic children and 2) Group counseling based on behaviorist theory to develop the ability of parents to adjust the behavior of autistic children, 10 times, 2 times a week, 1.30 hours each time, with data analysis of mean, standard deviation and Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test.

Results: The results revealed that 1) the parents' competency in behavioral modification of autistic children, the experimental group which received group counseling based on behaviorism was significantly higher than the pretest (p -value < 0.05) and 2) the parents' competency in behavioral modification of autistic children, the experimental group which received group counseling based on behaviorism was significantly higher than the parents of autistic children who were in the controlled group (p -value < 0.05).

Conclusion: Group counseling based on behaviorism can develop parents' competency in behavioral modification of autistic children.

Key words: group counseling based on behaviorism, competency in behavioral modification of autistic children, parents of autistic children

บทนำ

ช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา พบเด็กออทิสติกเพิ่มสูงขึ้นมาก จากการสำรวจกลุ่มอาการออทิสติกของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2553 พบความชุก 1: 88 ขณะที่การสำรวจของไทยอายุ 0 - 5 ปี โดยคาดว่าปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2564 มีออทิสติก 300,000 คน จากสถิติกระทรวงศึกษาธิการ ปีการศึกษา 2559 พบว่ามีนักเรียนและนักศึกษาที่เป็นออทิสติก ดังนี้ โรงเรียนสังกัด สพฐ. 7,133 คน กสณ. 203 คน สกอ. 211 คน สช. 61 คน และ สอศ. 19 คน รวมทั้งสิ้น 7,627 คน¹ เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการทางสังคม ใช้คำพูดในการสื่อสารบอกความต้องการตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้อื่นไม่เข้าใจเกิดปัญหาว่าเด็กออทิสติกพูดสื่อสารหรือต้องการอะไร และทำให้คนอื่นมักจะเกิดการเข้าใจผิดในสิ่งที่เด็กออทิสติกนั้นได้สื่อสารออกมา²

ผู้ปกครองเป็นบุคคลที่สำคัญที่คอยสนับสนุนและวางแผนการเจริญเติบโต หลายครั้งที่ผู้ปกครองเด็กออทิสติกถูกบุคคลภายในสังคมมองและแสดงท่าทางหรือคำพูดถึงการไม่ยอมรับการแสดงความรังเกียจ จึงทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี จากเหตุผลที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ปกครองนั้นไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกท้อแท้ไม่มีจิตใจที่อยากจะฝึกปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกของผู้ปกครองลดน้อยลงจากเดิม³ ผู้ปกครองบางคนมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างจำกัด

และขาดความรู้ ขาดทักษะการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก หากผู้ปกครองได้รับความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กออทิสติก ที่ถูกต้องและเหมาะสม ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาดัง ๆ ได้ ดังนี้ 1) ด้านการนำความรู้ไปใช้ในปรับพฤติกรรม 2) ด้านทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรม 3) ด้านการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม 4) ด้านทักษะในการปรับพฤติกรรม⁴ หากผู้ปกครองมีความพร้อมในการดูแลก็จะส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในทางตรงกันข้ามหากผู้ปกครองไม่มีความพร้อมในการดูแล ก็จะส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ล่าช้า

จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ปกครองในโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่ง พบว่าเด็กออทิสติกมีลักษณะพฤติกรรมชน ไม่อยู่นิ่ง บางครั้งกรีดร้องโวยวาย และทำร้ายร่างกายตัวเอง นอกจากนี้ผู้ปกครองยังขาดความรู้และทักษะการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปกครองเด็กออทิสติก สรุปได้ดังนี้ 1) ผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล 2) ผู้ปกครองมีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวลต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ทำให้ผู้ปกครองควบคุมและดูแลลูกไม่ได้ จึงไม่พาลูกออกไปสู่สังคมนอกบ้าน เพราะเกรงจะเกิดอันตรายและเป็นปัญหากับผู้อื่นที่ไม่เข้าใจพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกมีหลายแนวคิด ซึ่งแนวคิดการปรึกษา

ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีจุดเด่นเพื่อบ่มุ่หมายส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความตระหนักรู้ มีพฤติกรรมที่สม่ำเสมอ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการนำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในเรื่องการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาการพัฒนาความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกอย่างมีประสิทธิภาพ⁶

เนื่องจากผู้วิจัยเป็นครูสอนการศึกษาพิเศษ จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกโดยการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ให้ผู้ปกครองสามารถปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และพร้อมในการเรียนรู้กิจกรรมในหลักสูตรของการศึกษาพิเศษ⁷

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทดสอบก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นออทิสติก และได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการ จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 14 คน สัมภาษณ์เชิงลึกลงนามเข้าร่วมการวิจัย และสุ่มอย่างง่าย

(Simple random sampling) เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 7 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามระบบปกติของโรงเรียน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กออทิสติก โรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งโดยตรงมากกว่า 6 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นออทิสติก ได้รับการขึ้นทะเบียนจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาการปรึกษา

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาการปรึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมในการพัฒนาความสามารถของผู้ปกครอง ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 - 1 และนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบปัญหาอุปสรรคแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ขั้นตอนการปรึกษากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและเทคนิคในการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ซึ่งมีขั้นตอนการ

ปรึกษากลุ่ม 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้นการปรึกษา
ขั้นดำเนินการปรึกษา และขั้นยุติการปรึกษา
จำนวน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง
30 นาที รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศเพื่อสร้างสัมพันธภาพ
ที่ตระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปกครองเด็กออทิสติก ซึ่งแจ้ง
วัตถุประสงค์และความสำคัญของการเข้ารับการ
ปรึกษากลุ่มรวมทั้งให้ผู้ปกครองทำความเข้าใจและ
ทราบข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับกติกา การปฏิบัติตน
ในการเข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับตาราง
วันเวลาจำนวนครั้งระยะเวลาสถานที่และวิธีการ
ปรึกษากลุ่ม

ครั้งที่ 2 และ 3 ด้านการนำความรู้ไปใช้ในการ
การปรับพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ปกครองได้สำรวจ
ความรู้ ความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับการปรับ
พฤติกรรมเด็กออทิสติก และให้ผู้ปกครองสามารถ
พัฒนาตนเองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ
ปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น

ครั้งที่ 4 และ 5 ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อ
การปรับพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ปกครองได้ประเมิน
ตนเองโดยภาพรวมในด้านความสามารถ ความ
สำคัญการเห็นคุณค่าของตนเองและให้ผู้ปกครอง
เข้าใจถึงการมองโลกในแง่ดีได้รับฟังและแลกเปลี่ยน
เสนอแนะข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

ครั้งที่ 6 และ 7 ด้านการสร้างแรงจูงใจใน
การปรับพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ปกครองบอกวิธีการ
พัฒนาความสามารถที่ตนเองมีอยู่ และทำให้
ผู้ปกครองมีกำลังใจในการพัฒนาความสามารถของ
ตนเอง

ครั้งที่ 8 และ 9 ด้านการมีทักษะในการ
ปรับพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ปกครองมีทักษะในการ
ปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกที่ไม่พึงประสงค์ และ
ให้ผู้ปกครองได้รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจาก
การมีทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก

ครั้งที่ 10 ยุติการให้การปรึกษา เพื่อสรุป
การเข้าร่วมกลุ่มและทำแบบประเมินหลังจากเข้า
ร่วมการปรึกษา เพื่อให้ผู้ปกครองได้สำรวจตนเอง

2. แบบวัดความสามารถของผู้ปกครอง
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ
ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยคำถามคำถาม จำนวน 39 ข้อ
แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการนำความรู้ไปใช้ในการ
การปรับพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการมี
ทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรม จำนวน 9 ข้อ 3)
ด้านการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม
จำนวน 10 ข้อ 4) ด้านการใช้ทักษะในการปรับ
พฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก
ทั้ง 39 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scales) ตามแบบของ Likert มี
5 ระดับ คือ ระดับ 1 หมายถึง ความสามารถในการ
ปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกน้อยที่สุด ระดับ 2
หมายถึง ความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็ก
ออทิสติกน้อย ระดับ 3 หมายถึง ความสามารถในการ
ปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกปานกลาง ระดับ 4
หมายถึง ความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็ก
ออทิสติกมาก ระดับ 5 หมายถึง ความสามารถในการ
ปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกมากที่สุด โดย
เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์ในการให้
คะแนนคือข้อความที่แสดงถึงความสามารถของ

ผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก โดยนำแบบวัดความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบวัดความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบของโรงเรียน ก่อนและหลังการทดลองเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการทดสอบค่า Skewness และการทดสอบค่า Kurtosis พบว่ามีค่ามากกว่า 2 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิตินอนพารามิเตอร์ (nonparametric statistics) ในการทดสอบ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกกลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบของโรงเรียนก่อนและหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา หมายเลข BSRU-REC 661109 วันที่รับรอง 20

พฤศจิกายน 2566 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธและออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลอง จำนวน 7 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 และเพศชาย ร้อยละ 14.3 มีช่วงอายุ 30 - 40 ปี ร้อยละ 57.1 อายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.6 และมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 14.3 หรือร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 14.3 ค้าขาย ร้อยละ 14.3 ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 28.6 พนักงานเอกชน ร้อยละ 28.6 และข้าราชการ ร้อยละ 14.3

เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 7 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.4 และเพศชาย ร้อยละ 28.6 มีช่วงอายุ 30 - 40 ปี ร้อยละ 14.3 อายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 57.1 และมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 28.6 หรือร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 28.6 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 42.9 และอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 14.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตาม

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองก่อน (mean = 3.4, S.D. = 0.26) และหลัง (mean = 4.6, S.D. = 0.15) ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ความสามารถโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.37$) เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง (mean = 3.1,

S.D. = 0.45; mean = 4.4, S.D. = 0.43) ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรม (mean = 3.7, S.D. = 0.87; mean = 4.7, S.D. = 0.17) ด้านการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม (mean = 3.5, S.D. = 0.25; mean = 4.6, S.D. = 0.18) และด้านการใช้ทักษะในการปรับพฤติกรรม (mean = 3.3, S.D. = 0.40; mean = 4.5, S.D. = 0.11) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 14)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 7)		กลุ่มควบคุม (n = 7)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	1	14.3	2	28.6
หญิง	6	85.7	5	71.4
อายุ				
30 - 40 ปี	4	57.1	1	14.3
41 - 50 ปี	2	28.6	4	57.1
มากกว่า 50 ปี	1	14.3	2	28.6
อาชีพ				
แม่บ้าน	1	14.3	2	28.6
ค้าขาย	1	14.3	3	42.9
ธุรกิจส่วนตัว	2	28.6	1	14.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0.0	1	14.3
พนักงานบริษัทเอกชน	2	28.6	0	0.0
ข้าราชการ	1	14.3	0	0.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยรวมและรายด้าน

ความสามารถของผู้ปกครอง	การทดลอง	mean	S.D.	Z	p-value
1. ด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง	3.1	0.45	-2.38	0.017*
	หลังการทดลอง	4.4	0.43		
2. ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง	3.7	0.87	-2.38	0.017*
	หลังการทดลอง	4.7	0.17		
3. ด้านการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง	3.5	0.25	-2.41	0.016*
	หลังการทดลอง	4.6	0.18		
4. ด้านการใช้ทักษะในการปรับพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง	3.3	0.40	-2.38	0.017*
	หลังการทดลอง	4.5	0.11		
ความสามารถโดยรวม	ก่อนการทดลอง	3.4	0.26	-2.37	0.018*

*p-value < 0.05, Wilcoxon signed rank test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยรวม

ความสามารถของผู้ปกครอง	การทดลอง	mean	S.D.	U	p-value
1. ด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	4.4	0.43	4.00	< 0.001*
	กลุ่มควบคุม	3.0	0.32		
2. ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	4.7	0.17	7.00	0.020*
	กลุ่มควบคุม	3.5	0.43		
3. ด้านการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	4.6	0.18	2.50	< 0.001*
	กลุ่มควบคุม	3.6	0.39		
4. ด้านการใช้ทักษะในการปรับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	4.5	0.11	6.50	0.010*
	กลุ่มควบคุม	3.4	0.56		
ความสามารถโดยรวม	กลุ่มทดลอง	4.6	0.15	5.00	0.010*
	กลุ่มควบคุม	3.4	0.33		

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

**การเปรียบเทียบความสามารถของ
ผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก
ภายหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎี
พฤติกรรมนิยม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติของ
โรงเรียน**

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความ
สามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก
ออทิสติกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุมโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (mean = 4.6, S.D. = 0.15,
 p -value = 0.010) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้าน
การนำความรู้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรมและด้าน
การสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (mean =
4.4, S.D. = 0.43, p -value < 0.001; mean = 4.6, S.D.
= 0.18, p -value < 0.001) ตามลำดับ ด้านการใช้
ทักษะในการปรับพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (mean = 4.5, S.D.
= 0.11, p -value = 0.010) และด้านการมีทัศนคติที่ดี
ต่อการปรับพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 (mean = 4.7, S.D. = 0.17, p -
value = 0.020) ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปราย

การพัฒนาความสามารถของผู้ปกครอง
ในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก โดยการ
ปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผู้วิจัยได้
อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการ

วิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ปกครองเด็กออทิสติก
กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎี
พฤติกรรมนิยมมีความสามารถในการปรับ
พฤติกรรมเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น ผลการศึกษา
ความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรม
เด็กออทิสติกกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่ม
ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ก่อนและหลังการทดลอง
โดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการปรึกษากลุ่ม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตาม
สมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการปรึกษากลุ่ม
ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มุ่งเน้นในส่วนของ
การพัฒนาด้วยตนเองในการปรับพฤติกรรมเด็ก
ออทิสติกโดยผู้ปกครองเด็กออทิสติกพยายาม
ค้นหาศักยภาพและจุดเด่นที่มีอยู่ในตนเอง
ตลอดจนความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ที่ไม่พึงปรารถนาของตนเอง ซึ่งมีผลดีต่อเด็ก
ออทิสติกที่รับรู้ได้สิ่งที่ผู้ปกครองควรตระหนัก
หรือคำนึงถึงว่าการพัฒนาศักยภาพของเด็กออทิสติก
ต้องใช้ระยะเวลาและความอดทนเป็นอย่างมาก
และผู้วิจัยพบว่าผู้ปกครองไม่มีความรู้เรื่องโรค
อาการ อารมณ์หรือพฤติกรรมของเด็กออทิสติก
จึงทำให้ผู้ปกครองปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกได้
ไม่ต่อเนื่องและระยะเวลาไม่เพียงพอทำให้การ
เรียนรู้ในการแสดงออกของเด็กออทิสติกยังเรียนรู้
ได้ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎี
พฤติกรรมนิยม จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้
ผู้ปกครองมีความตระหนักในพฤติกรรมที่แสดง
หรือปฏิบัติของตนเองต่อเด็กออทิสติกเกี่ยวกับ

ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมาทั้งต่อตนเอง และเด็กออทิสติกโดยพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองให้มีความรู้และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้ มีทัศนคติที่ดี มีการสร้างแรงจูงใจ เกิดการให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น แลกเปลี่ยนมุมมอง และประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติกของตนภายในกลุ่ม และนำมาปรับปรุงตนเองจนมีความรู้สึกมั่นใจในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาคผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นพบว่าโปรแกรมการปรึกษากับระยะเวลาการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนความสามารถในการปรับตัว นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁸

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) ด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรม หลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม ได้รับความรู้ขณะเข้ากลุ่มและเห็นถึงรูปแบบวิธีการนำไปประยุกต์ใช้ของแต่ละครอบครัวมาร่วมแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการนำไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกของตน ส่งผลให้รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และเป็นการปรึกษาที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ก่อให้เกิดการรับรู้ร่วมกันในการแก้ปัญหาที่เหมือนกัน

มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกิดความรู้ใหม่ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้จัดการอบรมผู้ปกครองหรือการให้ความรู้ในการดูแลเด็กออทิสติก ความรู้ถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในความสำเร็จของการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก เพื่อลดความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกและเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ 2) ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรม หลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้ประเมินตนเองโดยภาพรวมในด้านความสามารถ ความสำคัญและคุณค่าของตนเอง ทำให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและเกิดความรู้สึกยอมรับนับถือตนเองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก โดยพบว่าสมาชิกกลุ่มมีความคิดความรู้สึกเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความเข้าใจเด็กออทิสติกและบทบาทหน้าที่ของตนเองในการเป็นผู้ปกครองและยอมรับพร้อมที่จะเผชิญสิ่งที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดมนุษยนิยมที่ให้ความสำคัญต่อบุคคลในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีอิสระ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีศักยภาพเกิดการพัฒนาความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางบวก เช่นเดียวกับด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรม หลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการแสดงออกทางความคิดเห็น ความรู้สึกและความเชื่อของผู้ปกครองที่มี

ต่อเด็กออทิสติกในทางยอมรับและพร้อมที่จะปฏิบัติกับเด็กออทิสติกในเชิงบวก¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความเครียดและความคิดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีผลต่อความเข้าใจในการดูแลปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก โดยเกิดการยอมรับความสามารถของพฤติกรรมเด็กออทิสติก และเชื่อว่าเด็กออทิสติกสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยไม่เป็นภาระ¹¹ 3) ด้านการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม ผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้แสดงออกถึงการสร้างพลังบวกที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างมีทิศทาง และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้ปกครองบอกวิธีการพัฒนาความสามารถที่ตนเองมีอยู่ พบว่าหลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผู้ปกครองมีกำลังใจในการพัฒนาความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ยังขาดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมกับการปรับพฤติกรรมกับเด็กออทิสติก โดยผู้ปกครองไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์ใด ๆ ในขณะที่เด็กออทิสติกทำกิจกรรมการเรียนรู้กับครูผู้สอน

จากการสนทนากลุ่มผู้ปกครองให้สัมภาษณ์ว่าเกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจในบางครั้งปัญหาที่ตามมาคือเด็กออทิสติกมักถูกละเลยและถูกทอดทิ้ง จนกลายเป็นเด็กที่ไม่มีความพร้อมที่จะเข้าสู่ระบบการศึกษาได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และเป็นภาระในการดูแลของผู้ปกครอง¹² 4) ด้านการใช้ทักษะในการปรับพฤติกรรมเป็นการแสดงออกที่ปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่วรวดเร็วตรง

กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก เพื่อปรับลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง กริรร้องโวยวายและทำร้ายร่างกายตนเอง หลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผู้ปกครองได้รับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการมีทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก ทำให้ผู้ปกครองสามารถนำทักษะที่ฝึกไปปรับใช้กับเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับที่ได้ศึกษาทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ปกครองคือการจัดอบรม ผู้ปกครองให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กออทิสติกในด้านทักษะทางสังคม การสื่อสารและลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยวิธีการฝึกรอบรม การสอนการสาธิต และการฝึกทักษะจากผู้เชี่ยวชาญ¹³

สมมติฐานที่ 2 ผู้ปกครองเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นกว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาผู้ปกครองเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมีความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นกว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการศึกษาด้านพฤติกรรมสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้โดยทำการวางแผนอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง ประกอบไปด้วยการช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นปัญหาและเห็นพ้องในพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ดังเป้าหมาย

ที่สามารถวัดความก้าวหน้าได้ โดยจัดกลวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับการปรึกษาและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการ เมื่อพบว่ากลวิธีที่เลือกใช้นั้นไร้ผล สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาการเสริมสร้างพฤติกรรมกรอบเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีบุตรวัยรุ่นด้วยการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคโดยมีทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกรอบเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีบุตรวัยรุ่น มีคะแนนพฤติกรรมกรอบเลี้ยงดูของพ่อแม่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁴

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) ด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองเด็กออทิสติกอาจเกิดการเรียนรู้ใหม่ในการปรับพฤติกรรม มีความเข้าใจของพฤติกรรมของเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการสื่อสารของเด็กออทิสติก เมื่อเด็กออทิสติกสื่อสารบอกถึงความต้องการได้ดีทำให้ปัญหาพฤติกรรมลดน้อยลง ผู้ปกครองเด็กออทิสติกจึงเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ยอมรับข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก¹⁵ 2) ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรม ผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีความรู้สึกทางบวกเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

ของตนเองและสามารถยอมรับผลที่เกิดจากการกระทำของตนเองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคคลรู้จักและยอมรับตนเองเพิ่มขึ้น และมีพัฒนาการด้านสังคมเพิ่มขึ้น เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงและความเข้าใจความเป็นมนุษย์มาก¹⁶ 3) ด้านการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม จากการสังเกตขณะดำเนินการในกระบวนการกลุ่ม พบว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวก มีการให้กำลังใจและเสริมแรงซึ่งกันและกัน ยอมรับทุกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคได้ จึงทำให้ผู้ปกครองมีกำลังใจในการพัฒนาตนเองมากขึ้น มีความพยายามและอดทนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงต่อเด็กออทิสติก สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผู้ปกครองเด็กออทิสติกโดยเฉพาะผู้ที่เป็พ่อแม่สามารถทำทุกอย่างได้เพื่อลูกของตนเอง เพราะผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีความหวังที่อยากให้ลูกของตนสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ การสร้างแรงจูงใจของผู้ปกครองเด็กออทิสติกก็เป็นพลังและกำลังใจในการดูแลเด็กออทิสติกให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้นตามลำดับ¹⁷ 4) ด้านการใช้ทักษะในการปรับพฤติกรรม ผู้ปกครองได้ร่วมทดลองฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ตนเองจากการปรึกษากลุ่ม แสดงบทบาทสมมติให้เด็กออทิสติกรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยนำกิจกรรมการควบคุมอารมณ์ตนเองไปฝึกกับเด็กออทิสติกเพื่อดูการตอบสนองและช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กออทิสติก สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่สถาบันสุขภาพจิตเด็ก

และวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่า ผู้ปกครองสถาบัน
สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ช่วยให้เด็ก
ออทิสติกเติบโตและเรียนรู้ผ่าน โครงการพิเศษ
ประกอบด้วยกิจกรรมที่ช่วยให้เด็ก ๆ มีพัฒนาการ
หลังจากเข้าร่วม โครงการเด็กออทิสติกมีพัฒนาการ
ที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับเมื่อก่อนพ่อแม่มี
บทบาทสำคัญในการช่วยให้ลูกพัฒนา และเด็ก ๆ มี
ความก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ ในระดับสูง¹⁸

สรุป

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมต่อการพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก ผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นทั้งด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรม ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรม ด้านการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม และด้านการใช้ทักษะในการปรับพฤติกรรม เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติของโรงเรียน

ข้อเสนอแนะ

1. การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้
2. ผู้ที่จะนำการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม นี้ไปใช้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความ

เข้าใจตลอดจนมีทักษะการปรึกษากลุ่มเป็นอย่างดี และก่อนนำไปใช้ควรมีการทดลองใช้ และปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ปกครองเด็กออทิสติกของแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงศึกษาธิการ. แผนการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ ฉบับที่ 3 พ.ศ 2560 - 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2561.
2. โสธิดา ผุฏฐธรรม. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยใช้เทคนิค Social Stories ร่วมกับภาพถ่ายสำหรับเด็กออทิสติก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
3. Kinnear SH, Link BG, Ballan MS, Fischbach RL. Understanding the experience of stigma for parents of children with autism spectrum disorder and the role stigma plays in families' lives. J Autism Dev Disord 2016; 46(1): 942-53.
4. กุลยา ดันดิผลาชีวะ. เด็กออทิสติก สอนไม่ยากหากเข้าใจ ศูนย์พัฒนาศักยภาพเด็ก (RICS). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
5. สมัย สิริทองถาวร, ลินินาฏ จิตต์ภักดี, จุฬารักษ์ สมใจ. ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการเกิดออทิสซึมในเด็กที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ [online]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/> [2023 Feb 11].
6. พสุ วุฒินันท์, นาฏนภกัฏ โปธิ์ไพจิตร. แนวทางการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม. วารสารพุทธจิตวิทยา 2564; 6(1): 1-10.
7. จารุวรรณ ก้านศรี. ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดของผู้ปกครอง. วารสารทางวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2550; 1(1): 1-9.

8. ธนัชชนรี สโรบล, โชคชัย โชคภักตร์ชัย, สุมิตรพร จอมจันทร์, สมพร สิทธิสงคราม, นิตยา บุญลือ. ผลของโปรแกรมการฝึกฝนแบบกลุ่มต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ 2563, 5(12): 445-461.
9. Keen D, Couzens D, Musprall S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. Res Autism Spectr Disord 2005; 4(2): 229-41.
10. Corey and Gerald. Theory and Practice of Counseling & Psychotherapy. 8th ed. CA: Belmont; 2009.
11. Hastings RP, Brown T. Behavioural knowledge, causal beliefs, and self- efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. J Intellect Disabil Res 2002; 46: 144-50.
12. ภัฏญณัฐ สิทธิยศ. การพัฒนาสมรรถนะของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558.
13. Siller M, Sigman M. The behaviors of parents of children with autistic predict the subsequent development of their children's communication: J Autism Dev Disord 2002; 32: 77-89.
14. สุวัชรพร สวอยอารมณ์, เพ็ญภา กุลนาคล, ประชา อินัง. การเสริมสร้างพฤติกรรมมารอบเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีบุตรวัยร่นด้วยการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ. วารสารการวัดผลการศึกษาสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา 2566; 40(108): 40-50.
15. Mancil GR. Functional communication training: A review of the literature related to children with autism. Educ Train Dev Disabil 2006; 41(3): 213-24.
16. Caplan SW. The effect of group counseling in junior high school boys' concepts of themselves in school. J Couns Psychol 1957; 4(2), 124-8.
17. สุพัตรา จันทร์สุวรรณ. พลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศาสตร์พระราชานและการวิจัยเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตในยุค 2563; 12: 3583-91.
18. อาริสรา ทองเหม, ประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ 2560; 6(2): 21-36.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กัณตพัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร, ประ.ค.*, ปุณมนัส ชันคำมาละ, วท.บ.*, อุษณีย์ เข้มรักษ์, วท.บ.*,
พินนารา วัฒนโน, วท.บ.*, ปริญดา เทพคำ, วท.บ.*, ชนากานต์ ฉิมพานิช, วท.บ.*,
ณัชฎา ปรีชาภัทกุล, วท.บ.*, แสงดาว วัฒนาศกุลเกียรติ, ประ.ค.*

*คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ในนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับอายุ 18 - 60 ปี และแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (CD-RISC) ฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบสองทาง สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และศึกษาความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 370 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.5 ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 33.8 เกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป ร้อยละ 41.4 และรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,001 - 6,000 บาท ร้อยละ 33.2 พบว่า เพศ ชั้นปีที่ศึกษา เกรดเฉลี่ยที่ต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจไม่แตกต่างกัน แต่ระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (Mean = 156.3, S.D. = 17.32) และความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง ร้อยละ 99.2 รายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.337$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุป : นิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย และความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง รายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน และความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์กันทางบวก

คำสำคัญ : ความฉลาดทางอารมณ์, ความยืดหยุ่นทางจิตใจ

A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL QUOTIENT AND RESILIENCE QUOTIENT OF STUDENTS IN THE FACULTY OF HEALTH SCIENCE, NARESUAN UNIVERSITY

Kantabhat Anusaksathie, Ph.D.*, Punmanut Khunkhammala, B.S.*, Usanee Khemrug B.S.*,
Pimnara Wattano, B.S.*, Parinda Thepkum, B.S.*, Chanakarn Chimpanish, B.S.*,
Natchaya Preeyapassakul, B.S.*, Sangdaow Wattanasakulkiat, Ph.D.*

**Faculty of Social Sciences, Naresuan University*

Abstract

Objectives: To study emotional quotient and resilience quotient, compare personal information emotional quotient and resilience quotient, and study the relationship between emotional quotient and resilience quotient.

Material and Methods: This is survey research utilized as online questionnaires among Health Science students, Naresuan University between October 2022 and October 2023. The instrument used include a personal information questionnaire. Emotional intelligence assessment for ages 18-60 and the Mental Flexibility Assessment (CD-RISC), Thai version. Statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation. The quantitative data were analyzed by using T-test statistical methods, one-way ANOVA and Pearson Correlation.

Results: The sample of 370 was mostly 80.5% female, with 33.8% studying in the third year, a GPA of 3.50 up by 41.4%, and a monthly income between 4,001 and 6,000 baht by 33.2%. It indicated that sex years with a different GPA had a higher emotional quotient and resilience, but they had a normal level of emotional quotient (mean = 156.27, S.D. = 17.32) and a high resilience quotient of 99.2%. Different income per month had a statistically different emotional quotient at the 0.05 level of significance, and correlational analysis revealed that emotional quotient was positively, on average, related to resilience quotient at the 0.05 level of significance.

Conclusion: The students of Health Science had a normal level of emotional quotient, high resilience quotient, Different income per month have statistically different emotional quotient and emotional quotient was positively related to resilience quotient.

Key words: emotional quotient, resilience quotient

บทนำ

ณ ปัจจุบันวงการด้านสาธารณสุขระดับโลก หรือภูมิภาคขยายตัวหลายรอบด้านอย่างคร่ำครึ การริเริ่มพัฒนานุเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ นำไปสู่การจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างทรัพยากรบุคคลบริการสุขภาพควบคู่กับการเตรียมรับมือกับโรคหรือความเจ็บป่วยในรูปแบบใหม่ ซึ่งประเทศไทยพยายามพัฒนางานการแพทย์เป็นศูนย์กลางระดับนานาชาติ (Medical Hub) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือยกระดับความมั่นคงระดับชาติ¹ ท่ามกลางวิกฤตการณ์ที่หลากหลาย อันส่งผลต่อการปรับตัวที่ต้องเท่าทันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ถาโถมเข้ามาทั้งทางตรงและทางอ้อม บางบุคคลอาจขาดทักษะการรับมือ รู้เท่าทันอารมณ์ หรือเข้าใจความรู้สึกคนรอบตัว จนทำให้อารมณ์ทางลบครอบงำการใช้ตรรกะและเหตุผล² และก่อให้เกิดการเก็บกดทางอารมณ์ตามมา³ ตลอดจนลดทอนความสามารถในการฟื้นตัวและฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ จัดระบบการศึกษาพัฒนาคนไทยเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ระบุไว้ว่า บุคคลประสบความสำเร็จในการทำงานและการใช้ชีวิตร้อยละ 80 เกิดจากความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้ระบบการเรียนการสอนในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และสุขภาพทั่วประเทศสร้างแผนการเรียนที่มีแบบปฏิบัติการร่วมด้วย โดยส่งเสริมการควบคุมหรือจัดการอารมณ์อย่างชาญฉลาดในการเรียนรู้⁴ ขณะที่ลงมือปฏิบัติ ฝึกฝนความชำนาญสู่การวัดผลในเกณฑ์ของแต่ละสาขาวิชา ควบคู่

การทำงานและเท่าทันเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า เพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์ดูแลสุขภาพควบคู่สุขภาพจิต นำไปสู่การพัฒนาความคิดและความสามารถในการทำงานในแต่ละบุคคล⁵ ช่วยให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง มีสติ มองโลกในแง่ดี และเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ส่งผลให้มีไหวพริบ ปฏิภาณทางสังคมอย่างเหมาะสม⁶ นำไปสู่ความสัมพันธ์อันแน่นแฟ้นกับผู้อื่น⁷ ตลอดจนดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข⁸ ในแง่ของการดำเนินชีวิตหรือการเล่าเรียนต่างต้องเผชิญมุมมอง ประสบการณ์ มิตรสัมพันธ์ หรือสถานการณ์แตกต่างกันไป อาจเกิดความเสี่ยงทางอารมณ์หรือตกอยู่ในความเหนื่อยยาก บางคนสามารถปรับตัวอย่างเหมาะสม บางบุคคลอาจเกิดปัญหาทางจิตใจ นำไปสู่ภาวะวิกฤติของชีวิต ซึ่งผู้ที่ก้าวข้ามไปได้ เป็นความสามารถทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจที่สามารถปรับตัวและฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ยากลำบาก⁹ ล้วนเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันหรือวิธีฝ่าฟันอุปสรรค¹⁰ นำไปสู่กระบวนการปรับตัวให้เผชิญกับสิ่งท้าทายต่าง ๆ¹¹ หากบุคคลขาดทักษะความยืดหยุ่นทางจิตใจในการฟื้นฟูหรือปรับตัวกับอุปสรรคที่เข้ามา อาจส่งผลกระทบเป็นปัญหาทางอารมณ์ที่ผิดปกติทางจิตใจ¹² ซึ่งหากยังคงดำเนินอยู่จะนำไปสู่วัยทำงานที่มีความเครียดสะสม¹³ ส่งผลต่อคุณภาพการทำงานและการดำเนินชีวิต จึงเป็นเหตุผลที่ว่านิสิตหรือนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์ และสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจควบคู่กันไป

เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ ขอมรับ เข้าใจในภาวะอารมณ์ของตนเองและคนรอบตัว มีแนวทางในการคิดและแสดงออกเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่มีความกดดัน¹⁴ ส่งผลความสามารถ ยืนหยัด และกล้าเผชิญความท้าทายและอุปสรรคในระหว่างการศึกษา และเรียนรู้จากประสบการณ์ในสถานการณ์ใด ๆ¹⁵ ตลอดจนช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า¹⁶ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงความพึงพอใจ คุณภาพชีวิตที่ดีและคงอยู่ในระบบการศึกษาของนิสิตหรือนักศึกษาที่มีความเปราะบางได้อีกด้วย¹⁷

นอกจากนี้งานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างนิสิตหรือนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในประเทศไทยมีข้อมูลเชิงปริมาณไม่มากนักที่เกี่ยวข้องกับระดับความสัมพันธ์ของความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นเหตุให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการสนับสนุนหรือส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ควบคู่ไปกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ อีกทั้งด้วยสังคมรอบตัวเราต่างขับเคลื่อนไปข้างหน้าและมีการพัฒนาหลายรอบด้านอยู่เสมอ อันนำมาซึ่งนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวรนั้น เป็นหนึ่งในกำลังหลักสำคัญในการสร้างบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขับเคลื่อนระบบการศึกษาและพัฒนาวงการแพทย์ระดับประเทศต่อไป ทางผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาหรือประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลนำร่องแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยนเรศวร

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยนเรศวร ผ่านการได้รับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข COA No. 057/2023 IRB No.P2-0445/2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยนเรศวรระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2565 ซึ่งประกอบด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 6,903 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan โดยมีสูตรดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + X^2p(1-p)}$$

โดยที่

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

N = จำนวนประชากรที่ทราบค่าทั้งหมด

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้

x^2 = ไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับ

ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($x^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (กำหนด $p = 0.5$)

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Quota Sampling ในคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 6,903 คน ประกอบด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน 323 คน คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 516 คน คณะแพทยศาสตร์ จำนวน 998 คน คณะเภสัชศาสตร์ จำนวน 758 คน คณะสหเวชศาสตร์ จำนวน 1,140 คน คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 1,577 คน และคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1,591 และทำการเก็บสำรวจข้อมูลของผู้ตอบสอบถามในแต่ละคณะ จากนั้นดำเนินการใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามบังเอิญ (Accident Sampling) จนกว่าจะได้ครบตามจำนวนสัดส่วนที่ต้องการศึกษาตามสังกัดคณะ ดังนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 85 คน คณะสหเวชศาสตร์ จำนวน 59 คน คณะแพทยศาสตร์ จำนวน 52 คน คณะเภสัชศาสตร์ จำนวน 41 คน คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 30 คน และคณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน 18 คน รวมทั้งสิ้น 370 คน

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรแบ่งกลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย และรายได้ต่อเดือน

ตัวแปรเปรียบเทียบ ได้แก่ คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ที่ได้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับอายุ 18 - 60 ปี และคะแนนความ

ยืดหยุ่นทางจิตใจ (CD-RISC) ของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ขอความยินยอมเป็นอาสาสมัครให้เก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย สังกัดคณะ และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient) สำหรับอายุ 18 - 60 ปี ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 52 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความดีมีค่า ความเที่ยงเท่ากับ 0.67 องค์ประกอบด้านเก่ง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.55 องค์ประกอบด้านมีความสุข มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77 และความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.82 มีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้ผู้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ให้คะแนน 1 - 4 คะแนน (1 = ไม่จริง ถึง 4 = จริงมาก) โดยมีช่วงคะแนนปกติของแต่ละด้านย่อยทั้ง 9 ด้าน ตามกราฟความฉลาดทางอารมณ์ (อายุ 18 - 25 ปี) ดังนี้

ด้านดี ได้แก่

1.1 ควบคุมตัวเอง คะแนนปกติ = 13 - 18

1.2 เห็นใจผู้อื่น คะแนนปกติ = 16 - 21

1.3 รับผิดชอบ คะแนนปกติ = 17 - 23

ด้านเก่ง ได้แก่

2.1 มีแรงจูงใจ คะแนนปกติ = 15 - 21

2.2 ตัดสินใจและแก้ปัญหา คะแนนปกติ
= 14 - 20

2.3 สัมพันธภาพ คะแนนปกติ = 15 - 20
ด้านสุข ได้แก่

3.1 ภูมิใจในตนเอง คะแนนปกติ = 9 - 14

3.2 พอใจชีวิต คะแนนปกติ = 16 - 22

3.3 สุขสงบทางใจ คะแนนปกติ = 15 - 21

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความยืดหยุ่นทาง

จิตใจ Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
จำนวน 10 ข้อ ซึ่งในฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย
รศ.ดร.นพพร ว่องศิริมาศ มีลักษณะคำตอบเป็น
แบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้เลือกตอบเพียง
1 ตัวเลือก ให้คะแนน 0 - 4 คะแนน (0 = ไม่เห็น
ด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวม
0 - 40 คะแนน โดยคะแนนร่วมน้อยกว่าหรือเท่ากับ
9 คะแนน ประเมินว่ามีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่น
ของชีวิตต่ำ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามรูปแบบ
ออนไลน์ผ่านทางแพลตฟอร์มต่าง ๆ

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วน
และถูกต้องของแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยทำการตรวจให้คะแนนแบบ
ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม
ไปตรวจสอบให้คะแนน เพื่อไปวิเคราะห์ด้วย
โปรแกรมทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive

statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
ด้วยสถิติ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (inferential
statistics) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เพื่อสรุป
อ้างอิงค่าสถิติต่าง ๆ ในกลุ่มตัวอย่างไปยังกลุ่ม
ประชากรด้วยสถิติ independent t-test, One-way
ANOVA, และ Pearson's Correlation

ผล

ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น
370 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 298 คน
(ร้อยละ 80.5) ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 จำนวน 125 คน
(ร้อยละ 33.8) เกรดเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.50 เป็นต้นไป
จำนวน 153 คน (ร้อยละ 41.4) และรายได้ต่อเดือน
อยู่ระหว่าง 4,001 - 6,000 บาท จำนวน 123 คน
(ร้อยละ 33.2) ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ระดับความฉลาดทาง อารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ระดับความฉลาดทาง
อารมณ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทาง
อารมณ์โดยรวมอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (mean = 156.3,
S.D. = 17.32) ซึ่งคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมของความ
ฉลาดทางอารมณ์ในด้านดี (mean = 58.1, S.D. =
6.33) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ด้านเก่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ
(mean = 49.9, S.D. = 6.82) และด้านสุขอยู่ใน
เกณฑ์ปกติ (mean = 48.3, S.D. = 7.30) เมื่อพิจารณา
องค์ประกอบรายด้าน พบว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	298	80.5
ชาย	72	19.5
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	78	21.1
ชั้นปีที่ 2	115	31.1
ชั้นปีที่ 3	125	33.8
ชั้นปีที่ 4	40	10.8
ชั้นปีที่ 5	12	3.2
คณะ		
ทันตแพทยศาสตร์	18	4.9
พยาบาลศาสตร์	30	8.1
แพทยศาสตร์	52	14.0
เภสัชศาสตร์	41	11.1
สหเวชศาสตร์	59	15.9
สาธารณสุขศาสตร์	85	23.0
วิทยาศาสตร์การแพทย์	85	23.0
เกรดเฉลี่ย		
2.01 - 2.50	14	3.8
2.51 - 3.00	76	20.5
3.01 - 3.50	127	34.3
3.51 ขึ้นไป	153	41.4
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน	72	19.5
4,001 - 6,000 บาทต่อเดือน	123	33.2
6,001 - 8,000 บาทต่อเดือน	76	20.5
มากกว่า 8,001 บาทต่อเดือน	99	26.8

ยกเว้นองค์ประกอบด้านควบคุมตัวเองอยู่ในเกณฑ์
สูงกว่าปกติ จำนวน 367 คน (ร้อยละ 99.2) และมีความยึดหยุ่น
ทางจิตใจต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.8) ดังตารางที่
ผลการวิเคราะห์ระดับความยึดหยุ่นทาง
2 และ 3
จิตใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีความยึดหยุ่นทางจิตใจสูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความฉลาดทางอารมณ์ (n = 370)

ความฉลาดทางอารมณ์	mean	S.D.	เกณฑ์
ด้านดี	156.27	17.32	
ควบคุมตนเอง	58.08	6.33	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
เห็นใจผู้อื่น	18.98	2.41	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
รับผิดชอบ	19.45	2.62	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ด้านเก่ง	19.66	2.59	
มีแรงจูงใจ	49.90	6.82	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ตัดสินใจและแก้ปัญหา	17.05	2.82	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
สัมพันธ์ภาพ	15.88	2.42	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ด้านสุข	16.96	2.93	
ภูมิใจในตนเอง	48.29	7.30	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
พอใจในชีวิต	11.46	2.27	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
สุขสงบทางจิตใจ	18.82	3.27	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
รวม	44.90	5.65	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความยึดหยุ่นทางจิตใจ (n = 370)

ความยึดหยุ่นทางจิตใจ	จำนวน	ร้อยละ
ความยึดหยุ่นทางจิตใจสูง	367	99.2
ความยึดหยุ่นทางจิตใจต่ำ	3	0.8
รวม	370	100.0

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบเพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยกับความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ พบว่า เพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจที่ไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อเปรียบเทียบรายได้ต่อเดือนกับความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ พบว่า ข้อมูลด้านรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์ที่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงวิเคราะห์รายคู่ด้วย Tukey HSD ขณะเดียวกันรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีความยืดหยุ่นทางจิตใจที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (n = 370)

ตัวแปร	เพศ	mean	S.D.	t	df	p-value
ความฉลาดทางอารมณ์	หญิง	156.0	16.83	0.56	368	0.577
	ชาย		157.29	19.33		
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	หญิง	23.9	6.93	1.45	368	0.149
	ชาย		25.17	7.05		

*p-value < 0.05, independent t-test

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างชั้นปี เกรดเฉลี่ย รายได้ต่อเดือนกับความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (n = 370)

	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ชั้นปี	ระหว่างกลุ่ม	4	1518.22	379.56	1.27	0.282
	ภายในกลุ่ม	365	19.33	299.15		
ความฉลาดทางอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	4	6.93	24.86	0.51	0.729
	ภายในกลุ่ม	409	7.05	48.77		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างชั้นปี เกรดเฉลี่ย รายได้ต่อเดือนกับความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (n = 370) (ต่อ)

	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
เกรดเฉลี่ย						
ความฉลาดทางอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	4	2167.80	722.60	2.44	0.064
	ภายในกลุ่ม	365	108538.7	296.55		
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	ระหว่างกลุ่ม	3	369.35	722.60	2.57	0.054
	ภายในกลุ่ม	366	17532.72	296.55		
รายได้ต่อเดือน						
ความฉลาดทางอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	3	2455.00	818.33	2.77	0.042*
	ภายในกลุ่ม	366	108251.5	295.77		
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	ระหว่างกลุ่ม	3	172.99	57.66	1.19	0.313
	ภายในกลุ่ม	366	17729.10	48.44		

*p-value < 0.05, One-way ANOVA

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์การเรียงตัวของรายได้ต่อเดือนกับความฉลาดทางอารมณ์ (n = 370)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (I)	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (J)	Df (I-J)	p-value
ต่ำกว่า 4,000 บาท	4,001 - 6,000 บาท	.96	0.986
	6,001 - 8,000 บาท	-1.86	0.913
	8,000 บาทขึ้นไป	-5.44	0.174
4,001 - 6,000 บาท	ต่ำกว่า 4,000 บาท	-.96	0.982
	6,001 - 8,000 บาท	-2.82	0.676
	8,000 บาทขึ้นไป	-6.40	0.031*
6,001 - 8,000 บาท	ต่ำกว่า 4,000 บาท	1.86	0.913
	4,001 - 6,000 บาท	2.82	0.676
	8,000 บาทขึ้นไป	-3.59	0.521
ตั้งแต่ 8,000 บาทขึ้นไป	ต่ำกว่า 4,000 บาท	5.44	0.174
	4,001 - 6,000 บาท	6.40	0.031*
	6,001 - 8,000 บาท	3.59	0.521

*p-value < 0.05, One-way ANOVA, Tukey

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจด้วย

Pearson Correlation พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (n = 370)

	ความยืดหยุ่นทางจิตใจ		
	r	p-value	ระดับ
ความฉลาดทางอารมณ์	0.637	0.001*	สัมพันธ์ระดับปานกลาง

*p-value < 0.05, Pearson Correlation

อภิปราย

ความฉลาดทางอารมณ์

จากผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย ซึ่งมีการศึกษา เผยว่าความฉลาดทางอารมณ์ในนิสิตแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ชั้นปีที่ 6 มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ¹⁹ แสดงให้เห็นว่านิสิตใช้ทักษะการจัดการอารมณ์ควบคู่กับการเล่าเรียน แยกแยะปัญหา ถกเถียงกล้าแสดงออก และสร้างมิติสัมพันธ์ต่อคนรอบตัวได้ดี โดยลักษณะของความฉลาดระหว่างปฏิสัมพันธ์ คือ การรับรู้อารมณ์ จัดการแยกแยะอารมณ์ และเปิดเผยตนเอง จะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม¹⁸

จากผลการสำรวจปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย มีความฉลาดทางอารมณ์ไม่

แตกต่างกัน แต่รายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกัน คือ รายได้ต่อเดือนอาจบ่งบอกได้ว่าปัจจัยด้านทุนทรัพย์ที่แตกต่างกันมีผลทำให้ความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันในลักษณะเพิ่มขึ้นหรือลดลง หากบุคคลมีทุนทรัพย์สูงจะเป็นตัวส่งเสริมในชีวิตประจำวันและรับมือกับปัญหา ซึ่งรายได้ต่อเดือนมีผลต่อเงินออม หากนิสิตที่มีรายได้ต่อเดือนสูงจะเก็บเงินออมหรือมีทักษะทางการเงินได้คล่องตัวกว่านิสิตที่รายได้ต่อเดือนต่ำแล้วเป็นไปได้ว่าการจัดการคุณภาพของอารมณ์แตกต่างกัน²⁰ หากบุคคลที่มีความขาดแคลนทุนทรัพย์อาจต้องเผชิญกับความเครียดและปัญหาทางการเงิน การขาดเงินออมหรือเงินสำรอง และพบว่า นักศึกษาที่ทำงานพิเศษ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและค่าเล่าเรียนด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยที่สูงในการพิจารณาว่าจะลงทุนหรือมีความกังวลเกี่ยวกับ

สภาพเงินที่ไม่คล่องตัวหรือค่ารักษาพยาบาล
ถูกเงิน ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการพัฒนาความ
ฉลาดทางอารมณ์ในสถานการณ์ใด ๆ ได้²¹

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ

จากผลการสำรวจความยืดหยุ่นทางจิตใจ
ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่น
ทางจิตใจสูง แสดงให้เห็นว่า ระหว่างการศึกษาที่มีความ
ยากลำบากหรือเป็นสถานการณ์วิกฤติ นิสิต
สามารถฝ่าฟันอุปสรรคในเรื่องต่าง ๆ เกือบเกี่ยว
ประสบการณ์ มีพลังใจ ยอมรับและพัฒนาศักยภาพ
ที่มีอยู่ ยกระดับสุขภาพจิตให้แข็งแกร่ง มีการศึกษา
ความยืดหยุ่นทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาล
ทัศนมาตร รังสีเทคนิค และวิทยาศาสตร์การแพทย์
มหาวิทยาลัยโพธิ์เทคนิคฮ่องกง พบว่า สามารถ
เสริมสร้างปัจจัยสำคัญต่าง ๆ หรือดูแลสุขภาพจิตที่ดี
พัฒนาและฝึกฝนนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพและ
ความเป็นมืออาชีพ มีวินัยในการเรียนตามลำดับชั้นปี
และทุ่มเทให้กับการทำงาน²² ซึ่งความยืดหยุ่นทาง
จิตใจเป็นเหมือนตัวกลางในการฟื้นตัว จัดการและ
ฝ่าฟันความเข้มงวดของรายวิชาที่เพิ่มขึ้น สร้าง
แรงจูงใจ และรักษาสุขภาพจิตที่ดีคงอยู่ในการเรียน
มหาวิทยาลัย²³ สำหรับผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ
สูงนั้น ส่วนใหญ่มีผลการเรียนที่น่าพึงพอใจและ
มุ่งมั่นอยู่ในระบบการศึกษาต่อ อีกทั้งการพัก
การศึกษานักศึกษาชาวเอกวาดอร์ บ่งบอกถึง
ความยืดหยุ่นทางจิตใจลดน้อยลง ส่งผลกระทบต่อ
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความเสี่ยงต่าง ๆ
ซึ่งการดูแลและคอยประเมินความเสี่ยงในด้านของ
อารมณ์หรือความรู้สึก จะสร้างความเข้าใจและฝึก

ทักษะการรับมือกับปัญหา มีแรงผลักดันในกลุ่ม
การทำงาน และมองเห็นความสามารถของตนเอง
ส่งผลดีต่อความสัมพันธ์ในสังคม²⁴ นอกจากนี้มีผล
การศึกษาหนึ่งเผยว่า ความสัมพันธ์ที่ดีส่งผลให้
ความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง หากมีแรงสนับสนุนทาง
สังคม จะเสริมกำลังความแข็งแกร่งทางใจ และเพิ่ม
คุณค่าต่อตนเอง ช่วยให้ผู้คลอบปรับตัวเข้ากับ
สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม เข้าใจและมั่นใจใน
ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ประสบความสำเร็จ
ในอนาคต²⁵

จากผลสำรวจปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ
ชั้นปี เกรดเฉลี่ย และรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน
พบว่า มีความยืดหยุ่นทางจิตใจไม่แตกต่างกัน โดย
ส่วนใหญ่ นิสิตมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง แสดงถึง
ความสามารถในการฟื้นตัวจากการเผชิญความ
ยากลำบากหรือสถานการณ์วิกฤติในรายวิชากลุ่ม
วิทยาศาสตร์สุขภาพ สามารถมีทักษะหรือแยกแยะ
อารมณ์ในการศึกษาในรายวิชาที่อาจจะปรับเปลี่ยนไป
ซึ่งผู้ที่มีทักษะความยืดหยุ่นทางจิตใจที่ดี จะมีทักษะ
ในการลดความเครียดและเพิ่มความสนใจในการ
เรียนท่ามกลางรูปแบบการสอนหรือรายวิชาเฉพาะ
สาขาวิชาที่ปรับเปลี่ยนตลอดเวลา รู้จักจุดแข็งหรือ
จุดอ่อน อดทนอดกลั้น มีความรับผิดชอบ มีทักษะ
สื่อสารในขณะสถานการณ์วิกฤติ²⁶ รวมถึงการ
นำไปสู่สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีขณะกำลัง
ศึกษาอยู่²⁷

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทาง อารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง

ความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง เมื่อนิสิตมีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีแนวโน้มที่สูงตามไปด้วย อาจเป็นผลจากความพึงพอใจในการใช้ชีวิต ทำให้นิสิตแสดงออกทางอารมณ์อย่างมีเสถียรภาพ ใช้ความสามารถทางอารมณ์ในการสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจ รับมือกับปัญหาที่ส่งอิทธิพลกลายเป็นความยืดหยุ่น เพื่อสร้างโอกาสครั้งใหม่กับการเรียนรู้ เข้าใจ และมีแนวทางอื่น ๆ ในการปรับตัวในการเล่าเรียนที่มีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่งความพึงพอใจในชีวิต มักมีความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจสัมพันธ์กันทางบวก อีกทั้งพื้นฐานของความฉลาดทางอารมณ์ที่ส่งเสริมทักษะความยืดหยุ่นทางจิตใจในเชิงบวก จะมีการพัฒนาควบคู่กันไปด้วย จะส่งผลให้นิสิตจัดการกับความเครียด ความกดดัน ความกังวล หรือปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามารุมเร้า ผู้การแก้ไขปัญหานั้นเฉพาะหน้าได้ดี คงสภาพความยืดหยุ่นต่อรองกับความกดดันหรือสิ่งที่ไม่คุ้นเคย²⁸ ได้มีการวิเคราะห์ความฉลาดทางอารมณ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความเครียดในการเรียน ความวิตกกังวลในการวัดผลการเรียน ตลอดจนหาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจ จากมหาลัยอัลเมเรีย ประเทศสเปน พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ส่งผลทางบวกกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ²⁹ อันส่งผลให้นิสิตมีคุณภาพชีวิตหรือความเป็นอยู่ที่ดี เป็นพื้นฐาน

สำคัญในการสร้างสุขภาพจิตที่ดี เป็นปัจจัยช่วยให้นิสิตต่อยอดสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการศึกษา พัฒนาความเป็นมืออาชีพในอนาคต อีกทั้งมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจในนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยอุรุม ประเทศปากีสถาน พบว่าความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจมีผลต่อสุขภาพจิตที่ดีของนักศึกษา และสามารถสร้างความพร้อมในการพัฒนาตนเองให้สู่มืออาชีพได้³⁰

สรุป

ผลการศึกษานี้พบ ความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยและความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ต่อยอดด้านการจัดกิจกรรม ปรับสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจในกลุ่มนิสิตนักศึกษาในการจบหลักสูตรต่อไป แต่มีอาจมีข้อจำกัดหากไม่ได้ศึกษาแบบสอบถามให้ครอบคลุมและวางแผนอย่างรัดกุม อีกทั้งสามารถศึกษาต่อยอดตัวแปรด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่นทางจิตใจของนักศึกษา เช่น การควบคุมตนเอง แรงจูงใจหรือการแก้ปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณฝ่ายกิจการ นิสิตคณะ

ทันตแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ และคณะวิทยาศาสตร์
การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ช่วยประสานงาน
ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Hongthong A. The hospital development model to achieve advanced quality. International Academic Multidisciplinary Research Conference in Vienna. 2023; 20: 252-5.
- Goel V, Vartanian O. Negative emotions can attenuate the influence of beliefs on logical reasoning. *Cogn Emot* 2011; 25(1): 121-31.
- Gross JT, Cassidy J. Expressive suppression of negative emotions in children and adolescents: Theory, data, and a guide for future research. *Dev Psychol* 2019; 55(9): 19-38.
- Joseph JM. The resilient child: Preparing today's youth for tomorrow's world. New York: Plenum; 1994.
- Brewer J, Cadman C. Emotional intelligence: Enhancing student effectiveness and patient outcomes. *Nurse Educ* 2000; 25(6): 264-6.
- Mancini G, Biolcati R, Joseph D, Trombini E, Andrei F. Emotional intelligence: Current research and future perspectives on mental health and individual differences. *Front Psychol* 2022; 13: 1-3.
- Segal J, Smith M, Robinson L, Shubin J. Improving Emotional Intelligence (EQ): Emotional intelligence affect's. *Help Guide* 2022; 5: 1-5.
- รัศมี มณีนิล. ความฉลาดทางอารมณ์: อีคิวคืออะไร. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2560.
- กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ : Resilience Quotient. นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2563.
- Grant L, Kinman G. Emotional resilience in the helping professions and how it can be enhanced. *HSC* 2014; 3(1): 23-34.
- American Psychological Association. The road to resilience. *APA PsycNet*. 2004: 227-9.
- Hussain R, Guppy M, Robertson S, Temple E. Physical and mental health perspectives of first year undergraduate rural university students. *BMC* 2013; 13(1): 1.
- Herbst U, Voeth M, Eidhoff AT, Müller M, Stief S. Studierendenstress in Deutschland – Eine Empirische Untersuchung Bd, vol. 85. Berlin: AOK Bundesverband; 2016.
- Van Rooy DL, Viswesvaran C. Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *J Vocat Behav* 2004; 65(1): 71-95.
- Nelson CA. Neural plasticity and human development. *Curr. Dir. Psychol* 1999; 8(2): 42-5.
- Akeman E, Kirlic N, Clausen AN, Cosgrove KT, McDermott TJ, Cromer LD, Paulus MP, Yeh HW, Aupperle RL. A pragmatic clinical trial examining the impact of a resilience program on college student mental health. *Depression and Anxiety* 2020; 37(3): 202-13.
- VanBreda AD. Resilience of vulnerable students transitioning into a South African university. *High. Educ* 2018; 75: 1109-24.
- Howard Gardner. Frames of mind: The theory of multiple intelligence. New York: Basic Books; 1983.
- รุจิกาญจน์ เหลี่ยมเจริญ. ความฉลาดทางอารมณ์ของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 มหาวิทยาลัยนเรศวร [วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย]. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560.
- วัลลพ ล้อมตะกู, สิทธิชัย ลิ่ววัฒนวงศ์, สิริเกียรติ รัชสุสานติ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเงินออมของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในประเทศไทย. *Rajapark Journal* 2566; 17(51): 192-204.
- Tsurugano S, Nishikitani M, Inoue M, Yano E. Impact of the COVID-19 pandemic on working students: Results from the Labour Force Survey and the student lifestyle survey. *J Occup Health* 2021; 63(1): e12209.

22. Ching SS, Cheung K. Factors affecting resilience of nursing, optometry, radiography and medical laboratory science students. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(8): 38-67.
23. Ang WH, Shorey S, Lopez V, Chew HS, Lau Y. Generation Z undergraduate students' resilience during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Curr Psychol* 2022; 41(11): 8132-46.
24. Pertegal-Felices ML, Valdivieso-Salazar DA, Espín-León A, Jimeno-Morenilla A. Resilience and academic dropout in ecuadorian university students during Covid-19. *Sustainability* 2022; 14(13): 8066.
25. Auttama N, Seangpraw K, Ong-Artborirak P, Tonchoy P. Factors associated with self-esteem, resilience, mental health, and psychological self-care among university students in Northern Thailand. *J Multidiscip Healthc* 2021: 1213-21.
26. Quintiliani L, Sisto A, Vicinanza F, Curcio G, Tambone V. Resilience and psychological impact on Italian university students during COVID-19 pandemic. Distance learning and health. *Psychol Health Med* 2022; 27(1): 69-80.
27. Wu Y, Yu W, Wu X, Wan H, Wang Y, Lu G. Psychological resilience and positive coping styles among Chinese undergraduate students: a cross-sectional study. *BMC Psychology* 2020; 8(1): 1-11.
28. DiFabio A, Saklofske DH. Promoting individual resources: The challenge of trait emotional intelligence. *Pers Individ Dif* 2014; 65: 19-23.
29. Trigueros R, Padilla AM, Aguilar-Parra JM, Rocamora P, Morales-Gázquez MJ, López-Liria R. The influence of emotional intelligence on resilience, test anxiety, academic stress and the Mediterranean diet. A study with university students. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(6): 20-71.
30. Bano Z, Pervaiz S. The relationship between resilience, emotional intelligence and their influence on psychological wellbeing: A study with medical students. *Pak Armed Forces Med J* 2020; 70(2): 390-394.

การพยากรณ์อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดในจังหวัดลพบุรี

กษารณ ศรีพารัตน์, พย.ม.*, วadhana ชยรัช, ปร.ค.**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

**คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : พัฒนาแบบจำลองอนุกรมเวลาพยากรณ์อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดในจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2567

วัสดุและวิธีการ : พยากรณ์ทางสถิติด้วยข้อมูลทุติยภูมิอนุกรมเวลาโดยรวบรวมข้อมูลจากรายงานมาตรฐานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การคัดกรองความเครียด (ST-5) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561 ถึง 2567 (ประมวลผลวันที่ 20 เมษายน 2567) ด้วยแบบจำลองการถดถอยพหุนามและทฤษฎีระบบเกรย์ วัดค่าความถูกต้องของการพยากรณ์ด้วยสัมประสิทธิ์การทำนาย และค่าเฉลี่ย ร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์

ผล : แบบจำลองตามสมการถดถอยพหุนามให้ค่าพยากรณ์ปีงบประมาณ 2567 คือ 341 ต่อผู้สูงอายุที่คัดกรอง 10,000 คน เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 305.97 เมื่อเทียบกับค่าจริงปีงบประมาณ 2567 (ประมวลผลวันที่ 20 เมษายน 2567) อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียด คือ 262 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30.34 ค่าพยากรณ์ด้วยสมการถดถอยพหุนามสหสัมพันธ์กับค่าจริง 0.97 มีสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 94.11 ค่าเฉลี่ยร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ 12.53 อยู่ในเกณฑ์ที่แบบจำลองมีความแม่นยำในการพยากรณ์ดี ขณะที่แบบจำลอง GM(1,1) และ GM(1,1)EPC มีสหสัมพันธ์ค่าพยากรณ์กับค่าจริงต่ำมาก ค่าเฉลี่ยร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ก็สูงกว่าแบบจำลองตามสมการถดถอยพหุนาม

สรุป : ข้อมูลปีงบประมาณ 2561 ถึง 2567 มีความผันผวนจากเริ่มต้นลดลงมาครั้งหนึ่งเพิ่มขึ้นแล้วลดลงต่อเนื่องสองปีจากนั้นเพิ่มขึ้นถึงสามเท่าในปีงบประมาณ 2567 การตัดสินใจเลือกแบบจำลองเพื่อการพยากรณ์บนพื้นฐานของความสะดวกคล่องกับข้อมูลเดิมมากที่สุดและความแตกต่างจากข้อมูลเดิมต่ำสุดแบบจำลองตามสมการถดถอยพหุนามอาจไม่ใช่ทางเลือกที่เหมาะสมอีกต่อไป ดังนั้นจึงต้องใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบการตัดสินใจร่วมด้วย ได้แก่ ปัจจัยภายนอกและการดำเนินโครงการต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีส่วนลดความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : การพยากรณ์, ผู้สูงอายุ, ปัญหาความเครียด

FORECASTING THE RATE OF ELDERLY WITH STRESS PROBLEMS IN LOPBURI PROVINCE

Kachaporn Sripharut, M.N.S.*, Vadhana Jayathavaj, Ph.D.**

**Faculty of Nursing, Pathumthani University*

***Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University*

Abstract

Objectives: To develop a time series model to predict the rate of elderly with stress problems in Lopburi Province, fiscal year 2024.

Material and Methods: Statistical time series forecasting with secondary data collected from standard reports to promote and prevent mental health problems stress screening (ST-5) among elderly people aged 60 years and over of the Ministry of Public Health, fiscal year 2018 to 2024 (processed on April 20, 2024) using polynomial regression and Gray System Theory. Forecast accuracy is measured by the coefficient of determination and the mean absolute percentage error.

Results: The model based on a polynomial regression equation gave a forecast value for fiscal year 2024 of 341 per 10,000 screened elderly people, an increase of three times from fiscal year 2023. When compared to the actual value for fiscal year 2024 (processed on April 20, 2024), the rate of elderly people having stress problems was 262, an increase of 30.3 percent. The predicted value using the polynomial regression equation had a correlation with the actual value of 0.97, with a coefficient of determination of 94.11 percent, and the mean absolute percentage error (MAPE) was 12.53, within the criteria that the model had good prediction accuracy. While the GM (1,1) and GM (1,1) EPC models had the very low correlations between the predicted values and the actual values, and the MAPEs were higher than the model based on polynomial regression equations.

Conclusion: Data for fiscal years 2018 to 2024 fluctuated from an initial drop in half, then an increase, then a two-year decline, then an increase more than tripling in fiscal year 2024. When deciding on a forecasting model based on the most consistent with the original data and the least different from the original data, a polynomial regression model may no longer be a suitable choice. Therefore, qualitative information must be used, including external factors and the implementation of various projects by agencies related to factors that contribute to stress reduction among the elderly.

Key words: forecasting, the elderly, stress problems

Corresponding author: Vadhana Jayathavaj, e-mail: vadhana.j@ptu.ac.th

Received: May 7, 2024; Revised: June 23, 2024; Accepted: July 1, 2024

บทนำ

ความเครียด (Stress) เป็นสภาวะของความกังวลหรือความตึงเครียดทางจิตที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก ความเครียดเป็นการตอบสนองตามธรรมชาติของมนุษย์ที่กระตุ้นให้จัดการกับความท้าทายและภัยคุกคามในชีวิต¹ ความเครียดส่งผลต่อร่างกายและอารมณ์ในระดับที่แตกต่างกัน ความเครียดอาจเป็นผลดีที่ทำให้ตื่นตัวและช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้นในบางสถานการณ์ แต่ก็มีความเสี่ยงในระยะสั้นเท่านั้น ความเครียดที่มากเกินไปหรือยาวนานสามารถนำไปสู่การเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจและปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล (anxiety) และซึมเศร้า (depression)² นิตยสารCEOWORLD การจัดอันดับประเทศที่มีความเครียดน้อย 211 ประเทศตามความเครียดจากการทำงาน การเงิน ครอบครัว และสุขภาพและความปลอดภัย ประเทศไทยอยู่ในประเทศที่มีความเครียดน้อยอันดับที่ 78³

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สังคม และจิตใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียด⁴ การศึกษาความเครียดในชนบทของประเทศไทยโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 403 คน ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 68 ปี พบว่า ร้อยละ 43 มีความเครียดปานกลาง และร้อยละ 34 มีความเครียดในระดับสูง ความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดื่มแอลกอฮอล์และความเจ็บป่วย⁵ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้สูงอายุใน

เขตเทศบาลนครขอนแก่นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 450 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินความเครียด (Perceived Stress Scale) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 68.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาชีพ รายได้พอเพียง ที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ⁶

การตรวจสอบรายงานมาตรฐานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การคัดกรองความเครียด (ST-5) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข⁷ พบว่าในปีงบประมาณ 2567 (ประมวลผลวันที่ 20 เมษายน 2567) เขตสุขภาพที่ 4 คือ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และนครนายก จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีปัญหาความเครียดต่อจำนวนผู้สูงอายุเข้ารับการคัดกรองความเครียดสูงสุดคือ จังหวัดลพบุรี ร้อยละ 2.63 การสืบค้นย้อนหลังพบว่า มีข้อมูลถึงปีงบประมาณ 2561 รวมเป็นระยะเวลา 7 ปี กับ ปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 20 เมษายน 2567) โดยมีผู้สูงอายุเข้ารับการคัดกรองความเครียดโดยเฉลี่ยปีละ 108,514 คน สัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดกรองมีปัญหาความเครียดร้อยละต่ำสุด, เฉลี่ย, และสูงสุดในช่วงเวลาดังกล่าว เท่ากับ 0.64, 1.20 และ 2.63 ตามลำดับ จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองพบว่ามีปัญหา

ความเครียดในปีงบประมาณ 2565, 2566, และ 2567 (6 เดือน 20 วัน) มีจำนวน 234, 437, และ 1,357 คน ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเพิ่มขึ้นสูงมาก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบจำลองอนุกรมเวลาพยากรณ์อัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาความเครียดต่อผู้เข้ารับการคัดกรองความเครียดของจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2567 เพื่อเป็นข้อมูลการวางแผนงานด้านการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุของจังหวัดต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยอนาคตเชิงปริมาณด้วยเทคนิคอนุกรมเวลาจากข้อมูลทุติยภูมิรายปีตามรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหลักการของเทคนิคอนุกรมเวลา คือ การใช้ข้อมูลที่รวบรวมไว้ในอดีตพยากรณ์อนาคต โดยการสร้างแบบจำลองที่สอดคล้องกับข้อมูลในอดีต*

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับการคัดกรองความเครียดของจังหวัดลพบุรี เป็นข้อมูลรายปีระหว่างปีงบประมาณ 2561 ถึง 2567 ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ อัตราจำนวนจำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองพบว่ามีความเครียดเป็นข้อมูลโดยรวมในแต่ละปีระหว่างปีงบประมาณ 2561 ถึง 2567

วิธีการพยากรณ์ทางสถิติด้วยข้อมูลทุติยภูมิอนุกรมเวลานำมาพยากรณ์อัตราผู้มีความเครียดประกอบไปด้วยแบบจำลองการ

ถดถอยพหุนาม (the polynomial regression, Poly)⁹ ซึ่งแบบจำลองสามารถปรับตามข้อมูลที่ไม่เป็นเชิงเส้นตรง (nonlinear) ได้ดี และแบบจำลองตามทฤษฎีระบบเกรย์ (Grey System Theory)¹⁰ ใช้ในการพยากรณ์อนุกรมเวลากับข้อมูลจำนวนน้อยที่สุดเพียง 4 คาบเวลา ก็สามารถใช้นำคาบเวลาที่ 5 ได้ แบบจำลองเริ่มต้นคือ GM(1,1) (first order grey model for one variable) ซึ่งจะเริ่มต้นจากการแปลงข้อมูลเริ่มต้นเป็นข้อมูลสะสม แล้วใช้สมการถดถอยเชิงเส้นประมาณค่าคงที่และค่าความชัน จากนั้นทำนายค่าสะสมแล้วหักออกด้วยค่าสะสมที่ทำนายก่อนหน้าก็จะได้ค่าทำนายของแต่ละคาบเวลา ซึ่งกล่าวได้ว่าเหมาะสมกับข้อมูลอนุกรมเวลาที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี การพิจารณาว่าแบบจำลองการทำนายสามารถทำนายได้แม่นยำเพียงใดก็สามารถพิจารณาได้จากค่าทำนายที่เบี่ยงเบนไปจากค่าจริง หรือ ค่าสหสัมพันธ์ของค่าจริงกับค่าทำนาย นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนาแบบจำลอง GM(1,1) Error periodic corrections (GM(1,1)EPC) เป็นการปรับปรุงแบบจำลอง GM(1,1) ด้วยการปรับค่าคลาดเคลื่อนด้วยอนุกรมฟูริเยร์ (the Fourier series)¹¹ เพื่อให้แบบจำลองสามารถปรับการพยากรณ์ไปตามความโค้งเพิ่มขึ้นลดลงของข้อมูลในอดีตที่ไม่เป็นเชิงเส้นตรงได้

เกณฑ์การพิจารณาความแม่นยำของแบบจำลอง

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)

การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าพยากรณ์กับค่าจริงสามารถใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน¹² ตามสูตรการคำนวณดังนี้

$$r = \frac{\sum_{k=1}^n (x_k^{(0)} - \bar{x}^{(0)}) (x_k^{(0)} - \bar{x}^{(0)})}{\sqrt{\sum_{k=1}^n (x_k^{(0)} - \bar{x}^{(0)})^2 \sum_{k=1}^n (x_k^{(0)} - \bar{x}^{(0)})^2}}$$

$x_k^{(0)}$ ค่าข้อมูลจริงจำนวน n ค่า จาก
1,2,3,...,n

$\bar{x}^{(0)}$ ค่าพยากรณ์จำนวน n ค่า จาก
1,2,3,...,n

$\bar{x}^{(0)}$ ค่าเฉลี่ยข้อมูลจริงจำนวน n ค่า
 $\bar{x}^{(0)}$ ค่าเฉลี่ยของค่าพยากรณ์จำนวน n ค่า
จาก 1,2,3,...,n

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ใช้วัดทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว มีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 สำหรับค่า r ที่ไม่เกิดเครื่องหมาย มีระดับความสัมพันธ์ดังนี้ 0-0.2 ต่ำมาก, 0.2-0.4 ต่ำ, 0.4-0.6 ปานกลาง, 0.6-0.8 มาก, และ 0.8-1.0 มากที่สุด¹³

สัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficient of Determination , r^2)

สัมประสิทธิ์การทำนาย คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันยกกำลังสองคูณด้วย 100 ค่าร้อยละนี้ยิ่งมีค่ามาก หมายความว่า แบบจำลองสามารถคำนวณค่าได้ใกล้เคียงกับค่าจริงมาก

ร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์

(Absolute Percentage Error, APE)

$$APE_k = \left| \frac{x^{(0)}(k) - x^{(0)}(k)}{x^{(0)}(k)} \right| \times 100$$

ค่าเฉลี่ยร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์

(Mean Absolute Percentage Error, MAPE)¹³

$$MAPE = \frac{1}{n} \sum_{k=1}^n \left| \frac{x^{(0)}(k) - x^{(0)}(k)}{x^{(0)}(k)} \right| \times 100$$

การแปลความหมาย MAPE¹⁴ ดังนี้ น้อยกว่า 10 แบบจำลองมีความแม่นยำในการพยากรณ์สูง, ระหว่าง 10 ถึง 20 แบบจำลองมีความแม่นยำในการพยากรณ์ดี, ระหว่าง 20 ถึง 50 แบบจำลอง มีความแม่นยำในการพยากรณ์ที่สมเหตุสมผล, มากกว่า 50% แบบจำลองมีความสามารถในการพยากรณ์ต่ำและไม่ถูกต้อง เช่นเดียวกับการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยนิติจิตเวชรายเดือนที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์¹⁵

การพิทักษ์สิทธิอาสามัคร

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่รวบรวมและเผยแพร่โดยเปิดเผยของกระทรวงสาธารณสุขสามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไป เป็นรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยโดยรวมไม่สามารถระบุตัวตนถึงบุคคลใด ๆ ได้ ไม่สามารถขอคำยินยอมจากอาสาสมัครเนื่องจากไม่ได้เก็บข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างรายบุคคล จึงไม่ใช่การวิจัยในคนและไม่ต้องขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน¹⁶

ผล

การรวบรวมข้อมูลและรูปแบบข้อมูล

ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากรายงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นสัดส่วนร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาความเครียดต่อจำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองความเครียดที่เป็นตัวเลขจำนวนน้อยได้แปลงเป็นอัตราต่อ 10,000 คน ซึ่งต่อไปในบทความนี้จะเรียกว่า “อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียด” ปีงบประมาณ 2561 ถึง 2566 ดังแสดงค่าจริงในตารางที่ 1 และมีรูปแบบเป็นลอนดลงเพิ่มขึ้นแล้วลดลงสลับกันไม่เป็นเส้นตรงตามปีงบประมาณ ดังแสดงในภาพที่ 1

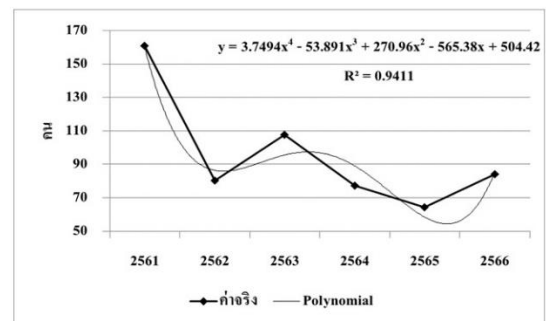
แบบจำลองการถดถอยพหุนาม

เมื่อ y คือ อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดรายปี กับ x คือ ปีที่ 1,2,... ได้สมการถดถอยพหุนาม (Polynomial) ดังนี้ $y = 504.42 - 565.38x + 270.96x^2 - 53.891x^3 + 3.7494x^4$ ดังแสดงในภาพที่ 1 ด้วยเส้น Polynomial ค่าพยากรณ์ปีงบประมาณ 2567 คือ 341 คนต่อผู้เข้ารับการคัดกรอง 10,000 คน เพิ่มจากปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 305.97 เมื่อเทียบกับค่าจริงปีงบประมาณ 2567 (ประมวผลวันที่ 20 เมษายน 2567) อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียด คือ 262 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30.34 ค่าพยากรณ์ด้วยสมการถดถอยพหุนามสหสัมพันธ์กับค่าจริง 0.97 มีสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 94.11 ค่าเฉลี่ยร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์

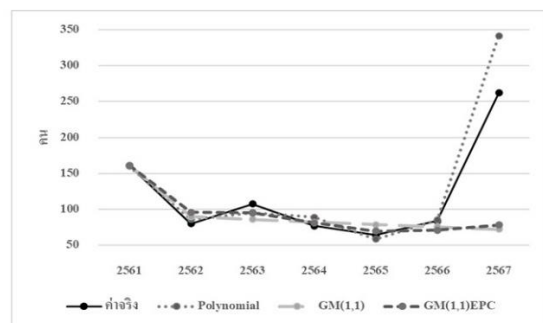
12.53 อยู่ในเกณฑ์ที่แบบจำลองมีความแม่นยำในการพยากรณ์ดี ดังแสดงในตารางที่ 1 และภาพที่ 1

แบบจำลองตามทฤษฎีระบบเกรย์

ทั้งแบบจำลอง GM(1,1) และ GM(1,1)EPC มีสหสัมพันธ์ค่าพยากรณ์กับค่าจริงต่ำมาก มีสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 2.21 และ 5.63 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ 23.98 และ 31.69 ตามลำดับ อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดของแบบจำลอง GM(1,1)EPC คือ 79 ลดลงจากปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 6.61 เมื่อเทียบกับค่าจริงปีงบประมาณ 2567 (ประมวผลวันที่ 20 เมษายน 2567) ซึ่งเท่ากับ 262 ลดลงถึงร้อยละ 70.02 ดังแสดงในตารางที่ 1 และภาพที่ 2



ภาพที่ 1 ข้อมูลจริงและค่าพยากรณ์ตามแบบจำลองการถดถอยพหุนาม



ภาพที่ 2 ข้อมูลจริงและค่าพยากรณ์ตามแบบจำลอง Polynomial, GM(1,1) และ GM(1,1)EPC

ตารางที่ 1 การพยากรณ์อัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาความเครียดต่อผู้เข้ารับการคัดกรองความเครียด 10,000 คน ของจังหวัดลพบุรี

ปีงบประมาณ	ค่าพยากรณ์			
	ค่าจริง	Polynomial	GM(1,1)	GM(1,1)EPC
2561	161	160	161	161
2562	80	86	90	96
2563	107	96	86	95
2564	77	89	83	81
2565	64	59	79	70
2566	84	85	76	71
2567	262	341	73	79
% ต่างกับ 2566		305.97	-13.78	-6.61
เปรียบเทียบค่าพยากรณ์กับค่าจริง				
% ต่างกับ 2567		30.34	-72.32	-70.02
r		0.97	0.15	0.24
r^2		94.11	2.21	5.63
MAPE		12.53	23.98	21.69

อภิปราย

เมื่อพิจารณาวัดค่าความถูกต้องของการพยากรณ์ด้วยค่าเฉลี่ยร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์(MAPE)เปรียบเทียบกับการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยนิติจิตเวชรายเดือนที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์¹⁵ ที่ใช้ข้อมูลผู้ป่วยนิติจิตเวช เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 -กันยายนพ.ศ. 2562

ข้อมูลแสดงแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 83 คน เป็น 120 คน พยากรณ์แนวโน้มเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 -กันยายน พ.ศ. 2564 ด้วยการพยากรณ์ 6 วิธี มีค่า MAPE ระหว่าง 18.88 – 32.08 คาดว่าน่าจะมีจำนวนผู้ป่วยนิติจิตเวช ปีงบประมาณ 2563 -2564 ประมาณ 221 คน และ 264 คน แต่มีผู้มารับบริการเพียง 85 คน และ 83 คน อาจเป็นเพราะสถานการณ์

โควิดทำให้มีจำนวนผู้ป่วยลดลงมาก ส่วนการวิจัยนี้ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีค่า MAPE ระหว่าง 12.53 - 23.98 ก็ให้ผลการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน การพยากรณ์เชิงปริมาณสามารถใช้ได้เมื่อตรงตามเงื่อนไขสองประการ คือ มีข้อมูลตัวเลขเกี่ยวกับอดีตและมีเหตุผลที่จะสรุปได้ว่ารูปแบบในอดีตจะดำเนินต่อไปในอนาคต⁸ ซึ่งแบบจำลองอนุกรมเวลาก็สามารถสะท้อนภาพของข้อมูลในอดีตได้ แบบจำลองสมการถดถอยพหุนาม (Polynomial) เป็นแบบจำลองที่มีค่าความสอดคล้องระหว่างค่าจริงกับค่าพยากรณ์ในอดีตสูงที่สุด และมีความแตกต่างจากค่าจริงน้อยที่สุด แต่เมื่อข้อมูลในปัจุบันประมาณ 2567 อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ค่าพยากรณ์แบบจำลองสมการถดถอยพหุนามจึงสูงตามถึง 341 คนต่อผู้เข้ารับการคัดกรอง 10,000 คน ขณะที่ค่าจริงของปัจุบันประมาณ 2567 (ประมวลผลวันที่ 20 เมษายน 2567) อยู่ที่ 262 คนต่อผู้เข้ารับการคัดกรอง 10,000 คน แบบจำลอง GM(1,1) และ GM(1,1)EPC ตามทฤษฎีระบบเกรย์กลับแสดงแนวโน้มในระดับของปัจุบันประมาณที่ผ่านมาเท่านั้นไม่สะท้อนอัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดรายปัจุบันประมาณ 2567 ที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด ซึ่งการที่อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อาจเกิดจากสิ่งรบกวนทั้งจากปัจจัยภายนอกกล่าวคือการคลี่คลายของสถานการณ์โควิด ทำให้ผู้สูงอายุไปคัดกรองเพิ่มขึ้น

การสร้างแบบจำลองที่สอดคล้องกับ

ข้อมูลในอดีตเพื่อคาดการณ์อนาคตเป็นข้อกำหนดของเทคนิคการพยากรณ์อนุกรมเวลา แต่เมื่อโลกมีความผันผวนยิ่ง (disruption) การตัดสินใจเลือกแบบจำลองเพื่อการพยากรณ์บนพื้นฐานของความสอดคล้องกับข้อมูลเดิมมากที่สุดและมีความแตกต่างจากข้อมูลเดิมต่ำสุดอาจไม่ใช่ทางเลือกที่เหมาะสมอีกต่อไป เมื่อพฤติกรรมของชุดตัวเลขในอนาคตไม่เป็นไปตามพฤติกรรมของชุดตัวเลขในอดีตอีกต่อไป ดังนั้นสิ่งสำคัญคือการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบการตัดสินใจ ได้แก่ การดำเนินโครงการต่าง ๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด

สรุป

อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดรายปัจุบันประมาณ 2567 (ประมวลผลวันที่ 20 เมษายน 2567) อยู่ที่ 262 คนต่อ 10,000 คน ดังนั้นค่าพยากรณ์อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดรายปัจุบันประมาณ 2567 ก็อยู่รอบ ๆ 262 ถ้ายังคงดำเนินการคัดกรองความเครียดผู้สูงอายุต่อไป อาจเพิ่มสูงขึ้นไปถึง 341 เพิ่มขึ้นถึง 79 คน หรือถ้ามีการดำเนินโครงการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดลดลงก็มีความเป็นไปได้ที่อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดรายปัจุบันประมาณ 2567 จะต่ำกว่า 262 จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุปัจุบันประมาณ 2567 จำนวน 127,301 คน ถ้าอัตราอัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียด 262 และ 341 คนต่อ 10,000 คนแล้ว ก็จะมีผู้มีความเครียดระหว่าง 3,231 ถึง

4,205 คน ซึ่งเป็นจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ต้องมีการจัดการกับปัญหาความเครียดจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Stress. [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress> [2024 Apr 21].
2. Mental Health Foundation. How to manage and reduce stress. [online]. Available from: <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/publications/how-manage-and-reduce-stress> [2024 Apr 21].
3. Wilson D. The most and least stressed countries in the world 2024. [online]. Available from: <https://ceoworld.biz/2024/03/26/the-most-and-least-stressed-countries-in-the-world-2024/> [2024 Apr 21].
4. สุจิต สุวรรณชีพ, นันทนา รัตนกร, กาญจนา วัฒนชัย, พรณี ภาณุวัฒน์สุข, นันทน์กัศ ประสานทอง, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
5. Seangpraw K, Auttama N, Kumar R, Somrongthong R, Tonchoy P, Panta P. Stress and associated risk factors among the elderly: a cross-sectional study from rural area of Thailand. F1000Res 2019; 8: 655. doi: 10.12688/f1000research.17903.2.
6. คัญญี กาวิวงศ์, รุจิรา คดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563; 13(2): 36-46.
7. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การคัดกรองความเครียด (ST-5) ในกลุ่มผู้สูงอายุ. [online]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03&id=7bd56fb9f20abea2eb72dfca24155e6a# [2024 Apr 21].
8. Hyndman RJ, Athanasopoulos G. Forecasting: principles and practice. 2nd edition. Melbourne, Australia: OTexts; 2018.
9. Pennstate Eberly College of Science. STAT 462 Applied Regression Analysis, 7.7 - Polynomial Regression. [Online]. Available from: <https://online.stat.psu.edu/stat462/node/158/> [2024 Apr 18].
10. Liu S, Lin Y. Grey systems theory and application. Verlag: Springer; 2010.
11. Lin YH, Chiu CC, Lin YJ, Lee PC. Rainfall prediction using innovative grey model with the dynamic index. Journal of Marine Science and Technology 2013; 21(1): 63-75.
12. Makridakis SG. Accuracy Measures: Theoretical and Practical Concerns. International Journal of Forecasting 1993; 9(4): 527-29. [https://doi.org/10.1016/0169-2070\(93\)90079-3](https://doi.org/10.1016/0169-2070(93)90079-3).
13. Pennstate Eberly College of Science. STAT 200 Elementary Statistics, 3.4.2- Correlation. [Online]. Available from: <https://online.stat.psu.edu/stat200/lesson/3/3.4/3.4.2> [2024 Apr 18].
14. Lewis CD. Industrial and business forecasting methods. London: Butterworths; 2023.
15. เบญจมาศ พงศดาร, วิภาพร สิทธิจันทร์. การพยากรณ์สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่สถานบำบัดยาเสพติด. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2565; 16(2): 14-28.
16. Center of Reinforcement for Research , Mahidol University. Self-Assessment form whether an activity is human subject research which requires ethical approval (Eng, Thai) [Internet]. 2024 [cited 2024 April 18]; Available from: <https://sp.mahidol.ac.th/th/ethics-human/forms/checklist/2022-Human%20Research%20Checklist-researcher.pdf>

ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง

ชนิกานต์ บุญเรือง, วท.บ.*, กาญจนา สุทธิเนียม, ประ.ด.*, ทศดา รัตนกัญญาวาณิช, ประ.ด.*

*คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนแห่งหนึ่ง เขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลของโรงเรียน

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 217 คน ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) คัดเลือกนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 15 คะแนนจำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CDI ฉบับภาษาไทย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้า มีการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงเปรียบเทียบโดยใช้ Nonparametric Statistics, Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผล : ภาวะซึมเศร้าของนักเรียน กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนได้รับการปรึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม กับนักเรียนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลของโรงเรียน ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุป : การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนได้

คำสำคัญ : การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม, นักเรียน, ภาวะซึมเศร้า

THE EFFECTS OF GROUP COUNSELING BASED ON COGNITIVE BEHAVIORAL THEORY ON DEPRESSIVE OF JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS IN CENTRAL

Chanikan Boonruang, B.S.*, Kanchana Suttineam, Ph.D.*, Thayata Rattanaphinyowanich Ph.D.*

** Faculty of Education, Bansomdejchaopaya Rajabhat University*

Abstract

Objectives: To compare depression among the Mattayomsuksa 1 students before and after receiving group counseling based on cognitive behavioral theory, and to compare depression among the Mattayomsuksa 1 students after receiving group counseling according to the cognitive behavioral theory and the regular care.

Material and Methods: The population 217 Mattayomsuksa 1 students were selected to do the Children's Depression Inventory (CDI). The students whose scores exceeded 15 and selected according to the criteria. They were assigned an experimental group of 8 people and a control group of 8 people. The experiment group received group counseling by the cognitive behavioral theory and the control group received regular care. Research instruments consisted were: 1) The instruments used for data collection were the Thai version of the CDI Depression Screening Form. 2) The instruments used for the experiment were group counseling based on cognitive-behavioral theory to reduce the level of depression. The descriptive, statistics including mean, standard deviation and comparative statistics, Nonparametric Statistics, Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test statistics.

Results: The results of study were: 1) Depression who received group counseling by Cognitive behavioral theory after the experiment was significantly lower than before the experiment at the 0.01 level. 2) Depression among Mattayomsuksa 1 students in the experimental group after receiving counseling by Cognitive behavioral theory and the control group after receiving the regular care were statistically significant difference at the 0.00 level and 3) The students' depression in the experimental group receiving the group counseling based on cognitive behavioral theory was lower than the students' depression in the control group. There was a significant difference at 0.001 level.

Conclusion: These findings suggested that Group counseling based on cognitive Behavioral theory showed promise in decreasing depression in Mattayomsuksa 1 students.

Key words: Group counseling based on cognitive behavioral theory, students, depression

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม รวมถึงการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในสังคม ทำให้วัยรุ่นเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่เป็นที่รู้จักและไม่ได้รับการรักษา วัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพจิตจึงมีความเสี่ยงเป็นอย่างมากในการใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความพร้อมในการขอความช่วยเหลือ เช่น ปัญหาการเรียน การละเมิดสิทธิมนุษยชน และความผิดปกติทางอารมณ์ ปัญหาที่พบได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ซึ่งมักพบบ่อยในกลุ่มอายุนี้อยู่ โดยองค์การอนามัยโลกคาดว่า 3.6% ของเด็กอายุ 10-14 ปี และ 4.6% ของเด็กอายุ 15-19 ปี มีที่อาการวิตกกังวล และสามารถเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ประมาณ 1.1% ของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 2.8% ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรวดเร็วและไม่คาดคิด ภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่อการเข้าโรงเรียนและการเรียน การแยกตัวออกจากสังคมอาจทำให้ความโดดเดี่ยวและความเหงารุนแรงขึ้น ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้¹

ปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ส่งผลให้มีอาการเศร้า รำคาญ หงุดหงิด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่า มักรู้สึกว่ามีใครเข้าใจ ขี้ใจน้อย หมดความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ไม่เข้าสังคม ใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์ นอนหรือทานอาหารมากเกินไป ทำร้ายตัวเอง โดดเรียน

หรือการเรียนแย่ลง และหากไม่ได้รับการแก้ไขหรือรับการรักษาอย่างเหมาะสม อาการมักแย่ลง หากไม่ได้รับการรักษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพและการใช้ชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ ดังนี้ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งอาจนำไปสู่โรคหัวใจและโรคเบาหวาน ความเจ็บปวดและเจ็บป่วยทางร่างกาย การติดสุราและสารเสพติด โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคแพนิค หรือโรคกลัวสังคม ปัญหาด้านความสัมพันธ์ เช่น ครอบครัว ที่ทำงาน และโรงเรียน แยกตัวออกจากสังคม คิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง การตายก่อนวัยอันควร เป็นต้น²

ภาวะซึมเศร้าถือเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญที่ใช้ประเมินสภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นและเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคลทุกเพศทุกวัยในทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่แสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้า ว้าวุ่น หวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มักดำเนินคิดคนเดียว ร่วมกับมีอาการทางกาย เช่น พุน้อย เหนื่อยล้าลง ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ความสูญเสีย ความผิดหวังในชีวิตจากสิ่งที่ตั้งใจไว้³ และภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องเร่งรักษาและป้องกันเนื่องจากโรคนี้นี้ส่งผลกระทบต่อการศึกษาเสียทั้งชีวิต การเรียน การเข้าสังคมของผู้ป่วย⁴

วัยรุ่นเป็นทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาประเทศในอนาคตจากการสำรวจข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่าในปี 2560 กลุ่มเยาวชนอายุ

20-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน และจากรายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย พบว่า ในปี 2560 กลุ่มเด็ก และเยาวชนอายุ 10 – 29 ปี มีจำนวนการฆ่าตัวตายที่ 714 คน ในปี 2561 มีจำนวนการฆ่าตัวตายที่ 776 คน และในปี 2562 มีจำนวนการฆ่าตัวตายที่ 778 คน โดยพบว่าการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี⁵

สถานการณ์ปัจจุบันเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มต้องการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในส่วนของกาให้บริการสายด่วนสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มเยาวชนโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น โดยในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2562 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษาทั้งหมด เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 11-25 ปี และ 5 อันดับปัญหาที่พบบ่อย คือ ความเครียด หรือความวิตกกังวล ปัญหาจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว ที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย⁶

จากการสำรวจนักเรียนมัธยมศึกษาทั้งหมดของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาสิงห์บุรี อ่างทอง (สพม.5 เดิม) จำนวน 26 โรงเรียน ในปีการศึกษา 2563-2565 พบนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 9.12, ร้อยละ 16.45 และร้อยละ 12.47 ตามลำดับ) และระดับชั้นที่มีความรุนแรงสูง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา

ตอนต้น ซึ่งในปีการศึกษา 2565 พบนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1,431 คน จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 10,095 คน คิดเป็นร้อยละ 14.17 และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในปีการศึกษา 2565 มีจำนวน 824 จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 7,984 คน คิดเป็นร้อยละ 10.32

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counselling Theory) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นไปที่ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในปัจจุบันและสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อชีวิตในปัจจุบันอย่างไร นั่นเป็นเหตุผลที่การปรับความคิดและพฤติกรรม มีประโยชน์ในการบำบัดสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า⁷ โดยจะเห็นได้จากการศึกษาของ พกษา พิงสุข ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการเรียนรู้ (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับความคิด อารมณ์พฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม 1 ครั้ง ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามคำขอ และการดูแลตามปกติของสถานสงเคราะห์⁸ และฉัตรนันทน์ ผิวพา ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่ม

ทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ⁹

ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาโรงเรียนประจำสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา รับผิดชอบงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในโรงเรียนและงานเตรียมความพร้อมรับมือภาวะวิกฤติสุขภาพจิต จึงได้นำกระบวนการการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยนำทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Group Counselling Theory) มาใช้ในการช่วยเหลือนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคกลาง ก่อนทดลองและหลังการทดลอง และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 217 คน ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) คัดเลือกนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 15 คะแนน จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่มีความรุนแรงสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI)
2. ไม่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางการเรียนรู้ เช่น โรคสมาธิสั้น (ADHD) กลุ่มผิดปกติในการเรียนรู้ (Learning Disorders) เป็นต้น
3. ไม่เป็นผู้มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
4. มีความประสงค์เข้าร่วมการวิจัยโดยการยินยอมจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. นักเรียนได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าโดยจิตแพทย์
2. นักเรียนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
3. ไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ

1. นักเรียนมีความต้องการออกจากโครงการวิจัย

2. นักเรียนได้รับการดูแลรักษาบำบัดทางด้านภาวะซึมเศร้า นอกเหนือการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory : CDI) ฉบับภาษาไทย ของ อุมพร ตรังคสมบัติ¹⁰ ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนความ

รุนแรงของอาการ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ เสร้าเลยหรือน้อย คะแนน 1 หมายถึง มีอาการ บ่อย ๆ และคะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-52 คะแนน ทั้งนี้ แต่ละข้อคำถามจะให้คะแนนตามความรุนแรงของ อาการ ในแต่ละข้อ ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มี อาการเสร้าเลย, คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อย, คะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 15 ขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่า มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก¹¹ ทดสอบ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 30 คนได้เท่ากับ 0.77

2. การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและ พฤติกรรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จากทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ของ Aron T. Beck¹² โดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ ศึกษาการสร้างรูปแบบ ทฤษฎีและเทคนิคในการ ปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ทั้งในและต่างประเทศตรวจสอบคุณภาพ โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนี ความ สอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และ นำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน แล้วนำไปปรับปรุง ก่อนนำไปใช้จริง เป็นการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 10 ครั้ง มีรายละเอียด ดังนี้ ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ และสร้างสัมพันธภาพ

เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และสมาชิกกับสมาชิก สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการ ปรึกษากลุ่ม วิธีการบทบาทและหน้าที่ของสมาชิก ภายในกลุ่ม รวมทั้งการรักษาความลับของกลุ่ม และเพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหา และสามารถ ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา ครั้งที่ 2, 3 เรียนรู้ กระบวนการที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้ กระบวนการของทฤษฎีรู้คิด และพฤติกรรม เพื่อให้ สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้า ครั้งที่ 4 การตั้งเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิก กำหนดเป้าหมาย และมีเป้าหมายในการ เปลี่ยนแปลง ครั้งที่ 5 การกระตุ้นพฤติกรรม เพื่อให้ สมาชิกมีการกระตุ้นพฤติกรรม และกำหนด แผนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ ครั้งที่ 6 การสำรวจรูปแบบความคิดเชิงลบ เพื่อให้สมาชิก มีทักษะในการจัดการความคิดของตนเอง และ เรียนรู้รูปแบบความคิดเชิงลบ ครั้งที่ 7 การสำรวจ รูปแบบความเชื่อพื้นฐาน เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ กระบวนการที่ส่งผลต่อความคิดของตนเอง ครั้งที่ 8 สติ เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้การรักษาสมดุล ของตนเองขณะรับมือกับสภาวะอารมณ์ที่บีบคั้น ครั้งที่ 9 การมีเมตตาต่อตัวเอง เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ และพิจารณาวิธีการที่ทำได้จริงในการดูแลตัวเอง ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ครั้งที่ 10 ยุติการปรึกษา เพื่อเป็นการประเมินผล และสรุปผลของการ ลดภาวะซึมเศร้าของผู้รับการปรึกษากลุ่มจาก ประสบการณ์ที่ผ่านมา

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนสิงห์บุรีและครูผู้รับผิดชอบเพื่อเสนอโครงการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 217 คน ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory : CDI จากนั้นคัดเลือกนักเรียนมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป และอยู่ในเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ตามที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 16 คน สอบถามความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการศึกษากลุ่มและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง และได้ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน (ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย จะดำเนินการทำการให้การศึกษาตามทฤษฎี ฐิดและพฤติกรรมให้กับกลุ่มควบคุม) ทั้งนี้ในการขอความร่วมมือนักเรียนในการเก็บข้อมูลการคัดกรองผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้า

4. ผู้วิจัยดำเนินการทำกิจกรรมในกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการให้การศึกษาตามกิจกรรมที่กำหนดไว้จนครบ

10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ณ ห้องให้คำปรึกษาโรงเรียนสิงห์บุรี พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม แล้วยุติการให้การศึกษา แล้วให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory: CDI (Post-test) ทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการให้การศึกษา

5. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

6. ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษากลุ่มตามทฤษฎี ฐิดและพฤติกรรมให้กับกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา COA No.661110 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้ง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธและออกจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียน ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมการศึกษากลุ่มตามทฤษฎี ฐิดและพฤติกรรมให้กับกลุ่มควบคุม ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย สถิติพื้นฐานได้แก่ข้อมูลทั่วไปค่าเฉลี่ยร้อยละและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการทดสอบ Skewness การทดสอบ Kurtosis ซึ่งได้ค่ามากกว่า 2 ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานแบบนอนพารามตริก ได้แก่ Wilcoxon signed rank test , Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed rank test

ผล

กลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 100 และมีอายุส่วนใหญ่ 13 ปี ร้อยละ 75.00 กลุ่มควบคุม จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่

เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 และมีอายุส่วนใหญ่ 13 ปี ร้อยละ 87.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของ นักเรียน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการ ปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่ม ทดลอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($Z = -3.386$) ดังตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า นักเรียน กลุ่มทดลอง ภายหลังที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม ด้วยทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้า ลดลงกว่านักเรียน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล ด้วยระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวนคน (8 คน)	ร้อยละ	จำนวนคน (8 คน)	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	0	0.0	3	37.5
ชาย	8	100.0	5	62.5
อายุ				
12 ปี	2	25.0	1	12.5
13 ปี	6	75.0	7	87.5

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม

ภาวะซึมเศร้า		$\bar{X}$	S.D.	t	p
ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	27.5	2.14	-3.386	0.1**
	หลังการทดลอง	13.75	1.04		

** "p" <0.01

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน

ภาวะซึมเศร้า		$\bar{X}$	S.D.	t	p
ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	13.75	1.04	0.000	0.001***
	หลังการทดลอง	27.0	1.93		

*** "p" <0.001

อภิปราย

1. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนโดยรวมหลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิด และพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อาจเนื่องจากการ ปรึกษาแบบกลุ่มนั้นเป็นกระบวนการปรึกษามุ่งเน้นในส่วนของความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของนักเรียนในกลุ่มซึ่งเป็นการพัฒนาการด้วยตนเอง โดยนักเรียนเกิดการเรียนรู้ฝึกฝนในทักษะต่าง ๆ และยอมรับในตัวตนของตนเอง ตลอดจนความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนความคิด ที่ไม่พึงปรารถนาของตนเอง และส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงบวก โดยที่นักเรียนในกลุ่มจะแสดงความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ อันนำไปสู่การเปิดเผยถึงเรื่องราวและปัญหาต่าง ๆ และมีการ

สำรวจปัญหาร่วมกัน จนกลายเป็นผู้ที่มีทักษะที่ดีในการปรับเปลี่ยนความคิด รวมไปถึงพฤติกรรม การมีมุมมองความคิดที่กว้างขึ้น ในหลายมิติ ยกตัวอย่างเช่น “หนูรู้สึกดีมากเลยนะที่ได้มาพูดคุยกับเพื่อนในครั้งนี้นะ” และ “การทำกิจกรรมนี้ ทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยวค่ะ” ในการทดลองที่มีการเข้าร่วมกลุ่ม เป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวม 10 ครั้ง ซึ่งเวลาและจำนวนครั้งเหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียน ที่จะส่งผลต่อการเรียนรู้ สอดคล้องกับงานวิจัยของของ Joshi et al.¹³ กล่าวว่า การใช้ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในนักเรียน นั้น มีผลดีต่อการลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่น Saleh, Mahmoudi, and Paydar¹⁴ กล่าวว่า การบำบัดด้วยทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมสามารถใช้เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับปัญหาด้านพฤติกรรมและ

อารมณ์ของนักเรียนได้ Oud et al.¹⁵ กล่าวว่าการใช้ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมได้ผลดีกับสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (แบบไม่แสดงอาการ) ส่งผลให้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าน้อยลงร้อยละ 63 ชนกร แสงสุริยาภาศ¹⁶ กล่าวว่าการศึกษาตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้จากระดับเล็กน้อยจนถึงปานกลางเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า และ ปฏิภาณ บุตรชัย¹⁷ กล่าวว่าทำให้การปรึกษาตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม มีคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีลักษณะความคิดที่เปลี่ยนไปในทางบวก

2. ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน แสดงให้เห็นว่าการให้การศึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่ทำให้นักเรียนแต่ละคนเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันประกอบกับ ผู้วิจัยได้จัดบรรยากาศที่เป็นมิตร ให้การยอมรับ และเข้าใจทำให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นโดยสมาชิก มีการพูดคุยกันโต้ตอบกันอย่างเปิดเผยและระหว่างที่รอทำกิจกรรมสมาชิกในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องในชีวิตประจำวันซึ่งกันและกันเนื่องจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ส่งผลทำให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย ตลอดจนสมาชิกสามารถเปิดเผยตนเอง โดยการเล่าเรื่อง ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ ของตนเองได้ โดยนักเรียนได้

กล่าวในกลุ่มหลังจบการทำกิจกรรมว่า “หนูรู้สึกขอบคุณกิจกรรมในครั้งนี้ที่ทำให้หนูได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมไปถึงแนวคิดใหม่ ๆ ที่ส่งผลดีต่อตัวเราเองและเพื่อนๆที่ทำกิจกรรม” นอกจากนี้ยังมีนักเรียนพูดถึงภาวะซึมเศร้าของตนเองหลังได้ทำกิจกรรมครบตามกระบวนการดังนี้ “หนูรู้สึกดีขึ้นจากครั้งแรกที่เข้าร่วมทำกิจกรรมมาก ๆ เลยค่ะ หนูมีมุมมองใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหา ไม่มองการแก้ปัญหาเพียงด้านเดียวเหมือนที่ผ่านมา” และ “หนูเข้าใจตนเอง และคนรอบข้างมากขึ้นค่ะหลังจากที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมนี้” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ayman M. et al.¹⁸ กล่าวว่า การใช้ทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมในการบำบัดอาการซึมเศร้า ความเครียดของนักเรียนพบว่า นักเรียนมีคะแนนด้านการรับรู้ความเครียด อาการซึมเศร้าที่ลดลง การใช้แผนการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงน้อยลง และการเผชิญปัญหามากขึ้น ราพีง รัตน¹⁹ พบว่า ความต้องการทางสังคมของนักเรียน ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน มีความต้องการอยู่ในระดับที่มาก โดยเฉพาะประเด็นมีความต้องการมีเพื่อนสนิทที่สามารถปรึกษาทุกสิ่งทุกอย่างได้ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของวัยรุ่น

สรุป

การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนได้

ข้อจำกัด

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ได้ทั้งหมด เนื่องจากปัญหาของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ซึ่งนักเรียนบางคนอาจจะต้องได้รับการแก้ไขปัญหาแบบเฉพาะเจาะจงขึ้นอยู่กับแต่ละปัญหาของตัวบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. การให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรม สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียน หรือกลุ่มวัยรุ่น ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้

2. ผู้ที่จะนำการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีรู้คิดและพฤติกรรมนี้ไปใช้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจตลอดจนมีทักษะในการให้การปรึกษากลุ่มเป็นอย่างดี และก่อนนำไปใช้ควรมีการทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับนักเรียนของแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Adolescent Mental Health 2021.[Online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> [2022 Jul 16].
- จิตพร สุทธิธรรมารัง. โรคซึมเศร้า (Depression). 2565. [Online]. Available from: <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/depression> [2024 Jul 26].
- กาญจนา สุทธิเนียม, อุบล สุทธิเนียม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ-บ้านสมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(3):43-61.
- บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. วัยรุ่นไทยเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ากว่า 3 ล้านคนป่วยแล้วกว่า 1 ล้านคน. 2560. [Online]. Available from: <https://www.thansettakij.com/content/244893> [2022 Sep 15].
- กรมสุขภาพจิต. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทยแยกตามช่วงอายุ. [Online]. 2562. Available from: <https://dmh.go.th/report/suicide/age.asp> [2022 Mar 5].
- กรุงเทพธุรกิจ. 5 อันดับปัญหาเด็กไทย 2562. [Online]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/social/844522> [2022 Mar 5].
- Sara Lindberg. Can Counseling Help with Depression? 2021. [Online]. Available from: <https://www.verywellmind.com/depression-counseling-4769574> [2022 Jul 16].
- พฤษยา พึ่งสุข, มานิกา วิเศษสาร. ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์. วารสารจิตวิทยา. 2562; 9:28-39.
- จิรนนท์ ผิวผา. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลากบุญทรัพย์, ปิยะลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540;42(1):2-13
- กมลพรรณ คำชู. ความรู้ ทักษะและการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ของเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562. [Online]. Available from: <http://doi.nrct.go.th/?page=resolvedoi&resolvedoi=10.14457/TU.the.2019.1594> [2022 Jul 15].

12. Beck AT. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*. 1970 May;1(2): 184–200.
13. Joshi SS, Babushkina-Patz NN, Verbik DJ, Gross TG, Tarantolo SR, Kuszynski CA, et al. Antitumor activity of human umbilical cord blood cells: A comparative analysis with peripheral blood and bone marrow cells. *Int J Oncol*. 1998 Oct;13(4):791–9.
14. Saleh J, Mahmoudi O, Paydar M and. Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on the Reduction of Depression among Students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2015;2(1). [Online]. Available from: <http://childmentalhealth.ir/article-1-34-en.html> [2022 Jul 16].
15. Oud M, de Winter L, Vermeulen-Smit E, Bodden D, Nauta M, Stone L, et al. Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*. 2019;57:33–45. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.008
16. ชนกร แสงสุริยาศาส. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.
17. ปฏิภาณี บุตรชัย. ผลของการให้การปรึกษาที่มุ่งเน้นการรู้คิด-พฤติกรรมร่วมกับการเชื่อมบ้านต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
18. Ayman M, Hamdan-Mansour, Kathryn Puskar, Amal G. Bandak. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Depressive Symptomatology Stress and Coping Strategies among Jordanian University Students. *Mental Health Nursing*. 2009(30:3):188–96
19. ราฟิง รัตนา. ความต้องการทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนของวิทยาลัยจังหวัดระยอง. [ฉันทบุรี]: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2554.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, พบ.*, พิชญา ชาญนคร พบ.*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 127 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับ (น้อยกว่า 25 คะแนน) 3) แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทส์เบิร์ก (มากกว่า 5 คะแนน) สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไค-สแควร์ และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผล : พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 127 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.4 ค่ากลางของอายุ คือ 64 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 44.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29.9 มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ร้อยละ 76.4 พบความชุกของพุทธิปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 78.0 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธิปัญญาบกพร่อง คือ การไม่ออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

สรุป : ความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุพบได้สูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงคือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายและมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ดังนั้นจึงควรตระหนักและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ช่วยส่งเสริมภาวะพุทธิปัญญา

คำสำคัญ : พุทธิปัญญาบกพร่อง, ผู้ป่วยจิตเภท, ผู้สูงอายุ

PREVALENCE AND FACTOR ASSOCIATED WITH COGNITIVE IMPAIRMENT IN ELDERLY SCHIZOPHRENIA AT OUT PATIENT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Thatsani Kunchanaphongphan, M.D.*, Pitchaya Channakorn M.D.*

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

Abstract

Objectives: To study the prevalence and factors associated with cognitive impairment in elderly schizophrenic patients attending the outpatient department of the Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Methods: This is a descriptive study conducted at a specific point in time. The sample group consists of schizophrenic patients aged 60 years and older, totaling 127 individuals. The tools used include 1) a general information questionnaire, 2) Montreal Cognitive Assessment (MoCA) version (less than 25 points) 3) Pittsburgh Sleep Quality Assessment Questionnaire (more than 5 points). The statistics used in the research include percentages, means, standard deviations, Chi-square tests, and logistic regression analysis.

Results: The study found that of the 127 participants, the majority were female (50.4%). The median age was 64 years, with 44.9% being single and 29.9% having completed high school education. 76.4% had poor sleep quality. The prevalence of cognitive impairment was found to be 78.0%. Factors related to cognitive impairment include lack of exercise and poor sleep quality.

Conclusion: The prevalence of cognitive impairment in elderly schizophrenia patients is high. Group at risk are elderly schizophrenia patients who do not exercise and have poor sleep quality. Therefore, we should be aware and develop guidelines for caring for elderly schizophrenic patients that help promote cognitive functioning.

Key words: Cognitive impairment, Schizophrenia, Elderly

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุด พบประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวช¹ เป็นโรคเรื้อรัง ไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัด พบอัตราการเกิดทั้งในเพศชายและหญิงเท่ากัน พบในผู้ที่มีระดับเศรษฐฐานะต่ำ^{2,3} โรคนี้มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ที่ไม่ตรงความจริง อารมณ์ รวมถึงพฤติกรรม โดยพบความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท ซึ่งมีผลต่อการทำงานของสมองทำให้ผู้ป่วยมีพหุปัญญาบกพร่อง (cognitive impairment) จากการศึกษาต่างๆพบว่าความผิดปกติของพหุปัญญาบกพร่องได้ตั้งแต่ก่อนจะมีอาการหรือช่วงระยะเริ่มแรกของอาการทางจิต^{4,5} ซึ่งไม่ได้เป็นผลจากอาการทางบวกและทางลบของโรคจิตเภท⁶ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพหุปัญญาบกพร่องถึงร้อยละ 73-100⁴⁻¹⁰ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพหุปัญญาบกพร่องถึงร้อยละ 81.39 โดยผู้ป่วยจะเสียการทำงานในด้านความสนใจจดจ่อ (sustained attention), ด้านความจำใช้งาน (working memory), ด้านการเรียนรู้ด้วยวาจา (verbal memory), และด้านความสามารถด้านบริหารจัดการ (executive function)^{4,5,10-12}

พหุปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอาจจะมีความบกพร่องพหุปัญญาบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากมีความผิดปกติในการทำงานของสมองตามวัยด้วย

รวมทั้งอาจมีสาเหตุจากโรคหรือภาวะต่าง ๆ ที่เกิดร่วมด้วย¹⁴ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุมีพหุปัญญาบกพร่องถึงร้อยละ 77.7¹³ และมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ความสามารถในการทำงานบกพร่อง (impaired functional abilities), เพศหญิง, ได้รับการศึกษาน้อย, ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนาน, เริ่มมีอาการป่วยขณะอายุน้อย, การมีอาการทางจิตรุนแรง^{6,15,16}, การออกกำลังกาย^{17,18} รวมถึงผู้ที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและได้ยารักษาาร่วมกันหลายชนิด⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม เบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพหุปัญญาบกพร่องอีกด้วย¹⁹ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับพหุปัญญาบกพร่องจะมีจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี, มีระดับคุณภาพชีวิตด้านการดูแลตนเอง,คุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับและสัมพันธ์ภาพต่อคนในครอบครัว-เพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีพหุปัญญาบกพร่อง^{4,5,10,12,20}

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าพหุปัญญาบกพร่องเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งส่งผลให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล อีกทั้งในประเทศไทยการศึกษาพหุปัญญาบกพร่องและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีย่อยจำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพหุปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการ

พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบ
องค์รวมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิง
พรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional
descriptive study) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย
จิตเภทสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยสถาบัน
จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือก
อาสาสมัครดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกร่วมตัวอย่าง

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ
ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ
เจ้าพระยา
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วย
เป็นโรคทางจิตเภท (F20.xx) โดยผ่านเกณฑ์การ
วินิจฉัย DSM -5 หรือ ICD-10
3. ผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดย
วิธีการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทย ตามปกติได้
และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
4. มีอาการทางจิตสงบ โดยได้รับการ
ประเมินจากแพทย์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย ได้แก่ ชัก
ประวัติโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke)
2. เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะ
ที่ทำให้หมดสติ ได้แก่ cerebral concussion หรือ
traumatic brain injury
3. เป็นผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วม

เป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence), โรคซึมเศร้า
, โรควิตกกังวล, ภาวะสับสน (delirium)

4. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า
(electroconvulsive therapy) ภายใน 2 เดือน

เกณฑ์การให้ยติของกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครมีอาการทางจิตกำเริบขณะทำ
แบบทดสอบ

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร
ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

เมื่อกำหนด n = ขนาดตัวอย่างที่จะศึกษา
 $Z = 1.96$
 $p = 0.81$

(อ้างอิงจากการศึกษาของ Arunpongpaissal และ
คณะ^๑ เรื่องการใช้แบบประเมิน MoCA ฉบับ
ภาษาไทย ในการประเมินพุทธิปัญญาบกพร่องใน
ผู้ป่วยจิตเภท)

$$q = 0.19 (1 - 0.81)$$

$$d = \text{acceptable error} = 0.07$$

$$n = 120 \text{ คน}$$

ป้องกันการ drop out 5% เมื่อแทนค่าตัวเลขดังกล่าว
จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 127 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มสุรา ประวัติการออก

กำลังกาย ประสิทธิภาพหนัก ส่วนสูง คำนวณมวลกาย โรคประจำตัว ระยะเวลาเจ็บป่วย ยาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)²¹ ฉบับภาษาไทย เป็นแบบทดสอบของ Z Nasreddine ที่พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย แพทย์หญิงโสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์ เครื่องมือมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 0.7 และมีค่าจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 0.95 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแอลฟา เท่ากับ 0.74 ซึ่งมีการให้คะแนน 30 คะแนน สำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีจะเพิ่มคะแนนให้ 1 คะแนน

การแปลผล

คะแนน MoCA-T น้อยกว่า 25 คะแนน หมายถึง พยาธิปัญญาบกพร่อง

คะแนน MoCA-T มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง ปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก^{22,23} คือ คำนวณวัดคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ดันชัย สวัสดิ์ เครื่องมือมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 89.6 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86.5 มีข้อคำถาม 9 ข้อ โดยให้อาสาสมัครประเมินการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งในแต่ละมิติมีค่าคะแนนไว้ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน

การแปลผล คุณภาพการนอนหลับคำนวณ

จาก คะแนนรวมของทั้ง 7 องค์ประกอบ ซึ่งอยู่ในช่วง 0 - 21 คะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนนรวมมีดังนี้

คะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี

คะแนนมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ไปยังผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกอาสาสมัครตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร หากผู้ได้รับเชิญยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กแบบทดสอบ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขใบรับรองที่ 001/2564 ซึ่งอาสาสมัครจะได้รับการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัยจากผู้วิจัย รวมถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้เวลาในการ

ตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ ในกรณีที่เข้าร่วมการวิจัย อาสาสมัครจะได้รับการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถระบุเจาะจงไปที่คนใดคนหนึ่งได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษารั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23 โดยมีสถิติที่ใช้ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน

2. สถิติไคสแควร์ เพื่อดูความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธิปัญญาบกพร่อง และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. สถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง กำหนดนัยสำคัญทาง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=127)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=127)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	49.6
หญิง	64	50.4
อายุ (min = 60 ปี, max = 86 ปี, median(IQR) = 64(6) ปี)		
60 - 70 ปี	109	85.8
71 - 80 ปี	16	12.6
81 ปีขึ้นไป	2	1.6

สถิติที่ 0.05

ผล

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.4 โดยอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 85.8 และมีค่ากลางของอายุเป็น 64 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 44.9 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29.9 โดยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 76.4 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 58.3 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ไม่ดื่มสุรา และไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 90.6 และ 96.9, 68.5 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 35.4 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 61.1 โดย 3 ลำดับโรคแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 18.44 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=127) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=127)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ศึกษา	5	3.9
ประถมศึกษา	37	29.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	29.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	19	15.0
อนุปริญญา/ปวส.	3	2.4
ปริญญาตรี	20	15.7
สูงกว่าปริญญาตรี	5	3.9
รายได้		
น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท	97	76.4
5,001 – 10,000 บาท	14	11.0
10,001 – 20,000 บาท	6	4.7
20,001 – 30,000 บาท	6	4.7
ตั้งแต่ 30,001 ขึ้นไป	4	3.1
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	53	41.7
ไม่เพียงพอ	74	58.3
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	115	90.6
สูบบุหรี่	12	9.4
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	123	96.9
ดื่มสุรา	4	3.1
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	87	68.5
ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์	18	14.2
ออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์	22	17.3

ตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=127) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=127)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	13	10.2
18.5-22.9 (ปกติ)	45	35.4
23-24.9 (น้ำหนักเกิน)	25	19.7
25-29.9 (อ้วน ระดับที่ 1)	33	26.0
มากกว่าเท่ากับ 30 (อ้วน ระดับที่ 2)	11	8.7
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	49	38.6
มี (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	78	61.1
โรคความดันโลหิต	53	41.7
โรคไขมันในเลือดสูง	27	21.3
โรคเบาหวาน	36	28.3
โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	8	6.3
โรคหัวใจ	2	1.6
โรคไต	1	0.8
ระยะเวลาเจ็บป่วย (min = 1 ปี, max = 46 ปี, mean + SD= (18.44 +9.47) ปี)		
1 - 10 ปี	23	18.1
11 - 20 ปี	53	41.7
21 - 30 ปี	44	34.6
ตั้งแต่ 31 ปี	7	5.5
ยาทางจิตเวชที่ได้รับ (ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด)		
ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic)		
Typical		
Perphenazine	35	9.6
Haloperidol	46	12.6
Chlorpromazine	14	3.8
Flupentixol	10	2.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=127) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=127)	ร้อยละ
Atypical		
Clozapine	17	4.6
Risperidone	33	9.0
Quetiapine	4	1.1
Olanzapine	4	1.1
ยาด้านเศร้า (Antidepressant)		
Amitriptyline	3	0.8
Nortriptyline	6	1.6
Sertraline	10	2.7
Fluoxetine	3	0.8
Venlafaxine	1	0.3
Trazodone	13	3.6
ยาลดความกังวล ยานอนหลับ ยาทำให้สงบ (Anxiolytic Hypnotic Sedative)		
Diazepam	19	5.2
Lorazepam	21	5.7
Clonazepam	21	5.7
ยาที่ใช้ลดผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช		
Trihexyphenidyl	79	21.6
Propranolol	8	2.2
Diphenhydramine	19	5.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพุทธิปัญญา (n=127)

พุทธิปัญญา	จำนวน (n=127)	ร้อยละ
พุทธิปัญญาปกติ	28	22.0
พุทธิปัญญานกพร่อง	99	78.0

จากตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพุทธิปัญญา ซึ่งประเมินระดับพุทธิปัญญาโดยใช้แบบทดสอบ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพุทธิปัญญามากพียง คือ มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 78.0

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งประเมินโดย

แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดี คือ มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับมากกว่า 5 คะแนน จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 76.4 อีกทั้งมีชั่วโมงการนอนหลับน้อยที่สุด 3 ชั่วโมงและมากที่สุด 13 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการนอนหลับน้อยกว่าร้อยละ 65 คิดเป็นร้อยละ 86.6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ (n=127)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (n=127)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม		
คุณภาพการนอนดี	30	23.6
คุณภาพการนอนไม่ดี	97	76.4
จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ (Min = 3 ชั่วโมง ,Max = 13 ชั่วโมง ,Median(IQR) = 8(3) ชั่วโมง)		
น้อยกว่าเท่ากับ 7 ชั่วโมง	51	40.2
ตั้งแต่ 8 ชั่วโมงขึ้นไป	76	59.8
ประสิทธิภาพการนอนหลับ		
มากกว่า 85%	4	3.1
75 – 84 %	6	4.7
65 – 74%	7	5.5
น้อยกว่า 65%	110	86.6
ปัญหาเกี่ยวกับการนอน		
นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที		
ไม่มีปัญหา	41	32.3
มีปัญหา	86	67.7
ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ		
ไม่มีปัญหา	67	52.8
มีปัญหา	60	47.2

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ (n=127) (ต่อ)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (n=127)	ร้อยละ
ตื่นเช้าห้องน้ำ		
ไม่มีปัญหา	63	49.6
มีปัญหา	64	50.4
หายใจติดขัด		
ไม่มีปัญหา	112	88.2
มีปัญหา	15	11.8
ไอ หรือ กรนเสียงดัง		
ไม่มีปัญหา	117	92.1
มีปัญหา	10	7.9
รู้สึกหนาวเกินไป		
ไม่มีปัญหา	119	93.7
มีปัญหา	8	9.3
รู้สึกร้อนเกินไป		
ไม่มีปัญหา	118	92.9
มีปัญหา	9	7.1
ฝันร้าย		
ไม่มีปัญหา	123	96.9
มีปัญหา	4	3.1
เจ็บหรือปวดตามตัว		
ไม่มีปัญหา	119	93.7
มีปัญหา	8	6.3

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับ
พุทธิปัญญา โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับระดับพุทธิปัญญา คือ ระดับ
การศึกษา ประวัติการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอน
หลับกับระดับพุทธิปัญญา โดยใช้สถิติไคสแควร์
พบว่า คุณภาพการนอนหลับ และปัญหาเกี่ยวกับการ
นอนในด้านตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ
มีความสัมพันธ์กับระดับพุทธิปัญญา อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับพุทธิปัญญา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (n= 127 คน)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับพุทธิปัญญา				X ²	p-value
	พุทธิปัญญาปกติ		พุทธิปัญญาบกพร่อง			
	(n = 28)		(n = 99)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	14	50.0	49	49.5	0.002	0.96
หญิง	14	50.0	50	50.5		
อายุ						
60 -70 ปี	27	96.4	82	82.8		0.12 ^a
ตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไป	1	3.6	17	17.2		
สถานภาพ						
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	22	78.6	61	61.6	2.771	0.096
สมรส	6	21.4	38	38.4		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าเท่ากับมัธยมปลาย	16	57.1	83	83.8	9.051	0.003*
สูงกว่ามัธยมปลาย	12	42.9	16	16.2		
ความเพียงพอของรายได้						
ไม่เพียงพอ	15	53.6	59	59.6	0.326	0.568
เพียงพอ	13	46.4	40	40.4		
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่สูบบุหรี่	26	92.9	89	89.9		1.00 ^a
สูบบุหรี่	2	7.1	10	10.1		
ประวัติการดื่มสุรา						
ไม่ดื่มสุรา	27	96.4	96	97.0		1.00 ^a
ดื่มสุรา	1	3.6	3	3.0		
ประวัติการออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	13	46.4	74	74.7	8.11	0.004*
ออกกำลังกาย	15	53.6	25	25.3		

* $P < 0.05$ ^a Fisher's Exact test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับพุทธิปัญญา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (n= 127 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับพุทธิปัญญา				X ²	p-value
	พุทธิปัญญาปกติ		พุทธิปัญญาบกพร่อง			
	(n = 28)		(n = 99)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ดัชนีมวลกาย						
ผอม	1	3.6	8	8.1	0.686	0.709
ปกติ	11	39.3	36	36.4		
น้ำหนักเกิน โรคอ้วนระดับที่ 1 และโรคอ้วนระดับที่ 2	16	57.1	55	55.6		
โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี	15	53.6	34	34.3	3.405	0.065
มี	13	46.4	65	65.7		
โรคเบาหวาน						
ไม่มี	23	82.1	68	68.7	1.946	0.163
มี	5	17.9	31	31.3		
โรคความดันโลหิต						
ไม่มี	19	67.9	55	55.6	1.358	0.244
มี	9	32.1	44	44.4		
โรคไขมันในเลือด						
ไม่มี	25	89.3	75	75.8	2.386	0.122
มี	3	10.7	24	24.2		
ระยะเวลาเจ็บป่วย						
น้อยกว่าเท่ากับ 20 ปี	21	75.0	55	55.6	3.43	0.064
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	7	25.0	44	44.4		
ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic)						
Typical						
ไม่ใช้	27	27.3	9	32.1	0.255	0.614
ใช้	72	72.7	19	67.9		

* $P < 0.05$ ^a Fisher 'Exact test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับพุทธิปัญญา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (n= 127 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับพุทธิปัญญา				X ²	p-value
	พุทธิปัญญาปกติ		พุทธิปัญญาบกพร่อง			
	(n = 28)		(n = 99)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
Atypical						
ไม่ใช้	56	56.6	16	57.1	0.003	0.957
ใช้	43	43.4	12	42.9		
ยาต้านเศร้า(Antidepressant ยกเว้น trazodone)						
ไม่ใช้	21	75.0	84	84.8	0.26 ^a	
ใช้	7	25.0	15	15.2		
ยาคลายกังวล ยานอนหลับ ยาทำให้สงบ (Anxiolytic Hypnotic Sedative)						
ไม่ใช้	18	64.3	51	51.5	1.435	0.231
ใช้	10	35.7	48	48.5		
ยาที่ใช้ลดผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช						
Trihexyphenidyl						
ไม่ใช้	11	39.3	37	37.4	0.034	0.854
ใช้	17	60.7	62	62.6		
จำนวนยารักษาโรคจิต						
1 ตัว	70	70.4	24	85.7	2.55	0.11
ตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป	29	29.3	4	14.3		

* $P < 0.05$ ^a Fisher'Exact test

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับพุทธิปัญญา
วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก โดยเมื่อ
ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว พบว่า

การไม่ออกกำลังกายและคุณภาพการนอนหลับ
ที่ไม่ดี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพุทธิปัญญาบกพร่อง
ถึง 4.48 เท่า และ 3.83 เท่า ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับระดับพุทธิปัญญา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (n= 127 คน)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับพุทธิปัญญา				X ²	p-value
	พุทธิปัญญาปกติ		พุทธิปัญญาบกพร่อง			
	(n = 28)		(n = 99)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คุณภาพการนอนหลับ						
คุณภาพการนอนไม่ดี	15	53.6	82	82.8	10.35	0.001**
คุณภาพการนอนดี	13	46.4	17	17.2		
จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ						
น้อยกว่าเท่ากับ 7 ชั่วโมง	9	32.1	42	42.4	0.96	0.327
ตั้งแต่ 8 ชั่วโมงขึ้นไป	19	67.9	57	57.6		
ปัญหาเกี่ยวกับการนอน						
นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไป						
แล้วนานกว่า 30 นาที						
ไม่มีปัญหา	12	42.9	29	29.3	1.83	0.175
มีปัญหา	16	57.1	70	70.7		
ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ						
ไม่มีปัญหา	21	75.0	46	46.5	7.131	0.008*
มีปัญหา	7	25.0	53	53.5		
ตื่นเข้าห้องน้ำ						
ไม่มีปัญหา	17	60.7	46	46.5	1.77	0.183
มีปัญหา	11	39.3	53	53.5		
หายใจติดขัด						
ไม่มีปัญหา	24	85.7	88	88.9	0.21	0.646
มีปัญหา	4	14.3	11	11.1		
ไอ หรือ กรนเสียงดัง						
ไม่มีปัญหา	26	92.9	91	91.9	0.02	0.871
มีปัญหา	2	7.1	8	8.1		

* $P < 0.05$ ^a Fisher's Exact test

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับระดับพุทธิปัญญา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (n= 127 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับพุทธิปัญญา				X ²	p-value
	พุทธิปัญญาปกติ		พุทธิปัญญาบกพร่อง			
	(n = 28)		(n = 99)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รู้สึกหนาวเกินไป						
ไม่มีปัญหา	28	100	91	91.9	2.41	0.12
มีปัญหา	0	0	8	8.1		
รู้สึกร้อนเกินไป						
ไม่มีปัญหา	26	92.9	92	92.9	0.00	0.990
มีปัญหา	2	7.1	7	7.1		
ฝันร้าย						
ไม่มีปัญหา	28	100	95	96.0	1.16	0.28
มีปัญหา	0	0	4	4.0		
เจ็บหรือปวดตามตัว						
ไม่มีปัญหา	28	100	91	91.9	2.41	0.12
มีปัญหา	0	0	8	8.1		

* P < 0.05

^a Fisher's Exact test

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับพุทธิปัญญา ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่นๆ

ปัจจัยที่ศึกษา ^a	b	P-value	Adjusted OR (95% CI)
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าเท่ากับมัธยมปลาย	0.83	0.132	2.30(0.77,6.82)
การออกกำลังกาย			
การไม่ออกกำลังกาย	1.50	0.006*	4.48(1.53,13.05)
คุณภาพการนอนหลับ			
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	1.34	0.014*	3.83(1.30,11.28)
ปัญหาเกี่ยวกับการนอน			
ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ	0.692	0.188	1.99(0.713,5.59)

* P < 0.05

อภิปราย

ความชุกของพหุธิปัญญาบกพร่อง

จากการศึกษานี้พบว่าความชุกของพหุธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 78.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murante T et al.⁶ และ Liu G. et al.¹³ ซึ่งพบความชุกดังกล่าวร้อยละ 70 และ 77.7 ตามลำดับ ภาวะพหุธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอาจเกิดพยาธิสภาพของโรคซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทและความผิดปกติในส่วนต่างๆของสมอง เช่น prefrontal lobe dysfunction, frontal lobe, temporal lobe, left or right hemisphere และ basal ganglia เป็นต้น ทำให้มีความบกพร่องในด้านความสนใจจดจ่อ (sustained attention), ด้านความจำใช้งาน (working memory), ด้านการเรียนรู้ด้วยวาจา (verbal memory), และด้านความสามารถด้านบริหารจัดการ (executive function)^{4, 5, 10, 12}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพหุธิปัญญาบกพร่อง

การไม่ออกกำลังกาย มีความเกี่ยวข้องกับพหุธิปัญญาบกพร่อง ซึ่งสอดคล้องกับ Willey JZ.¹⁷ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายในเวลารว่างกับการลดลงของพหุธิปัญญา และพบว่า การไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อย มีความสัมพันธ์กับความสามารถด้านบริหารจัดการที่ลดลง จากการศึกษานี้ของ Yan S et al.²⁴ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมนั่งเฉยกับปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองเสื่อม ก็พบว่า พฤติกรรมนั่งเฉยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Lista I et al.²⁵ ที่ศึกษา กลไกทางชีวภาพของการออกกำลังกายในการป้องกันพหุธิปัญญาบกพร่อง พบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพหุธิปัญญา รวมถึง การศึกษาของ Norman JE. et al.²⁶ ที่ทบทวนวรรณกรรมเรื่องกลไกของการออกกำลังกายต่อพหุธิปัญญา พบว่า การออกกำลังกายในระดับความหนักปานกลางสามารถเพิ่มพหุธิปัญญา ในด้านของความจำและexecutive function และยังสามารถชะลอการเสื่อมของพหุธิปัญญา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mandolesi L. et al.²⁷ ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายต่อพหุธิปัญญา และสุขภาพ ทางชีวภาพและจิตใจ พบว่า การออกกำลังกายสามารถเพิ่มพหุธิปัญญา สุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตได้ โดยการออกกำลังกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเพิ่ม neurotrophic factors เช่น BDNF อีกทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อสมอง โดยเพิ่มการหนาตัวของเนื้อสมองสีเทาในสมองส่วนหน้าและฮิปโปแคมปัส นอกจากนี้ยังลดการทำลายของเนื้อสมองสีเทาด้วย²⁷ จึงทำให้การออกกำลังกายสามารถเพิ่มพหุธิปัญญาได้

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีความเกี่ยวข้องกับพหุธิปัญญาบกพร่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Laskemoen JF et al.²⁸ ที่ได้ศึกษา ปัญหาการนอนหลับส่งผลต่อพหุธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยไบโพลาร์ พบว่า ปัญหาการนอนหลับส่งผลต่อพหุธิปัญญา ในด้าน Processing speed and inhibition และสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Potvin O et al.²⁹ ที่ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและพุทธิปัญญาความบกพร่องของเหตุการณ์ 1 ปีในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับพุทธิปัญญาบกพร่อง อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Siddarth P. et al.³⁰ ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ พุทธิปัญญา ความจำด้วยการประเมินตนเอง ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับสมาธิและความจำ ซึ่งในขณะนอนหลับร่างกายจะมีฮอร์โมนบอลลิกซอร์โมน (anabolic hormone) ซึ่งฮอร์โมนนี้ช่วยในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกาย อีกทั้งการนอนหลับเป็นช่วงที่มีการบันทึกความจำและการเรียนรู้สิ่งต่างๆ เสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน ดังนั้นเมื่อนอนหลับขาดการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านจำนวนชั่วโมงในการนอนที่ไม่เหมาะสมและคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ล้วนส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้มีการตอบสนองที่ช้าลง ไม่มีสมาธิ ความตื่นตัวลดลง อีกทั้งส่งผลต่อความจำระยะสั้น และระยะยาว โดยเฉพาะการขาดการนอนหลับในช่วงหลับลึกหรือ Slow wave sleep และในช่วง REM sleep จะส่งผลต่อความจำ declarative memory และ procedural memory³¹ ซึ่งในช่วงการนอนหลับระยะนี้ ร่างกายจะมีการกำจัดสาร amyloid β (A β) และ tau protein ซึ่งเป็นโปรตีนของเสีย จึงทำให้มีการเพิ่มขึ้นของโปรตีนของเสีย³² และทำให้เกิดการอักเสบของระบบประสาท (neuroinflammation) และขัดขวางการเสริมสร้างเซลล์ประสาท (neurogenesis) ด้วย³³

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาในรูปแบบภาคตัดขวาง ดังนั้นปัจจัยที่ได้จากการศึกษานี้เป็นความสัมพันธ์ที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องเท่านั้น ควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน

สรุป

พุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความชุกร้อยละ 78.0 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจทำให้เกิดพุทธิปัญญาบกพร่อง ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ อาจต้องคำนึงถึงการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยการนอนหลับร่วมด้วย ซึ่งอาจช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดี อีกทั้งควรวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อป้องกันการบกพร่องของพุทธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษารั้งต่อไปควรศึกษาในรูปแบบ case-control โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุปกติ และควรมีการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ร่วมด้วยเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แม่นยำมากยิ่งขึ้น และควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคจิตเภท เช่น จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ความรุนแรงของอาการทางจิต (โดยแยกเป็นอาการบวกและลบ) ขนาดของยาที่ได้รับ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ชัดเจนและครอบคลุม

นอกจากนี้อาจจะออกแบบการวิจัยเป็นการติดตามไปข้างหน้า (prospective study) จะแสดงให้เห็นความชัดเจนของความเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนการป้องกัน ดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุครอบคลุมทุกมิติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock JB, Sadock AV. Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry VII. Philadelphia: Lippincott William and Wilkin.; 2000.
2. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ งามาธิบติ. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2558.
3. นันทวัช สัทธิธิกรัณ, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน. จิตเวช ศิริราช DSM-5. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย; 2558.
4. Bozikas VP, Kosmidis MH, Kiosseoglou G, Karavatos A. Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. Compr. 2006;47(2):136-43.
5. O'Carroll R. Cognitive Impairment in Schizophrenia. Advances in Psychiatric Research. 2000;6:161-8.
6. Murante T, Cohen CI. Cognitive Functioning in Older Adults With Schizophrenia. Focus (American Psychiatric Publishing). 2017;15(1):26-34.
7. Peng XJ, Hei GR, Li RR, Yang Y, Liu CC, Xiao JM, et al. The Association Between Metabolic Disturbance and Cognitive Impairments in Early-Stage Schizophrenia. Frontiers in human neuroscience. 2020;14:599720.
8. Keefe RS, Eesley CE, Poe MP. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. Biological psychiatry. 2005;57(6):688-91.
9. Arunpongpaissal S, Sangsirilak A. Using MoCA-Thai to evaluate cognitive impairment in patients with schizophrenia. J Med Assoc Thai. 2013;96(7):860-5.
10. Chan RCK CE. Assessment of executive function for schizophrenia in Hong Kong. Hong Kong J Psychiatry. 2005;15:23-8.
11. Taylor MA. The Fundamentals Of Clinical Neuropsychiatry: Oxford University Press; 1999 [Online]. Available from: https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9780198029939_A23605188/preview9780198029939_A23605188.pdf [2023 Oct 31].
12. Velligan DI, DiCocco M, Bow-Thomas CC, Cadle C, Glahn DC, Miller AL, et al. A brief cognitive assessment for use with schizophrenia patients in community clinics. Schizophrenia research. 2004;71(2-3):273-83.
13. Liu G, Zhang X, Huo X, Li W. Prevalence, Influencing Factors, and Clinical Characteristics of Cognitive Impairment in Elderly Patients with Schizophrenia. Frontiers in psychiatry. 2022; 13:910814.
14. อรษา ฉวาง, ชันยพร สุขประเสริฐ, มาลี หนานเจียง. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความพร้อมพุทธิปัญญา. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2563;28(2):111-20.
15. Irani F, Kalkstein S, Moberg EA, Moberg PJ. Neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: a meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. Schizophr Bull. 2011;37(6):1318-26.
16. Harvey PD. Cognitive impairment in elderly patients with schizophrenia: age related changes. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2001;16(S1): S78-S85.
17. Willey JZ, Gardener H, Caunca MR, Moon YP, Dong C, Cheung YK, et al. Leisure-time physical activity associates with cognitive decline: The Northern Manhattan Study. Neurology. 2016;86(20):1897-903.

18. Iso-Markku P, Aaltonen S, Kujala UM, Halme HL, Phipps D, Knittle K, et al. Physical Activity and Cognitive Decline Among Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA network open*. 2024;7(2):e2354285.
19. Hagi K, Nosaka T, Dickinson D, Lindenmayer JP, Lee J, Friedman J, et al. Association Between Cardiovascular Risk Factors and Cognitive Impairment in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(5):510-8.
20. McDermid Vaz SA, Heinrichs RW. Schizophrenia and memory impairment: evidence for a neurocognitive subtype. *Psychiatry Research*. 2002;113(1):93-105.
21. Tangwongchai S, Charearnboon T, Phanasathit M, L A, Hemrungronj S, K P, et al. The validity of thai version of the montreal cognitive assessment (MoCA-T). *Dement Neuropsychol*. 2009;3:172.
22. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989;28(2):193-213.
23. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, วรวิญญ์ ดันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2540;42(3):123-32.
24. Yan S, Fu W, Wang C, Mao J, Liu B, Zou L, et al. Association between sedentary behavior and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*. 2020;10(1):112.
25. Lista I, Sorrentino G. Biological mechanisms of physical activity in preventing cognitive decline. *Cellular and molecular neurobiology*. 2010;30(4):493-503.
26. Norman JE, Rutkowski J, Bodine S, Rutledge JC. The Potential Mechanisms of Exercise-induced Cognitive Protection: A Literature Review. *Curr Pharm Des*. 2018;24(17):1827-31.
27. Mandolesi L, Polverino A, Montuori S, Foti F, Ferraioli G, Sorrentino P, et al. Effects of Physical Exercise on Cognitive Functioning and Wellbeing: Biological and Psychological Benefits. *Front Psychol*. 2018;9:509.
28. Laskemoen J, Büchmann C, Barrett E, Collier-Høegh M, Haatveit B, Vedal T, et al. Do sleep disturbances contribute to cognitive impairments in schizophrenia spectrum and bipolar disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*; 2019.
29. Potvin O, Lorrain D, Forget H, Dubé M, Grenier S, Prévaille M, et al. Sleep Quality and 1-Year Incident Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Adults. *Sleep*. 2012;35(4):491-9.
30. Siddarth P, Thana-Udom K, Ojha R, Merrill D, Dzierzewski JM, Miller K, et al. Sleep quality, neurocognitive performance, and memory self-appraisal in middle-aged and older adults with memory complaints. *International psychogeriatrics*. 2021;33(7):703-13.
31. Killgore WDS. Effects of sleep deprivation on cognition. In: Kerkhof GA, Dongen HPAV, editors. *Progress in Brain Research*. Elsevier. 2010 ;815:105-29.
32. Ju Y-ES, Ooms SJ, Sutphen C, Macauley SL, Zangrilli MA, Jerome G, et al. Slow wave sleep disruption increases cerebrospinal fluid amyloid- β levels. *Brain*. 2017;140(8):2104-11.
33. วัฒนชัย โชตินัยวัตรกุล, ชวนนท์ พิมลศรี. การนอนหลับในผู้สูงอายุ. *บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*; 2563.

เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน ทางโทรศัพท์และแบบพบหน้า ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะเหนื่อยล้า หมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

ศรัณยพิชญ์ อักษร, พย.ม.*, เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.*, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ศศ.ม.*, ภพธร วุฒินาร, ว.ม.*

*สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟระหว่างการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (telephone counseling 2 times: TT) ช่องทางพบหน้าทั้งสองครั้ง (face-to-face counseling 2 times: FF) และช่องทางพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (face-to-face counseling and follow-up by telephone: FT) ในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต

วัสดุและวิธีการ : ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการดำเนินงานในระบบบริการปกติในเขตสุขภาพที่ 2, 4, 6 และ 9 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความเข้มแข็งทางใจ และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ และเปรียบเทียบคะแนนพลังใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ระหว่างช่องทาง TT FF และ FT โดยใช้สถิติ ANCOVA และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ สถิติ LSD กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล : หลังจากได้รับคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานทั้งช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง ช่องทางพบหน้าทั้งสองครั้ง และช่องทางพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังใจสูงขึ้น ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่แตกต่างกันทุกช่องทาง โดยช่องทางที่เพิ่มพลังใจที่ดีที่สุดคือแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม ช่องทางที่ลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟที่ดีที่สุดคือพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม หรือพบหน้าทั้งสองครั้ง

สรุป : การคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้ามีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ในการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตไม่ต่างกัน โดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นทางเลือกการให้บริการที่มีความยืดหยุ่น ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน, การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์, ความเข้มแข็งทางใจ, ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ, ปัญหาสุขภาพจิต

COMPARE THE EFFECTS OF SRENGTH BASED COUNSELING VIA TELEPHONE AND FAE-TO-FACE ON RESILIENCE AND BURNOUT IN INDIVIDUALS AT RISK OF MENTAL HEALTH PROBLEMS

Sarunyapich Aksorn, M.N.S.*, Terdsak Detkong, M.D. *, Passana Gunadhivadhana, M.A. *,
Phopthorn Wuttiarn, M.A.*

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

Abstract

Objectives: To compare the intensity of resilience and burnout during counseling sessions based on different modes: telephone counseling 2 times (TT), face-to-face counseling 2 times (FF), and face-to-face counseling and follow-up by telephone (FT) among individuals at risk for mental health problems.

Material and Methods: The study utilized data from counseling records of individuals at risk for mental health problems, conducted within the regular service system in the health region 2, 4, 6, and 9 from May to September 2023. General information, resilience and burnout data were collected and compared for resilience and burnout scores across TT, FF, and FT modes. Analysis was performed using ANCOVA statistics and differences in mean scores were assessed using LSD tests, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: After receiving strength based counseling via face-to-face counseling twice (FF), telephone counseling twice (TT), initial face-to-face counseling followed by telephone follow-up (FT) the sample group had higher mean scores of resilience and significantly reduced burnout, with no differences across channels. The best channel for increasing resilience is initial face-to-face counseling followed by telephone follow-up (FT). The best channel for reducing burnout are face-to-face counseling followed by telephone follow-up (FT) or face-to-face counseling twice (FF).

Conclusion: Telephone and face-to-face strength based counseling are similarly effective in increasing resilience and reducing burnout among people at risk for mental health problems. Telephone counseling is a flexible delivery option that can increase access to services for those at risk for mental health problems.

Key words: strength based, counseling telephone, counseling resilience, burnout, mental health problems

บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่า 1 ใน 8 ของคนทั่วโลกมีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 970 ล้านคนทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลกพบว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ในกลุ่มโรคด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 13.0 ของทั้งหมด โดยในปี 2565 พบว่า เฉพาะภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของประชากรทั่วโลก ทำให้วันทำงานหายไปประมาณ 12 พันล้านวัน ซึ่งสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่ากว่า 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ² ส่วนข้อมูลของวิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า คนกรุงเทพฯ 7 ใน 10 มีอาการหมดไฟในการทำงาน³ สอดคล้องกับผลการสำรวจข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check-In) ของกรมสุขภาพจิต⁴ พบว่าวัยทำงานมีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในระดับเสี่ยงมากเพิ่มขึ้นจาก 571 คน (ร้อยละ 0.3) ในช่วงปี พ.ศ. 2566 เป็น 2,038 คน (ร้อยละ 1.8) ในครึ่งปีแรกของ พ.ศ. 2567 และผู้ที่มีระดับพลังใจน้อยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.7 เป็นร้อยละ 9.0 ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (WHO)⁵ ได้เพิ่มภาวะหมดไฟลงในมาตรฐานการจัดกลุ่มโรคระหว่างประเทศฉบับปรับปรุงครั้งที่ 11 (11th revision of the international classification of diseases: ICD-11) โดยจัดเป็นภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการทำงาน (occupational phenomenon) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา โดยภาวะหมดไฟในการทำงานนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และร่างกาย เป็นสาเหตุนำไปสู่

ปัญหาสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า วิตกกังวล และพฤติกรรมติดสุราพึ่งยาเสพติด⁶ การศึกษาของปองกานต์ ศิริโรจน์⁷ และตฤณพงษ์ ทับทิมสี⁸ ศึกษาพบสาเหตุและปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ หัวหน้างาน ภาระงาน การถูกลดความสำคัญด้านความรู้สึกรับรู้ การลดค่าความเป็นบุคคล แสดงให้เห็นว่าภาวะหมดไฟในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียด และการมีสุขภาพจิตที่ดี ในบางกรณีความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตก็ส่งผลกระทบต่อการทำงาน และคุณภาพการดำรงชีวิต ประกอบกับข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁹ รายงานว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 ผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.96

กรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นหน่วยงานหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายด้านสุขภาพจิตเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีความต้องการรับบริการด้านสุขภาพจิตมากขึ้น จึงได้จัดทำมาตรฐาน แนวทางเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ โดยในปี พ.ศ. 2566 ได้มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน¹⁰ เป็นหนึ่งในหลักสูตรอบรม รวมถึงมีการอบรมพัฒนา

ศักยภาพบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2, 4, 6 และ 9 ทั้งเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด รวมถึงเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข เช่น กลุ่มครูที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพัก ฯลฯ โดยการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานเป็นการให้คำปรึกษาที่ใช้จิตวิทยาเชิงบวกแบบชี้นำ (directive counseling) โดยกระบวนการมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพและค้นหาความเข้มแข็งที่มีในตัวผู้รับคำปรึกษาทั้งความพยายาม ความคิด ความเชื่อ แรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง และทักษะที่มีมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา กระบวนการมีโครงสร้างชัดเจน ใช้ให้คำปรึกษาในเวลาที่กระชับ ครั้งละ 15-20 นาที จำนวน 2-4 ครั้ง ตามสภาพปัญหา มีความยืดหยุ่นในการนำไปให้บริการช่องทางต่างๆ ทั้งการให้คำปรึกษาแบบต่อหน้าและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประกอบกับในยุคปัจจุบัน โทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์หนึ่งที่พกติดตัวตลอดเวลา global overview report : digital stat & insights 2024¹¹ รายงานว่าทั่วโลกมีคนใช้มือถือมากกว่าร้อยละ 69.4 การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2566¹² พบว่าคนไทยกว่าร้อยละ 87.7 ใช้โทรศัพท์มือถือ และมีการศึกษาพบว่าสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงทำให้คนในสังคมเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตมากขึ้น จึงมีความต้องการเข้าถึงบริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในรูปแบบออนไลน์ เป็นการให้บริการที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงง่าย สะดวก และ

มีความยืดหยุ่น ผู้รับบริการมีความสะดวกในด้านการจัดสรรเวลา การเลือกสถานที่พูดคุยได้ด้วยตนเอง โดยจุดเด่นคือความสะดวกแต่ประสิทธิภาพการให้บริการเทียบเท่าการปรึกษาแบบออฟไลน์ ทำให้มีแนวโน้มได้รับความนิยมสูงขึ้น¹³ และถึงแม้ว่าการให้คำปรึกษาแบบต่อหน้าจะได้ผลดี ผู้รับบริการได้พบกับผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง แต่การให้คำปรึกษาช่องทางดังกล่าวมีข้อจำกัดทั้งระยะเวลา การรอคอย การนัดหมาย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังหน่วยบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สะดวกเข้ารับบริการอย่างทันท่วงที อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ยังได้รับการสุขภาพจิตพื้นฐานตาม ระบบบริการรูปแบบปกติคือการนัดพบที่หน่วยบริการ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้าชัดเจนและมีความเฉพาะกับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อันจะนำไปสู่การเลือกช่องทางการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่าเหมาะสมสถานการณ์ความต้องการของประชาชนในปัจจุบัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) ช่องทางพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) และช่องทางพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) ต่อความเข้มแข็งทางใจ และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต โดยมีสมมติฐาน

ว่าการให้คำปรึกษาทุกช่องทางให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 024/2566 วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นการดำเนินงานในระบบบริการปกติ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยอิงการศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของเทอดศักดิ์ เดชคง¹⁴ กำหนดขนาดอิทธิพล 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ ขั้นต่ำกลุ่มละ 33 คน เกณฑ์การคัดเข้าคือ เลือกแบบบันทึกการให้คำปรึกษาทุกแบบบันทึกที่มีข้อมูลครบถ้วนตรงกับเกณฑ์ ซึ่งเป็นแบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตด้านความเข้มแข็งทางใจภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตสุขภาพที่ 2, 4, 6 และ 9 ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2566 และยินยอมรับบริการให้คำปรึกษา จากนั้นคัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ออกก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ นามสกุลที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ แจกแจงข้อมูล (parsing) เฉพาะชุดข้อมูลส่วนที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ เช่น อายุและครั้งที่ประเมิน แก๊วไขข้อมูลที่ผิดพลาด (correcting) โดยแก้ไขข้อความหรือตัวเลขให้ถูกต้องตรงกับประเภทข้อมูล ทำข้อมูลให้เป็น

รูปแบบเดียวกัน (standardizing) ได้แก่ การแก้ไขข้อความที่มีความหมายเดียวกันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน กำหนดชื่อตัวแปรเพื่อเตรียมชุดข้อมูลในการประมวลผล และการจัดกลุ่มข้อมูลใหม่ นำข้อมูลใส่รหัสโดยไม่ระบุชื่อ แบ่งเป็นผู้ได้รับคำปรึกษาช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทั้งสองครั้ง (TT) 57 คน การให้คำปรึกษาแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) 304 คน และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) 84 คน ซึ่งเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานพัฒนาขึ้นโดยเทอดศักดิ์ เดชคง¹⁰ ในปี พ.ศ. 2566 ตามแนวคิดของ Grotberg¹⁵ เป็นหลักสูตรฝึกอบรมที่ใช้เวลา 6 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาโดยใช้จิตวิทยาเชิงบวกแบบชี้นำ (directive counseling) มีโครงสร้างในการสนทนาให้คำปรึกษาชัดเจน ประกอบด้วย 3 กระบวนการคือ 1) สร้างความร่วมมือโดยใช้ทักษะการชม 2) ค้นหาความเข้มแข็งโดยใช้ทักษะการถาม และ 3) ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นทางเลือก เนื้อหาการสนทนาเป็นไปตามประเด็นความเข้มแข็งทางใจ (resilience) ซึ่งให้ความสำคัญกับความเข้มแข็ง 3 ประเภท ได้แก่ คุณสมบัติบุคคล (I am) สัมพันธภาพที่เกื้อหนุน (I have) และทักษะความสามารถ (I can) เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ใช้เวลาให้บริการครั้งละ 15 - 20 นาที จำนวน 2 - 4 ครั้งตามสภาพปัญหา และครั้งแรก

อาจใช้เวลานานกว่านั้น การให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง จะใช้ทักษะครบทั้ง 3 กระบวนการ โปรแกรม ดังกล่าวผ่านการทดสอบคุณภาพโปรแกรม ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตร ผู้เชี่ยวชาญ ในการให้คำปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และจิตเวช 5 คน มีค่าความสอดคล้องของ โปรแกรมมากกว่า 0.8

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ (resilience inventory 3 items) มีค่าความเชื่อมั่นจาก สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อ 0.77 - 0.70¹⁶ แปลผล คะแนนแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ ในการ ประเมินความเครียด เหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยง ซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำแนกตามอายุ ได้ว่ากลุ่มเยาวชนที่พลังใจต่ำกว่า 21 คะแนน กลุ่ม วัยทำงานที่พลังใจต่ำกว่า 18 คะแนน และกลุ่มวัย สูงอายุที่พลังใจต่ำกว่า 15 คะแนน เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจากมีโอกาสเกิด ความเครียด เหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างใดอย่างหนึ่ง¹⁷

2.2 แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ¹⁸ ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ของ Maslach และคณะ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความอ่อนล้า ทางอารมณ์ (emotional exhaustion) 2) การเมินเฉย ต่องาน (cynicism) 3) ความสามารถในการทำงาน (professional efficacy) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน โดย 1 หมายถึง แทบไม่มีเลย 2 เป็นบางครั้ง 3 เป็นบ่อย และ 4 เป็นประจำ คะแนนรวม 3 - 12 คะแนน แปล ผลดังนี้ 3 - 6 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับน้อย 7 - 8 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับปานกลาง และ 9 - 12 คะแนนหมายถึงเสี่ยงระดับมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ คะแนนพลังใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ โทรศัพททั้งสองครั้ง (TT) พบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) พบหน้าครั้งแรกและโทรศัพทติดตาม (FT) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกตามช่องทางการ ให้คำปรึกษาซึ่งมีจุดตั้งต้นที่อาจต่างกัน จึงต้อง ขจัดอิทธิพลของคะแนนก่อนการทดลอง โดยใช้ สถิติ ANCOVA (Analysis of Covariance) ควบคุม อิทธิพลของ ตัวแปรเกินอันเนื่องมาจาก Pretest ซึ่งเป็นตัวแปรแทรกซ้อน เป็นตัวควบคุม (Covariate) ซึ่งพบว่า คะแนนพลังใจ ภาวะเหนื่อย ล้าหมดไฟ ก่อนการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนน ภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ พบความแตกต่างระหว่างช่องทางการให้การ ปรึกษา จึงใช้สถิติ LSD (Least Significant Different) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 445 คน มีอายุเฉลี่ย

35.67 ปี โดยกลุ่มที่ได้รับการรักษาช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) มีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 30.07 ปี กลุ่มที่ได้รับการรักษาช่องทางพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) มีอายุเฉลี่ยมากที่สุดคือ 37.13 ปี และกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) มีอายุเฉลี่ย 34.02 ปี ดังตารางที่ 1

โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) การให้คำปรึกษาแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังใจสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสามรูปแบบดีขึ้นเหมือนกัน ดังตารางที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาทาง
ตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่องทางการให้คำปรึกษา

ช่องทางการให้คำปรึกษา	จำนวน (คน)	อายุเฉลี่ย $\pm$ SD (ปี)	อายุน้อยสุด (ปี)	อายุสูงสุด (ปี)
โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT)	57	30.07 $\pm$ 10.93	17	60
พบหน้าทั้งสองครั้ง (FF)	304	37.13 $\pm$ 20.11	11	92
พบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT)	84	34.02 $\pm$ 16.24	12	68
รวม	445	35.67 $\pm$ 18.64	11	92

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพลังใจ (RQ) และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานจำแนกตามช่องทางการให้คำปรึกษา

คะแนนภาวะสุขภาพจิต		ช่องทางการให้คำปรึกษา (n = 455 คน)		
		โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (n = 57)	พบหน้าทั้งสองครั้ง (n = 304)	พบหน้าครั้งแรกและ โทรศัพท์ติดตาม (n = 84)
		ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
พลังใจ (RQ)	ก่อน	16.91 $\pm$ 5.57	17.77 $\pm$ 5.88	16.40 $\pm$ 6.83
	หลัง	19.96 $\pm$ 5.47	20.88 $\pm$ 5.28	21.54 $\pm$ 4.26
	ผลต่าง	3.05 $\pm$ 4.64	3.11 $\pm$ 5.63	5.13 $\pm$ 6.22
	p	< 0.001	< 0.001	< 0.001
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)	ก่อน	6.84 $\pm$ 2.99	5.87 $\pm$ 2.96	7.40 $\pm$ 3.05
	หลัง	5.86 $\pm$ 2.55	4.54 $\pm$ 2.21	5.43 $\pm$ 2.16
	ผลต่าง	-0.98 $\pm$ 2.26	-1.33 $\pm$ 2.12	-1.97 $\pm$ 1.95
	p	0.002	< 0.001	< 0.001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังใจ ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ หลังการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานจำแนกตามช่องทางการให้คำปรึกษาพบว่า ช่องทางที่เพิ่มพลังใจได้ดีที่สุดคือแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) ส่วนการให้คำปรึกษาช่องทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) และแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) ให้ผลลัพธ์ที่ตรงลงมาไม่ต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนพลังใจ และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานจำแนกตามช่องทางการให้คำปรึกษา 3 วิธี

ผลการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ การให้คำปรึกษาก่อนและหลัง	ค่าเฉลี่ยผลต่าง $\pm$ SD	p	p
กับคะแนนเฉลี่ยพลังใจ			
โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT)	3.05 $\pm$ 4.64	0.388 ^a	0.020* ^b
พบหน้าทั้งสองครั้ง (FF)	3.11 $\pm$ 5.63		0.026* ^c
พบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT)	5.13 $\pm$ 6.22		
กับคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ			
โทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT)	-0.98 $\pm$ 2.26	0.001* ^a	0.008* ^b
พบหน้าทั้งสองครั้ง (FF)	-1.33 $\pm$ 2.12		0.714 ^c
พบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT)	-1.97 $\pm$ 1.95		

หมายเหตุ 1. ^a เปรียบเทียบช่องทาง TT กับ FF, ^b เปรียบเทียบช่องทาง TT กับ FT, ^c เปรียบเทียบช่องทาง FF กับ FT

2. ค่าเป็นบวกแปลว่าคะแนนเพิ่มขึ้น ค่าเป็นลบแปลว่าคะแนนลดลง

อภิปราย

การเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานทางโทรศัพท์และแบบพบหน้าต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตในครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้คือการให้คำปรึกษาแบบใช้

การภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้ดีที่สุดคือช่องทางการให้คำปรึกษาแบบพบหน้าครั้งแรกและโทรศัพท์ติดตาม (FT) และการให้คำปรึกษาและแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) ไม่ต่างกันทั้งสองช่องทาง ส่วนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทั้งสองครั้ง (TT) ให้ผลลัพธ์ด้อยที่สุดดังตารางที่ 3

ความเข้มแข็งเป็นฐาน ทั้ง 3 ช่องทางให้ผลลัพธ์ไม่ต่างกันโดยสามารถเพิ่มพลังใจและลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้ดีทุกช่องทาง อภิปรายได้ว่าทุกช่องทางการให้คำปรึกษายึดหลักการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานซึ่งที่มีโครงสร้างชัดเจน และมีรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง (directive counseling) มุ่งไปที่การค้นหาและนำเอาความเข้มแข็ง

ที่มีในตัวผู้รับคำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นความคิด ความพยายาม การสนับสนุนจากคนรอบข้าง และทักษะมาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบท และใช้จัดการปัญหาในปัจจุบัน สอดคล้องกับสุวรรณ วิงศ์ทางสวัสดิ์¹⁹ ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบออนไลน์ต่อสุขภาวะของนักศึกษาปริญญาตรีที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ พบว่าการปรึกษาออนไลน์มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาสุขภาวะของนักศึกษาที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์สูงและไม่มั่นคงทางอารมณ์ต่ำได้ไม่ต่างกัน สอดคล้องกับ Zeren และคณะ²⁰ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยในตุรกี พบว่าการให้คำปรึกษาออนไลน์และแบบเห็นหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปุนชนุช ฅณากรณ์ และกิตติกร พรมา²¹ ที่พบว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยโปรแกรมออนไลน์ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีผลให้ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นหลังการทดลองทันที และมีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองหนึ่งเดือนอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ลีลาวงศ์กิจ และ ชนายนท์ เคนคำ²² ที่ศึกษาพบว่าวิดีโอบำบัดสามารถลดภาวะหมดไฟจากสถานการณ์โควิดในอสม. ได้ไม่ต่างจากทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยนักจิตวิทยา ซึ่งปัจจุบันระบบบริการยังคงขาดแคลนบุคลากรและด้วยภาระงานที่มาก ทำให้สื่อออนไลน์สามารถแก้ปัญหาเรื่องความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้

เมื่อเปรียบเทียบช่องทางการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำปรึกษาแบบพบหน้าครั้งแรกและติดตาม

ทางโทรศัพท์ (FT) มีคะแนนเฉลี่ยพลังใจเพิ่มขึ้นมากที่สุด อภิปรายได้ว่า ช่องทางการให้คำปรึกษาดังกล่าว ผู้รับคำปรึกษาได้พบหน้ากับผู้ให้คำปรึกษาในครั้งที่ 1 ได้สร้างสัมพันธภาพและรับคำปรึกษาแล้ว การใช้โทรศัพท์ติดตามในครั้งที่ 2 อาจแสดงถึงการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความห่วงใย ใส่ใจผู้รับคำปรึกษาเป็นพิเศษจึงโทรมาติดตามประกอบกับการโทรศัพท์ติดตามนั้นมีการศึกษาพบว่าผู้รับบริการมีความสะดวกในด้านการจัดสรรเวลา การเลือกสถานที่ที่ต้องการพูดคุยได้ด้วยตนเอง¹³ ไม่ต้องรอคิว ไม่มีค่าใช้จ่าย จึงเกิดความประทับใจในบริการและผู้ให้คำปรึกษา ส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้านบวกที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตเมื่อตอบแบบประเมินดังนั้นผลของคะแนนจึงดีกว่า

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำปรึกษาแบบพบหน้าในครั้งแรกและติดตามทางโทรศัพท์ (FT) และกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบพบหน้าทั้งสองครั้ง (FF) มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟลดลงดีที่สุดเหมือนกัน อภิปรายได้ว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบพบหน้ามีการสื่อสารทางอวัจนภาษาร่วมด้วย อันได้แก่ สายตา สีหน้า ท่าทาง ซึ่งไม่อาจสื่อสารได้ในช่องทางโทรศัพท์ การพบหน้าจึงอาจเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ความคิดความรู้สึกของผู้ให้คำปรึกษาผ่านทางอวัจนภาษาได้มากกว่าการสื่อสารทางโทรศัพท์ จึงทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ รู้สึกได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนด้านความรู้สึกทางบวกมากกว่า จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟลดลง

มากกว่าช่องทางโทรศัพท์เพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับวรางคณา โสมะนันท์ และคณะ¹³ ที่กล่าวถึงข้อจำกัดเรื่องการใช้เทคนิคบางอย่างในการให้คำปรึกษาในรูปแบบออนไลน์ ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจตนเองเพิ่มมากขึ้น การใช้ทักษะหรือเทคนิคบางอย่างที่ต้องอาศัยการสัมผัสหรืออาศัยการมองเห็นผู้รับบริการรอบด้าน การวินิจฉัยโรค หรือการจ่ายยาในกรณีที่ได้รับคำปรึกษามีอาการทางสุขภาพจิต แต่ไม่สอดคล้องกับสภาวะจิตวิทย์ทางสวัสดิ์¹⁹ ที่กล่าวถึง ช่องทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ว่าเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่บุคคลยังรู้สึกปลอดภัยเพราะได้อยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย ไม่ต้องเปิดเผยตนเอง ไม่ต้องเผชิญหน้า ทำให้บุคคลที่ไม่กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนกับคนแปลกหน้า

ในกรณีนี้การให้คำปรึกษาแบบออนไลน์หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้เป็นช่องทางที่ดีที่สุด เนื่องจากภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟเกิดจากภาวะที่บุคคลได้รับแรงกดดันจากการทำงานเป็นเวลานานจนทำให้เกิดความเครียดสะสม ซึ่งจะมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่ผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และวิธีการจัดการเพื่อให้เข้าสู่ระยะฟื้นตัวโดยเร็ว ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การค้นหาเป้าหมายที่แท้จริงของชีวิต การวางแผนชีวิตตามเป้าหมายที่เลือกและวิธีการอยู่กับปัจจุบันอย่างมีความสุข แต่การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สามารถเป็นทางเลือกในการให้บริการ และให้ผลดีในการลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้ และมีข้อดีคือ

สามารถให้บริการได้แม้ในพื้นที่ห่างไกล เพิ่มความยืดหยุ่นในการให้บริการ ค่าใช้จ่ายต่ำ และสามารถที่จะบันทึกการบริการการปรึกษาด้วยเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนว่ามีประสิทธิภาพเท่า ๆ กัน²² อันจะช่วยส่งผลให้การจัดการปัญหาตามผลการสำรวจข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check-In)⁴ ของกรมสุขภาพจิตที่พบว่าวัยทำงานมีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในระดับเสี่ยงมากเพิ่มขึ้น และผู้ที่มีระดับพลังใจน้อยเพิ่มขึ้น มีได้รับการจัดการและมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ข้อจำกัดของการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีมีย้อนหลังยังคงมีอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) เนื่องจากไม่มีกระบวนการสุ่มเข้ากลุ่ม ทำให้มีข้อมูลพื้นฐานแตกต่างกันและเห็นเพียงแนวโน้มผลของการให้คำปรึกษาแต่ละช่องทาง ไม่อาจสามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลังใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟเป็นผลมาจากการให้คำปรึกษาโดยตรง จึงควรมีการศึกษาวิจัยไปข้างหน้าหรือการวิจัยเชิงทดลองเพื่อยืนยันผลต่อไป

สรุป

การคำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาแบบพบหน้ามีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ในการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและลดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน โดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นทางเลือกการให้บริการ

ที่มีความยืดหยุ่น ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.ดุสิต สุจิราวัฒน์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental disorders. [Online]. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [2023 Nov 1].
2. World Health Organization. Mental health at work. [Online]. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work> [2023 Nov 1].
3. โพสต์ทูเดย์. Burnout in the city งานวิจัยชี้ชาวกรุงวัยทำงานเกินครึ่งเสี่ยงหมดไฟ. [Online]. กรุงเทพฯ: โพสต์ทูเดย์; 2563. Available from: <https://www.posttoday.com/lifestyle/613654> [2023 Nov 1].
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Mental Health Check-In ตรวจเช็คสุขภาพใจ. [Online]. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/>. [2023 Nov 1].
5. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. [Online]. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/. [2023 Nov 9].
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout syndrome). [Online]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2562. Available from: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2270> [2023 Nov 9].
7. ปองกานต์ ศิริรัตน์. การศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job burnout) ของพนักงานองค์กรรัฐวิสาหกิจ กลุ่มเจนเอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์ [สารนิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
8. ดฤณพงษ์ ทับทิมสี. ภาวะหมดไฟในการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสถานีดับเพลิงและกู้ภัยลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. [Online]. กรุงเทพฯ: รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต; 2562. Available from: <https://kbu.ac.th/mpa/wp-content/uploads/2021/11/บทความ-ดฤณพงษ์-ทับทิมสี.pdf> [2023 Nov 9].
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2566.
10. เทอดศักดิ์ เดชคง. แนวทางการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling) สำหรับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต. นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2566.
11. Kemp S. Digital 2024: Global Overview Report. [Online]. Singapore: DataReportal; 2024. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2024-global-overview-report> [2024 May 4].
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566 (ไตรมาส 1). กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
13. วรางคณา ไสมะนันท์, คาลอส บุญสุภา, พลอยไพลิน กมลนาวัน. การให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ : มิติใหม่ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2564; 15(1): 247-60.

14. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563; 14(3): 134-45.
15. Grotberg HE. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit - early childhood development: practice and reflections number 8. The Hague: Bernard van Leer Foundation.; 1995.
16. เทอดศักดิ์ เดชคง, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ธิดารัตน์ ทิพโชติ, ภพธร วุฒิหาร. ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565; 30(4): 297-306.
17. เทอดศักดิ์ เดชคง, ศรีณพิชญ์ อักษร, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ขวัญเรือน อัครศักดิ์, ธิดารัตน์ ทิพโชติ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2566; 31(1): 52-63.
18. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. รายงานเบื้องต้นการพัฒนาแบบประเมินความเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและขับเคลื่อน Mental Health Check-In (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต; 2566.
19. สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา รายบุคคลแบบออนไลน์แนวอัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยม ต่อสุขภาวะของนิสิตนักศึกษาปริญญาตรีที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
20. Zeren SG, Erus SM, Amanvermez Y, Buyruk-Genc A, Yilmaz MB, Duy B. The effectiveness of online counseling for university students in Turkey: a non-randomized controlled trial. European J Ed Res 2020; 9(2): 825-34. doi:10.12973/eu-jer.9.2.825.
21. ปุณณนุช คณากรณ์, กิติกร พรมา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยโปรแกรมออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2567; 18(1): 57-71.
22. เอกชัย ลีลาวงศ์กิจ, ชนันทน์ เคนคำ. ผลของการใช้วิดีโอจิตบำบัดเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout syndrome) จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2565; 12(3): 609-23.