

วารสาร

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2569)

Volume 20, Issue 1, January – June 2026



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ISSN 3027-8546 (Online)

คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

พญ.สุพัฒนา เชาววิวงศ์ ณ อยุธยา

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

พญ.ปัทมา ศิริเวช

นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ

บรรณาธิการ

พญ.พิชญ์ ชลาชนคร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

บรรณาธิการรอง นางฐปนีย์ ฟูมลเจริญ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
น.ส.วัฒนาภรณ์ ฟูมลภักดิ์
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่สุนทร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอากาศ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพานิชย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
นพ.วรรณ ไซชาญ โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนกรินทร์
รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา มหาวิทยาลัยศิลปากร
ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ.หญิง ดร.อุบลพรรณ ชีระศิลป์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผศ.ดร.ภก.ทวนธน บุญเรือง มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ภก.ณอมพงษ์ เสถียรลัคนา มหาวิทยาลัยสยาม
ดร.สุนทรี ศรีโกสย สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชชนกรินทร์
ดร.นพรัตน์ ไซธานี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

อ.ดร.กมล เกียรติเรืองภมรา

ดร.ภัทรวรรณ สุขอิริญ

นายกฤตชัย แก้วยศ

นพ.กฤตชัย แก้วยศ

นพ.กฤตชัย แก้วยศ

กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

นพ.พงศกร เล็งดี

พญ.จิตติมา สงวนวิชัยกุล

นางอุณจิตร คุณารักษ์

น.ส.นิรมล ปะนะสุนา

นางฉัตรสุดา จุงสกุล

น.ส. สาวิตรี สุริยะฉาย

น.ส. อรภรณ์ สนวนัง

ผู้จัดการ

น.ส. จิตติมา ณรงค์ศักดิ์

การติดต่อ โทรศัพท์ 0-2442-2500 ต่อ 59286

E - mail: somdejjournal@gmail.com

หมายเหตุ : กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม

บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/ 1 บทความ (double blinded) ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



Department of Mental Health
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN 3027-8546 (Online)

Advisory board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

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

Editor

Pitchaya Channakorn
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
Krittana Kaewyot	

Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit
Thitima Sanguanvichaikul	Suttha Supanya
Unjit Khunarak	Chumphorn Bankluei
Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang
Chatsuda Chungsakul	Chanatthida Muangkum
Sawitree Suriyachai	Arisaman Sirilap
Orabhorn Suanchang	

Manager

Thitima Narongsak	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 2569 ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน)

	หน้า
สารบัญ	ก
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฉ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	1
สาวตรี แสงสว่าง, รัฐธีร์ โพธิกมลศาสตร์, วินา วิทยาเจียกขจร	
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ ในนิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร	15
กัณตพัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร, ณัฐชนก เศรษฐรักษา, ญานิกา คำแก้ว, ศศิธร วังสุวรรณ, พรนภัส จารุสาร, รวีวรรณ อริยพรพรหม, วนมารินทร์ แดงทองดี, นิรันดร์ เงินแย้ม, แสงดาว วัฒนาสกุลเกียรติ	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านบุหรี่ปั๊พไฟฟ้าและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ปั๊พไฟฟ้า ของนักศึกษาพยาบาล	31
ชฎาภา ประเสริฐทรง, ฤดีพร นราเอี่ยม, วรรณพร ชัยสุรินทร์	
การพัฒนาแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานในระดับบุคคลและองค์กร สำหรับบุคลากรทางการศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย	42
ธนวัฒน์ หงษ์สา, ชิตสมัย พอกทรัพย์, ศศิภัทร คล้าย ณ รังสี, ฉาน ปัทมะ พลง	
ความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น	61
ภัทรธิดา ฟองงาม, เกสร ทองประไพ	
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	74
ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, วรพงศ์ ตรีสิทธิวินิช	

Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry Years 2026, Volume 20, Issue 1 (January- June)

	Page
Contents	๓
Instruction to authors	๖
Preface	๗
Original article	
The Effects of an Individual Counseling Program on Self-Esteem and Suicidal Behavior Among Depression Patients with Suicide Attempt in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	1
Sawitree Saengsawang, Ratthee Phothikamonsat, Weena Vittayajeakkajorn	
A Study of the Relationship Between Self-Esteem and Creativity of Students in the Faculty of Health Sciences, Naresuan University	15
Kantabhat Anusaksatien, Chatchanok Dachraksa, Yanika Khamkaew, Sasitorn Wangsuwan, Pohnnapat Jarusarn, Raviwan Ariyapornprom, Wanamarin Dangthongdee, Nirun Ngernyam, Sangdaow Wattanaskulkiat	
The Relationship Between E-Cigarette Literacy and Risky Behaviors Related to E-Cigarette Use Among Nursing Students	31
Chadapa Prasertsong, Ruadeeporn Naraaiam, Wannaphon Chaisurin	
Development of Personal and Organizational Toxic Workplace Assessment Scales for Educational Personnel in Eastern Thailand	42
Thanawat Hongsa, Chitsamai Poksub, Sasipat Klay Na Rangsi, Chan Pattama Polyong	
Resilience and Depression in Early Adolescence	61
Pattaratida Fongngam, Kessara Tongpraapi	
Prevalence and Associated Factors of Falls Among Elderly Outpatients with Schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	74
Thitima Narongsak, Vorapong Trisithivani	

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
เขียนลูกศรด้วยดินสอดำเป็นแนวตั้ง ตามที่
ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียน
หมายเลขกำกับไว้ว่า ภาพที่ 1 ภาพที่ 2 ฯลฯ

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ
และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วยคำอธิบาย
รูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก
แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review
article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ

3.5 บทนำ (Introduction)

3.6 บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วน ๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์ แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก

3.7 สรุป (Conclusion)

3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยัง

ไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญ เช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับหรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยรายชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย (Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วยถ้าแสดงรูปภาพ ต้องเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบรายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

5.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและอังกฤษ

5.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.5 บทนำ (Introduction)

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

5.7 วิจารณ์ (Discussion)

5.8 สรุป (Conclusion)

5.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

5.10 เอกสารอ้างอิง (References)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

6.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)
- ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย

- ประเด็นสำคัญ

- ประเด็นย่อย

- สรุป (Conclusion)

6.4 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

6.5 เอกสารอ้างอิง (References)

การเตรียมต้นฉบับ

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

พจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ 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

ในคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 14

ตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

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

ตัวอย่างที่ 1 (กรณีผู้พิมพ์ไม่เกิน 6 คน)
Silpakit O, Amornpichetkoom M, Kaojaren S. Comparative study of bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patients. Ann Pharmacother 1997; 31: 548-52.

ตัวอย่างที่ 2 (กรณีผู้พิมพ์เกิน 6 คน)
Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 292: 828-36.

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกันกับ 1.1 ดังนี้

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

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 3 Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84: 15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

ตัวอย่างที่ 4 Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis 1991; 11

suppl: S2-7.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป

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

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

ตัวอย่างที่ 6 สงัน สุวรรณเลิศ. ฝึบอปปิเข้าในทรรสนะทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: บพิขการพิมพ์; 1974.

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม

ตัวอย่างที่ 7 ธนุ ชาดิชนานนท์, 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 มุ่งเป็นเวทีทางวิชาการในการเผยแพร่ผลงานวิจัย และบทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการพัฒนาองค์ วิชาการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย วารสารฉบับนี้เป็นปีที่ 20 ฉบับที่ 1 ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นของกองบรรณาธิการในการขับเคลื่อนองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่าง ต่อเนื่องเป็นระบบและยั่งยืน

ท่ามกลางบริบทของโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ปัญหา สุขภาพจิตมีความซับซ้อนและแพร่หลายมากยิ่งขึ้น ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ ภาวะหมดไฟในการทำงาน พบได้ในประชากรทุกช่วงวัย ดังนั้น การพัฒนาองค์ความรู้ที่ถูกต้องและเท่าทัน สถานการณ์จึงมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารฉบับนี้ได้รวบรวมบทความวิชาการประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวนทั้งสิ้น 6 เรื่อง ซึ่งมีความ หลากหลายทั้งในเชิงบริบท กลุ่มเป้าหมาย และแนวทางทางทฤษฎี โดยประกอบด้วยหัวข้อที่มีความน่าสนใจ และมีคุณค่าทางวิชาการ ดังนี้ 1. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตกลุ่มคณะ วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านบุรุษไฟฟ้าและพฤติกรรม เสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล 4. การพัฒนาแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานใน ระดับบุคคลและองค์กรสำหรับบุคลากรทางการศึกษา ภาคตะวันออกของประเทศไทย 5. ความเข้มแข็งทาง ใจและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น 6. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มา รับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสำคัญในการ สร้างสรรค์ผลงานวิชาการที่มีคุณค่า วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาจัดพิมพ์ในรูปแบบ วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-journal) เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล โดยสามารถอ่าน ดาวน์โหลด หรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายผ่านทางเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> กองบรรณาธิการเชื่อมั่นว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อ การพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต และสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพจิตของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ต่อไป

พญ.พิชญา ชาญนคร

บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สาวิตรี แสงสว่าง, พย.ม.*, รัชฎีร์ โพธิกมลศาสตร์, พย.ม.*, วินา วิทยาเจียกขจร, พย.ม.**

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) แบบประเมินพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 3) แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และ 4) โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที จัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ pair t-test

ผล : ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และภายหลังการทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 73.3 และพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 13.3

สรุป : โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษารายบุคคล, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, พฤติกรรมฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

THE EFFECTS OF AN INDIVIDUAL COUNSELING PROGRAM TO SELF-ESTEEM AND SUICIDAL BEHAVIOR AMONG DEPRESSION PATIENTS WITH SUICIDE ATTEMPT IN SOMDET CHAOPRAYA INSITITUTE OF PSYCHIATRY

Sawitree Saengsawang, M.S.N.*, Rathee Phothikamonsat, M.S.N.*,

Weena Vittayajeakkajorn, M.S.N.**

** Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

*** Faculty of Nurse, Shinawatra University*

Abstract

Objectives: 1) compare the self-esteem of depressive patients before and after individual counseling, and 2) compare the suicidal behavior in depressive patients before and after individual counseling.

Material and Methods: This quasi-experimental research, one group pretest posttest design. The samples were 15 depressive patients with suicidal behavior in outpatient department, Somdet Choapraya Institute of Psychiatry. Research instruments were 1) the self-esteem questionnaires, 2) suicidal behavioral assessment, 3) the suicide risk assessment 8 questions (8Q), and 4) the individual counseling program for improving to self-esteem in depressive patients with suicide behavior 6 sessions, each session run for 45 – 60 minutes, every 2 weeks. The statistics were mean, standard deviation and pair t-test.

Results: The results showed that depressive patients with suicide behavior after receiving the individual counseling had self-esteem scores higher than before with statistical significance ($p < .05$), after receiving program almost patients had low suicidal risk (73.3%), and 13.3% patients were suicide again.

Conclusion: The individual counseling program could increase self-esteem in depressive patients with suicidal behavior and decrease risk to suicide

Key words: individual counseling, self-esteem, suicide behavior, depressive patients

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกเศร้า สะเทือนใจ ร้องไห้ได้ง่าย มีจิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีความสุข พบร่วมกับอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง นอกจากนี้ยังแสดงอาการด้านอื่น เช่น อาการเชื่องช้า พุดน้อย คิดนาน มองทุกสิ่งที่ผ่านมาเป็นเรื่องเลวร้ายทั้งหมด มีสมาธิด้านความจำแยลง มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างแยลง¹ ผู้ป่วยมักมองโลกในแง่ร้าย เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกตนเองด้อยค่า เสียใจที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ไม่สามารถจัดการกับความรู้สึก และอารมณ์เศร้าได้ รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มาก ดำหนดตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้² มีการศึกษาพบว่า การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 50³ และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 6.5⁴ จากการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยในปี 2556 พบความชุกของโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 1.8⁵ ในปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการในระบบสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 81.0, 86.6, 87.1 ตามลำดับ⁶ สำหรับในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมากเป็นลำดับที่ 2 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2564 – 2566 โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการจำนวน 15,750 คน, 16,188 คน และ

19,227 คน ตามลำดับ และจากการเก็บข้อมูลในปี 2566 พบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตายมารับการรักษาจำนวน 164 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 99 คน (ร้อยละ 60.3)⁷ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพื้นฐานจิตใจจากประสบการณ์ในวัยเด็กที่ทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิด เมื่อบุคคลมีประสบการณ์วิกฤตในชีวิตและความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบ 3 ด้าน คือ 1) มองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ 2) มองสิ่งแวดล้อมในแง่ลบ มองโลกในแง่ลบ ซึ่งจะทำให้มองว่าตนเองถูกใส่ร้าย มองชีวิตตนเองเต็มไปด้วยอุปสรรค เห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีรอบตัว ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง 3) มองอนาคตในแง่ลบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมองว่าอนาคตมีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ยากในปัจจุบันไม่มีที่สิ้นสุด คิดว่าอนาคตจะล้มเหลว ผู้ป่วยมักมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ไม่ได้รับการยอมรับ จึงมองตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกสิ้นหวัง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ พบได้มากถึงร้อยละ 81.0¹

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของ

ตนเอง ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกมา⁹ และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพิจารณาปัญหาที่แท้จริงได้ ขาดการรับรู้ศักยภาพในตนเอง ไม่สามารถแก้ไขปัญหของตนเองได้ มีความคิดและความรู้สึกในทางลบจนเกิดการท้อแท้ สิ้นหวัง หดห่อใจ ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้¹⁰ โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย คือการมีความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากทำร้ายตนเอง วางแผนและลงมือกระทำเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่แล้วก่อนที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายนั้น ผู้ป่วยมักจะมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมี 3 แบบ ได้แก่ การฆ่าตัวตายที่กระทำสำเร็จ (Committed suicide) การพยายามที่จะฆ่าตัวตาย (Attempt suicide) การฆ่าตัวตายแบบเรียกร้องความสนใจโดยมิได้ตั้งใจจะตายจริง (Suicide threats) เป็นที่ยอมรับกันว่าการฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลให้บุคคลฆ่าตัวตายนั้ นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองแล้ว ยังพบว่าปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ เกิดความล้มเหลว สูญเสีย หรือความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะปัญหาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีความเห็นแบบสุดโต่งทั้งสองด้าน จึงเป็นอุปสรรคในการแก้ปัญหา และไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่ประสบอยู่ได้ และมักมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีความรู้สึกเห็นคุณค่า

ในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกมากกว่าอำนาจภายในตัว มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม รู้สึกละอายในตัวเองสูง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง¹

การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเอง ยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้¹¹ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความสามารถในการจัดการตนเองและปัญหาในชีวิตได้ เกิดความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการกับอารมณ์ สามารถสร้างความสุขให้กับตนเอง จากการปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนการความคิดของตน⁸ ดังนั้นการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตและความสำเร็จในชีวิต เนื่องจากบุคคลที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้โดยไม่ย่อท้อ สามารถยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวังท้อแท้ใจได้ และสามารถสร้างความหวังใหม่ในชีวิต⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการอย่างเฉพาะเจาะจง โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการทำความเข้าใจกับปัญหา ให้ความสำคัญกับปรับเปลี่ยนวิธีคิดเพื่อเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาในอนาคต รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของตนเอง

หรือลดความทุกข์ทางจิตใจ¹² โดยทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมของอัลเบิร์ต เอลลิสเชื่อว่าปัญหาของมนุษย์ไม่ได้เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก แต่เกิดจากมุมมองหรือความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลมีพื้นฐานจากความเชื่อ การมอง และการตีความ เมื่อจัดการกับความคิดความเชื่อด้านลบจะสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบได้ โดยการลดทัศนคติที่มีผลเสียต่อตนเอง สร้างปรัชญาชีวิตที่ตั้งอยู่บนหลักของเหตุผล ลดการตำหนิตนเอง การมองโลกในแง่ร้าย และสอนให้ผู้รับบริการได้แย้งความคิดของตนเอง รวมถึงประเมิน สังเกตตนเอง และเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเอง¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของอารี เวงรัมย์¹⁴ ที่ศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และการศึกษาของอนงค์ อรุณรุ่ง¹⁵ ที่ศึกษาในผู้พยายามฆ่าตัวตายทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง รวมถึงการศึกษาในหญิงที่ผิดหวังในความรักพบว่า การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น¹⁶

ผู้วิจัยจึงศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยบูรณาการแนวทางการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ

พฤติกรรม มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีก ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล และเพื่อประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 15 คน โดยคำนวณจากโปรแกรม G*power ใช้การทดสอบสถิติ ด้วย mean: difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดค่าการวิเคราะห์ขนาดแบบ priori ขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ ศึกษาจากงานวิจัยของผ่องศรี คุณารักษ์ และคณะ¹⁶ ที่มีตัวแปรตามใกล้เคียงกัน โดยนำค่า effect size $d = 1.30$ และกำหนดค่า α err prob = 0.01, ค่า power $(1 - \beta$ err prob) =

0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 13 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายจะได้กลุ่มตัวอย่าง 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา อายุ 18-59 ปี ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย ไม่มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการและสติปัญญา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างได้รับการบำบัดทางจิตอื่นๆ ได้แก่ การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Transcranial Magnetic Stimulation: TMS) หรือมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการในระหว่างการดำเนินกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

2. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของอาร์ เกร็งยี¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5

คะแนน การแปลผลเป็นการนำคะแนนรวมกันทุกข้อ โดยคะแนนระหว่าง 35 – 82 คะแนน หมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 83 – 129 คะแนน หมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 130 – 175 คะแนน หมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง เครื่องมือนี้ได้รับการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91

3. แบบประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้เสียชีวิต ประกอบด้วย วิธีการที่กระทำ และวันที่ลงมือกระทำ

4. แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือกคือ มี และไม่มี เกณฑ์การให้คะแนนแบบถ่วงน้ำหนัก แปลผลโดยการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ซึ่งจะมีคะแนนรวมทั้งหมดยู่ระหว่าง 0 – 52 คะแนน สามารถแบ่งเป็น 0 คะแนน หมายถึงไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย 9-16 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง และ ≥ 17 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

5. โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก โปรแกรมให้การปรึกษารายบุคคล เพื่อการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของอารี เจริญย์¹⁴

ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง จัดกิจกรรม ทุก 2 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 – 31 มีนาคม 2568 มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่	สัปดาห์ที่	ชื่อกิจกรรม
1	2	สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านการมองโลกในแง่ดี
2	4	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านการคิดอย่างมีเหตุผล
3	6	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความรู้สึกเชื่อมั่น
4	8	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านอารมณ์มั่นคง
5	10	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความพยายาม
6	12	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความรับผิดชอบและชุดกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านการมองโลกในแง่ดี เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายอบอุ่น เป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะเปิดเผยตนเองอย่างแท้จริง และเป็นการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี โดยการมองสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตทางด้านดี มีความหวังว่าจะเกิดแต่สิ่งดีๆ เรียนรู้และยอมรับว่าปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ ไม่ยอมแพ้ต่อปัญหา

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นการคิดแก้ไข ปัญหา หาทางออก และประเมินวิธีการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสม เพื่อให้วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ เป็นความสำเร็จ เป็นการคิดอย่างไตร่ตรองรอบคอบ

ก่อนที่จะตัดสินใจ เชื่อหรือไม่เชื่อ ทำหรือไม่ควรทำ โดยใช้ข้อมูลที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเองอย่างรอบด้าน

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความรู้สึกเชื่อมั่น เป็นความเชื่อมั่นในการกล้าคิด กล้าทำ และกล้าตัดสินใจ ยอมรับ และมีความภาคภูมิใจต่อผลที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวรับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และมีความแน่วแน่ในแก้ปัญหา และอุปสรรคเหล่านั้น

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านอารมณ์มั่นคง เป็นการพัฒนาให้บุคคลไม่หวั่นวิตกหรือหวั่นไหวต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก

ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี สามารถสะกดกัน ระงับอารมณ์เมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งมีวิธีการคลายความเครียดและวิธีการปรับอารมณ์ให้เข้ากับ

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความพยายาม ซึ่งหมายถึงความบากบั่น อาจหาญ ใจสู้ ไม่ย่อท้อ ไม่หวั่นไหวต่อความยากลำบาก ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มีความเข้มแข็งและอดทน มีความมานะพยายามที่จะทำงาน หรือปฏิบัติหน้าที่ให้ประสบความสำเร็จตามที่ได้รับมอบหมายสถานการณ์ต่างๆ ได้

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความรับผิดชอบ และยุติกิจกรรม หมายถึงการทำให้บุคคลยอมรับ และลงมือกระทำในหน้าที่ต่างๆ ของตนด้วยความสมัครใจ ไม่ใช่คิดหรือเพียงแต่รับรู้ภายในใจเท่านั้น ความรับผิดชอบคือ ความตระหนักในหน้าที่และทำหน้าที่นั้นด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้ที่มีความรับผิดชอบมีคุณลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ไม่บกพร่องต่อหน้าที่ ไม่ละทิ้งต่อหน้าที่ และไม่ทุจริตต่อหน้าที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยการวิเคราะห์ดัชนีสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ได้ $IOC = 1$ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน

จิตวิทยาให้คำปรึกษาจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน จำนวน 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ภายหลังจากผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาตามเกณฑ์ที่กำหนด ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 – 31 มีนาคม 2568 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการและรายละเอียดของกิจกรรม และตกลงการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ป่วยยินยอมจะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (pre-test)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 6 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดกิจกรรม จะได้รับการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทันที (post-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองเลขที่ SD.IRB.APPROVAL 024/2567 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ขั้นตอนประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากผู้วิจัย โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายหลังการทดลองใช้สติติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลการ

เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ pair t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 86.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 31.4 ปี สถานภาพสมรสโสดและคู่ คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 46.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 73.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-3 ปี ร้อยละ 53.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	13.3
หญิง	13	86.7
อายุ (อายุเฉลี่ย 31.47 ปี)		
14 – 20 ปี	2	13.3
21 – 30 ปี	6	40.0
31 – 40 ปี	4	26.7
41 – 50 ปี	3	20.0
สถานภาพสมรส		
โสด	7	46.7
คู่	7	46.7
หม้าย/หย่า/แยก	1	6.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=15) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	2	13.3
มัธยมศึกษา/ปวช.	8	53.3
อนุปริญญา/ปวส.	2	13.3
ปริญญาตรี	3	20.1
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	5	33.3
รับจ้างทั่วไป	6	40.0
พนักงานบริษัท	4	26.7
รายได้		
ไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย	3	20.0
เพียงพอกับการใช้จ่าย	11	73.3
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	1	6.7
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
< 1 ปี	3	20.0
1 – 3 ปี	8	53.3
> 3 ปี	4	26.7

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลด้วยสถิติทดสอบที (paired t-test) พบว่า คะแนน

ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลสูงกว่าคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้สถิติการทดสอบที (paired t-test) (n=15)

ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง	Mean	SD	t	P value
ก่อนการทดลอง	96.67	8.34	-18.63	<0.00*
หลังการทดลอง	138.80	10.14		

* $p<0.05$

ก่อนการทดลองพบว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีการพยายามฆ่าตัวตายด้วยของแข็งหรือของมีคม ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือการกินยาเกินขนาด ร้อยละ 20.0 และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลพบว่า ในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมมีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ด้วย

วิธีกินยาเกินขนาด และเกิดในช่วงสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ดังตารางที่ 3

การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 73.3 และไม่พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับรุนแรง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n=15)

ก่อนการทดลอง	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการฆ่าตัวตาย		
- กินยาเกินขนาด	3	20.0
- กินสารเคมี (น้ำยาล้างห้องน้ำ)	1	6.7
- ใช้ของแข็งหรือของมีคม	6	40.0
- กระโดดจากที่สูง	2	13.3
- ผูกคอ	2	13.3
- วิ่งให้รถชน	1	6.7
หลังการทดลอง		
วิธีการฆ่าตัวตาย		
- กินยาเกินขนาด	2	13.3

การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ใน

ระดับน้อยร้อยละ 73.3 และไม่พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับรุนแรง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล (n=15)

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	จำนวน	ร้อยละ
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับน้อย	11	73.3
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับปานกลาง	4	23.7

อภิปราย

การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลในการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยยอมเปิดเผยตนเอง ทำให้การให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งบรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรม โดยเฉพาะการใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิดในกิจกรรมการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปรับความคิดมุมมองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ทำความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการเจ็บป่วยในด้านบวก และในกิจกรรมการพัฒนาคิดอย่างมีเหตุผลที่ผู้บำบัดนำเทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยามาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการของความคิดของตนเอง และเมื่อผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองได้จึงทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองที่ดีขึ้น และไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีก อีกทั้งกิจกรรมการพัฒนาคำเชื่อมั่น อารมณ์ที่มั่นคง ความพยายาม และความรับผิดชอบ เป็นการนำเทคนิคต่างๆ มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความกล้าในการเผชิญหน้ากับความรู้สึกของตนเอง เรียนรู้วิธีการชื่นชมและให้รางวัลกับตนเอง รวมถึงการ

พยายามปรับเปลี่ยนตนเองไปในเส้นทางที่ดีขึ้น โดยตลอดการให้คำปรึกษาผู้บำบัดได้มีการใช้เทคนิคการสรุปความ การทวนความ และการสะท้อนความรู้สึก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง ยอมรับ และเกิดความเปลี่ยนแปลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องศรี คุนารักษ์และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมในผู้หญิงที่ผิดหวังในความรัก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้หญิงที่ผิดหวังในความรักมีคะแนนคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับโปรแกรม

การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล

ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อยร้อยละ 73.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้คำปรึกษารายบุคคลนี้เป็นการบูรณาการแนวคิดการให้คำปรึกษา 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบรู้คิดพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดให้มีเหตุผล ปรับเปลี่ยนความคิดที่ไร้เหตุผล เรียนรู้ที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยอารมณ์ที่มั่นคง ตระหนักรู้สภาวะปัจจุบัน และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการดำเนินชีวิตด้วยความรับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพินุลย์ และคณะ¹⁸ ที่

ศึกษาพบว่า การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลจะช่วยลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองในการแก้ปัญหา และหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลได้

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ซึ่งจากการทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำพบว่า ทั้ง 2 คนเป็นเพศหญิงและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในช่วงเดือนแรกภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่เกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ จึงยังคงมีความคิดและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก และจากการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียวและไม่ได้ทำงาน ทำให้ขาดการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์อรุณรุ่ง¹⁵ ศึกษาพบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดการฆ่าตัวตายปรับตัวกับการอยู่ในครอบครัวและสั่งได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ และการศึกษาของวิลรัตน์ ชัยปราการ และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ พบว่า ผู้ที่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่ใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่อันตรายต่ำมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำ และพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

พบได้สูงในระยะเวลา 12 เดือนแรกหลังการพยายามฆ่าตัวตาย

สรุป

โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือได้ชัดเจนมากขึ้น โดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างที่สำคัญ
2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์และความคงทนของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิบติ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
2. ชวิชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560; 31(1): 60-74.
3. Chonprai C, Rod-Ong D, Maneeganondh S, Jaruensook W, Theeyoung A, Patjanasoonorn N. Improving social and

- life skills in children with cleft lip and palate. J Med Assoc Thai 2019; 102(5): 79-82.
4. กรมสุขภาพจิต. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีพ.ศ. 2561. [online]. Available from: https://thai.depression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-25-12-18_mix.pdf [2023 Nov 1].
5. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, นพพร ต้นศิริงศ์, วรพรรณ จูหา, อธิป ต้นอริย์, ปาทนท ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยฉะกรชัย, สุทธา สุปัญญา และคณะ. รายงานการศึกษาเรื่องความทุกข์ของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนต์พับลิชชิ่งจำกัด; 2559.
6. Health Data Center. รายงานข้อมูลด้านสุขภาพ. [online]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=706b605192b49d385ba044350af9c46a [2023 Nov 1].
7. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา; 2566.
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
9. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: Consulting Psychologists Press; 1981.
10. Hill L, Smith N. Self Care Nursing: Promotion of health. New Jersey: Appleton & Lange; 1990.
11. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
12. ดวงมณี จงรักย์. การใช้ 4 ทฤษฎีการปรึกษาในการปรึกษากลุ่ม. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2561; 29(1): 188-200.
13. Dryden W, editor. Rational emotive behaviour therapy: a reader. London: SAGE; 1995.
14. อารี เจริญย์. ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา; 2561.
15. อนงค์ อรุณรุ่ง. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาคอกรั่วที่มีความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2564; 1(2): 35-46.
16. ผ่องศรี คุณารักษ์, สุรินทร์ สุทธิชาติพิศ, สมพงษ์ ปันหุ่น. ผลการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อคุณค่าในตนเองของผู้หญิงที่ผิดหวังในความรัก. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง 2560; 6(2): 91-105.
17. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q). [online]. Available form: <https://catalog.dmh.go.th/dataset/testrisk> [2023 Nov 1].
18. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์ คำชมภู, สาคร บุญผาเฮ้. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563; 28(1): 86-98.
19. วิมลรัตน์ ชัยปราการ, เกวลี แก้วกิติกุล, มาโนช หล่อตระกูล. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึ่งมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงใหม่ระยองเคราะห์ด้วยปัญหาทำร้ายตนเอง การวิเคราะห์โดยสถิติระยะปลอดเหตุการณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(4): 364-75.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ ในนิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กนต์พัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร, ปร.ด.*, ฉัฐชนก เดชรักษา, วท.บ.*, ญานิกา คำแก้ว, วท.บ.*,
ศศิธร วังสุวรรณ, วท.บ.*, พรนภัส จารุสาร, วท.บ.*, รวิวรรณ อริยพรพรหม, วท.บ.*,
วนมารินทร์ แดงทองดี, วท.บ.*, นิรันดร์ เงินแย้ม, ปร.ด.*, แสงดาว วัฒนาสกุลเกียรติ, ปร.ด.*

*ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาและเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์

วัสดุและวิธีการ : วิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามออนไลน์ในนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ระหว่างตุลาคม 2566 ถึงตุลาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความคิดสร้างสรรค์ในนักศึกษาปริญญาตรี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยสถิติ Independent T-Test, One-Way ANOVA และ Pearson's Correlation

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 401 คนส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 ศึกษาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 29.4 เกรดเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.00 ร้อยละ 36.4 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 4,001-6,000 บาท ร้อยละ 36.7 นิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวรมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก (Mean = 29.97, S.D. = 4.78) โดยชั้นปีและเกรดเฉลี่ยแตกต่างกัน มีการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 76.93, S.D. = 14.90) โดยชั้นปีและคณะแตกต่างกัน มีความคิดสร้างสรรค์ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ มีความสัมพันธ์กันทิศทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : นิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก และมีความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลาง และการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์ทางบวก

คำสำคัญ : การเห็นคุณค่าในตนเอง, ความคิดสร้างสรรค์

A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ESTEEM AND CREATIVITY OF STUDENTS IN THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES, NARESUAN UNIVERSITY

Kantabhat Anusaksathien, Ph.D.*, Chatchanok Dachraksa, B.S.*, Yanika Khamkaew, B.S.*,
Sasitorn Wangsuwan, B.S.*, Pohnnapat Jarusarn, B.S.*, Raviwan Ariyapornprom, B.S.*,
Wanamarin Dangthongdee, B.S.*, Nirun Ngernyam, Ph.D.*, Sangdaow Wattanaskulkiat, Ph.D.*

** Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Naresuan University*

Abstract

Objectives: To study and compare personal data with self-esteem and creativity and to investigate the relationship between self-esteem and creativity.

Material and Methods: This was survey research. Data were collected using an online questionnaire among health science students at Naresuan University between October 2023 and October 2024. The instruments used were the Thai version of the Self-Esteem Assessment Form and the Creativity Assessment Form for Undergraduate Students. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation were used to describe the sample characteristics. Inferential statistics, including Independent T-Test, One-Way ANOVA, and Pearson's Correlation, were used for data analysis.

Results: The sample consisted of 401 participants, with the majority being female (81.8%), studying in the third year (29.4%), having a Grade Point Average (GPA) between 3.51–4.00 (36.4%), and having a monthly income between 4,001–6,000 baht (36.7%). Health science students at Naresuan University showed a high level of self-esteem (Mean = 29.97, S.D. = 4.78). Self-esteem was found to be significantly different when categorized by year of study and GPA. The students showed a moderate level of creativity (Mean = 76.93, S.D. = 14.90). Creativity was found to be significantly different when categorized by year of study and faculty. Furthermore, self-esteem and creativity were found to be statistically significantly correlated in a low positive direction.

Conclusion: Health science students at Naresuan University exhibited a high level of self-esteem and a moderate level of creativity. Self-esteem and creativity were found to have a positive correlation.

Key words: self-esteem, creativity

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โลกมีการเปลี่ยนแปลง และมีการพัฒนาเทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว มนุษย์จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้าน ความคิดสร้างสรรค์ซึ่งนำไปสู่การพัฒนา เทคโนโลยีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เราสามารถใช้ชีวิตร่วมกับนวัตกรรมต่าง ๆ ในสังคม ได้ และเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ต่อไป จากรายงานของ World Economic Forum (2020)¹ เผยว่าทักษะที่สำคัญในอีก 5 ปี ข้างหน้าที่โลกยุคใหม่ต้องการ คือ การคิดและการตัดสินใจที่ดี รวมถึงสามารถคิดค้นวิธีใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหาให้กับองค์กรได้ ซึ่งทักษะความคิดสร้างสรรค์และการริเริ่มสิ่งใหม่เป็นองค์ประกอบหนึ่งในทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ที่ทุกคนพึงมี ความคิดสร้างสรรค์จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ที่ผ่านการเลี้ยงดู การเรียนรู้ และวัฒนธรรมที่เติบโตมา ทักษะดังกล่าวจึงเป็นทักษะที่พัฒนาได้และก่อให้เกิดเป็นความสามารถแก่บุคคลไปตลอดชีวิตได้ องค์การอนามัยโลก WHO (2024) เน้นย้ำว่าบุคลากรในสายสุขภาพควรได้รับการพัฒนาในด้านความคิดสร้างสรรค์และการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหาและปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา²

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) คือ การรับรู้คุณค่าในตัวเองจากการมองเห็นตนเองโดยภาพรวม การรับรู้จุดเด่นโดยสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถรับรู้ตัวตนของตนเองไปใน

ทางบวก ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกดีต่อตนเอง³ โดยสามารถแบ่งระดับการเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง คือ มีลักษณะรับรู้คุณค่าของตนเองเป็นจริงตามศักยภาพทั้งหมดที่มี มีความคิดสร้างสรรค์ มองโลกในแง่ดี มีความกระตือรือร้นในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ และมีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และระดับต่ำ คือ มีลักษณะไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตน หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับปัญหา ยึดติดกับสิ่งเดิม ๆ และมีความวิตกกังวลสูง⁴ การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและทัศนคติของนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยนิสิตที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ และสามารถรับมือกับความกดดันในการเรียนได้ดี⁵ ในขณะเดียวกัน ความคิดสร้างสรรค์ก็เป็นทักษะที่จำเป็นต่อการคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของวิชาชีพด้านสุขภาพที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและต้องการแนวทางแก้ไขที่แปลกใหม่⁶

ในระดับอุดมศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ มีความสำคัญอย่างมากในด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ การปรับตัวและการแสดงออกทางพฤติกรรม นั่นคือบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะกระตือรือร้นและตื่นตัวกับความท้าทาย แสวงหาการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้เอื้อต่อการมีความคิดสร้างสรรค์ แต่บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะถูกขับเคลื่อนด้วยความรู้สึกที่

ไร้ค่า ความวิตกกังวล และความกลัว กลัวที่จะเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ แสดงออกถึงการหลีกเลี่ยงและการปฏิเสธตนเอง ซึ่งเป็นอันตรายต่อความคิดสร้างสรรค์⁷

สถาบันการศึกษาจึงมีความสำคัญต่อการบ่มเพาะความรู้ ความคิด และบุคลิกภาพซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาตนเอง เนื่องจากหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นหลักสูตรที่มุ่งเน้นผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานวิชาชีพโดยสามารถให้บริการทางการแพทย์ระดับมาตรฐานสากล อีกทั้งยังสามารถสร้างสรรค์งานวิจัย นวัตกรรมที่มีประโยชน์สู่สังคม⁸ นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงควรได้รับการจัดการศึกษาที่สามารถพัฒนานักศึกษาที่มีคุณภาพ ตอบโจทย์สังคมได้ชัดเจน ดังนั้น การดูแลด้านการเตรียมความพร้อมในการผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจึงมีความสำคัญ การพัฒนาทั้งการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ จะช่วยให้นักศึกษาประสบความสำเร็จในการเรียนและการเตรียมพร้อมสำหรับอนาคต โดยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองช่วยส่งเสริมให้บุคคลกล้าแสดงออกทางความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น ในขณะที่การได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ ได้คิด ได้ทำสิ่งใหม่ ๆ ก็ช่วยเพิ่มพูนภาคภูมิใจและการเห็นคุณค่าในตนเองเช่นกัน¹⁰

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น¹⁰ อย่างไรก็ตาม

ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้ในบริบทของนิสิตวิทยาศาสตร์สุขภาพยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างลึกซึ้งมากนัก ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อสำรวจระดับการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ของนิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนากลยุทธ์ด้านการศึกษาและการพัฒนานิสิตให้มีความพร้อมต่อการทำงานในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรที่กำลังศึกษาอยู่ในกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 401 คน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผ่านการได้รับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยให้หนังสือขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยแก่อาสาสมัคร และชี้แจงถึงรายละเอียดของการศึกษาวิจัย หมายเลข COA NO. 103/2024 IRB No. P2-0039/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2566 ซึ่งประกอบด้วย¹¹ คณะ ได้แก่ คณะเภสัชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ จำนวนทั้งสิ้น 6,695 คน ซึ่งกำหนดตามตารางของ Krejcie & Morgan (1970)¹² และแบ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรของแต่ละคณะ

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Quota Sampling ในนิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 6,695 คน ประกอบด้วย 7 คณะ ได้แก่ คณะเภสัชศาสตร์ จำนวน 779 คน คณะแพทยศาสตร์ จำนวน 1,003 คน คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 1,457 คน คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1,477 คน คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 493 คน คณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน 354 คน และคณะสหเวชศาสตร์ จำนวน 1,132 คน และทำการเก็บสำรองข้อมูลของผู้ตอบสอบถามในแต่ละคณะ จากนั้นดำเนินการใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามบังเอิญ (Accidental Sampling) จนกว่าจะได้ครบตามจำนวนสัดส่วนที่ต้องการศึกษาตามสังกัดคณะ ดังนี้ คณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน 26 คน คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 40 คน คณะแพทยศาสตร์ จำนวน 46 คน คณะเภสัชศาสตร์ จำนวน 45 คน คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 88 คน

คณะสหเวชศาสตร์ จำนวน 69 คน คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 87 คน รวมทั้งสิ้น 401 คน

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรแบ่งกลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ ชั้นปี สังกัดคณะ เกรดเฉลี่ย และรายได้ต่อเดือน

ตัวแปรเปรียบเทียบ ได้แก่ คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้จากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg Self-Esteem Scale (1965) (RSES-TR-10) และคะแนนความคิดสร้างสรรค์จากแบบประเมินแบบประเมินความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2550)¹³ ของนิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ขอความยินยอมเป็นอาสาสมัครในการเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชั้นปี สังกัดคณะ เกรดเฉลี่ย และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg Self-esteem Scale (1965) (RSES-TR-10) ฉบับภาษาไทย เรียบเรียงและแปลโดย ทินกร วงศ์ปาริณย์ และ ณัทธัย วงศ์ปาริณย์ (2554)¹⁴ โดยแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรอันตรภาค 4 ระดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่าเห็นด้วยกับข้อความในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปถึง 4=เป็นด้วยอย่างยิ่ง) ข้อคำถามจะประกอบไปด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก มีทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4, 6 และ 7

ข้อคำถามเชิงลบ มีทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 5, 8, 9 และ 10

โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นไปตามคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถามเชิงบวกจะได้ 1 คะแนน หากตอบ 1 และได้ 4 คะแนน หากตอบ 4 และสลับการให้คะแนนในข้อคำถามเชิงลบ เช่น จะได้ 1 คะแนน หากตอบ 4 และได้ 4 คะแนน หากตอบ 1

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี พัฒนาโดย กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2550)¹ โดยค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 หมวด คือ ความคิดริเริ่ม ความคิดคล่องแคล่ว ความคิดยืดหยุ่น และความคิดละเอียดลออ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก ให้คะแนน 1 - 5 คะแนน (1=ไม่จริง ถึง 5=จริงมากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการค้นคว้าเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความคิดสร้างสรรค์ และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อนำไปปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา และขอคำแนะนำในการเลือกใช้เครื่องมือที่จะใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

2. ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี อายุเฉลี่ยระหว่าง 17 - 22 ปี พัฒนาโดย กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์¹³ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ ในการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ โดยจากการค้นคว้าเกี่ยวกับคุณสมบัติเครื่องมือ ด้านค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 ซึ่งหมายความว่าแบบประเมินนี้มีค่าความน่าเชื่อถือในระดับดี ในส่วนของแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg¹ มีการแปล และเรียบเรียงโดย ทินกร วงศ์ปาริณย์ และ ณัทธัย วงศ์ปาริณย์¹⁴ ในการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาในครั้งนี้จากการค้นคว้าเกี่ยวกับคุณสมบัติเครื่องมือ ด้านค่าความเที่ยงตรงวัดโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha) มีค่าเท่ากับ 0.86 แบบประเมินดังกล่าวมีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3. ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปการศึกษา นำร่อง (Pilot study) เพื่อหาข้อบกพร่องและแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในการใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทำการศึกษา โดยทำการศึกษา นำร่องกับ นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 60 คน เพื่อคำนวณค่าความเชื่อมั่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ผ่านทางแพลตฟอร์มต่าง ๆ

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยทำการตรวจให้คะแนนแบบประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เพื่อสรุปอ้างอิงค่าสถิติต่าง ๆ ในกลุ่มตัวอย่างไปยังกลุ่มประชากร ด้วยสถิติ Independent T-Test, One-Way ANOVA และ Pearson's Correlation

ผล

ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 401 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 328 คน (ร้อยละ 81.80) ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 3 มากที่สุด จำนวน 118 คน (ร้อยละ 29.40) มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.51-4.00 จำนวน 146 คน (ร้อยละ 36.40) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,001-6,000 บาทต่อเดือน จำนวน 147 คน (ร้อยละ 36.70) ดังตารางที่ 1 และจากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่ามีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.97 ($M = 29.97, S.D. = 4.78$) และจากแบบประเมินความคิดสร้างสรรค์ พบว่ามีความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.93 ($M = 76.93, S.D. = 14.90$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	73	18.2
หญิง	328	81.8
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	51	12.7
ชั้นปีที่ 2	86	21.4
ชั้นปีที่ 3	118	29.4
ชั้นปีที่ 4	105	26.2
ชั้นปีที่ 5	27	6.7
ชั้นปีที่ 6	14	3.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เกรดเฉลี่ย		
2.00-2.50	29	7.2
2.51-3.00	81	20.2
3.01-3.50	145	36.2
3.51-4.00	146	36.4
คณะ		
ทันตแพทยศาสตร์	26	6.5
พยาบาลศาสตร์	40	10.0
แพทยศาสตร์	46	11.5
เภสัชศาสตร์	45	11.2
วิทยาศาสตร์การแพทย์	88	21.9
สหเวชศาสตร์	69	17.2
สาธารณสุขศาสตร์	87	21.7
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน	55	13.7
4,001 – 6,000 บาทต่อเดือน	147	36.7
6,001 – 8,000 บาทต่อเดือน	78	19.5
มากกว่า 8,001 บาทต่อเดือน	121	30.1

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองและแบบประเมินความคิดสร้างสรรค์

ตัวแปร	N	Minimum	Maximum	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคะแนน
การเห็นคุณค่าในตนเอง	401	14.00	40.00	29.97	4.78	ระดับมาก
ความคิดสร้างสรรค์	401	26.00	120.00	76.93	14.90	ระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ทั้ง 2 แบบประเมิน พบว่า นิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก จำนวน 271 คน (ร้อยละ 67.70) รองลงมาคือมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากที่สุด จำนวน 81 คน (ร้อยละ 20.20) มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับระดับปานกลาง จำนวน 47 คน (ร้อยละ 11.70) และมีการเห็นคุณค่าในตนเองน้อย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.50) และ

พบวานิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพส่วนใหญ่มีความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 228 คน (ร้อยละ 56.90) รองลงมาคือมีความคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างสูง จำนวน 118 คน (ร้อยละ 29.40) มีความคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างต่ำ จำนวน 43 คน (ร้อยละ 10.70) มีความคิดสร้างสรรค์สูง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 2.80) และมีความคิดสร้างสรรค์ต่ำ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.20) ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เห็นคุณค่าในตนเองน้อย	2	0.5
เห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง	47	11.7
เห็นคุณค่าในตนเองมาก	271	67.6
เห็นคุณค่าในตนเองมากที่สุด	81	20.2
รวม	401	100.0

ตารางที่ 4 ระดับความคิดสร้างสรรค์ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความคิดสร้างสรรค์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความคิดสร้างสรรค์ต่ำ	1	0.2
ความคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างต่ำ	43	10.7
ความคิดสร้างสรรค์ปานกลาง	228	56.9
ความคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างสูง	118	29.4
ความคิดสร้างสรรค์สูง	11	2.8
รวม	401	100.0

เมื่อเปรียบเทียบ เพศ ชั้นปี สังกัดคณะ เกรดเฉลี่ย และรายได้ต่อเดือนกับการเห็นคุณค่าในตนเอง และความคิดสร้างสรรค์ พบว่า เพศ และรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบ ชั้นปี และ เกรดเฉลี่ย กับการเห็นคุณค่าในตนเอง

พบว่า ชั้นปีและเกรดเฉลี่ยที่แตกต่างกันมีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบ ชั้นปี และสังกัดคณะ กับการความคิดสร้างสรรค์ พบว่า ชั้นปี และสังกัดคณะที่แตกต่างกันมีความคิดสร้างสรรค์แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบ เพศ กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์

ตัวแปร	เพศ	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
การเห็นคุณค่าในตนเอง	ชาย	30.38	4.74	0.816	399	0.415
	หญิง	29.87	4.79			
ความคิดสร้างสรรค์	ชาย	78.90	15.30	1.247	399	0.213
	หญิง	76.50	14.80			

* $p\text{-value} < .05$, independent $t\text{-test}$

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบชั้นปี คณะ เกรดเฉลี่ย และรายได้ต่อเดือนกับการเห็นคุณค่าในตนเองและ ความคิดสร้างสรรค์

	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F.	p-value
ชั้นปี						
การเห็นคุณค่าในตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	329.026	5	65.805	2.945	0.013*
	ภายในกลุ่ม	8826.614	395	22.346		
ความคิดสร้างสรรค์	ระหว่างกลุ่ม	2570.037	5	514.007	2.352	0.040*
	ภายในกลุ่ม	86309.405	395	218.505		
คณะ						
การเห็นคุณค่าในตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	187.996	6	31.333	1.377	0.223
	ภายในกลุ่ม	8967.644	394	22.761		
ความคิดสร้างสรรค์	ระหว่างกลุ่ม	3981.037	6	633.506	3.079	0.006*
	ภายในกลุ่ม	84898.404	394	215.478		

* $p\text{-value} < 0.05$, One-way ANOVA

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบชั้นปี คณะ เกรดเฉลี่ย และรายได้ต่อเดือนกับการเห็นคุณค่าในตนเองและ ความคิดสร้างสรรค์ (ต่อ)

	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F.	p-value
เกรดเฉลี่ย						
การเห็นคุณค่าในตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	182.998	3	60.999	2.699	0.045*
	ภายในกลุ่ม	8972.643	397	22.601		
ความคิดสร้างสรรค์	ระหว่างกลุ่ม	809.725	3	269.908	1.217	0.303
	ภายในกลุ่ม	88069.716	397	221.838		
รายได้ต่อเดือน						
การเห็นคุณค่าในตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	104.080	3	34.693	1.522	0.208
	ภายในกลุ่ม	9051.561	397	22.800		
ความคิดสร้างสรรค์	ระหว่างกลุ่ม	866.958	3	288.986	1.304	0.273
	ภายในกลุ่ม	88012.484	397	221.694		

* $p\text{-value} < 0.05$, One-way ANOVA

เมื่อวิเคราะห์รายคู่ของชั้นปีกับการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยสถิติ LSD พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของนิสิตชั้นปีที่ 4 แตกต่างกับชั้นปีที่ 1 และ 3 และการเห็นคุณค่าในตนเองของนิสิตชั้นปีที่ 6 แตกต่างกับ ชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 และเมื่อวิเคราะห์รายคู่ของเกรดเฉลี่ยกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้วยสถิติ Tukey HSD พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของนิสิตที่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.51-3.00 แตกต่างกับนิสิตที่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.51-4.00

เมื่อวิเคราะห์รายคู่ของชั้นปีกับความคิดสร้างสรรค์ด้วยสถิติ Tukey HSD พบว่า ความคิด

สร้างสรรค์ของนิสิตชั้นปีที่ 6 แตกต่างกับ ชั้นปีที่ 2 และ 3 และเมื่อวิเคราะห์รายคู่ของสังกัดคณะกับความคิดสร้างสรรค์ ด้วยสถิติ Tukey HSD พบว่า คณะแพทยศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์มีความคิดสร้างสรรค์แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ ด้วย Pearson's Correlation พบว่า มีความสัมพันธ์กันทิศทางบวกในระดับค่าที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์

การเห็นคุณค่าในตนเอง	ความคิดสร้างสรรค์		
	r	p-value	ระดับ
	0.399**	0.001	ระดับต่ำ

*p-value < 0.05, Pearson Correlation

อภิปราย

การเห็นคุณค่าในตนเอง

จากผลการศึกษาพบว่านิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (Mean = 29.97, S.D. = 4.78) และระดับความคิดสร้างสรรค์ในระดับปานกลาง (Mean = 76.93, S.D. = 14.9) สิ่งนี้สะท้อนว่านิสิตมีความมั่นใจในตนเองแต่ยังขาดทักษะการคิดเชิงนวัตกรรมที่จำเป็นต่อวิชาชีพสุขภาพ นอกจากนี้พบว่าชั้นปีและเกรดเฉลี่ยมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยนิสิตชั้นปีสูงและมีเกรดเฉลี่ยสูง มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่านิสิตชั้นปีต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Alghamdi et al. (2023)¹⁵ ที่พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง นิสิตกลุ่มตัวอย่างมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่านิสิตมีการพิจารณาถึงคุณค่า ศักยภาพ ความสามารถ ตามความรู้สึของตนเอง และเมื่อเทียบกับในแต่ละระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา พบว่า นิสิตชั้นปีที่สูงกว่ามีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองที่มากกว่านิสิตชั้นปีที่ต่ำกว่า กล่าวคือ นิสิตชั้นปีที่ 6 มีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่านิสิตชั้นปีที่ 1 2 และ 3 และนิสิตชั้นปีที่ 4

มีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่านิสิตชั้นปีที่ 1 และ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองในหมู่นักศึกษามหาวิทยาลัย โดยพบว่า นักศึกษาปี 1 มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในขณะที่ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 และนักศึกษาชั้นปีอื่น ๆ มีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่านักศึกษาปี 1 เหตุผลอาจเป็นเพราะความไม่คุ้นชินของนักศึกษาใหม่กับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมหาวิทยาลัย และการขาดวุฒิภาวะในความสามารถทางปัญญา ทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะปฏิเสธตนเองมากกว่าเมื่อเทียบกับชั้นปีอื่น ๆ¹⁶ นอกจากนี้เกรดเฉลี่ยที่แตกต่างกันยังส่งผลต่อการมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน กล่าวคือ นิสิตเกรดเฉลี่ย 3.51-4.00 มีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่านิสิตเกรดเฉลี่ย 2.51-3.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพฤติกรรมในนิสิตคณะแพทย พบว่านิสิตที่มีเกรดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการมีการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้นไปด้วย¹⁷ และการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในนิสิตคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีบทบาทสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะเพิ่มขึ้น

ตามการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้น การเพิ่มประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เป็นวิธีที่ช่วยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนผ่านประสบการณ์ตรง การทำให้นักเรียนรู้ว่าตนมีความสามารถมากพอที่จะประสบความสำเร็จจะทำให้ไม่ยอมแพ้ต่อสิ่งที่ยากลำบากได้ง่าย จะพยายามเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการ นั้นจึงสนับสนุนผลการวิจัยที่ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองสูงส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูง

ความคิดสร้างสรรค์

จากผลการสำรวจความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า นิสิตกลุ่มตัวอย่างมีความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่านิสิตส่วนใหญ่มีความสามารถในการคิดสิ่งใหม่ ๆ มีจินตนาการ มีความคิดยืดหยุ่น คิดได้หลายแง่มุมอยู่ในระดับเกณฑ์เฉลี่ย ซึ่งบางคนอาจมีมากหรือน้อยแตกต่างกันไปตามประสบการณ์

และเมื่อเทียบดูในแต่ละระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา พบว่า นิสิตชั้นปีที่สูงกว่ามีคะแนนความคิดสร้างสรรค์ที่มากกว่านิสิตชั้นปีที่ต่ำกว่า กล่าวคือ นิสิตชั้นปีที่ 6 มีความคิดสร้างสรรค์มากกว่านิสิตชั้นปีที่ 2 และ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของความคิดสร้างสรรค์ ความฉลาดทางอารมณ์ และความสามารถ ในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคต่อความสามารถในการเจรจาต่อรองเชิงบูรณาการ ของนิสิตปริญญาตรี ชั้นปีสุดท้าย พบว่า ความคิดสร้างสรรค์ด้านความคิด

ริเริ่ม มีอิทธิพลทางบวกกับการเจรจาต่อรองเชิงบูรณาการ นั่นคือ ถ้านิสิตมีความคิดสร้างสรรค์ด้านความคิดริเริ่มสูง จะส่งผลให้มีความสามารถในการเจรจาต่อรองเชิงบูรณาการโดยรวมสูงขึ้นด้วย⁷

นอกจากนี้คณะที่แตกต่างกันยังส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ที่แตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละคณะมีหลักสูตรการสอน สภาพแวดล้อมด้านการศึกษา และสภาพแวดล้อมด้านวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในสาขาวิชานั้น ๆ เช่น การมีส่วนร่วมของนิสิต พฤติกรรมของบุคคลทั้งอาจารย์และนิสิตที่แตกต่างกันของแต่ละสาขาวิชา¹¹ ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมแต่ละคณะสาขาวิชามีความแตกต่างกันส่งผลต่อการมีส่วนร่วมและพฤติกรรมของผู้เรียน โดยแต่ละคณะสามารถสนับสนุนการพัฒนาสภาพแวดล้อมทางการศึกษาได้โดยการปรับเปลี่ยนหลักสูตรหรือวิธีการสอนเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนสามารถแสดงความคิดเห็น และลงมือปฏิบัติได้อย่างเต็มที่และยั่งยืน¹⁸ ซึ่งนั่นคือสามารถเพิ่มทักษะความคิดสร้างสรรค์ให้กับนิสิตที่ศึกษาในคณะต่าง ๆ ได้ผ่านการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบใหม่ เพิ่มการมีส่วนร่วม การฝึกการแก้ปัญหา การวิเคราะห์เข้าไปในชั้นเรียน การกำหนดและปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความ เป็นจริงด้านการเมือง เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมใหม่ ๆ โดยคำนึงถึงทัศนคติและพฤติกรรมของ

นักศึกษา เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ผู้เรียนอย่างเท่าเทียมกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์

ผลการวิเคราะห์พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์เป็นไปในทิศทางบวกในระดับต่ำ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า มีความสัมพันธ์กันทิศทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.399, p < 0.05$) นั้นหมายความว่าแม้การเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของนิสิต เช่น สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ และการสนับสนุนจากอาจารย์¹⁹ หากนิสิตมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นจะส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ที่มากขึ้นด้วย ซึ่งสามารถอนุมานได้ว่าเป็นผลมาจากการประเมินตนเอง และการสามารถรับรู้ถึงความแตกต่างของตนเองเมื่ออยู่ในสังคมภายนอกได้ตามความเป็นจริง สามารถเคารพและยอมรับตนเองได้ในระดับที่มีความกล้าในการทำสิ่งต่าง ๆ หรือกล้าที่จะออกจากกรอบของตนเอง จากการศึกษาอิทธิพลของการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงจูงใจต่อความคิดสร้างสรรค์ จากงานวิจัยของ Liu (2024)¹⁰ พบว่าการมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงสามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน และการส่งเสริมการแสดงออกทางความคิด

แต่ผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ยังอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพมุ่งเน้นการเรียนรู้แบบท่องจำ และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดมากกว่าการคิดเชิงสร้างสรรค์ นั่นคือ บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะกระตือรือร้นและตื่นตัวกับความท้าทาย แสวงหาการพัฒนาศักยภาพและพัฒนาศักยภาพให้สูงสุด ไม่กลัวที่จะเผชิญกับการคัดเลือก การตัดสินใจ แสวงหาการรับรู้คุณค่าและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่กลมกลืนกัน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้เอื้อต่อการมีความคิดสร้างสรรค์ แต่บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะถูกขับเคลื่อนด้วยความรู้สึกที่ไร้ค่า ความวิตกกังวล และความกลัว กลัวที่จะเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ แสดงออกถึงการหลีกเลี่ยงและการปฏิเสธตนเอง ซึ่งเป็นอันตรายต่อความคิดสร้างสรรค์ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพแบบ⁷ องค์ประกอบกับการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษากายภาพบำบัด²⁰ พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล นั่นคือ การมีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ชอบที่จะเข้าสังคม ช่างเจรจา เปิดเผยตัวเอง มีการแสวงหาความตื่นเต้น มีอารมณ์ทางบวก มองโลกในแง่ดี เป็นอุปนิสัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้น สถาบันการศึกษาควรพัฒนาแนวทางการสอนที่ส่งเสริมให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองควบคู่กับการกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ผ่านการใช้กิจกรรมการเรียนรู้

การสอนที่เน้นการคิดเชิงวิพากษ์และการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน เพื่อช่วยให้บัณฑิตมีความสามารถที่เหมาะสมต่อการทำงานในอนาคต²¹

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก และมีความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลาง และการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์กันทิศทางบวก ซึ่งสามารถนำผลการศึกษานี้ต่อยอดด้านการจัดกิจกรรม พัฒนารูปแบบการสอนปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางการศึกษา เพื่อส่งเสริมให้บัณฑิตมีการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดสร้างสรรค์ที่มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณฝ่ายกิจการนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ช่วยประสานงานในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Whiting K. These are the top 10 job skills of tomorrow – and how long it takes to learn them. [online]. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2020/10/top-10-work-skills-of-tomorrow-how-long-it-takes-to-learn-them/> [2024 Nov 4].

2. World Health Organization. Self-care for health and well-being. [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions> [2025 Mar 14].
3. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Self-esteem – การเห็นคุณค่าในตนเอง. [online]. Available from: <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/self-esteem/> [2024 Nov 14].
4. สมิตี เจือจินดา, วรณณา โพธิ์ผลิ. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี; 2562.
5. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
6. Guilford JP. Creativity. Am Psychol 1950; 5(9): 444-54
7. ปอehlหวง ดันติพิสุทธิ์, งามลมัย ผิวเหลือง, ชีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน. อิทธิพลของความคิดสร้างสรรค์ ความฉลาดทางอารมณ์ และความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคต่อความสามารถในการเจรจาต่อรองเชิงบูรณาการของนิสิตปริญญาตรีชั้นปีสุดท้าย. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2566; 49(1): 175-98.
8. มหาวิทยาลัยนเรศวร. ปรัชญาการศึกษา ปณิธาน วิสัยทัศน์. [online]. Available from: https://www.nu.ac.th/?page_id=27719 [2024 Nov 14].
9. ไพรินทร์ พัสดู, สมัคร ใจแสน, สุพจน์ ดีไทย. สถานการณ์สภาพปัญหา และความต้องการด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2567; 33(3): 359-68.
10. Liu L. Influence factors of college students' creativity: the effect of self-esteem and motivation. [online]. Available from: <https://typeset.io/papers/influence-factors-of-college-students-creativity-the-effect-2gyim5b6yt> [2024 Nov 4].
11. ปาริชาติ บัวเจริญ, นพรัตน์ เตชะพันธุ์รัตนกุล, ปวันรัตน์ บัวเจริญ. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เชียงใหม่. วารสารศึกษาศาสตร์ มจร 2562; 7: 241-54.

12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970; 30(3): 607-10.
13. กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. ความคิดสร้างสรรค์และความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคของนิสิตนักศึกษาปริญญาตรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2550.
14. ทินกร วงศ์ปาริณย์. Revised Thai Rosenberg Self-Esteem Scale. [online]. Available from: <https://www.pakaranhome.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=2147596642> [2024Nov 4].
15. Alghamdi SA, Aljaffer MA, Alahmari FS, Alasiri AB, Alkahtani AH, Alhodayris FS, et al. The impact of low self-esteem on academic achievement and the behaviors related to it among medical students in Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2023; 44(6): 613-20.
16. Ouyang Y, Wang K, Zhang T, Peng L, Song G, Luo J. The influence of sports participation on body image, self-efficacy, and self-esteem in college students. *Front Psychol* 2020; 10: 3039.
17. Alghamdi SA, Aljaffer MA, Alahmari FS, Alasiri AB, Alkahtani AH, Alhodayris FS, et al. The impact of low self-esteem on academic achievement and the behaviors related to it among medical students in Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2023; 44(6): 613-20.
18. Boca GD, Saraçlı S. Environmental education and students' perception for sustainability. *Sustainability* 2019; 11(6): 1553.
19. Csikszentmihalyi M. Creativity: flow and the psychology of discovery and invention. [online]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1996-97915-000> [2025 Mar 14].
20. รูปนัท อีอัคระกุล. การศึกษาความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพแบบ 5 องค์ประกอบกับการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษากายภาพบำบัดสายสุขภาพ ชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2564. *วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี* 2566; 19(3): 60-71.
21. Amabile TM. Creativity in context: update to the social psychology of creativity. [online]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1996-97996-000> [2025 Mar 14].

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล

ชฎาภา ประเสริฐทรง*, ฤทธิพร นราเอี่ยม**, วรรณพร ชัยสุรินทร์**

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

**นักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์และวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 257 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน และสุ่มอย่างง่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ชั้นปี (2) ความรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า (3) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้า แบบสอบถามมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.67–1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การแปลผลค่าเฉลี่ยและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผล : พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ความรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมและรายทักษะทั้ง 4 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะการจัดการตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยงบุหรี่ไฟฟ้า และทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สรุป : นักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้าในระดับสูงมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้าในระดับต่ำ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : ความรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า, พฤติกรรมเสี่ยง, นักศึกษาพยาบาล, บุหรี่ไฟฟ้า

THE RELATIONSHIP BETWEEN E-CIGARETTE LITERACY AND RISKY BEHAVIORS RELATED TO E-CIGARETTE USE AMONG NURSING STUDENTS

Chadapa Prasertsong*, Ruadeeporn Naraaiam**, Wannaphon Chaisurin**

**Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalearmprakiet University*

***Student, Faculty of Nursing, Huachiew Chalearmprakiet University*

Abstract

Objectives: To examine the relationship between e-cigarette literacy and risk behaviors related to e-cigarette use among nursing students.

Material and Methods: This descriptive research study involved a sample of 257 nursing students from years 1 to 4, selected through proportional stratified random sampling and simple random sampling. Data were collected via an online questionnaire consisting of three sections: (1) academic year, (2) e-cigarette literacy, and (3) e-cigarette smoking risk behaviors. The questionnaire demonstrated content validity indices (IOC) ranging from 0.67 to 1.00 and a reliability coefficient of 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, and standard deviation and inferential statistics: mean interpretation and Pearson's correlation coefficient.

Results: Nursing students exhibited an overall high level of e-cigarette literacy and an overall low level of risk behavior related to e-cigarette use. Furthermore, the overall e-cigarette literacy and its four skill domains-communication, self-management, decision-making for refusal and avoidance, and media literacy were negatively correlated with risk behaviors related to e-cigarette use ($p < 0.01$).

Conclusion: Nursing students with higher levels of e-cigarette literacy tended to exhibit lower levels of risk behavior related to e-cigarette use. Therefore, enhancing e-cigarette literacy serves as an important approach to reducing risk behaviors related to e-cigarette use among nursing students.

Key words: e-cigarette literacy, risk behaviors, nursing students, electronic cigarettes

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้ามีผลกระทบต่อระบบประสาทและ พัฒนาการสมอง ผลกระทบนี้เกิดจากนิโคตินและการเสพติด เพราะบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่มีนิโคติน ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดการเสพติดได้ นิโคติน ส่งผลกระทบในด้านการเรียนรู้ สมาธิ ความจำ และการควบคุมตนเอง โดยเฉพาะการควบคุมอารมณ์ ผู้ใช้บางรายอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต การเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้ใช้ที่มีอายุน้อย ยังเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อระบบประสาท และ พัฒนาการสมอง ทำให้อาจพบปัญหาในระยะยาวได้²⁾ ผลต่อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันและเรื้อรัง จากรายงานกรณีโรค EVALI (e-cigarette or vaping associated lung injury) และผลกระทบจากการสูดสารประกอบที่อยู่ในบุหรี่ไฟฟ้า ที่เกิดจากน้ำยาได้รับความร้อน เช่น methylene glycol /propylene glycol ไกลคอล สารแต่งกลิ่น ส่งผลให้เกิดอาการแสดงที่หลากหลาย ได้แก่ ไอ หายใจหอบ จนถึงปอดอักเสบรุนแรง³⁾ ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบสัญญาณของความเสียด้านหลอดเลือดและหัวใจ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น และมีรายงานเชื่อมโยงกับภาวะโรคหัวใจในผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าบางคน ถึงแม้ว่าการศึกษาระยะยาวยังมีข้อจำกัด แต่โดยภาพรวม พบว่า บุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่ควรละเลย¹⁾

ในปีพ.ศ. 2567 กองสุกศึกษาร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทยและกรุงเทพมหานคร ได้สำรวจพฤติกรรมการ

สูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทยทั่วประเทศ จำนวน 40,164 คน พบว่าเยาวชนไทย อายุระหว่าง 6-30 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 18.60 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุดร้อยละ 21.49 รองลงมาเป็นกลุ่มความหลากหลายทางเพศ ร้อยละ 19.73 และเพศหญิง ร้อยละ 16.22 เมื่อสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของเยาวชนพบว่ามีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า คือ เข้าใจว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้สามารถเลิกบุหรี่มวนได้ร้อยละ 61.23 เข้าใจว่านิโคตินส่งผลดีต่อร่างกายร้อยละ 51.19 เข้าใจว่าน้ำยาของบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีส่วนผสมของนิโคติน ร้อยละ 26.28 เข้าใจว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่ใช่สิ่งผิดกฎหมายร้อยละ 23.28 และเข้าใจว่าควันบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีอันตรายร้อยละ 12.53 นอกจากนี้เยาวชนยังมีความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน ร้อยละ 50.2³⁾

การป้องกันเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้าจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นลักษณะของบุคคลที่ใช้กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จะนำไปสู่การตัดสินใจ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง เป็นมุมมองความรู้ด้านสุขภาพในฐานะปัจจัยเสี่ยง (health literacy as risk) เพื่อให้เกิดประโยชน์ทางด้านสุขภาพในระดับบุคคล ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ความ

รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงมาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ โดยศึกษาความรอบรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า ประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam)⁴ ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการรู้คิดเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า 3) ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า 4) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า 5) ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยงบุหรี่ไฟฟ้า 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้า

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้าของ นักศึกษาพยาบาล ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร และนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีมีความรอบรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้าอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนปรับปรุงสาระความรู้และกิจกรรมของรายวิชาทฤษฎีและรายวิชาปฏิบัติทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า นอกจากนี้อาจนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมเสริมหลักสูตร เนื่องจาก นักศึกษาพยาบาลควรเป็นตัวแทนทางด้านพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้รับบริการ และนักศึกษาพยาบาลควรมีความรอบรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า อย่างถูกต้องเพียงพอที่จะถ่ายทอดให้ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้าของผู้รับบริการได้

วัสดุและวิธีการ

ประชากร เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวนทั้งหมด 564 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 257 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 2) มีอุปกรณ์ที่สามารถใช้ google form และ application line ได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้

เกณฑ์การคัดออก คือ ตอบแบบสอบถามไม่ครบสมบูรณ์

ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบทราบประชากรที่แน่ชัด (Finite population จากสูตร $n = 400N / (399 + N)$ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 234 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (stratified random sampling) จากจำนวนประชากรของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 และสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการสำรองกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เท่ากับ 23 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 257 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตามหนังสือเลขที่ HCU-EC1535/2567 ลงวันที่ 23 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามออนไลน์ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ชั้นปี เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 4

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam)⁴ มาปรับปรุงให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ มี 6 ทักษะ จำนวน 35 ข้อ ได้แก่ 1) ทักษะการรู้คิดเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า เป็นคำถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า เป็นคำถามประเมินความสามารถในการค้นหาข้อมูลและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าจากแหล่งต่างๆ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน 3) ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า เป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการนำเอาข้อมูลและสารสนเทศเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า มาใช้ในการกำหนดเป้าหมาย การกระทำบางสิ่งบางอย่างเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน 4) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมกำหนักรู้จักบุหรี่ไฟฟ้า เป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการประเมิน วิเคราะห์ ตรวจสอบ ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล แหล่งข้อมูล เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ที่ตนเองได้รับผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน 5) ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยงบุหรี่ไฟฟ้า เป็นคำถามประเมินตนเองถึงความสามารถในคิดวิเคราะห์

ผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างถูกต้อง กำหนดทางเลือก หลีกเลี่ยงทางเลือกที่ไม่เหมาะสมได้อย่างมีเหตุผล ก่อนที่จะเลือกวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เพื่อปกป้องตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้า เป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการประเมิน วิเคราะห์ ตรวจสอบ ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล แหล่งข้อมูลเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่ตนเองได้รับผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

การให้คะแนนและการแปลผล

ทักษะที่ 1 เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ทักษะที่ 2-6 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน เห็นด้วย 2 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนรวมทั้งหมด คะแนนเต็ม 110 คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 25-53 หมายถึง ความรอบรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 54-81 หมายถึง ความรอบรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 82-110 หมายถึง ความรอบรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้า ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้สอดคล้องกับงานวิจัยฉบับนี้ มีข้อ

คำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ 0-3 คะแนน จำนวน 5 ข้อ และ 1-4 คะแนน จำนวน 2 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ คะแนนเต็ม 23 คะแนน

การแปลผล ใช้คะแนนรวมทั้งหมด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 2-9 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำมันไฟฟ้าอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 10-16 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำมันไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 17-23 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำมันไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ (Face Validity) จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งฉบับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา นำมาวิเคราะห์หา Item Objective Congruency Index: IOC แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทำการทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านน้ำมันไฟฟ้า ดังนี้ ทักษะการรู้จักเรื่องน้ำมันไฟฟ้า เป็นข้อคำถามถูก-ผิด โดยใช้ KR-20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ด้านน้ำมันไฟฟ้าอีก 5 ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำมันไฟฟ้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเท่ากับ 0.84, 0.81 ตามลำดับ

จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งฉบับมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับประธานนักศึกษาแต่ละชั้นปี เพื่อขอพบนักศึกษาทั้งชั้นปี และเชิญชวนนักศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยเมื่อนักศึกษาสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างและลงรายชื่อ ผู้วิจัยได้สร้างไลน์กลุ่มสำหรับนักศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อสื่อสารรายละเอียดและนัดหมายการส่งแบบสอบถามออนไลน์ที่ใช้ google form ผ่านไลน์กลุ่ม ซึ่งนักศึกษาจะต้องลงบันทึกในช่องยินยอมก่อน จึงจะไปยังส่วนของแบบสอบถามได้ หากนักศึกษาไม่ยินยอม จะไม่สามารถไปยังส่วนของแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-11 ตุลาคม 2567 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป 1) วิเคราะห์ชั้นปี โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ 2) วิเคราะห์ความรอบรู้ด้านน้ำมันไฟฟ้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำมันไฟฟ้า โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลค่าเฉลี่ย 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านน้ำมันไฟฟ้าและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำมันไฟฟ้า ใช้สถิติ Pearson's Correlation ข้อมูลได้รับการตรวจสอบพบว่าเป็นโค้งปกติ (normal distribution)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านบุหรี่ปัไฟฟ้าโดยรวม รายทักษะ 6 ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ปัไฟฟ้าของนักศึกษา นำเสนอตามชั้นปี ด้วยคะแนน

ตัวแปร	คะแนน	ชั้นปี 1		ชั้นปี 2		ชั้นปี 3		ชั้นปี 4	
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ทักษะการรู้คิดเรื่องบุหรี่ปัไฟฟ้า	0-10	8.57	1.40	8.33	1.17	8.68	1.04	8.69	1.11
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเรื่องบุหรี่ปัไฟฟ้า	5-20	16.45	2.48	15.82	2.27	16.86	2.51	16.29	2.48
3. ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ปัไฟฟ้า	4-16	13.73	1.70	12.78	2.04	13.70	1.75	13.40	1.89
4. ทักษะการจัดการตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมปกป้องกันบุหรี่ปัไฟฟ้า	5-20	17.71	2.44	16.90	2.45	18.15	2.15	17.74	2.46
5. ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยงบุหรี่ปัไฟฟ้า	6-24	19.12	1.93	18.48	1.96	19.29	1.78	19.25	1.87
6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเรื่องบุหรี่ปัไฟฟ้า	5-20	17.78	2.49	16.90	2.60	17.95	2.19	17.51	2.74
ความรอบรู้ด้านบุหรี่ปัไฟฟ้าโดยรวม	25-110	93.35	9.77	89.22	10.42	94.64	8.47	92.88	9.81
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ปัไฟฟ้าโดยรวม	2-23	4.14	3.07	5.12	2.76	4.55	2.70	5.59	3.32

ผล

1. ชั้นปี พบว่าเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มากที่สุดร้อยละ 31.20 รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 25.7, 23.3, 19.8 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าโดยรวม รายด้าน 6 ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาทุกชั้นปี มีความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับสูงที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายทักษะ พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้ารายทักษะทั้ง 6 ทักษะอยู่ในระดับสูง ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มี 2 ทักษะที่มีความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้า รายทักษะอยู่ได้ระดับปานกลาง ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพเรื่องบุหรีไฟฟ้า และทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธ และหลีกเลี่ยงบุหรีไฟฟ้า

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าของนักศึกษา
นำเสนอด้วยสถิติ Pearson Correlation

ตัวแปร	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้า	
	r	p
ความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าโดยรวม	-0.23	0.01**
1. ทักษะการรู้คิดเรื่องบุหรีไฟฟ้า	0.05	0.47
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเรื่องบุหรีไฟฟ้า	-0.10	0.11
3. ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรีไฟฟ้า	-0.18	0.01**
4. ทักษะการจัดการตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมป้องกันบุหรีไฟฟ้า	-0.28	0.01**
5. ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยงบุหรีไฟฟ้า	-0.25	0.01**
6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรีไฟฟ้า	-0.23	0.01**

** $p < 0.01$

นอกจากนี้พบว่านักศึกษาทุกชั้นปี มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับต่ำที่สุด รองลงมาเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าของนักศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าโดยรวม และรายทักษะ 4 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรีไฟฟ้า 2) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมป้องกันบุหรีไฟฟ้า 3) ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยงบุหรีไฟฟ้า และ 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรีไฟฟ้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรีไฟฟ้าของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 2

อภิปราย

1. ระดับความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพราะนักศึกษาจะได้รับความรู้ด้านสุขภาวะและตระหนักถึงการเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้กับประชาชน⁶ นอกจากนี้หลักสูตรพยาบาลศาสตร์จะมีการสอดแทรกความรู้เรื่องบุหรีไฟฟ้า พิษภัยของบุหรีไฟฟ้า โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงระบบประสาท สมอง หัวใจและหลอดเลือด รวมถึงระบบทางเดินหายใจ¹⁻² เพื่อเป็นข้อมูลในการเขียนแผนการพยาบาลของรายวิชาทางการพยาบาล จึงอาจทำให้นักศึกษาเกิดความรู้รอบรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าในระดับสูง และอาจเนื่องมาจากระบบการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มีเงื่อนไขเรื่องการไม่รับนักศึกษาที่มีการใช้บุหรีมวนหรือบุหรีไฟฟ้า จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าในระดับต่ำ

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายชั้นปีพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีความรอบรู้ใน 2 ทักษะที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเรื่องบุหรีไฟฟ้า

และ ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยงบุหรีไฟฟ้า ทักษะเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam)⁴ การที่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเรื่องบุหรีไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ยังไม่ได้เรียนรายวิชาทางการพยาบาลที่เน้นการบูรณาการความรู้ไปสู่การค้นคว้าและปฏิบัติในสถานการณ์จริงมากเท่านักศึกษาชั้นปีที่สูงกว่า การขาดทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้ อาจส่งผลให้ความสามารถในการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยงบุหรีไฟฟ้าลดลงตามไปด้วย จึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมเสริมหลักสูตรสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรีไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล

ความรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เมื่อนักศึกษามีความรู้ด้านบุหรีไฟฟ้าสูงขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าจะลดลงตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มนักเรียน⁷ และงานวิจัยที่ระบุว่าหากนักเรียนมีทักษะปฏิเสธจะทำให้สามารถมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรีได้⁷ นอกจากนี้ เมื่อศึกษาความรู้ด้านบุหรีไฟฟ้า

รายทักษะที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำไฟฟ้า พบว่า

2.1 ทักษะความรู้ด้านน้ำไฟฟ้า 4 ทักษะ มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำไฟฟ้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทักษะการจัดการตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมป้องกันการป้องกันน้ำไฟฟ้า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงลบสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าทักษะที่เกี่ยวข้องกับการลงมือปฏิบัติและการควบคุมตนเอง (Self-management) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำไฟฟ้า การที่นักศึกษาสามารถนำความรู้ ไปสู่การกำหนดเป้าหมาย และการกระทำบางอย่างเพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากน้ำไฟฟ้าได้นั้น เป็นหัวใจสำคัญของการมีความรอบรู้เชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy)⁴

2.2 ทักษะการรู้คิดเรื่องน้ำไฟฟ้า และทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเรื่องน้ำไฟฟ้า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำไฟฟ้า เพราะการมีเพียงแค่ว่าความรู้ (Knowledge) หรือความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเรื่องน้ำไฟฟ้าในระดับสูงนั้นไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง หากขาดทักษะขั้นสูงกว่า เช่น ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ น้ำไฟฟ้า จะทำให้นักศึกษาสามารถวิเคราะห์ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โฆษณาชวนเชื่อ ที่พยายามโน้มน้าวให้เยาวชนอยากลองน้ำไฟฟ้า^{3,8} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การที่เยาวชนมี

ความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับน้ำไฟฟ้าในสังคมนั้น เป็นผลมาจากการมีทักษะที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลและการวิพากษ์สื่อที่เกี่ยวข้องกับน้ำไฟฟ้าที่มีไม่เพียงพอ เพราะการที่นักศึกษาเคยพบเห็นโฆษณา น้ำไฟฟ้าในอินเทอร์เน็ต ทำให้มีโอกาสใช้น้ำไฟฟ้ามากกว่าผู้ที่ไม่เคยพบเห็นโฆษณา น้ำไฟฟ้าในอินเทอร์เน็ต เป็น 54.608 เท่า อธิบายได้ว่าการเข้าถึงโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำไฟฟ้า ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความ เชื่อว่า การใช้น้ำไฟฟ้าเป็นแฟชั่นหรือสิ่งที่ไม่ผิดกฎหมาย⁹⁻¹⁰

สรุป

การพัฒนาความรู้ด้านน้ำไฟฟ้าในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้น้ำไฟฟ้าของนักศึกษาได้ โดยผู้เกี่ยวข้องกับการจัดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ควรพิจารณาปรับปรุงเนื้อหาสาระการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร และให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติการ (Interactive and Critical Health Literacy) ได้แก่ 1) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมป้องกันการป้องกันน้ำไฟฟ้า 2) ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยงน้ำไฟฟ้า 3) ทักษะการสื่อสารเรื่องน้ำไฟฟ้า และ 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ น้ำไฟฟ้า ให้กับนักศึกษาทุกชั้นปี โดยเฉพาะ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ควรได้รับการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเรื่องน้ำไฟฟ้า และทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิเสธและหลีกเลี่ยง

บุหรี่ยี่ห้อไฟฟ้าให้อยู่ในระดับสูง เพื่อให้ นักศึกษามี พฤติกรรมเป็นต้นแบบที่ดี (Role Model) ด้านการ ไม่ใช้บุหรี่ยี่ห้อไฟฟ้า และเตรียมความพร้อมให้ นักศึกษาสามารถถ่ายทอดความรู้ และสอนทักษะ ทั้ง 6 ทักษะของความรอบรู้ด้านบุหรี่ยี่ห้อไฟฟ้าที่ ถูกต้องให้กับผู้รับบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health effects of vaping. [online]. Available from: <https://www.cdc.gov/tobacco/e-cigarettes/index.html> [2025 Oct 31].
- Ngambo G, Hanna EG, Gannon J, Marcus H, Lomazzi M, Azari R. A scoping review on e-cigarette environmental impacts. *Tob Prev Cessat* 2023; 9: 30.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย). "บุหรี่ยี่ห้อไฟฟ้า"เยาวชนสูบบุหรี่มากขึ้นเพราะเข้าใจผิด. [online]. Available from: <https://www.trc.or.th/> [2025 Oct 31].
- Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2010; 67(12): 2072-8.
- จุฬามาศ มณีกุล, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดฉะเชิงเทรา. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 2566; 50(4): 158-69.
- นาฏยา คลีเกษร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลระนอง. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)* 2566; 38(1): 56-63.
- วัชรภรณ์ เงินปันนาค. ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิต กับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์]. *ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*; 2560.
- Luu NM, Bui TT, Phan HT, Oh JK. Peer influence and use of electronic cigarettes among adolescents and young adults: a meta-analysis of prospective studies. *Asian Pac J Cancer Prev* 2025; 26(6): 2215-23.
- หนึ่งฤดี นุ่มนุช. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์]. *พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร*; 2566.
- เขมิกา ณภัทรเดชาพันธ์, ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุญ, จิรัชญา เหล่าคมพุดผาจารย์. ผลของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดบุหรี่. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล* 2566; 29(2): 1-15.

การพัฒนาแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานในระดับบุคคลและองค์กร สำหรับบุคลากรทางการศึกษา ภาคตะวันออกของประเทศไทย

ธนวัฒน์ หงษ์สา, กศ.ม.*, ชิตสมัย พอกทรัพย์, กศ.ม.*, ศศิภัทร คล้าย ณ รังสี, ก.บ.*,

ฉาน ปัทมะ พลยง, ปร.ค.**

*โรงเรียนอนุบาลชลบุรี สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชลบุรี เขต 1

**หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงาน ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร สำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษาในภาคตะวันออกของประเทศไทย

วัสดุและวิธีการ : การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยออกแบบแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานระดับบุคคล 8 ข้อ และระดับองค์กร 14 ข้อ กลุ่มตัวอย่างคือครูในจังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง จำนวน 300 คน เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพ พบว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.853 และ 0.901 ตามลำดับ การวิเคราะห์ใช้สถิติ ได้แก่ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ค่าความเชื่อมั่น และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อและคะแนนรวม

ผล : แบบประเมินทั้งสองระดับมีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 แบบประเมินระดับบุคคล (8 ข้อ) มีค่า KMO เท่ากับ 0.880 Bartlett's test มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=1187.642, p<0.05$) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.886 และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้ออยู่ระหว่าง 0.512–0.779 ส่วนแบบประเมินระดับองค์กร (14 ข้อ) จำแนกได้ 2 องค์ประกอบ คือ การกลั่นแกล้ง (10 ข้อ) และการคุกคาม (4 ข้อ) มีค่า KMO เท่ากับ 0.932 Bartlett's test มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=2901.195, p<0.001$) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.941 และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้ออยู่ระหว่าง 0.418–0.848 แบบประเมินทั้งสองมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kappa=0.553, $p<0.05$)

สรุป : แบบประเมินทั้งสองรูปแบบมีคุณภาพตามหลักการวัดและประเมินผล สามารถนำไปใช้ประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานของครูและบุคลากรทางการศึกษาได้อย่างเหมาะสม และสามารถเลือกใช้ได้ตามบริบทของการประเมิน

คำสำคัญ : บุคลากรทางการศึกษา, แบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานในระดับบุคคลและองค์กรสังคมเป็นพิษ

DEVELOPMENT OF PERSONAL AND ORGANIZATIONAL TOXIC WORKPLACE ASSESSMENT SCALES FOR EDUCATIONAL PERSONNEL IN EASTERN THAILAND

Thanawat Hongsa, M.Ed.*, Chitsamai Poksub M.Ed.*, Sasipat Klay Na Rangsi, B.Ed.*,

Chan Pattama Polyong, Ph.D.**

** Anuban Chonburi School, Chonburi Primary Educational Service Area Office 1*

*** Occupational Health and Safety Program, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

Abstract

Objectives: This study aims to develop and examine the quality of the toxic workplace society (TWS) assessment scale at both the personal (P-TWS) and organizational (O-TWS) levels for teachers and educational personnel in the eastern region of Thailand.

Material and Methods: Both versions of the assessment had item–objective congruence indices ranging from 0.67 to 1.00. The P-TWS (8 items) consisted of one component with a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO-MSA) value of 0.880, and Bartlett’s test was statistically significant ($\chi^2=1187.642$). The overall reliability coefficient was 0.886, and item–total correlations ranged from 0.512 to 0.779. The O-TWS assessment (14 items) consisted of two components: bullying (10 items) and harassment (4 items). The KMO-MSA value was 0.932, Bartlett’s test was statistically significant ($\chi^2=2901.195$, $p<.001$), the overall reliability coefficient was 0.941, and item–total correlations ranged from 0.418 to 0.848. Both assessments showed a statistically significant level of agreement (Kappa=0.553, $p<0.05$).

Results: The experimental group had significantly higher mean resilience scores both immediately after the intervention and at the follow-up period ($\bar{X}=3.15$, $SD=0.15$; $\bar{X}=3.28$, $SD=0.17$, respectively) than the control group ($\bar{X}=2.70$, $SD=0.19$; $\bar{X}=2.71$, $SD=0.16$, respectively)

Conclusion: Both versions of the assessment scale passed the evaluation and met the measurement and assessment criteria. They can be applied to assess toxic workplace society among teachers and educational personnel, and either version may be appropriately selected according to the assessment context.

Key words: Educational Personnel, Personal and Organizational Toxic Workplace Society

บทนำ

ความเป็นพิษในสังคมการทำงาน คือ สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานเกิดการคุกคาม การกลั่นแกล้ง การขับไล่ แสดงความไม่สุภาพต่อกัน¹ สร้างความขุ่นเคืองหรือส่งผลกระทบต่อเชิงลบของคนใดคนหนึ่ง หรือความรู้สึกลดลงจากเพื่อนร่วมงาน^{2,3} ทั้งนี้มีรายงานว่า สถานที่ทำงานในทวีปเอเชียมีการกลั่นแกล้งกันมากที่สุด⁴ ซึ่งความเป็นพิษในสังคมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาวโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ มีรายงานของ Wang และคณะ³ ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นพิษในที่ทำงานกับความเครียดจากงาน รวมถึงประสิทธิภาพการทำงานลดลง และ Rasool และคณะ⁴ กล่าวว่า บุคคลในองค์กรที่เป็นพิษสามารถถ่ายทอดพฤติกรรมเชิงลบแก่ผู้อื่นได้โดยไม่รู้ตัว ทั้งนี้ความเป็นพิษในกลุ่มครูได้รับความสนใจอย่างมาก ซึ่งในครูยังเป็นปัญหาที่ยังไม่ได้เปิดเผยมากนัก⁵ เพราะไม่ต้องการเปิดเผยตัวตนว่าถูกกระทำไม่ดีในสถานที่ทำงาน เนื่องจากความอับอายหรือความกลัวการแก้แค้น⁶ มีการศึกษาในครูพบการกลั่นแกล้งเป็นครั้งคราว ร้อยละ 8.3 และรุนแรง ร้อยละ 2.9 โดยครูต้องประสบกับปัญหาความทุกข์ทางจิตใจ ร้อยละ 25 และการกลั่นแกล้งเป็นตัวทำนายความทุกข์ทางจิตใจของครู⁷

การประเมินความเป็นพิษในสังคมการทำงานเป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางการป้องกันสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาความเป็นพิษในสังคมการทำงานยังไม่มี

เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมิน อาจเนื่องจากการให้ความหมายที่แตกต่างกันและความ เป็นพิษในสังคมการทำงานมักมุ่งเน้นไปที่การกลั่นแกล้งกันในที่ทำงาน⁸⁻⁹ ทั้งนี้ในประเทศอเมริกามีการสำรวจและรายงานการเกิดการกลั่นแกล้งในที่ทำงานทุกปีเพื่อการเฝ้าระวัง อย่างไรก็ตาม การสำรวจยังไม่ครอบคลุมถึงความเป็นพิษในส่วนอื่น ๆ เช่น ผู้นำขาดการวางแผนหรือขาดประสิทธิภาพ ผู้นำทำให้เกิดการสั่งงานที่ต้องการเร่งด่วน ใน การศึกษาครั้งนี้ได้แนวคิดการพัฒนาแบบประเมิน ได้ประยุกต์จากโมเดลของ Rasool et al.^{1,4} และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นพิษในสังคมการทำงาน^{1,4,10} อนึ่ง เมื่อมีบุคคลในที่ทำงานเป็นพิษทางอารมณ์ สิ่งเหล่านั้นสามารถส่งผ่านไปให้แก่บุคคลอื่นได้ และส่งผลกระทบต่อคนทำงานและองค์กร3 ดังนั้นจึงควรมีแบบประเมินเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการระบุสภาพปัญหานำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาที่อาจลดผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรงได้ ทั้งนี้ในต่างประเทศใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวัดภาวะกลั่นแกล้งในที่ทำงานมากที่สุด¹¹ ซึ่งส่วนใหญ่มีการวัด 2 รูปแบบ คือ การประเมินที่ตอบด้วยตัวเอง¹¹⁻¹³ และการสังเกตทางพฤติกรรม¹⁴⁻¹⁶ อย่างไรก็ตามการกลั่นแกล้งส่วนมากเป็นการกระทำในที่ลับสายตา ซึ่งการประเมินด้วยการสังเกตพฤติกรรมอาจไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงมากนัก ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีแนวคิดได้พัฒนาการประเมินความเป็นพิษในสังคมการทำงานระดับบุคคล

ความเป็นพิษในสังคมการทำงานเป็นปัญหาทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2024 องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึง ความเป็นพิษในการทำงานซึ่งรวมถึงการเลือกปฏิบัติและความไม่เท่าเทียม ปริมาณงานที่มากเกินไป และความไม่มั่นคงในการทำงานส่งผลให้เกิดความเครียดต่อสุขภาพจิตได้ และคาดว่าผู้ใหญ่ในวัยทำงานร้อยละ 15.0 มีอาการป่วยทางจิต¹⁷ ข้อสังเกตที่ผ่านมา ในการวัดความเป็นพิษในการทำงานยังมีความแตกต่างกัน⁸⁻⁹ เนื่องจากความเป็นพิษทางสังคมเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย และมีความซับซ้อนขององค์ประกอบในการวัดที่เป็นปัจจุบัน¹⁸ รวมถึงในประเทศไทยยังไม่มีแบบวัดที่ใช้เป็นแนวทางแนะนำ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้ทบทวนและปรับให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานในระดับบุคคลและองค์กรของบุคลากรทางการศึกษา การศึกษานำร่องครั้งนี้อาจเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานในอนาคต

วัตถุประสงค์และวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีขั้นตอนการสร้างและพัฒนาแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานระดับบุคคลและระดับองค์กรจากโมเดลของ Rasool และคณะ^{1,4} เป็นหลักและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบประเมินฯ ได้ไปใช้กับ

กลุ่มครูและบุคลากรทางการศึกษา ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้การศึกษาท่อนหน้า ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกการกลั่นแกล้ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ Awai et al.¹⁹ มีค่าความชุกร้อยละ 23 กำหนดค่า α เท่ากับ 0.05 และค่าช่วงความเชื่อมั่น $(1-\alpha)$ เท่ากับ 0.95 ซึ่ง Z เท่ากับ 1.96 แทนค่าในสูตรได้ 273 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นได้ขนาดตัวอย่างรวม 300 คน เป็นครู หรือบุคลากรทางการศึกษาในเขตเศรษฐกิจภาคตะวันออกของประเทศไทย ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง

วิธีการสุ่มใช้แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยแบ่งโควตา (Quota sampling) ต่อจังหวัด ๆ ละ 100 คน หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามรายชื่อโรงเรียน จังหวัดละ 3 โรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ บุคลากรทางการศึกษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน มีหน้าที่สอนในการปฏิบัติงาน เข้าใจข้อความภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ขาดงานในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ที่สอนในระยะเวลาสั้น เช่น นักเรียนแลกเปลี่ยนหรือนักศึกษาฝึกสอน

ระยะของการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องตรวจสอบเชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 นำแบบประเมินที่

ผ่านผู้เชี่ยวชาญประเมินความเที่ยงโดยนำไปทดสอบกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง และระยะที่ 3 นำแบบประเมินไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น จำนวน 300 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์คุณภาพองค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อให้ได้แบบสำรวจที่มีคุณภาพตามการประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษานำร่องสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดความเป็นพิษจากสภาวะในที่ทำงาน ซึ่งยังไม่มีในประเทศไทย ทั้งนี้ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมีกระบวนการสร้างและพัฒนาเพื่อให้ได้แบบประเมินที่เป็นไปตามการวัดและประเมินผล ดังนี้

ขั้นตอนการสร้างแบบประเมิน ๑ ระดับบุคคลและระดับองค์กร

การสร้างได้ประยุกต์มาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของต่างประเทศ^{4,20-22} ดังนี้

1) แบบประเมิน ๑ ระดับบุคคล (Personal Toxic Workplace Society) จำนวน 8 ข้อ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองโดยตรง เช่น ได้รับมอบหมายงานในเวลาที่ย่ำแย่ ได้รับความสะดวกสบายด้วยการพูดเสียงดังแข่งไม่พอใจใส่ เป็นต้น^{4,20} ตัวเลือกแบบประมาณค่า (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เป็นน้อยมาก/แทบไม่มี น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ภายในระยะเวลาที่เกิดขึ้น 1 ปีที่ผ่านมา การให้ค่าคะแนนเป็น 0 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน แปลผลความเสียงออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ คะแนน

ในกลุ่มเสียงต่ำและกลุ่มเสียงสูง โดยมีจุดตัด (Cut off point) จากค่ามัธยฐาน (Median) ได้แก่ คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับค่ามัธยฐาน และสูงกว่าค่ามัธยฐาน ตามลำดับ

2) แบบประเมิน ๑ ระดับองค์กร (Organization Toxic Workplace Society) จำนวน 14 ข้อ เป็นประสบการณ์ที่เคยเห็นหรือรู้สึกที่เกิดขึ้นในโรงเรียน เช่น คนในองค์กรมีการเปลี่ยนงานหรือย้ายงานบ่อย มีการนิทากันในที่ทำงาน เป็นต้น¹⁹⁻²² ตัวเลือกแบบประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เป็นน้อยมาก/แทบไม่มี น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การให้ค่าคะแนนเป็น 0 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-44 คะแนน แปลผลความเสียงออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ คะแนนในกลุ่มเสียงต่ำและกลุ่มเสียงสูง ได้แก่ คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับค่ามัธยฐาน และสูงกว่าค่ามัธยฐาน ตามลำดับ

ขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมิน ๑ ระดับบุคคลและระดับองค์กร

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพแบบประเมิน ๑ ทั้งสองรูปแบบมีขั้นตอนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การตรวจสอบคุณภาพความตรง การตรวจสอบองค์ประกอบเชิงสำรวจ และการตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในมีรายละเอียด ดังนี้

1) การตรวจสอบคุณภาพความตรง (Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจากอาจารย์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติจบปริญญาเอกในสาขาที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ สาขา

จิตวิทยาการศึกษา สาขาสาธารณสุขศาสตร์ และสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีระยะเวลาการสอนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และประเมินอย่างเป็นอิสระกัน เพื่อประเมินคำถามให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ โครงสร้าง เนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยใช้วิธีการประเมินดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เกณฑ์การพิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป²³

2) การทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำไปให้กลุ่มที่เป็นบุคลากรทางการศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งอยู่ในโรงเรียนเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย แต่ไม่ใช่โรงเรียนที่ใช้ในการเก็บตัวอย่าง (Tryout) เพื่อทดสอบความเข้าใจของข้อคำถามที่ตรงกัน ผลการทดสอบค่าความเที่ยงรายด้านของแบบประเมิน ๗ ระดับบุคคลและองค์กร เท่ากับ 0.853 และ 0.901 ตามลำดับ

3) การตรวจสอบองค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factors Analysis; EFA) ได้ตรวจสอบแบบประเมินทั้งสองรูปแบบเพื่อประเมินองค์ประกอบของข้อคำถามทั้งฉบับโดยกำหนดค่าลักษณะเฉพาะ (Eigenvalue) มากกว่า 1.00 ทำการหมุนแกนแบบตั้งฉาก (Varimax) กำหนดค่าหมุนแกนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=300) กำหนด Rotated Component Matrix มากกว่า 0.25 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจโดยใช้ Principal component analysis (PCA) และกำหนดค่าไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกินในการทดสอบความเหมาะสม (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy:

KMO-MSA) มากกว่า 0.5²⁴

4) การตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Reliability) แบบประเมิน ๗ ที่ผ่านการวิเคราะห์ EFA ได้ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พิจารณาค่ามากกว่า 0.7 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ - รวม (Corrected item-total correlation) มากกว่า 0.2²⁵

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การศึกษาได้ดำเนินการตามปณิญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ COA No. 680101 ตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2568 โดยดำเนินการแล้วเสร็จก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งตามขั้นตอนของการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบคุณภาพความตรงใช้การวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ 2) การตรวจสอบองค์ประกอบเชิงสำรวจวิเคราะห์ PCA และ 3) การตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค และความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ-รวม

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้สำรวจในกลุ่มครูจำนวน 300 คน อย่างไรก็ตามพบความสมบูรณ์ของการตอบความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานซึ่งเป็นผลลัพธ์หลัก จำนวน 297 คน (อัตราความสมบูรณ์ร้อยละ 99.0) ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า ครูกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 2 ต่อ 1 อายุเฉลี่ย 36.8 ± 9.3 ปี และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.5 ครูสอนในโรงเรียนขนาด

ใหญ่ที่มีนักเรียนมากกว่า 1,000 คน ร้อยละ 62.3 ปฏิบัติงานในโรงเรียนรัฐบาล ร้อยละ 86.5 ส่วนมากเป็นข้าราชการครูในระดับปฏิบัติการ (ครูผู้ช่วยและ ค.ศ. 1) ร้อยละ 39.7 มีประสบการณ์สอนทั้งหมดมาแล้ว 10.6 ± 8.2 ปี โดยสอนในโรงเรียนแห่งปัจจุบันมานาน 6.7 ± 5.8 ปี ทั้งนี้ครูให้ข้อมูลว่า ทำงานนอกเวลาบอຍถึงบอຍมาก ร้อยละ 37.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พรรณนาของลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงานในกลุ่มครู

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลระดับไม่ต่อเนื่อง		
เพศ		
ชาย	108	36.5
หญิง	189	63.5
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	245	82.5
สูงกว่าปริญญาตรี	52	17.5
ขนาดของโรงเรียน		
นักเรียนมีน้อยกว่า 1,000 คน	112	37.7
นักเรียนมีมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 คน	185	62.3
ระดับตำแหน่งงาน		
ครูสัญญาจ้าง	88	30.1
ครูระดับปฏิบัติการ	116	39.7
ครูชำนาญการ/พิเศษ	88	30.1
สังกัดของโรงเรียน		
รัฐบาล	257	86.5
เอกชน	40	13.5

ตารางที่ 1 พรรณนาของลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงานในกลุ่มครู (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลระดับไม่ต่อเนื่อง		
ทำงานล่วงเวลา		
บางครั้งหรือแทบจะไม่มี	187	63.0
บ่อยหรือบ่อยครั้งมาก	110	37.0
ข้อมูลระดับต่อเนื่อง		
อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ประสบการณ์สอนเป็นครู (ปี)	36.8	9.3
ทำงานในโรงเรียนปัจจุบัน (ปี)	10.6	8.2
ระยะเวลาการทำงาน (ชั่วโมงต่อวัน)	6.7	5.8
	9.5	1.9

ผลการทดสอบค่าความตรงของแบบ

ประเมิน ๑ ระดับบุคคล

ผลการสร้างแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานในระดับบุคคล (Personal: P) จำนวน 8 ข้อ (แทนด้วยสัญลักษณ์ P1-P8) ทั้งนี้แบบประเมิน ๑ ถูกส่งไปใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ผลการประเมินพบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบประเมิน ๑ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งมากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถาม ผ่านตามเกณฑ์การวัดผล ดังตารางที่ 2

ผลความสัมพันธ์รายคู่ของประเด็น

คำถามแบบประเมิน ๑ ระดับบุคคล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ พบว่าแบบประเมินทั้ง 8 ข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบความสัมพันธ์กันมากที่สุดข้อ 7 และ 8 กล่าวคือบุคลากรทางการศึกษาเคยมีประสบการณ์ที่

ผู้บริหารหรือหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงาน แสดงกริยาไม่สุภาพกับตัวบุคลากรทางการศึกษาเองในที่สาธารณะหรือในที่ที่มีบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสบการณ์ที่เคยถูกมองหรือถามเรื่องรูปลักษณะภายนอกในระดับสูง ($r = 0.78, p < 0.001$) สำหรับคู่อื่น ๆ ดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

แบบประเมิน ๑ ระดับบุคคล

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า ทั้งหมด 8 ข้อคำถามเป็นองค์ประกอบเดียวกัน ทั้งนี้มีค่าไคเซอร์-เมอเยอร์-ออลกินในการทดสอบความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: KMO-MSA) เท่ากับ 0.880 มีค่า KMO-MSA อยู่ระหว่าง 0.881- 0.932 และการทดสอบค่าบาร์ทเลทท์ (Bartlett's Test of Sphericity) มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าไคสแควร์ (Chi-Square) เท่ากับ 1187.642 และค่าทดสอบสมมติฐาน $p < 0.001$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ประเด็นคำถามแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานในระดับบุคคล และผลการทดสอบค่าความตรงของแบบประเมิน ๑ ระดับบุคคล

รหัส	ประเด็นคำถาม	คะแนนความตรง
คุณได้รับประสบการณ์จากผู้บริหาร/หัวหน้างาน/เพื่อนร่วมงาน		
P1	เคยเล่าเรื่องตลกร้ายให้คุณฟังหรือทำให้คุณเป็นตัวตลกร้าย (เช่น เล่าถึงตัวตลกแล้วบอกว่าคุณเหมือนคุณเลย เป็นต้น)	1.00
P2	เคยมองหรือถามเรื่องรูปลักษณ์ภายนอกของคุณ (เช่น เสื้อตัวนี้ไม่เข้ากับสีผิวคุณนะ ช่วงนี้ทำอะไรมาดูอวบขึ้นนะ เป็นต้น)	0.67
P3	คุณเคยได้รับมอบหมายงานที่ไม่ตรงกับความสามารถของตัวเองหรืองานนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่หรือไม่	0.67
P4	เคยพูดถึงชีวิตส่วนตัวและชีวิตทางเพศของคุณบ้างหรือไม่ (เช่น ชอบผู้หญิงหรือชาย อายุขนาดนี้เมื่อไหร่จะแต่งงาน มีแฟนหรือยัง เป็นต้น)	1.00
P5	เคยไม่สนใจคำทักทายของคุณหรือไม่ (โดยเจตนาที่ไม่สนใจในคำทักทาย)	1.00
P6	เคยรักษาระยะห่างจากคุณขณะทำงานบ้างหรือไม่ (โดยคุณสัมผัสความรู้สึกได้ทางใจหรือแสดงออกเ็นระยะทางกาย เช่น งานด่วนที่ทำเสร็จ พอทำเสร็จแล้วบอกให้เอาไว้ก่อน หรือ เมื่อมีประชุมที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณ ไม่ชักชวนให้คุณเข้าร่วมรับฟัง หรือ เคยมีงานสังสรรค์ในกลุ่มงานโดยที่คุณไม่ทราบ เป็นต้น)	1.00
P7	เคยพูดจาหยาบคายหรือต่อว่าคุณในที่สาธารณะหรือในที่ที่มีบุคคลอื่น	1.00
P8	เคยแสดงกริยาไม่สุภาพกับคุณในที่สาธารณะหรือในที่ที่มีบุคคลอื่น (เช่น ปิดประตูปิดแฟ้ม/ปิดหนังสือเสียงดังใส่คุณ หรือ โยนกระดาษใส่คุณ เป็นต้น)	0.67

หมายเหตุ: ตัวเลือกของแบบประเมิน ๑ ระดับบุคคล ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และแทบจะไม่มี การให้คะแนนเป็น 4 3 2 1 และ 0 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายคู่ของประเด็นคำถามแบบประเมิน ๑ ระดับบุคคล

รหัส	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
P1	1							
P2	0.63**	1						
P3	0.46**	0.49**	1					
P4	0.47**	0.63**	0.45**	1				
P5	0.33**	0.36**	0.42**	0.33**	1			
P6	0.48**	0.45**	0.48**	0.42**	0.52**	1		
P7	0.59**	0.59**	0.46**	0.53**	0.42**	0.66**	1	
P8	0.54**	0.51**	0.41**	0.41**	0.38**	0.60**	0.78**	1

หมายเหตุ: แสดงค่าสหสัมพันธ์ (r); ** $p < 0.001$

ตารางที่ 4 ค่าการทดสอบองค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมิน ฯ ในระดับบุคคล

รหัส	Anti-image correlation	Communality	Component Matrix
P1	0.913	0.577	0.858
P2	0.865	0.617	0.789
P3	0.932	0.478	0.786
P4	0.881	0.505	0.778
P5	0.897	0.373	0.760
P6	0.897	0.605	0.710
P7	0.846	0.745	0.691
P8	0.851	0.622	0.611

ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ฯ ระดับบุคคล

แบบประเมิน ฯ ระดับบุคคลที่พัฒนาขึ้นจำนวน 8 ข้อคำถามได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับครูและบุคลากรทางการศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.886 สำหรับความเชื่อมั่นรายข้ออยู่ระหว่าง 0.860-0.891 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ความเชื่อมั่นระดับสูง และประเมินค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ-โดยรวม (Corrected item-total correlation) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.512-0.779 แปลผลได้ว่า ค่าที่ประเมินคุณภาพทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ฯ ในระดับบุคคล

แบบประเมิน ฯ ในระดับบุคคล	จำนวนข้อ	Cronbach's alpha	Corrected Item-Total Correlation
แบบประเมิน ฯ ในระดับบุคคลทั้งฉบับ	8	0.886	0.512 - 0.779

การวิเคราะห์ความตรงและองค์ประกอบเชิงสำรวจแบบประเมิน ฯ ในระดับองค์กร

ผลการทดสอบค่าความตรงของแบบประเมิน ฯ ระดับองค์กร

ผลการสร้างแบบประเมินความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานในระดับองค์กร (Organization: O) จำนวน 14 ข้อ (แทนด้วยสัญลักษณ์ O1-O14) ทั้งนี้แบบประเมิน ฯ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.67 -1.00 ผ่านตามเกณฑ์การวัดผล ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ประเด็นคำถามแบบประเมิน ๑ ระดับองค์กร และผลการทดสอบค่าความตรง

รหัส	ประเด็นคำถาม	คะแนนความตรง
คุณเคยเห็นพฤติกรรมเหล่านี้ในองค์กร		
O1	ครูหรือนุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนของคุณลาออกหรือย้ายบ่อย	1.00
O2	การสื่อสารภายในโรงเรียนของคุณยังขาดประสิทธิภาพ	1.00
O3	ในโรงเรียนของคุณมักมีการนินทากันและกัน	1.00
O4	ในโรงเรียนมีการกลั่นแกล้งกันในงาน (เช่น การมอบหมายที่ไม่ตรงกับขอบเขตงานตัวเอง หรือมีคนไม่ทำงานแต่นำงานไปเสนอเป็นของตนเอง)	1.00
O5	มีการคุกคามด้วยวาจา เช่น ข่มขู่จะบอกหัวหน้า	0.67
O6	มีการคุกคามทางร่างกาย ถึงแม้จะเพียงเล็กน้อย	1.00
O7	ใช้วาจาหยาบคายต่อกันและกัน หรือเสียงดังมากกว่าปกติ	1.00
O8	มีการใช้อำนาจด้วยการอ้างเหตุผลของลำดับชั้นของตำแหน่งงานหรือตำแหน่งทางวิชาชีพ (ตำแหน่งสูงมักถูกเสมอ)	1.00
O9	มีการแบ่งพรรคพวก/การเมืองใช้ตัดสินใจมากกว่าเหตุผล	1.00
O10	ผู้บริหาร/หัวหน้างาน ขาดความเป็นผู้นำ	1.00
O11	ไม่มีพื้นที่ว่างสำหรับคนทำผิดพลาด โดยคนที่ผิดพลาดจะถูกต่อว่าหรือเยาะเย้ยด้วยวาจา	1.00
O12	ผู้บริหาร/หัวหน้า มองผู้ปฏิบัติงาน (ครูหรือนุคลากรทางการศึกษา) เป็นเครื่องจักร (ให้ทำงานหวังผลลัพธ์โดยไม่ใส่ใจถึงกระบวนการที่ได้มาของงาน)	0.67
O13	มีการสื่อสาร หรือสั่งการการทำงานในช่วงนอกเวลางาน เช่น เวลาส่วนตัวหรือวันหยุด ไม่มีเส้นแบ่งระหว่างเวลาส่วนตัวและงาน	1.00
O14	โรงเรียนเต็มไปด้วยครูหรือนุคลากรทางการศึกษาที่หมดไฟในการทำงาน	0.67

หมายเหตุ: ตัวเลือกของแบบประเมิน ๑ ระดับองค์กร ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และแทบจะไม่มี การให้ค่าคะแนนเป็น 4 3 2 1 และ 0 ตามลำดับ

ผลของความสัมพันธ์รายคู่ของประเด็นคำถามแบบประเมิน ๑ ระดับองค์กร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ พบว่าแบบประเมินทั้ง 14 ข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบความสัมพันธ์กันมากที่สุดในช่วงข้อ 8 และ 9 กล่าวคือ

บุคลากรทางการศึกษาเคยเห็นองค์กรมีการใช้อำนาจด้วยการอ้างเหตุผลของลำดับชั้นของตำแหน่งงานหรือตำแหน่งทางวิชาชีพสัมพันธ์เชิงบวกกับการแบ่งพรรคพวกโดยใช้พรรคพวกตัดสินใจมากกว่าเหตุผลในระดับสูง ($r = 0.81$, $p < 0.001$) สำหรับคู่อื่น ๆ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายคู่ของประเด็นคำถามแบบประเมิน ๗ ระดับองค์กร

รหัส	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10	O11	O12	O13	O14
O1	1													
O2	0.42**	1												
O3	0.51**	0.59**	1											
O4	0.41**	0.54**	0.57**	1										
O5	0.27**	0.43**	0.55**	0.70**	1									
O6	0.14*	0.33**	0.24**	0.38**	0.52**	1								
O7	0.29**	0.55**	0.54**	0.51**	0.58**	0.44**	1							
O8	0.40**	0.52**	0.68**	0.70**	0.60**	0.40**	0.59**	1						
O9	0.44**	0.53**	0.78**	0.68**	0.61**	0.33**	0.58**	0.81**	1					
O10	0.39**	0.56**	0.61**	0.66**	0.63**	0.36**	0.47**	0.74**	0.66**	1				
O11	0.37**	0.52**	0.61**	0.64**	0.63**	0.42**	0.54**	0.71**	0.70**	0.71**	1			
O12	0.40**	0.47**	0.65**	0.65**	0.50**	0.33**	0.37**	0.70**	0.65**	0.76**	0.68**	1		
O13	0.44**	0.50**	0.59**	0.59**	0.44**	0.30**	0.49**	0.65**	0.63**	0.56**	0.58**	0.63**	1	
O14	0.37**	0.49**	0.54**	0.54**	0.45**	0.29**	0.54**	0.60**	0.59**	0.51**	0.53**	0.47**	0.62**	1

หมายเหตุ: แสดงค่าสหสัมพันธ์ (r); * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ**แบบประเมิน ๑ ระดับองค์กร**

แบบประเมิน ๑ ในระดับองค์กร จำนวน 14 ข้อ ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามจำแนกได้ 2 องค์ประกอบ ทั้งนี้องค์ประกอบที่ 1 (กลิ่น แกล้ง) ได้แก่ ข้อ O2-O4 และ O8-O14 สำหรับ องค์ประกอบที่ 2 (คุกคาม) ได้แก่ O1 และ O5-O7 มีค่า KMO-MSA เท่ากับ 0.932 และการทดสอบค่า Bartlett's มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าไคสแควร์ เท่ากับ 2901.195 และค่าทดสอบสมมติฐาน $p < 0.001$ ดังตารางที่ 8

ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ๑ ระดับ**องค์กร**

ตารางที่ 8 ค่าการทดสอบองค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมิน ๑ ในระดับองค์กร

รหัส	Anti-image correlation	Communality	Component Matrix	
			1	2
O2	0.937	0.492	0.699	
O3	0.927	0.714	0.816	
O4	0.939	0.687	0.828	
O8	0.943	0.771	0.878	
O9	0.922	0.755	0.865	
O10	0.921	0.683	0.827	
O11	0.974	0.686	0.824	
O12	0.921	0.631	0.783	
O13	0.950	0.628	0.763	
O14	0.955	0.531	0.720	
O1	0.956	0.544		0.512
O5	0.893	0.708		0.388
O6	0.900	0.712		0.699
O7	0.918	0.588		0.281

แบบประเมิน ๑ ระดับองค์กรที่พัฒนาขึ้น

จำนวน 14 ข้อคำถาม ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับครูและบุคลากรทางการศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.941 สำหรับความเชื่อมั่นรายข้ออยู่ระหว่าง 0.933-0.944 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ความเชื่อมั่นระดับสูง และประเมินค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ-รวม มีค่าอยู่ระหว่าง 0.418-0.848 แปลผลได้ว่า ค่าที่ประเมินคุณภาพทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ตามองค์ประกอบที่ 1 และ 2 ได้ค่าความเชื่อมั่นรายข้อประกอบเท่ากับ 0.942 และ 0.673 ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ประเมินความสอดคล้องของแบบประเมิน ๑ ในระดับบุคคลและองค์กร

ผลการประเมินความสอดคล้องของแบบประเมิน ๑ ทั้งสองรูปแบบ ได้แก่ แบบประเมิน ๑ ใน

ระดับบุคคลและองค์กร ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินทั้งสองมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kappa test = 9.699; $p < 0.05$) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 9 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ๑ ในระดับองค์กร

แบบประเมิน ๑ ในระดับองค์กร	จำนวนข้อ	Cronbach's alpha	Corrected Item-Total Correlation
แบบประเมิน ๑ ในระดับองค์กรทั้งฉบับ	14	0.941	0.418 – 0.848
องค์ประกอบที่ 1 (กลั่นแกล้ง)	10	0.942	0.637 – 0.853
องค์ประกอบที่ 2 (คุกคาม)	4	0.673	0.291 – 0.604

ตารางที่ 10 ความสอดคล้องของแบบประเมิน ๑ ในระดับบุคคลและองค์กร

แบบประเมิน	เกณฑ์	ระดับองค์กร		Kappa	p
		สูง	ต่ำ		
ระดับบุคคล	สูง	105 (35.0)	22 (7.3)	0.553	< 0.001*
	ต่ำ	45 (15.0)	128 (42.7)		

หมายเหตุ: แสดงจำนวน (ร้อยละ), * $p < 0.05$

อภิปราย

สังคมการทำงานที่เป็นพิษเป็นภัย สุขภาพจิตในสังคมปัจจุบัน อาจเนื่องมาจากแนวคิดของคนแต่ละรุ่นในที่ทำงานมีความแตกต่างกันมาก คนทำงานรุ่นใหม่เติบโตมากับเทคโนโลยีและคนทำงานรุ่นก่อนที่เรียนรู้จากประสบการณ์ หากไม่มีความยืดหยุ่นทางความคิด อาจนำไปสู่ปัญหาการขัดแย้งในสังคมการทำงานได้ มีการแบ่งเป็นพรรคเป็นพวกและเกิดการกลั่นแกล้งกัน ที่ผ่านมาในประเทศไทยเริ่มมีการเขียนบทความทางวิชาการเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งในที่

ทำงานระหว่างพยายาลในปี พ.ศ. 2567²⁶ ซึ่งทำให้เข้าใจของการกลั่นแกล้งในสังคมการพยายาลมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังขาดเครื่องมือในการประเมินซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการทราบถึงขนาดของปัญหาดังนั้นหากมีการวัดผลในสิ่งใหม่จึงต้องมีการทดสอบคุณภาพของแบบวัดนั้นก่อน ในอดีตเคยมีการประเมินความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย²⁷ ที่ใช้การวิเคราะห์แบบประเมินที่คล้ายกัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้มุ่งเน้นการสร้างและพัฒนาเครื่องมือโดยรวบรวมงานวิจัยต่างประเทศที่ใกล้เคียงเพื่อให้ได้ประเด็นหลักนำไปสู่การสร้างข้อคำถาม จากนั้น

นำมาทดสอบคุณภาพให้เป็นไปตามเกณฑ์ของการวัดผล มีสรุปและอภิปรายได้ ดังนี้

การสร้างประเด็นข้อคำถาม ซึ่งแบบประเมิน ๑ ระดับบุคคลและองค์กรมีแนวคิดของการสร้างที่แตกต่างกัน นั่นคือ ในระดับบุคคลเป็นเหตุการณ์ที่เคยประสบหรือเกิดขึ้นกับตนเอง สำหรับระดับองค์กรเป็นเหตุการณ์ที่เคยพบเห็นหรือสังเกตหรือรู้สึกได้ภายในองค์กรซึ่งเป็นการประสบของผู้อื่น ทั้งนี้ระดับบุคคลได้ปรับมาจากงานวิจัยของ Rasool และคณะ⁴ ที่ได้สร้างแบบประเมินแล้วนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานเอกชน โดยครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การคุกคาม การกลั่นแกล้ง การข่มขู่ และความไม่สุภาพและระดับองค์กรได้ปรับมาจาก Al Khoury²¹ เป็นหลักและงานวิจัยอื่น ๆ^{19-20,22} ส่วนใหญ่แล้วเป็นการปรับประเด็นหรือการยกตัวอย่างให้เข้ากับบริบทในสังคมการทำงานของครูในโรงเรียน ที่ผ่านมาในระดับนานาชาติยังมีการศึกษาความเป็นพิษในสังคมครูจำนวนน้อย²⁰ ส่วนใหญ่พบในภาคเอกชน ทั้งนี้มีความแตกต่างกันเพราะเอกชนพยายามที่แข่งขันกันทางด้านธุรกิจแสวงหาผลกำไรมากกว่าและค่าตอบแทนหรือเงินพิเศษขึ้นกับกำไรของบริษัท แตกต่างจากครูที่มีความมั่นคงในด้านการงานถึงแม้ว่าปริมาณงานทั้งในและนอกขอบเขตมากแต่ค่าตอบแทนที่เป็นเงินอาจไม่ได้ผันแปรตามไปด้วย มีการศึกษาในจังหวัดชลบุรีพบว่าครูทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานโรงเรียนมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 66.2 และภายใน 2 เดือน เคยนอนไม่หลับเนื่องจากคิดเรื่องงาน ร้อยละ 40.5²⁸

ดังนั้นข้อคำถามในการปรับให้เข้ากับครูจึงเน้นไปที่ปริมาณมาก การสั่งงาน และการกีดกันหรืออุปสรรคในการทำงานเป็นหลัก

การตรวจสอบคุณภาพ หลังจากได้สร้างแบบประเมิน ๑ ทั้งสองรูปแบบ (ระดับบุคคลและระดับองค์กร) แล้ว ผู้วิจัยได้ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้และวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะว่า ในบางประเด็นคำถามควรยกตัวอย่างกำกับ เช่น ข้อคำถามก่อนการปรับเป็น “ผู้บริหารมองบุคคลเป็นเครื่องจักร” ซึ่งข้อคำถามได้แสดงให้เห็นบริบทในสถานประกอบการหรือภาคอุตสาหกรรมมากเกินไป และในโรงเรียนมีผู้บริหารหลายระดับควรระบุให้ชัดเจน เช่น หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มสาระการเรียนรู้ หัวหน้าสายรวมเป็นผู้บริหารด้วยหรือไม่ หรือเป็นเพียงผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการของโรงเรียน ดังนั้นจึงได้ปรับประธานของแต่ละข้อรวมไปถึงหัวหน้างานทุกสายงานด้วย และปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับโรงเรียนมากขึ้น โดยปรับเป็น “ผู้บริหารหรือหัวหน้า มองผู้ปฏิบัติงาน (ครูหรือนักวิชาการทางการศึกษา) เป็นเครื่องจักร (ให้ทำงานหวังผลลัพธ์โดยไม่ใส่ใจถึงกระบวนการที่ได้มาของงาน) หรือการคุกคามร่างกายและจิตใจควรแยกข้อคำถามกัน (จากเดิมรวมเป็นข้อเดียวกัน) หลังจากการปรับข้อคำถามตามคำแนะนำทั้งหมด แบบประเมิน ๑ ทั้งสองรูปแบบได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ผ่านตามเกณฑ์การวัดผล แสดงให้เห็นว่า ข้อความตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย

เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน และตรงกับผลลัพธ์ที่ต้องการ ประเมิน 23

ผลจากการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมิน ฯ พบว่า แบบประเมิน ฯ ระดับบุคคลและองค์กรที่ผ่านการทดสอบความตรง จำนวน 8 และ 14 ข้อ ตามลำดับ ได้ผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงสำรวจในทุกข้อคำถาม โดยแบบประเมิน ฯ ระดับบุคคล มีหนึ่งองค์ประกอบรวมกันทั้ง 8 ข้อคำถาม สำหรับแบบประเมิน ฯ ระดับองค์กร แบ่งได้ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การกลั่นแกล้งและการคุกคาม จำนวน 10 และ 4 ข้อคำถาม ตามลำดับ ทั้งนี้ในต่างประเทศมีการศึกษาความเป็นพิษในสิ่งแวดล้อมการทำงานโดยจำแนกเป็นกลุ่มที่ใกล้เคียงกัน ยกตัวอย่าง Rasool และคณะ¹ ได้กล่าวถึงการกลั่นแกล้ง การคุกคาม การขับไล่ และความไม่สุภาพ และในปี ค.ศ. 20214 ได้ตัดความไม่สุภาพรวมกับส่วนอื่นทำให้คงไว้ 3 ส่วน ได้แก่ การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการขับไล่ อย่างไรก็ตามวิจัยที่ผ่านมายังไม่ได้แสดงถึงการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงสำรวจเป็นเพียงการจัดกลุ่มของตัวแปรเท่านั้น ยกตัวอย่าง การพูดเสียงดังมากกว่าปกติ (ขึ้นเสียง) อาจจัดในกลุ่มคุกคามหรือขับไล่หรือความไม่สุภาพก็ได้ ดังนั้นจึงมีความท้าทายของการจัดหมวดหมู่ของประเด็น อนึ่งในการศึกษาครั้งนี้เห็นได้จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ (r) ของข้อคำถามแต่ละข้อมีความใกล้เคียงกันทั้งแบบประเมิน ฯ ระดับบุคคลและระดับองค์กร ดังนั้นในทุกข้อจึงรวมได้เป็น 1-2 องค์ประกอบเท่านั้น ในการนำไปประยุกต์ควร

นำไปทั้งฉบับและควรปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะการยกตัวอย่างหรือการขยายความจากประโยชน์หลักให้เข้าใจเพิ่มมากขึ้น

ข้อคำถามทุกข้อที่ผ่านการประเมินองค์ประกอบเชิงสำรวจแล้ว ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ในแบบประเมิน ฯ ระดับบุคคลและองค์กรมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.880 และ 0.941 ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 0.700 และอยู่ในระดับสูง²⁹ และความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างรายข้อ-รวมมีค่าเกินกว่าเกณฑ์กำหนดไว้ 0.2 ขึ้นไป²⁵ นั้นหมายความว่าหากนำแบบประเมิน ฯ ไปสอบถามในกลุ่มครู ครูสามารถมีความเข้าใจในการตอบที่ใกล้เคียงกัน ไม่คลาดเคลื่อนไปจากเดิมไม่ว่าจะเป็นการทดสอบซ้ำหรือทดสอบในบุคคลเดียวกันแต่ต่างกันที่ระยะเวลา ผลที่ได้ยังคงคล้ายเดิม อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาารายองค์ประกอบของแบบประเมิน ฯ ระดับองค์กร พบว่า องค์ประกอบด้านการคุกคามมีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.673 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ 0.70 เล็กน้อย แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้สำหรับการศึกษาพัฒนาเครื่องมือในระยะเริ่มต้น²⁹ โดยองค์ประกอบดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 4 ข้อ ซึ่งจำนวนข้อคำถามที่น้อยอาจส่งผลให้ค่าความเชื่อมั่นมีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริงได้อันึ่ง ค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมยังอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ (0.291–0.604) แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามยังสามารถรวมโครงสร้างเดียวกันได้ทั้งนี้การศึกษาในอนาคตควรพัฒนาและเพิ่ม

จำนวนข้อคำถามในองค์ประกอบด้านการคุกคาม รวมทั้งทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างเพิ่มเติม ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อเพิ่มเชื่อมั่นภายในของเครื่องมือให้สูงขึ้น

แบบประเมินทั้งสองรูปแบบมีค่าตามเกณฑ์มาตรฐาน ผลจากการวิเคราะห์ความสอดคล้องพบว่า พบว่า แบบประเมิน ๑ รายบุคคลและองค์กร มีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นแนะนำได้ว่า แบบประเมินทั้งสองชนิดสามารถนำไปประเมินสถานการณ์ความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานในสถานที่ทำงานได้ โดยเลือกนำไปประเมินอย่างใดอย่างหนึ่งได้ซึ่งแบบประเมินได้ผลคะแนนความเป็นพิษในสังคมการทำงานที่สอดคล้องกัน

จุดเด่นของการศึกษา เป็นการศึกษาได้นำร่องแบบประเมิน ๑ ครั้งแรกในประเทศไทย และดำเนินการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ 3 จังหวัดเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ทั้งนี้ต้องการให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่เพื่อให้กระจายเป็นตัวแทนของประชากรให้ได้มากที่สุด ได้กำหนดสถานที่ตั้งของโรงเรียนเขตเมือง กึ่งเมือง (เขตอำเภอ) และชนบท ครอบคลุมโรงเรียนรัฐบาลและเอกชน รวมถึงกระจายไปในสังกัดของกระทรวงศึกษาธิการและมหาดไทย ซึ่งในปัจจุบันมีโรงเรียนในสังกัดขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้วัฒนธรรมของแต่ละสังกัดอาจมีความแตกต่างกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการตอบประเด็นของการวิจัยจำนวน 300 คน ซึ่งได้จากการคำนวณค่าสัดส่วนของการเกิดการกลั่นแกล้งในงานวิจัยที่ผ่านมา และ

ใช้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจมีรายงานระบุว่า ควรสอบถาม 10 คนต่อ 1 ข้อคำถาม ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนรวม 22 ข้อคำถามจึงต้องใช้มากกว่า 220 ตัวอย่าง ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมของขนาดตัวอย่าง สำหรับจุดพัฒนาและข้อเสนอแนะ ความเป็นพิษในสังคมการทำงานยังเป็นเรื่องที่ปิดบังซ่อนเร้น ผู้ตอบอาจมีความเกรงกลัวในการตอบแบบประเมิน ดังนั้นการนำไปใช้ควรเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่างให้ได้มากที่สุด แม้กระทั้งการรวบรวมแบบประเมินด้วยแบบกระดาษอาจเป็นจุดเพ่งเล็งได้ ควรเลือกวิธีการรวบรวมที่ไม่ต้องมีการส่งผ่านมือหรือควรปิดบังตัวผู้ตอบโดยให้ผ่านระบบออนไลน์ นอกจากนี้ หากพิจารณารายการองค์ประกอบพบค่าความเชื่อมั่นภายในของด้านการคุกคามที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ข้อเสนอแนะในงานวิจัยควรพิจารณาด้านการคุกคามอาจเพิ่มข้อคำถามและควรทดสอบความตรงและความเที่ยงให้เข้ากับพื้นที่อีกครั้ง ในอนาคตควรวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอาจทำให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถนำไปปรับข้อคำถามแบบประเมินให้เหมาะสมกับกลุ่มอาชีพอื่น ๆ

สรุป

การศึกษาแบบประเมิน ๑ ระดับบุคคล และองค์กรมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค้อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 โดยแบบประเมิน ๑ ระดับบุคคล จำนวน 8 ข้อ มีค่า KMO-MSA เท่ากับ 0.880 ค่าทดสอบของ Bartlett's

test มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าไคสแควร์เท่ากับ 1187.642 ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.886 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ-โดยรวม อยู่ระหว่าง 0.512-0.779 สำหรับแบบประเมิน ๑ ระดับองค์กร จำนวน 14 ข้อ มี KMO-MSA เท่ากับ 0.932 ค่า Bartlett's test มีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าไคสแควร์เท่ากับ 2901.195 ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.941 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ-โดยรวม อยู่ระหว่าง 0.418-0.848 ทั้งนี้แบบประเมินทั้งสองชนิดมีความสอดคล้องกัน จึงสามารถนำไปประยุกต์สำรวจในกลุ่มบุคลากรทางการศึกษาได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการประทีป ศรีรักษา และรองผู้อำนวยการพรพรรณ การุณ ที่ให้ความอนุเคราะห์เวลาและสถานที่ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนในพื้นที่เขตเศรษฐกิจภาคตะวันออกของประเทศไทยที่อนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณบุคลากรทางการศึกษาทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยความสมัครใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Rasool SF, Maqbool R, Samma M, Zhao Y, Anjum A. Positioning depression as a critical factor in creating a toxic workplace environment for diminishing worker productivity. *Sustainability* 2019; 11(9): 2589.
2. Mao Y, Liu Y, Jiang C, Zhang ID. Why am I ostracized and how would I react? - a review of workplace ostracism research. *Asia Pac J Manag* 2018; 35(3): 745-67.
3. Wang Z, Zaman S, Rasool SF, Zaman Q, Amin A. Exploring the relationships between a toxic workplace environment, workplace stress, and project success with the moderating effect of organizational support: empirical evidence from Pakistan. *Risk Manag Healthc Policy* 2020; 13: 1055-67.
4. Rasool SF, Wang M, Tang M, Saeed A, Iqbal J. How toxic workplace environment effects the employee engagement: the mediating role of organizational support and employee wellbeing. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(5): 2294.
5. Catherine Scheeler M, Markelz A, Taylor JC, Deshpande DS, Wolfe P. Teacher workplace bullying: how pervasive is the problem? *Teach Educ Spec Educ* 2022; 45(2): 123-40.
6. Sansone RA, Sansone LA. Workplace bullying: a tale of adverse consequences. *Innov Clin Neurosci* 2015; 12(1-2): 32-7.
7. Bernotaite L, Malinauskiene V. Workplace bullying and mental health among teachers in relation to psychosocial job characteristics and burnout. *Int J Occup Med Environ Health* 2017; 30(4): 629-40.
8. Center for Workplace Mental Health, American Psychiatric Association Foundation. Bullying: mental health topics. [online]. Available from: <https://workplacementalhealth.org/mental-health-topics/bullying> [2025 Jan 2].
9. Workplace Bullying Institute. 2024 WBI U.S. workplace bullying survey, the national study. [online]. Available from: <https://workplacebullying.org/2024-wbi-us-survey/> [2025 Jan 2].
10. Anjum A, Ming X, Siddiqi AF, Rasool SF. An empirical study analyzing job productivity in toxic workplace environments. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(5): 1035.
11. Demaray MK, Summers KH, Jenkins LN, Becker LD. Bullying Participant Behaviors Questionnaire (BPBQ): establishing a reliable and valid measure. *J Sch Violence* 2016; 15(2): 158-88.

12. Ramos-Jiménez A, Esparza del Villar ÓA, Castro-Valles A, Hernández-Torres RP, Murguía-Romero M, Villalobos-Molina R. Systematic validation of a self-administered questionnaire to assess bullying: from elementary school to high school and by sex. *Rev Electron Investig Educ* 2018; 20(1): 26-37.
13. Martínez J, Rodríguez-Hidalgo AJ, Zych I. Bullying and cyberbullying in adolescents from disadvantaged areas: validation of questionnaires; prevalence rates; and relationship to self-esteem, empathy and social skills. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(17): 6199.
14. Agervold M. Bullying at work: a discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scand J Psychol* 2007; 48(2): 161-72.
15. Mikkelsen E, Einarsen S. Bullying in Danish work-life: prevalence and health correlates. *Eur J Work Organ Psychol* 2001; 10(4): 393-413.
16. Chalamandaris AG, Piette D. School-based anti-bullying interventions: systematic review of the methodology to assess their effectiveness. *Aggress Violent Behav* 2015; 24: 131-74.
17. World Health Organization (WHO). Mental health at work. [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work> [2025 Jan 2].
18. Eisner DC. Identifying and eliminating the toxic work environment in the clinical setting: a narrative review. *J Health Ethics Administ* 2020; 10(2): 1-14.
19. Awai NS, Ganasegeran K, Abdul-Manaf MR. Prevalence of workplace bullying and its associated factors among workers in a Malaysian public university hospital: a cross-sectional study. *Risk Manag Healthc Policy* 2021; 8:75-85.
20. Shkëmbi F, Melonashi E, Fanaj N. Workplace stress among teachers in Kosovo. *SAGE Open* 2015; 5(4): 1-8
21. Al-Khoury M. The relationship between a toxic workplace environment, workplace stress, and employee development [master's thesis]. Beirut: Lebanese American University; 2022.
22. Wang JCK, Neill JT, Liu WC, Tan OS, Koh C, Ee J. Project work and life skills: psychometric properties of the life effectiveness questionnaire for project work. *Educ Res J* 2008; 23(2): 21-43.
23. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion referenced test item validity. *Dutch J Edu Res* 1977; 2: 49-60.
24. Dziuban CD, Shirkey EC. When is a correlation matrix appropriate for factor analysis? Some decision rules. *Psychol Bull* 1974; 81(6): 358.
25. Garrett HE. Statistics in psychology and education. Bombay: Vakils, Feffer and Simons; 1985.
26. มณีรัตน์ ภาณุรูป, ปานดา อภิรักษ์นภานนท์. การกลั่นแกล้งรังแกในสถานที่ทำงานระหว่างพยาบาล. *วารสารพยาบาล* 2567; 73(2): 61-70.
27. ฉานปัทมะ พลยง, ดวงเดือน ฤทธิเดช, มริสสา กองสมบัติสุข, กิตติพล ไพรสุทธิรัตน์, ขนิษฐา เสมานุสรณ์. การทดสอบแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ* 2563; 13(2): 140-57.
28. Hongsa T, Polyong CP. Risk factors affecting stress and burnout among teachers: a cross-sectional study from Chonburi, Thailand. *J UOEH* 2024; 46(2): 203-13.
29. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess* 2003; 80: 99-103.

ความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

ภัทรธิดา ฟองงาม*, เกสรา ทองประไพ**

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ : การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ในวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference)

ผล : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 407 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 13 ปี ร้อยละ 63.39 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 68.80 เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3.00-4.00 ร้อยละ 81.82 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่ บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 74.69 รายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 27.76 มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจสูง (Mean = 112.11 , S.D. = 9.09) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 70.45 รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.55 และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.98 และความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นในระดับปานกลาง ($r = -0.428$, $p\text{-value} < 0.01$)

สรุป : วัยรุ่นตอนต้นมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับสูง และไม่มีภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งทางใจ, ภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่นตอนต้น

RESILIENCE AND DEPRESSION IN EARLY ADOLESCENCE

Pattaratida Fongngam*, Kessara Tongpraapi**

*Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of nursing**

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

Abstract

Objectives: To study resilience, depression, and the relationship between resilience and depression in early adolescents.

Material and Methods: A descriptive correlational study. Data were collected using an online questionnaire in early adolescents who were studying in secondary schools in Thung Song District, Nakhon Si Thammarat Province. Data were collected from December 2024 to January 2025. The instruments used in the study were a personal data questionnaire, a resilience assessment form, and a depression assessment form in adolescents. The statistics used for data analysis were mean, percentage, and standard deviation. Quantitative data were analyzed using the Spearman Rank Difference.

Results: A total of 407 samples were used in the study, most of whom were female (57%). The average age was 13 years (63.39%). Most of them were studying in secondary 1 (68.80%). The average grade was mostly between 3.00-4.00 (81.82%). The family status was mostly Parents live together, 74.69 percent, average income more than 10,000 baht per month, 27.76 percent, have high resilience scores (Mean = 112.11, S.D. = 9.09). Most of the sample group did not have depression, accounting for 70.45 percent, followed by mild depression, accounting for 27.55 percent, and moderate depression, accounting for 1.98 percent. Resilience has a moderate negative relationship with depression in early adolescence ($r = -0.428$, $p\text{-value} < 0.01$).

Conclusion: Early adolescents have a high level of resilience and are not depressed. Resilience and depression are negatively related.

Key words: Resilience, Depression, Early Adolescence

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญ และมีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล จากการสำรวจความชุกโรคซึมเศร้าในคนไทยของกรมสุขภาพจิต พบว่าอัตราป่วยรายใหม่และความชุกโรคซึมเศร้า ปี 2565 อยู่ที่ร้อยละ 2.39 ปี 2566 ร้อยละ 2.41 ปี 2567 ร้อยละ 2.54¹ จากการสำรวจข้อมูลกลุ่มเด็กและวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 360,069 ราย ของกรมสุขภาพจิต ผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in พบว่าวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 39,105 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.86 เสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 65,951 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.12 โดยวัยรุ่นอายุ 12 ถึง 17 ปี มีอัตราการเป็นโรคของภาวะซึมเศร้ารุนแรงสูงสุด (14.4%)²⁻³ ภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562-2566 พบว่า แนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 7.26 เป็น 7.94 ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มวัยรุ่น มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงสุดคือ 116.81 ต่อประชากรแสนคน⁴ จากสถานการณ์ในระดับประเทศจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี สถานการณ์การเจ็บป่วยจากโรคซึมเศร้าในจังหวัดนครราชสีมา จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) พบว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยสะสมโรคซึมเศร้าจำนวน 28,775 คน ปี 2566 จำนวน 29,157 คน สถิติการพยายามฆ่าตัวตาย ในปี 2563 จำนวน 536 คน ปี 2564 จำนวน 646 คน ปี

2565 จำนวน 693 คน และปี 2566 จำนวน 982 คน โดยมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 172 คน จะเห็นได้ว่าจังหวัดนครราชสีมามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวนมาก และเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ซึ่งโรคซึมเศร้าดังกล่าวล้วนเชื่อมโยงกับทุกช่วงชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่เป็นช่วงเวลาในการปรับตัว การลองผิดลองถูกที่จะนำไปสู่การเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต

วัยรุ่นตอนต้น เป็นวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 13-15 ปี โดยอายุในช่วงนี้เทียบเท่ากับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อ่อนไหว เจ้าอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ไม่ดี บางครั้งมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม บางครั้งจึงอาจเกิดความขัดแย้งกับคนรอบข้างได้ง่าย จากการที่วัยรุ่นตอนต้นต้องเผชิญการปรับตัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ เพื่อน ครอบครัว และสังคม ประกอบกับต้องรับมือกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของตนเอง ส่งผลกระทบต่อการปรับตัว⁶ หากวัยรุ่นตอนต้นมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดเกิดความเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพจิต อาจจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เป็นผลมาจากการมีความคิดบิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต เกิดจากเหตุปัจจัย 3 ประการ คือ ความคิดอัตโนมัตติทางลบ (Cognitive Triad) โครงสร้างความคิด (Schema) หรือความเชื่อ

(Belief) และความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Errors) ทำให้แสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมในทางลบ คำหยาบ ดิเสียน ลงโทษตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีแรงจูงใจ สิ้นหวัง สนใจและทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น⁸ วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อ่อนไหว เจ้าอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ไม่ดี บางครั้งมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม จึงอาจเกิดความขัดแย้งกับคนรอบข้างได้ง่าย จากการที่วัยรุ่นตอนต้นต้องเผชิญการปรับตัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ เพื่อน ครอบครัว และสังคม ประกอบกับต้องรับมือกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของตนเอง จึงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต⁹ หากวัยรุ่นตอนต้นมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด เกิดความเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพจิต อาจจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้⁷

ความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการเผชิญหน้า และเอาชนะความทุกข์ยากลำบาก สามารถฟื้นตัวสามารถลดและป้องกันความรุนแรงจากการเผชิญกับปัญหา และผ่านพ้นสถานการณ์ที่ยากลำบากไปได้ พัฒนาเป็นความแข็งแกร่งในการเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 สิ่งที่เป็นฉัน (I am) ได้แก่ 1) การเป็นที่รักของคนอื่น 2) การเป็นผู้มีความรัก ความเห็นใจ และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ 3) การเป็นผู้มีความภาคภูมิใจในตนเอง 4) การเป็นผู้มีอิสรภาพในตนเอง 5) การเป็นผู้ที่มีความหวัง องค์ประกอบที่ 2 สิ่งที่เป็นฉัน (I have)

ได้แก่ 1) การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ 2) การมีความสามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ต่าง ๆ 3) การมีต้นแบบ 4) การมีอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง 5) การมีแหล่งด้านสาธารณสุข การศึกษา องค์ประกอบที่ 3 ความสามารถที่ฉันมี (I can) ได้แก่ 1) มีความสามารถในการสื่อสาร 2) มีความสามารถแก้ไขปัญหา 3) มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และผลักดันต่าง ๆ 4) มีความสามารถในการประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นได้ 5) มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจจากคนที่อยู่รอบข้าง สามารถขอความช่วยเหลือและแบ่งปันความรู้สึกกับผู้อื่น⁹ การที่วัยรุ่นตอนต้นมีปัญหาทางสุขภาพจิตส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดความเข้มแข็งทางใจ ดังนั้นความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นพลังสุขภาพจิตที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในวัยรุ่นให้สามารถพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต มีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ เอาชนะอุปสรรค และประสบความสำเร็จในชีวิต¹⁰

จากกลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากองค์ประกอบพื้นฐาน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) 2) โครงสร้างทางความคิด (schema) หรือความเชื่อ (belief) และ 3) ความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเป็นวงจรจากโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือน หรือความเชื่อที่ไร้เหตุผลซึ่งแฝงอยู่ในตัวบุคคล เป็นผลมาจากการประสบการณ์ในวัยเด็ก เมื่อเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่มากระตุ้นทำ

ให้แปลความหมาย และประเมินสถานการณ์ไปในทางลบ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ คือ มองตนเองในแง่ลบ มองเหตุการณ์ที่เผชิญในแง่ลบ และมองอนาคตในแง่ลบ จนทำให้มีลักษณะของความคิดที่บิดเบือน เช่น การด่วนสรุปทั้ง ๆ ที่ข้อมูลไม่เพียงพอ มุ่งสนใจแต่เฉพาะด้านลบ การแปลความเหตุการณ์มากกว่าความเป็นจริง การต่อเติมเรื่องราวหรือตัดทอนเรื่องราวไปในทางลบ และมองเหตุการณ์ด้านลบเพียงด้านเดียว โดยการเกิดความคิดที่บิดเบือนนี้เกิดขึ้นมาอัตโนมัติ ไม่สามารถควบคุมได้ และผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองคิดนั้นมีความเป็นไปได้ มีแนวโน้มว่าจะเกิดสิ่งไม่ดี ดังนั้นเมื่อความคิดบิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริงจึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา หากบุคคลมีความเข้มแข็งทางใจจะมองสิ่งที่ตนเองเป็น (I am) ว่าเป็นบุคคลที่เป็นที่รักของผู้อื่น มองผู้อื่นอย่างเข้าใจ เห็นคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง มีความเชื่อมั่น และยอมรับขีดความสามารถของตนเอง มีความหวัง ความเชื่อที่ถูกต้องตามหลักศาสนามองสิ่งที่ตนเองมี (I have) ว่าเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับ เรียนรู้กฎเกณฑ์ บทบาทที่เหมาะสม มีต้นแบบที่ดี มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมองตนเองว่ามีความสามารถ (I can) ที่จะแก้ไขปัญหา สามารถควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ด้วยทักษะต่างๆ ที่ตนเองมีได้ ซึ่งการมีความเข้มแข็งทางใจเป็นการตัดวงจรการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และความคิดที่บิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล

และความคิดที่เป็นเชิงบวก สอดคล้องกับสิ่งตนเองเป็นและสิ่งที่ตนเองมีตามความเป็นจริง เมื่อเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบก็จะสามารถผ่านพ้นไปได้ และฟื้นตัวกลับมาอยู่ในสภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดนครราชสีมา ที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ และสังคมในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านอารมณ์ เป็นวัยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์ อารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง พยายามประคับประคองตนเองให้ผ่านพ้นปัญหาต่างๆ และปรับตัวอย่างเหมาะสม หากไม่สามารถปรับตัวอย่างเหมาะสม วัยรุ่นตอนต้นอาจจะคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ คิดว่าตนเองไม่ดี ไร้ค่า รู้สึกไม่มีที่พึ่ง โดดเดี่ยว จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด การศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางส่งเสริมการมีความเข้มแข็งทางใจ ให้วัยรุ่นตอนต้นสามารถปรับตัว มีพลังใจในการจัดการปัญหาและผ่านพ้นช่วงวิกฤติ และฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตที่ปกติสุขอีกครั้ง

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Study) ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาชั้น

มัธยมศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา (เลขที่ SCPHYLIRB-2567/411 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นอายุ 13-15 ปี กำลังศึกษา ใน โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 12 กระทรวงศึกษาธิการ อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 4,161 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 13-15 ปี กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2567 จำนวน 3 โรงเรียน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 13-15 ปี
2. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
3. ไม่มีปัญหาสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิต ที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูล
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่ยินยอมตอบแบบสอบถาม และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้สูตรเครชีและมอร์แกน¹¹ ประชากรที่ใช้ศึกษา

ในครั้งนี้จำนวน 4,161 คน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ 5% ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนของประชากรที่สนใจ คือ 0.5 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

แทนค่าในสูตร

$$= \frac{3.841 \times 4,161 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (4,161 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$= 351.92 \approx 352$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้อย่างน้อย จำนวน 352 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการศึกษาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 12 กระทรวงศึกษาธิการ อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก (Lottery) เลือกโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 12 สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ขึ้นมา 3 โรงเรียน จากทั้งหมด 5 โรงเรียน

3. ผู้วิจัยสุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional Random Sampling)

4. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมวิจัย โดยติดโปสเตอร์ ณ บอร์ดกิจกรรมของโรงเรียน

เปิดรับสมัครกลุ่มตัวอย่างจนกว่าจะครบจำนวน ตามการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนที่ได้คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับชั้น เกรดเฉลี่ย สถานภาพครอบครัว รายได้ต่อเดือน ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า และโรคประจำตัว

2. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของ พัชรินทร์ นินทจันทร์ โสภณ แสงอ่อน และทัศนาวทิคุณ¹² พัฒนาจากแนวคิด resilience ของ Edith Henderson Grotberg แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I am (ฉัน...เป็น) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 25 และ 27 I have (ฉัน...มี) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 11, 18, 23, 24 และ 28 I can (ฉัน...สามารถ) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 8, 10, 14, 15, 20, 22 และ 26 มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง เฉยๆ 4 หมายถึง เห็นด้วย และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนทั้งหมด มีค่า 28-140 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงว่ามีความเข้มแข็งทางใจสูง หากคะแนนต่ำแสดงว่ามีความเข้มแข็งทางใจต่ำ

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ของ วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน ไขยิดา ภาวสุทธิไพสิฐ และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล¹³ พัฒนามาจาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นแบบประเมินแบบ self-report

ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน มีบางวัน ให้ 1 คะแนน มีมากกว่า 7 วัน ให้ 2 คะแนน มีแทบทุกวัน ให้ 3 คะแนน การแปลผล 0 – 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือขณะนี้ยังไม่พบภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจน 5 – 9 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ควรหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ หรือปรึกษานักจิตวิทยาที่ไว้ใจ 10 – 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา 15 – 19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก 20 – 27 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (validity)

1) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของ พัชรินทร์ นินทจันทร์ โสภณ แสงอ่อน และทัศนาวทิคุณ¹² จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลแบบวัดความเข้มแข็งทางใจ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตัวแปรความเข้มแข็งทางใจ สามารถวัดได้ด้วยตัวบ่งชี้ในโมเดลได้จริง ($2 = 0.04$, $df = 1$, $p = 0.84$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 1.00$, $RMSEA = 0.00$) นั่นคือ ตัวแปรในแบบวัดความเข้มแข็งทางใจ มีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่นำมาดัดแปลงหรือแก้ไขจึงไม่นำมาประเมินหาความตรงซ้ำ

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ของ วัฒนวรรณ ปัญญาอ่อน โษยิตา ภาวสุทธิพิสิฐ และ รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล (2561) มีความแม่นยำ (convergent validity) ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 11–15 ปี เท่ากับ 0.83 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ นำมาดัดแปลงหรือแก้ไขจึงไม่ได้นำมาประเมินหา ความตรงซ้ำ

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของ พัทธวินทร์ นินทจันทร์ โสภณ แสงอ่อน และทัศนาทวีคุณ¹² และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ของ วัฒนวรรณ ปัญญาอ่อน โษยิตา ภาวสุทธิพิสิฐ และ รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล¹³ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ กับวัยรุ่นตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient alpha) โดยมีค่าเท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากที่ได้โครงร่างการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังโรงเรียนทั้ง 3 โรงเรียน ในอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 3 โรงเรียน เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยประสานงานไปยังครูหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการประชาสัมพันธ์การเข้า

ร่วมวิจัย โดยการติดโปสเตอร์ เมื่อมีผู้มาสมัครเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตามวันและเวลาที่นัดหมายในห้องที่ทางโรงเรียนจัดไว้ให้ เป็นห้องที่เงียบสงบ ปราศจากสิ่งรบกวน และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การขอความยินยอมในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโดยเน้นย้ำว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการเรียน หรือผลการศึกษาของนักเรียน ชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความเข้มแข็งทางใจ และคะแนนภาวะซึมเศร้า
2. ผู้วิจัยนำข้อมูลความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้ามาหาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference) โดยกำหนดระดับ

นัยสำคัญที่ 0.1 ซึ่งใช้เกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์

ผล

ข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 13 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.39 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 68.80 เกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.00-4.00 คิดเป็นร้อยละ 81.82 สถานภาพครอบครัว บิดามารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 74.69 รายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 71.50 คนในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 95.58 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 84.03

ผลการวิเคราะห์ระดับความเข้มแข็งทางใจ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนความเข้มแข็งทาง

ใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 112.11 (S.D. = 9.09) เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ I am (ฉัน...เป็น) โดยมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (Mean = 40.02, S.D. = 3.23) รองลงมาคือด้าน I have (ฉัน...มี) มีคะแนนอยู่ในระดับสูง (Mean = 36.91, S.D. = 3.53) และด้าน I can (ฉัน...สามารถ) มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 35.17, S.D. = 4.62) ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้า เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวมนี้อาจะมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Mean = 2.59, S.D. = 2.94) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 70.52 (Mean = 0.89, S.D. = 1.13) รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.55 (Mean = 6.33, S.D. = 1.26) และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.96 (Mean = 11, S.D. = 0.82) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเข้มแข็งทางใจ (n = 407)

องค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจ	Min	Max	Mean	SD
I have (ฉัน...มี)	23	45	36.91	3.53
I am (ฉัน...เป็น)	24	48	40.02	3.23
I can (ฉัน...สามารถ)	21	44	35.17	4.62
ความเข้มแข็งทางใจโดยรวม			112.11	9.09

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนภาวะซึมเศร้า (n = 407)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ร้อยละ	Min	Max	Mean	SD
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	70.52	0	4	0.89	1.13
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	27.52	5	9	6.33	1.26
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	1.96	10	12	11	0.82
ภาวะซึมเศร้าโดยรวม	100			2.59	2.94

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้า (n = 407)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ค่า P-value	การแปลผล
ความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้า	-0.428*	0.01	ปานกลาง

* $p < 0.01$

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาโดยการทดสอบหาโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference) พบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นในระดับปานกลาง ($r = -0.428$, $p\text{-value} < 0.01$)

อภิปรายผล

ความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่นตอนต้น จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจในภาพรวมค่อนข้างสูง ($\text{mean} = 112.11$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ I am (ฉัน...เป็น) ($\text{mean} = 40.02$) รองลงมาคือด้าน I have (ฉัน...มี) ($\text{mean} = 36.91$) และด้าน I can (ฉัน...สามารถ) ($\text{mean} = 35.17$) สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 74.69) มีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต (มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 27.02) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.03) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว รับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นที่รักและเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่พร้อมจะให้คำแนะนำ หรือความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

ทำให้มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ (2558)¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในจิตใจในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งในจิตใจสูง การมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่ต้องกังวลใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย รู้สึกมั่นคงในจิตใจ มีโอกาสที่ดีในสังคม สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุดา วณาลีสิน และคณะ (2562)¹⁵ ที่ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในจิตใจของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ด้านการศึกษาและการดำรงชีพ จะมีความเข้มแข็งในจิตใจสูง และการที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ทำให้สามารถใช้ชีวิตอิสระได้โดยไม่มีอุปสรรค ซึ่งการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2560)¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งในจิตใจ

ในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแกร่งในชีวิต

ส่วนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 70.52 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวนกว่า 112 คน (ร้อยละ 27.52) และมีภาวะซึมเศร้าปานกลางจำนวน 8 คน (ร้อยละ 1.96) ซึ่งการที่วัยรุ่นบางส่วนมีภาวะซึมเศร้าอธิบายได้จากวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทุกกระบวนอย่างรวดเร็วจึงมีอาการหงุดหงิดแปรปรวนง่ายเป็นวัยแห่งการค้นหาค้นหาตนเองแสวงหาอัตลักษณ์ของตนเอง ต้องการการยอมรับให้ความสำคัญกับรูปร่างและภาพลักษณ์ วัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยจะมีการหลั่งสารสื่อประสาท Serotonin, Dopamine และ Norepinephrine ลดลง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ และไม่มีสมาธิ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรารธรรม สุทธิประภา และพัชรี ค้างคำจันทร์ (2567)¹⁷ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ พบว่าวัยรุ่นตอนต้นมีความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพัฒนาการของวัยรุ่นตอนต้นและจากการเผชิญการปรับตัวตามพัฒนาการของวัยรุ่นตอนต้นในด้านต่างๆ อาจเกิดความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ที่ตนเองรู้สึกว่าจะไม่สามารถคาดการณ์ได้ ไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีความกดดันมากเกินไป ส่งผลต่อพฤติกรรม

ปรับตัว จึงเป็นวัยที่เปราะบางต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวทำให้เกิดความเครียดได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในระดับมัธยมศึกษาซึ่งการศึกษามีผลต่อสภาพจิตใจ จากการเผชิญเหตุการณ์ ความกดดันจากการศึกษา เช่น การสอบได้คะแนนไม่ตรงตามความคาดหวัง ก่อให้เกิดความกังวล ความกดดันจากการเรียนและการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสถานศึกษานั้นๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักยิกา พิสุทธิไพศาล และจารุพร ตั้งพัฒน์กิจ (2564)¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยด้านการศึกษาและความเครียดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.428$, $p\text{-value} < 0.01$) นั่นคือเมื่อวัยรุ่นตอนต้นมีความเข้มแข็งทางใจต่ำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง ในทางกลับกันเมื่อมีความเข้มแข็งทางใจสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ในการศึกษาี้พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง 0.3-0.69 หมายถึงความเข้มแข็งทางใจจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ปานกลาง อธิบายได้ว่า การมีความเข้มแข็งทางใจทำให้บุคคลมองสิ่งที่ตนเองเป็น (I am) ว่าเป็นที่รักของคนอื่น มองผู้อื่นอย่างเข้าใจ ภาวภูมิใจในตนเอง มองสิ่งที่ตนเองมี (I have) ว่าตนเองมีบุคคลคอยให้ความรัก ความห่วงใย การดูแล

เอาใจใส่ รู้สึกว่าได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมองตนเองว่ามีความสามารถ (I can) ที่จะจัดการปัญหาต่างๆ สามารถควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ด้วยทักษะของตนเอง จึงมั่นใจได้ว่าเมื่อตนเองต้องเจอกับปัญหาจะสามารถรับมือและผ่านไปได้ ความเข้มแข็งทางใจจึงเปรียบเสมือนความคิดเชิงบวกต่อตนเองบนพื้นฐานความจริงที่จะนำพาบุคคลให้ผ่านพ้นเรื่องราวต่างๆ และฟื้นตัวกลับมาอยู่ในสภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันและจัดการไม่ให้บุคคลจมอยู่กับความคิดลบ ความรู้สึกลบต่อตนเองและสิ่งรอบข้างที่จะนำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในชีวิต เป็นวงจรซ้ำๆ จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของสรวาลี สุนทรวิจิตร และคณะ (2564)¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r=-0.367$; $p<0.01$) ในวัยรุ่นตอนต้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมดี อนันต์ปฏิเวช และคณะ (2565)²⁰ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตในภาพรวมและองค์ประกอบย่อยทั้งสาม (I have, I am, I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวัยรุ่น ($r_s = -0.459, -0.418, -0.455, -0.400, p = 0.000$ ตามลำดับ)

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า วัยรุ่นตอนต้นมีความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง และส่วนใหญ่ไม่มีความซึมเศร้า โดยความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ ซึ่งสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ และภาวะซึมเศร้าไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับวางแผนดูแลผู้รับบริการ นักเรียน หรือบุคลากรที่อยู่ในความดูแลในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น และนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับวัยรุ่นตอนต้นให้มีความเข้มแข็งทางใจ ลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะครู โรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคณะอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย จนส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. อัตราป่วยรายใหม่และความชุกโรคซึมเศร้าในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565-2567: Health Data Center (HDC). [online]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1807> [2025 Mar 20].
2. กรมสุขภาพจิต. สภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ในวัยรุ่น (ตอนที่ 1).

- [online]. Available from: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2503> [2024 Oct 15].
3. นิธิพร ทรัพย์ประวี. ส่องสถิติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ภัยร้ายทางอารมณ์ที่สังคมไทยต้องรู้. [online]. Available from: <https://biocian.com/news/statistics-depression-adolescents/> [2024 Oct 15].
 4. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตเผยเด็กไทยหลังโควิดระบาด ทำเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย. [online]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31152> [2025 Mar 20].
 5. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา. รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดนครราชสีมาประจำปี 2567. [online]. Available from: <https://nakhonsithammarat.m-society.go.th/รายงานสถานการณ์ทางสังคม-3/> [2025 Mar 20].
 6. อุษณีย์ อินทสุวรรณ, สาริณีย์ จินดาภูมิพันธ์. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น: ความสามารถในการเผชิญปัญหาและพึงพอใจ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2564; 15: 64-74.
 7. สมรทิพย์ วิภาวนิช. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567; 18: 72-82.
 8. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.
 9. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. Hague: Bernard Van Leer Foundation; 1995.
 10. กรมสุขภาพจิต. คู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บิยอนด์พับลิชชิง; 2563.
 11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970; 30(3): 607-10.
 12. พชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, ทศนา ทวีคุณ. การพัฒนาแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
 13. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิง; 2561.
 14. มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558; 29: 57-75.
 15. ศรีสุดา วณาสลิน, วิลาวรรณ คริสต์รักษา, ไพโรส นุ้ยหมัดสกุล. ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562; 33: 111-27.
 16. พชรินทร์ นันทจันทร์, วาริรัตน์ ถาน้อย, โสภณ แสงอ่อน, มานวิภา พัฒนมาศ, ช่อทิพย์ อินทรักษา. ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560; 31: 13-28.
 17. วราวรรณ สุทธิประภา, พัชรี ศิวังคำจันทร์. ความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2567; 8: 1-16.
 18. ลักยิกา พิสุทธิไพศาล, จารุพร ตั้งพัฒน์กิจ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2564; 12: 45-65.
 19. สราวลี สุนทรวิจิตร, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภาภณิ เดชชัยยศ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566; 33: 53-66.
 20. สมดี อนันต์ปฎิเวช, นันทกัศ แววกระโทก, สุกัญญา แก่นงูหลอม. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2565; 4(3): e2837.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, วท.ม.*, วรพงศ์ ตรีสิทธิวิช วท.บ.**

*นักร่างกายบำบัด, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**นักร่างกายบำบัด, อิสระ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพุทธิปัญญากพร่อง แบบทดสอบความสามารถในการทรงตัว ด้วย Berg balance scale และ Time up and go test สถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐานสถิติไค-สแควร์ และการถดถอยโลจิสติก

ผล : พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 131 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 86.3 สถานภาพโสด ร้อยละ 44.3 มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 60.3 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 66.4 อีกทั้งไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.8 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 96.2 ความสามารถในการทรงตัวเมื่อประเมินด้วย Berg balance test มีความเสี่ยงล้มปานกลาง ร้อยละ 54.2 และเมื่อประเมินด้วย Time up and go test มีความเสี่ยงล้มระดับต่ำ ร้อยละ 87.8 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพุทธิปัญญากพร่อง ร้อยละ 75.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม คือ การใช้ยา Diazepam (AOR =9.05, 95% CI =1.68,48.65) ความเสี่ยงล้มระดับปานกลางเมื่อประเมินด้วย Berg balance test (AOR =6.19, 95% CI =2.34,16.33) และพุทธิปัญญากพร่อง (AOR =9.48, 95% CI =2.61,34.38)

สรุป : ความชุกในการล้ม ร้อยละ 50.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง คือ การใช้ยา Diazepam ความเสี่ยงล้มระดับปานกลาง และพุทธิปัญญากพร่อง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้และส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : การล้ม, ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF FALLS AMONG ELDERLY OUTPATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Thitima Narongsak, M.Sc.*, Vorapong Trisithivanij, B.Sc**

** Physical Therapist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

***Physical Therapist, Freelance*

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of falls and identify factors associated with falls among elderly patients with schizophrenia at the outpatient department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Methods: This study was a cross-sectional descriptive study. Data were collected using a general information questionnaire, a cognitive impairment assessment, the Berg Balance Scale, and the Timed Up and Go (TUG) test. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, the chi-square test, and logistic regression analysis.

Results: A total of 131 participants were included. The majority were female (53.4%), aged 60–70 years (86.3%), and single (44.3%). Most participants had underlying physical comorbidities (60.3%), did not engage in regular exercise (66.4%), were non-smokers (90.8%), and did not consume alcohol (96.2%). Balance assessment using the Berg Balance Scale indicated a moderate risk of falls in 54.2% of participants, while the TUG test indicated a low fall risk in 87.8%. Additionally, 75.6% of participants had cognitive impairment. Factors significantly associated with falls were Diazepam use (AOR = 9.05, 95% CI = 1.68, 48.65), a moderate risk of falls based on the Berg Balance Scale (AOR = 6.19, 95% CI = 2.34, 16.33), and cognitive impairment (AOR = 9.48, 95% CI = 2.61, 34.38).

Conclusion: The prevalence of falls was 50.4%. Factors associated with falls included Diazepam use, a moderate fall risk based on the Berg Balance Scale, and cognitive impairment. Healthcare providers should provide education and promote physical activity to prevent falls among elderly patients with schizophrenia.

Key words: Falls, Elderly Schizophrenia, Associated Factors

บทนำ

ประเทศไทยให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ว่าเป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป¹ ในปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society)²

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยจัดอยู่ใน 1 ใน 6 สาเหตุหลักของการบาดเจ็บ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกให้นิยาม “การล้ม” ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ตั้งใจ ซึ่งทำให้บุคคลทรุดตัวลงสู่พื้นหรือระดับที่ต่ำกว่า อันเป็นผลจากการสูญเสียการทรงตัว โดยไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ ภาวะหมดสติ หรือการเป็นลม จากข้อมูลพบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 391,000 คน ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 424,000 คน ในปี พ.ศ. 2555³ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความชุกของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่ามีอัตราการเกิดการล้มเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 26.5⁴ สำหรับบริบทของประเทศไทย ข้อมูล

จากกรมควบคุมโรคแสดงให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 พบจำนวน 320,559 คน ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 344,847 คน และปี พ.ศ. 2568 เพิ่มขึ้นเป็น 396,465 คน ทั้งนี้ แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งจากการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2567 พบว่าจำนวนปีที่ผู้สูงอายุสูญเสียการมีสุขภาพดี หรือเป็นปีที่มีภาวะทุพพลภาพ (Disability adjusted life year; DALYs) เกิดจากโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของประชากรสูงอายุ สำหรับโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือโรคทางสมอง และจิตเวช

โรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยคิดเป็นร้อยละ 40–50 ของผู้ป่วยจิตเวช⁵ พบได้ทั้งเพศชายและหญิง และสัมพันธ์กับฐานะเศรษฐกิจสังคมระดับต่ำ^{6,7} ผู้ป่วยจิตเภทมีอายุขัยสั้นลง 10–20 ปี⁸ และมักมีโรคร่วมหลายโรค ทำให้กิจกรรมทางกายลดลงและมวลกระดูกลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการล้มและกระดูกหัก⁹ นอกจากนี้ ผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต เช่น อาการพาร์กินสันนิซึม (Parkinsonism) ซึ่งทำให้เกิด rigidity การเคลื่อนไหวช้า และการทรงตัวลดลง ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้ม^{9, 10} เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลง ทั้งระบบประสาทสัมผัส ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงความ

บกพร่องด้านพุทธิปัญญา ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการล้มมากขึ้น¹¹ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทั่วไป รวมถึงผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายเรื้อรังอย่างกว้างขวาง ทั้งใน และต่างประเทศ แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมิลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งในด้านพยาธิสรีรวิทยาของโรค ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านโรคจิต ภาวะพุทธิปัญญบกพร่อง ตลอดจนข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการล้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางในการป้องกันการล้ม และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบองค์รวมอย่างเหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบัน

จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเภท (F20.xx) โดยผ่านเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V หรือ ICD10
3. ผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทย ตามปกติได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยมีอาการทางจิตไม่สงบ
4. มีอาการทางจิตสงบ โดยได้รับการประเมินจากแพทย์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย ได้แก่ ชัก ประวัติโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke)
2. ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ไม่สามารถเดินได้เอง
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะที่ทำให้หมดสติ ได้แก่ cerebral concussion หรือ Traumatic brain injury
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ภาวะสับสน (delirium)
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ภายใน 2 เดือนก่อน

เกณฑ์การให้ยติของกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครมีอาการทางจิตกำเริบขณะทำ
แบบทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ
สถานภาพสมรส รายได้ ประวัติโรคประจำตัว
ประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
และออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพุทธิปัญญ
บกพร่อง

แบบประเมิน The Montreal cognitive
Assessment (MoCA-Thai)¹² พัฒนาโดยZ. Nasreddine
และแปลเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิงโสฬพัทธ์
เหมรัญโรจน์ เป็นเครื่องมือประเมินการรู้คิดหลาย
ด้าน มีค่า sensitivity 0.7 และ specificity 0.95 พร้อม
ค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.744
กำหนดคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยใช้จุดตัดที่น้อย
กว่า 25 คะแนนเพื่อคัดกรองภาวะบกพร่องด้านการ
รู้คิด และเพิ่มคะแนน 1 คะแนนในผู้ที่มีการศึกษา
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี การทดสอบดำเนินการ
โดยผู้วิจัยอ่านคำถามให้อาสาสมัครตอบ ทั้งนี้ผู้ที่
ได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่ม
cognitive impairment ส่วนผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 25
คะแนนขึ้นไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความสามารถใน
การทรงตัว

1) แบบทดสอบการทรงตัวด้วยวิธี berg

balance scale¹³ เป็นเครื่องมือประเมินความสมดุล
ในผู้สูงอายุและผู้ป่วยระบบประสาท มีค่า
sensitivity ถึงร้อยละ 91 ในการคัดกรองความเสี่ยง
ต่อการล้ม โดยการแปลผล¹⁴คือ คะแนน 41-56
คะแนน เสี่ยงต่ำ, 21-40 คะแนน เสี่ยงปานกลาง
และ 0-20 คะแนน เสี่ยงสูง

2) แบบทดสอบการทรงตัวด้วยวิธี Time
up and go test^{13, 15} ใช้ประเมินการทรงตัวขณะ
เคลื่อนไหว เพื่อบ่งชี้ความสามารถในการควบคุม
สมดุลของร่างกาย โดยแปลผลจากระยะเวลาที่ใช้¹⁶
คือ น้อยกว่า 20 วินาที เสี่ยงต่อการล้มต่ำ, 20-30
วินาที เสี่ยงปานกลาง และมากกว่า 30 วินาที เสี่ยงสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูล
ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน
2. สถิติไคสแควร์ และ Fisher's exact test
เพื่อดูปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้ม และ
กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. สถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic
regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม
กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการ
วิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ
เจ้าพระยา เลขใบรับรองที่ 003/2564 วันที่ 13
มกราคม 2566 ซึ่งอาสาสมัครจะได้รับการอธิบาย
รายละเอียดโครงการวิจัยจากผู้วิจัย รวมถึงขั้นตอน
การดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจ

เกิดขึ้นจากการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ ในกรณีที่เข้าร่วมการวิจัย อาสาสมัคร จะได้รับการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถระบุเจาะจงไปที่คนใดคนหนึ่งได้

ผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=131)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	61	46.6
หญิง	70	53.4
อายุ (min = 60 ปี, max = 86 ปี, median(IQR) = 65(6) ปี)		
60 - 70 ปี	113	86.3
71 – 80 ปี	16	12.2
81 ปีขึ้นไป	2	1.5
สถานภาพ		
โสด	58	44.3
หม้าย/หย่า/แยก	29	22.1
สมรส	44	33.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ศึกษา	7	5.3
ประถมศึกษา	38	29.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	29.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	19	14.5
อนุปริญญา/ปวศ.	3	2.3
ปริญญาตรี	22	16.8
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.1
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	54	41.2
ไม่เพียงพอ	77	58.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=131) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท	100	76.3
5,001 – 10,000 บาท	14	10.7
10,001 ขึ้นไป	17	13.0
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	119	90.8
สูบบุหรี่	12	9.2
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	126	96.2
ดื่มสุรา	5	3.8
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	87	66.4
ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์	19	14.5
ออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์	25	19.1
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	13	9.9
18.5-22.9 (ปกติ)	46	35.1
23-24.9 (น้ำหนักเกิน)	28	21.4
25-25.9 (อ้วน ระดับที่ 1)	33	25.2
มากกว่าเท่ากับ 30 (อ้วน ระดับที่ 2)	11	8.4
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	52	39.7
มี (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	79	60.3
โรคความดันโลหิต	53	41.4
โรคไขมันในเลือดสูง	27	21.1
โรคเบาหวาน	37	28.9
โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	8	6.3
โรคหัวใจ	2	1.6
อื่นๆ	1	0.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=131) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
ระยะเวลาเจ็บป่วย (min = 1 ปี, max = 46 ปี, median(IQR)= 17(12)ปี)		
1 - 10 ปี	24	18.3
11 – 20 ปี	56	42.7
21 – 30 ปี	44	33.6
ตั้งแต่ 31 ปี	7	5.3
ยาทางจิตเวชที่ได้รับ (ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด)		
ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic)*		
Typical		
Perphenazine	48	13.4
Haloperidol	32	8.9
Chlorpromazine	10	2.8
Flupentixol	6	1.7
Atypical		
Clozapine	16	4.5
Risperidone	33	9.2
Quetiapine	4	1.1
Olanzapine	4	1.1
ยาด้านเศร้า (Antidepressant)		
Amitriptyline	3	0.8
Nortriptyline	6	1.7
Sertraline	10	2.8
Fluoxetine	3	0.8
Venlafaxine	1	0.3
Trazodone	13	3.6
ยากลยักรังวล ยานอนหลับ ยาทำให้สงบ (Anxiolytic Hypnotic Sedative)		
Diazepam	20	5.6
Lorazepam	21	5.9
Clonazepam	21	5.9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=131) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
ยาที่ใช้ลดผลข้างเคียงของยาโรคทางจิตเวช		
Trihexyphenidyl	80	22.3
Propranolol	8	2.2
Diphenhydramine	19	5.3
พุทธรูปปัญหา		
พุทธรูปปัญหาปกติ	32	24.4
พุทธรูปปัญญาบกพร่อง	99	75.6

จากตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 โดยอยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 86.0 และมีค่ากลางของอายุเป็น 65 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 44.3 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประถมศึกษา โดยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 76.3 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 58.8 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.8 และ 96.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 66.4 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 35.1 และมีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 60.3 โดย 3 ลำดับโรคแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน และไขข้ออักเสบ ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่ากลางของระยะเวลาการเจ็บป่วย 17 ปี และได้รับยาทางจิตเวช ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถได้รับยาทางจิตเวชมากกว่า 1 ชนิด ประกอบไปด้วยกลุ่มยาดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาโรคจิต (Antipsychotic) ในกลุ่ม Typical ส่วนใหญ่เป็นยา Perphenazine ร้อยละ 13.4 รองลงมา คือ Haloperidol ร้อยละ 8.9 ยาในกลุ่ม Atypical ส่วนใหญ่ คือ ยา Risperidone ร้อยละ 9.2 รองลงมา คือ Clozapine ร้อยละ 4.5

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาด้านเศร้า (Antidepressant) ส่วนใหญ่ คือ ยา Trazodone ร้อยละ 3.6 รองลงมา คือ Sertraline ร้อยละ 2.8

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาลดความวิตกกังวล ยานอนหลับ ยาทำให้สงบ (Anxiolytic Hypnotic Sedative) ส่วนใหญ่ คือ Lorazepam และ Clonazepam ร้อยละ 5.9

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาลดผลข้างเคียงของยาโรคทางจิตเวช ส่วนใหญ่ คือ Trihexyphenidyl ร้อยละ 22.3 รองลงมา คือ Diphenhydramine ร้อยละ 5.3

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาพุทธรูปปัญญาบกพร่อง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 75.6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการล้มและการทรงตัว

จากตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.4 มีประวัติการล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี โดยพบว่า มี

จำนวนครั้งของการล้มใน 1 ปี มากที่สุด คือ 5 ครั้ง และเมื่อประเมินการทรงตัวด้วย Berg balance test พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงล้มปานกลาง ร้อยละ 54.2 และเมื่อประเมินด้วย Time up and go test พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงล้มต่ำ ร้อยละ 87.8

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการล้ม (n=131)

การล้ม	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
การล้มใน 1 ปี		
ไม่ล้ม	65	49.6
ล้ม	66	50.4
จำนวนครั้งการล้ม (min = 0 ครั้ง, max = 5 ครั้ง)		
1-2 ครั้งต่อปี	53	40.5
Berg balance test	12	9.2
Total score (min = 24 คะแนน, max = 56 คะแนน median (IQR) = 40(11))		
เสี่ยงล้มต่ำ	60	45.8
เสี่ยงล้มปานกลาง	71	54.2
เสี่ยงล้มสูง	-	-
Time up and go test		
Total time (min =7 วินาที, max =25 วินาที mean±SD= 14.43±3.9)		
เสี่ยงล้มต่ำ	115	87.8
เสี่ยงล้มปานกลาง	16	12.2
เสี่ยงล้มสูง	-	-

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้ม คือ การออก

กำลังกาย ($p < 0.05$) อีกทั้งพบว่าการใช้ยา chlorpromazine และ Diazepam มีความสัมพันธ์กับการล้ม ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n= 131 คน)

ข้อมูลทั่วไป	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	31	47.7	30	45.5	0.797
หญิง	34	52.3	36	54.5	
สถานภาพ					
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	42	64.6	45	68.2	0.666
สมรส	23	35.4	21	31.8	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	49	76.6	55	83.3	0.336
ตั้งแต่ปริญญาตรี	15	23.4	11	16.7	
ความเพียงพอของรายได้					
ไม่เพียงพอ	36	55.4	41	62.1	0.434
เพียงพอ	29	44.6	25	37.9	
ประวัติการสูบบุหรี่					
ไม่สูบบุหรี่	59	90.8	60	90.9	0.978
สูบบุหรี่	6	9.2	6	9.1	
ประวัติการดื่มสุรา					
ไม่ดื่มสุรา	64	98.5	62	93.9	0.365 ^a
ดื่มสุรา	1	1.5	4	6.1	
ประวัติการออกกำลังกาย					
ไม่ออกกำลังกาย	39	60.0	58	72.7	0.011*
ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์	7	10.8	12	18.2	
ออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์	19	29.2	6	9.1	
ดัชนีมวลกาย					
ผอม	5	7.7	8	12.1	0.680
ปกติ	24	36.9	22	33.3	
น้ำหนักเกิน/อ้วนระดับ1/ระดับ2	36	55.4	36	54.5	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ ^a Fisher 'Exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n= 131 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาเจ็บป่วย					
1-10 ปี	12	18.5	12	18.2	0.959
11-20 ปี	27	41.5	29	43.9	
ตั้งแต่ 21 ปี	26	40	25	37.9	
โรคประจำตัวทางกาย					
ไม่มี	28	43.1	24	36.4	0.432
มี	37	56.9	42.0	63.6	
ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic)					
Typical					
Perphenazine					
ไม่ใช้	44	67.7	39	59.1	0.307
ใช้	21	32.3	27	40.9	
Haloperidol					
ไม่ใช้	50	76.9	49	74.2	0.721
ใช้	15	23.1	17	25.8	
Chlorpromazine					
ไม่ใช้	64	98.5	57	86.4	0.017* ^a
ใช้	1	1.5	9	13.6	
Flupentixol					
ไม่ใช้	60	92.3	65	98.5	0.115 ^a
ใช้	5	7.7	1	1.5	
Atypical					
Clozapine					
ไม่ใช้	55	84.6	60	90.9	0.271
ใช้	10	15.4	6	9.1	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ ^a Fisher's Exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n= 131 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Risperidone					
ไม่ใช้	45	69.2	53	80.3	0.144
ใช้	20	30.8	13	19.7	
Quetiapine					
ไม่ใช้	64	98.5	63	95.5	0.619 ^a
ใช้	1	1.5	3	4.5	
Olanzapine					
ไม่ใช้	64	98.5	63	95.5	0.619 ^a
ใช้	1	1.5	3	4.5	
ยาด้านเศร้า (Antidepressant)					
Amitriptyline					
ไม่ใช้	63	96.9	65	98.5	0.619 ^a
ใช้	2	3.1	1	1.5	
Nortriptyline					
ไม่ใช้	62	95.4	63	95.5	1.000 ^a
ใช้	3	4.6	3	4.5	
Sertraline					
ไม่ใช้	59	90.8	62	93.9	0.531 ^a
ใช้	6	9.2	4	6.1	
Fluoxetine					
ไม่ใช้	64	98.5	64	97.0	1.000 ^a
ใช้	1	1.5	2	3.0	
Venlafaxine					
ไม่ใช้	65	100	65	98.5	1.000 ^a
ใช้	0	0	1	1.5	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ ^a Fisher 'Exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n= 131 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Trazodone					
ไม่ใช้	60	92.3	58	87.9	0.397
ใช้	5	7.7	8	12.1	
ยาคลายกังวล ยานอนหลับ ยาทำให้สงบ (Anxiolytic Hypnotic Sedative)					
Diazepam					
ไม่ใช้	63	96.9	48	72.7	0.00**
ใช้	2	3.1	18	27.3	
Lorazepam					
ไม่ใช้	52	80.0	58	87.9	0.219
ใช้	13	20.0	8	12.1	
Clonazepam					
ไม่ใช้	58	89.2	52	78.8	0.103
ใช้	7	10.8	14	21.2	
ยาที่ใช้ลดผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช					
Trihexyphenidyl					
ไม่ใช้	28	43.1	23	34.8	0.334
ใช้	37	56.9	43	65.2	
Propranolol					
ไม่ใช้	61	93.8	62	93.9	1.000 ^a
ใช้	4	6.2	4	6.1	
Diphenhydramine					
ไม่ใช้	56	86.2	56	84.8	0.832
ใช้	9	9.4	10	15.2	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ ^a Fisher's Exact test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพุทธิปัญญา ความสามารถในการทรงตัวเมื่อประเมินด้วย Berg balance test และ Time up and go test กับการล้ม (n= 131คน)

ระดับพุทธิปัญญา	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
พุทธิปัญญา					
พุทธิปัญญาปกติ	28	43.1	4	6.1	<0.001*
พุทธิปัญญาบกพร่อง	37	56.9	62	93.9	
Berg balance test					
เสี่ยงล้มต่ำ	43	71.7	15	23.4	<0.001*
เสี่ยงล้มปานกลาง	17	28.3	49	76.6	
Time up and go test					
เสี่ยงล้มต่ำ	62	95.4	53	80.3	0.008*
เสี่ยงล้มปานกลาง	3	4.6	13	19.7	

จากตารางที่ 4 ซึ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพุทธิปัญญา ความสามารถในการทรงตัวที่ประเมินด้วย Berg Balance Test และ Time Up and Go Test กับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่า ระดับพุทธิปัญญา มีความสัมพันธ์กับการล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ผลการประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วย Berg Balance Test และ Time Up and Go Test ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับประวัติการล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว พบว่า การใช้ยา Diazepam เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มเท่ากับ 9.05 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช้ และพบว่าความสามารถในการทรงตัว เมื่อประเมินด้วย Berg balance ที่ความเสี่ยงล้มระดับปานกลาง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มเท่ากับ 6.19 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงล้มระดับต่ำ อีกทั้งพบว่าระดับพุทธิปัญญาบกพร่องเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มเท่ากับ 9.48 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มิมีพุทธิปัญญาปกติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ปัจจัยที่ศึกษา ^a	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	3.89(1.41,10.70)	1.91(0.45,8.09)
ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์	5.42(1.46,20.08)	3.82(0.67,21.60)
ออกกำลังกายทุกวัน	1	1
Chlorpromazine		
ไม่ใช้	1	1
ใช้ยา	4.97(1.03,23.99)	8.22(0.78,86.73)
Diazepam		
ไม่ใช้	1	1
ใช้ยา	11.81(2.61,53.38)	9.05(1.68,48.65)
ระดับพุทธรูปัญญา		
พุทธรูปัญญาปกติ	1	1
พุทธรูปัญญาบกพร่อง	11.73(3.81,36.09)	9.48(2.61,34.38)
Berg balance test		
เสี่ยงต่ำ	1	1
เสี่ยงล้มปานกลาง	7.65(3.50,16.69)	6.19(2.34,16.33)
Time up and go test		
เสี่ยงต่ำ	1	1
เสี่ยงล้มปานกลาง	5.0(1.37,18.74)	3.21(0.68,15.05)

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

อภิปราย

1. ความชุกของการล้ม จากการศึกษานี้พบว่า ความชุกของการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ร้อยละ 50.4 แตกต่างจากการศึกษาของอริสรา บุญรักษา¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ือง อำเภอกุ๊กขาว จังหวัดพะเยา

พบว่าการหกล้มของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 26.0 และแตกต่างจากการศึกษาของดราวรรณ รองเมืองและคณะ¹⁸ ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีประสบการณ์การหกล้มในรอบปี

ที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 26.20 ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันซึ่งการศึกษาข้างต้นนั้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป แต่การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีพุทธิปัญญบกพร่อง¹⁹ และมีการใช้ยาทางจิตเวช เช่น ยาต้านโรคจิต ยาคลายกังวล เป็นต้น โดยพุทธิปัญญบกพร่องและการใช้ยาทางจิตเวช²⁰ นั้นส่งผลต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ จึงทำให้มีความชุกของการล้มสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาปิคือการใช้ยา Diazepam การมีความเสี่ยงล้มระดับปานกลาง เมื่อประเมินด้วย Berg balance test และพุทธิปัญญบกพร่อง

การใช้ยา Diazepam ซึ่งเป็นยาคลายกังวลในกลุ่ม Benzodiazepine มีความเกี่ยวข้องกับการล้ม โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Huang. et al²¹ ที่ศึกษาการประเมินความเสี่ยงในการล้มของผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ยานอนหลับ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศน พลฤทธิ²² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี พบว่า การใช้ยานอนหลับ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ

Ha Vt .et al²³ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้มในผู้สูงอายุที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก ประเทศเวียดนาม พบว่า การใช้ยาทางจิตเวชเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้มในผู้สูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Souchet E. et al²⁰ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างยากับการล้ม พบว่า การได้รับยาในกลุ่ม Benzodiazepine มีความเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุถึง 4.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา อีกทั้งจากรายงานปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกปี 2004²⁴ พบว่า การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุ ร้อยละ 44 ซึ่งสอดคล้องกับ Beers Criteria 2023²⁵ ยากลุ่มดังกล่าวจัดเป็นยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยยาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system; CNS) และมีระยะเวลาออกฤทธิ์ยาวนาน ส่งผลให้เกิดอาการง่วงซึม เวียนศีรษะและทำให้ความสามารถในการทรงตัวลดลง การตอบสนองช้าลง^{26, 27} ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

ความเสี่ยงล้มระดับปานกลางเมื่อประเมินด้วย Berg balance test พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shi J. et al²⁸ ที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของกรุงปักกิ่ง พบว่าความบกพร่องของการทรงตัวแบบคงที่ (static balance) เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ถึง 2.48 เท่า นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจารุภา เลขทิพย์ และคณะ²⁹ ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าความบกพร่องของการทรงตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการหกล้มในผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวปกติ ทั้งนี้ Berg Balance Test เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการประเมินการทรงตัวและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมการประเมินการทรงตัวทั้งแบบคงที่และแบบเคลื่อนไหวผ่านกิจกรรมที่ใกล้เคียงกับการดำเนินชีวิตประจำวัน^{30,31,32} ความสามารถในการทรงตัวที่ลดลงสะท้อนถึงประสิทธิภาพการทำงานของระบบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหวที่บกพร่อง ทั้งระบบประสาทระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงระบบรับรู้ความรู้สึก (sensory system)^{11,33} ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรักษาสถิตร่างกายและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมลดลง จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียการทรงตัวและการล้ม

พุทธิปัญญาบกพร่อง พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาเทียมวงศ์ และคณะ³⁴ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ต่อการเกิดล้ม ความจำบกพร่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Muir SW. et al.³⁵ ที่ศึกษาบทบาทของพุทธิปัญญาบกพร่องต่อความเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ: การทบทวนอย่างเป็น

ระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่าพุทธิปัญญาบกพร่องมีความสัมพันธ์กับการล้ม และสอดคล้องกับการศึกษา Quach LT. et al.³⁶ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคม ความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย และการล้มของผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องมีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาทที่เกิดขึ้นตามวัย ได้แก่ การสะสมของโปรตีนผิดปกติ เช่น amyloid β ($A\beta$) และ tau protein การลดลงของ synaptic plasticity รวมถึงความผิดปกติของการควบคุมสมดุลแคลเซียมภายในเซลล์ประสาท ส่งผลให้เซลล์ประสาทเสื่อมและการทำงานของสมองด้านการรู้คิดลดลง³⁷ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ ประมวลผลข้อมูล การตัดสินใจ และการทำงานด้านบริหารจัดการ (executive function) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมระหว่างการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องยังมีความสัมพันธ์กับการฝ่อลีบของสมองในบริเวณ medial temporal lobe, frontal lobe และ parietal lobe ซึ่งเกี่ยวข้องกับความจำระยะสั้น การรับรู้เชิงพื้นที่ และการวางแผนการเคลื่อนไหว เมื่อความสามารถดังกล่าวลดลง ผู้สูงอายุอาจประเมินสภาพแวดล้อมได้ไม่เหมาะสม ตอบสนองต่อสิ่งกีดขวางหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ช้าลงและมีประสิทธิภาพในการควบคุมการทรงตัว

ลดลง ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น³⁸ ดังนั้น ภาวะพุทธรูปปัญญาบกร่องจึงไม่เพียงสะท้อนถึงการเสื่อมของสมองเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการรักษาสมดุลของร่างกาย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงไปสู่การเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้ยา Diazepam ความบกพร่องด้านการทรงตัว และภาวะพุทธรูปปัญญาบกร่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ดังนั้น การประเมินปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จึงมีความสำคัญต่อการคัดกรองผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ รวมถึงสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

สรุป

ความชุกของการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา คิดเป็นร้อยละ 50.4 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม คือ การใช้ยา Diazepam และระดับความเสี่ยงล้มปานกลาง เมื่อประเมินด้วย Berg balance test และพุทธรูปปัญญาบกร่อง ผลการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ซึ่งอาจมีข้อมูลบางประการที่ยังไม่ครบถ้วนครอบคลุมปัจจัยทั้งหมด จึงควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในด้านแสงสว่างภายในบ้าน เป็นต้น และควรศึกษาในรูปแบบของการติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอย่างครอบคลุม และนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุช พรหมภักดิ์. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556.
2. เอกชัย เพียรศรีวัชร, วิมล บ้านพวน. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556. นนทบุรี: สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2556.
3. WHO. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. Salari N, Darvishi N, Ahmadipناه M, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res 2022;17(1):334.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

6. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิปไตย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2558.
7. นันทวัช ลิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันท์เวช, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ประชุมสาคินไทย; 2558.
8. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4(4):295-301.
9. Stubbs B, Gaughran F, Mitchell AJ, De Hert M, Farmer R, Soundy A, et al. Schizophrenia and the risk of fractures: a systematic review and comparative meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37(2):126-33.
10. Usher K, Foster K, Park T. The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(6):730-4.
11. สุภัญญา จงศิริยรรยง, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2560.
12. Tangwongchai S, Chareemboon T, Phanasathit M, Likitnukul A, Hemrungron S, Phanthumchinda K, et al. The validity of Thai version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T). *Dement Neuropsychol* 2009;3(3):172-9.
13. สมนึก กุสธิตพร. กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทเพรส; 2549.
14. Berg KO. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiother Can* 1989;41(6):304-11.
15. สายธิดา ลาภอนันตสิน, ไพจิตรดา พรหมวิชัย, วินัส ฉายแก้ว, อัจฉราภรณ์ บิดา. การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายแบบกลุ่มเพื่อฝึกการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุไทยเพศหญิง. *วารสารกายภาพบำบัด* 2011;33(1):78-88.
16. ชูติมา ชลาชนเดชะ. กัดกรองการล้มด้วย Timed Up and Go Test. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด* 2014;26(1):5-16.
17. อริสรา บุญรักษา. ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ือง อำเภอกุฏามยาว จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.
18. ดาราวรรณ รองเมือง, จีราพร ทองดี, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จิตติยา สมบัติบุญ. อุปนิสัยของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี* 2559;27(2):123-38.
19. Liu G, Zhang X, Huo X, Li W. Prevalence, influencing factors, and clinical characteristics of cognitive impairment in elderly patients with schizophrenia. *Front Psychiatry* 2022; 13:910814.
20. Souchet E, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL. Drug related falls: a study in the French Pharmacovigilance database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14(1):11-6.
21. Huang HC, Gau ML, Lin WC, George K. Assessing risk of falling in older adults. *Public Health Nurs* 2003;20(5):399-411.
22. ทศนั พลฤทธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง* 2541;13(4):27-37.
23. Ha VT, Nguyen TN, Nguyen TX, Nguyen HTT, Nguyen TTH, Nguyen AT, et al. Prevalence and factors associated with falls among older outpatients. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(8):4041.
24. Todd C, Skelton D. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.

25. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2023 Jul;71(7):2052-208
26. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2549.
27. ทวนธน บุญลือ. Pharmacotherapy of psychiatric disorders. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
28. Shi J, Zhou BY, Tao YK, Yu PL, Zhang CF, Qin ZH, et al. Incidence and associated factors for single and recurrent falls among the elderly in an urban community of Beijing. *Biomed Environ Sci* 2014;27(2):939-51.
29. จารุภา เลขทิพย์, ชีระ วรธนารัตน์, ศักรินทร์ ภูพานิล, สราวุธ ลาภมณีย์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. *J Med Health Sci* 2019;26(1):85-103.
30. Neuls PD, Clark TL, Van Heuklon NC, Proctor JE, Kilker BJ, Bieber ME, et al. Usefulness of the Berg Balance Scale to predict falls in the elderly. *J Geriatr Phys Ther* 2011;34(1):3-10.
31. Dadgari A, Hamid TA, Hakim MN, Chaman R, Mousavi SA, Hin LP, et al. Accuracy of Berg balance scale to predict falls among community elderly dwellers. *Nurs Pract Today* 2015;2(1):10-8.
32. Bogle Thorbahn LD, Newton RA. Use of the Berg Balance Test to predict falls in elderly persons. *Phys Ther* 1996;76(6):576-83.
33. Horak FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls? *Age Ageing* 2006; 35(Suppl 2): ii7-11
34. ลัดดา เทียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2544;2(2):46-52.
35. Muir SW, Gopaul K, Montero Odasso MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2012;41(3):299-308.
36. Quach LT, Ward RE, Pedersen MM, Leveille SG, Grande L, Gagnon DR, et al. The association between social engagement, mild cognitive impairment, and falls among older primary care patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2019;100(8):1499-505.
37. ธัญชนก จิตตาริษฐ์, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดในผู้สูงอายุ. ประเด็นท้าทายและทางแก้สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี. กรุงเทพฯ:สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: ภาพพิมพ์; 2562.
38. Huang S, Zhou X, Liu Y, Luo J, Lv Z, Shang P, et al. High fall risk associated with memory deficit and brain lobes atrophy among elderly with amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Front Neurosci* 2022; 16:896437.