

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

The Effects of a Resilience Quotient Enhancing Program for Depression Prevention among Nursing Students

กชกร ฉายากุล, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) ¹

Kotchakorn Chayakul, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

Received: July 31, 2025 Revised: November 4, 2025 Accepted: November 19, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) มีค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .71 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ mixed-design ANOVA และ repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนพลังสุขภาพจิตไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นและคะแนนภาวะซึมเศร้าไปในทิศทางที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำแนวทางการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตนี้ไปใช้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกทักษะการมีมุมมองทางบวก การควบคุมตนเอง การปรับตัวอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า นักศึกษาพยาบาล

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhonratchasima College, E-mail: kotchakorn@nmc.ac.th

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a resilience quotient enhancing program for depression prevention among nursing students. 60 participants were 1st-year nursing students at a nursing college. They were equally divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research instruments included a resilience quotient enhancing program for depression prevention, a personal data questionnaire, a resilience quotient assessment form with a reliability of .84, and the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D): Thai version, with a reliability of .71. The implementation and data collection were conducted from July to September 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mixed-design ANOVA, and repeated measures ANOVA with multiple comparisons by the Bonferroni method.

The research results revealed that 1) at the post-intervention and the one-month follow-up periods, the experimental group had statistically significantly different scores of resilience quotient and depression from the control group; and 2) the experimental group had a statistically significantly increased score of resilience quotient and decreased score of depression.

This research suggests that nursing educational executives should utilize this resilience quotient-enhancing guideline for depression prevention among nursing students through various activities such as positive perspective practices, self-control, and proper modification.

Keywords: Resilience quotient enhancing program, Depression, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในทุกเพศทุกวัย ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ใหญ่ทั่วโลก ต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์หดหู่ สูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน ภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมักส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต รวมถึงความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และชุมชน (World Health Organization [WHO], 2025) สำหรับวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีพบภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 3.50 ภาวะซึมเศร้า

จัดเป็นปัญหาที่ทำให้ลดโอกาสในการมีชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ จากการประสบกับปัญหาทางการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงจากการติดสารเสพติดหรือความเสี่ยงทางเพศ การพร่องสุขภาพทางกาย การถูกตีตรา เป็นต้น นอกจากนี้ การถอนตัวออกจากสังคมของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร่ายังทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเหงาที่รุนแรงที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (WHO, 2024)

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาระการเรียนรู้ที่หนักทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติในคลินิกตามที่หลักสูตรกำหนด (Njim et al., 2020) โดยเฉพาะ

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ต้องเผชิญความเครียดจากการปรับตัว (กัญญาวิณี โมกขาว, วรพนิต สุกระแพทย์, และวลัยนรี พรมลา, 2564) จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนในระดับอุดมศึกษาที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา รวมถึงการมีสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่หรือรุ่นพี่ในสถาบัน การปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถาบันการศึกษา การอยู่ในสภาพแวดล้อมใหม่ การใช้ชีวิตในหอพัก เป็นต้น (ยุชโร เล้าะแม, มยุรี ยีปาไล๊ะ, เจมพัทธ์ ขจรกิตติยา, และภาชีนา บุญลาภ, 2564) โดยการศึกษาในต่างประเทศพบภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลตั้งแต่ร้อยละ 19 (Facioli, Barros, Melo, Ogliari, & Custodio, 2020) ถึงร้อยละ 24 (Sonmez, Akdemir, Meydanlioglu, & Aktekin, 2023) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15 (พัฒน์ ศรีโอรุ, ภาลินี ไทอินทร์, และสิริอร ช่อขุน, 2566) ถึงกว่าร้อยละ 18 (ชุดิภาณูจน์ ฉัตรรุ่ง, ทิพา มหาพรหม, สุวัฒนา เกิดม่วง, และศักดิ์กร สุวรรณเจริญ, 2565)

ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบได้ประมาณร้อยละ 4 (สุหทัย โตสังวาลย์, 2564) ถึงร้อยละ 8 (กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2556) เมื่ออัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าจะไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับรายงานอื่นๆ แต่นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้ามักได้รับผลกระทบด้านการเรียน จากการมีความวิตกกังวลสูง ขาดสมาธิแยกตัว มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ไม่สนใจเรียน ทำให้ผลการเรียนตกต่ำ หรือต้องลาออกจากการเรียนกลางคัน หรือส่งผลให้การสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าล่าช้ากว่าปกติ สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สร้างความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จนอาจนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (ชนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทระเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์, และวรรณภา ชัยชนะรุ่งเรือง, 2564) ซึ่งการป้องกันระดับปฐมภูมิจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงของการเกิดผลกระทบต่างๆ จากการ

มีภาวะซึมเศร้าได้ทางหนึ่ง (WHO, 2025)

การป้องกันภาวะซึมเศร้าระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การฝึกทักษะการจัดการความคิดเชิงลบ ทักษะการเผชิญปัญหา การสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (ชนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564) ปัจจุบันมีงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความแข็งแกร่งในชีวิต หรือพลังสุขภาพจิต (resilience quotient [RQI]) ของกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ชัดเจน (สุหทัย โตสังวาลย์, 2564) ทั้งนี้ พลังสุขภาพจิตที่ดีจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความยากลำบากหรือปัญหาที่เข้ามาในชีวิต ทำให้สามารถปรับตัวและหาวิธีการแก้ไขปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ แต่โดยธรรมชาติแล้วพลังสุขภาพจิตเป็นพลังที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จะมีมากบ้างน้อยบ้างขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และการสัมผัสประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2563ข) พลังสุขภาพจิตสามารถพัฒนาหรือเสริมให้มีเพิ่มขึ้นในบุคคลได้ด้วยโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเลือกใช้กิจกรรมที่หลากหลายเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิต เช่น การสนับสนุนทางสังคม การสร้างอารมณ์เชิงบวก อารมณ์ขัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การรู้จักตนเอง การปรับตัวอย่างเหมาะสม (Thomas & Revell, 2016) การตระหนักรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองด้วยการทำสมาธิ การทำความเข้าใจกับตนเองผ่านเงาของบุคคล (shadow person exercise) การบำบัดด้วยกลิ่น การโพสท่าซูเปอร์ฮีโร่ การบันทึกแบบสะท้อนความคิด (reflective journaling) การเขียนเชิงบวก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Boardman, 2016) การจัดการกับความเครียด การสื่อสารแบบ “I Message” (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ, 2555) การฝึกทักษะให้มีความทนทานทางอารมณ์ การเสริมสร้างกำลังใจ และการจัดการกับปัญหา (กชกร ฉายากุล, 2561) สำหรับโปรแกรม

สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล พบว่ายังมีจำนวนไม่มากนัก

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เคยทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ของกษกร ฉายากุล (2561) มาพัฒนาให้เหมาะสมกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยเพิ่มการพิจารณาปัจจัยบางประการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ทั้งด้านความเป็นพวกพ้องและด้านการเปิดเผยตนเอง (กษกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ, 2556) จึงมีการเพิ่มกิจกรรมการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งมุมมองด้านความเป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม (inclusion) ความมีอำนาจควบคุม (control) และการเปิดเผยตนเอง (openness) ตามแนวคิดของ Schutz (1958 as cited in Thompson, 2000) เข้าไปด้วย เพื่อหวังผลให้นักศึกษาพยาบาลเป็นบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิต หรือเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ โดยจัดโปรแกรมดังกล่าวให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2565 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ และให้นักศึกษาสามารถนำแนวทางการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตในวิทยาลัยได้อย่างมีความสุข และปลอดภัยจากภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

2. ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

3. ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนพลังสุขภาพจิตไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น

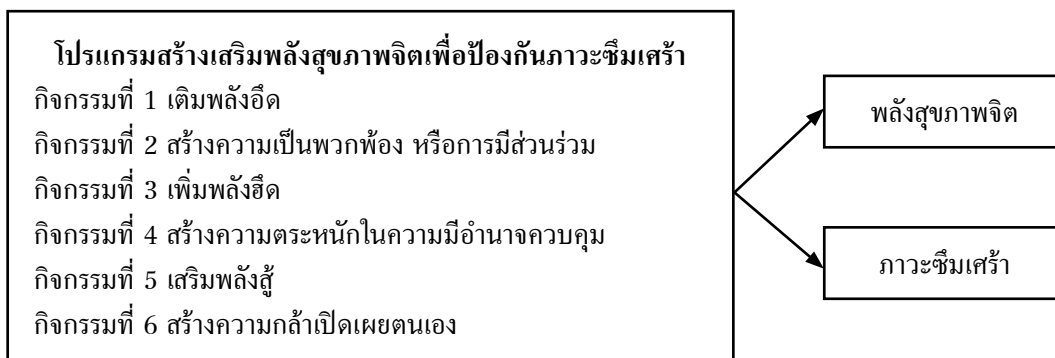
4. ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนภาวะซึมเศร้าไปในทิศทางที่ลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งพัฒนาจากโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ของกษกร ฉายากุล (2561) โดยครั้งนี้ได้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ 1) Grotberg (1995) เพื่อนำมาใช้ในการปรับมุมมองในกิจกรรมต่างๆ ด้วยหลัก 1.1) ฉันมี (I have) คือ การที่บุคคลมีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนภายนอก 1.2) ฉันเป็น (I am) คือ สิ่งที่เป็นความเข้มแข็งภายในบุคคล และ 1.3) ฉันสามารถ (I can) คือ ทักษะใน

การจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2) หลักการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2563ก) ด้วยการสร้างพลังจิต ฮีต สู้ ด้วยหลักการ 4 ปรับ 3 เติม ได้แก่ 2.1) พลังฮึด เน้นการทนต่อแรงกดดัน และเพิ่มพลังโดยการปรับอารมณ์ และการปรับความคิด 2.2) พลังฮึด เน้นการมีความหวังและกำลังใจ และเพิ่มพลังโดยการเติมศรัทธา (เพิ่มความหวัง) การเติมมิตร และการเติมจิตใจให้กว้าง (เปิดมุมมอง) และ 2.3) พลังสู้ เน้นการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค และเพิ่มพลังโดยการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำ และการปรับเป้าหมายชีวิต และ 3) การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตามแนวคิดทฤษฎีทิศทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเบื้องต้น (fundamental interpersonal relation orientation [FIRO]) ของ Schutz (1958

as cited in Thompson, 2000) ได้แก่ 3.1) การสร้างความ เป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม (inclusion) คือ ความสามารถในการเข้ากลุ่มและร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ และสามารถอยู่โดยลำพังได้ เพื่อเพิ่มลักษณะของพลังฮึด 3.2) ความมีอำนาจควบคุม (control) คือ ความสามารถในการเป็นผู้นำและมีอำนาจเหนือผู้อื่น โดยรู้จักที่จะยอมตามและอยู่ในฐานะผู้ตามได้ เพื่อเพิ่มลักษณะของพลังฮึด และ 3.3) การเปิดเผยตนเอง (openness) คือ การมีความเต็มใจที่จะใกล้ชิดผูกพันกับผู้อื่น เปิดเผยตนเองอย่างจริงใจ ในขณะเดียวกันก็รักษาระยะห่างระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม และรักษาความเป็นส่วนตัวของตนเองไว้ เพื่อเพิ่มลักษณะของพลังสู้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two-group pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 จำนวน

160 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินโดยใช้แบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale [CES-D]) ฉบับภาษาไทย 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค ซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ และ 3) ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้า ร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัว

จากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 (จากการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ [2555] และทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, ภาสินี โทอินทร์, และวัชรวิ แสงสาย [2562]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 52 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งของกษกร ฉายากุล (2561) ซึ่งประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ Grotberg (1995) และหลักการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2563) โดยเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการสร้างความเป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม ด้านความมีอำนาจควบคุม และด้านการเปิดเผยตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีจิตทางสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเบื้องต้นของ Schutz (1958 as cited in Thompson, 2000) โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เติมพลังชีวิต ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การสร้างสัมพันธ์ทางระหว่างสมาชิกกับผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม 2) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความสำคัญของพลังสุขภาพจิต และ 3) การปรับอารมณ์และความคิด ด้วย

การทำความเข้าใจความหมาย ความสำคัญ และการสร้างเสริมพลังชีวิต ร่วมกับการฝึกทักษะเบื้องต้นในการสร้างเสริมพลังชีวิตด้วยการมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาต่างๆในชีวิต โดยคำนึงถึงหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ เพื่อเพิ่มความทนทานทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 2 สร้างความเป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการปรับอารมณ์และความคิด ด้วยการฝึกมีมุมมองทางบวกกับเหตุการณ์ลบ และ 2) สร้างความเป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม โดยการปรับอารมณ์และความคิดต่อการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ตามหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่ม สร้างความสัมพันธ์เพื่อความรู้สึกเป็นพวกพ้อง การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มในระดับชั้นเรียนและสถาบัน เพื่อเพิ่มความทนทานทางอารมณ์ หรือพลังชีวิต

กิจกรรมที่ 3 เติมพลังชีวิต ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการฝึกมีมุมมองทางบวกและการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และ 2) การเติมศรัทธา (เพิ่มความหวัง) การเติมมิตร และการเติมจิตใจให้กว้าง (เปิดมุมมอง) โดยการทำความเข้าใจความหมาย ความสำคัญ และแนวทางการสร้างเสริมพลังชีวิต ร่วมกับการฝึกทักษะเบื้องต้นในการสร้างเสริมพลังชีวิต ด้วยการเปิดมุมมองนึกถึงสิ่งดีๆ ที่ยังมีเหลืออยู่หากต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบากในชีวิต โดยยึดหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ เพื่อสร้างเสริมกำลังใจและความหวัง

กิจกรรมที่ 4 สร้างความตระหนักในความมีอำนาจควบคุม ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการฝึกมีมุมมองทางบวก การเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การสร้างเสริมกำลังใจและความหวัง และ 2) การเพิ่มความศรัทธาในศักยภาพแห่งตนในการควบคุมตนเอง และการยอมรับในการถูกผู้อื่นควบคุมอย่างเหมาะสม ผ่านการพิจารณาสิ่งดีๆ ตามหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ ในการวางแผน

กำหนดทางเลือก ตัดสินใจเลือกวิธีการและขั้นตอน การปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนด และเสริมสร้าง กำลังใจ หรือพลังชีวิต

กิจกรรมที่ 5 เสริมพลังผู้ ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการฝึกมีมุมมองทางบวก การเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การสร้างเสริมกำลังใจและความหวัง การตระหนักในการมีอำนาจควบคุมตนเองและยอมรับ การถูกผู้อื่นควบคุมอย่างเหมาะสม และ 2) การเสริมพลังผู้ เพื่อสร้างเสริมด้านการจัดการกับปัญหา โดยการทำความเข้าใจความหมาย ตลอดจนแนวทางการสร้างเสริมพลังผู้ ร่วมกับการฝึกทักษะเบื้องต้นในการสร้างเสริมพลังผู้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบากในชีวิต ด้วยการฝึกคิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้าน ร่วมกับการพิจารณาสิ่งดี ๆ ตามหลักฉันมีฉันเป็น ฉันสามารถ ก่อนตัดสินใจปรับเป้าหมายและการกระทำ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 สร้างความกล้าเปิดเผยตนเอง ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการฝึกมีมุมมองทางบวก การเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การสร้างเสริมกำลังใจและความหวัง การตระหนักในการมีอำนาจควบคุมตนเองและยอมรับการถูกผู้อื่นควบคุมอย่างเหมาะสม และการจัดการกับปัญหา และ 2) การกล้าเปิดเผยตนเอง ด้วยการเปิดมุมมองด้านการสื่อสารตามหลักฉันมีฉันเป็น ฉันสามารถ และการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำ ผ่านการสื่อสาร ด้วยการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารแบบกล้าแสดงออก ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างเหมาะสม หรือพลังผู้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ภูมิฐานะ เกรดเฉลี่ย ความรู้สึกต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ

เหตุการณ์ความเครียด จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต (2563ข) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อความทางบวก ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ก่อนข้างจริง และจริงมาก ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 55 คะแนน) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (55-69 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 69 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยอุมพร ตรังคสมบัติ (อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) ใช้สอบถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อความทางบวก ได้แก่ ตลอดเวลา (5-7 วัน) บ่อยๆ (3-4 วัน) บางครั้ง (1-2 วัน) และไม่เคย (น้อยกว่า 1 วัน) ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-22 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้า (มากกว่า 22 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์สาขาจิตวิทยา อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และนักจิตวิทยาวัยรุ่น ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และนำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84 และ .71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 05/2565 วันที่ 17 มิถุนายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับทั้งสองกลุ่มในช่วงเวลาเดียวกัน (ต่างวันกัน) โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วิทยาลัยพยาบาลแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับ

ภาษาไทย ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-3 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมจำนวน 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตตามแนวทางปกติของสถาบัน ได้แก่ ระบบการให้คำปรึกษาทางวิชาการ การเตรียมความพร้อมนักศึกษา การดูแลของอาจารย์ประจำชั้น และบริการให้คำปรึกษา

4. ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วิทยาลัยพยาบาล ให้ตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย ระยะเวลาสิ้นสุดโปรแกรม (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วิทยาลัยพยาบาล ให้ตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย ระยะติดตาม 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ การเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ mixed-design ANOVA ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 18-20 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีเกรดเฉลี่ยมากกว่า 3.75 คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีความรู้สึกละอายๆ ต่อวิชาชีพพยาบาล และชอบวิชาชีพพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีความเครียดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา น้อยกว่า 6 คะแนน (ประเมินด้วยตนเอง คะแนน 0 = ไม่เครียด คะแนน 10 = เครียดมากที่สุด) คิดเป็นร้อยละ 70 และเหตุการณ์ความเครียดส่วนใหญ่ คือ การเรียน คิดเป็นร้อยละ 93.33 รองลงมา คือ การเงิน คิดเป็นร้อยละ 76.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 18-20 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีเกรดเฉลี่ย

มากกว่า 3.75 คิดเป็นร้อยละ 60 มีความรู้สึกละอายๆ ต่อวิชาชีพพยาบาล และชอบวิชาชีพพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 26.67 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความเครียดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา น้อยกว่า 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเหตุการณ์ความเครียดส่วนใหญ่ คือ การเรียน คิดเป็นร้อยละ 86.67 รองลงมา คือ การเงิน คิดเป็นร้อยละ 63.33

2. การเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.101, p < .01$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial Eta squared: η^2) เท่ากับ .095 และพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 52.550, p < .001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเท่ากับ .475 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้า
แต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม

ตัวแปรวัดซ้ำ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Huynh-Feldt correction		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	$F(df_{treat}, df_{residual})$	<i>p</i>	effect size (partial η^2)
พลังสุขภาพจิต					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	60.30 (7.43)	61.73 (7.72)	$F_{(2, 58)} = 6.101$	.004	.095
หลังสิ้นสุดโปรแกรม	64.16 (9.12)	61.96 (5.58)			
ติดตาม 1 เดือน	64.86 (7.74)	61.56 (6.15)			
ภาวะซึมเศร้า					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13.93 (6.26)	14.76 (5.83)	$F_{(2, 58)} = 52.550$	< .001	.475
หลังสิ้นสุดโปรแกรม	10.70 (5.87)	19.16 (6.60)			
ติดตาม 1 เดือน	9.06 (5.00)	19.66 (7.13)			

หมายเหตุ: ค่าการทดสอบ F ได้รับการปรับแก้ด้วยวิธี Huynh-Feldt correction เนื่องจากละเมิดสมมติฐานความเท่ากันของสเฟียริซิตี (sphericity)

3. การเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลอง คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 3.867$, 95% CI of mean = 1.047–6.686, $p < .01$) คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 4.567$, 95% CI of mean = 2.140–6.993, $p < .001$) ในขณะที่คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน และคะแนนพลังสุขภาพจิตระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 1

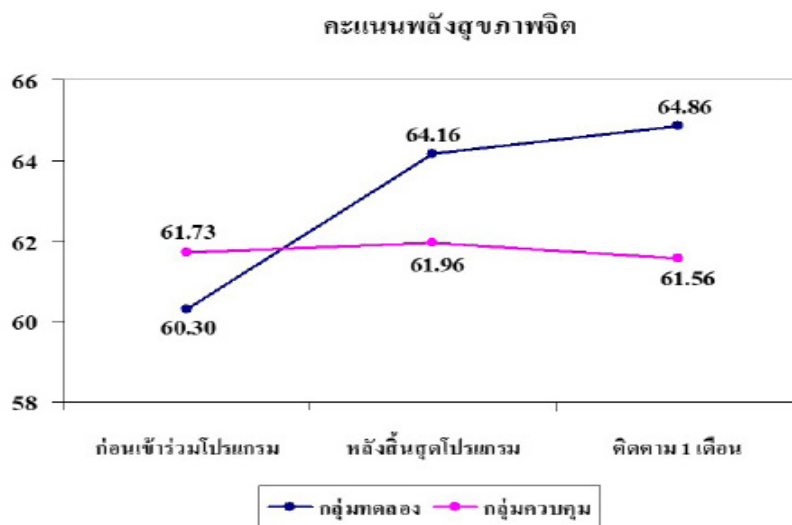
4. การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลอง คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 3.233$, 95% CI of mean = 1.858–4.609, $p < .001$) คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 4.867$, 95% CI of mean = 3.348–6.385, $p < .001$) และคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 1.633$, 95% CI of mean = .828–2.439, $p < .001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 4.400$, 95% CI of mean = 2.213–6.561, $p < .001$) คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับ

ระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{mean}_{\text{diff}} = 4.900$, 95% CI of mean = 2.813–6.987, $p < .001$) ในขณะที่คะแนนภาวะ

ซึมเศร้าระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 2

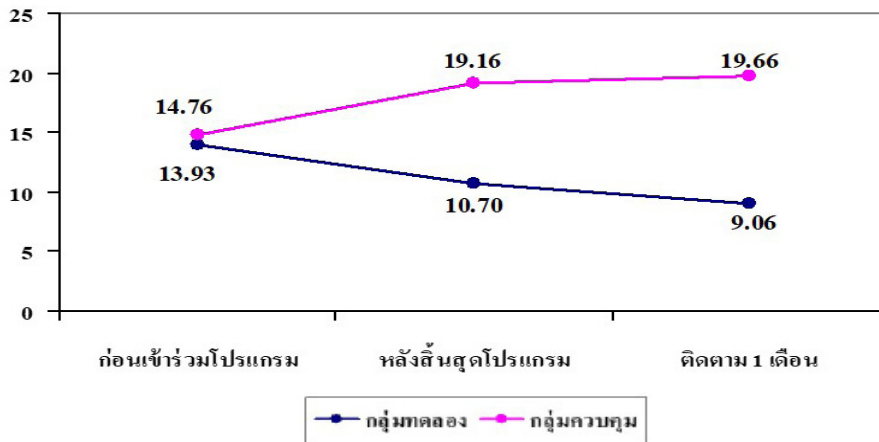
ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

คู่ทดสอบ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	$\text{mean}_{\text{diff}}$	95% CI of mean	p	$\text{mean}_{\text{diff}}$	95% CI of mean	p
พลังสุขภาพจิต						
ก่อน – หลัง	3.867	1.047–6.686	.005	.233	-2.633–3.100	1.000
ก่อน – ติดตาม	4.567	2.140–6.993	< .001	.167	-2.884–3.217	1.000
หลัง – ติดตาม	.700	-2.122–.722	.663	.400	-1.961–2.761	1.000
ภาวะซึมเศร้า						
ก่อน – หลัง	3.233	1.858–4.609	< .001	4.400	2.213–6.561	< .001
ก่อน – ติดตาม	4.867	3.348–6.385	< .001	4.900	2.813–6.987	< .001
หลัง – ติดตาม	1.633	.828–2.439	< .001	.500	-2.213–1.213	1.000



แผนภูมิที่ 1 คะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

คะแนนภาวะซึมเศร้า



แผนภูมิที่ 2 คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนพลังสุขภาพจิตไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมเกื้อหนุนให้มีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 เน้นการพัฒนาด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้วยการฝึกการมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาต่างๆ ในชีวิต และการปรับอารมณ์และความคิดต่อการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กิจกรรมที่ 3 และ 4 เป็นการส่งเสริมด้านกำลังใจ ด้วยการเปิดมุมมองนี้ถึงสิ่งดีๆ ที่ยังมีเหลืออยู่หากต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบากในชีวิต และการเพิ่ม

ความศรัทธาในศักยภาพแห่งตนในการควบคุมตนเอง และการยอมรับในการถูกผู้อื่นควบคุมอย่างเหมาะสม ส่วนกิจกรรมที่ 5 และ 6 เป็นการสร้างเสริมด้านการจัดการกับปัญหา ด้วยการฝึกคิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้าน ร่วมกับการพิจารณาเพื่อตัดสินใจปรับเป้าหมาย และการกระทำการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม ร่วมกับการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำผ่านการสื่อสาร ด้วยการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารแบบกล้าแสดงออก ซึ่งทั้ง 6 กิจกรรม เป็นการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตด้วยการจัดให้บุคคลได้ฝึกคิดถึงสิ่งที่ฉันมี ร่วมกับการตระหนักถึงสิ่งที่ฉันเป็น จะทำให้นบุคคลสามารถพัฒนาด้านฉันสามารถได้ (Grotberg, 1995) ประกอบกับการเพิ่มความตระหนักถึงพฤติกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ที่สร้างความ เป็นพวกพ้อง ความมีอำนาจควบคุม และการเปิดเผยตนเองอย่างเหมาะสม (Schutz, 1958 as cited in Thompson, 2000) สามารถช่วยให้นบุคคลมีพลังใจเพื่อทนต่อแรงกดดันได้ รวมถึงมีความฮึดจากการมีความหวังและ

กำลังใจ กลายเป็นพลังสู่ในการเอาชนะอุปสรรคด้วยวิธีที่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2563ก) อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Lee & Nam, 2025) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาที่ได้รับการพัฒนาพลังสุขภาพจิต มีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Boardman, 2016; Llistosella et al., 2023)

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนภาวะซึมเศร้าไปในทิศทางที่ลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าระดับปฐมภูมิ และลดความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองได้ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเพิ่มปัจจัยปกป้อง (protective factors) ต่อภาวะซึมเศร้า (Liu et al., 2023) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความคิดทางบวก การยอมรับตนเอง การแสวงหาสิ่งสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการลดปัจจัยเสี่ยง (risk factors) เช่น ความสามารถในการจัดการตนเอง การปรับตัวที่มุ่งเน้นอารมณ์ (Nway, Phetrasuwan, Putdivarnichapong, & Vongsirimas, 2023) จากกิจกรรมของโปรแกรม ได้มีการเพิ่มปัจจัยปกป้องและลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลอง ด้วยการจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับ 1) การปรับความคิดและอารมณ์ ผ่านการทำสมาธิและฝึกทักษะการมีมุมมองทางบวกต่อตนเองและปัญหาต่างๆ ในชีวิต ตามหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ รวมทั้งมีมุมมองทางบวกต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น 2) การเปิดมุมมองทางบวกด้วยการนึกถึงสิ่งดี ๆ ที่ยังมีเหลืออยู่หากต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบาก เพื่อสร้างกำลังใจและความหวัง ร่วมกับการเติม

ศรัทธาต่อศักยภาพแห่งตนและการควบคุมตนเอง เพื่อส่งเสริมการยอมรับตนเอง ฝึกการมีมุมมองทางบวกต่อการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน (เต็มมิตร) สำหรับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเติมใจให้กว้างกับการไม่กล่าวโทษตนเอง แต่ยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ยอมรับการยอมรับตามผู้อื่นอย่างเหมาะสม และ 3) การฝึกยอมรับปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสมด้วยการฝึกคิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้าน ร่วมกับการพิจารณาสิ่งดี ๆ ตามหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ ก่อนตัดสินใจปรับเป้าหมายและการกระทำ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม ร่วมกับการกล้าเปิดเผยตนเอง ด้วยการเปิดมุมมองและการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำผ่านการสื่อสาร ด้วยการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารแบบกล้าแสดงออก ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ อภิตกุลวงษ์, ประภาศิต พูลวงษ์, จารุวรรณ ก้านศรี, และภัทรวดี ศรีนวล (2567) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำแนวทางการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่ระยะแรกของการเข้าเรียน และควรมีการทบทวนทักษะต่างๆ ซ้ำเป็นระยะ เพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคคลในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มอื่นๆ และมีการติดตามผลในระยะมากกว่า 1 เดือน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดของการแสดงผลในระยะยาว เพื่อเป็นการตรวจสอบโปรแกรมให้ได้ผลลัพธ์ที่นำไปใช้ในวงกว้างมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กษกร แก้วพรหม, และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์. (2556). การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 128–135.

กษกร ฉายากุล. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 24(2), 96–107.

กรมสุขภาพจิต. (2563ก). *คู่มือสื่อสารความรู้เสริมสร้างพลังใจ อีดี ฮีล สู้*. นนทบุรี: ผู้แต่ง. สืบค้นจาก <https://mh3.dmh.go.th/file/info>คู่มือสื่อสารความรู้เสริมสร้างพลังใจอีดีฮีลสู้.pdf>

กรมสุขภาพจิต. (2563ข). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิง. สืบค้นจาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20210528289535187.pdf>

กัญญาวิณี โมกขาว, วรพนิต สุกระแพทย์, และวลัยนารี พรหมลา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(2), 60–71.

ชุดิภาญจน์ ฉัตรรุ่ง, ทิพา มหาพรหม, สุวัฒนา เกิดม่วง, และศักดิ์กร สุวรรณเจริญ. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 82–90.

ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, ภาสินี โทอินทร์, และวัชรวิ แสงสาย. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(พิเศษ), 153–166.

ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทระเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์, และวรรณ ชัยชนะรุ่งเรือง. (2564). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตถ์*, 13(1), 62–70.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาวทีคุณ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ในนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาล*, 61(2), 18–27.

พัฒน์ ศรีโษษฐ์, ภาสินี โทอินทร์, และสิริอร ช่ออุ่น. (2566). ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 26(2), 91–102.

ยุชโร เล้าแม่, มยุรี ยี่ปาโล๊ะ, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา, และภาชีนา บุญลาภ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(3), 135–146.

สุภารัตน์ อภิตกุลวงษ์, ประภาศิต พูลวงษ์, จารุวรรณ ก้านศรี, และภัทรวดี ศรีนวล. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 38(3), 87–101.

สุหทัย โตสังวาลย์. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 58–74.

- อุมพร ตรังสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- Boardman, L. (2016). Building resilience in nursing students: Implementing techniques to foster success. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 18(2), 1-5. doi:10.4172/1522-4821.C1.005
- Facioli, A. M., Barros, Â. F., Melo, M. C., Ogliari, I. C. M., & Custódio, R. J. M. (2020). Depression among nursing students and its association with academic life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20180173. doi:10.1590/0034-7167-2018-0173
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague-NO: Bernard Van Leer Foundation. Retrieved from <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>
- Lee, S. W., & Nam, J. (2025). Development and validation of an online intervention program to augment psychological resilience: A randomized waitlist-controlled trial. *Psychiatry Investigation*, 22(5), 542-551. doi:10.30773/pi.2024.0319
- Liu, D., Wang, Y., Xie, P., Deng, H., Qiu, L., Liu, W., ... Zhang, X. (2023). Rumination and depression in Chinese adolescents with mood disorders: The mediating role of resilience. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 84(5), 22m14682. doi:10.4088/JCP.22m14682
- Llistosella, M., Goni-Fuste, B., Martín-Delgado, L., Miranda-Mendizabal, A., Martinez, B. F., Pérez-Ventana, C., & Castellvi, P. (2023). Effectiveness of resilience-based interventions in schools for adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 14, 1211113. doi:10.3389/fpsyg.2023.1211113
- Njim, T., Mbanga, C., Mouemba, D., Makebe, H., Toukam, L., Kika, B., & Mulango, I. (2020). Determinants of depression among nursing students in Cameroon: A cross-sectional analysis. *BMC Nursing*, 19, 26. doi:10.1186/s12912-020-00424-y
- Nway, N. C., Phetrasuwan, S., Putdivarnichapong, W., & Vongsirimas, N. (2023). Factors contributing to depressive symptoms among undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 68, 103587. doi:10.1016/j.nepr.2023.103587
- Sonmez, Y., Akdemir, M., Meydanlioglu, A., & Aktekin, M. R. (2023). Psychological distress, depression, and anxiety in nursing students: A longitudinal study. *Healthcare*, 11(5), 636. doi:10.3390/healthcare11050636

- Thomas, L. J., & Revell, S. H. (2016). Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 36, 457–462. doi:10.1016/j.nedt.2015.10.016
- Thompson, H. L. (2000). FIRO element B™ and psychological type: Part I—Why FIRO element B? *Bulletin of Psychological Type*, 23(2), 18–22. Retrieved from <https://www.hpsys.com/PDFs/FIRO%20Element%20B%20and%20Psycho%20Type.pdf>
- World Health Organization. (2024). *Mental health of adolescents*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2025). *Depressive disorder (depression)*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
-