



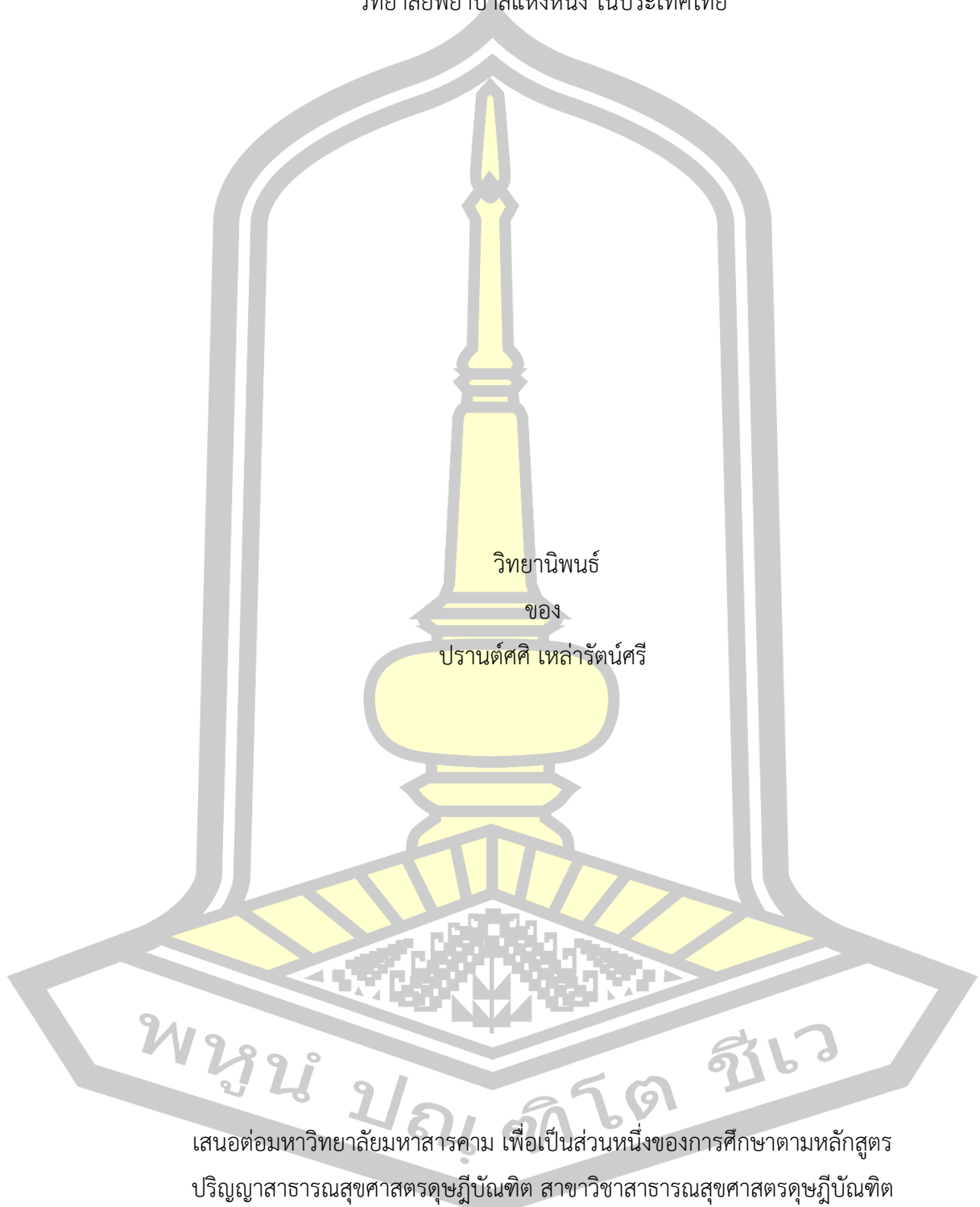
การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย

วิทยานิพนธ์
ของ
ปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย

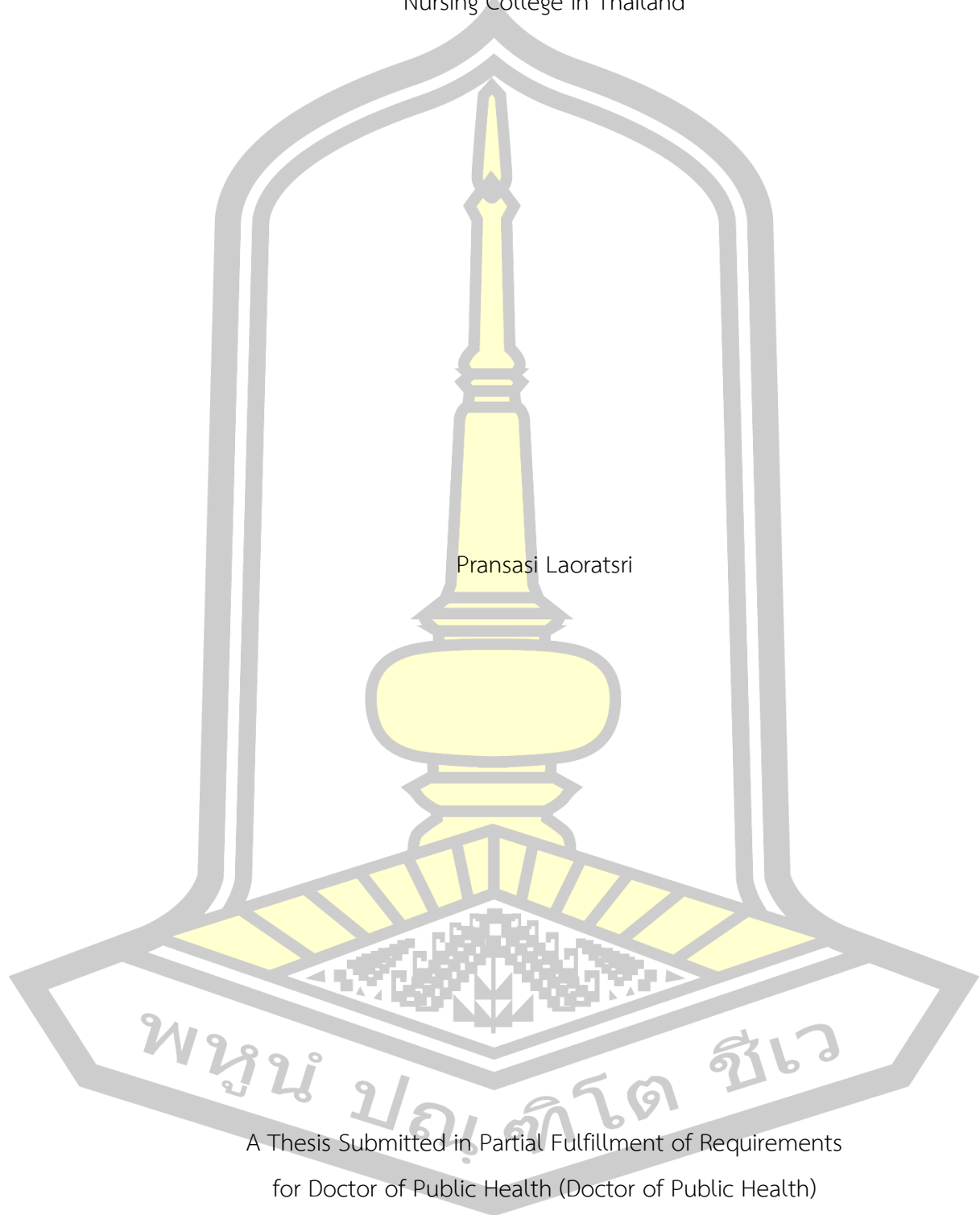


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development of a Depression Prevention Model for Nursing Students at a
Nursing College in Thailand



Pransasi Laoratsri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

June 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. จุฬารัตน์ โสตะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. เขมิกา สมบัติโยธา)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. ถนอม นามวงศ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. พลเดช เขาวรัตน์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย		
ผู้วิจัย	ปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎี บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย การได้รับการช่วยเหลือล่าช้า ไม่ถูกต้อง ที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย 2) เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย 3) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง 572 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลใช้สถิติ ถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย จากการนำปัจจัยในระยะที่ 1 มาพัฒนาแบบร่วมกับความต้องการพัฒนาของพื้นที่ที่ศึกษา ประเมินผลของการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยการวัดค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้แก่ ความเครียด (AOR = 12.156, 95%CI = 7.78-18.99, $p < .001$) ภาวะวิตกกังวล (AOR = 16.99, 95%CI = 2.16-133.62, $p = .007$) และความมีคุณค่าในตนเอง (AOR = 2.05, 95%CI = 1.27-3.29, $p = .003$) และแรงสนับสนุนทางสังคม

(AOR=2.16, 95%CI = 1.19-42.15, $p = .031$)

ผลการศึกษาระยะที่ 2 พบว่า แนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ (1) การคัดกรองและการแบ่งกลุ่ม ในระยะเริ่มต้นเพื่อแยกนักศึกษาตามระดับภาวะซึมเศร้า (2) การทำกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยงานวิจัยนี้ได้มีการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางที่มีความเสี่ยงต่ำในการฆ่าตัวตาย โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) การจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการภาวะวิตกกังวลของ Beck & Emery (1985) ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ(3) การประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 1, 12 และ 24 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบการป้องกันมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ การประเมินผลหลังการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, =4.94, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =6.22, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =1.29, $p < .001$) หลังการพัฒนาเกิดรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง คือ PRAS Model

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, นักศึกษาพยาบาล, การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า



TITLE	The Development of a Depression Prevention Model for Nursing Students at a Nursing College in Thailand		
AUTHOR	Pransasi Laoratsri		
ADVISORS	Assistant Professor Jatuporn Luangubol , Ph.D. Assistant Professor Kemika Sombateyotha , Dr.P.H.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

ABSTRACT

intervention can exacerbate depressive symptoms and increase the risk of suicide. This research aimed to: 1) study factors affecting depression in nursing students at a college in Thailand; 2) study the development of a depression prevention model for nursing students at a college in Thailand; and 3) study the effectiveness of the developed depression prevention model in nursing students at a college in Thailand. Both quantitative and qualitative data were collected from February 2024 to February 2025, comprising two phases: Phase 1: Study of Factors Affecting Depression This phase involved 572 participants. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Multiple logistic regression was employed to identify factors influencing depression in nursing students. Qualitative data were analyzed using content analysis. Phase 2: Development of a Depression Prevention Model This phase focused on developing a depression prevention model for nursing students at a nursing college in Thailand. This model was developed by integrating the factors identified in Phase 1 with the specific needs of the study area. The effectiveness of the developed model was measured by comparing the mean depression scores before the experiment, after the experiment, and at a 3-month follow-up using Repeated Measures ANOVA.

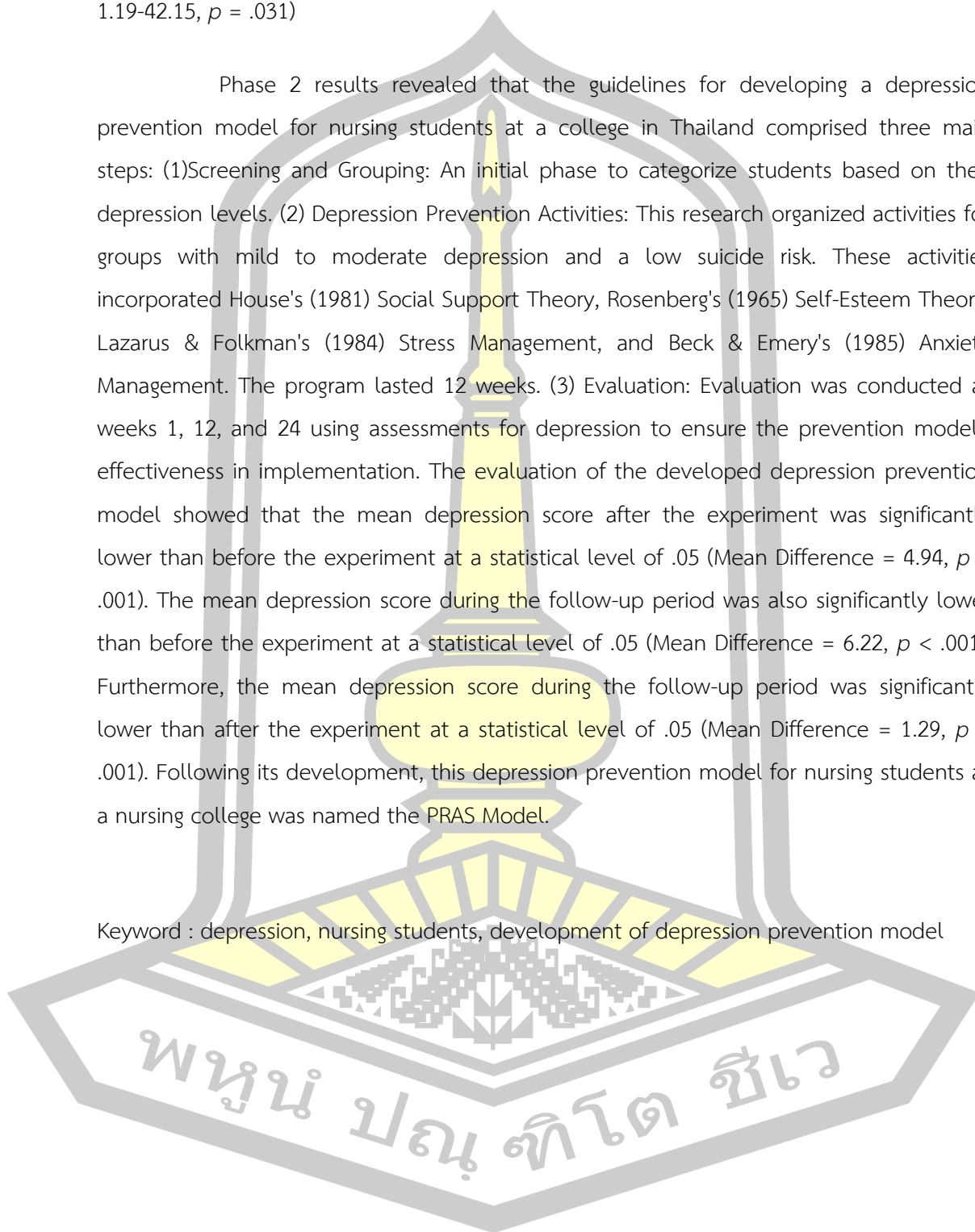
Research Findings

Phase 1 Results: Factors significantly affecting depression in nursing students at the nursing college (at a statistical significance level of .05) were: Stress (AOR = 12.156, 95%CI = 7.78-18.99, $p < .001$) Anxiety (AOR = 16.99, 95%CI = 2.16-133.62, $p = .007$) Self-

esteem (AOR = 2.05, 95%CI = 1.27-3.29, $p = .003$) Social support (AOR = 2.16, 95%CI = 1.19-42.15, $p = .031$)

Phase 2 results revealed that the guidelines for developing a depression prevention model for nursing students at a college in Thailand comprised three main steps: (1) Screening and Grouping: An initial phase to categorize students based on their depression levels. (2) Depression Prevention Activities: This research organized activities for groups with mild to moderate depression and a low suicide risk. These activities incorporated House's (1981) Social Support Theory, Rosenberg's (1965) Self-Esteem Theory, Lazarus & Folkman's (1984) Stress Management, and Beck & Emery's (1985) Anxiety Management. The program lasted 12 weeks. (3) Evaluation: Evaluation was conducted at weeks 1, 12, and 24 using assessments for depression to ensure the prevention model's effectiveness in implementation. The evaluation of the developed depression prevention model showed that the mean depression score after the experiment was significantly lower than before the experiment at a statistical level of .05 (Mean Difference = 4.94, $p < .001$). The mean depression score during the follow-up period was also significantly lower than before the experiment at a statistical level of .05 (Mean Difference = 6.22, $p < .001$). Furthermore, the mean depression score during the follow-up period was significantly lower than after the experiment at a statistical level of .05 (Mean Difference = 1.29, $p < .001$). Following its development, this depression prevention model for nursing students at a nursing college was named the PRAS Model.

Keyword : depression, nursing students, development of depression prevention model



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะในการทำวิจัย แนะนำแนวทางในการสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย อีกทั้งสนับสนุนให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้สละเวลาและได้ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ เล่มนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือและการพัฒนารูปแบบในการป้องกันภาวะซีมีเตร์ร่าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง รวมทั้งเจ้าของเครื่องมืองานวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ขอความอนุเคราะห์นำมาใช้ในงานวิจัยนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริภาณี อิ่มน้ำขาว ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งและรองผู้อำนวยการทุกท่าน ที่ให้โอกาสสนับสนุนและส่งเสริมในการศึกษาในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย การเสียสละเวลา ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่มีค่ายิ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะสาธารณสุขศาสตร์ และอาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาสุขศึกษาบัณฑิตทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่ชาย พี่สาว ที่เป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้าน ผู้วิจัยซาบซึ้งใจมาโดยตลอด คุณค่าที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอบแต่บุพการีและผู้มีพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้ระบุนามซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

พูน ปณ ทิโต ชเว

ปรานต์ศติ เหล่ารัตน์ศรี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	6
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
1.4 ความสำคัญของการวิจัย.....	7
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	7
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	13
2.1 ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล.....	13
2.2 การป้องกันภาวะซึมเศร้า.....	29
2.3 ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem).....	41
2.4 ทฤษฎีความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience).....	45
2.5 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support).....	47
2.6 ทฤษฎีความเครียด.....	52
2.7 ทฤษฎีภาวะวิตกกังวล.....	56

2.8 ทฤษฎีการมองโลกในแง่ดี.....	59
2.9 บทบาทหน้าที่ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง.....	61
2.10 วิจัยแบบผสมผสาน.....	66
2.11 วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	69
2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	72
2.13 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	80
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการ.....	81
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	81
3.2 พื้นที่ในการวิจัย.....	81
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย.....	82
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	86
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	89
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	94
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	97
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	99
4.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลแห่งหนึ่ง.....	99
4.2 ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า วิทยาลัย พยาบาลแห่งหนึ่ง.....	120
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	168
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	168
5.2 การอภิปรายผล.....	171
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	179

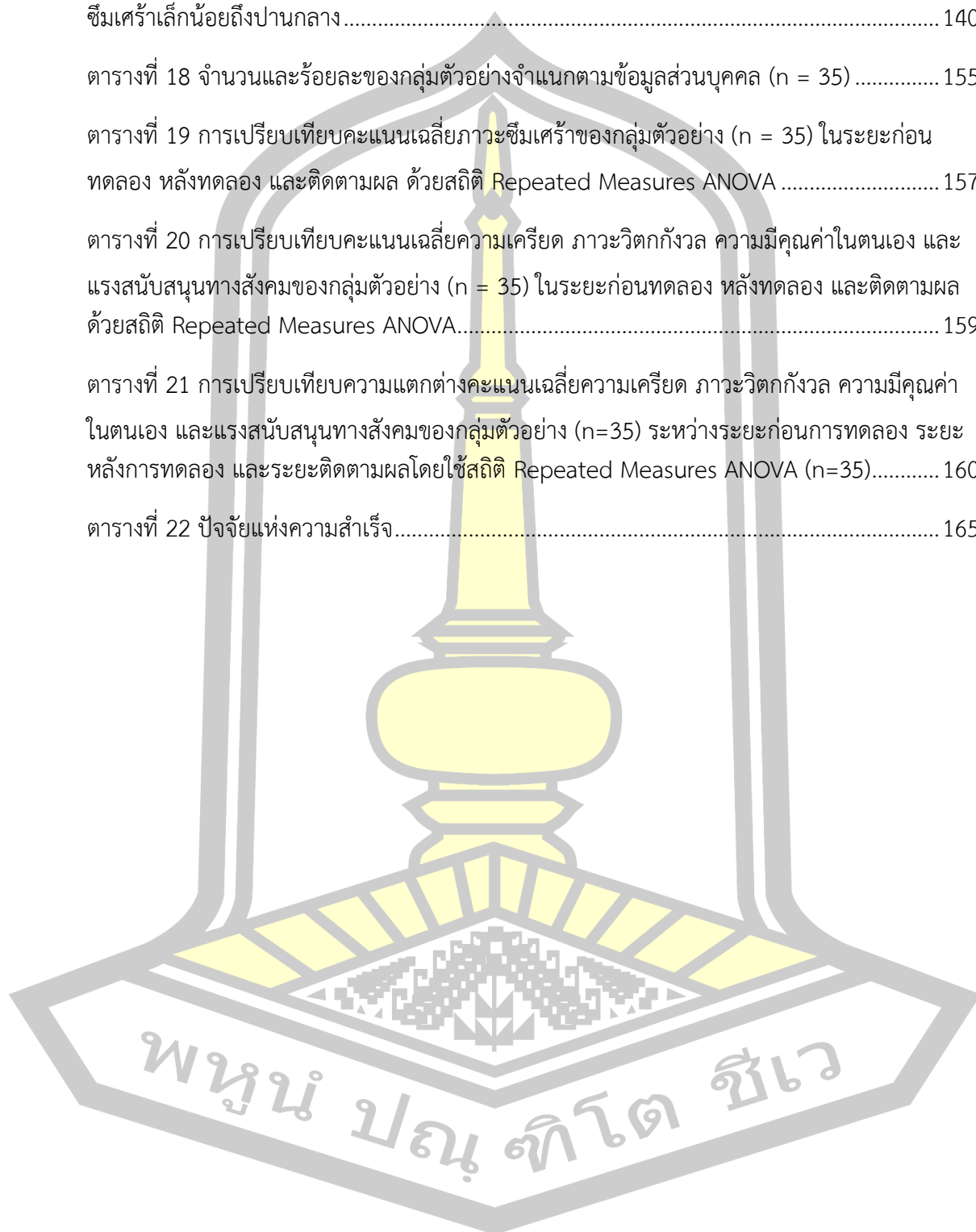
บรรณานุกรม.....	180
ภาคผนวก.....	192
ภาคผนวก ก เอกสารคำชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	193
ภาคผนวก ข หนังสือแต่งตั้งผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย.....	201
ภาคผนวก ค ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย.....	207
ภาคผนวก ง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์.....	209
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	211
ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรม.....	248
ภาคผนวก ช ขออนุญาตใช้เครื่องมือ.....	256
ประวัติผู้เขียน.....	261



สารบัญตาราง

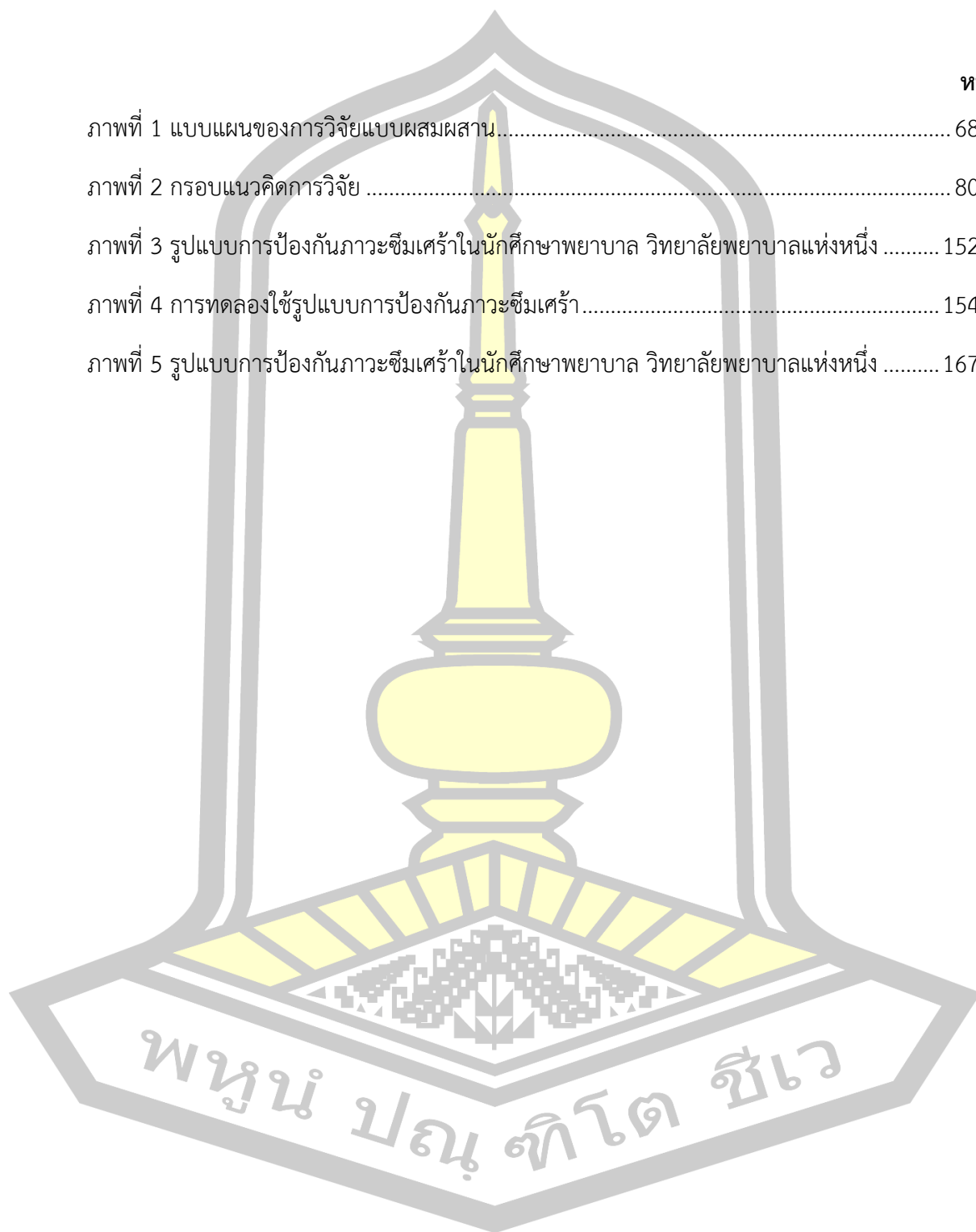
	หน้า
ตารางที่ 1 เครื่องมือการคัดกรองภาวะซึมเศร้าวัยรุ่นในประเทศไทย	35
ตารางที่ 2 การสู่มักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเข้ากลุ่มตัวอย่าง	86
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=572).....	101
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (n=572).....	103
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดฆ่าตัวตายใน 1 เดือนที่ผ่านมาและการเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา (n=572)	103
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละความเครียดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (n=572)	104
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับจำแนกตามระดับภาวะวิตกกังวล (n=572).....	104
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (n=572).....	105
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความมีคุณค่าในตนเอง (n=572).....	105
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความแข็งแกร่งในชีวิต (n=572)	106
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมองโลกในแง่ดี (n=572) ...	106
ตารางที่ 12 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)	107
ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)	111
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=48).....	115
ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=22).....	115
ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=8).....	116

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซีมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง.....	140
ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 35)	155
ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 35) ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA	157
ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 35) ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA.....	159
ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=35) ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA (n=35).....	160
ตารางที่ 22 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ.....	165



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสาน.....	68
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	80
ภาพที่ 3 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง	152
ภาพที่ 4 การทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า.....	154
ภาพที่ 5 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง	167



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยทั่วโลก สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย และเป็นการเจ็บป่วยทางจิต 1 ใน 10 ที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด ส่งผลกระทบต่อความพิการ รื้อรัง เป็นภาระทางสังคมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุข ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี ซึ่งแตกต่างจากอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นทั่วไปในชีวิตประจำวันที่เกิดได้ในช่วงสั้น ๆ ที่แปรผันตามสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยภาวะซึมเศร้าจะสามารถเกิดซ้ำได้ มีความรุนแรงมากกว่าอารมณ์เศร้า หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจส่งผลให้มีความรุนแรงของอาการจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า (World Health Organization [WHO], 2022; WHO, 2023) เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบด้านอารมณ์ คือ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย และท้อแท้ ผลกระทบด้านความคิด คือ มีความคิดโทษตนเอง ประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ มีความคิดฆ่าตัวตาย คิดช้า และลังเลในการตัดสินใจ ผลกระทบด้านร่างกาย คือ เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ร่างกายอ่อนเพลีย ทำร้ายร่างกายตนเองและฆ่าตัวตายสำเร็จ ผลกระทบด้านพฤติกรรม คือ แยกตัวจากสังคม และการทำหน้าที่ลดลงจนเกิดปัญหา คือ ความสามารถในการเรียน การทำงาน และการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนในการรับภาระดูแล รวมทั้งระบบสาธารณสุขและประเทศชาติในการเพิ่มงบประมาณ บุคลากรในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี (WHO, 2021; National Institute of Mental Health [NIMH], 2024)

ประชากรทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 280 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.80 ของประชากรทั่วโลก จากประชากรทั้งหมดทั่วโลกประมาณ 7.40 พันล้านคน ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (WHO, 2023) จากปัญหาภาวะซึมเศร้าพบปัญหาสำคัญที่ตามมาคือการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี ค.ศ 2024 มีจำนวน 727,000 คน ซึ่งเพิ่มจาก ปี ค.ศ 2021 ถึง 27,000 คน (WHO, 2021; WHO, 2025) พบความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าแบ่งตามภูมิภาคสามอันดับแรก พบในทวีปยุโรป ร้อยละ 6.30 ทวีปอเมริกาเหนือ ร้อยละ 5.90 และทวีปอเมริกาใต้ ร้อยละ 5.80 ตามลำดับ (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023) ส่วนในทวีปเอเชียพบ ร้อยละ 3.20 แต่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรคทางสุขภาพจิตคิดเป็น ร้อยละ 37.20 หรือ 1 ใน 3 ของภาระโรคทางสุขภาพจิต ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข (World Population Review, 2025)

ภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 1.50 ล้านคน เพศหญิงมีอัตราการป่วยมากกว่าเพศชาย แต่อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง พบมีสถิติพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น โดยพบชั่วโมงละ 6 คน หรือทั้งปีมากกว่า 53,000

คน และฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 4,000 คน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย แต่ได้เข้ารับการรักษาเพียงร้อยละ 28 (กรมสุขภาพจิต, 2565) ปี พ.ศ. 2566 ประชากรไทยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 16.80 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566) พ.ศ. 2567 เพิ่มเป็นร้อยละ 17.20 และยังคงประสบปัญหาเรื่องการเข้ารับรักษาในระบบสุขภาพ จากสถิติภาวะซึมเศร้า พ.ศ. ปี 2565-2567 ซึ่งให้เห็นว่าประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นและมีปัญหาการเข้ารับการรักษาโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2567)

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายเป็นอันดับที่ 4 ในประชากรวัยรุ่นทั่วโลก วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้าถึง 2-3 เท่า (WHO, 2021) ซึ่งปัญหาพบมากในวัยรุ่นตอนปลายกลุ่มนักเรียนระดับอุดมศึกษาที่มีการปรับตัวในหลายด้านทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนในหลักสูตรอุดมศึกษา ซึ่งมีความยากและแตกต่างจากระดับชั้นมัธยมศึกษาเพราะเนื้อหาการเรียนมีความลึกซึ้งขึ้นมีการมุ่งเน้นในเชิงอาชีพตามสาขาการเรียน ต้องมีความรับผิดชอบสูง ทั้งยังเป็นวัยที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายๆ ด้าน เช่น การพึ่งตนเอง ปรับตัวต่อการเรียน เพื่อน ปัญหาความรัก หากมีความเครียดสะสมอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายตามมา (WHO, 2021) พบสถิติภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาทั่วโลกในระหว่าง พ.ศ. 2544-2553 ร้อยละ 24.00 เพิ่มเป็นร้อยละ 37.00 ในระหว่าง พ.ศ. 2554-2563 (Shorey, Debby & Wong, 2021) วัยรุ่นในกลุ่มนักศึกษาของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบสถิติภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 42.40 การฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.00-8.00 โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมักถูกมองข้าม ทำให้ส่งผลกระทบต่อการศึกษา สุขภาพทั่วไป และความสัมพันธ์ทางสังคม แต่วัยรุ่นไม่สมัครใจที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เนื่องจากความกังวลเรื่องการถูกตีตราและขาดความรู้ในการดูแลตนเองแม้จะศึกษาในระดับอุดมศึกษา (Dessauvagie, Dang, Nguyen & Groen, 2022) และในประเทศไทยข้อมูลจากสถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2565) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นนักศึกษาจากมหาวิทยาลัย 15 แห่ง ทั่วประเทศ พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30.00 เคยคิดฆ่าตัวตายอยู่บ่อยครั้งถึงตลอดเวลา ร้อยละ 4.30 ได้เคยลงมือทำร้ายร่างกายตนเอง ร้อยละ 12.00 และลงมือทำร้ายร่างกายตนเองบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา ร้อยละ 1.30 โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีอัตราภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่านักศึกษาคณะอื่น ๆ (สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยนักศึกษาพยาบาลถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่นักศึกษาพยาบาลต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัย ความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดจากความยุ่งยากในเนื้อหาการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ซึ่งต้องสัมผัสความเจ็บป่วยที่มีความหลากหลายของอาการ ทั้งในระยะฉุกเฉิน วิกฤติ เรื้อรัง และสัมผัสความเจ็บปวดและการตายของผู้ป่วยเป็นประจำ (ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนันทน์ คล่องดี และสุรชัย เจริญ, 2563; สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) การเรียนการสอนที่มีความเข้มงวดเพราะต้องให้การพยาบาลที่ต้องกระทำกับผู้ป่วยโดยตรง การปฏิบัติงานมีผลต่อความปลอดภัยของ

ผู้ป่วย ต้องใช้ความระมัดระวัง ความรับผิดชอบสูง ชยัน เสียสละ ความอดทน ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเรื้อรัง หากไม่สามารถปรับตัวในด้านต่างๆ ที่กล่าวมาได้จะส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะ ซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อตามมาต่อนักศึกษาพยาบาล คือ ปัญหาสุขภาพร่างกาย ปัญหาการ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มองคุณค่าในตนเองลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ อารมณ์เศร้าหรือ แปรปรวน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเรียนลดลง เกิดปัญหาเรียนซ้ำชั้น พักการเรียน และลาออกระหว่างเรียน รวมทั้งมีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย (ธนพล บรรดาศักดิ์ และ คณะ 2564) นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมด้านลบที่พบมาควบคู่กับภาวะซึมเศร้า คือ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (Ramón-Arbués, 2023) อีกทั้งยังกระทบต่อการสื่อสารกับผู้ป่วยระหว่างการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมีผล ต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการให้การพยาบาล (Aloufi, Jaden, Gerdtz & Kapp, 2021)

การศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากทั่วโลกจากการทบทวนอย่างเป็นระบบจาก งานวิจัย 27 เรื่อง ในปี พ.ศ 2558 พบนักศึกษาพยาบาลมีความชุกภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 34.00 โดย ภูมิภาคเอเชียสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ ร้อยละ 43.00 (Tung, Lo, Ho & Tam, 2018) ในปี 2567 จาก การทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 12 เรื่องพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความชุกภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.00 ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Quesada-Puga et al., 2024) และการศึกษา ภาวะซึมเศร้าในประเทศต่างๆ ทั่วโลกพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ดังนี้ ประเทศเนปาลพบร้อยละ 46.00 ประเทศซาอุดีอาระเบียพบ ร้อยละ 65.10 (Aljohani et al., 2024) ประเทศมาเลเซียพบ ร้อยละ 33.60 (Arifin et al., 2022) ประเทศแคเมอรูนพบ ร้อยละ 26.40 (Mboua et al., 2020) ประเทศกานาพบ ร้อยละ 58.0 (Azongo et al., 2022) ประเทศบราซิลพบ ร้อยละ 40.00 (Silva et al., 2021) ประเทศเวียดนามพบ ร้อยละ 21.50 ซึ่งจากสถิติแสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ทั่วโลก

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรม ราชชนก ทุกภูมิภาคทั่วประเทศไทย พบว่านักศึกษาพยาบาล 1 ใน 2 มีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับ เล็กน้อยถึงรุนแรง ร้อยละ 51.03 มีภาวะซึมเศราระดับเล็กน้อย ร้อยละ 28.33 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.04 ระดับมาก ร้อยละ 8.33 ระดับรุนแรง ร้อยละ 3.33 (อัจฉรา คำมะতিย์ และกิตติพร เนาวส์สุวรรณ, 2565) และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรม ราชชนกภูมิภาคหนึ่งในประเทศไทย ปีการศึกษา 2567 พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.33 (นิศารัตน์ นรสิงห์ และจิรภา แก้วเขียว, 2567) โดยพบว่าบริบทของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรม ราชชนกมีความแตกต่างจากมหาวิทยาลัย คือ ภาวะเครียดที่เคร่งครัดเกี่ยวกับการแต่งกาย ภาวะเครียด การอยู่ร่วมกัน ภาวะเครียดหอบหืด การพักอาศัยในหอพักร่วมกันทุกชั้นปี และระบบรุ่นพี่ดูแลน้อง ซึ่งมี ผลก่อให้เกิดความเครียดในนักศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำมาสู่ภาวะซึมเศร้า (วิไลพร ขำวงษ์, สุดคณิง ปลั่งพงษ์พันธ์ และทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2559)

ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศหญิง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำ อายุุน้อย เช่น นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ทศนคติหรือความพึงพอใจต่อการเรียนพยาบาล (Sonmez, Akdemir,

Meydanlioglu, & Aktekin, 2023; กรวิกา บวชชุม และคณะ, 2565) สถานภาพบิดามารดาหย่าร้าง หรือเสียชีวิต (ปิยะ ทองบาง, 2562) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ คือ ความไม่เพียงพอของรายได้ของครอบครัว (Liu, Guo, Zhang, & Gao, 2022) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (กมลนันธ์ คล่องดี และสุรัชย์ เณียง, 2564) ความมีคุณค่าในตนเอง (สุหทัย โตสังวาล, 2564) ความแข็งแกร่งในชีวิต การมองโลกในแง่ดี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thanoi et al., 2010) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก คือ ความเครียด (นัยนา สุแพง, นันธิณีย์ วังนันท์, จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์ และมณฑิรา ชนะกาญจน์, 2564) ภาวะวิตกกังวล (Ross et al., 2014; ของนฤมล สมรรถเสวี และโสภณ แสงอ่อน, 2558) โดยปัจจัยที่มักพบร่วมกันบ่อยกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลคือความเครียดและภาวะวิตกกังวล ซึ่งทั้งสองปัจจัยสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า หากปล่อยให้เรื้อรังไม่มีการจัดการที่เหมาะสม (Aloufi, Jaden, Gerdtz & Kapp, 2021) และปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ ปัญหาภาวะสุขภาพ (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564) และการออกกำลังกาย (Zhao et al., 2023)

จากการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมาพบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ด้านตัวนักศึกษา คือ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงการรักษาน้อยจากความรู้สึกลัวถูกตีตราและมองว่าอ่อนแอ ไม่เหมาะสมกับวิชาชีพ ไม่ทราบว่ามีการบริการทางด้านสุขภาพจิตหรือบางคนไม่ทราบขั้นตอนการเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพจิตของสถานศึกษา ด้านสถาบันการศึกษา คือ นโยบายในการป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่ชัดเจน ขาดระบบกลไก ความต่อเนื่องในคัดกรอง จำนวนบุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพจิตมีน้อย มีข้อจำกัดในด้านสถานที่ในการให้บริการที่เป็นส่วนตัว (Zhou et al., 2023; Makau, 2024; Efstathiou et al., 2025) มีข้อเสนอแนะที่ควรมีการปรับปรุง คือ ควรจัดการแรงกดดันที่เป็นสาเหตุเฉพาะที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญ เช่น ความเครียดและภาวะวิตกกังวลจากการเรียน โดยเฉพาะการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ความต้องการการสนับสนุนจากเพื่อน (peer support) (Chernomas & Shapiro, 2013) และการบริหารจัดการเวลาที่มีประสิทธิภาพ (Kim & Park, 2022) ลดการตีตราจากการเข้ารับการรักษา เน้นความเป็นส่วนตัว และใช้รูปแบบผสมผสานในการป้องกันภาวะซึมเศร้า (Liu, Guo, Zhang & Gao, 2022) อาจารย์พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ที่ส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ (psychological safety) และพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligence) แก่นักศึกษา (Isac & Abraham, 2016; Stubin et al., 2023) อีกทั้งควรมีการประเมินผลและการติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ และในด้านความต้องการของนักศึกษาพยาบาลพบว่านักศึกษาต้องการการฝึกมองโลกในแง่บวก การสนับสนุนและการช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว อาจารย์พยาบาล การจัดกิจกรรมนันทนาการและแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนด้านสุขภาพจิตจากสถาบันการศึกษาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (สุรัชย์ เณียง, ปารีชาติ เมืองขวา และกมลนันธ์ คล่องดี, 2564)

นอกจากนี้ยังพบปัญหาภาวะซึมเศร้าได้มีการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมหรือรูปแบบเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม มีความหลากหลายในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยมีขั้นตอนหลักการคล้ายกัน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและการคัดกรองปัญหาทางจิต ขั้นตอนที่ 2 การจัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันปัญหา

สุขภาพจิต ขึ้นตอนที่ 3 ประเมินผล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (วิรมณ กาสีวงศ์ และสุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์, 2565) การส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ในหลักสูตรการพยาบาล การส่งเสริมการปรับตัวและการจัดการความเครียด (Diffley & Duddle, 2022; Gause et al., 2024) การใช้เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดและการสนทนาแบบกลุ่ม และทักษะการจัดการกับปัญหา (Hart et al., 2023) การจัดการความเครียดที่เน้นลดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัญหาและส่งเสริมกลยุทธ์การแก้ปัญหา (Problem-solving strategies) เนื่องจากพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสัมพันธ์กับความเสียหายของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น (Lee, 2017; Joseph & Devu, 2021; Joseph & Devu, 2021) การใช้สติบำบัด (mindfulness) และการดูแลตนเอง (self-care) และการเมตตาต่อตนเอง (self-compassion) (Quatraro et al., 2024; Osman et al., 2024; Burton et al., 2022) ซึ่งการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมหรือรูปแบบเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมาส่วนใหญ่สร้างจากการนำแนวคิดและทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ ยังขาดการศึกษาสภาพปัญหาจากบริบทพื้นที่ของสถานศึกษาที่อาจมีความแตกต่างกัน และยังพบปัญหาการจัดการความเครียดและความวิตกกังวลขณะเรียนที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Chernomas & Shapiro, 2013) ปัญหาการจัดการการติดตามจากการบริการ (Liu, Guo, Zhang & Gao, 2022) การขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบในหลักสูตรการเรียนการสอน ขาดการสนับสนุนจากสถาบันการศึกษาในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และขาดการประเมินผล การติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการลดความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเสนอแนะให้ทำกิจกรรมที่ลดทั้งสามปัจจัยร่วมกัน โดยการฝึกสติบำบัด (mindfulness) (Aloufi, Jaden, Gerdtz & Kapp, 2021)

วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นอีกหนึ่งสถาบันที่พบปัญหานักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าในขณะเรียน โดยปีการศึกษา 2564 พบว่านักศึกษามีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ร้อยละ 51.00 โดยแบ่งเป็นระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 39.18 และระดับรุนแรง ร้อยละ 11.82 และมีนักศึกษาที่ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 7 คน (งานสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง, 2565) ปีการศึกษา 2565 พบสถิติภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง ร้อยละ 34.96 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 24.81 และภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 10.15 และมีนักศึกษาที่ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน ในจำนวนนี้พบว่ามีจำนวน 2 คนที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรงต้องพักการเรียนกลางคันเพื่อรักษาตัว โดยที่หนึ่งในนั้นมีความคิดและความพยายามในการฆ่าตัวตายต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แม้ว่าพ.ศ 2565 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงแต่ก็ยังมีค่าเฉลี่ยสูงกว่านักศึกษาพยาบาลของประเทศไทยและมีแนวโน้มของผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและมีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น (วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง, 2566) จากข้อมูลการศึกษานำร่อง (Pilot Study) โดยการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จากการใช้แบบสอบถามออนไลน์ เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา การวิเคราะห์เนื้อหา (Content

Analysis) โดยการอธิบาย ดีความ สร้างข้อสรุป ด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และจากการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลจากอาจารย์ จำนวน 13 คน และนักศึกษา จำนวน 36 คน ในเดือน เมษายน 2566 โดยใช้กรอบของโดนาเบดีอัน (Donabedian, 2003) ซึ่งนิยมในการนำมาประเมินคุณภาพของบริการสุขภาพ มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) พบว่า ด้านโครงสร้าง ยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับระบบกลไก แผนงาน โครงการ แนวทางการปฏิบัติและคู่มือในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระบบเน้นเชิงรับในการดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้ารุนแรง ด้านกระบวนการ พบว่าเวลาว่างของอาจารย์ที่ปรึกษาและนักศึกษาในช่วงพักอาจารย์ที่ปรึกษาไม่ตรงกัน ปัญหาความเครียดจากการเรียน โดยเฉพาะการปฏิบัติงาน ความกังวลจากการติดตามการรับบริการสุขภาพจิต ด้านผลลัพธ์ ปัญหาภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มในการพัฒนาจากภาวะซึมเศร้าไปเป็นโรคซึมเศร้าสูงขึ้น จาก 7 คน เป็น 10 คน ในการประเมินผลขาดความต่อเนื่องในการติดตามอาการและแบบประเมินที่ใช้ คือ GHQ-28 มีข้อจำกัดในการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า (ปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี, 2566)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมองเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการตามบริบทของพื้นที่และนำรูปแบบไปทดลองใช้ให้เกิดประโยชน์ เกิดคุณค่าต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลและนำไปขยายผลให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทยเป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย
- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย ที่เป็นประโยชน์ด้านวิชาการและด้านการปฏิบัติ ดังนี้

1.4.1 สะท้อนสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ช่วยเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลต่อไป ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษา อาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษา รวมทั้งการพัฒนาหลักสูตรการศึกษพยาบาลและการวิจัยในอนาคต

1.4.2 ได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง รวมทั้งเกิดข้อค้นพบใหม่ของการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลอื่นสามารถนำข้อมูลนี้เพื่อนำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

1.4.3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและการเรียนรู้รวมทั้งการปฏิบัติงานการพยาบาลในอนาคต

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยในระยะที่ 1 แบบการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย การวิจัยในระยะที่ 2 แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย เพื่อให้การศึกษาตรงตามประเด็นที่กำหนดและเหมาะสมกับเวลาที่ทำการศึกษา จึงกำหนดขอบเขตการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย

การศึกษาครั้งนี้ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยในระยะที่ 1 แบบการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย การวิจัยในระยะที่ 2 แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) และการจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman

(1984) การจัดการภาวะวิตกกังวลของ (Beck & Emery, 1985) รวมทั้งการประเมินประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลหลังการพัฒนาเกี่ยวกับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล คือ ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ทัศนคติ การเรียนพยาบาล ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมกับเพื่อน ครอบครัว และอาจารย์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอ และเงินที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง ความเพียงพอ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้า หรือโรคซึมเศร้า ภาวะสุขภาพ และการออกกำลังกาย

-สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย และผลกระทบที่เกิดขึ้น

-บริบทที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า ศึกษาบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล เช่น นโยบายและแนวปฏิบัติที่มีอยู่ การสนับสนุนทางสังคม และทรัพยากรที่มี

-ความต้องการของนักศึกษาพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง สำนวจความต้องการและความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ ผู้บริหารวิทยาลัย นักศึกษา และผู้ปกครอง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า

-การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งโดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 คือ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ความต้องการของนักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) และการจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) การจัดการภาวะวิตกกังวลของ (Beck & Emery, 1985)

-การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งหลังการพัฒนา ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น โดยครอบคลุมการประเมินการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า คือ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

1.5.2 ขอบเขตพื้นที่ในการวิจัย คือ วิทยาลัยพยาบาลพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย

1.5.3 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย ในปีการศึกษา 2566 และปีการศึกษา 2567

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

1.5.3.1 ประชากรสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ
ประชากรประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2566

จำนวน 586 คน

1.5.3.2 กลุ่มเป้าหมายสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้ารวม 70 คน ดังนี้

- นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 (ชั้นปีละ 10 คน) รวมจำนวน 40 คน
- รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ จำนวน 1 คน
- รองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการนักศึกษา จำนวน 1 คน
- ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 คน
- อาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 10 คน
- อาจารย์ประจำชั้น (ชั้นปีละ 1 คน) จำนวน 4 คน
- อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน
- ผู้ปกครองของนักศึกษา (ชั้นปีละ 3 คน) จำนวน 12 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

1.5.3.3 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนารูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างรวม 37 คน ประกอบด้วย

- นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 8 คน
- คณะกรรมการสโมสรนักศึกษา จำนวน 5 คน
- ประธานชั้นปี ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 4 คน
- รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ จำนวน 1 คน
- รองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการนักศึกษา จำนวน 1 คน
- ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 คน
- อาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 10 คน
- อาจารย์ประจำชั้น (ชั้นปีละ 1 คน) จำนวน 4 คน
- อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน

1.5.3.4 กลุ่มเป้าหมายสำหรับการศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลหลังการพัฒนา

นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 35 คน

1.5.4.5 ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2567 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ณ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย ปีการศึกษา 2566 และปีการศึกษา 2567

1.6.2 อารมณ์เศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้า ไม่สบายใจ หรือหดหู่ ที่เกิดขึ้นเป็นปกติในชีวิตประจำวัน มักมีสาเหตุมาจากการสูญเสีย ความล้มเหลว ความผิดหวัง โดยระยะเวลาไม่ถึง 2 สัปดาห์ตั้งแต่เริ่มมีอาการเศร้า

1.6.3 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการเด่น และส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม โดยมีอาการอย่างน้อย 5 อาการ จาก 9 อาการ ได้แก่ (1) เบื่อ ไม่สนใจหรือไม่อยากทำอะไรเลย (2) รู้สึกเศร้า หดหู่ หรือสิ้นหวัง (3) นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป (4) รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีพลังงาน (5) เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป (6) รู้สึกแย่กับตัวเอง รู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง (7) มีสมาธิลดลง (8) พุดหรือเคลื่อนไหวช้าลงอย่างเห็นได้ชัดหรือกระสับกระส่ายจนคนรอบข้างสังเกตได้ และ (9) มีความคิดอยากตาย โดยมีคะแนนรวมจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ตั้งแต่ 5-14 คะแนน เป็นระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ นับตั้งแต่เริ่มมีอาการเบื่อ ไม่สนใจหรือไม่อยากทำอะไรเลยหรือรู้สึกเศร้า หดหู่ หรือสิ้นหวัง โดยไม่เข้าอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 คือรหัส F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4 และ F33.9

1.6.4 โรคซึมเศร้า หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยมีอาการตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 คือ F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4 และ F33.9

1.6.5 การป้องกันภาวะซึมเศร้า หมายถึง การดำเนินงานเพื่อลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางที่ไม่มีความเสี่ยงต่ำในการฆ่าตัวตาย ในการป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) คือ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้ารายใหม่จากการประเมินตนเองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ที่มีคะแนน 5-14 คะแนน จากนั้นให้การป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Tertiary Prevention) คือ การเข้าร่วมทำกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ (Rosenberg, 1965) การจัดการความเครียด Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการภาวะวิตกกังวล (Beck & Emery, 1985)

1.6.6 ความเครียด หมายถึง สภาวะทางอารมณ์และร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายหรือคุกคาม ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่สบายใจ กัดค้น หรือคับข้องใจ

1.6.7 ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หรือหวาดกลัว โดยไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและอารมณ์

1.6.8 ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินตนเองโดยรวม ซึ่งสะท้อนถึงทัศนคติของบุคคลต่อตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ส่วนตัว การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และการเปรียบเทียบตนเองตามความเป็นจริงกับตนเองในอดีต ความมีคุณค่าในตนเองแสดงออกผ่านคำพูดและพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสามารถ ความสำเร็จ การยอมรับ และการพึ่งพาตนเอง

1.6.9 ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวจากความยากลำบากหรือสถานการณ์ที่ท้าทาย โดยยังคงรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมภายนอก (I have) ความเข้มแข็งภายในบุคคล (I am) และความสามารถที่บุคคลมี (I can)

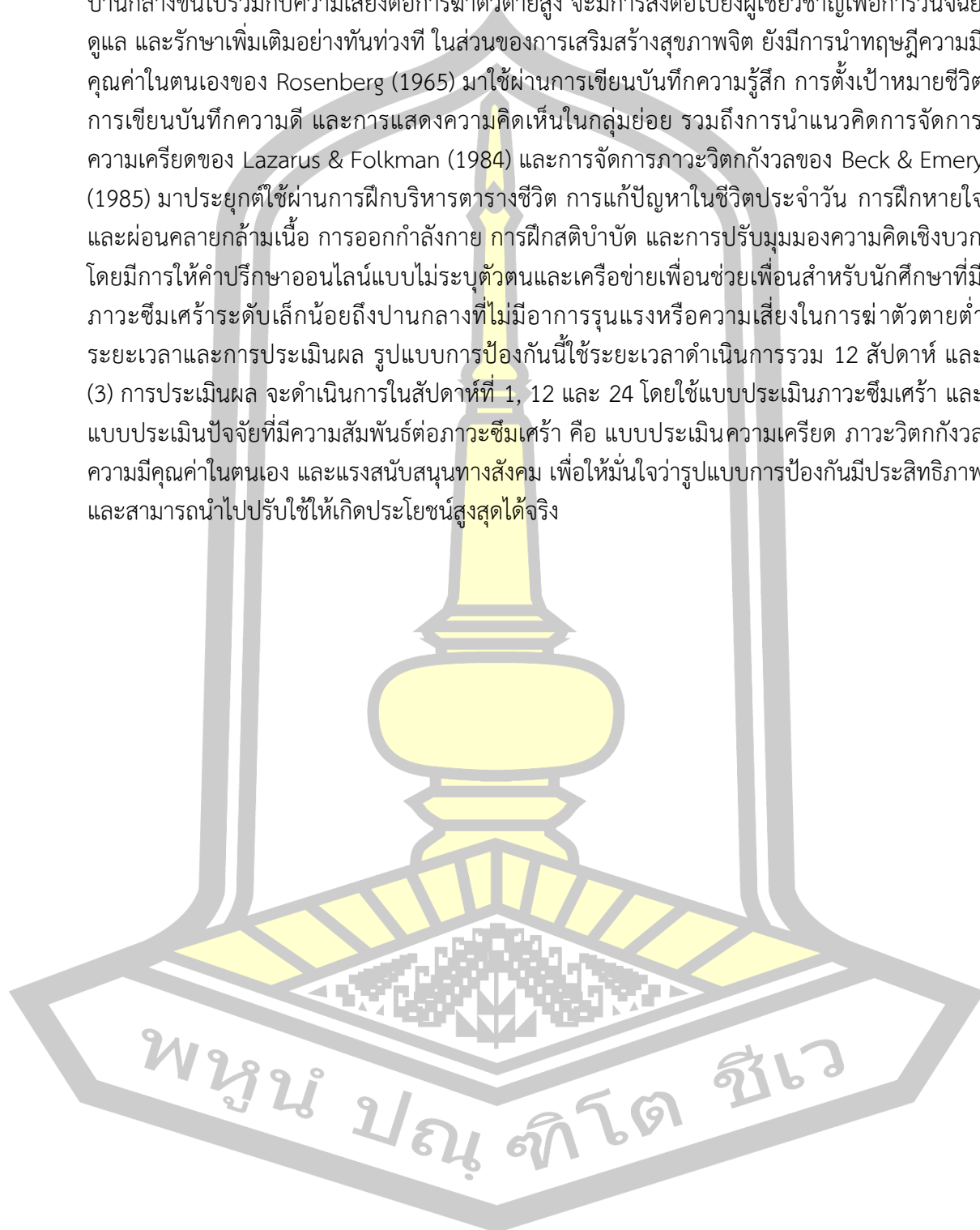
1.6.10 การมองโลกในแง่ดี หมายถึง แนวโน้มของบุคคลในการคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีในอนาคต และเชื่อว่าตนเองสามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

1.6.11 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากผู้อื่นในรูปแบบของข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ การเงิน การช่วยเหลือทางกายภาพ และการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การยอมรับ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

1.6.12 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นแผนการดำเนินงานที่มีโครงสร้างชัดเจน มุ่งเน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล โดยได้รับการพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความต้องการเฉพาะตามบริบทปัญหา ซึ่งในการพัฒนารูปแบบนี้ ได้มีการเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วนเข้าร่วม ได้แก่ ตัวแทนนักศึกษา, ตัวแทนคณะกรรมการชั้นปี, ตัวแทนสโมสรนักศึกษา, อาจารย์ประจำชั้น, ตัวแทนอาจารย์ที่ปรึกษา, ตัวแทนอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต และตัวแทนผู้บริหารวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนและกิจกรรมการป้องกัน รูปแบบการป้องกันประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ (1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการแบ่งกลุ่ม ในระยะเริ่มต้นเพื่อแยกนักศึกษาตามระดับภาวะซึมเศร้าและจัดให้ได้รับการป้องกันที่เหมาะสม (2) การทำกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งครอบคลุมหลายแนวทาง โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) กิจกรรมหลักได้แก่ การทำกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมจับคู่ Buddy และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน การให้คำปรึกษาออนไลน์แบบไม่ระบุตัวตน และการติดตามอาการทั้งในกิจกรรมกลุ่มและผ่านระบบออนไลน์ นอกจากนี้ยังมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช พร้อมทั้งเผยแพร่ความรู้ผ่านคู่มือการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจในหมู่นักศึกษา อาจารย์ประจำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มจะให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อเสนอแนะเพื่อการ

ปรับปรุงพัฒนาตนเอง รวมถึงการสะท้อนความรู้สึกในชั่วโมงกิจกรรม และเมื่อมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปพร้อมกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง จะมีการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเพื่อการวินิจฉัยดูแล และรักษาเพิ่มเติมอย่างทันท่วงที ในส่วนของการเสริมสร้างสุขภาพจิต ยังมีการนำทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) มาใช้ผ่านการเขียนบันทึกความรู้สึก การตั้งเป้าหมายชีวิต การเขียนบันทึกความดี และการแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อย รวมถึงการนำแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการภาวะวิตกกังวลของ Beck & Emery (1985) มาประยุกต์ใช้ผ่านการฝึกบริหารตารางชีวิต การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การฝึกหายใจ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การฝึกสติบำบัด และการปรับมุมมองความคิดเชิงบวก โดยมีการให้คำปรึกษาออนไลน์แบบไม่ระบุตัวตนและเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่ไม่มีอาการรุนแรงหรือความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายต่ำ ระยะเวลาและการประเมินผล รูปแบบการป้องกันนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการรวม 12 สัปดาห์ และ (3) การประเมินผล จะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 12 และ 24 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า คือ แบบประเมินความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบการป้องกันมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้จริง



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย ในการดำเนินการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการออกแบบและพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้มีความสมบูรณ์ และสอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ในการนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และรวบรวมเอกสารทางวิชาการ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับหัวข้อการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนแนวทางในการป้องกันและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายอย่างรอบด้าน โดยเนื้อหาในบทนี้ประกอบด้วยประเด็นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

- 2.1 ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล
- 2.2 การป้องกันภาวะซึมเศร้า
- 2.3 ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเอง
- 2.4 ทฤษฎีความแข็งแกร่งในชีวิต
- 2.5 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.6 ทฤษฎีความเครียด
- 2.7 ทฤษฎีความวิตกกังวล
- 2.8 ทฤษฎีการมองโลกในแง่ดี
- 2.9 บทบาทหน้าที่ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง
- 2.10 วิจัยแบบผสมผสาน
- 2.11 วิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.13 กรอบแนวคิดการวิจัย

เนื้อหาในบทนี้จะนำเสนอการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแต่ละประเด็น โดยมุ่งเน้นถึงสาระสำคัญ ทฤษฎี และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงแนวคิดดังกล่าวเข้ากับวัตถุประสงค์และแนวทางการวิจัยของการศึกษารุ่นนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

2.1.1 นิยามของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตใจที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ โดยมีลักษณะเฉพาะคือภาวะอารมณ์เชิงลบที่คงอยู่ต่อเนื่อง การบิดเบือนทางความคิด และความผิดปกติใน

การทำงานของระบบสรีรวิทยาและพฤติกรรม แบบจำลองทางปัญญาในปัจจุบัน ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีพื้นฐานของเบ็ค (Beck) ยืนยันว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสม เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง การมองโลกในแง่ร้าย และความรู้สึกไร้ความสามารถ (Gottlib & Joormann, 2020) การบิดเบือนทางความคิดเหล่านี้ เช่น การคิดถึงหายนะ (catastrophizing) หรือการประเมินตนเองในเชิงลบ จะส่งเสริมอาการซึมเศร้าโดยการทำให้ความทุกข์ทางอารมณ์ การถอนตัวทางพฤติกรรม และการลดลงของการมีส่วนร่วมทางสังคมคงอยู่ต่อไป ตัวอย่างเช่น บุคคลที่คิดอย่างต่อเนื่องว่า "ฉันไม่เพียงพอ" อาจถอนตัวจากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งจะทำให้ความโดดเดี่ยวและอาการซึมเศร้าทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น

ภาวะซึมเศร้าเป็นการควบคุมอารมณ์ที่บกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความไม่สามารถที่จะละทิ้งสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์เชิงลบ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะซึมเศร้าที่คงอยู่ การวิจัยเชิงประจักษ์สนับสนุนมุมมองนี้ โดยแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแสดงให้เห็นถึงความยากลำบากในการเปลี่ยนความสนใจออกจากประสบการณ์เชิงลบ ซึ่งขยายความทุกข์ทางอารมณ์และยืดเยื้อระยะเวลาของภาวะซึมเศร้า (Joormann & Stanton, 2020)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางประสาทเคมีและประสาทชีววิทยาที่เป็นพื้นฐานของภาวะซึมเศร้า หลักฐานปัจจุบันเน้นย้ำถึงความไม่สมดุลในสารสื่อประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซโรโทนิน นอร์เอพิเนฟริน และโดปามีน ซึ่งมีส่วนสำคัญต่ออาการซึมเศร้า (Duman et al., 2020)

ภาวะซึมเศร้าเป็นมากกว่าความเศร้าชั่วคราว โดยอธิบายว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะคือช่วงเวลาที่อารมณ์ต่ำและสูญเสียความสนใจหรือความสุข (anhedonia) ตามการประมาณการของ WHO ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อบุคคลประมาณ 280 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งบั่นทอนการทำงานประจำวันอย่างมีนัยสำคัญในด้านต่างๆ เช่น การนอนหลับ ความอยากอาหาร สมาธิ และผลผลิตโดยรวม การประเมินทางเศรษฐกิจแสดงให้เห็นถึงผลกระทบทางสังคมที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า โดยเน้นย้ำถึงค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง และอัตราการขาดงานที่สูงขึ้น (WHO, 2022)

ภาวะซึมเศร้าเป็นความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง โลก และอนาคต การเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ มีผลทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ความผิดปกติด้าน ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิดกกังวล มองโลกในแง่ลบ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด (นันทิรา หงษ์สุวรรณ, 2559)

โดยสรุป การกำหนดนิยามของภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องมีแนวทางบูรณาการที่สังเคราะห์ทฤษฎีทางปัญญา การควบคุมอารมณ์ ชีววิทยา และสังคมวัฒนธรรม การทำความเข้าใจภาวะซึมเศร้าผ่านเลนส์หลายแง่มุมนี้ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัย ประสิทธิภาพในการรักษา และผลลัพธ์โดยรวมสำหรับบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากความผิดปกติที่ซับซ้อนนี้ การวิจัยอย่างต่อเนื่องและ

การบูรณาการข้ามกรอบทฤษฎีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและไวต่อวัฒนธรรม

2.1.2 แนวคิดและทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้า

การเกิดภาวะซึมเศร้ามีการอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแบ่งออกได้เป็น 4 สาเหตุ ตามทฤษฎีทางจิตวิทยา ดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความล้มเหลวด้านสัมพันธภาพในวัยเด็ก การใช้กลไกการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม การไม่ได้รับการยอมรับจึงทำให้นุชนั้นมีบุคลิกภาพที่ไม่มั่นคง จนเกิดความผิดปกติของควมมีคุณค่าของตนเอง มีอารมณ์เศร้าตามมา (Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจมีการหักเหความโกรธ ความก้าวร้าวเข้าหาตนเอง ซึ่งเกิดจากการสูญเสียหรือพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักบุคคลสำคัญในชีวิต (Significant object) การสูญเสียความมั่นคงในตนเอง (Collapse of Self-esteem) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) โดยภาวะซึมเศร้าเกิดจากประเด็นต่อไปนี้

- ความรู้สึกที่หันเข้าหาตัวเอง (Anger Turned Inward) เกิดจากการตอบสนองต่อการสูญเสียในความเป็นจริงหรือการสูญเสียในมโนภาพ (Real of Fantasy) ซึ่งการสูญเสียนั้นก่อให้เกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน ระหว่างความรู้สึกรักและความรู้สึกโกรธ แต่ไม่สามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้ เนื่องจากกลัวว่าจะถูกปฏิเสธจึงหันความโกรธนั้นเข้าหาตัวเอง บุคคลจึงเลือกใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเอง (Introjections) เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งการรับรู้ต่อความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

- ความเจ็บปวดที่เกิดจากการแยก/พลัดพราก (traumatic separation) จากสิ่งที่ตนเองยึดติด (object of attachment) ในแนวคิดนี้เชื่อว่าการยึดติดกับบุคคลจะเริ่มตั้งแต่วัยเด็กเล็ก จะส่งผลต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในอนาคต ถ้าการยึดติดนี้มีปัญหา เช่น มีการสูญเสียหรือความสัมพันธ์กับแม่ไม่ดีจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งความรู้สึกเจ็บปวดนี้จะป็นปัจจัยให้เกิดอารมณ์เศร้าในอนาคต

- การสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง (loss of self-esteem) แนวคิดนี้เชื่อว่า โดยธรรมชาติแต่ละคนจะมีการหลงรักตัวเอง (Narcissism) ว่าตนเองเก่ง มีความสามารถ มีคนรัก ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของอุดมคติหรือเป้าหมายของอัตตา (Self) ฉะนั้นเมื่อมีอะไรก็ตามที่ทำให้บุคคลไปไม่ถึงเป้าหมายหรืออุดมคติที่ตนตั้งไว้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ไม่มีความสามารถ รู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ รู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์และความรู้สึกภาคภูมิใจตนเองหายไป จนเกิดเป็นอารมณ์เศร้า

- การครอบงำของบุคคลอื่น (Dominant other) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าการที่บุคคลมีความคิดว่าตนเองอยู่หรือทำสิ่งต่าง ๆ นั้นเพื่อคนอื่น ซึ่งคนอื่นดั่งกล่าวนั้นไม่ได้แสดงว่าพึงพอใจในสิ่งที่ตนทำไป ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเอง ไม่บรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการ ทำให้รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์ จนทำให้มีอารมณ์เศร้าตามมา

- ไม่สามารถมีพัฒนาการผ่านสภาพการณ์ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (depressive position) แนวคิดนี้เชื่อว่า ทารกอายุ 6 เดือนแรก จะมีความก้าวร้าวจะโทษว่าความไม่สะดวกสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองล้วนมีสาเหตุมาจากแม่ที่ดูแล แต่เมื่อทารกโตขึ้น ทารกก็จะเริ่ม

ตระหนักว่าที่จริงแล้วแม่สามารถทำให้ตนมีทั้งความสะดวกสบายและความคับข้องใจ ถ้าปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปกติทารกก็จะพัฒนาต่อไปและยอมรับว่าแม่มีทั้งส่วนที่ดีและไม่ดี แต่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคือผู้ที่ยึดติด (fixed) อยู่กับภาวะวิตกกังวลว่าสิ่งที่ตนรักได้ถูกส่วนก้าวร้าวของตนเองทำลายไปทำให้เกิดความไม่พอใจในตนเอง

- ความล้มเหลวในสิ่งที่ตนเองมีเป้าหมายเอาไว้ (Self Object Failure) แนวคิดนี้เชื่อว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากความต้องการของตนเองไม่ได้รับการตอบสนองจากสิ่งที่เป็นที่รัก (บิดามารดา) เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าขึ้น

2) ทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biochemical Theory) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความผิดปกติด้านร่างกาย ได้แก่

- การถ่ายทอดทางพันธุกรรมผ่านยีนส์ (Gene) จากพ่อแม่สู่ลูก ซึ่งพบว่าครอบครัวที่ญาติสายตรงมีประวัติภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า (Shyn & Halmiton, 2010)

- ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ได้แก่ นอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) ซีโรโทนิน (Serotonin) และโดปามีน (Dopamine) ในสมองลดต่ำลง เนื่องจากการดูดกลับของสารสื่อประสาทมากเกินไปทำให้บริเวณที่มีการเชื่อมต่อเซลล์ประสาทมีปริมาณสารสื่อประสาทลดลง (Jylha, Melartin, & Isometsa, 2009) ส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่

- การฝ่อของเซลล์ปริมาตรของสมองลดลง (Sapolsky, 2001)

- ความผิดปกติของสมองบริเวณสับคอร์ติคอล (Subcortical) และลิมบิก (Limbic system) การถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากญาติสายตรง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (Shyn & Halmiton, 2010)

- ปัจจัยด้านฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ (Hormonal Factor) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวถึงความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับสมดุลฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบ Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis ในผู้มีภาวะซึมเศร้าพบระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) สูงกว่าปกติ ระบบ Hypothalamic Pituitary Thyroid Axis พบว่าระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone (TSH) น้อยกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และระบบ Hypothalamic Pituitary Thyroid Axis พบระดับโกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) ในผู้มีภาวะซึมเศร้ามลดลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558)

3) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความคิดบิดเบือนด้านลบ ต่อตนเอง โลก และอนาคต ภายหลังจากเผชิญภาวะวิกฤติในชีวิต เกิดความแปรปรวน ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมตามมา (Beck et al., 1979) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- การมองตนเองในทางลบ (Negative View of Self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประเมินตนเองว่าไร้ค่า ไร้ความสามารถ บกพร่อง มองตนเองในแง่ลบ มีผลทำให้เกิดอารมณ์เศร้า หดหู่ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

- การมองโลกในทางลบ (Negative View of World) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะตีความการมีความสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ รอบตนเองในแง่ลบ มองชีวิตว่ามีแต่ปัญหาและอุปสรรค แผลความสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในแง่ลบและเลวร้าย ตามประสบการณ์เดิมที่ตนเองเคยมี ทำให้เกิดภาวะเศร้า

- การมองอนาคตในทางลบ (Negative View of Future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันจะส่งผลทำให้เกิดปัญหาในอนาคต ทำให้ท้อแท้ใจ สิ้นหวัง และเกิดภาวะเศร้า

4) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship Theory) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมี 4 ด้าน ประกอบด้วย

- การสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญ (Bereavement) การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักอย่างกะทันหัน บุคคลทำใจยอมรับและไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้ เศร้าโศกเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

- ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Role Disputes) ขัดแย้งกับคนใกล้ชิดเป็นปัญหาเรื้อรัง ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา ทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

- การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทในแต่ละช่วงวัยในชีวิต เช่น การเปลี่ยนงาน การเปลี่ยนสถานที่เรียน การย้ายถิ่นที่อยู่ การเป็นแม่เมื่อใหม่ หากไม่สามารถปรับตัวจะก่อให้เกิดความตึงเครียดแก่บุคคลจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

- ความบกพร่องทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Deficits) เป็นการขาดทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวในการเข้าสังคมได้ มีปัญหาสัมพันธภาพ รวมถึงการขาดการสนับสนุนทางสังคมจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

5) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริมหรือรางวัลที่เหมาะสม หรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป หรือไม่ได้รับรางวัลทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องและเกิดจากการเรียนรู้ความสิ้นหวัง ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เป็นปัญหาได้ จึงเกิดภาวะซึมเศร้าและสิ้นหวัง โดยภาวะซึมเศร้าเกิดภายหลังจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ ที่เป็นปัญหาที่ตนเคยเจอแล้วพยายามแก้ไขปัญหาแต่ไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อเจอปัญหาอีกที่มีลักษณะเหมือนเดิมทำให้เรียนรู้ว่าความพยายามในการแก้ปัญหาไม่มีประโยชน์ หดหวังขาดกำลังใจ คิดว่าไม่มีใครช่วยตนเองได้ ภาวะภูมิในในตนเองต่ำ จนเกิดภาวะซึมเศร้า (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978)

สรุปได้ว่า สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดมาจากความเชื่อของแต่ละทฤษฎี ซึ่งมองในมุมมองที่แตกต่างกัน แบ่งเป็น 2 สาเหตุหลัก คือ สาเหตุภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิดที่บิดเบือนของบุคคล การเรียนรู้ความสิ้นหวัง และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในวัยเด็ก การเสริมแรง และการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมา

2.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แบ่งได้เป็น ปัจจัยภายในบุคคล (Internal Factor) ปัจจัยภายนอกบุคคล (External Factor) มีดังนี้

2.1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีดังนี้

1) เพศ (Sex) ในช่วงของวัยรุ่นพบว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ โดยเฉพาะเพศหญิงจึงส่งผลให้เพศหญิงช่วงวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย 2 เท่า (Santrock, 2014) แต่จากการศึกษาของ Liu, Guo, Zhang, & Gao (2022) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพล ปัจจัยทำนาย และการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่า เพศ ไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล หรือปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

2) อายุ (Age) พบว่านักศึกษาพยาบาลที่อายุน้อย เช่น นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จะมีปัญหาการปรับตัวต่อการเรียนและการใช้ชีวิตก่อให้เกิดความเครียด และความกดดันตามมา ซึ่งหากเครียดเรื้อรังจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (ชุดิกาญจน์ ฉัตรรุ่ง, ทิวา มหาพรหม, สุวัฒนา เกิดม่วง และศักติกร สุวรรณเจริญ, 2555) จากการศึกษาของกมลนันทน์ คล่องดี และสุรัชย์ เณียง (2564) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ($r = -.14, p = .02$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Diaz-Godino et al., (2019) ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกงาน เมืองลิมา ประเทศเปรู พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (OR = 2.0 (95% CI 1.3-3.1))

3) ระดับชั้นปี (Year Level) นักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีมีการจัดการเรียนการสอนและความยากง่ายของบทเรียนที่แตกต่างกันไป ชั้นปีที่ 1 สาเหตุที่มักทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและการเรียนใหม่ ชั้นปีที่ 2 มีการเริ่มเรียนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริง ชั้นปีที่ 3 การเรียนส่วนใหญ่เป็นวิชาทางการพยาบาลทั้งหมด ต้องปรับตัวกับความแตกต่างในแต่ละสาขาทางการพยาบาลที่ฝึกต้องฝึกปฏิบัติงานเป็นเวลานานและต่อเนื่อง ส่วนชั้นปีที่ 4 ต้องมีการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วิชาชีพและการสอบสภาการพยาบาล ต้องเผชิญต่อความคาดหวังของตนเองและบุคคลรอบข้าง (ชุดิกาญจน์ ฉัตรรุ่ง, ทิวา มหาพรหม, สุวัฒนา เกิดม่วง และศักติกร สุวรรณเจริญ, 2555) แต่จากการศึกษาของ Liu, Guo, Zhang, & Gao (2022) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพล ปัจจัยทำนาย และการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่าชั้นปีไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล หรือปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

4) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Grades) นักศึกษาพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงมีแนวโน้มที่จะมีความมั่นคงทางอารมณ์ มีทักษะในการเผชิญปัญหาดี ไม่มีความกังวลต่อการเรียน แต่ในทางตรงกันข้ามกันนักศึกษาพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำจะมีปัญหาความมั่นคงทางอารมณ์มีแนวโน้มการเผชิญปัญหาไม่ดีและมีความกังวลต่อการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (ชุดิกาญจน์ ฉัตรรุ่ง, ทิวา มหาพรหม, สุวัฒนา เกิดม่วง และศักติกร สุวรรณเจริญ, 2555) จากการศึกษาของสุรัชย์ เณียง, ปาริชาติ เมืองขวา และกมลนันทน์ คล่องดี (2564) พบว่าปัญหาด้านการเรียนเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และผลการศึกษาของ Liu, Guo, Zhang, & Gao (2022) พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

5) สถานภาพสมรสของบิดามารดา (Parents' marital status) สถานภาพบิดามารดาหย่าร้างกันหรือเสียชีวิต ลูกจะเผชิญกับการสูญเสีย ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ขาดความมั่นคงทางใจ หรือบางรายได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจในแง่การขาดคนส่งเสียรายได้ระหว่างเรียน (ปิยะทองบาง, 2562) นักศึกษาพยาบาลที่บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม อาจมีแนวโน้มนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าสูง แต่นักศึกษาพยาบาลที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน มีครอบครัวที่สมบูรณ์ มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม มีความรักความผูกพันและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็สามารถแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ได้อย่างเหมาะสม จากผลการศึกษาของฉันทนา แรงสิงห์ (2554) และ Liu, Guo, Zhang, & Gao (2022) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

6) ทักษะการเรียนพยาบาล (Attitudes Caring of Nursing) ทักษะต่อการเรียนพยาบาล มีผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีทัศนคติต่อการพยาบาลที่ดีมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ต่ำ (กรวิกา บวชชุม และคณะ, 2565) และจากผลการศึกษาของการศึกษาของ Liu, Guo, Zhang, & Gao (2022) พบว่าการมีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับคณะที่เลือกเรียน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

2.1.3.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีดังนี้

1) รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอ และเงินที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง ความเพียงพอ (Income and Adequacy of Income) พบว่ารายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว รวมถึงเงินที่นักศึกษาพยาบาลได้รับแต่ละเดือน นำมาซึ่งปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลที่ครอบครัวมีรายได้น้อย จะมีการส่งเสียนักศึกษาลดลง จึงอาจส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของนักศึกษา โดยนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับเงินจากผู้ปกครองไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย จะเกิดความรู้สึกเป็นปมด้อยจนขาดความมั่นใจในตนเอง เก็บกด ไม่กล้าเข้าร่วมสังคมกับเพื่อน ๆ อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการศึกษาของ อรรถสุตา เลิศกุลวัฒน์ และฐิติมา พุฒิทานันท์ (2564) พบว่าเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจจากปัญหาด้านการเงินของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ คือมีภูมิลาเนาต่างถิ่นทำให้ต้องมีรายจ่ายเรื่องค่าเทอม ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การมีปัญหาด้านการเงินทำให้มีผลต่อค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ซึ่งรายจ่ายที่ไม่เพียงพอในการครองชีพนำไปสู่ความเครียดได้ ระดับรายได้ของครัวเรือนที่มากขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของครัวเรือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของสุรชัย เจริญ, ปารีชาติ เมืองขวา และกมลนันธ์ คล่องดี (2564) จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าปัญหาการเงินของครอบครัวเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Liu, Guo, Zhang & Gao (2022) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวต่ำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา และจากการศึกษาของนฤมล สมรรถเสวี และโสภิต แสงอ่อน (2558) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ ($r_s = -.144, p < .001$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2.1.3.3 ปัจจัยด้านชีวภาพ มีดังนี้

1) การเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า (Genetics) บุคคลที่มีญาติสายตรงมีประวัติภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า (Shyn & Halmiton, 2010)

2) ภาวะสุขภาพ (Health) ปัญหาสุขภาพระหว่างเรียนจะทำให้มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ นำมาซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล สมรรคเสวี และโสภิน แสงอ่อน (2558) ที่พบว่าภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .177, p < .001$)

3) การออกกำลังกาย (Exercise) การออกกำลังกายจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ช่วยให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินซึ่งทำให้เกิดความสุข ลดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ทำให้จิตใจมีความสุข จากการศึกษาของนฤมล สมรรคเสวีและโสภิน แสงอ่อน (2558) พบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมการออกกำลังกายจะมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ และจากของการศึกษาของ Liu, Guo, Zhang, & Gao (2022) พบว่าการไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาดังนั้นสรุปได้ว่าการออกกำลังกายจึงสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ในขณะที่เดียวกันก็สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.1.3.4 ปัจจัยด้านจิตสังคม มีดังนี้

1) ความเครียด (Stress) นักศึกษาพยาบาลที่มีระดับความเครียดที่สูงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ซึ่งจากการเรียนพยาบาลทำให้ต้องเผชิญความเครียดจากหลายสาเหตุ เช่น จากหลักสูตรการเรียน การสอบ ภาระงานจากการเรียน การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย การแข่งขันในชั้นเรียน และปัญหาส่วนบุคคลอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มักก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลตามมา (Pulido-Criollo, Cueto-Escobedo, & Guillen-Ruiz, 2018) จากการศึกษาของนัยนา สุแพง, นันธิณี วังนันท์, จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์ และมณฑิรา ชนะกาญจน์ (2564) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .419, p < .001$) และความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .163, p = .015$; $r = .321, p = .01$) ต่อนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การเรียนการสอนแบบออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลนันทน์ คล่องดี และสุรัชย์ เณียง (2564) ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ($r = .75, p = .001$)

2) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ภาวะวิตกกังวลเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเช่นเดียวกับความเครียด (Ross et al., 2014) จากผลการศึกษาของนฤมล สมรรคเสวี และโสภิน แสงอ่อน (2558) พบว่าภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .769, p < .001$) และมีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 13.60

3) ความมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) บุคคลที่ประเมินคุณค่าในตนเองต่ำจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง จะกังวลและกลัวการถูกปฏิเสธหรือตำหนิ กลัวว่าผู้อื่นโกรธและไม่พอใจจากการกระทำและคำพูดของตนเอง รู้สึกเก็บกด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ ขาดความมั่นใจ วิตกกังวลง่าย (Rosenberg, 1965) โดยบุคคลพิจารณาประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการไม่ยอมรับตนเอง หรือประเมินคุณค่าในตนเองต่ำใน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกในความสำเร็จของตนเอง ความรู้สึกในความสามารถของตนเอง ความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกในอำนาจของตนเองมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า (Ali, Suhail, & Ali, 2016) จากการศึกษาของ นัยนา สุแพง , นันธิณี วังนันท์, จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์ และมณฑิรา ชนะกาญจน์ (2564) พบว่าคุณค่าในตนเองด้านการมีความสำคัญของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.218, p = .001$) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของสุทธิยศ โต้สังวาล (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.707, p < .001$)

4) ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) การมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ และความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพของบุคคลที่ใช้ในการป้องกันลดความรุนแรง ซึ่งจะช่วยให้สามารถก้าวผ่านผลกระทบด้านลบของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือสถานการณ์เลวร้ายในชีวิตได้ (Grotberg, 1995) ความแข็งแกร่งในชีวิตช่วยในการปรับตัว ตลอดจนเกิดการเรียนรู้การจัดการปัญหา โดยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลช่วยให้ประสบความสำเร็จ มีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ซึ่งการสร้างให้เพิ่มขึ้นทำได้โดยการสอนให้ความรู้และวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผ่านมาโดยเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงยังมีความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเอง (I am) ว่าสามารถจัดการกับปัญหาหรือควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (I can) ตลอดจนรับรู้ว่ามีคนที่สามารถให้การช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา (I have) จึงทำให้ปรับตัวได้ดีและมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย แต่ถ้าไม่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดความกดดันมีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ไม่สามารถทนต่อความอ่อนไหวได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Grotberg, 1997) ซึ่งจากการศึกษาของนฤมล สมรรคเสวี และโสภณ แสงอ่อน (2558) การศึกษาของกมลนันทน์ คล่องดี และสุรัชย์ เฉนียง (2564) และการศึกษาของสุทธิยศ โต้สังวาล (2564) พบว่าคุณค่าในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, Guo, Zhang, & Gao, (2022) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพล ปัจจัยทำนาย และการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่าคุณค่าในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา นอกจากนี้จากการศึกษาของ Zhao et al., (2023) ได้วิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ของประเทศจีน (นักศึกษาแพทย์ ร้อยละ 50.2 และนักศึกษาพยาบาล ร้อยละ 49.8) พบว่าคุณค่าในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางตรงกับการลดลงภาวะซึมเศร้า

ทั้งนี้ยังสัมพันธ์กับการศึกษาของ Mcdermott et al., (2020) ที่ศึกษาการทดสอบโมเดลเชิงจิตวิทยาเชิงบวก ผลการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งทางในชีวิตสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

5) รูปแบบการเผชิญปัญหา (Coping Pattern) รูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วบุคคลมีการแก้ปัญหาแบบหันหน้าพหลังหัน หรือหลีกเลี่ยงปัญหาจะทำให้การแก้ปัญหาขึ้นขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในที่สุด (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, และภาคินี เดชชัยยศ, 2562) จากการศึกษาของ Lopes & Nihei (2021) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบปรับตัว และจากการศึกษาของสุรชัย เณียง, ปารีชาติ เมืองขวา และกมลนันธ์ คล่องดี (2564) พบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้า คือรูปแบบการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ยังสัมพันธ์กับการศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน และภาคินี เดชชัยยศ (2562) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเผชิญปัญหาทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล พบว่ารูปแบบการเผชิญปัญหาทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.497, p < .001$)

6) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) การมองโลกในแง่ดีเป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพทางกายและจิตที่ดีของบุคคล อันจะนำไปสู่คุณลักษณะของบุคคลในหลายประการ เช่น การมีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การมีความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น การมองโลกในแง่ดีทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ไม่ยอมให้ความล้มเหลวเข้ามาทำลายชีวิต สามารถเปลี่ยนวิกฤตในชีวิตให้เป็นโอกาส พยายามหาหนทางแก้ปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบผลสำเร็จ และเป็นคนที่มีความสุขในชีวิตได้ ทั้งนี้การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับตัวแปรทางจิตวิทยาตัวอื่น เช่น ความเชื่อมั่นในตนเอง การมองความสุข คุณภาพชีวิต เป็นต้น และการมองโลกในแง่ดีเป็นพลังในรูปแบบหนึ่งที่ใช้กระตุ้นและให้กำลังใจตนเอง เป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถฝึกฝนได้ เพราะนอกจากจะส่งผลดีต่อความคิดแล้ว ยังช่วยทำให้รับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้อีกด้วย ทำให้รับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น จากความเชื่อว่าทุกสิ่งจะดีขึ้นได้เดี๋ยวก็ผ่านไป ทำให้แก้ปัญหาด้วยความใจเย็นมากกว่า การคิดบวกส่งผลดีต่อจิตใจ พฤติกรรม และยังมีประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า จะทำให้รู้สึกอยากทำในสิ่งดี ๆ เช่น ออกกำลังกาย และไม่เครียด จะช่วยลดความกังวล ทำให้เครียดน้อยลง จะช่วยให้คนเรานำมาปรับใช้ได้ในชีวิต ในการเสริมสร้างความคาดหวังในเชิงบวก ลดการจดจ่ออยู่กับความคิดในด้านลบของตนเองในการตีความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่าการมองโลกในแง่ดีสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นมากกว่าการมองโลกในแง่ร้ายนั้นเป็นเพราะว่าโดยทั่วไปคนส่วนใหญ่มักชอบคบหาสมาคมกับคนที่มองโลกในแง่ดี มักให้การยอมรับคนที่มุ่มมองในอนาคตหรือความคาดหวังในเชิงบวก และมักปฏิเสธความสัมพันธ์กับคนที่มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องราวในชีวิตที่มีแต่แง่ลบ (Helweg-Larsen et al., 2002) จากการศึกษาของสุรชัย เณียง, ปารีชาติ เมืองขวา และกมลนันธ์ คล่องดี (2564) พบว่ามุ่มมองต่อชีวิตและโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยปกป้องนักศึกษาพยาบาลจากภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Zhao et al., (2023) ซึ่งได้ศึกษาการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างกับอาการซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ของประเทศจีน พบว่าการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์ทางตรงกับการลดลงของภาวะซึมเศร้า

7) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Relationship) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น มีผลต่อความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล โดยสัมพันธภาพที่ห่างเหินหรือขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว คนรัก เพื่อน ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Thanoi et al., 2010) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของสุรชัย เณียง, ปาริชาติ เมืองขวา และกมลนัธ์ คล่องดี (2564) จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าปัญหาความสัมพันธ์กับคนรัก เพื่อน เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

8) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เป็นเครือข่ายสังคม ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงเมื่อเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันว่าจะสามารถขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง เช่น เพื่อนหรือคนในครอบครัว มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกและได้รับการช่วยเหลือในการจัดการอารมณ์และปัญหา โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สามารถช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเผชิญปัญหา และความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือจะเป็นความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาที่มีความเครียดเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม มีความหนักแน่น และมั่นคงทางอารมณ์ ควบคุมอารมณ์ได้เมื่อจำเป็นต้องเผชิญหน้ากับปัญหา ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนความช่วยเหลือด้านการประเมิน ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้การช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ แรงงาน จะช่วยให้นักศึกษาลดความเครียดและภาวะวิตกกังวลเช่นกัน (เบญจลักษณ์ จันทร์คำ, 2553) จากการศึกษาของกมลนัธ์ คล่องดี และสุรชัย เณียง (2564) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ($r = -.39, p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 63

สรุปได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล แบ่งได้เป็น (1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายได้ของครอบครัว ความเพียงพอ และเงินที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง ความเพียงพอ สถานภาพสมรสของบิดามารดา การเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ภาวะสุขภาพ (2) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ทศนคติการพยาบาล ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต การมองโลกในแง่ดี และการเผชิญปัญหา (3) ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การออกกำลังกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับเพื่อน ครอบครัว และอาจารย์ และแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยบางตัวมีผลต่อปัจจัยอื่น ๆ คือ ปัจจัยการมองโลกในแง่ดีมีผลต่อการลดความเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เพิ่มการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต และนอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยความแข็งแกร่งในชีวิตก็มีผลต่อการลดความเครียด ภาวะวิตกกังวล เพิ่มการเผชิญปัญหา การมองคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดความเครียด ภาวะวิตกกังวล และเพิ่มการเผชิญปัญหา ความมีคุณค่าในตนเอง และยังพบว่าสาระสำคัญของเนื้อหา และแบบประเมินที่ใช้ประเมินปัจจัยความแข็งแกร่งในชีวิตในประเด็น I have ที่บุคคลมองว่าตนเอง

สามารถจัดการกับปัญหาหรือควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสมตรงกับปัจจัยรูปแบบการเผชิญปัญหา

งานวิจัยนี้ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ทัศนคติการเรียนพยาบาล ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความแข็งแกร่งในชีวิต กับเพื่อน ครอบครัว และอาจารย์ (3) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอ และเงินที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง ความเพียงพอ (4) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย

2.1.3 อาการของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้านักมีการแสดงออกของอาการที่สำคัญ 4 ด้าน (Beck, 1997; American Psychiatric Association, 2022; WHO, 2023) ดังนี้

1) การแสดงออกด้านอารมณ์ (Emotion) โดยปกติผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย เป็นอารมณ์เด่น นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการกระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย พึงพอใจในตนเองลดลง และขาดความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่าง ๆ

2) การแสดงออกด้านความคิด (Cognition) มีความบิดเบือนด้านความคิด คือ คิดลบ มองโลกในแง่ร้าย ประเมินความสามารถตนเองต่ำ ต่ำห็นตนเอง สิ้นหวัง ไร้ค่า ลังเลในการตัดสินใจ ขาดความมั่นใจ และมีความคิดฆ่าตัวตาย

3) การแสดงออกด้านพฤติกรรม (Behavioral Changes) มีปัญหาด้านความสนใจ การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาและกิจวัตรประจำวัน ขาดเรียน ขาดการร่วมกิจกรรม แยกตัวจากสังคม และพยายามฆ่าตัวตาย

4) การแสดงออกด้านร่างกาย (Physical Changes) พบว่ามีความแปรปรวนด้านการนอนและการรับประทานอาหาร มีปัญหาน้ำหนักตัวเพิ่มหรือลด ขาดความสนใจด้านเพศ และมีปัญหาทางด้านร่างกายร่วม เช่น ท้องอืด อาหารไม่ย่อย และปวดศีรษะ

ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับตามความรุนแรงออกได้ 4 ระดับ (Beck, 1997; American Psychiatric Association, 2022; WHO, 2023) ดังนี้

1) ภาวะอารมณ์ปกติ (Normal) เป็นภาวะอารมณ์ปกติที่พบได้ในบุคคลทั่วๆ ไป เมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ไม่สบายใจทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ สามารถหายเองได้เกิดเพียงชั่วคราว

2) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของภาวะอารมณ์ที่ไม่แจ่มใสเบิกบาน มีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข มีผลต่อการตัดสินใจ อาจมีความผิดปกติทางกายร่วมเล็กน้อย เช่น อ่อนเพลีย หลับยากหรือตื่นเช้ากว่าปกติ

3) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของภาวะอารมณ์ที่รุนแรงขึ้นจากระดับเล็กน้อย มีผลกระทบต่อการทำงานประจำวันโดยบางครั้งจะเฉื่อยชา หรือมีอาการกระวนกระวายเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ด้านอารมณ์จะมีอารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย วิตกกังวล โกรธ สิ้นหวัง ขาด

สมาธิ การตัดสินใจลดลง มีปัญหาทางร่างกายร่วมโดยมีความแปรปรวนในการรับประทานอาหารและการนอน ความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง

4) ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) เป็นกลุ่มอาการ ความผิดปกติของภาวะอารมณ์เศร้าเกือบตลอดวัน พึ่งพาผู้อื่นในการใช้ชีวิต การตัดสินใจและการจัดจ่อมมีปัญหาอย่างมาก มีอาการทางกายรุนแรงในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน ความต้องการทางเพศ และอ่อนแรง แยกตัว มีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย สามารถพบอาการทางจิตร่วมในบางครั้ง

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการที่พบในด้านต่าง ๆ คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการตัดสินใจ ด้านสมาธิ แรงจูงใจ สามารถแบ่งระดับได้เป็น 4 ระดับ คือ ภาวะอารมณ์ปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2.1.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จะวัดภาวะซึมเศร้าที่บุคคลกำลังเผชิญซึ่งแบบประเมินจะมีความหลากหลายที่ใช้ในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนี้

1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดย สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาลและคณะ เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าใช้สัมภาษณ์เพื่อประเมินใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 แบบคือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูง แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า "ใช่" จะมีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 96.5 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 44.6 ความน่าจะมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าใช้ทั้งสองข้อ จะเพิ่มความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 85.1 ความน่าจะมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า การแปลผล ถ้าคำตอบ "ไม่มี" ทั้งสองข้อ ถือว่า ปกติ ไม่มีเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ "มี" ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า

2) แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุขและคณะ เป็นเครื่องมือ มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 75.68 และความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ค่าความน่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าเท่ากับ 11.41 เท่า มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย เหมาะสำหรับการประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1 - 7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย > 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) มีคะแนนรวม

สูงสุด 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ คะแนนรวม < 7 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับปกติหรือมีอาการน้อยมาก, 7 - 12 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับน้อย, 13 - 18 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง, ≥ 19 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับรุนแรง

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD -17) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.719 ($p < .001$) มีค่าความไวร้อยละ 85 ความจำเพาะร้อยละ 72 และค่า Likelihood Ratio 3.0410 การแปลผล แบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม < 7 หมายถึง ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ระดับน้อยมาก, 7-12 หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ระดับน้อย, 13-18 หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง, ≥ 19 หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung self rating depression scale [SDS]) สร้างโดย Zung (1965) เพื่อใช้ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าเป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองแบบประเมินมีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวข้องกับความคิดจิตใจและความผิดปกติทางด้านร่างกายที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า โดยแต่ละข้อมีการให้คะแนน 1-4 คะแนน โดยถ้าตอบว่ามีอาการเล็กน้อยบางเวลาได้คะแนน 1 คะแนน มีอาการบางเวลาได้คะแนน 2 คะแนน เป็นส่วนใหญ่ได้ คะแนน 3 คะแนน เกือบตลอดเวลาได้คะแนน 4 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ หมายถึง 20-44 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 45-59 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 60-69 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง, ตั้งแต่ 70 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุงมีความเชื่อมั่น (Reliability) จากการหาค่าคงที่ตรงภายในโดยใช้ Split-half reliability เท่ากับ 0.73

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory; BDI; Beck, 1967) เป็นเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับสากล แบบประเมินนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อประเมินอาการที่เกิดขึ้นในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามสะท้อนอาการสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง อาการทางกายภาพ ระดับพลังงาน และความสนใจหรือความพึงพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ตอบจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 (0 = ไม่รู้สึกเลย, 1 = รู้สึกเล็กน้อย, 2 = รู้สึกปานกลาง, 3 = รู้สึกรุนแรง) คะแนนรวมที่ได้จากการประเมินจะนำมาจัดกลุ่มเพื่อแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยมีช่วงคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 0-9 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าเล็กน้อยหรือปกติ, 10-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย, 19-29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, 30-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง, และ 41-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (Beck, 1967) ในบริบทของประเทศไทย BDI ฉบับภาษาไทยได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อการประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับประชากรไทย โดยสามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มที่หลากหลาย ได้แก่ ประชากรทั่วไป ผู้ป่วยทางอายุรกรรม และผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า BDI ฉบับภาษาไทยมีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน

(internal consistency) ที่ .91 และค่าความเชื่อมั่นแบบแบ่งครึ่ง (split-half reliability) ที่ .93 (อ้างอิงจากข้อมูลในเอกสารที่เกี่ยวข้อง)

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CES-D; Radloff, 1977) เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น โดย CES-D ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) แบบประเมินนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อวัดระดับอารมณ์เศร้าในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และอาการทางกายภาพ โดยมุ่งเน้นอาการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา CES-D ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบ 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12 และ 16) ซึ่งจัดเรียงแบบสลับกันเพื่อช่วยลดความลำเอียงในการตอบ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ "ไม่เคยเลย" (0 คะแนน), "นาน ๆ ครั้ง" (1 คะแนน), "บ่อยครั้ง" (2 คะแนน), และ "ตลอดเวลา" (3 คะแนน) ในส่วนของข้อคำถามเชิงบวกจะมีการให้คะแนนในลักษณะกลับด้าน (ไม่เคยเลย = 3 คะแนน, นาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน, บ่อยครั้ง = 1 คะแนน, ตลอดเวลา = 0 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวมของ CES-D จะมีคะแนนรวมระหว่าง 0 ถึง 60 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-16 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, คะแนน 17-21 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนน 22 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งในบริบทของวัยรุ่นไทย คะแนน 22 คะแนนนำมาใช้เป็นจุดตัดในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการดูแลช่วยเหลือหรือการวินิจฉัยทางคลินิกต่อไป แบบประเมิน CES-D ฉบับภาษาไทยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นไทยที่มีความหลากหลายทางประชากรศาสตร์ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ระหว่าง .84 ถึง .87 และมีประสิทธิภาพในการคัดกรองที่ดีด้วยค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 72 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 85 (อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 2540)

6) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (Thai Version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents; PHQ-A) ได้รับการพัฒนาโดยวิมลวรรณ ปัญญาว่อง โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล (2561) โดยมีต้นฉบับจาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ซึ่งเป็นเครื่องมือแบบรายงานตนเอง (self-report) ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา PHQ-A ฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ซึ่งออกแบบมาเพื่อวัดความถี่ของอาการซึมเศร้าต่างๆ โดยมีมาตราประมาณค่า (rating scale) เป็น 4 ระดับ ได้แก่ "ไม่มีเลย" (0 คะแนน) "มีบางวัน" (1 คะแนน) "มีมากกว่า 7 วัน" (2 คะแนน) และ "มีแทบทุกวัน" (3 คะแนน) รวมคะแนนทั้งหมดตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน นอกจากนี้ ยังมีข้อคำถามเพิ่มเติมอีก 2 ข้อ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเอง ซึ่งข้อคำถามเพิ่มเติมนี้จะไม่นำมารวมกับคะแนนรวม การแปลผลคะแนนรวมของแบบประเมิน PHQ-A มีดังนี้ คะแนน 0-

4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 5-9 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย, 10-14 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, 15-19 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 20-27 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยในกรณีที่ผู้ตอบมีคะแนนบ่งชี้ความเสี่ยงจากข้อที่ 9 หรือข้อคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ผู้ประเมินควรดำเนินการประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แม้ว่าคะแนนรวมจะยังไม่ถึงระดับที่ถือว่ารุนแรงก็ตาม

แบบประเมิน PHQ-A ฉบับภาษาไทยผ่านการศึกษาคูสมบัติทางจิตวิทยา โดยพบว่ามีค่าความน่าเชื่อถือจากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) อยู่ในระดับที่ดี ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .75 ($p < .001$) มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 76 และค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 81 (วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ, 2561)

งานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (Thai Version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents; PHQ-A) ได้รับการพัฒนาโดย (วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ, 2561) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (gold standard) ที่ได้รับการยอมรับทั้งในด้านความตรงและความเชื่อมั่นสำหรับการวัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มนักเรียน นักศึกษามีข้อคำถามที่มีความสั้นกระชับ แต่ครอบคลุมอาการหลักของภาวะซึมเศร้าทั้งในแง่ของอารมณ์และพฤติกรรมในวัยรุ่น ซึ่งสามารถใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและติดตามอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นในระยะยาวได้ อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในการวิจัยและการปฏิบัติทางคลินิก

2.1.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า เมื่อนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบ (Burnard, Rahim, Hayes & Edwards, 2007; ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนทีร์ คล่องดี และสุรชัย เณียง, 2563) ดังนี้

1) ผลกระทบต่อนักศึกษา พบว่าเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อ นักศึกษา ดังนี้

-ด้านร่างกาย คือ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากผิดปกติ นอนไม่หลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือนอนมากเกินไป ร่างกายอ่อนเพลีย สมรรถภาพทางเพศลดลง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ และการฆ่าตัวตาย

-ด้านการเรียน คือ ความสนใจในการเรียนลดลง ขาดเรียน ผลการเรียนลดลง พักการเรียน เรียนซ้ำชั้น และปัญหาการลาออกกลางคัน (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564)

-ด้านสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง และมีพฤติกรรมแยกตัว

-ด้านอารมณ์และจิตใจ คือ มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย ขาดความกระตือรือร้น ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า และขาดความมั่นใจในตนเอง

2) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อครอบครัว โดยจะส่งผลในบุคคลในครัวครัวเกิดความเครียด ภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของนักศึกษา โดยเฉพาะนักศึกษาที่มีระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและมีความคิดฆ่าตัวตาย

3) ผลกระทบต่อวิชาชีพ พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้นักศึกษาหมกมุ่นอยู่กับตนเอง ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ทั้งการใช้ชีวิตและการเรียน มีปัญหาเรื่องสมาธิ ความจำ และการจดจ่อ มีปัญหาด้านการตัดสินใจในการทำสิ่งต่าง ๆ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง และแยกตัว ส่งผลทำให้มีปัญหาด้านการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลในอนาคตเมื่อสำเร็จการศึกษา

4) ผลกระทบต่อสถาบันการศึกษา พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อบันการศึกษาในแง่การสูญเสียงบประมาณในการดูแลนักศึกษา การจัดบุคลากรเพิ่มในการดูแลนักศึกษา และการสูญเสียนักศึกษากลางคันจากปัญหาการลาออกกลางคัน

5) ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อการจัดสรรค้ด้านบุคลากรและงบประมาณเพิ่มขึ้นในดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

6) ผลกระทบต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อไปในอนาคต คือมีผลต่อการพัฒนาประเทศชาติ เพราะนักศึกษาอยู่ในช่วงรอยต่อระหว่างวัยรุ่นตอนปลาย การมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่และวัยแรงงานที่มีคุณภาพของประเทศ และยังส่งผลกระทบต่องบประมาณในการนำมาดูแลนักศึกษากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่า ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลนั้น จะมีผลกระทบต่อนักศึกษาในทุกด้านทั้งด้านร่างกาย ด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ นอกจากนี้ผลกระทบของภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัว วิชาชีพ ต่อสถาบันการศึกษา ระบบสุขภาพ ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

2.2 การป้องกันภาวะซึมเศร้า

2.2.1 แนวคิดการป้องกันทางสุขภาพ (WHO, 2016)

1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคที่ขึ้นกับบุคคล โดยมีเป้าหมายคือการลดความเสี่ยงด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการการตรวจหาปัญหาสุขภาพหรือโรคโรครุคในระยะเริ่มต้นและรีบบำบัดรักษา โดยมีเป้าหมายคือป้องกันความรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มุ่งเน้นการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว

3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการลดความรุนแรงของภาวะสุขภาพหรือโรครุคมีเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพหรือโรค โดยมีเป้าหมายป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลให้ใช้ชีวิตได้ปกติมากที่สุด มุ่งเน้นเน้นการบำบัดรักษาโรค การฟื้นฟูร่างกาย และการให้คำปรึกษา

2.2.2 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ออกได้ 2 แบบ ดังนี้

1) รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าตามระดับภาวะซึมเศร้า ของสถาบันทางการแพทย์ แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine Classification System) (Sutton, 2007) แบ่ง ออกได้ 3 แบบ เช่นเดียวกับแนวคิดการป้องกัน ดังนี้

- การป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มปกติ (Universal Depression Prevention) มีการใช้หลักการเดียวกับการป้องกันในระยะปฐมภูมิ (Primary Prevention) มีการจัดกิจกรรมเพื่อ มุ่งเน้นป้องกันภาวะซึมเศร้า มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตที่จำเป็น คือทักษะการแก้ปัญหา การเผชิญปัญหา การปรับความคิดและพฤติกรรม การพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การให้ สุขภาพจิตศึกษา เสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งโดยรวมเป็นการมุ่งเน้นการเพิ่ม ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

- การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง (Selective Depression Prevention) เป็นการใช้หลักการเดียวกับการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อลดความรุนแรงตั้งแต่ในระยะแรก โดยใช้การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ มีบิดาหรือมารดาป่วยด้วยซึมเศร้า ประสบ ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บิดามารดาหย่าร้าง มีปัญหาการปรับตัวมีความเครียด มีปัญหา สุขภาพ ครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีปัญหาการเรียน มีปัญหาสุขภาพมีปัญหาร่วมกันกับ บุคคลรอบข้าง กิจกรรมเน้นการคัดกรอง การวินิจฉัยแยกโรค เสริมสร้างทักษะการปรับความคิดและ พฤติกรรมและการเสริมสร้างทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว

- การป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้า (Indicated Depression Prevention) เป็นการใช้หลักการเดียวกับการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการช่วยเหลือหรือลด ภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อลดความรุนแรงของระดับภาวะ ซึมเศร้าและป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และปัญหาการใช้สารเสพติด เน้นการ ทำจิตบำบัด การจัดการกับพฤติกรรมหรือปัญหาด้านสัมพันธภาพ มีการนำเอาระบบอินเทอร์เน็ตมา เป็นฐาน (Internet Based) ในการติดตาม ซึ่งในระยะนี้เน้นการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย เพื่อน ครอบครัว สถาบันการศึกษา และการส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ

การศึกษานี้ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในระยะที่ 2 เป็นการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้า (Indicated Depression Prevention) เป็นการใช้หลักการเดียวกับการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการช่วยเหลือหรือลดภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคว่า เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อลดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าและป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้า

2) การจำแนกรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าตามปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้า ขององค์การอนามัยโลก WHO (2016) สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (วัยรุ่นถึงวัย ผู้สูงอายุ) มีแนวทางการป้องกัน ดังนี้

- มุ่งลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ปัจจัยเสี่ยงที่มีบทบาทในการเกิดความผิดปกติทางจิตอาจเป็นได้ทั้งทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม ตัวอย่างของปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติทางจิต ได้แก่ ความยากจน การเลือกปฏิบัติ การกีดกันทางสังคม การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ครอบครัวมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต การปฏิบัติต่อเด็กในทางที่ไม่เหมาะสม (ทารุณกรรมและทอดทิ้ง) เหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ (เช่น การตกงาน) และโรคเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงแต่ละอย่างจะเพิ่มความเสี่ยงของความผิดปกติทางจิต แต่เมื่อมีหลาย ๆ ปัจจัยเสี่ยงร่วมกันแล้วความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรมองหาปัจจัยเสี่ยงร่วมกันในการระบุกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

- มุ่งเพิ่มปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) ปัจจัยที่สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถส่วนบุคคล (สติปัญญา ทักษะการเข้าสังคม การเข้าใจตนเอง ความเป็นอิสระ) และความแข็งแกร่งในชีวิต (ความอดทน ความแข็งแกร่ง สมรรถภาพทางจิต) ความแข็งแกร่งในชีวิตจะแสดงออกมาซึ่งวิถีจัดการกับความทุกข์ยากอย่างมีไหวพริบจะช่วยป้องกันผลกระทบด้านลบของสาเหตุความเครียด

งานวิจัยนี้ พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เน้นมุ่งลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีบทบาทในการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่ค้นพบจากการศึกษาในระยะที่ 1 จากการปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง คือ ความเครียด ภาวะวิตกกังวลและมุ่งเพิ่มปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) การเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกลดเดี่ยว (Thoits, 2011) ส่งเสริมการปรับตัว (Cohen & Wills, 1985) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) (Li et al., 2024) และความมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) (Zhao & Kong, 2012; Thoits, 2011) ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีผลในการลดภาวะซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และนอกจากนี้ยังมีผลต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดความเครียด ภาวะวิตกกังวล (Rosenberg, 1965) มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความเครียด ภาวะวิตกกังวล (Rosenberg, 1965) และภาวะซึมเศร้า (Orth & Robins, 2013) และยังมีผลต่อการเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า (Rosenberg, 1965)

2.2.3 มาตรฐานการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การป้องกันภาวะซึมเศร้าแบ่งออกตามหน้าที่รับผิดชอบของบุคคล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันภาวะซึมเศร้า (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, 2018; Stuart, 2013; ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559) ดังนี้

- ระดับบุคคล ควรมีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สังเกตอารมณ์ของตนเอง คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดย เลือกใช้ตามอายุ ดังนี้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น PHQ-A (11-20 ปี) หรือ CDI (7-17 ปี) CES-D (15-18 ปี) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยให้แจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับรักษา ไม่ใช่สารเสพติด พักผ่อนให้

เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หาวิธีการผ่อนคลายความเครียดไม่ให้เกิดความเครียดสะสม เรื้อรัง เมื่อมีปัญหาควรรหาคนที่ไว้วางใจได้เพื่อขอรับคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ มองด้านดีของตนเอง ไม่จมกับปัญหาและความผิดพลาดในอดีต หรือหากคัดกรองตนเองพบว่าเริ่มมีปัญหาภาวะซึมเศร้าควรบอกกับครอบครัวและสถาบันการศึกษา เพื่อร่วมกันให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ร่วมกับการจัดการอาการทางกายและการจัดการอารมณ์ เศร้า เช่น การออกกำลังกายแบบ Aerobic Exercise เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ ซี่จักรยาน เดินแอโรบิก อย่างสม่ำเสมอ มองข้อดีของตนเอง ไม่ใช่สารเสพติด พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดภาวะวิตกกังวล เป็นต้น

- ระดับครอบครัว ควรมีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่นและ ภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น สังเกตอาการของวัยรุ่นว่าเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าหรือไม่ มีการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ตามวัย มีความสัมพันธ์ที่ดีกับวัยรุ่น แก้ไขปัญหาความขัดแย้งหรือปัญหาการสื่อสารในครอบครัว มีการสื่อสารเชิงบวกไม่ตัดสินถูกผิด ไม่ตำหนิรุนแรง ไม่เปรียบเทียบ สื่อสารด้วยการใช้เหตุและผล ให้กำลังใจ ความรักความอบอุ่นกับวัยรุ่น หาเวลาการทำกิจกรรมด้วยกันในครอบครัว หรือหากสังเกต พบว่าบุตรหลานของตนเองเริ่มมีปัญหาภาวะซึมเศร้าควรแจ้งสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ร่วมกับการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบ Aerobic Exercise เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ ซี่จักรยาน เดินแอโรบิก อย่างสม่ำเสมอเท่าที่ทำได้ ส่งเสริมการมองข้อดีของตนเอง ฝึการวิ่ง การใช้สารเสพติด ดูแลให้พักผ่อนให้เพียงพอ ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และทำกิจกรรม ร่วมกันที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลายความเครียด ภาวะวิตกกังวล ฝึการวิ่งอาการของภาวะซึมเศร้าที่ รุนแรงขึ้น การฆ่าตัวตาย ในการนี้ที่พบส่งต่อเข้ารับการวินิจฉัยและการรักษาเป็นต้น

- ระดับสถาบันการศึกษา ควรมีการป้องกันภาวะซึมเศร้าใน 3 ประเด็นหลักดังนี้ ประเด็นที่ 1 ด้านสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กำหนดนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุม 5 ประเด็น ดังนี้ (1) นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (2) นโยบายการสร้างสรรคสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (3) นโยบายการสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เข้มแข็ง (4) นโยบายการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและ และ (5) ประเด็นที่ 2 ด้าน นโยบายการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพที่เน้นเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรสร้างสรรค สิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อสุขภาพ ครอบคลุม 3 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นแรก การสร้างสรรคสิ่งแวดลอมด้าน กายภาพ การจัดสภาพแวดลอมตามหลัก 5 ส ให้เกิดความสะอาดและปลอดภัยด้านสภาพแวดลอมทั้ง ภายในและภายนอกอาคารเรียน ประเด็นที่สอง การสร้างสรรคสิ่งแวดลอมด้านชีวภาพ การจัดการ ปัญหาด้านการป้องกันปัญหาสิ่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค และการป้องกันการกระจายเชื้อโรคในสถานศึกษา และประเด็นสุดท้าย ด้านการสร้างสรรคสิ่งแวดลอมด้านสังคม ครอบคลุม 4 ประเด็น ดังนี้ (1) การ เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (2) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อสุขภาพ (3) การ ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ และ (4) การคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

- ระดับอาจารย์ที่เกี่ยวข้องในสถาบันการศึกษา ควรมีการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้ สอดคล้องกับนโยบายของสถานศึกษา คือ ปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพของสถาบัน ร่วมสร้าง สิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ จัดบรรยากาศในชั้นเรียนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ร่วมจัดกิจกรรม

การส่งเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรมการผ่อนคลาย กิจกรรมการออกกำลังกาย ให้สุขภาพจิตศึกษา ลดความขัดแย้งของผู้เรียน เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง คือมีความเครียดระดับสูง มีภาวะวิตกกังวลในระดับสูง มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่เพียงพอ เงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือนไม่เพียงพอ บิดามารดาหย่าร้างหรือเสียชีวิต มีปัญหาภาวะสุขภาพ และญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า มีปัญหาการปรับตัว มีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างชัดเจน และมีปัญหาการเรียน ให้คำปรึกษารายกลุ่มและรายเดี่ยวตามสภาพปัญหา พัฒนาระบบและกลไกด้านสุขภาพจิตและการรักษาความลับ ติดตามคัดกรองตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ส่งต่อสถานพยาบาลที่มีจิตแพทย์ดูแลเมื่อพบภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง มีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย วางแผนดูแลร่วมกับครอบครัว

- ระดับสถานพยาบาล มีการร่วมจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เช่น การคัดกรอง การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่สถาบันการศึกษาทั้งอาจารย์และนักศึกษา ให้คำปรึกษาในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า รับส่งต่อเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม บำบัดรักษาทางจิตสังคมและการรักษาด้วยยา จากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องตามความรุนแรงเฉพาะราย การระบบเข้ารับการรักษากรณีซึมเศร้ารุนแรงร่วมกับมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง

- ระดับประเทศ มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนนำสู่การปฏิบัติทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสูง

2.2.4 การกำหนดรูปแบบหรือโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับวัยรุ่น

(WHO, 2016) ดังนี้

- รูปแบบหรือโปรแกรมการพบผู้บำบัดแบบตัวต่อตัว (Face to Face) มีลักษณะของรูปแบบหรือโปรแกรมการป้องกันส่วนใหญ่เป็นการบำบัดโดยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา หรืออายุรแพทย์ รูปแบบหรือโปรแกรมการป้องกันแบบกลุ่มหรือรายบุคคล และปรับให้เหมาะกับกลุ่มบุคคลเฉพาะ เช่น ชั้นเรียนของนักเรียนหรือนักศึกษา เสนอให้ทำอย่างน้อย 4 – 8 ครั้ง ระยะเวลา 60 – 90 นาที เพื่อให้เกิดผลในระยะยาว (WHO, 2016; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2019)

- รูปแบบหรือโปรแกรมมีการกำหนดเครื่องมือเพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Tools) ประกอบด้วยหนังสือคู่มือการช่วยเหลือตนเองและโปรแกรมช่วยเหลือตนเองที่มีให้ทางอินเทอร์เน็ต (e-Health) สามารถเป็นช่องทางในการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ การป้องกันตนเองแบบดิจิทัลผ่านอุปกรณ์พกพา เช่น สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต (m-Health) และเทคโนโลยีใหม่ e-Health และ m-Health ซึ่งมีข้อได้เปรียบมากมาย เช่น ความสามารถในการปรับขนาด ต้นทุนต่ำ ความเป็นส่วนตัว ลดตราบาป และใช้งานง่าย ทั้ง e-Health และ m-Health สามารถโต้ตอบและมีส่วนร่วมได้ และมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ๆ มีจำนวนบุคลากรน้อย (WHO, 2016; Leong et al., 2022; Aguirre, McCoy & George, 2022)

- รูปแบบหรือโปรแกรมแบบผสมผสาน (Blended Interventions) มีหลักฐานที่สรุปได้ว่าโปรแกรม e-Health ที่ได้รับการช่วยเหลือจากนักบำบัดเพียงเล็กน้อย จะมีประสิทธิภาพเท่ากับโปรแกรมแบบตัวต่อตัวที่ทำโดยนักบำบัด อย่างไรก็ตามการปฏิบัติตาม e-Health อยู่ในระดับต่ำ

เมื่อไม่มีคำแนะนำจากผู้บำบัดโดยโปรแกรมแบบผสมผสานจะเป็นการนำข้อดีทั้งสองแบบออกมาใช้ คือการได้รับคำแนะนำที่ดีจากผู้บำบัดเรื่องการใช้ชีวิต (ไม่ว่าจะเผชิญหน้ากันทางอีเมลล์ การสนทนา ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต) ส่วนอันไหนที่เป็นกิจกรรมที่ทำเป็นกิจวัตรใช้คอมพิวเตอร์ดีกว่า (WHO, 2016)

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้รูปแบบหรือโปรแกรมแบบผสมผสาน (Blended Interventions) คือ การทำกิจกรรมแบบตัวต่อตัว (Face to Face) แบบกลุ่ม 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และการพบผ่านช่องทางออนไลน์แบบเดี่ยว 4 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที การศึกษาคู่มือการเรียนรู้บน website ในรูปแบบ e-Health เพื่อเป็น Self-Help Tools ในการศึกษาเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง และการให้คำปรึกษาออนไลน์แบบไม่ระบุตัวตน (Line Official Account)

2.2.5 ขั้นตอนมาตรฐานป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นในสถาบันอุดมศึกษา

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าตามแนวทางของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์กรมสุขภาพจิต (2561) มีแนวทาง ดังนี้

1) การคัดกรองวัยรุ่นทั่วไปปีละ 1 ครั้งเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น PHQ-A (11-20 ปี) หรือ CDI (7-17 ปี) CES-D (15-18 ปี) วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงควรมีการติดตามคัดกรองเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าบ่อยขึ้นตามความเหมาะสม เช่น มีประวัติญาติสายตรงในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า มีปัญหาเศรษฐกิจครอบครัว มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ถูกทารุณกรรมหรือทอดทิ้ง มีปัญหาความสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน พ่อแม่หย่าร้างหรือเสียชีวิตป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปัญหาการเรียน ควรได้รับการประเมินโดยใช้ HEADSSS เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้อาจารย์ที่ปรึกษาได้รู้จักนักเรียน/นักศึกษารายบุคคล โดยเนื้อหาในแบบประเมิน HEADSSS มีรายละเอียด ดังนี้ (1) H คือ Home หมายถึง ครอบครัว ที่อยู่อาศัย ชุมชนแวดล้อม ความปลอดภัยในบ้าน (2) E คือ Education/Employment หมายถึง การเรียน การทำงาน เป้าหมายอาชีพและความหวังในชีวิต (3) E คือ Eating หมายถึง พฤติกรรมการกิน มากหรือน้อยเกินไป ไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดอาหาร ผอมเกินไปหรือเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน (4) A คือ Activities and friends หมายถึง กิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย งานอดิเรก กิจกรรมที่สนุกและเพลิดเพลินคลายเครียด เพื่อนและเพื่อนสนิท กิจกรรมที่ทำร่วมกัน พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเพื่อน (5) D คือ Drugs abuse หมายถึง การลองใช้ยาเสพติด การใช้เหล้าบุหรี่ หรือยาอื่นๆ ที่แพทย์มิได้สั่ง (6) S คือ Sexual activities หมายถึง พฤติกรรมทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ เอกลักษณ์ทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์และการป้องกัน (7) S คือ Safety/violence/abuse หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและความรุนแรง การป้องกันอุบัติเหตุในการใช้ยานพาหนะ พฤติกรรมรุนแรง ความรุนแรงในครอบครัว การทารุณกรรม การละเมิดทางเพศ และ (8) S คือ Suicidal idea หมายถึง ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เบื่อชีวิต ความคิดอยากตาย การพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง

ตารางที่ 1 เครื่องมือการคัดกรองภาวะซึมเศร้าวัยรุ่นในประเทศไทย

เครื่องมือ	อายุ (ปี)	ลักษณะเครื่องมือ	คุณภาพของเครื่องมือ (%)	
			Sensitivity	Specificity
-แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น (PHQ-A)	11- 20	แบบประเมินตนเอง 9 ข้อ	76	81
-แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับ ภาษาไทย	15- 18	แบบประเมินตนเอง 20 ข้อ	72	85
-แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	18 ขึ้นไป	แบบสัมภาษณ์ 9 ข้อ	85	72

ที่มา : สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2561)

ซึ่งงานวิจัยนี้มีการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น PHQ-A

2) การจัดกลุ่มตามระดับภาวะซึมเศร้า ตามระดับของแบบประเมิน PHQ-A เพื่อให้ง่ายต่อการช่วยเหลือ เพราะในแต่ละระดับให้การช่วยเหลือดูแลที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มปกติที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับเล็กน้อย กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับปานกลาง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับมาก และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับ

3) การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าตามการแบ่งกลุ่มระดับภาวะซึมเศร้า (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561)

- กลุ่มปกติที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับ Universal Depression Prevention คือ ควรมีการส่งเสริมทักษะชีวิตในสถานศึกษาและชุมชน ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการอารมณ์และความเครียด การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ

- กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนหรือครอบครัว การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต การปรับความคิด การป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ควรมีการส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูวัยรุ่นและการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว รวมทั้งระบบการดูแลวัยรุ่นที่เจ็บป่วยแบบองค์รวม ควรเน้นส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเข้าใจและแก้ปัญหาพร้อมกับวัยรุ่นในทางที่เหมาะสม

- กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับเล็กน้อย เน้นการให้การบำบัดทางจิตสังคมเป็นหลัก เช่น การออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน การช่วยเหลือตนเอง (Self-Help) การปรับคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy [IPT]) ยังไม่นิยมให้การรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า (Antipsychotic) ในระยะนี้ (Gladstone et al., 2011)

- กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง เน้นการให้การบำบัดโดยใช้การบำบัดทางจิตสังคมเป็นหลัก เช่น การออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน การช่วยเหลือตนเอง (Self-Help) การปรับคิดและพฤติกรรม (CBT) การบำบัดด้วยสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy [IPT]) ยังไม่นิยมให้การรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า (Antipsychotic) ในระยะนี้ เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หากมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าควรเริ่มจากการใช้ยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เช่น Fluoxetine แต่การใช้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป (กรมสุขภาพจิต, 2562)

- ภาวะซึมเศร้าระดับมาก ระดับรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาในช่วงแรกใช้การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) รายบุคคล และจะมีการให้ยาต้านอาการซึมเศร้าวร่วมด้วย โดยควรเริ่มจากการใช้ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI เช่น Fluoxetine แต่การใช้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป (กรมสุขภาพจิต, 2562)

2.2.6 ปัญหาที่พบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการ

ป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ปัญหาที่พบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีดังนี้

1) ปัญหาการป้องกันและการจัดการปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในนักศึกษาพยาบาลขณะเรียน โดยเฉพาะขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564; (Chernomas & Shapiro, 2013)

2) ปัญหาการจัดการการตีตราทางสังคมและการตีตราตนเองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้นักศึกษาหลีกเลี่ยงการขอความช่วยเหลือ เน้นความเป็นส่วนตัว และใช้รูปแบบผสมผสานในการป้องกันภาวะซึมเศร้า (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564; Liu, Guo, Zhang & Gao, 2022)

3) การป้องกันภาวะซึมเศร่ายังไม่ได้รับการบูรณาการอย่างเป็นระบบในหลักสูตรการเรียนการสอน และขาดการสนับสนุนจากสถาบันการศึกษาในการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษา (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564)

4) โปรแกรม/รูปแบบที่มุ่งเน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลยังขาดการประเมินผลและการติดตามผลอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถทราบถึงประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโปรแกรม/รูปแบบ (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564)

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีดังนี้

1) การสร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องภาวะซึมเศร้า คือ อาการ ผลกระทบ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด รวมทั้งการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการคือการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหรือการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางที่หลากหลายแก่นักศึกษา (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564; WHO, 2021)

2) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า แล้วจัดแบ่งกลุ่มนักศึกษาเป็นกลุ่มปกติที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา การค้นหานักศึกษาที่ภาวะซึมเศร้าในระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเฝ้าระวัง ติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยให้คำปรึกษากับอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาให้นักศึกษาเข้าใจปัญหาของตนเอง แก้ปัญหาด้วยอย่างเหมาะสม เป็นต้น (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564) การคัดกรองควรทำในช่วงต้นภาคเรียน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที (ชัยยุทธ, 2565)

3) การจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมปัจจัยปกป้องภาวะซึมเศร้า โดยปัจจัยเสี่ยงที่ต้องลด ได้แก่ ความเครียด ส่วนปัจจัยปกป้อง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การปรับตัว ความแข็งแกร่งในชีวิต ความฉลาดทางอารมณ์ การเผชิญปัญหา ทักษะชีวิต และการฝึกคิดบวก เป็นต้น (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564)

4) การส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยการจัดสถานที่และกิจกรรมในการออกกำลังกายแก่นักศึกษา รวมทั้งควรมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิต เช่น กิจกรรมการเจริญสติ (mindfulness) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ หรือโยคะ เพื่อช่วยให้นักศึกษาผ่อนคลาย ลดความเครียด และเพิ่มพลังใจ (ปิยนถ & จิราภรณ์, 2566)

5) การดูแลนักศึกษาที่มีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมกับครอบครัวในการประเมินและดูแลนักศึกษาที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งแนะนำการส่งเสริมความเข้าใจและความสัมพันธ์ในครอบครัว แนะนำแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัวนักศึกษา เช่น สายด่วนสุขภาพจิต และแหล่งบริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564)

6) สร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ เน้นบรรยากาศที่ผ่อนคลายใช้การเสริมแรงทางบวก ลดความเครียดและความกดดันต่อผู้เรียน (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564) โดยเฉพาะในช่วงฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกควรได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการความเครียดและทักษะการเผชิญปัญหา เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับแรงกดดันระหว่างฝึกงาน (ปิยนถ & จิราภรณ์, 2566)

7) การใช้ระบบอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเรียน การใช้ชีวิตหรือปัญหาต่าง ๆ ซึ่งหากพบว่ามีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อน ส่งต่อให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตหรือหน่วยบริการสุขภาพเพื่อประเมินและรักษาต่อไป (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564)

8) การพัฒนาระบบการดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ให้บริการกับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรง หรือสายด่วนการให้คำปรึกษาตลอดจนระบบการส่งต่อรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยอาจารย์ (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564) และควรมีระบบ peer support และที่ปรึกษาในระดับนักศึกษาการมีระบบ peer mentoring ช่วยให้นักศึกษาสามารถพูดคุย แบ่งปันประสบการณ์ และลดความโดดเดี่ยว ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Reeve, Shumaker, Yearwood, Crowell, & Riley, 2013)

9) การบูรณาการสุขภาพจิตในหลักสูตรการเรียนการสอน ควรมีการบูรณาการสุขภาพจิตในหลักสูตรการเรียนการสอน เช่น mindfulness, yoga หรือ resilience training เข้าไว้ในหลักสูตรการเรียนของนักศึกษาพยาบาล (Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010)

10) สถาบันควรมีนโยบายและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ควรมีการจัดบริการให้คำปรึกษาโดยไม่เปิดเผยชื่อ (anonymous counseling) และมีระบบลาเรียนโดยไม่เสียสิทธิ์สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (WHO, 2021)

2.2.7 การเลือกใช้รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น

แนวทางการเลือกใช้รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สุขภาพจิต, 2561) จะพิจารณาเลือกใช้รูปแบบการบำบัดตามสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมกับระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนี้

1) การบำบัดทางด้านร่างกาย ได้แก่

- การออกกำลังกาย การออกกำลังกายร่างกายจะหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ซึ่งมีผลทำให้อารมณ์แจ่มใสขึ้น และผ่อนคลาย กรมสุขภาพจิตแนะนำการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่เหมาะสมควรใช้เวลาในการบำบัด คือ 2 หรือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในระยะนาที่ 30 ถึง 1 ชั่วโมงในช่วงเวลา 10 ถึง 14 สัปดาห์ เฉลี่ย 12 สัปดาห์ (กรมสุขภาพจิต, 2562)

- ยาด้านอาการซึมเศร้า โดยยาด้านภาวะซึมเศร้าจะเริ่มใช้ตั้งแต่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แต่ก็ยังมีการนำมาใช้น้อยในกลุ่มที่ไม่ได้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อปรับสารสื่อประสาทในสมองให้สมดุล แบ่งออกได้เป็นกลุ่มย่อย (มาโนซ หล่อตระกูล และปรามิเทย์ สุกนิชย์, 2558) ดังนี้ ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ออกฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะการดูดกลับ serotonin มีผลข้างเคียงที่ต่ำ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Fluoxetine Citalopram Sertraline เป็นยาในกลุ่มแรกๆ ที่เลือกใช้ในการรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดย fluoxetine เป็นยาที่มีข้อมูลการศึกษาวิจัยในปัจจุบันที่แสดงว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าทั้ง ในเด็กและในวัยรุ่นมากที่สุด ยาในกลุ่ม SSRI มีข้อห้ามใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) หรือกลุ่ม Tricyclic Antidepressants (TCA) หรือยาอื่นที่มีฤทธิ์เพิ่ม Serotonin เช่น Dextromethorphan หรือ Tramadol อาจทำให้เกิด Serotonin Syndrome ซึ่งประกอบด้วยอาการไข้ สับสน กระวนกระวาย สั่น กล้ามเนื้อกระตุก เดีนเซ ซัก และความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ยาในกลุ่ม Serotonin-noradrenaline Reuptake Inhibitors (SNRI) ออกฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะการดูดกลับ serotonin และ noradrenaline ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Duloxetine Venlafaxine ยาในกลุ่ม Tricyclic Antidepressants (TCA) เป็นยาในกลุ่มเก่าที่มีผลข้างเคียงจากการใช้สูง นิยมใช้น้อย ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Amitriptyline Nortriptyline Imipramine Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI) ออกฤทธิ์ยับยั้งเอ็นไซม์ Monoamine Oxidase Inhibitors ทำลายสารสื่อประสาท Norepinephrine Serotonin ทำให้เพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีการใช้ยา MAOI น้อยลง เนื่องจากยามีความอาการข้างเคียงของยาสูงมากกว่ายาด้านเศร้ารุ่นใหม่ แต่แพทย์ยังนำยานี้มาใช้รักษาหากผู้ป่วยรับประทานยาด้านอาการซึมเศร้ากลุ่มอื่นแล้วรักษาไม่ได้ผล ในการให้ยาควรเริ่มที่ขนาดต่ำกว่าก่อนเสมอ เพื่อลดโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์แล้วค่อยๆ ปรับเพิ่มขนาดจนถึงระดับที่เหมาะสม หลังจากนั้นควรรอดูการตอบสนองประมาณ 4 สัปดาห์ ก่อนที่จะเพิ่มขนาดยาหากยังไม่ได้ผล เมื่อมีการตอบสนองมีผลดีจากการรักษา ควรให้ยาในขนาดเดิม

ต่อเนื่องต่อไปอีกอย่างน้อย 6-12 เดือน หรืออาจนานกว่า 1 ปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ควรมีการให้ข้อมูลวัยรุ่นและผู้ปกครองถึงความสำคัญในการกินยาทุกวัน อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการหยุดยา ควรค่อย ๆ ลดขนาดยาลงก่อนที่จะหยุดยาเพื่อป้องกันอาการถอนยา (Withdrawal Symptoms) ในกรณีที่วัยรุ่นกลับเป็นซ้ำ หลังหยุดยาในการรักษารอบใหม่ ควรให้ยาเป็นเวลานานมากกว่า 1-2 ปี หรืออาจต้องให้ติดต่อกันหลายปี โดยเฉพาะถ้ากลับเป็นซ้ำหลายครั้งหรือ มีอาการรุนแรง 13 หากอาการของวัยรุ่นยังคงไม่ดีขึ้น หลังจากได้รับยา SSRI ตัวแรกในขนาดที่เหมาะสมในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ แล้ว ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นในกลุ่ม SSRI หรือยาในกลุ่มอื่น เช่น ยาในกลุ่ม SNRI ได้แก่ Venlafaxine หรือ พิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ หรือให้การรักษาด้วยจิตบำบัด ร่วมด้วย

2) การบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดทางจิตสังคมเป็นการใช้การบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นในการจัด กระทำกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ดังนี้

- การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ตามแนวคิดทฤษฎี ขั้นตอน และเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม คือ มีกลไกในการลดอาการซึมเศร้าโดยการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง พิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่ไม่เป็นจริง และแก้ไขปัญหา สามารถช่วยให้ลดอาการซึมเศร้าลงด้วยตนเอง (Beck & Alford, 2009)

- การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy) เป็น การบำบัดที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ปัญหาพร้อมทั้งเข้าใจกับปัญหา มองปัญหาตามความจริงตามหลักเหตุผล พิจารณาสาเหตุ วิเคราะห์วิธีการการแก้ปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งประเมินข้อดี ข้อเสีย จัดว่าเป็น การปรับคิดและพฤติกรรมวิธีการอย่างหนึ่งซึ่งเชื่อว่าความคิด ความเชื่อ รวมทั้งทัศนคติ นั้นจะนำไปสู่ การแก้้ปัญหาการบำบัดประกอบด้วย การปรับมุมมองต่อปัญหา

- การแก้้ปัญหาโดยใช้เหตุผลจะส่งผลทำให้การแก้้ปัญหา มีประสิทธิภาพทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Nezu, Nezu & D'Zurilla, 2000) จากการศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์ และรัศมีสุนันท์ จันทรรักดี (2562) ศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้้ปัญหาทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

- การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็น ความสามารถของบุคคลให้ผ่านพ้นปัญหาด้วยความยืดหยุ่น อย่างมีประสิทธิภาพ จากความเครียดในชีวิต สามารถที่จะฟื้นตัวได้เร็ว อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) จากการศึกษาของอายุพร กัยวิทย์โกศล, สุทธามาศ อนุธาดู และพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) ศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผลหลังได้รับ โปรแกรมฯ เดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) พบว่าเป็นการบำบัดที่ได้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561)

3) การส่งต่อ ประกอบไปด้วยการส่งต่อภายในสถาบันการศึกษาเพื่อให้มีการวางแผนร่วมกันระหว่างอาจารย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแล และการส่งต่อภายนอกสถาบันคือสถานพยาบาลที่มีจิตแพทย์ดูแล คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม

4) การติดตามประเมินอาการภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มปกติมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าภาคการศึกษาละ 1 ครั้ง กลุ่มเสี่ยงภาคการศึกษาละ 1 ครั้ง หรือตามระดับความรุนแรงของปัจจัยและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของอาการ

2.2.8 การป้องกันและการลดการติตราในการเข้ารับบริการการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ปัญหาการติตราจากการเข้ารับบริการการป้องกันภาวะซึมเศร้าหรือบริการทางด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นนั้นเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งมีวิธีการในการป้องกันและการลดการติตรา ดังนี้

1) การให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ พบว่าการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตผ่านสื่อออนไลน์สามารถลดการติตราตนเองและสังคมในกลุ่มนักศึกษาไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นการมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง (Arikatt, Ayathupady Mohanan, & Dharmarajan, 2023)

2) การส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพจิต การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาช่วยลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพจิต โดยเน้นการให้ความรู้ผ่านหลักสูตรในสถานศึกษา (Suwan et al., 2022; Corrigan & Watson, 2002)

3) การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ว่าทุกคนมีโอกาสในการเกิดได้ทั้งความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ซึ่งไม่ได้เกิดจากความอ่อนแอ ไม่เข้มแข็งหรือขาดความอดทน (Suwan et al., 2022)

4) โปรแกรมการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของเพื่อน โดยการจัดกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของเพื่อน เช่น การเรียนรู้ผ่านการฉายภาพยนตร์ การจัดวันสุขภาพจิต และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่วยลดการติตราในกลุ่มนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Association of Pacific Rim Universities (APRU), 2022)

5) การให้คำปรึกษาโดยไม่เปิดเผยตัวตน โดยใช้ระบบออนไลน์โดยที่ผู้ที่ขอรับคำปรึกษาไม่ต้องเปิดเผยตนเองในการขอรับบริการกับผู้เชี่ยวชาญ (Wonghirundecha et al., 2023)

สรุปได้ว่า การป้องกันและการลดการติตราในการเข้ารับบริการการป้องกันภาวะซึมเศร้า สามารถทำได้โดยลดการพบกับผู้บำบัดโดยใช้รูปแบบออนไลน์แทน ยกเว้นการมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง การส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพจิตผ่านหลักสูตรการเรียน การให้เพื่อนมีส่วนร่วม และการให้คำปรึกษาโดยไม่เปิดเผยตัวตน

งานวิจัยนี้มีการลดการติตราจากการใช้รูปแบบโดยการเก็บรักษาความลับของนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในทุกขั้นตอนของการวิจัย การเปิดโอกาสในการเลือกการเข้าร่วมวิจัยและหากรู้สึกถูกติตราสามารถถอนตัวได้อย่างอิสระได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย การให้ความรู้และการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าแก่นักศึกษาและอาจารย์ทั้งสถาบันว่าทุกคนมี

โอกาสในการเกิดได้ ซึ่งไม่ได้เกิดจากความอ่อนแอ ไม่เข้มแข็งหรือขาดความอดทน การให้ความเป็นส่วนตัวใจในการทำกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในห้องที่มืดซิด งดการถ่ายภาพระหว่างทำกิจกรรม และการให้คำปรึกษาโดยไม่เปิดเผยตัวตน

2.3 ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

2.3.1 ความหมายความมีคุณค่าในตนเอง

ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ระดับทัศนคติทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการยอมรับหรือปฏิเสธตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่บ่งบอกถึงตัวตนของแต่ละบุคคล (Rosenberg, 1965) ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การพิจารณา ประเมิน และตัดสินคุณค่าในแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นการสร้างและคงไว้ซึ่งความใส่ใจในตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์ของตนที่แสดงออกให้ผู้อื่นรับรู้ได้ผ่านคำพูดและพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านความสามารถ ความสำเร็จ การยอมรับและพึ่งพาตนเอง คุณค่าและความหมายของตน รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น (Coopersmith, 1981) ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ ของตนในมุมมองตนเอง เป็นการประเมินคุณค่า ความหมาย และประสิทธิภาพตนเองโดย เปรียบเทียบระหว่างภาพตนเองในอุดมคติ และภาพตนเองในความเป็นจริง ซึ่งความแตกต่างของภาพ ตนเองทั้งสองแบบนี้จะบ่งบอกถึงระดับของความนับถือตนเองได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2553)

สรุปได้ว่า ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินตนเอง ซึ่งเป็นทัศนคติของบุคคลต่อตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ส่วนบุคคลและการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น การเปรียบเทียบตนเองในอุดมคติกับตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองจะแสดงออกโดยคำพูดและพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสามารถ ความสำเร็จ การยอมรับ และการพึ่งพาตนเอง

2.3.2 องค์ประกอบของความมีคุณค่าในตนเอง

ความมีคุณค่าในตนเองประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ Rosenberg (1965) ประกอบด้วย

- 1) การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) เป็นการยอมรับตนเองทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ไม่ดี โดยไม่ตำหนิตนเอง ไม่มองตนเองทางด้านลบ และยอมรับในข้อจำกัดของตนเองได้
- 2) การประเมินคุณค่าในตนเอง (Self-Worth) เป็นการประเมินด้านความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีสิ่งที่ดี มีความสำคัญสำหรับตนเองและบุคคลอื่นรอบตัว
- 3) การมองตนเองในด้านบวก (Positive Self-View) เป็นการมองตนเองด้วยทัศนคติที่ดี ด้วยมุมมองด้านบวก

ความเห็นคุณค่าในตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ Coopersmith (1981) ประกอบด้วย

- 1) ด้านความสำคัญ (Significance) การที่บุคคลประเมินตนเองจากการได้รับการยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า เป็นที่รัก และเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อบุคคลหรือสังคม

2) ด้านความสามารถ (Competence) การที่บุคคลได้พิจารณาถึงควมมีคุณค่าจากผลการกระทำที่ได้รับความสำเร็จตามเป้าหมายได้สำเร็จและความสามารถในการเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ด้วยความมั่นใจ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวได้ดี

3) ด้านคุณความดีหรือคุณธรรม (Virtue) การที่บุคคลประเมินตนเองได้กระทำหรือปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรม สังคม ประเพณี จริยธรรมและศีลธรรม ที่ตนเองอยู่

4) ด้านพลังอำนาจ (Power) การที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองมีความสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นมั่นต่ออำนาจการกระทำของตนเองว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่คาดหวังและมี ความสามารถในการจัดกระทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุตามที่คาดหวังได้

งานวิจัยนี้มีการนำแนวคิดควมมีคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg (1965) ด้านประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) การประเมินคุณค่าในตนเอง (Self-Worth) การมองตนเองในด้านบวก (Positive Self-View) นำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมควมมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

2.3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อควมมีคุณค่าในตนเอง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อควมมีคุณค่าในตนเอง อุมพร ตรังคสมบัติ (2553) และอรอุมา สงวนญาติ (2544) มีดังนี้

1) การเห็นคุณค่าในตนเองทั้งภายใน (Inner Self-Esteem) คือ ปัจจัยของบุคคล ได้แก่ (1)รูปร่างหน้าตา การเจ็บป่วย ความพิการทางกาย ภาพลักษณ์ภายนอก ด้านความสวยงามของหน้าตาและรูปร่างพบว่ามีผลโดยตรงต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเอง (2)ความสามารถ สมรรถนะ และ (3)การทำในสิ่งที่ตนเองต้องการแล้วได้ผลตามที่ตนคาดหวังจะมีผลทำให้ควมมีคุณค่าในตนเองของบุคคลเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของตนเองจากสิ่งแวดล้อม จะเป็นพื้นฐานการเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งเกิดจากประสบการณ์ตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเองภายนอก (Functional Self-Esteem) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่อยู่รอบๆ ตัวของบุคคล สร้างขึ้นผ่านการประเมินปฏิสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ในชีวิต และเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และการได้รับการยอมรับจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต

2) การยอมรับทางสังคม (Social Acceptance) เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งควมมีคุณค่าในตนเองพัฒนาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม และประสบการณ์ที่ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองจากมุมมองของบุคคลอื่นในสังคม หากมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อน ครอบครัว สังคม จะช่วยเสริมสร้างควมรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่หากถูกปฏิเสธ ถูกกลั่นแกล้ง เพิกเฉยจะมีผลต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Rosenberg, 1965)

3) ประสบการณ์ในวัยเด็ก (Early Childhood Experiences) ซึ่งปัจจัยที่มาจากวัยเด็กที่ส่งเสริมให้เด็กมีควมรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การเลี้ยงดูที่อบอุ่น ใส่ใจ ใช้เหตุผล การยอมรับ และการสนับสนุนจากพ่อแม่ในการทำสิ่งต่างๆ ที่เหมาะสม และสิ่งที่มีผลทำให้เด็กรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ได้แก่ การถูกปล่อยปละเลย และการถูกตำหนิ (Branden, 1994)

4) การมองความสำเร็จของตนเอง (Personal Achievement) เป็นปัจจัยที่อยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลได้ทำสิ่งต่างๆ ได้บรรลุเป้าหมาย จนเกิดความรู้สึกว่าตนเองบรรลุเป้าหมาย รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ (Mruk, 2006)

5) การมองภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image / Body Image) เป็นปัจจัยที่บุคคลประเมินด้านภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่เป็นเพศหญิงมีการมองคุณค่าของตนเองผ่านภาพลักษณ์ทางกาย โดยพบว่าสื่อต่างๆ นั้นมีผลต่อการมองภาพลักษณ์ของบุคคล (Grogan, 2016)

6) การเปรียบเทียบเชิงสังคม (Social Comparison) เป็นปัจจัยที่บุคคลประเมินตนเองเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งหากประเมินแล้วรู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าจะมีผลให้ควมมีคุณค่าในตนเองลดลง เช่น รูปร่างหน้าตา การศึกษา อาชีพ รายได้ (Festinger, 1954)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อควมมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การประเมินตนเองทั้งด้านกายภาพทางร่างกายและความสามารถของตนเอง การยอมรับทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จากประสบการณ์ในวัยเด็กจากการเลี้ยงดู และการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

2.3.4 ความสำคัญของคุณค่าในตนเอง

1) ควมมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยปกป้องและลดความเสี่ยงในการเกิดความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยควมมีคุณค่าในตนเองเป็นทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งหากบุคคลมีความรู้สึกในด้านบวกต่อตนเอง ก็จะเป็นปัจจัยปกป้องและลดความเสี่ยงของปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่จะช่วยป้องกันปัญหาที่เกิดจากแรงกดดันจากสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การถูกวิพากษ์วิจารณ์ ปัญหาความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่อาจจะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล รวมทั้งภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีระดับควมมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ที่ดี มีการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้ที่สมดุลต่อปัญหา มองตนเองในเชิงบวก และมีความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งควมมีคุณค่าในตนเองนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความเครียด ภาวะวิตกกังวล (Rosenberg, 1965) และภาวะซึมเศร้า (Orth & Robins, 2013)

2) ควมมีคุณค่าในตนเองลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย บุคคลที่มีการประเมินตนเองว่ามีความมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงและมักมีแนวโน้มที่ตามมา คือ การฆ่าตัวตาย ปัญหาในการใช้สารเสพติด ซึ่งพบว่าควมมีคุณค่าในตนเองที่ต่ำมีสัมพันธ์กับการจัดการปัญหาแบบหลีกเลี่ยง มีการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมตามมา คือ พฤติกรรมการดื่มสุราและการแยกตัวจากสังคม (Baumeister et al., 2003)

3) ควมมีคุณค่าในตนเองเป็นเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ควมมีคุณค่าในตนเองนั้นเป็นพื้นฐานทางอารมณ์ที่มีความมั่นคงในการช่วยให้บุคคลสามารถฟื้นตัวจากเหตุการณ์ทางลบหรือวิกฤติในชีวิตได้เร็วขึ้น ทำให้บุคคลประเมินตนเองว่ามีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาที่มีความพยายาม ไม่ล้มเลิกในการจัดการปัญหาที่กำลังเผชิญ (Rosenberg, 1965)

สรุปได้ว่า ควมมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญ เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล การมีควมมีคุณค่าในตนเองสูงยังสามารถช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดควมมั่นคงทางอารมณ์ มีความมั่นใจในตนเอง เกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิด

ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย และเพิ่มปัจจัยปกป้องในการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น คือ เพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience)

2.3.5 วิธีการพัฒนาความคุณค่าในตนเอง

ความมีคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงพัฒนาขึ้นให้ดีขึ้นได้ ดังนี้

1) การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองตามองค์ประกอบรายด้านของ Coopersmith (1981) สามารถทำได้ตามองค์ประกอบรายด้านได้ดังนี้ ด้านความสำคัญ (Significance) สามารถพัฒนาได้โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ใส่ใจรับฟังด้วยความตั้งใจ การกล่าวคำชื่นชม และการให้กำลังใจ ด้านความสามารถ (Competence) สามารถพัฒนาได้โดยการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงมีโอกาสเป็นไปได้ มีความท้าทาย ไม่ง่ายหรือยากเกินไป การกระตุ้นในลงมือทำตามเป้าหมาย และการให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการพัฒนา ด้านคุณความดีหรือคุณธรรม (Virtue) สามารถพัฒนาได้โดยการเป็นแบบอย่างที่ดี การให้เรียนรู้ด้านคุณธรรมผ่านสถานการณ์หรือกรณีศึกษา การส่งเสริมการทำกิจกรรมจิตอาสาที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ด้านพลังอำนาจ (Power) สามารถพัฒนาได้โดยการส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง การตัดสินใจสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองและยอมรับต่อผลที่ตามมา

2) การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองตามองค์ประกอบรายด้านของ Rosenberg (1965) สามารถทำได้ตามองค์ประกอบรายด้าน ดังนี้ ด้านการยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) สามารถพัฒนาได้โดยการสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับตนเองทางบวก ลดการเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น การบันทึกความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการฝึกมองข้อดีของตนเอง เพื่อให้เกิดการยอมรับในความสามารถของตนเอง และการตั้งเป้าหมายที่ต้องการพัฒนาตนเอง ด้านการประเมินคุณค่าในตนเอง (Self-Worth) สามารถพัฒนาได้โดยการให้ลงมือทำสิ่งต่างๆ อย่างตั้งใจให้เกิดความสำเร็จอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากสิ่งที่ยากก่อน การได้รับคำชื่นชมจากบุคคลคนอื่น และหลีกเลี่ยงการตำหนิตนเองหรือการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองทางลบ และด้านการมองตนเองในด้านบวก (Positive Self-View) สามารถพัฒนาได้โดยการฝึกคิดเชิงบวกต่อสถานการณ์ การฝึกพูดเชิงบวกกับตนเอง การปรับมุมมองความคิดต่อตนเองโดยใช้เทคนิค CBT (Cognitive Behavioral Techniques) ซึ่งจะลดมุมมองต่อตนเองในด้านลบลง ปรับให้เกิดพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์ มีผลทำให้อารมณ์แจ่มใสขึ้น โดยจะเป็นการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบซึ่งเป็นมุมมองด้านลบต่อตนเองได้อย่างยั่งยืน (Beck, 1979)

งานวิจัยนี้ศึกษาความคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรู้สึภาคภูมิใจในของ Rosenberg ฉบับภาษาไทย จำนวน 10 ข้อ ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยทินกร วงศ์ปการันย์ และณหทัย วงศ์ปการันย์ (2554) ที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินในกลุ่มประชากรไทยที่หลากหลายและเคยมีการนำมาประเมินในกลุ่มนักศึกษา

2.4 ทฤษฎีความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience)

2.4.1 ความหมายความแข็งแกร่งในชีวิต

ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังจากที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตจำนวนมากยังสามารถใช้วิกฤตเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นผ่านพ้นไป (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสุขภาพจิตดี ดำเนินชีวิตอย่างเข้มแข็ง (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555)

ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถของตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ใช้ในการรับมือสถานการณ์ที่ยากลำบากอย่างมีประสิทธิภาพ ใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) สิ่งที่มี (I have) 2) สิ่งที่มี (I am) 3) ความสามารถที่มี (I can) ซึ่งเมื่อต้องเผชิญความเครียดจะมีการนำมาใช้การเผชิญกับความเครียดนั้น (Grotberg, 1995)

สรุปได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง มีคำเรียกหลายคำ โดยกรมสุขภาพจิตใช้คำว่าพลังสุขภาพจิต และมีหลายตำราหรืองานวิจัยใช้คำว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งโดยรวมแล้วหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ยากลำบากสำหรับทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ผ่านพ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยยังคงมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะมีการนำองค์ประกอบด้าน แรงสนับสนุนทางสังคมภายนอก (I have) ความเข้มแข็งภายในบุคคล (I am) และความสามารถที่มี (I can) มาใช้

2.4.2 ความสำคัญของความแข็งแกร่งในชีวิต

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสำคัญในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและด้านสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) ดังนี้

1) ป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต เกี่ยวกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหาด้านสุขภาพจิต รวมทั้งการสูญเสียภาวะสุขภาพจิตที่ดีไป หลังเผชิญเหตุการณ์ที่กระทบทั้งในส่วนบุคคลและครอบครัว มีความเข้าใจตนเอง รักตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง และเข้าใจบุคคล รู้จักแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการผ่อนคลายความเครียด มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555)

2) ป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย ซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพทางกายที่เป็นต่อเนื่องจากความเครียด เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3) ส่งเสริมความสำเร็จในชีวิต โดยความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นพลังแห่งชีวิตที่ช่วยให้เอาชนะอุปสรรคนำไปสู่การประสบความสำเร็จในชีวิต เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นหลังจากที่ความทุกข์ในใจบิบบิ้น จนในที่สุดได้ค้นพบศักยภาพที่แท้จริงภายในของตนเอง

สรุปได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสำคัญในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เกิดจากเผชิญเหตุการณ์ที่มากระทบ ป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายที่เกิดตามมาของความเครียด และส่งเสริมความสำเร็จในชีวิตเนื่องจากการใช้ศักยภาพของตนเองมาใช้ในการจัดการปัญหาในชีวิต

2.4.3 องค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต

องค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของ Grotberg (1995)

ประกอบด้วย

1. สิ่งที่มี (I have) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมภายนอกที่มีส่วนในการช่วยเหลือตนเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากในชีวิตที่เกิดขึ้น ได้แก่ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558)

- มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่สามารถไว้วางใจ/ เชื่อใจได้
- มีคนคอยบอก/สอน/ตักเตือนถึงขอบเขตและข้อจำกัดต่างๆ ที่ชัดเจนในการทำอะไรร่างๆ เพื่อที่จะได้ไม่ทำในสิ่งที่อาจนำไปสู่ปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตนเอง
- มีตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่างๆ มีคนรอบข้างที่ทำให้เห็นว่าการกระทำที่ถูกต้องควรเป็นอย่างนั้น

น้อยอย่างไร

ดูแลในเรื่องของสุขภาพ การศึกษา

- มีคนที่พร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง มีบุคคล/แหล่งที่ให้การดูแลในเรื่องของสุขภาพ การศึกษา
 - มีแหล่งให้ตนเองรับบริการ/ สวัสดิการทางสังคมและความปลอดภัย
 - มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง
2. สิ่งที่มีเป็น (I am) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความเข้มแข็งภายในของบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ ความมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่า และความรับผิดชอบ ได้แก่ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558)

- เป็นบุคคลที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของบุคคลอื่นได้
- เป็นบุคคลที่ภาคภูมิใจในตนเอง
- เป็นบุคคลที่มีพื้นฐานอารมณ์ที่ดี
- รู้จักเห็นอกเห็นใจและสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อผู้รอบข้าง
- พร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่น
- พร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำและยอมรับผลการกระทำนั้น
- คิดพิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง
- มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่างๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี เชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ
- มีความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์อันเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

3. ความสามารถที่มี (I can) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อทักษะทางสังคมที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในตัวบุคคลของตนเองและกับบุคคลอื่น ได้แก่ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558)

- จัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้เหมาะสม
- หาทางออกหรือวิธีการใหม่ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่
- มุ่งมั่นในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะสำเร็จ

- บอกผู้อื่นได้เกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกของตนเอง
- มีอารมณ์ขันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของตนเอง
- ขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ต้องการ
- รู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะ

งานวิจัยนี้ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต จำนวน 28 ข้อที่พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) ที่มีการนำมาใช้ในการประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่กว้างขวาง เนื้อหาของแบบประเมินมีการประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต 3 ด้าน คือ ความสามารถที่บุคคลมี (I can) สิ่งที่คุณคือ (I am) สิ่งที่คุณคือ (I have) ของตนเอง

2.4.4 วิธีการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิต

1) การส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ โดยเป็นการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ที่มั่นคง เช่น เพื่อนสนิท ครอบครัว อาจารย์ที่ปรึกษา รวมทั้งการส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์หรือกลุ่ม peer support (Reeve et al., 2013)

2) การปรับมุมมองความคิดเชิงบวกหรือมองทุกปัญหาเป็นความท้าทาย และมีความหวัง ซึ่งจะทำให้เกิดกำลังใจในการแก้ไขปัญหา (Beasley, Thompson, & Davidson, 2003)

3) พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม ได้แก่ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ด้วยวิธีการฝึกการเจริญสติ (Mindfulness) การฝึกการหายใจ และเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Kabat-Zinn, 1990)

4) การตั้งเป้าหมาย โดยการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน มีการจำบันทึกเป้าหมายเพื่อเตือนตนเอง (Seligman, 2011)

5) การฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดให้ยืดหยุ่น มีการยอมรับความเปลี่ยนแปลงและมีการปรับตัว ใช้วิธีแก้ปัญหาด้วยแนวทางที่หลากหลาย โดยไม่ยึดติดกับวิธีเดิม (Bonanno, 2004)

6) การดูแลสุขภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการออกกำลังกาย นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพราะร่างกายมีผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตและการเผชิญความเครียด (Southwick & Charney, 2012)

สรุปได้ว่า วิธีการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถทำได้โดยการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบตัว การปรับมุมมองความคิดเชิงบวกต่อปัญหา พัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ควบคู่กับการใช้เทคนิคการคลาย การตั้งเป้าหมายชีวิต และการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

2.5 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

2.5.1 ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มคน อันได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์ เครือข่ายสุขภาพ และเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ รวมถึงการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (House, 1981)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มคนรอบข้างให้ไปสู่เป้าหมายของบุคคล เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร การเงิน แรงงาน และการช่วยเหลือทางอารมณ์ (Caplan, 1999)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการยอมรับในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Pilisuk, 1982)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ที่ตนเองได้รับการห่วงใย ใส่ใจ หรือเป็นที่รัก มีความหมาย เป็นที่ต้องการ มีการสื่อสาร มีความรู้สึกร่วมว่าเป็นส่วนหนึ่ง (Cobb, 1976)

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของที่จับต้องได้ การเงิน การช่วยด้วยร่างกาย และยังรวมไปถึงการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และจิตใจ อันได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2.5.2 ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม

House (1986) ได้มีการแบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมออกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงความเข้าใจ ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ และปลอบใจ

2) แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ คำแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหา

3) แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ (Instrumental/Tangible Support) เป็นการให้สิ่งของที่สามารถจับต้องได้อย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ เงิน สิ่งของหรือทรัพยากรด้านต่างที่จำเป็น และแรงงาน

4) แรงสนับสนุนทางการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคคลเพื่อให้เกิดการประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการยืนยันความสามารถของบุคคล รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้การปรับปรุงพัฒนา

Brown (1986) ได้มีการแบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมออกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านข้อมูล การให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมองเห็นสภาพปัญหาที่ตนกำลังประสบอยู่ เช่น การให้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ การให้คำแนะนำที่เหมาะสม และการให้คำปรึกษาเพื่อนำสู่การแก้ไขปรับปรุง เป็นต้น

2) แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนตามความต้องการของบุคคลนั้นโดยตรง เช่น การช่วยด้านแรงงาน เงินทุนสนับสนุน และการปรับปรุงด้านสภาพแวดล้อม เป็นต้น

3) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก เช่น การยอมรับนับถือ การยกย่อง การให้คุณค่า ความใส่ใจ การให้ด้านความรักความห่วงใย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ รวมถึงให้ในสิ่งที่ผู้ได้รับเกิดความพึงพอใจ เป็นต้น

4) แรงสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้วิเคราะห์เพื่อทราบเกี่ยวกับผลของการแสดงออกทางพฤติกรรม การแสดงความเห็นเพื่อรับรองข้อมูล

Cobb (1976) ได้มีการแบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนต่อบุคคล ที่ทำให้เกิดความเชื่อว่าบุคคลได้รับความรัก ความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย และการเอาใจใส่

2) แรงสนับสนุนทางการยอมรับและการเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนต่อบุคคลให้บุคคลเชื่อว่าตนมีคุณค่า จากการยอมรับและเห็นคุณค่าจากบุคคลอื่น

3) แรงสนับสนุนทางการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่ง (social support or net work) เป็น การช่วยเหลือสนับสนุนต่อบุคคลให้บุคคลเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม ซึ่งมีความผูกพันต่อกัน

Weiss (1974) ได้มีการแบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ความใกล้ชิด (Attachment) แบบส่วนตัวรู้สึกถูกรักและเอาใจใส่ดูแล
2. การเป็นส่วนร่วมของสังคม (Social integration) จากการมีสัมพันธภาพทางสังคม เช่น การเข้าร่วมสังคมอย่างต่อเนื่อง รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ไม่รู้สึกแตกต่าง

3. การส่งเสริมความรู้สึกการมีคุณค่า (Reassurance of worth) จากการได้รับการถูกยอมรับเป็นสมาชิกทำให้รู้สึกมีคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

4. การได้ดูแลผู้อื่น (Opportunity for nurturance) การรับผิดชอบต่อบุคคลอื่นทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการ

5. ความเชื่อมั่นจากมิตรภาพที่ดี (A sense of reliable alliance) หมายถึง การได้รับมิตรภาพที่ดีทำให้บุคคลความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์

6. การได้รับการเสนอแนะแนวทาง (The obtaining guidance) เป็นการช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจเมื่อปัญหาทางจิตใจ

สรุปได้ว่า ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นทั้งในส่วนที่เป็นวัตถุประสงค์ของที่จับต้องได้ ซึ่งประกอบด้วย เงิน สิ่งของ และสิ่งที่ไม่ใช่วัตถุประสงค์ของจับต้องไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ การยกย่อง การให้ความรัก ความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย และการเอาใจใส่ การยอมรับเห็นคุณค่า และความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่ง

งานวิจัยนี้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1986) 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional Support) ด้านข้อมูล (Informational Support) ด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ (Instrumental/Tangible Support) และด้านการประเมิน (Appraisal Support) มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมในการวิจัย

2.5.3 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการมีส่วนร่วมเชิงสังคมด้วยความสมัครใจ กับสถาบันทางการในสังคม มีความไม่เป็นทางการ อาจเป็นกลุ่มที่อยู่อยู่ในชุมชนที่อยู่อาศัย

2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอเป็นเครือข่าย เช่น ช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ การมีมิตรภาพที่ดี การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์คือการยกย่อง การนับถือ

3) ระดับแคบหรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด มีความสนิทสนมมากที่สุด ได้แก่ สมาชิกครอบครัว ซึ่งใกล้ชิดทางอารมณ์ และมีการสนับสนุนทางจิตใจ ได้แก่ ความรัก ความห่วงใย

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับกว้างมีระดับความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ ระดับเครือข่ายที่มีความต่อเนื่องได้รับการสนับสนุนทั้งสิ่งของและทางจิตใจ และระดับแคบหรือระดับลึกที่มีความใกล้ชิดส่วนตัว

2.5.4 แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ กลุ่มแบบปฐมภูมิ และกลุ่มแบบทุติยภูมิ (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) ดังนี้

1) กลุ่มแบบปฐมภูมิ (primary group) เป็นแบบความสัมพันธ์ส่วนตัว บุคคลใกล้ชิด ไม่เป็นทางการ กลุ่มนี้จะมีจุดเด่นในการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ เพื่อน บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด

2) กลุ่มแบบทุติยภูมิ (secondary group) เป็นแบบความสัมพันธ์แบบเป็นทางการ ไม่มีความใกล้ชิดสนิทสนมเป็นการส่วนตัว มีขนาดของกลุ่มได้ทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ได้แก่ กลุ่มเพื่อนในชมรม เพื่อนในชั้นเรียน องค์กรนักศึกษา อาจารย์และสถาบันการศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สรุปได้ว่า ในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลนั้นพบว่าแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี คือ ครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ ที่มีผลต่อการจัดการปัญหาของนักศึกษา (Danielsan, 2019) โดยการวิจัยนี้จะทำการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ต่อครอบครัว เพื่อน และอาจารย์

2.5.5 ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อบุคคล ดังนี้

1) ลดความรุนแรงของปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับบุคคล เกิดกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง มีการปรับตัวที่ดีขึ้น ส่งเสริมในการต่อสู้กับปัญหาของบุคคลดีขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อต่อสุขภาพของบุคคล (Cohen & Wills, 1985)

2) ป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า มีหลายงานวิจัยที่มีการนำแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การนำแนวคิดองค์ประกอบแรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) คือการตั้งใจรับฟังอย่างตั้งใจ การให้กำลังใจ และการแสดงออกซึ่งความเข้าใจต่อบุคคลจากบุคคลสำคัญ เช่น ครอบครัว เพื่อนสนิท จะช่วยในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า (Thoits, 2011) แรงสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational Support) คือการให้คำแนะนำการเข้าถึงบริการสุขภาพ การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมและการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (Uchino, 2004) แรงสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) คือการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคคลที่เป็นกลางหรือเชิงบวกจะช่วยให้มีการประเมินตนเองอย่างเหมาะสม เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของบุคคล โดยแรงสนับสนุนที่สำคัญคือเพื่อนและบุคคลใกล้ชิดรอบตัว (Wang, Lesage, & Schmitz, 2008)

3) ลดความเครียดและภาวะวิตกกังวลในระดับที่รุนแรงที่เกิดจากความวิตกกังวลของปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งความเครียดจะมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อีกทั้งยังป้องกันภาวะวิตกกังวล ลดความรู้สึกคับข้องใจ เกิดความผ่อนคลาย ซึ่งจะส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Cohen & Wills, 1985 ; Pender, 2001)

4) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคล สามารถป้องกันความรู้สึกโดดเดี่ยว และอัตราการฆ่าตัวตายของบุคคลได้ (Thoits, 2011) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต โดยแรงสนับสนุนนั้นมาจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในตนเอง ลดความรู้สึกเหงาในกลุ่มนักศึกษาที่มีความอาย โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการลดผลกระทบของความอาย ความเหงา (Zhao & Kong, 2012)

5) ส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อมที่มีผลดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ เกิดการยอมรับในตนเอง (Pender, 2001)

6) การป้องกันการเจ็บป่วยและบรรเทาปัญหาสุขภาพทางกาย โดยพฤติกรรมกรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยของบุคคลจะดีขึ้นถ้ามีแรงสนับสนุนทางสังคมดี (Cobb, 1976) และพบว่าอัตราการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคน้อยกว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Cohen & Wills, 1985; Uchino, 2004) แรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และชุมชนยังส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การใช้อย่างต่อเนื่อง หรือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง (Taylor, 2011)

7) ส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีส่วนในการช่วยบุคคลในการปรับตัว มีความยืดหยุ่นต่อการแก้ไขปัญหา มีการฟื้นตัวจากสภาพปัญหาหรือวิกฤตในชีวิตที่กำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะในวัยรุ่นพบว่าทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิต (Li et al., 2024)

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญเนื่องจากมีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่เผชิญกับความเครียดหรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ จะมีผลต่อการลดความรุนแรงของปัญหา ส่งเสริมการปรับตัว ป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ลดความเครียดและภาวะวิตกกังวล ส่งเสริมความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ป้องกันความรู้สึกโดดเดี่ยว และอัตราการฆ่าตัวตาย ส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อมที่มีผลดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและบรรเทาปัญหาสุขภาพทางกาย ส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต

2.6 ทฤษฎีความเครียด

2.6.1 ความหมายความเครียด

ความเครียด (Stress) เป็นกลไกการป้องกันตนเองของบุคคลทางด้านสรีรวิทยาและทางด้านจิตวิทยา เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล ทั้งสิ่งเร้าภายในและภายนอกตัวบุคคล (Selye, 1956)

ความเครียด (Stress) เป็นการตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่มั่นคงหรือทำท้อ ความเครียดสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งทางลบและทางบวกขึ้นอยู่กับว่าแต่ละบุคคลสามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ดีเพียงใด (Lazarus & Folkman, 1984)

ความเครียด (Stress) หมายถึง สภาวะทางจิตใจและร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกถึงแรงกดดันจากสิ่งต่าง ๆ เช่น ปัญหาทางการทำงาน ความสัมพันธ์ หรือเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบต่อความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ความเครียดสามารถเกิดจากปัจจัยภายใน เช่น ความกังวลในตัวเอง หรือจากปัจจัยภายนอก เช่น สถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว เช่น ภาระงานจรรยาหนัก หรือความคาดหวังจากคนอื่น ๆ เมื่อบุคคลไม่สามารถรับมือกับสิ่งเหล่านั้นได้ดีพอ จะส่งผลต่อสุขภาพทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ (พิเชฐ สมิตานันท์, 2565)

ความเครียด (Stress) หมายถึง สภาวะที่ร่างกายและจิตใจตื่นตัวต่อเหตุการณ์หรือปัญหาในชีวิต ซึ่งเกิดจากการคิดและประเมินสถานการณ์ของบุคคล อาจนำไปสู่อาการเหนื่อยล้า หดไฟ สูญเสียพลังงาน มองงานในแง่ลบ ห่วงเหินจากผู้อื่น และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หากมีมุมมองด้านลบและปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางอารมณ์ (กรมสุขภาพจิต, 2565)

สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบทำให้เกิดการตื่นตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้า นั้น ความรุนแรงขึ้นอยู่กับรับรู้และการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้า หากมีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจ

2.6.2 สาเหตุการเกิดความเครียด

สาเหตุของความเครียดของบุคคลมีได้หลายประการอธิบายได้ตามทฤษฎีความเครียด ดังนี้

1) สิ่งเร้าทางกายภาพ ความเครียดเกิดจากมีสิ่งเร้าทางกายภาพเข้ามากระตุ้นบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ การบาดเจ็บทางด้านร่างกาย (Selye, 1956)

2) สิ่งเร้าทางด้านจิตใจ/ อารมณ์ ความเครียดเกิดจากมีสิ่งเร้าทางกายภาพเข้ามากระตุ้นบุคคล เช่น ความกดดัน ความขัดแย้งในจิตใจ การสูญเสีย (Selye, 1956)

3) สิ่งเร้าทางด้านสิ่งแวดล้อม ความเครียดเกิดจากมีสิ่งเร้าทางกายภาพเข้ามากระตุ้นบุคคล เช่น การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การทำงานที่หนักเกินไป (Selye, 1956)

4) การประเมิน (appraisal) ของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ ซึ่งไม่ได้ให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญโดยตรง โดยหากบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้าก่อให้เกิดความท้าทายไม่ใช่สิ่งคุกคาม ตนเองสามารถจัดการกับสิ่งเร้าที่กำลังเผชิญได้ มีสิ่งสนับสนุนมากพอในการจัดการ เช่น เงิน แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เวลา มีความสามารถ มีทักษะ ก็จะไม่ก่อให้เกิดความเครียดตรงข้ามกันหากบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้าที่ตนเองกำลังเผชิญเป็นสิ่งที่อันตราย คุกคาม และตนเองนั้นขาดมีสิ่งสนับสนุนที่พอในการจัดการจะก่อให้เกิดความเครียดตามมา (Lazarus & Folkman, 1984)

สรุปได้ว่า ความเครียดมีสาเหตุมาจากการประเมินของตัวบุคคลต่อการจัดการสิ่งเร้าทางกายภาพ สิ่งเร้าทางด้านจิตใจ/ อารมณ์ และสิ่งเร้าทางด้านสิ่งแวดล้อม ความรุนแรงขึ้นอยู่กับการประเมินความสามารถตนเองและสิ่งสนับสนุนที่บุคคลมี

2.6.3 อาการของความเครียด

อาการของความเครียดแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2561; Lazarus & Folkman, 1984; American Psychological Association, 2023) ดังนี้

1) ด้านร่างกาย อาการสามารถแบ่งตามระบบ ดังนี้ ระบบประสาท มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ม่านตาขยายตัว เหงื่อออก นอนไม่หลับ ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการซีพจรและหัวใจเต้นเร็ว เจ็บแน่นหน้าอก หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูง ระบบทางเดินอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร หรือรับประทานมากกว่าปกติ ท้องอืด ท้องเสีย ปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณคอ ไหล่ และหลัง เหนื่อยง่าย

2) ด้านอารมณ์ จะทำให้รู้สึกกดดัน ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย วิตกกังวล รู้สึกหมดหวัง ขาดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความสามารถในการจดจ่อลดลง หากมีเครียดเรื้อรังยาวนานอาจพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าได้

3) ด้านพฤติกรรม จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ แยกตัวจากสังคม มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด มีปัญหาพฤติกรรมในการทำงานเนื่องจากขาดสมาธิ ขาดเรียน หรืออาจมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งที่ต้องทำ

สรุปได้ว่า อาการของความเครียดมี 3 ด้าน คือ ด้านร่างกายทำให้เกิดความผิดปกติในระบบประสาท การนอน ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร และระบบกล้ามเนื้อ ด้านอารมณ์ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบหากเกิดเรื้อรังจะพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าได้และด้านพฤติกรรมทำให้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.6.4 ความเชื่อมโยงระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้า

ความเครียด (stress) และภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะทางจิตใจที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังหรือความเครียดที่รุนแรงสามารถเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยการที่ระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล (cortisol) จะถูกกระตุ้น หากสถานการณ์ความเครียดยืดเยื้อ ระบบเหล่านี้จะเสียสมดุลและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (McEwen, 2008) อีกทั้งความเครียดมีผลต่อสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และอะมิกดาลา (amygdala) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ โดยการหลั่งคอร์ติซอลในระดับสูงจากความเครียดเรื้อรังทำให้เซลล์ประสาทในสมองถูกทำลายและการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น เซโรโทนิน (serotonin) ลดลง ซึ่งเป็น

2.6.5 ความสำคัญของการลดความเครียด

การลดความเครียดจะก่อให้เกิดผลดีตามมาในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรังมีผลต่อระบบประสาทฮอร์โมน และสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ เช่น ฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และอะมิกดาลา (amygdala) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้สมองไวต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น การจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Hammen, 2005)

2) เกิดความสมดุลของฮอร์โมน โดยการผ่อนคลายความเครียดจะลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ที่หลั่งออกเมื่อเครียด จะช่วยฟื้นฟูการทำงานของระบบประสาท และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว (Kuyken et al., 2016)

3) ส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้น โดยการลดความเครียดช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟ (burnout) โดยเฉพาะในกลุ่มคนทำงานและนักศึกษา (Gross, 2015)

4) เพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้และการทำงาน การลดความเครียดช่วยให้มีสมาธิ ความจำ และความสามารถในการตัดสินใจที่ดีขึ้น (LeBlanc, 2009)

5) ส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีความสุขเพิ่มมากขึ้น จากการที่ความเครียดลดลงจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความพึงพอใจในชีวิตและรู้สึกมีความสุขเพิ่มมากขึ้น (WHO, 2017)

2.6.6 วิธีการเผชิญความเครียดและการจัดการความเครียด

วิธีการการเผชิญความเครียดและการจัดการความเครียด มีดังนี้

1) การฝึกสติ (Mindfulness) จดจ่ออยู่กับปัจจุบัน และการฝึกการหายใจอย่างมีสติ เพื่อการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งตรงกับเทคนิค Grounding ตามแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียดของ WHO เพื่อให้เกิดการจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน ซึ่งจะลดการหมกมุ่นกับเรื่องที่กังวลในอดีตหรืออนาคต ซึ่งมักเป็นสาเหตุความเครียด ตัวอย่างการใช้เทคนิค เช่น 1) ฝึกเทคนิคการหายใจโดยหายใจเข้าออกลึกๆ จดจ่ออยู่กับหายใจ 2) การพูดกับตนเองเพื่อเรียกสติตนเอง 3) การรับรู้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้วยเทคนิค 5-4-3-2-1 ซึ่งให้ความสำคัญกับสิ่งที่รับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ในปัจจุบัน (WHO, 2020 ; Brinthaup et al., 2022)

2) การปรับความคิดทางลบ (Cognitive restructuring) ซึ่งความคิดทางลบก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ฉะนั้นการจัดการความเครียดจึงต้องมีการจัดการกับความคิดที่เป็นทางลบโดยเฉพาะความคิดทางลบต่อตนเอง ซึ่งตรงกับเทคนิค Unhooking ตามแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียดของ WHO ตัวอย่างการใช้เทคนิค เช่น การพูดกับตนเองเมื่อมีความคิดทางลบ เช่น นี่เป็นเพียงความคิด ไม่ใช่ความจริง (WHO, 2020)

3) การเผชิญกับความเครียดแทนการหลีกเลี่ยง จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกยอมรับ ซึ่งตรงกับเทคนิค Making room ตามแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียดของ WHO ตัวอย่างการใช้เทคนิค เช่น การพูดกับตนเองให้รับรู้อารมณ์ความรู้สึกตนเอง ร่วมกับผ่อนคลายตัวเองและหายใจลึกๆ “ตอนนี้ฉันรู้สึกเครียด แต่ฉันสามารถอยู่กับความรู้สึกนี้ได้” (WHO, 2020)

4) การสื่อสารกับตนเองเชิงบวก เป็นการฝึกพูดกับตนเองด้วยความเมตตา ไม่ตำหนิหรือลงโทษตนเองเมื่อทำผิดพลาดหรือมีความรู้สึกทางลบ ไม่เปรียบเทียบกับคนอื่น ซึ่งตรงกับเทคนิค Being kind ตามแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียดของ WHO ตัวอย่างการใช้เทคนิค เช่น การพูดกับตนเองเช่นเดียวกับที่พูดกับเพื่อนที่กำลังมีความทุกข์ “ไม่เป็นไรนะที่รู้สึกแบบนี้” และการหยุดเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น (WHO, 2020)

5) การกระทำตามสิ่งที่ตนเองให้คุณค่าในชีวิต เป็นการให้คุณค่า เป็นแนวทางในการกระทำสิ่งต่างในช่วงเวลาที่มีความเครียด เช่น ความรัก ความรับผิดชอบ ความกตัญญู ซึ่งตรงกับเทคนิค Acting on your values ตามแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียดของ WHO ตัวอย่างการใช้เทคนิค เช่น ตั้งคำถามกับตนเอง “อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตฉัน” เมื่อได้คำตอบให้ลงมือทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับคุณค่านั้น (WHO, 2020 ; Creswell et al., 2013)

6) การคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation: PMR) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดโดยการ "เกร็ง" และ "คลาย" กล้ามเนื้อที่ละส่วนของร่างกายอย่างเป็นลำดับ เพื่อช่วยให้ร่างกายรับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างภาวะตึงเครียดกับภาวะผ่อนคลาย และช่วยลดความเครียดทั้งทางกายและใจ ซึ่งมีประโยชน์ในการผ่อนคลายทั้งความเครียดสะสมและความวิตกกังวลแบบเรื้อรัง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยในเรื่องการนอนหลับได้ดีขึ้น ซึ่งสามารถใช้ได้กับทุกเพศทุกวัย วิธีการ คือ นิ่ง หรือนอนในท่าที่สบาย หลับตา หายใจเข้าและออกลึกๆ เกร็งกล้ามเนื้อและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ บริเวณ เท้า น่อง ต้นขา มือ แขนและไหล่ ใบหน้า โดยช่วงที่เกร็งให้นับ 1-5 จากนั้นผ่อนคลายพร้อมหาใจออกยาวๆ (WHO, 2020 ; American Psychological Association, 2020 ; Jacobson, 1938 ; Dolbier & Rush, 2012)

7) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายสามารถลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ที่เป็นฮอร์โมนความเครียด และช่วยกระตุ้นการหลั่งสารแห่งความสุขคือเอ็นโดรฟิน (Endorphins) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำให้รู้สึกดี มีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น มีผลให้นอนดีขึ้น ซึ่งมีผลต่อการลดความเครียดลงได้ (American Psychological Association, 2013) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะมีผลชัดเจนในการลดปัญหาความเครียดและยังสามารถลดความวิตกกังวลได้เทียบเท่าการทำจิตบำบัดและการใช้ยา (Wipfli, Rethorst, & Landers, 2008) และการออกกำลังกายช่วยกระตุ้นระบบพาราซิมพาเธติก ส่งผลให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลายได้เร็วขึ้นหลังเผชิญกับความเครียด (Harvard Health Publishing, 2011) นอกจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะ

ช่วยลดระดับความเครียดแล้วยังสามารถป้องกันการเกิดความเครียดได้ เนื่องจากการฝึกสมองให้ตอบสนองต่อสถานการณ์อย่างยืดหยุ่น มีผลให้เกิดการหลั่งสารโดพามีน เซโรโทนิน และเอ็นดอร์ฟินอย่างสมดุล ทำให้สมองตอบสนองต่อความเครียดในระดับต่ำลงแม้อยู่ในภาวะกดดัน ลดความไวต่อความเครียด (reduced stress reactivity) (Salmon, 2001) โดยการออกกำลังกายจะมีประโยชน์ในการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการเผชิญความเครียดในอนาคต (Harvard Health Publishing, 2011)

8) การใช้กระบวนการกลุ่ม โดยกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยให้สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึก สนับสนุนกันและกัน และฝึกทักษะการเผชิญปัญหาในบรรยากาศที่ปลอดภัย ซึ่งส่งผลให้ระดับความเครียดลดลง รู้สึกถึงการยอมรับ ความเข้าใจ และกำลังใจจากสมาชิกในกลุ่มทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ลดภาวะเครียดและวิตกกังวล การได้มีส่วนร่วมในกลุ่มและมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเองและลดความเครียดจากการรู้สึกไร้ค่า (Corey et al., 2018) และการได้ฟังประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีปัญหาคล้ายกันช่วยให้เกิดการเรียนรู้และมุมมองใหม่ ทำให้ลดการตีความเหตุการณ์ในแง่ลบลง (Yalom & Leszcz, 2020)

2.7 ทฤษฎีภาวะวิตกกังวล

2.7.1 ความหมายภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) เป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกาย ที่ช่วยให้เราตื่นตัว ระวังภัย หรือเตรียมพร้อมต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่มีแรงกดดันทำให้เกิดความรู้สึกกลัว กังวล ไม่สบายใจ โดยไม่มีสาเหตุการเกิดที่ชัดเจน หรือมีสาเหตุแต่มีความกังวลมากเกินไปกว่าสาเหตุ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียน การทำงาน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2565)

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่สามารถที่พบบ่อย และเป็นภาวะที่มีลักษณะของความกลัวและความวิตกกังวลที่มากเกินไป มักมีความผิดปกติด้านพฤติกรรมร่วม ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายร่วมหากมีระดับรุนแรง (WHO, 2022)

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชชนิดหนึ่ง อาจเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นความกลัว ไม่สบายใจ กังวล อาการจะขึ้นอยู่กับระดับของภาวะวิตกกังวล (NIMH, 2022)

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ความรู้สึกกลัวหรือกังวลอย่างผิดปกติและต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจมีอาการทางร่างกายร่วมด้วย เช่น ใจสั่น เหงื่อออก หายใจลำบาก และอาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากสาเหตุที่ชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์ (ธีระวัฒน์ หิรัญญูลาวาลย์, 2562)

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ความรู้สึกกลัวหรือกังวลอย่างรุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง และเป็นเรื้อรัง จนส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน มีอาการร่วม เช่น ใจสั่น เหงื่อออก หายใจถี่ และความวิตกกังวลนี้ไม่สามารถควบคุมได้ง่าย (ธนัตถ์ พิทยานุกุล, 2563)

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่แสดงออกในรูปของความกลัวและความวิตกกังวลที่ไม่สมเหตุสมผล มีลักษณะเฉพาะที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลต่อการทำงานหรือความสัมพันธ์ทางสังคม (ชาญวิทย์ วัฒนวงศ์, 2561)

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอาการทางอารมณ์ที่มีลักษณะของความกลัวหรือกังวลที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์และมากเกินไป จนรบกวนการทำงานหรือชีวิตประจำวัน อาจแสดงออกในรูปแบบอาการทางร่างกาย เช่น เหงื่อออก ใจสั่น และอาการทางพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ (สุวิมล รัตน์โกมล, 2562)

สรุปได้ว่า ภาวะวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ เช่น กลัว กังวล ที่เป็นไปตามกลไกธรรมชาติของร่างกาย เพื่อเตรียมพร้อมจัดการต่อสิ่งที่มากระทบ โดยไม่มีสาเหตุการเกิดที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ เมื่อมีระดับรุนแรงมักพบว่ามีความผิดปกติทางด้านร่างกายร่วมด้วย

2.7.2 สาเหตุการเกิดภาวะวิตกกังวล

สาเหตุการเกิดภาวะวิตกกังวลสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีภาวะวิตกกังวล ดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ความวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากการเกิดความขัดแย้งในจิตใต้สำนึกระหว่าง id, ego และ superego โดยเฉพาะระหว่าง แรงขับทางเพศหรือก้าวร้าว (id) กับ กฎเกณฑ์ศีลธรรม (superego) ซึ่ง ego ต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย หากไม่สามารถควบคุมแรงขับหรือความรู้สึกผิดได้ ก็จะเกิดความวิตกกังวลขึ้น (Freud, 1926)

2) ทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคม (Psychosocial Development Theory) ความวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากวิกฤตทางพัฒนาการที่ไม่สามารถผ่านพ้นในแต่ละช่วงวัยได้ (Erikson, 1963)

3) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ความวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติทางลบของบุคคลต่อตนเอง โลก และอนาคต ซึ่งบางครั้งการคาดการณ์เหตุการณ์เลวร้ายในอนาคตเกินจริง

4) ทฤษฎีชีวภาพ (Biological Theory) ความวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง เช่น serotonin และ norepinephrine (Nutt, 2001)

5) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ความวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากการเรียนรู้ผ่านการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นหรือจากประสบการณ์ทางสังคมที่ไม่ดี ซึ่งเป็นการเลียนแบบ (observational learning) พฤติกรรมของบุคคลอื่น เช่น เด็กที่เห็นพ่อแม่กลัวสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็อาจกลัวตาม หรือจากการขาดการเสริมแรงเชิงบวกในสถานการณ์ทางสังคม (Bandura, 1977)

6) ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavioral Theory) ความวิตกกังวลเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการวางเงื่อนไข เช่น การจับคู่สิ่งเร้ากับความกลัว (Watson & Rayner, 1920)

2.7.3 อาการภาวะวิตกกังวล

อาการของภาวะวิตกกังวลสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรม (WHO, 2022 ;กรมสุขภาพจิต, 2565 ;ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) ดังนี้

1) อาการด้านร่างกาย ได้แก่ มึนงง วิงเวียนศีรษะ กล้ามเนื้อปวดหรือเกร็ง ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออก หายใจลำบาก และนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามร่างกาย

2) อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ กลัว วิตกกังวล หมกมุ่น กลัวเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จะเกิดขึ้นกับตนเอง ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ ตื่นตระหนกง่ายกลัวสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น (anticipatory fear) รู้สึกไม่ปลอดภัย

3) อาการด้านพฤติกรรม ได้แก่ หลีกเลียงสถานการณ์ที่กังวล ประสิทธิภาพการทำงานลดลงเพราะขาดสมาธิ

สามารถแบ่งออกเป็นระดับออกเป็น 4 ระดับ (Peplau, 1963; Videbeck, 2020) ดังนี้

1) ภาวะวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild Anxiety) บุคคลมีสมาธิมากขึ้นและความตื่นตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เพิ่มสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ความจำที่ดีทำให้การเรียนรู้ดีขึ้น

2) ภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) บุคคลมีการรับรู้แคบลง มีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีการแสดงความวิตกกังวลเห็นได้ชัด เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ส่งผลทำให้สมาธิลดลงทำให้ต้องมีการขึ้นในการเรียนรู้

3) ภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) บุคคลมีการรับรู้แคบมาก จะมีการโฟกัสแค่สิ่งที่กังวล มีอาการสับสน ส่งผลให้เรียนรู้หรือคิดได้ยาก ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และมีอาการทางกายร่วม เช่น สั่น เหงื่อออก กระวนกระวาย

4) ภาวะวิตกกังวลระดับตื่นตระหนก (Panic) การรับรู้ผิดปกติ ควบคุมตนเองได้ลดลง มีปัญหาการสื่อสาร มีอาการทางกายที่ชัดเจน เช่น หายใจเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน

2.7.4 ความเชื่อมโยงระหว่างภาวะวิตกกังวลกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะวิตกกังวล (anxiety) และภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มักเกิดร่วมกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น เซโรโทนิน (serotonin), นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และโดพามีน (dopamine) รวมถึงการทำงานของสมองส่วนอะมิกดาลา (amygdala) และพรีฟรอนทัลคอร์เท็กซ์ (prefrontal cortex) (Nutt, 2008) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลมีแนวโน้มสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Kessler et al., 2003) การมีความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการดูแล อาจนำไปสู่ความสิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า และท้ายที่สุดอาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีทักษะการเผชิญปัญหาน้อย (Mineka, Watson, & Clark, 1998)

2.7.5 ความสำคัญของการลดความวิตกกังวล

1) การลดความวิตกกังวลช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะตื่นตระหนก เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Beesdo, Pine, Lieb & Wittchen, 2010).

2) ช่วยเพิ่มสมาธิ ความจำ และการตัดสินใจ เนื่องจากความวิตกกังวลรบกวนการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำและการวางแผน เช่น prefrontal cortex การลดความวิตกกังวลจึงช่วยให้บุคคลมีสมาธิ ตัดสินใจได้ดีขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ (Eysenck, Derakshan, Santos & Calvo, 2007)

3) ส่งเสริมให้มีความสุขมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการลดความวิตกกังวลช่วยให้รู้สึกปลอดภัย มั่นคง และส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Hofmann & Gómez, 2018)

4) ลดความเสี่ยงโรคทางกาย เนื่องจากความวิตกกังวลเรื้อรังสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพร่างกาย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันอ่อนแอ และปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร การลดความวิตกกังวลจึงส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกาย (Chrousos, 2009) ส่งเสริมคุณภาพการนอน การออกกำลังกายช่วยให้หลับลึกขึ้นและนอนหลับมีคุณภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะเครียดสะสม (Passos et al., 2010)

2.7.6 วิธีการการเผชิญความวิตกกังวลและการจัดการความวิตกกังวล

1) การปรับความคิดและพฤติกรรมตามแนวความคิดการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีในการรักษาความวิตกกังวล โดยช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ โดยการปรับความคิดและพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อเผชิญกับสภาพปัญหาที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (World Health Organization, 2022)

2) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม จากคนใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์ จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาให้เกิดการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ แทนการหลีกเลี่ยงการเผชิญกับปัญหา รวมทั้งการเข้าร่วมกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายกันเพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการจัดการความวิตกกังวลที่หลากหลาย (National Institute of Mental Health, 2024)

3) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะทำให้สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลทำงานได้สมดุล เพิ่มการผลิตของสารสื่อประสาท ดังนี้ ช่วยกระตุ้นการผลิตสารสำคัญ คือ เซโรโทนิน (Serotonin) ช่วยทำให้รู้สึกสงบ โดพามีน (Dopamine) ช่วยสร้างความพึงพอใจ เอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) ช่วยทำให้รู้สึกดี GABA (Gamma-Aminobutyric Acid) ช่วยลดกิจกรรมสมองที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล (Dishman & O'Connor, 2009) และยังช่วยลดการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก และกระตุ้นพาราซิมพาเทติกที่ช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย มีผลให้ความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจลดลง (Herring, O'Connor & Dishman, 2010)

2.8 ทฤษฎีการมองโลกในแง่ดี

2.8.1 ความหมายการมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การมองโลกในแง่ดีสามารถเรียนรู้ได้ ผ่านการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอธิบายเหตุการณ์ โดยไม่มองว่าทุกความล้มเหลวเป็นเรื่องถาวรหรือสะท้อนถึงตัวตนทั้งหมดของเรา (Seligman, 1990)

การมองโลกในแง่ดี หมายถึง แนวโน้มทั่วไปในการคาดการณ์ผลลัพธ์ในเชิงบวกและสิ่งนี้เชื่อมโยงกับสุขภาพจิตและกายที่ดี (Carver & Scheier, 2002)

การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การมีความคิดและทัศนคติในด้านบวก ไม่ตีความเหตุการณ์ในแง่ร้ายเกินจริง และมองปัญหาเป็นเรื่องที่สามารถจัดการได้ (สำนักสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

การมองโลกในแง่ดี หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีแนวโน้มคิดในทางสร้างสรรค์ มองเห็นโอกาสมากกว่าความล้มเหลว และส่งผลต่อความสุขในชีวิต (จิตติมา ปุณณะนินิ, 2559)

สรุปได้ว่า การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การมองโลกในแง่ดีนั้นเป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติต่อสถานการณ์ปัญหาในทางบวก มีการมองหาโอกาส มีความเชื่อมั่นว่าปัญหาจะสามารถจัดการได้ ซึ่งเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ และส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพกายและใจ รวมถึงความสุขในชีวิตโดยรวม

2.8.2 ความเชื่อมโยงระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับภาวะซึมเศร้า

การมองโลกในแง่ดี (optimism) มีความสำคัญในด้านการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับปัญหาที่กำลังเผชิญอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความสำคัญของการมองโลกในแง่ดีกับภาวะซึมเศร้ามี ดังนี้

1) เป็นปัจจัยปกป้องการเกิดภาวะซึมเศร้า (Protective Factor against Depression) การมองโลกในแง่ดีเป็นคุณลักษณะที่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Giltay et al., 2006; Kim et al., 2021) ผู้ที่มองโลกในแง่ดีมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิตและมีความคาดหวังที่ดีต่ออนาคต ซึ่งช่วยสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจต่อความเครียดและเหตุการณ์เชิงลบที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Carver & Scheier, 2014)

2) ส่งเสริมการรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น (Enhanced Coping Mechanisms) ทำให้รับมือกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Jacobs & Carver, 2020; Muhonen & Torkelson, 2011) โดยผู้มองโลกในแง่ดีมักจะใช้กลยุทธ์การแก้ไขปัญหาและการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งทำให้เกิดการลดความเครียดและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Anzaldi & Shifren, 2018).

3) เพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลฟื้นตัวจากความยากลำบากหรือวิกฤตการณ์ได้เร็ว การมองปัญหาอย่างท้าทายเป็นโอกาสการเรียนรู้แทนการมองว่าเป็นภาวะคุกคาม เป็นการป้องกันความเครียดและความผิดหวังที่จะพัฒนาให้เกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังตามมา (Carver et al., 2010)

4) ส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวม (Promotes Overall Mental Health and Well-being) นอกจากจะเป็นปัจจัยปกป้องภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดี มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต สร้างความสัมพันธ์ที่ดี และมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สร้างสรรค์ (Uribe et al., 2021)

2.8.3 วิธีการส่งเสริมการมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) เป็นทัศนคติที่สำคัญต่อสุขภาพจิต ซึ่งสามารถส่งเสริมได้ด้วยหลากหลายวิธี ทั้งการปรับความคิด พฤติกรรม และสภาพแวดล้อมรอบตัว (Uribe et al., 2021; Carver & Scheier, 2014; Kim et al., 2021) ดังนี้

- 1) จัดบันทึกสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งเรื่องเล็กและเรื่องใหญ่ ซึ่งการฝึกบันทึกนี้จะช่วยให้เรามุ่งความสนใจไปที่แง่มุมบวกของชีวิต
- 2) การรู้จักขอบคุณเมื่อมีเรื่องดี ๆ เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยสร้างความรู้สึกเชิงบวกได้
- 3) การปรับเปลี่ยนมุมมองและความคิด ทุกสถานการณ์ทั้งดีและร้ายมักมีบทเรียนให้เกิดการเจริญเติบโต อย่ามองแค่ว่าเป็นเรื่องเลวร้ายที่เรากำลังเผชิญ
- 4) รับรู้และยอมรับกับอารมณ์ของตนเอง เมื่อเกิดอารมณ์ทางลบเกิดขึ้นกับตนเองให้ยอมรับอารมณ์นั้น แต่ไม่จมอยู่กับอารมณ์ทางลบนานเกินไป จากนั้นหาวิธีจัดการกับอารมณ์ในเชิงสร้างสรรค์ เช่น ระบายออกมาโดยการเขียนบันทึกหรือพูดคุยกับบุคคลอื่นที่ไว้ใจ
- 5) ดูแลด้านสุขภาพกาย เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อลดความเครียด นอนหลับให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และฝึกสติบำบัด (Mindfulness)
- 6) ทำกิจกรรมที่ชอบให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจะได้ไม่ติดอยู่กับอารมณ์เชิงลบนานรวมทั้งหลีกเลี่ยงข่าวสารและสิ่งเร้าเชิงลบที่สร้างความหดหู่หรือความวิตกกังวล
- 7) จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบ สภาพแวดล้อมที่สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยก็ส่งผลต่อจิตใจให้รู้สึกสงบและสบายขึ้นได้
- 8) ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นไปได้ และลงมือทำอย่างสม่ำเสมอ การมีเป้าหมายที่ชัดเจนและลงมือทำ จะช่วยให้รู้สึกมีคุณค่าและประสบความสำเร็จ ชื่นชมตัวเองเมื่อทำสำเร็จแม้เพียงเล็กน้อย

2.9 บทบาทหน้าที่ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

2.9.1 บทบาทหน้าที่ทั่วไปของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง, 2565)

วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นวิทยาลัยในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็น 1 ในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกจากจำนวน 30 แห่ง ตั้งอยู่ในจังหวัดมหาสารคาม และอยู่ในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภารกิจหลักที่สำคัญในการผลิตบัณฑิตพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งพัฒนาหลักสูตรการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ บุคลากรทางสุขภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและชุมชน สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก โดยวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

บทบาทหน้าที่ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งตามกฎหมาย ได้แก่

- 1) ผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข
- 2) พัฒนาสมรรถนะกำลังคนด้านสาธารณสุข
- 3) วิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ
- 4) จัดบริการสาธารณสุขสาธิตที่เหมาะสม
- 5) บริการวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่สังคม
- 6) ส่งเสริมทำนุบำรุงศาสนา ศิลปะ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การพัฒนาสังคมและประชาธิปไตย

วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง มีการดำเนินงานตามพันธกิจ (Mission) 4 ด้าน คือ

- 1) ผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพ
- 2) วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการศึกษาและสุขภาพ
- 3) บริการวิชาการด้านสุขภาพแก่สังคม
- 4) ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น

วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง แบ่งส่วนงาน ออกเป็น 4 งาน เพื่อปฏิบัติงานให้ครอบคลุมตามพันธกิจของวิทยาลัยคือ ดังนี้

- 1) งานวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา มี 1 กลุ่ม 3 งาน คือ กลุ่มวิชา งานทะเบียน วัดและประมวลผลการศึกษา งานบริหารการศึกษาทั่วไป
- 2) งานวิจัยและบริการวิชาการ มี 2 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ กลุ่มงานบริการวิชาการทางสุขภาพ
- 3) งานกิจการนักศึกษาและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม มี 2 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานพัฒนานักศึกษา กลุ่มงานสวัสดิการนักศึกษา
- 4) งานบริหารและยุทธศาสตร์ มี 3 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและวิทยบริการ

วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2567 มีอาจารย์ 65 คน และมีนักศึกษาจำนวน 633 คน

2.9.2 บทบาทหน้าที่ในการดูแลด้านสุขภาพจิตของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง มีการจัดระบบในการดูแลด้านสุขภาพจิตนักศึกษา โดยอยู่ในความดูแลของงานสุขภาพ กลุ่มกิจการนักศึกษาและทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรมร่วมกับการทำงานกับงานการให้คำปรึกษา งานอาจารย์ประจำชั้น และสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีการดูแลนักศึกษาด้านสุขภาพจิต ดังนี้

1) มีการแต่งตั้งอาจารย์ประจำชั้น 1-2 คน ต่อชั้นปีในการดูแลให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาทั้งชั้นปี โดยมีการกำหนดบทบาทอาจารย์ประจำชั้น ดังนี้

- มีหน้าที่จัดเตรียมชั้นเรียนและตรวจสอบให้มีอุปกรณ์ครบและมีสภาพพร้อมใช้งาน
- กำกับติดตามและประสานงานการดำเนินการของคณะกรรมการชั้นปี
- ประสานงานกับอาจารย์ผู้สอนและผู้บริหารรายวิชาเกี่ยวกับการเรียนการสอน
- ตรวจสอบการเข้าเรียนและการของนักศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบของวิทยาลัย

วิทยาลัย

- ร่วมเป็นกรรมการคุมการสอบกลางภาคและปลายภาคการศึกษา
 - ติดตามประเมินผลการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษา
 - อบรมจรรยาบรรณวิชาชีพ การรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมไทย
- ตลอดจนปกครองดูแลให้ นักศึกษาอยู่ในระเบียบวินัย และศีลธรรมอันดีงาม
- จัดทำระบบและกลไกการดูแลและให้คำปรึกษานักศึกษาที่ครอบคลุมทั้งด้านวิชาการ กิจกรรมเสริม หลักสูตร สุขภาพ และการดำเนินชีวิต การจัดอาจารย์ที่ปรึกษา ตารางการพบอาจารย์ที่ปรึกษา

- จัดทำคู่มืออาจารย์ที่ปรึกษา
- แนะนำให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือแก่นักศึกษาที่มีปัญหาด้านการเรียน ปัญหาส่วนตัว และพิจารณาส่งต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อส่งเสริมและติดตามการดูแลนักศึกษาตาม ประเด็น/ปัญหาความ ต้องการของนักศึกษา

- การจัดบริการห้องคลายเครียดให้แก่ นักศึกษา การดำเนินการในเรื่องการรับ เรื่องอุทธรณ์และ ร้องเรียนจากนักศึกษา

- การส่งเสริมนักศึกษา ในด้านวิชาการและสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่นักศึกษาในชั้น เรียนอย่างสม่ำเสมอ

2) มีการแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาในการดูแลให้คำปรึกษาแก่นักศึกษารายบุคคลโดยการกำหนดอาจารย์ที่ปรึกษา 1 คน ในการดูแลนักศึกษาไม่เกิน 15 คน ในด้านวิชาการ ด้านการพัฒนาบุคลิกภาพ การปรับตัวเข้าสังคม การเข้าร่วมกิจกรรม การวางแผนและการเตรียมตัวเพื่อการประกอบอาชีพ เพื่อให้ นักศึกษามีความเป็นเลิศทางวิชาการ มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ มีมนุษยสัมพันธ์ มีความรู้คู่คุณธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพ และเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม โดยมีการ กำหนดบทบาทอาจารย์ประจำชั้น ดังนี้

ด้านวิชาการ

- ให้การปรึกษาแนะนำนักศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตร และโปรแกรมการศึกษา ตลอดทุกภาคการศึกษา เพื่อให้ทราบความต่อเนื่องของการจัดรายวิชาตลอดหลักสูตร

- ให้คำแนะนำนักศึกษาเกี่ยวกับวิธีการเรียน การค้นคว้า เช่น การจัดระเบียบ การเรียนการติดตาม สารระการสอน การจัดคำบรรยาย การจัดสรรเวลา ตลอดจนการศึกษาด้วยตนเอง

- ติดตามผลการเรียนของนักศึกษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันปัญหา ผลการเรียนต่ำ แนะนำและตักเตือนเมื่อผลการเรียนของนักศึกษาต่ำลง

- ให้การปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือนักศึกษาเพื่อการแก้ไขอุปสรรคปัญหา ในการเรียนวิชาต่าง ๆ

- ให้การปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาต่อในระดับสูง

ด้านบริการและพัฒนานักศึกษา

- ให้คำแนะนำในเรื่องกฎระเบียบ ข้อบังคับทางสถาบันตลอดจนสิทธิประโยชน์ของนักศึกษา

- ให้การปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัว เช่น ปัญหาสุขภาพอนามัยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนสร้างความมั่นใจให้กับนักศึกษา

- ให้การปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสังคม เช่น ปัญหาการปรับตัวในสังคม สภาพแวดล้อม ระบบระเบียบ ต่าง ๆ ในสถาบัน และปัญหาการคบเพื่อน

- ให้การปรึกษาเกี่ยวกับพัฒนาบุคลิกภาพ แนวทางปฏิบัติตนเพื่อที่จะเตรียม ไปสู่การเป็นคนดี สมบูรณ์และสร้างทัศนคติที่ดีต่อสถาบันรวมถึงการให้การศึกษาด้านความประพฤติ และจริยธรรม เพื่อช่วยให้ นักศึกษาปรับเปลี่ยนไปในวิถีทางที่ถูกต้อง

- ส่งเสริมสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของทางวิทยาลัยฯ

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทุนการศึกษา และช่วยหาทุนการศึกษา และพิจารณาทุนการศึกษาเมื่อนักศึกษามี ปัญหาทางการเงิน

3) มีการแต่งตั้งอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการคัดกรองดูแล และให้คำปรึกษานักศึกษาที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือติดตามดูแลต่อเนื่องในนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการดูแลและส่งต่อให้ได้เข้าการรักษาในรายที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง และมีการติดตามอาการจนกว่าจะหายดี

4) มีการจัดโครงการเตรียมความพร้อมในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เรื่อง การเรียนในระดับอุดมศึกษา การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเพื่อน รุ่นพี่ในสถาบัน การให้บริการต่างๆ กฎระเบียบ plugged ความรักกวีวิชาชีพ

5) มีการจัดอุปกรณ์ในการออกกำลังกายและสถานที่ให้นักศึกษา โดยร่วมกับกลุ่มงานบริหารและยุทธศาสตร์

6) มีกีฬาประจำปีในการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา ปีละ 1 ครั้ง โดยสโมสรนักศึกษา

7) มีการคัดกรองด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด แก่นักศึกษา ปีละ 1 ครั้ง

8) เมื่อพบนักศึกษาที่สงสัยว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิตจะมีการส่งต่อนักศึกษาเพื่อคัดกรองด้านสุขภาพจิตโดยอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หากคัดกรองแล้วพบว่า นักศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่รุนแรงจะดูแลนักศึกษาตามความเหมาะสมตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น การให้คำปรึกษาการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาด้านสติบำบัด แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น ส่งต่อในรายที่พบปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง และติดตามอาการนักศึกษาหลังการรับการรักษา ประสานอาจารย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ประจำชั้น อาจารย์นิเทศขณะฝึกปฏิบัติงาน นอกจากนี้จะมีการแจ้งผู้ปกครองให้รับทราบการเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งวางแผนร่วมกันในการดูแลนักศึกษา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินอาการโดยการประเมินอาการซึมเศร้าซ้ำหลังได้รับการดูแลทุกภาคการศึกษา

9) บันทึกการให้บริการทุกราย และเก็บรักษาความลับ และมีการรายงานสถิติต่อรองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการนักศึกษาและทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม ภาคการศึกษาละ 1 ครั้ง

ปัญหาจากจัดบริการการดูแลด้านสุขภาพจิตของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จากการสอบถามความคิดเห็นการให้บริการด้านสุขภาพจิตของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 และปีการศึกษา 2567 (งานสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง, 2567;งานสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง, 2567) ดังนี้

1) คัดกรองตามนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11 Q คัดกรองปีละ 1 ครั้ง โดยคัดกรองผ่าน Google form จากสถาบันพระบรมราชชนก ผลการคัดกรองจะรวมอยู่ที่ส่วนกลางและนำเสนอผลการคัดกรองออกมาเป็นรายวิทยาลัยและแจ้งกลับมาที่วิทยาลัย ซึ่งพบปัญหาคือไม่สามารถตรวจเช็คจำนวนนักศึกษาที่เข้าทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้ มีจำนวนนักศึกษาที่เข้าไปคัดกรองน้อย ระยะเวลาการแจ้งผลการคัดกรองใช้

เวลานาน ไม่สามารถให้การพยาบาลหลังการคัดกรองได้ทันที การคัดกรองมีการแบ่งกลุ่มนักศึกษา ออกเป็น 7 กลุ่มสี ตามระดับคะแนนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11 Q แนวทางในการให้การดูแล นักศึกษากำหนดตามกลุ่มสี แต่พบปัญหาด้านการชี้แจงเกี่ยวกับวิธีการดูแลส่งผู้ปฏิบัติในการใช้งาน

2) การคัดกรองด้านสุขภาพจิตงานสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จะใช้แบบประเมิน GHQ-28 เป็นแบบประเมินซึ่งใช้ประเมินสภาวะสุขภาพ ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาเหมาะต่อการคัดกรองเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยภาพรวม ไม่สามารถแยกระดับภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน โดยมีการประเมินปีการศึกษาละ 1 ครั้ง ในทุกชั้นปี ยังขาดแผนงาน โครงการที่มีความชัดเจน และความต่อเนื่องในการให้บริการแก่นักศึกษา

3) ขาดระบบและกลไกที่ชัดเจนในการปฏิบัติในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

4) การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จากมาตรการการเว้นระยะห่างทำให้นักศึกษามีการเรียนแบบออนไลน์ การงดกิจกรรมการรวมกลุ่มมีผลทำให้นักศึกษาในชั้นปี ระหว่างชั้นปี และอาจารย์ ส่งผลถึงปัจจุบันทำให้มีกิจกรรมที่ทำร่วมกันลดลง มีความใกล้ชิดและความสัมพันธ์กันลดลง การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในชั้นปีและระหว่างชั้นปีลดลง

5) อาจารย์ประจำชั้นและอาจารย์ที่ปรึกษามีภารกิจด้านการจัดการเรียนการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติการนิเทศงานในภาคปฏิบัติ รวมถึงภารกิจด้านบริการวิชาการและการวิจัยที่มาก ทำให้มีเวลาในการพบนักศึกษาลดลงตามตารางที่กำหนดซึ่งกำหนดให้ 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ต่อนักศึกษา 1 ชั้นปี ซึ่งถือว่าน้อย มีการพบนักศึกษาผ่านทางช่องทางโซเชียลมีเดียมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดลดลง นักศึกษาเวลามีปัญหาด้านต่างๆ ส่วนใหญ่พบว่าปรึกษาเพื่อน หรือมีการเก็บความทุกข์ไว้คนเดียว ทำให้ได้รับการช่วยเหลือล่าช้า ซึ่งบางรายอาจารย์ทราบว่านักศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตเมื่อได้รับการส่งต่อจากเพื่อนที่ใกล้ชิด เมื่อพบว่านักศึกษามีระดับความเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ร่วมกับมีปัญหาทางด้านร่างกายและปัญหาด้านพฤติกรรมเกิดขึ้นแล้ว

6) นักศึกษาประเมินตนเองว่ายังมีความรู้ที่ไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า ในด้านอาการของภาวะซึมเศร้า การเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองตนเอง การป้องกันตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้า และการดูแลตนเองเมื่อเริ่มมีอาการซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้า

7) อาจารย์ที่ไม่ใช่อาจารย์ในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชประเมินว่าควรมีการทบทวนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อยการสังเกตอาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติทางจิตเวช และการดูแลเบื้องต้นนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายขณะฝึกปฏิบัติงาน

8) ระบบการส่งต่อนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตยังไม่ชัดเจนทั้งภายในและภายนอกวิทยาลัย

9) ปัญหาความเครียดพบมากในทุกชั้นปี และพบมากในขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการเรียนของนักศึกษา ควรมีการวางแผนร่วมกันในการป้องกันและดูแลนักศึกษา

10) นักศึกษาบางคนมีความกังวลที่จะต้องให้คำปรึกษาเพื่อนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 ที่ยังไม่เคยเรียนในภาคทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

11) การคัดกรองด้านสุขภาพจิตของวิทยาลัยขาดความต่อเนื่องในแต่ละปีการศึกษา และยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลที่เหมาะสมตามระดับคะแนนความผิดปกติจากการคัดกรอง

สรุปได้ว่า จากรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งพบปัญหาในด้านการส่งเสริมและการป้องกันด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าที่พบมากในนักศึกษา นโยบาย แผนงาน โครงการที่ยังไม่ชัดเจนในการนำสู่การปฏิบัติเพื่อให้บริการแก่นักศึกษา ปัญหาชั่วโมงการพบอาจารย์ที่ปรึกษาที่ไม่เป็นตามที่กำหนด ปัญหาความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตและการคัดกรองสุขภาพจิตตนเองของนักศึกษา ปัญหาการให้คำปรึกษาแก่เพื่อน และการคัดกรองด้านสุขภาพจิตที่ยังไม่ตรงกับปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในนักศึกษาคือภาวะซึมเศร้า

2.10 วิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกันในแต่ละระยะของการวิจัย คือระยะการเก็บรวบรวม ระยะการวิเคราะห์ข้อมูล และระยะการแปลความหมายข้อมูล เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่ชัดเจนและครอบคลุม เพราะปัญหาการวิจัยบางปัญหามีความซับซ้อน มีข้อจำกัด หากใช้วิธีวิจัยเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการวิจัยแบบผสมผสานสามารถที่จะแก้ปัญหานี้ได้ ซึ่งการวิจัยแบบผสมผสานมีความเฉพาะและเกณฑ์หลากหลายที่นักวิจัยจะต้องดำเนินการให้เหมาะสมทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิง ซึ่งสามารถแบ่งการผสมผสานเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การผสมผสานวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลาย ๆ วิธีในการวิจัย (Mixed Methods)
- 2) การผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Models) ทั้งนี้ โดยอาจให้น้ำหนักการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสำคัญเท่าเทียมกัน หรือผสมผสานลักษณะวิธีหลัก -วิธีรอง ให้น้ำหนักกับการดำเนินการวิจัยแบบใดแบบหนึ่ง ทั้งในระยะเดียวกันหรือระยะที่ต่างกัน โดย Creswell & Clark (2011) ได้เสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกรูปแบบการวิจัยไว้ 4 ประการ

- (1) ระดับการเชื่อมโยงของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Integration)
- (2) ระดับความสำคัญของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Priority)
- (3) เวลาในการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Timing)
- (4) ช่วงเวลาและวิธีการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixing)

2.10.1 จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสานมี ดังนี้ (Creswell & Clark, 2007; Creswell, 2015)

- 1) เพื่อแก้ไขปัญหาจุดอ่อนและส่งเสริมเสริมจุดแข็งการวิจัยเชิงเดี่ยว

- 2) เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นผลการวิจัย โดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)
- 3) เพื่อเสริมความสมบูรณ์และความแตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา
- 4) เพื่อค้นหาประเด็นหรือข้อค้นพบที่ผิดปกติ ชัดแย้ง หรือเป็นทัศนะใหม่
- 5) เพื่อนำผลการวิจัยระยะหนึ่งไปใช้ในอีกระยะหนึ่งของการวิจัย
- 6) เพื่อขยายงานวิจัยให้มีกว้างขวางของขอบเขตและลึกซึ้งขึ้น

2.10.2 ลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน

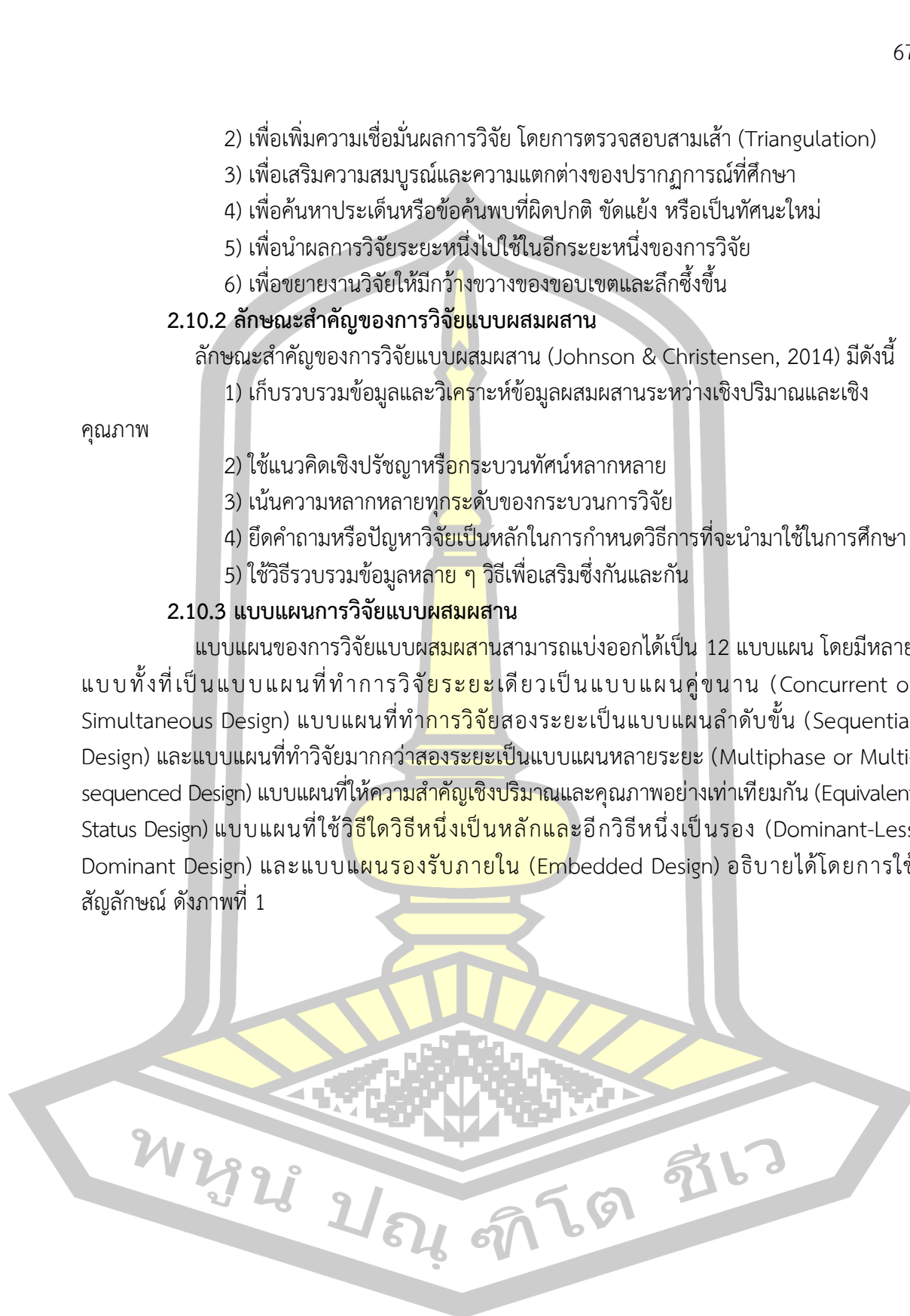
ลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน (Johnson & Christensen, 2014) มีดังนี้

คุณภาพ

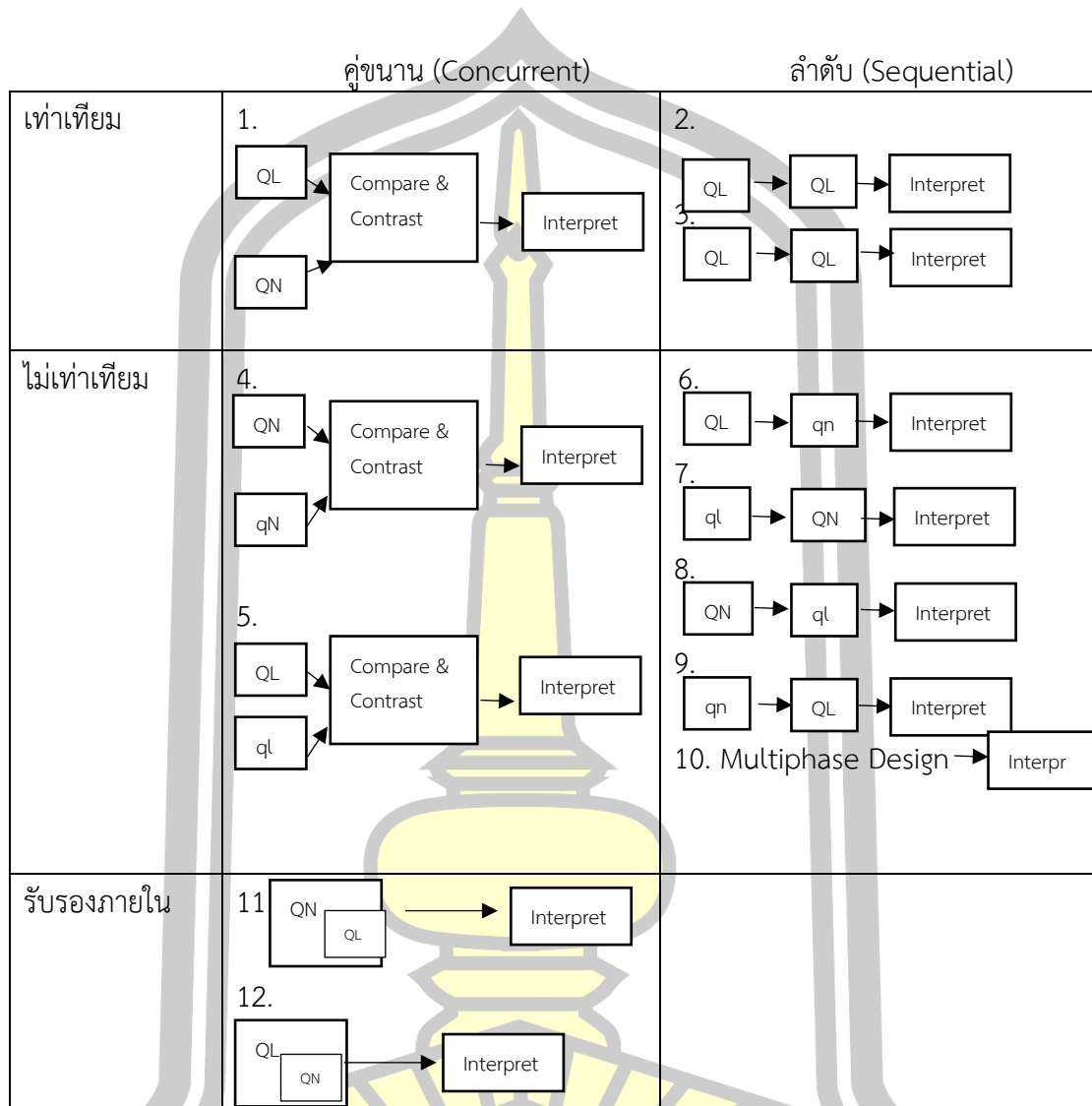
- 1) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
- 2) ใช้แนวคิดเชิงปรัชญาหรือกระบวนทัศน์ที่หลากหลาย
- 3) เน้นความหลากหลายทุกระดับของกระบวนการวิจัย
- 4) ยึดคำถามหรือปัญหาวิจัยเป็นหลักในการกำหนดวิธีการที่จะนำมาใช้ในการศึกษา
- 5) ใช้วิธีรวบรวมข้อมูลหลาย ๆ วิธีเพื่อเสริมซึ่งกันและกัน

2.10.3 แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสาน

แบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสานสามารถแบ่งออกได้เป็น 12 แบบแผน โดยมีหลายแบบทั้งที่เป็นแบบแผนที่ทำการศึกษาวิจัยระยะเดียวเป็นแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำการศึกษาวิจัยสองระยะเป็นแบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design) และแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่าสองระยะเป็นแบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi-sequenced Design) แบบแผนที่ให้ความสำคัญเชิงปริมาณและคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน (Equivalent Status Design) แบบแผนที่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเป็นหลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นรอง (Dominant-Less Dominant Design) และแบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) อธิบายได้โดยการใช้สัญลักษณ์ ดังภาพที่ 1



แบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสาน



ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Creswell & Clark, 2011

ภาพที่ 1 แบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสาน

QL หมายถึง ใช้วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลัก

QN หมายถึง ใช้วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีหลัก

ql หมายถึง ใช้วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีรอง

qn หมายถึง ใช้วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีรอง

คู่ขนาน หมายถึง การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อม ๆ กัน เพื่อเติมเต็มข้อมูล และดำเนินการวิจัยระยะเดียว

ลำดับขั้น หมายถึง การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นหลัก และอีกแบบเป็นวิธีรอง ดำเนินการวิจัยเป็นสองระยะ

เท่าเทียม หมายถึง การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลักอย่างเท่าเทียมกัน

ไม่เท่าเทียม หมายถึง การเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่ง เป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรอง ไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียว หรือสองระยะก็ตาม

รองรับภายใน หมายถึง การเก็บข้อมูลอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นหลักหลักและอีกแบบเป็นวิธีรอง แต่ประเด็นที่ศึกษา ด้วยวิธีหลักและวิธีรองไม่ใช่ประเด็นเดียวกัน นิยมใช้แบบแผนนี้ ในการวิจัยเชิงทดลองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียวหรือสองระยะก็ตาม

งานวิจัยนี้เลือกใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระยะที่ 1 ใช้วิธีวิจัยแบบเท่าเทียม (Equivalent Status Design) โดยใช้วิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และวิจัยคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อช่วยอธิบายหรือยืนยันผลการศึกษาร่วมกัน และระยะที่ 2 ใช้วิธีวิจัยแบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และมีการวัดผลของรูปแบบที่ได้เชิงปริมาณ (Quantitative Research) ก่อนหลังการใช้รูปแบบ

2.11 วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมปัญหาหรือคำถาม จากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการพัฒนาหาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน นั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้มีความสอดคล้องกับ ภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & McTaggart, 1990)

วิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังประสบอยู่โดยเป็น กระบวนการศึกษาสภาพการจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติงาน (Johnson, 2008)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง วิธีการแสวงหาความรู้ ความจริงโดยการนำกระบวนการ ทางวิทยาศาสตร์ มาใช้ในการแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือข้อสรุปที่ต้องการจากนั้นจึงนำ ผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ การลด ช่องว่างระหว่างการนำทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้ง มุ่งพัฒนา ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่หน่วยงานหรือ บุคคลากรนั้น ๆ รับผิดชอบอยู่ (วีระยทุธ ชาติตะกาญจน์, 2553)

2.11.1 ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Kemmis & McTaggart (1990) ได้ สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้

1) เป็นวิธีปรับปรุงการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเรียนรู้จากการเปลี่ยนแปลงนั้น

- 2) เป็นการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานเองเพื่อพัฒนางานของตนเองและกลุ่มอาชีพของตนเอง
- 3) เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นวงจร โดยเริ่มจากการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตและการสะท้อนผล เป็นวงจรเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่างานนั้น จะได้รับการปรับปรุงตามที่ต้องการ
- 4) ต้องอาศัยความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เน้นกระบวนการกลุ่ม
- 5) เกิดจากความเต็มใจ และเห็นความสำคัญของการปรับปรุงพัฒนางานของตนเอง
- 6) การอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานหรือกลุ่มวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานเอง ภายใต้งานใจ และสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงมากกว่า จะเชื่อตามหรืออ้างอิงทฤษฎีจากภายนอกเพียงอย่างเดียว
- 7) เป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่นสูง มีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับข้อมูลและสถานการณ์ในขณะนั้น
- 8) เน้นการสังเกตและบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละช่วงเวลาเพื่อนำมาวิเคราะห์ และ สรุปผลที่ถูกต้อง
- 9) เน้นทั้งผลที่เกิดขึ้นและกระบวนการปฏิบัติงาน
- 10) เน้นวิธีการเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ

2.11.2 การแบ่งระดับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือผู้วิจัย ทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Outside Expert) ที่นำแนวคิด แผนงาน หรือโครงการที่คิดหรือจัดทำขึ้นให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ
- 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้น ไม่นำเอาแนวคิด แผนงาน หรือโครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรกแต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้กระตุ้น ตั้งประเด็น และกำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล
- 3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในลักษณะความร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีสถานะเท่ากัน (Equally) ในการร่วมกันคิด และร่วมกันปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

2.11.3 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (วีระยทฐ์ ชาตะกาญจน์, 2553)

มีจุดมุ่งหมายจะปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์ปัญหาที่ขัดขวางไม่ให้งานประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีและประสบการณ์ในการทำงานจากอดีต ค้นหาข้อมูลและวิธีการต่าง ๆ ที่จะแก้ไขปัญหานั้นได้ แล้วสะท้อนวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ

2.11.4 รูปแบบของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (สุรียพร พานิช, 2546) มีดังนี้

รูปแบบที่ 1 แนวคิดของ Lewin รูปแบบแห่งการวางแผน คือ การค้นหาความจริง และการปฏิบัติเป็นกระบวนการเสนอชุดของการตัดสินใจแบบบันไดเวียนบนพื้นฐานของการทบทวนวงจรการวิเคราะห์ การสำรวจ การทบทวนปัญหา การวางแผน การส่งเสริมการปฏิบัติทางสังคม และการประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติแนวคิดของ Lewin คือ กระบวนการทางสังคม ที่สามารถได้รับการศึกษา โดยมีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงและสังเกตอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ ผลที่ได้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การดำเนินการเช่นนี้ คล้ายกับแนวคิดของ Scriven ในเรื่องของ การประเมินเพื่อการปรับปรุงงาน งานวิจัยจะเริ่มต้นด้วย แนวคิดทั่วไปหรือปัญหา การค้นหาทางแก้ของปัญหาโดยผลการสำรวจทั้งหมดในแต่ละแผนจะเป็นแนวทางเพื่อจะหาวิถีทางในการแก้ปัญหาทั้งนี้ แผนปฏิบัติงานที่วางไว้จะเป็นเครื่องมือ และเครื่องเตือน ในการประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน สู่การวางแผนขั้นต่อไป

รูปแบบที่ 2 มีนักการศึกษาเสนอไว้ 2 รูปแบบ ได้แก่ Elliott และ Ebbutt โดยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Elliott เน้นศูนย์กลางของการวิเคราะห์ อยู่ที่ความคิด ซึ่งเป็นของผู้วิจัยที่จะตีความ เพื่อความเข้าใจในการทำงาน บนปัญหาของการปฏิบัติและการอธิบายในส่วนรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Ebbutt ได้กล่าวอ้างว่าบันไดเวียนไม่ใช่เรื่องที่มีประโยชน์มากเท่าใดในการเปรียบเทียบเพื่อใช้ในการคิดของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยได้ให้เหตุผลว่าหนทางที่ดีที่สุดของการคิดคือ กระบวนการ หมายถึงชุดของวงจรที่ต่อเนื่องกันหลาย ๆ ชุด แต่ละชุดจะให้ความเป็นไปได้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับจากการประเมินภายใน และระหว่างวงจรปฏิบัติ

รูปแบบที่ 3 แนวคิดของ Kemmis ได้พัฒนากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีแนวคิดว่าการได้รับกระบวนการที่เป็นชุดของการสะท้อนกลับโดยบันไดเวียนคือการวางแผนในการปฏิบัติการสังเกต การปฏิบัติสะท้อนกลับ การปฏิบัตินั้นเท่ากับเป็นการได้รับการพัฒนาและเคลื่อนที่ไปสู่วาระใหม่ที่มีการทบทวนการสังเกตและการสะท้อนกลับ จัดแบ่งได้ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นเก็บข้อมูลหรือสังเกต และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (วีระยุทธ ชาตะกาญจน์, 2553)

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิง ปฏิบัติการจะใช้วิธีการของการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำไปสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหของสิ่งที่ศึกษานั้น

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหการทำงานเดิม การวิจัยเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการเคลื่อนหมุนไม่หยุดนิ่งเหมือนเกลียวสว่าน มี 4 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล

งานวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยใช้รูปแบบการวิจัยของ Kemmis & McTaggart (1990) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เนื่องจากผู้วิจัยเป็นอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งได้พบปัญหาในขณะที่ปฏิบัติงานคือปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล มีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหที่พบโดยการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

จากการใช้องค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพ แก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ และสภาพบริบทขององค์กร และใช้ระดับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยโดยการเป็นผู้กระตุ้น ตั้งประเด็น และกำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.12.1 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

นฤมล สมรรคเสวี และโสภณ แสงอ่อน (2558) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร 812 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.19 โดยนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ ร้อยละ 24.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความเพียงพอของ รายได้ ($r_s = -.144, p < .001$) บรรยากาศในครอบครัว ($r_s = -.157, p < .001$) และความแข็งแกร่ง ในชีวิต ($r_s = -.478, p < .001$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าได้แก่ ภาวะ สุขภาพ ($r_s = .177, p < .001$) และภาวะวิตกกังวล ($r_s = .769, p < .001$) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ไคสแควร์ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($\chi^2 = 5.005, p < .05$)

เฉลิมพล กำใจ และอรัญญา นามวงศ์ (2562) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเฟ ชบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักศึกษาพยาบาลยุคเจนเนอเรชั่นแซต เป็น วิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลสถาบันแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลยุคเจนเนอเรชั่นแซตมีการติดเฟซบุ๊กร้อยละ 19.84 ในจำนวนนี้มี ผู้ติดเฟซบุ๊กรุนแรงร้อยละ 40.79 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.19 และในจำนวนนี้มีภาวะซึมเศร้าระดับ รุนแรงร้อยละ 1.61 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 7.83 และในจำนวนนี้มีผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตายมากที่สุดร้อยละ 10.00 การติดเฟซบุ๊กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .213, p < .01$)

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน และภาคินี เดชชัยยศ (2562) ศึกษาความชุกของภาวะ ซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างการแก้ปัญหาทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลที่ กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีการศึกษา 2560 650 คน ผลการศึกษา พบว่าการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และค่า สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 32 จำแนก เป็นภาวะซึมเศร้า เล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 18 และภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 14 ซึ่งนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.484, p < .05$) นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลมีการแก้ปัญหาทางสังคมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 107.28, SD =$

13.05) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การแก้ปัญหาทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.497, p < .001$)

ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, มัญจวรรณ ลียุทธานนท์ และจริญญา แก้วสกุลทอง (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับชั้นปี พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 491 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 1.63 มีปัญหาสุขภาพกายและจิต เป็นผู้เสพติดอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 84.52 เป็นผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมากเกินไป และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต โดยร้อยละ 5.10 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างชั้นปีกับความสามารถในการควบคุมการใช้งานอินเทอร์เน็ตด้วยตนเองกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าร้อยละของนักศึกษาในชั้นปีที่ต่ำกว่ามีแนวโน้มในการควบคุมการใช้งานอินเทอร์เน็ตด้วยตนเองน้อยกว่าชั้นปีที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรภิมล เพ็ชรกุล และพัชรบูรณ์ วิชัย (2563) ศึกษาเรื่อง ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีการความเครียดของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีส พะเยา จำนวน 99 ราย ผลการศึกษา ประชากรร้อยละ 72.73 มีความเครียดระดับปานกลาง ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าโดย 2Q, 9Q และผลแนวโน้มฆ่าตัวตาย 8Q ประชากร ร้อยละ 19.35 มีโรคซึมเศร้าระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง ร้อยละ 14.29 วิธีจัดการความเครียดประชากรส่วนใหญ่ใช้วิธีการมุ่งแก้ไขที่อารมณ์ จำนวน ร้อยละ 94.09

กมลนันธ์ คล่องดี และสุรัชย์ เจริญ (2564) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสครพนม จำนวน 311 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ความเครียด ความแข็งแกร่งทางจิตใจอายุ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .63, R^2 \text{ Change} = .62, F(4,310) = 128.09, p < .001$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา พยาบาล ($r = .75, p < .001$) อายุ ความแข็งแกร่งในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.14, p = .02, r = -.52, p < .001$, และ $r = -.39, p < .001$ ตามลำดับ)

นัยนา สุแพง, นันธินีย์ วัจนันท์, จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์ และมณฑิรา ชนะกาญจน์ (2564) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การเรียนการสอนแบบออนไลน์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 226 คน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.04 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ ร้อยละ 24.60 โดยพบร้อยละ 15.50 นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.49, SD = 0.52$) โดยพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมากที่สุด ($\bar{X} = 3.58, SD = 0.54$) นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองด้านการมีความสำคัญมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($-r = .218, p = .001$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .419, p < .001$) และ

วิเคราะห์ความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .163$, $p = .015$; $r = .321$, $p = .01$)

สุหทัย โตสังวาล (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 275 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.27) ไม่มีภาวะซึมเศร้า และเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 62.50) อย่างไรก็ตามยังมีนักศึกษาบางส่วน ร้อยละ 4.73) ที่กำลังประสบกับภาวะซึมเศร้าและเป็นกลุ่มที่มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r_r(275) = -.707$, $p < .001$; $r(275) = -.509$, $p < .001$) ตามลำดับ

ดวงดาว อุบลแย้ม, นุสราน นามเดช และนงคาร รวงแดง (2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย (Nomophobia) ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่กำลังศึกษาในปี การศึกษา 2563 จำนวน 442 คน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 39.82 มีภาวะซึมเศร้าระดับมากถึงรุนแรงร้อยละ 5.43 นักศึกษามีพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนร้อยละ 21.72 และพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย (Nomophobia) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชมพูนุท กาบคำบา, เนตรชนก แก้วจันทา และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2565) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงในนักศึกษาพยาบาล เพื่อศึกษาค่าร้อยละการเกิดและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรม ทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของนักศึกษาพยาบาลระดับ ปริญญาตรี ปีการศึกษา 2563 กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีจำนวน 133 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาพยาบาลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาอยู่ที่ร้อยละ 36.1 รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่พบความถี่มากที่สุดคือ มีพฤติกรรมจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม ทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากพ่อแม่ กังวลต่อการฝึกปฏิบัติ สูญเสียบุคคล สัตว์ หรือ สิ่งของอันเป็นที่รัก และภาวะซึมเศร้า แต่มีเพียงภาวะซึมเศร้าเท่านั้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรม ทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (OR = 2.57, 95% CI = 1.05-6.29) ผู้วิจัยขอเสนอแนะให้เฝ้าระวังและคัดกรองพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการให้ความตระหนักต่อการป้องกันและคัดกรองผลกระทบอื่น ๆ ที่จะตามมาในกลุ่มนักศึกษาที่มีพฤติกรรมจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธจากคนรัก หรือการเปลี่ยนคุ่นอนบ่อย

Alfaro-Flores, Manrique-Borjas & Mayta-Tovalino (2019) ศึกษาเรื่องไลฟ์สไตล์ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในพยาบาลฝึกหัด: การวิเคราะห์ การถดถอย โลจิสติกของนักศึกษา 1,193 คนในเมืองลิมา ประเทศเปรู ศึกษาภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์ของตัว

แปร เช่น อายุ เพศ สถานภาพการสมรส จำนวนบุตร และอาชีพมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม เช่น วิถีชีวิต ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในนักศึกษาพยาบาลชาวเปรู การศึกษาปี 2018 ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีวิถีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 53.90 มีภาวะวิตกกังวลในระดับปานกลางร้อยละ 19.70 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 61.20 และ มีความเครียด ร้อยละ 59.90 พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับและอายุ (OR = 2.0 (95%CI = 1.3-3.1) ภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับสถานภาพการสมรส ($p=.040$) และ OR = 1.7 (95%CI = 1.0-2.6) และรูปแบบการใช้ชีวิตมีความสัมพันธ์กับเพศ ($p = .003$) และ OR = 1.1 (95%CI = 1.1-2.3)

Black Thomas (2020) ศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 : เปรียบเทียบระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาอื่น ๆ จุดประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของนักศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในช่วงการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในนักศึกษาพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษาในสาขาวิชาอื่น ๆ จุดประสงค์รองของการศึกษานี้เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลว่าการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลกระทบต่อประสบการณ์เรียน วิธีการศึกษามีการวัดความเครียดในสถานศึกษาและภาวะซึมเศร้าศึกษาแบบภาคตัดขวางในนักศึกษาระดับปริญญาตรี 2,326 คนโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ไม่ระบุตัวตน รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อติดตามผล (N = 12) เพื่อสำรวจความสัมพันธ์เพิ่มเติมระหว่างความเครียดในชีวิตในสถานศึกษาและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับที่สูงกว่านักศึกษาสาขาอื่น ๆ แต่มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่านักศึกษาสาขาวิชาอื่น ๆ นักศึกษาเล่าว่าการสนับสนุนทางสังคมและความเป็นเจ้าของมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความพยายามทางการเรียน

Mcdermott et al., (2020) ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตภาวะซึมเศร้า ความผาสุก และความทุกข์จากการเรียนของนักศึกษาพยาบาล : การทดสอบแบบจำลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทดสอบโมเดลเชิงจิตวิทยาเชิงบวกอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับความเชื่อมโยงที่อาจเกิดขึ้นในนักศึกษาพยาบาล (ก) ความแข็งแกร่งในชีวิต (ข) อาการซึมเศร้า (ค) ความผาสุกภายใน (ง) ความผาสุกภายในระหว่างบุคคล และ (จ) ความทุกข์จากการเรียน นอกจากนี้เพื่อทดสอบความแข็งแกร่งทางด้านจิตใจกับการรับรู้สภาพอากาศของมหาวิทยาลัยของนักศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาล (N = 933 คน) ได้รับ การคัดเลือกจาก Healthy Minds พ.ศ. 2560-2561 ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการวางเงื่อนไขการทดสอบการสร้างแบบจำลองการพัฒนาสื่อกลางความแข็งแกร่งในชีวิตกับความทุกข์จากการเรียน ความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

Lopes & Nihei (2021) ศึกษาอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต สุขภาวะทางจิตใจ และกลยุทธ์การเผชิญปัญหา เป็นการศึกษาภาคตัดขวางออนไลน์ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 14 กันยายน ถึง 19 ตุลาคม 2020 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีลงทะเบียนเรียน 33 หลักสูตรจาก 5 วิทยาเขตของมหาวิทยาลัยของรัฐ ในรัฐปารานา ประเทศบราซิล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 60.50 มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 52.50 และมีความเครียดร้อยละ

57.50) ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความพึงพอใจในชีวิตทุกมิติ และการเผชิญปัญหาแบบปรับตัว มี 7 ตัวทำนายสำหรับอาการของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด คือ หญิง อายุ 18–24 ปี มีโรคเรื้อรัง ความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้อื่นและการยอมรับตนเอง (ความพึงพอใจในชีวิต) การดำเนินตนเองและการใช้สารเสพติด (กลยุทธ์การแก้ปัญหาเชิงลบ)

Hong (2022) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความชัดเจนในอัตมโนทัศน์ของนักศึกษาพยาบาล ความหมายในชีวิต ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และภาวะซึมเศร้า: การทดสอบรูปแบบโดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อตรวจสอบบทบาทสื่อกลางของความหมายในชีวิตและความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความชัดเจนในอัตมโนทัศน์ของตนเองและอาการซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 488 คน ของภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่าความชัดเจนในอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ความหมายในชีวิตมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความชัดเจนอัตมโนทัศน์และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ยังสามารถลดผลกระทบโดยตรงของความชัดเจนในอัตมโนทัศน์ของตนเองต่อภาวะซึมเศร้า

Sakai (2022) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลในช่วงการระบาดของ COVID-19 ในภูมิภาคโทโฮคุ ประเทศญี่ปุ่น: การสำรวจภาคตัดขวาง พบปัญหาว่าช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 นั้นนักศึกษาพยาบาลต้องเว้นระยะห่างและเรียนออนไลน์ทำให้นักศึกษาอาจประสบกับความทุกข์ทางจิตใจจากความโดดเดี่ยวจากสังคม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น ตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อ COVID-19 กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาทั้งหมด 281 คน (นักศึกษาพยาบาล 104 คน และอีก 177 คน เป็นนักศึกษาในวิทยาลัย) ศึกษาระหว่างสิงหาคมถึงตุลาคม 2020 ความชุกของภาวะวิตกกังวลในนักศึกษาพยาบาลพบ ร้อยละ 30.5 ในนักศึกษากลุ่มอื่น ๆ พบร้อยละ 69.50 และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลพบ ร้อยละ 31.10 และในนักศึกษากลุ่มอื่น ๆ พบ ร้อยละ 68.90 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษากลุ่มอื่น ๆ ส่วนการรับรู้ความเปราะบางและการมีปฏิสัมพันธ์กับการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวล

Liu, Guo, Zhang & Gao (2022) ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลปัจจัยทำนาย และการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยทบทวนในกลุ่มที่ไม่มีสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าจากพยาธิสภาพ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา บุคลิกภาพและสภาพจิตใจ ประสบการณ์ในมหาวิทยาลัย และรูปแบบการใช้ชีวิต การช่วยนักศึกษาประการแรก ควรลดความเสี่ยงของการติตราให้เหลือน้อยที่สุด เน้นความเป็นส่วนตัว ดังนั้น ในอนาคตเราควรหลีกเลี่ยงการติตรา ประการที่สอง ควรให้ความสำคัญกับมาตรการทั่วไปในการป้องกันและช่วยเหลือภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแบบผสมผสานกับการบำบัดทางวิชาชีพ

จากการศึกษางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลพบงานวิจัยจำนวน 17 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยในประเทศ 10 เรื่อง และงานวิจัยต่างประเทศ 7 เรื่อง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้ อายุ เพศ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับผู้อื่น ความแข็งแกร่งในชีวิต การติดเฟซบุ๊กและการการติดสมาร์ทโฟน รูปแบบการเผชิญปัญหาการสนับสนุนทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.12.2 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

สุรัชย์ เณียง, ปารีชาติ เมืองขวา และกมลนันทน์ คล่องดี (2564) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าตามความต้องการของนักศึกษาพยาบาล เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การป้องกัน และความต้องการรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 24 ราย และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 ราย ในกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีของ Miles & Huberman (1994) ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) สาเหตุที่ทำให้เกิดการเกิด ภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาความรัก ปัญหาความคาดหวังและการกดดันด้านการเรียนจากครอบครัว ปัญหาการเงินในครอบครัวและคนใกล้ชิดในครอบครัวติดสุรา การจัดการปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ความผิดหวังที่ไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง และปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน (2) วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ การฝึกตนเองมองโลกในแง่บวก การสนับสนุนและการช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว อาจารย์ พยาบาล และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญรอบข้าง และ (3) ความต้องการรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 ประเด็น ได้แก่ กิจกรรมนันทนาการที่ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการมีแหล่งช่วยเหลือและ สนับสนุนการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถาบันการศึกษา

วิรมณ กาสีวงศ์ และสุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 โดยกำหนดวัตถุประสงค์ (1) ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 (2) โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และ (3) เปรียบเทียบความเครียดและภาวะซึมเศร้าก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ One Group Pretest – Posttest Design ดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพจิต และพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ระยะที่ 2 ทดลองใช้โปรแกรมดำเนินการระหว่างสิงหาคม - ธันวาคม 2564 ในนักศึกษา จำนวน 175 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 31.43 ความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 20.00 และใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale : CES-D) พบว่าเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.29 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มี 3

ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและการคัดกรองปัญหาทางจิต ขั้นตอนที่ 2 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล การดำเนินงาน ผลการวิจัย ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 23 คน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วย สถิติ Paired t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยความเครียดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 66.48 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 38.21 ภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 23.04 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 9.52

สุภารัตน์ อภิติกุลวงษ์ ประกาศิต พูลวงษ์ จารุวรรณ ก้านศรี และภัทรวดี ศรีนวล (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะเวลาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

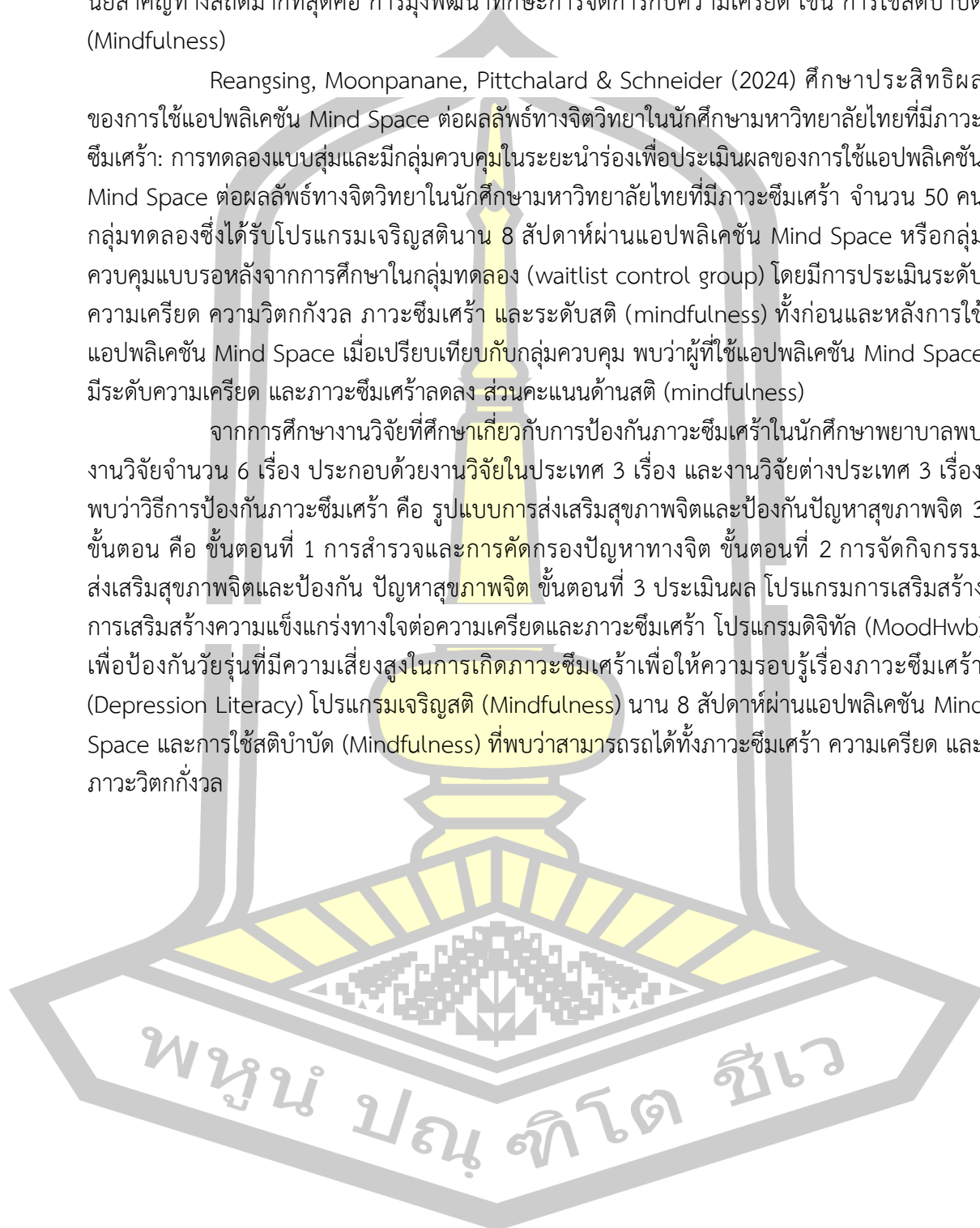
Bevan Jones et al., (2020) ศึกษาการยอมรับความเป็นไปได้ และผลกระทบที่เกิดจากโปรแกรมดิจิทัล (MoodHwb) เพื่อป้องกันวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้า 44 คน และผู้ดูแล 31 คน มีผู้เข้าร่วมจนครบโปรแกรม คือ วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้า 36 คน ร้อยละ 82) และผู้ดูแล 21 คน ร้อยละ 68) โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mix method) ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีการวัดผลก่อนและหลังโปรแกรม โดยการวัดผลที่ความรอบรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า (Depression Literacy) ผลจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าโปรแกรมมีความคลอบคลุม เข้าถึงได้ง่าย สามารถรวมเข้ากับบริการที่มีอยู่เดิมได้ ในกลุ่มวัยรุ่นให้ข้อมูลว่าโปรแกรมทำให้สามารถช่วยตนเองได้ มีการติดตามตรวจสอบอารมณ์ตนเอง ผลจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า (Depression Literacy) 1.7, 95%CI = 0.8 ถึง 2.6; $p < .001$ สำหรับวัยรุ่นและ 1.3, 95%CI = 0.4 ถึง 2.2; $p = .006$ สำหรับผู้ดูแล

Aloufi, Jaden, Gerdtz & Kapp (2021) ศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี เพื่อระบุวิธีการดูแล (Interventions) ที่มุ่งลดความเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีระหว่างที่กำลังศึกษา โดยใช้แนวทางของสถาบัน Joanna Briggs Institute (JBI) ในการวิเคราะห์ งานวิจัยที่รวมอยู่ในการทบทวนนี้ต้องมีนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีเป็นกลุ่มตัวอย่าง และมีการประเมินผลของการดูแลที่มุ่งลดความเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า โดยพิจารณาเฉพาะการศึกษาประเภททดลอง (Experimental Studies) ที่เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 2008–2018 พบว่า 22 ฉบับมีคุณสมบัติเหมาะสมในการรวมไว้ใน การทบทวนอย่างเป็นระบบนี้ โดยแบ่งเป็นงานศึกษาที่มุ่งลดความเครียด (10 ฉบับ), ความวิตกกังวล (14 ฉบับ), และภาวะซึมเศร้า (7 ฉบับ) งานศึกษาส่วนใหญ่ (18 จาก 22 ฉบับ) รายงานว่าการดูแลที่

ส่งผลให้ระดับความเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุดคือ การมุ่งพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด เช่น การใช้สติบำบัด (Mindfulness)

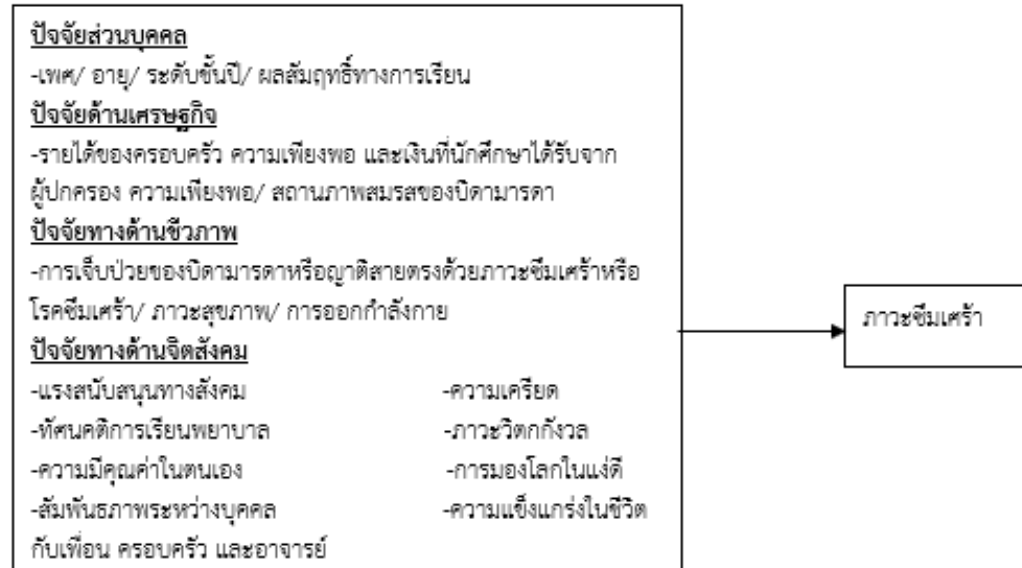
Reangsing, Moonpanane, Pittchalard & Schneider (2024) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชัน Mind Space ต่อผลลัพธ์ทางจิตวิทยาในนักศึกษามหาวิทยาลัยไทยที่มีภาวะซึมเศร้า: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในระยะนำร่องเพื่อประเมินผลของการใช้แอปพลิเคชัน Mind Space ต่อผลลัพธ์ทางจิตวิทยาในนักศึกษามหาวิทยาลัยไทยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 50 คน กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเจริญสติ 8 สัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชัน Mind Space หรือกลุ่มควบคุมแบบรอหลังจากการศึกษาในกลุ่มทดลอง (waitlist control group) โดยมีการประเมินระดับความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และระดับสติ (mindfulness) ทั้งก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน Mind Space เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ใช้แอปพลิเคชัน Mind Space มีระดับความเครียด และภาวะซึมเศร่าลดลง ส่วนคะแนนด้านสติ (mindfulness)

จากการศึกษางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยพบงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยในประเทศ 3 เรื่อง และงานวิจัยต่างประเทศ 3 เรื่อง พบว่าวิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและการคัดกรองปัญหาทางจิต ขั้นตอนที่ 2 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล โปรแกรมการเสริมสร้างการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า โปรแกรมดิจิทัล (MoodHwb) เพื่อป้องกันวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ความรอบรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า (Depression Literacy) โปรแกรมเจริญสติ (Mindfulness) นาน 8 สัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชัน Mind Space และ การใช้สติบำบัด (Mindfulness) ที่พบว่าสามารถลดได้ทั้งภาวะซึมเศร้า ความเครียด และภาวะวิตกกังวล

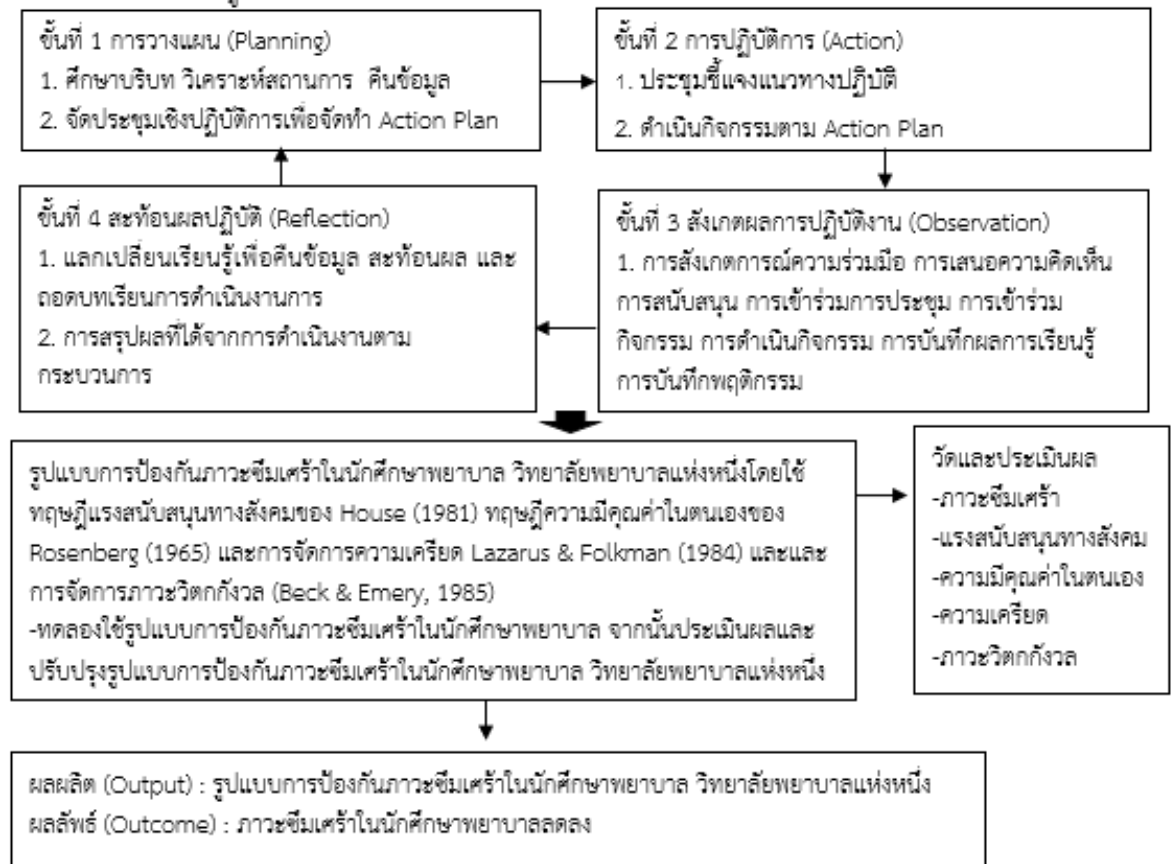


2.13 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง
ตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม



ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการ

รูปการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ

3.1 รูปแบบการวิจัย

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทยการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะนี้ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ได้มาจากการ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) โดยมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติ (Action) (3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ (4) การสะท้อนผล (Reflection) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก อาทิ นักศึกษา อาจารย์ และผู้บริหารสถานศึกษา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติที่ยั่งยืน รูปแบบการวิจัยทั้งสองระยะได้รับการออกแบบให้มีความสอดคล้องกัน ข้อมูลด้านปัจจัยที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 จะถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการป้องกันในระยะที่ 2 การเชื่อมโยงนี้ช่วยให้ผลลัพธ์ของการวิจัยมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

3.2 พื้นที่ในการวิจัย

วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.3.1 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.3.1.1 ประชากรและกลุ่มเป้าหมายสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล คือ

3.3.1.1.1 นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 586 คน ปีการศึกษา 2566 ที่กำลังศึกษาที่วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จำแนกจำนวนตามชั้นปี ดังนี้

- 1) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 จำนวน 161 คน
- 2) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 156 คน
- 3) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 151 คน
- 4) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 118 คน

การวิจัยนี้ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรขนาดเล็กและผู้วิจัยต้องการศึกษาให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด โดยมีจำนวนประชากรเริ่มต้น 586 คน อย่างไรก็ตาม ได้มีการคัดแยกผู้เข้าร่วมออกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ นักศึกษาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 9 คน นักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรเวชกิจฉุกเฉินและมาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 5 คน ดังนั้น จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด (กลุ่มตัวอย่าง) คือ 572 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งใน ปีการศึกษา 2566

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- 2) อยู่ในระหว่างพักการศึกษา หรือลาออกจากการเป็นนักศึกษา
- 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
- 4) นักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรเวชกิจฉุกเฉินและมาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

3.3.1.2 ประชากรสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล คือ

3.3.1.2.1 นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 โดยการสนทนากลุ่มย่อย (เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ประสบการณ์ และทัศนคติที่หลากหลายจากผู้เข้าร่วมหลายคนได้ในเวลาเดียวกัน และบรรยากาศกลุ่มจะให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การถกเถียง และการสร้างสรรค์แนวคิดใหม่ อาจกระตุ้นให้เกิดความคิดเห็นที่คนอื่นไม่เคยนึกถึงมาก่อน (synergistic effect) จำนวน 30 คน กับ สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คน (เจาะลึกถึงประสบการณ์ส่วนตัว ความรู้สึก ความคิด และแรงจูงใจที่ซับซ้อนของผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละคน ซึ่งอาจเป็นเรื่องละเอียดอ่อนหรือไม่เหมาะสมที่จะพูดคุยในที่สาธารณะ) ในประเด็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในปีการศึกษา 2566

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- 2) อยู่ในระหว่างพักการศึกษา หรือลาออกจากการเป็นนักศึกษา
- 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

3.3.1.2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้บริหาร โดยเลือกตามตำแหน่งที่ปฏิบัติงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลนักศึกษา คือ

- 1) รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ จำนวน 1 คน
- 2) รองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการนักศึกษา จำนวน 1 คน
- 3) ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 คน

โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 3 คน ในประเด็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1) เป็นรองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ/ รองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการนักศึกษา / ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

- 2) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) ขอยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) เปลี่ยนตำแหน่ง ย้ายที่ทำงาน ลาออก

3.3.1.2.3 กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา โดยการกำหนดอัตราส่วน คือ

- 1) อาจารย์ที่ปรึกษา (เลือกมาร้อยละ 20 ของจำนวนอาจารย์ที่ปรึกษา) จำนวน 10 คน
- 2) อาจารย์ประจำชั้น (มีจำนวนน้อยเลือกมาร้อยละ 50 ของจำนวนอาจารย์ประจำชั้น จำนวน 4 คน
- 3) อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (มีจำนวนน้อยเลือกมาร้อยละ 50 ของจำนวนอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) จำนวน 5 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1) เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา/ อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จิตแพทย์/ อาจารย์ประจำชั้น ชั้นปีที่ 1-4

- 2) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) ขอยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) เปลี่ยนตำแหน่ง ย้ายที่ทำงาน ลาออก
- 3) ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยพยาบาลน้อยกว่า 3 ปี

3.3.1.2.4 กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้ปกครอง คือ

1) ผู้ปกครองของนักศึกษา (ชั้นปีละ 2 คน โดยมีการเลือกจากการแนะนำจากนักศึกษา) จำนวน 8 คน

โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็น การเลี้ยงดู ประเด็นการสื่อสารกับนักศึกษา ประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนนักศึกษาในด้านต่าง ๆ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ปกครองหลักของนักศึกษาพยาบาล
- 2) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) ขอยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม

3.3.1.2 ประชากรสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง คือ

3.3.1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้นำและตัวแทนนักศึกษาที่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของนักศึกษาทั้งในชั้นปีและวิทยาลัย ในประเด็นการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

- | | |
|--|------------|
| 1) คณะกรรมการสโมสรนักศึกษา | จำนวน 5 คน |
| 2) ประธานชั้นปี ชั้นปีที่ 1-4 | จำนวน 4 คน |
| 3) ตัวแทนนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 (ชั้นปีละ 2 คน) | จำนวน 8 คน |

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง
- 2) เป็นคณะกรรมการสโมสรนักศึกษา/ ประธานชั้นปี ชั้นปีที่ 1-4
- 3) สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) พักการศึกษา หรือลาออก
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 90

3.3.1.2.3 กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้บริหาร โดยเลือกตามตำแหน่งที่ปฏิบัติงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลนักศึกษา คือ

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| 1) รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ | จำนวน 1 คน |
| 2) รองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการนักศึกษาฯ | จำนวน 1 คน |
| 3) ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต | จำนวน 1 คน |

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1) เป็นรองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ/รองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการนักศึกษาฯ/ รองผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานทั่วไป/ ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 3) เปลี่ยนตำแหน่ง ย้ายที่ทำงาน ลาออก
- 4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 90

3.3.1.2.4 กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา คือ

1) อาจารย์ที่ปรึกษา (เลือกมาร้อยละ 20 ของจำนวนอาจารย์ที่ปรึกษา)
จำนวน 10 คน

2) อาจารย์ประจำชั้น (มีจำนวนน้อยเลือกมาร้อยละ 50 ของจำนวนอาจารย์ประจำชั้น) จำนวน 4 คน

3) อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (มีจำนวนน้อยเลือกมาร้อยละ 50 ของจำนวนอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) จำนวน 5 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1) เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา/ อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จิตแพทย์/ อาจารย์ประจำชั้น ชั้นปีที่ 1-4

2) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

1) เปลี่ยนตำแหน่ง ย้ายที่ทำงาน ลาออก

2) ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งน้อยกว่า 3 ปี

3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 90

การศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4 (Faul et al., 2007) สำหรับกลุ่มทดลองกลุ่มเดียววัดผลระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง ระยะติดตามผล โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.73 ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สูตร Z test- Logistic regression จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาล (วิรมณ กาสีวงศ์ และสุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์, 2022) กำหนดค่า α err เท่ากับ 0.05 กำหนดค่า Power เท่ากับ 0.90 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 33 คน ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ระหว่างการทดลองได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 3 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 36 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1) เป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในปีการศึกษา 2567

2) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จากการคัดกรองด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ระหว่าง 5-14 คะแนน จากการคัดกรองตนเอง

3) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ระหว่าง 5-14 คะแนน จากการประเมินจากอาจารย์สาขาวิชาพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตซ้ำ

4) ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย โดยใช้แบบสอบถามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (8Q) ไม่เกิน 8 คะแนน จากการประเมินจากอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

5) ไม่มีผลกระทบที่รุนแรงด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการเรียนและด้านสังคมจากการประเมินจากอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) พักการศึกษา หรือลาออก
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ ร้อยละ 90
- 4) ขอลงตัว หรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อวัดผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ด้วยวิธีการจากกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษาจากจำนวนนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เพื่อคัดเลือกตัวแทนของชั้นปี ออกเป็น 4 ชั้นภูมิตามจำนวนชั้นปีและการเทียบสัดส่วนจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปี ให้ได้ตามขนาดสัดส่วนเท่ากัน

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Stratified Random Sampling) จากลำดับการคัดกรองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อยของแต่ละชั้นปีเข้ากลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 การสุ่มนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเข้ากลุ่มตัวอย่าง

ชั้นปี	ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (PHQ-A=5-14 คะแนน)	กลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปี
1	76	11
2	72	10
3	52	8
4	46	7

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยแบ่งกระบวนการออกเป็น 2 ระยะหลัก ตามแนวทางการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและนำไปสู่การ

พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
แห่งหนึ่ง โดยรายละเอียดของแต่ละระยะมีดังนี้

3.4.1 ระยะที่ 1: การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

ในระยะนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้:

1. ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอกสาร ตำรา ทฤษฎี และ
งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสังเคราะห์แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล
ตลอดจนระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะดังกล่าว

2. พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับการวิจัย
เชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อการวิจัยเชิง
คุณภาพ จากนั้นนำเครื่องมือเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ และขออนุมัติ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง

3. เตรียมความพร้อมของทีมวิจัย โดยคัดเลือกและฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็น
พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ให้มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ
ตลอดจนแนวทางการเก็บข้อมูลที่ไม่สร้างอคติหรือกีดกันต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความ
น่าเชื่อถือและลดผลกระทบทางจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูล

4. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทาง
และประโยชน์ของงานวิจัย พร้อมขออนุญาตในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เก็บข้อมูล

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง
นักศึกษาพยาบาลจากชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

6. ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม
กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาล รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและสนับสนุน
สุขภาพจิตของนักศึกษา ได้แก่ ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน และผู้ปกครองหลัก

7. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการทาง
สถิติที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงพรรณนา (content
analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

8. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 มาใช้เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการ
ป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะที่ 2 โดยเน้นการออกแบบให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
และบริบทของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

3.4.2 ระยะที่ 2: การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าใน นักศึกษาพยาบาล

ในระยะที่ 2 ของการวิจัย ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาสู่การดำเนินการ
วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะ
ซึมเศร้าที่สอดคล้องกับบริบทของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง การวิจัยเชิง
ปฏิบัติการในครั้งนี้อิงจากแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

หลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.4.2.1 ขั้นตอนที่ 1: การวางแผน (Planning)

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้:

ศึกษาบริบทของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ทั้งในเชิงโครงสร้างการบริหาร แนวทางการจัดการศึกษา และระบบสนับสนุนสุขภาพจิตนักศึกษา

วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลโดยอาศัยข้อมูลจากระยะที่ 1 ประกอบกับข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในสถาบัน

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อร่วมกันระดมความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา สร้างความตระหนักรู้ วางแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงกลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกำหนดแนวทางปฏิบัติ และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อใช้ในการทดลองใช้งานจริงในขั้นตอนถัดไป

3.4.2.2 ขั้นตอนที่ 2: การปฏิบัติ (Action)

ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้รับการออกแบบและตกลงร่วมกันในขั้นตอนที่ 1 โดยมุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่

A1 การพัฒนาระบบและกลไกการป้องกันภาวะซึมเศร้าร่วมกับอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการนำข้อมูลในการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการมาใช้ในการพัฒนา

A2 การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในปีการศึกษา 2567 แล้วแบ่งระดับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับแต่ละระดับ

A3 การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าแก่นักศึกษาและอาจารย์ทั้งวิทยาลัย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องและป้องกันการตีตราในการทำกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

A4 การเผยแพร่ความรู้ผ่านคู่มือการเรียนรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

A5 การเตรียมความพร้อมผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินตามรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน การสร้างช่องทางเพื่อให้บริการให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตนและเตรียมความพร้อมอาจารย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการ การเตรียมชมรมกีฬาและสโมสรนักศึกษาในการจัดกิจกรรมออกกำลังกายของวิทยาลัย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

A6 การจัดกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) ความมีคุณค่าในตนเองของ (Rosenberg, 1965) การจัดการความเครียดและภาวะวิตกกังวล เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 24

3.4.2.3 ขั้นตอนที่ 3: การสังเกต (Observation)

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการสังเกตการณ์การดำเนินกิจกรรมโดยเน้นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ

O1 ระดับความร่วมมือของนักศึกษาและผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรม

O2 การแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในกระบวนการ

O3 ประเด็นเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

O4 ผลการใช้ระบบและกลไกการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยการสังเกตและสอบถาม

อาจารย์ที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะถูกนำมาวิเคราะห์ประกอบกับข้อมูลจากขั้นตอนถัดไปเพื่อประเมินผลกระทบของรูปแบบที่นำไปใช้

3.4.2.4 ขั้นตอนที่ 4: การสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการสะท้อนผล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และร่วมกันถอดบทเรียน (Lesson Learned) จากการดำเนินการจริง

2. วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานตามกระบวนการทั้งหมด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น โดยดำเนินการ ดังนี้

- ประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า
- ประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในระยะหลังการพัฒนา (Post-implementation) และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยการวัดภาวะซึมเศร้า ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เครื่องมือเช่นเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1

- สรุปผลภาพรวมของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อเสนอแนะแนวทางสำหรับการใช้

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การอบรม

3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึก และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1) แบบสอบถามการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

- กลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายได้ของครอบครัว ความเพียงพอ และเงินที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง ความเพียงพอ/สถานภาพสมรสของบิดามารดา ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับเพื่อน ครอบครัว และอาจารย์ ทศนคติการเรียนพยาบาล การเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า การออกกำลังกาย สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล จำนวน 10 ข้อ แล้วนำไปหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (PHQ-A) จำนวน 9 ข้อ ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พัฒนาโดย วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล (2562) มี 9 ข้อ เพื่อบอกความ รุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย = 0 มีบางวัน = 1 มีมากกว่า 7 วัน = 2 มีแทบทุกวัน = 3 คะแนนรวม ตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0 - 4 คะแนน แปลว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 - 9 คะแนน แปลว่า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 10 - 14 คะแนน แปลว่า มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 15 - 19 คะแนน แปลว่า มีภาวะซึมเศร้ามาก 20 - 27 คะแนน แปลว่า มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .75

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียด (ST -20) 20 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (2559) ใช้วัดความเครียดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่รู้สึกเครียด 2 = รู้สึกเครียดเล็กน้อย 3 = รู้สึกเครียดปานกลาง 4 = รู้สึกเครียดมาก 5 = รู้สึกเครียดมากที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 - 23 คะแนน แปลว่า มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย 24 - 41 คะแนน แปลว่า ท่านมีความเครียดในระดับปานกลาง 42 - 61 คะแนน แปลว่า มีความเครียดในระดับสูง 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดในระดับรุนแรง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .84

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (GAD-7) 7 ข้อ พัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2561) สามารถประเมินภาวะวิตกกังวลในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ แบ่งการให้คะแนนออกเป็น 0 = ไม่เลย 1 = บางวัน 2 = บางวัน เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา 3 = เกือบทุกวัน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 0-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะวิตกกังวลในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเพียงเล็กน้อย 10-14 คะแนน หมายถึง ท่านมีภาวะวิตกกังวลในระดับปานกลาง 15-21 คะแนน หมายถึง ท่านมีภาวะวิตกกังวลในระดับสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .78

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง 10 ข้อ ปรับปรุงครั้งที่ 3 พัฒนาโดยทินกร วงศ์ภารินทร์ และณหทัย วงศ์ภารินทร์ (2564) ประกอบด้วย ข้อคำถามที่เป็นข้อเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1,2,4,6,7) ข้อคำถามที่เป็นข้อความเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 3,5,8,9,10) โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามแนวคิดของโรเซน

เบิร์ก ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง =4 ค่ะแน่น เห็นด้วย 3 ค่ะแน่น ไม่เห็นด้วย 2 ค่ะแน่น ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 หากคะแนนยิ่งสูงเท่าไรแสดงให้เห็นว่าคุณคนนั้นมีความมีคุณค่าในตนเองสูง ก่อนนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หา Cronbach' s alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.84

การแปลผลในงานวิจัยนี้ ความมีคุณค่าในตนเองสูง หมายถึง คะแนนมากกว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ความมีคุณค่าในตนเองสูงต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต 28 ข้อ พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) มีองค์ประกอบหลัก คือ 1) I Have (ฉัน มี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ทำให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็นคนที่เป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินที่ให้รายงานตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง =1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง =5 มีค่าคะแนนตั้งแต่ 28-140 คะแนน หากคะแนนยิ่งสูงเท่าไรแสดงให้เห็นว่าคุณคนนั้นมีความเข้มแข็งทางใจสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .75 และเคยหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หา Cronbach' s alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.81 ก่อนนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หา Cronbach' s alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.93

การแปลผลในงานวิจัยนี้ ความแข็งแกร่งในชีวิตสูง หมายถึง คะแนนมากกว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี 10 ข้อ พัฒนาโดยพัชรา รุ่งสันเทียะ (2559) ตามแนวคิดของ Scheier and Carver (1985) มีการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนดังนี้ 1 = ไม่ตรงเลย 2 = ค่อนข้างไม่ตรง 3 = ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน 4 = ค่อนข้างตรง 5 = ตรงที่สุด ข้อคำถามเชิงลบ 5 = ไม่ตรงเลย 4 = ค่อนข้างไม่ตรง 3 = ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน 2 = ค่อนข้างตรง 1 = ตรงที่สุด หากคะแนนยิ่งสูงเท่าไรแสดงให้เห็นว่าคุณคนนั้นมีความมีคุณค่าในตนเองสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .77 และเคยหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หา Cronbach' s alpha coefficient ได้เท่ากับ .88 ก่อนนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หา Cronbach' s alpha coefficient ได้เท่ากับ .79

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม 30 ข้อ ผู้วิจัยมีการดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม 30 ข้อ ของไพศาล แยมวงษ์ (2555) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อความเชิงบวกประกอบด้วยข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, และ 25 ข้อความเชิงลบประกอบด้วยข้อ 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 26, 27, 28, 29, และ 30 ข้อความเชิงบวกแบ่งการให้คะแนนออกเป็น 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก 5 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งข้อความเชิงลบแบ่งการให้คะแนนออกเป็น 5 = น้อยที่สุด 4 = น้อย 3 = ปานกลาง 2 = มาก 1 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเดิม (Reliability) เท่ากับ .76

ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงหาได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) มีค่าความตรงตามเนื้อหา มากกว่า .50 ทุกข้อ และมีการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักเรียนนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หา Cronbach' s alpha coefficient ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เท่ากับ .83, .76, และ .81 ตามลำดับ และภาพรวมได้เท่ากับ .82

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ

- แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 1 ข้อ (1) ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุและปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล สร้างโดยผู้วิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80

ระยะที่ 2 ศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

- แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาบริบท จำนวน 6 ข้อ (1) สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งตามการรับรู้ของท่านเป็นอย่างไร (2) ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งมีรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลอย่างไร (3) ใครบ้างที่มีส่วนในป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (4) การที่นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออย่างไร สร้างโดยผู้วิจัย ได้รับการ ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .60, .60, .80, และ .80 ตามลำดับ

- แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาบริบท จำนวน 6 ข้อ (1) สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งตามการรับรู้ของท่านเป็นอย่างไร (2) ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งมีรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลอย่างไร (3) ใครบ้างที่มีส่วนในป้องกันและแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างไร (4) การที่นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออย่างไร สร้างโดยผู้วิจัย แล้วนำมาหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้รับการ ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .60, .80, .80, และ 1.00 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

- แบบการสนทนากลุ่มย่อยเพื่อระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 7 ข้อ (1) ท่านคิดว่านักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าอย่างไร ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรที่นักศึกษาพยาบาลแก้ได้บ้าง และมีปัญหาใดที่นักศึกษาไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (2) ใครควรเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง และบทบาทน่าจะเป็นในลักษณะใด (3) ท่านคิดว่าวิธีการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าควรมีอะไรบ้าง (4) ท่านคิดว่าวิธีการใดบ้างที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล (5) ท่านคิดว่ารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ควรประกอบไปด้วยอะไร อย่างไรบ้าง (6) เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง มีประสิทธิภาพท่านต้องการสิ่งสนับสนุนอะไรบ้าง (เช่น บุคคล งบประมาณ เครื่องมือ ระยะเวลา) (7) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สำหรับการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง สร้างจากข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ได้รับการ ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .60, .80, .80, .60, .60, .60, และ .80 ตามลำดับ

-รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วย (1) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน (2) พยาบาลวิชาชีพ 1 คน (3) อาจารย์พยาบาล 1 คน ปรับแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

3.5.3 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

- 1) ศึกษาเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์
- 3) กำหนดข้อความถาม
- 4) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) ของแบบสัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) (Waltz et al., 2010; Pramohyakul & Pramohyakul, 2020) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ โดยนำแบบสอบถามข้อมูล

ส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการณ์ แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการป้องกันการภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล และแบบบันทึกการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย ให้กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน อาจารย์พยาบาล 3 คน และพยาบาลจิตเวช 1 คน

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา การครอบคลุมเนื้อหา และความชัดเจนของการใช้ภาษา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ ผู้วิจัยนำมาใช้ในการหาแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม 30 ข้อ ผู้วิจัยมีการดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม 30 ข้อ ของไพศาล แย้มวงษ์ (2555) ดังนี้

ถ้าข้อความวัดได้ตรงจุดประสงค์	ได้ +1 คะแนน
ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นวัดตรงจุดประสงค์หรือไม่	ได้ 0 คะแนน
ถ้าข้อความวัดได้ไม่ตรงจุดประสงค์	ได้ -1 คะแนน

นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ประเมินมารวมลงในแบบวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อความกับจุดประสงค์เพื่อหาค่าเฉลี่ย สำหรับข้อความแต่ละข้อใช้สูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC (Index of Item –Objective Congruence) แทนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์

$$\frac{\sum R}{N}$$

แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยเกณฑ์การคัดเลือกข้อความ มีดังนี้

- (1) ข้อความที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.00 คัดเลือกไว้ใช้ได้
- (2) ข้อความที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง และนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์มีความเหมาะสมนำไปใช้

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการใน 2 ระยะ ตามขั้นตอนของการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยมุ่งเน้นการใช้เครื่องมือและวิธีการที่หลากหลายเพื่อให้ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.6.1 ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

ในระยะนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขออนุญาตจากผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งเพื่อเข้าดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. ชี้แจงกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และสิทธิของผู้เข้าร่วม พร้อมทั้งขอความยินยอมอย่างชัดแจ้งในการเข้าร่วมวิจัย
3. เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยโดยจัดอบรมเกี่ยวกับวิธีการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการจัดสนทนากลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้องและลดอคติ
4. จัดประชุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในกระบวนการเก็บข้อมูล และสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความร่วมมือ
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่ แบบสอบถาม (สำหรับ ข้อมูลเชิงปริมาณ) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกการสนทนากลุ่ม (สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ)
6. นำข้อมูลที่ได้เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนา แนวทางและรูปแบบในระยะที่ 2 ของการวิจัย

3.6.2 ระยะที่ 2 การศึกษาบริบทและพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าใน นักศึกษาพยาบาล

ระยะนี้มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบเชิงปฏิบัติการโดยยึดบริบทจริงของวิทยาลัยพยาบาล แห่งหนึ่ง ผ่านกระบวนการที่มีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ดำเนินการศึกษาระดับ วิเคราะห์สถานการณ์ และสำรวจความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง
2. จัดประชุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อสะท้อนผลการศึกษาในระยะที่ 1 พร้อมชี้แจงแนว ทิศทางการดำเนินงานในระยะที่ 2 และระดมความคิดเห็นเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนารูปแบบ
3. ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าให้สอดคล้องกับบริบทของวิทยาลัย
4. เตรียมความพร้อมของผู้ร่วมวิจัย รวมถึงผู้ช่วยวิจัย และผู้ที่มีบทบาทในการ ดำเนินงานตามแผนที่กำหนด
5. ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลและ ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น อาจารย์ ผู้บริหาร และผู้ปกครอง
6. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบ โดยเก็บข้อมูลทั้งในระยะหลังการพัฒนา (Post- implementation) และระยะติดตามผล (Follow-up) หลังจากผ่านไป 3 เดือน
7. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการประเมินผลใน 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนใช้รูปแบบ (Pre-test) หลังใช้รูปแบบ (Post-test) และระยะติดตามผล โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินผล ที่ได้รับการพัฒนาเฉพาะสำหรับการวิจัยนี้
8. เก็บข้อมูลการประเมินความพึงพอใจและระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องเพื่อ สะท้อนมิติทางคุณภาพของกระบวนการดำเนินงาน

9. จัดประชุมสรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ สังเคราะห์ข้อค้นพบ และคืนข้อมูลให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ พร้อมทั้งสรุปบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานเพื่อใช้ในการพัฒนาในระยะยาว

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็นสองลักษณะ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29 เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ โดยใช้สถิติดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล แห่งหนึ่ง

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงข้อมูลจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า

2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ใช้สถิติแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

1) ทดสอบความแตกต่างความแปรปรวนในกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียวมีการวัดซ้ำ ในระยะก่อนพัฒนารูปแบบ หลังการรูปแบบ และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล แห่งหนึ่ง และระยะที่ 2 ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีขั้นตอนที่ครอบคลุมทั้งการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการแปลความหมายผลการศึกษาอย่างเป็นระบบ ดังนี้

3.7.2.1 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์จะถูกตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือโดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ประกอบด้วย

1. Data Triangulation การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ เวลา สถานที่ บุคคล และเนื้อหา หากข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ ให้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน จะถือว่าข้อมูลนั้นมีความน่าเชื่อถือ

2. Methodological Triangulation การใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต และการศึกษาจากเอกสาร เพื่อสร้างความถูกต้องของข้อมูลจากหลายมิติ หากพบความขัดแย้งของข้อมูล ผู้วิจัยจะกลับไปตรวจสอบและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้

3.7.2.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บได้จะถูกวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุปเชิงคุณภาพ (Qualitative Inference) โดยเน้นการวิเคราะห์ข้อความบรรยาย (Descriptive Data) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยอธิบาย แปลความหมาย และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยอาศัยวิธีการวิเคราะห์เชิงอุปนัย

3. การจัดทำรายงานผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยข้อมูลที่วิเคราะห์จะจัดกลุ่มตามแหล่งที่มา พร้อมกำหนดสัญลักษณ์แทนแหล่งข้อมูล เพื่อความชัดเจนในการอ้างอิง ดังนี้

- การสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักศึกษา (In-depth Interview – Student: ID-S)
- การสัมภาษณ์เชิงลึกกับอาจารย์ (In-depth Interview – Teacher: ID-T)
- การสนทนากลุ่มนักศึกษา (Focus Group Discussion – Student: FD-S)
- การสนทนากลุ่มอาจารย์ (Focus Group Discussion – Teacher: FD-T)
- การประชุมกลุ่มนักศึกษา (Group Meeting – Student: GM-S)
- การประชุมกลุ่มอาจารย์ (Group Meeting – Teacher: GM-T)
- การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปกครองหลัก (In-depth Interview – Family: ID-F)

ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ เหล่านี้จะนำมาวิเคราะห์เชิงประเด็นเพื่อสังเคราะห์แนวคิดและข้อค้นพบหลักที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันเป้าหมาย

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยมีเลขที่การรับรอง 044-492/2567 และได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีเลขที่การรับรอง IRB SNC 05/2547 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิจัยภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยอ้างอิงจากหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) หลักความเคารพในตัวตนบุคคล (Respect for Persons) (2) หลักการทำคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence) และ (3) หลักความ

เป็นธรรม (Justice) ตามแนวทางของ The Belmont Report (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979)

การดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาล ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ปกครองหลักของนักศึกษา โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และสิทธิในการเข้าร่วมหรือยุติการมีส่วนร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดเก็บ การใช้ และการเผยแพร่ข้อมูลที่สอดคล้องกับหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะกระทำโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือลาออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อสถานะทางวิชาการหรือความสัมพันธ์ใด ๆ ข้อมูลที่ได้รับจะถูกปกปิดเป็นความลับ และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล

ก่อนการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม หรือการบันทึกภาพและเสียง ผู้วิจัยจะดำเนินการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน และจะจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้ในระบบที่ปลอดภัย โดยจำกัดการเข้าถึงเฉพาะที่วิจัยเท่านั้น

เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

3.8.1 แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยสมัครใจ

3.8.2 รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมด้วยความเคารพ มีท่าที่เป็นกลาง และไม่ตัดสินหรือวิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นใด ๆ

3.8.3 เคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลทุกคน

3.8.4 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกใช้เฉพาะในการวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

3.8.5 อาสาสมัครสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผล

3.8.6 การดำเนินการวิจัยทั้งหมดเป็นไปโดยยึดมั่นในหลักสิทธิมนุษยชน และมุ่งส่งเสริมสัมพันธภาพที่เท่าเทียมระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย

แนวทางจริยธรรมข้างต้นนี้ได้นำมาใช้ในการกำกับการทำงานวิจัยทุกขั้นตอน เพื่อให้มั่นใจว่างานวิจัยจะส่งผลเชิงบวกต่อผู้เข้าร่วม ไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย และมีความน่าเชื่อถือในระดับวิชาการ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยครอบคลุมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและรอบด้าน ตลอดจนสะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นองค์รวม

การนำเสนอผลการวิจัยในบทนี้แบ่งออกเป็นสองระยะตามแผนการดำเนินการวิจัย โดยระยะที่ 1 มุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ขณะที่ระยะที่ 2 มุ่งเน้นการพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ได้ออกแบบขึ้น โดยมีรายละเอียดของผลการวิจัยในแต่ละระยะ ดังนี้

4.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

ในระยะนี้เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะดังกล่าว โดยใช้ทั้งเครื่องมือเชิงปริมาณและเครื่องมือเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจภาพรวมและความลึกซึ้งของปัญหาในมิติต่าง ๆ โดยแบ่งการนำเสนอผลลัพธ์เป็นหัวข้อย่อยดังต่อไปนี้

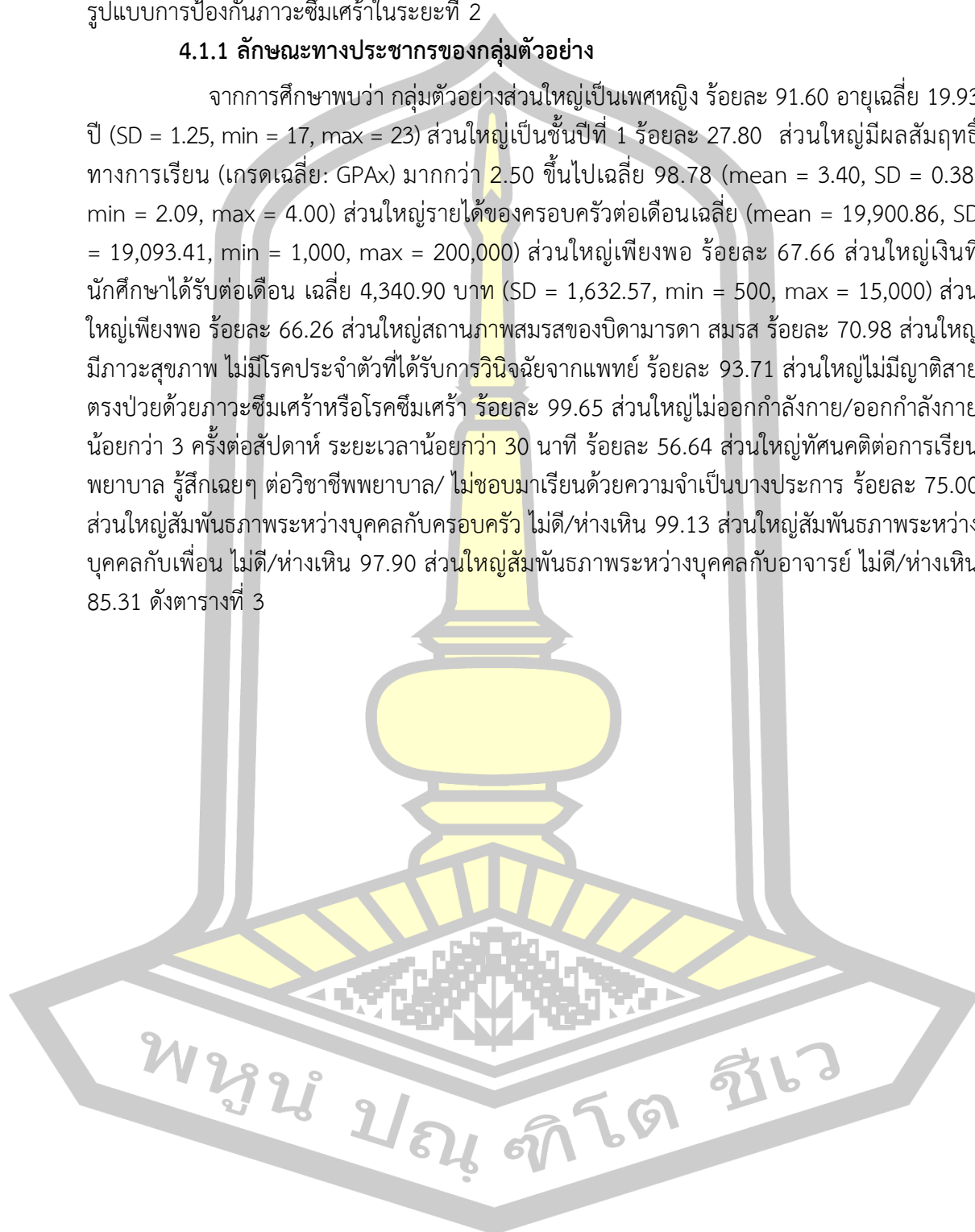
- 4.1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.1.2 ระดับภาวะซึมเศร้า
- 4.1.3 ระดับความเครียด
- 4.1.4 ระดับภาวะวิตกกังวล
- 4.1.5 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม
- 4.1.6 ระดับความมีคุณค่าในตนเอง
- 4.1.7 ระดับความแข็งแกร่งในชีวิต
- 4.1.8 ระดับการมองโลกในแง่ดี
- 4.1.9 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Crude Odds Ratio: COR)
- 4.1.10 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อควบคุมปัจจัยร่วม (Adjusted Odds Ratio: AOR)
- 4.1.11 ข้อมูลส่วนบุคคลและบริบทของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ
- 4.1.12 ปัจจัยเชิงคุณภาพที่สะท้อนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

พยาบาล

ผลการวิเคราะห์ในระยษะนี้นำมาใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการออกแบบและพัฒนา
รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยษะที่ 2

4.1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.60 อายุเฉลี่ย 19.93 ปี (SD = 1.25, min = 17, max = 23) ส่วนใหญ่เป็นชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 27.80 ส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ย: GPAx) มากกว่า 2.50 ขึ้นไปเฉลี่ย 98.78 (mean = 3.40, SD = 0.38, min = 2.09, max = 4.00) ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย (mean = 19,900.86, SD = 19,093.41, min = 1,000, max = 200,000) ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 67.66 ส่วนใหญ่เงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 4,340.90 บาท (SD = 1,632.57, min = 500, max = 15,000) ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 66.26 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของบิดามารดา สมรส ร้อยละ 70.98 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพ ไม่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ร้อยละ 93.71 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ร้อยละ 99.65 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย/ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 56.64 ส่วนใหญ่ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล รู้สึกเฉยๆ ต่อวิชาชีพพยาบาล/ ไม่ชอบมาเรียนด้วยความจำเป็นบางประการ ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับครอบครัว ไม่ดี/ห่างเหิน 99.13 ส่วนใหญ่สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับเพื่อน ไม่ดี/ห่างเหิน 97.90 ส่วนใหญ่สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับอาจารย์ ไม่ดี/ห่างเหิน 85.31 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=572)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	8.40
หญิง	524	91.60
อายุเฉลี่ย (ปี) (mean=19.93 ,S.D=1.25, min=17, max=23)		
ระดับชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	159	27.80
ชั้นปีที่ 2	152	26.58
ชั้นปีที่ 3	150	26.22
ชั้นปีที่ 4	111	19.40
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ย: GPAX)		
น้อยกว่า 2.50 ลงมา	7	1.22
ตั้งแต่ 2.50 ขึ้นไป	565	98.78
(mean=3.40, S.D=0.38, min=2.09, max=4.00)		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท) (mean=19,900.87, S.D=19,093.41, min=1,000, max=200,000)		
เพียงพอ	387	67.66
ไม่เพียงพอ	185	32.34
เงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน (บาท) (mean=4,357.89,S.D=1632.57,median=5,000 , min=500, max=15,000)		
เพียงพอ	379	66.26
ไม่เพียงพอ	193	33.74
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
สมรส	406	70.98
หย่าร้าง	87	15.21
แยกกันอยู่	25	4.37
มารดาถึงแก่กรรม	9	1.57
บิดาถึงแก่กรรม	42	7.34
บิดาและมารดาถึงแก่กรรม	3	0.52

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=572) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์	540	93.71
มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์	36	6.29
ญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า		
ไม่มี	270	99.65
มี	2	0.35
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละอย่างต่ำ 30 นาที	324	56.64
ไม่ออกกำลังกาย/ ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละน้อยกว่า 30 นาที	248	43.36
ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล		
รักในวิชาชีพ อยากเรียนด้วยตนเอง	143	25.00
รู้สึกเฉยๆ ต่อวิชาชีพพยาบาล/ ไม่ชอบมาเรียนด้วยความจำเป็นบางประการ	429	75.00
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับครอบครัว		
ดี	5	0.87
ไม่ดี/ห่างเหิน	567	99.13
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับเพื่อน		
ดี	12	2.10
ไม่ดี/ห่างเหิน	560	97.90
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับอาจารย์		
ดี	84	14.69
ไม่ดี/ห่างเหิน	488	85.31

4.1.2 ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่คะแนนภาวะซึมเศร้า 0-4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.50 รองลงมา มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 5-9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 35.60 และน้อยที่สุดมีคะแนนภาวะซึมเศร้า 20 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 0.35 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (n=572)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
0-4 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	266	46.50
5-9 คะแนน	ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	204	35.66
10-14 คะแนน	ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	83	14.51
15-19 คะแนน	ภาวะซึมเศร้าระดับมาก	17	2.97
20 คะแนนขึ้นไป	ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	2	0.35

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 95.28 และตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตายหรือลงมือฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ตอบ ไม่ใช่ ร้อยละ 95.45 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดฆ่าตัวตายใน 1 เดือนที่ผ่านมา และการเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา (n=572)

ความคิดฆ่าตัวตายและความพยายามฆ่าตัวตาย	จำนวน	ร้อยละ
ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจัง		
ใช่	27	4.72
ไม่ใช่	545	95.28
ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตาย		
ใช่	26	4.55
ไม่ใช่	246	95.45

4.1.3 ระดับความเครียดในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดระดับปานกลาง 24-41 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง รองลงมาคือคะแนนความเครียด 42-61 คะแนน มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 35.66 และน้อยที่สุดมีคะแนนความเครียด 0-23 คะแนน มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 4.20 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละความเครียดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (n=572)

คะแนนความเครียด	ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
0-23 คะแนน	ความเครียดระดับน้อย	24	4.20
24-41 คะแนน	ความเครียดระดับปานกลาง	276	48.25
42-61 คะแนน	ความเครียดระดับสูง	204	35.66
62 คะแนนขึ้นไป	ความเครียดระดับรุนแรง	68	11.89

4.1.4 ระดับภาวะวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะวิตกกังวล 0-9 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย ร้อยละ 89.34 รองลงมาคะแนนภาวะวิตกกังวล 10-14 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 8.74 และน้อยที่สุดคะแนนภาวะวิตกกังวล 15-21 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลระดับสูง ร้อยละ 1.92 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะวิตกกังวล (n=572)

คะแนนภาวะวิตกกังวล	ระดับภาวะวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ
0-9 คะแนน	ภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย	511	89.34
10-14 คะแนน	ภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง	50	8.74
15-21 คะแนน	ภาวะวิตกกังวลระดับสูง	11	1.92

4.1.5 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 2.34-3.66 มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 67.13 รองลงมาคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 3.67-5.00 คะแนน มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 31.30 และน้อยที่สุดคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 1.00-2.33 คะแนน แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ร้อยละ 1.57 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (n=572)

คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1.00-2.33 คะแนน	แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	9	1.57
2.34-3.66 คะแนน	แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	384	67.13
3.67-5.00 คะแนน	แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	179	31.30

4.1.6 ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ตั้งแต่ 20.92 คะแนนขึ้นไป มีระดับความมีคุณค่าในตนเองสูง ร้อยละ 54.02 รองลงมามีค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ตั้งแต่ 20.92 คะแนนขึ้นไป มีระดับความมีคุณค่าในตนเองต่ำ ร้อยละ 45.98 และน้อยที่สุดค่าเฉลี่ยคะแนน 3.50 ขึ้นไป มีระดับความมีคุณค่าในตนเองมากที่สุด ร้อยละ 0.00 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความมีคุณค่าในตนเอง (n=572)

คะแนนความมีคุณค่าในตนเอง	ระดับความมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20.91	ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ	263	45.98
คะแนนตั้งแต่ 20.92 คะแนนขึ้นไป	ความมีคุณค่าในตนเองสูง	309	54.02

4.1.7 ระดับความแข็งแกร่งในชีวิตในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 116.40 คะแนน มีระดับความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ ร้อยละ 51.57 และน้อยที่สุดมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตเฉลี่ยตั้งแต่ 116.41 คะแนนขึ้นไป มีระดับความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ร้อยละ 48.43 ดังตารางที่ 10

พูน ปรณ ทิโต ชิว

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความแข็งแกร่งในชีวิต (n=572)

คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต	ระดับคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 116.40 คะแนน	ความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ	295	51.57
คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 116.41 คะแนนขึ้นไป	ความแข็งแกร่งในชีวิตสูง	277	48.43

4.1.8 ระดับการมองโลกในแง่ดีในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนการมองโลกในแง่ดี คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 33.59 คะแนน ร้อยละ 52.44 และน้อยที่สุดมีคะแนนการมองโลกในแง่ดี คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 35.60 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 47.56 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมองโลกในแง่ดี (n=572)

คะแนนการมองโลกในแง่ดี	ระดับคะแนนการมองโลกในแง่ดี	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 33.59 คะแนน	การมองโลกในแง่ดีต่ำ	272	47.56
คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 33.60 คะแนนขึ้นไป	การมองโลกในแง่ดีสูง	300	52.44

4.1.9 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Crude Odds Ratio: COR)

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 2, 3, และ 4 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าชั้นปีที่ 1 มีค่าเป็น 0.61 เท่า (COR = 0.61, CI 95% = 0.42-0.89, $p = .009$) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกาย/ออกน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2.15 เท่า (COR = 2.15, CI 95% = 1.53-3.02, $p < .001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับระดับสูงถึงรุนแรงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 16.14 เท่า (COR = 16.14, CI 95% = 10.61-24.55, $p < .001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภาวะวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง 64.63 เท่า (COR = 64.63, CI 95% = 8.89-469.93, $p < .001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย 7.11 (COR = 7.11, CI 95% = 1.20-42.16, $p = .031$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความมีคุณค่าในตนเองระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย 0.21 เท่า (COR =

0.21, CI 95% = 0.15-0.30, $p < .001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนการมองโลกในแง่ดีระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย 3.40 เท่า (COR = 3.40, CI 95% = 1.08-2.10, $p = .015$) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย 3.40 (COR = 3.40, CI 95% = 2.41-4.80, $p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				Crude OR	95% CI	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=266)		มีภาวะซึมเศร้า (n=306)				
	(n)	%	(n)	%			
เพศ							
ชาย ^(R)	24	9.02	24	7.84	1		
หญิง	242	90.98	282	92.16	1.17	0.65-2.11	.612
ระดับชั้นปี							
ชั้นปีที่ 1 ^(R)	60	22.56	99	32.35	1		
ชั้นปีที่ 2, 3, 4	206	77.44	207	67.65	.61**	0.42-.89	.009*
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน							
ตั้งแต่ 2.50 ขึ้นไป ^(R)	265	99.63	301	98.37	1		
ต่ำกว่า 2.50	1	0.37	5	1.63	.529	0.51-37.92	.141
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน							
เพียงพอ ^(R)	184	69.18	203	66.34	1		
ไม่เพียงพอ	82	30.82	103	33.66	1.040	0.62-1.25	.470
เงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน							
เพียงพอ ^(R)	175	65.79	204	66.67	1		
ไม่เพียงพอ	91	34.21	102	33.33	1.040	0.74-1.47	.825
สถานภาพสมรสของบิดา							
มารดา							
สมรส ^(R)	200	75.19	206	67.32	1		
แยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย หรือเสียชีวิต	66	24.81	100	32.68	1.822	0.47-.98	.391

ตารางที่ 12 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)
(ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				Crude OR	95% CI	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=266)		มีภาวะซึมเศร้า (n=306)				
	(n)	%	(n)	%			
ภาวะสุขภาพ							
ไม่มีโรคประจำตัวที่ได้รับ การวินิจฉัยจากแพทย์ ^(R)	256	96.24	280	91.50	1		
มีโรคประจำตัวที่ได้รับ การวินิจฉัยจากแพทย์	10	3.76	26	8.50	0.42	0.20-1.89	.560
การเจ็บป่วยของบิดามารดา หรือญาติสายตรงด้วยภาวะ ซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า							
ไม่ใ้ ^(R)	266	99.35	34	100.00	1		
ใช่	2	0.65	0	0.00	1.88	1.74-2.03	.187
ทัศนคติต่อการเรียน							
พยาบาล							
รักในวิชาชีพ อยากเรียน ด้วยตนเอง ^(R)	74	27.82	70	22.88	1		
รู้สึกเฉยๆ ต่อวิชาชีพ พยาบาล/ ไม่ชอบมาเรียนด้วย ความจำเป็นบางประการ	192	72.18	236	77.12	1.30	0.89-1.90	.174
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล กับเพื่อน							
ดี ^(R)	1	0.38	11	3.60	1		
ไม่ดี/ห่างเหิน	265	99.62	295	96.40	1.01	0.01-1.79	.070

ตารางที่ 12 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)
(ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				Crude OR	95% CI	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=266)		มีภาวะซึมเศร้า (n=306)				
	(n)	%	(n)	%			
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับครอบครัว							
ดี ^(R)	1	0.38	4	1.31	1		
ไม่ดี/ห่างเหิน	265	99.62	302	98.69	.29	0.03- 2.57	.233
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับอาจารย์							
ดี ^(R)	26	9.77	58	18.95	1		
ไม่ดี/ห่างเหิน	240	90.23	248	81.05	1.06	0.28- 1.76	.054
การออกกำลังกาย							
ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ^(R)	177	66.54	147	48.03	1		
ไม่ออกกำลังกาย/ออกน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	89	33.46	159	51.97	2.15**	1.53- 3.02	<.001**
ความเครียด							
ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ^(R)	224	84.21	76	24.84	1		
ระดับสูงถึงรุนแรง	42	15.79	230	75.16	16.14**	10.61- 24.55	<.001**
ภาวะวิตกกังวล							
ระดับเล็กน้อย ^(R)	265	99.62	246	80.40	1		
ระดับปานกลางถึงสูง	1	0.38	60	19.60	64.63**	8.89- 469.93	<.001**

ตารางที่ 12 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)
(ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				Crude OR	95% CI	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=266)		มีภาวะซึมเศร้า (n=306)				
	(n)	%	(n)	%			
แรงสนับสนุนทางสังคม							
ระดับปานกลางถึงสูง ^(R)	264	99.25	299	97.71	1		
ระดับต่ำ	2	0.75	7	2.29	7.11*	1.20-42.16	.031*
ความมีคุณค่าในตนเอง							
สูงกว่าค่าเฉลี่ย ^(R)	70	26.32	193	63.07	1		
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	196	73.68	113	36.93	0.21**	0.15-0.30	<.001**
การมองโลกในแง่ดี							
ระดับมากถึงมากที่สุด ^(R)	154	57.90	146	47.70	1		
ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	112	42.10	160	52.30	1.52*	1.08-2.10	.015*
ความแข็งแกร่งในชีวิต							
สูงกว่าค่าเฉลี่ย ^(R)	171	64.29	106	34.64	1		
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	95	35.71	200	65.36	3.40**	2.41-4.80	<.001**

* $p < .05$, ** $p < .01$ ^(R) กลุ่มอ้างอิง

4.1.10 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อควบคุมปัจจัยร่วม (Adjusted Odds Ratio: AOR)

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 12.16 เท่า (AOR = 12.156, 95%CI = 7.78-18.99, $p < .001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวลระดับเล็กน้อย 16.99 เท่า (AOR = 16.99, 95%CI = 2.16-133.62, $p = .007$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

ซิมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าค่าเฉลี่ย 2.05 เท่า (AOR = 2.05, 95%CI = 1.27-3.29, $p = .003$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซิมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางถึงสูง 2.16 เท่า (AOR=2.16, 95%CI = 1.19-42.15, $p = .031$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซิมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)

ตัวแปร	ภาวะซิมเศร้า				Adjusted OR	95% CI	p-value
	ไม่มีภาวะซิมเศร้า (n=266)		มีภาวะซิมเศร้า (n=306)				
	(n)	%	(n)	%			
เพศ							
ชาย ^(R)	24	9.02	24	7.84	1		
หญิง	242	90.98	282	92.16	1.41	0.63-3.16	.405
ระดับชั้นปี							
ชั้นปีที่ 1 ^(R)	60	22.56	99	32.35	1		
ชั้นปีที่ 2, 3, 4	206	77.44	207	67.65	0.66	0.40-1.08	.099
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน							
ตั้งแต่ 2.50 ขึ้นไป ^(R)	265	99.63	301	98.37	1		
ต่ำกว่า 2.50	1	0.37	5	1.63	0.90	0.69-1.13	.056
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน							
เพียงพอ ^(R)	184	69.18	203	66.34	1		
ไม่เพียงพอ	82	30.82	103	33.66	1.16	0.42-3.25	.773
เงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน							
เพียงพอ ^(R)	175	65.79	204	66.67	1		
ไม่เพียงพอ	91	34.21	102	33.33	1.33	0.48-3.64	.586

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)
(ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				Crude OR	95% CI	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=266)		มีภาวะซึมเศร้า (n=306)				
	(n)	%	(n)	%			
ภาวะสุขภาพ							
ไม่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ^(R)	256	96.24	280	91.50	1		
มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์	10	3.76	26	8.50	1.48	0.24-1.72	.380
การเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า							
ไม่ใช่ ^(R)	266	99.35	34	100.00	1		
ใช่	2	0.65	0	0.00	1.39	0.58-3.78	1.84
ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล							
รักในวิชาชีพ อยากเรียนด้วยตนเอง ^(R)	74	27.82	70	22.88	1		
รู้สึกเฉยๆ /ไม่ชอบมาเรียนด้วยความจำเป็นบางประการ	192	72.18	236	77.12	1.11	0.66-1.86	.690
สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับเพื่อน							
ดี ^(R)	1	0.38	11	3.60	1		
ไม่ดี/ห่างเหิน	265	99.62	295	96.40	0.10	0.01-1.01	.051
สถานภาพสมรสของบิดามารดา							
สมรส ^(R)	200	75.19	206	67.32	1		
แยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย หรือเสียชีวิต	66	24.81	100	32.68	0.69	0.42-1.11	.136

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)
(ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				Crude OR	95% CI	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=266)		มีภาวะซึมเศร้า (n=306)				
	(n)	%	(n)	%			
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับครอบครัว							
ดี ^(R)	1	0.38	4	1.31			
ไม่ดี/ห่างเหิน	265	99.62	302	98.69	0.27	0.02-3.22	.300
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับอาจารย์							
ดี ^(R)	26	9.77	58	18.95			
ไม่ดี/ห่างเหิน	240	90.23	248	81.05	0.78	0.40-1.51	.459
การออกกำลังกาย							
ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ^(R)	177	66.54	147	48.03			
ไม่ออกกำลังกาย/ออกน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	89	33.46	159	51.97	0.66	0.41-1.06	.084
ความเครียด							
ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ^(R)	224	84.21	76	24.84	1		
ระดับสูงถึงรุนแรง	42	15.79	230	75.16	12.16**	7.78-18.99	<.001**
ภาวะวิตกกังวล							
ระดับเล็กน้อย ^(R)	265	99.62	246	80.40	1		
ระดับปานกลางถึงสูง	1	0.38	60	19.60	16.99**	2.16-133.62	.007**

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง (n=572)
(ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				Crude OR	95% CI	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=266)		มีภาวะซึมเศร้า (n=306)				
	(n)	%	(n)	%			
แรงสนับสนุนทางสังคม							
ระดับปานกลางถึงสูง ^(R)	264	99.25	299	97.71	1		
ระดับต่ำ	2	0.75	7	2.29	2.16*	1.19- 42.15	.031*
ความมีคุณค่าในตนเอง							
สูงกว่าค่าเฉลี่ย ^(R)	70	26.32	193	63.07	1		
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	196	73.68	113	36.93	2.05**	1.27- 3.29	.003**
การมองโลกในแง่ดี							
ระดับมากถึงมากที่สุด ^(R)	154	57.90	146	47.70	1		
ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	112	42.10	160	52.30	1.27	0.79- 2.02	.318
ความแข็งแกร่งในชีวิต							
สูงกว่าค่าเฉลี่ย ^(R)	171	64.29	106	34.64	1		
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	95	35.71	200	65.36	1.72	1.07- 2.78	.072

* $p < .05$, ** $p < .01$ **^(R) กลุ่มอ้างอิง

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ ตัวแทนนักศึกษา ตัวแทนอาจารย์ที่เกี่ยวข้องและตัวแทนผู้ปกครองหลักของนักศึกษา

4.1.11 ข้อมูลส่วนบุคคลและบริบทของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.67 อายุเฉลี่ย 19.93 ปี (S.D =1.48, min=17, max=23) เป็นชั้นปีที่ 1 2 3 4 ร้อยละ 25.00 ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=48)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง		
เพศ		
ชาย	4	8.33
หญิง	44	91.67
อายุเฉลี่ย (ปี) (mean=19.93, S.D=1.48, min=17, max=23)		
ระดับชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	12	25.00
ชั้นปีที่ 2	12	25.00
ชั้นปีที่ 3	12	25.00
ชั้นปีที่ 4	12	25.00

อาจารย์ที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 90.91 ส่วนใหญ่ตำแหน่งอาจารย์ที่ปรึกษา ร้อยละ 25 อายุการทำงานในวิทยาลัยเฉลี่ย 11.23 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=22)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง		
เพศ		
ชาย	2	9.09
หญิง	20	90.91
ตำแหน่ง		
รองผู้อำนวยการ/ประธานหลักสูตร	3	13.64
อาจารย์ที่ปรึกษา	10	25.00
อาจารย์ประจำชั้น	4	18.18
อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช	5	22.73
อายุการทำงานในวิทยาลัยเฉลี่ย (ปี) (mean=11.23, S.D=1.64, min=8, max=19)		

ผู้ปกครองหลักของนักศึกษาพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองหลักของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 อายุเฉลี่ย 50.75 ปี (SD = 1.61, min = 42, max = 65) ความสัมพันธ์กับนักศึกษา ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 87.50 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมปลาย ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.50 ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=8)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ปกครองหลักของนักศึกษาพยาบาล		
เพศ		
ชาย	1	12.50
หญิง	7	87.50
อายุ (mean= 50.75, S.D=1.61, min=42, max=65)		
ความสัมพันธ์กับนักศึกษา		
บิดา	1	12.50
มารดา	7	87.50
การศึกษา		
ประถมศึกษา	1	12.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	25.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	50.00
อนุปริญญา	1	12.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	25.00
อาชีพ		
เกษตรกร	3	37.50
รับจ้างทั่วไป	1	12.50
ค้าขาย	2	25.00
รับราชการ	2	25.00

4.1.12 ปัจจัยเชิงคุณภาพที่สะท้อนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

พยาบาล

ผลการวิเคราะห์ในระยษณีน้ำนมาใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการออกแบบและพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยษณที่ 2

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ได้สัมภาษณ์ตัวแทนนักศึกษา ตัวแทน อาจารย์ที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนผู้ปกครองหลักของนักศึกษาโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลใน

ประเด็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา อาการแสดงและอาการแสดง ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสถานการณ์สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล เกิดจากปัญหาการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมในหอพักของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับคนที่ใกล้ชิด ปัญหาด้านความเครียดและภาวะวิตกกังวลจากการเรียน ปัญหา ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และปัญหาด้านทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล

1. ประเด็นการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมและการเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1

นักศึกษาต้องปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมในการอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ในหอพักของวิทยาลัย ซึ่งมีนักศึกษาต่อห้องจำนวนมาก เพื่อนร่วมห้องที่มีรูปแบบการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน การอยู่ร่วมกันจำนวนมากทำให้รู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว และมีเสียงดังรบกวนต่อการพักผ่อน ซึ่งปัญหานี้พบมากในนักศึกษาชั้นปีที่ 1

“เรามีรูปแบบการใช้ชีวิตแตกต่างกันเวลาอยู่รวมกันในหอพักจึงลำบาก เช่น เราจะนอนเพื่อนเปิดไฟ เพื่อนเล่นกันเสียงดัง เราชอบอยู่คนเดียวเงียบๆ อยากรู้หนังสือ” (ID-S-3)

“..ไม่เคยต้องอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ อย่างในหอพักมาก่อนอยู่บ้านมีห้องส่วนตัว ห้องน้ำในตัว แต่อยู่หอพักต้องอยู่ร่วมกับเพื่อนที่มีรูปแบบชีวิตที่ต่างกัน มันก็อยู่ลำบาก ช่วงแรกๆ หนูร้องไห้ตลอด อยากรู้กลับบ้าน..” (ID-S-4)

“อย่างหนูจะชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว เล่นมือถือ แต่ในห้องพักมีเพื่อน 4 คน ฝาเมต (เพื่อนร่วมห้อง) อีก 4 คน เพื่อนๆ เสียงดัง หนูก็ไม่ค่อยชอบ รู้สึกอึดอัดมากๆ” (ID-S-7)

“จากประสบการณ์ที่เป็นอาจารย์ประจำชั้นมานานักศึกษาปี 1 มักมีปัญหการปรับตัวเป็นส่วนใหญ่ปรับตัวกับการอยู่ร่วมกับเพื่อน.....” (FD-T/G2-1)

“รูปแบบการเรียนมันต่างจากเดิมตอนมัธยม ต้องค้นคว้าเอง งานก็เยอะขึ้น โดยเฉพาะงานกลุ่ม มันไม่ชิน รู้สึกว่าตามไม่ทัน” (FD-S/G1-2)

“จากที่สังเกตจากเพื่อนที่เศร้าคิดว่าจะเป็นเรื่องการปรับตัวค่ะ เพื่อนเหมือนเข้ากับคนอื่นๆ ไม่ได้ตั้งแต่แรกๆ ที่เข้ามา แยกตัว อยู่คนเดียว” (FD-S/G1-5)

2. ด้านความเครียดและความวิตกกังวลจากการเรียน

จากการสัมภาษณ์พบในทุกชั้นปีแต่มีความแตกต่างกัน ดังนี้ ชั้นปีที่ 1 เครียดและกังวล เกี่ยวกับรูปแบบการเรียนใหม่ที่มันค้นเคยที่มีความแตกต่างจากรูปแบบการเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาที่ต้องศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองมากขึ้นและการทำงานเป็นทีมร่วมกับเพื่อนในชั้นปี ชั้นปีที่ 2 เหนื่อย ความเครียดและกดดันที่เกิดจากการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในครั้งแรกที่ขาดประสบการณ์ในการให้การพยาบาลและความไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อม นักศึกษาทุกชั้นปีขณะที่ฝึกปฏิบัติงานจะเครียดจากการดูแลผู้ป่วยและมีภาระงานจากงานเอกสารที่ต้องทำหลังฝึกปฏิบัติงานเกิดความกังวลในการทำชิ้นงานให้เสร็จ ใช้เวลาในการทำงานส่งผลให้มีเวลาในการพักผ่อนน้อย และมีปัจจัยด้านบุคลิกภาพอาจารย์พิเศษขณะฝึกปฏิบัติงานที่ทำให้นักศึกษารู้สึกเครียดและกดดัน ในชั้นปีที่ 3 จะมีวิชาเรียนในภาคปฏิบัติที่มีความรุนแรงของอาการผู้ป่วย และในชั้นปีที่ 4 จะมีความเครียดและวิตกกังวลเรื่องการเตรียมตัวสอบใบประกอบวิชาชีพทางการพยาบาล

“จากประสบการณ์ที่เป็นอาจารย์ประจำชั้น.....ปี 2 จะเครียดเรื่องการขึ้นวอร์ดครั้งแรก...”

(FD-T/G2-1)

“ลูกสาวอยู่ปี 3 บางวันโทรมาร้องไห้บอกว่ากำลังขึ้นไอซียูที่อาคารคนไข้หนัก รู้เลยว่าเขาเขาเครียดมาก.....”

(ID-F-3)

“การขึ้นวอร์ดครั้งแรก เราไม่เคยทำมาก่อน ...กดดันกับอาจารย์นิเทศ เกร็งทำตัวไม่ถูก ..อ่านหนังสือไปก็จำไม่ได้”

(ID-S-1)

“เซ็นซิทีฟต่อคำพูดอาจารย์ เช่น ไม่เคยเรียนมาเธอ ...อาจารย์ถามจี้ ตอบไม่ได้อาจารย์เปลี่ยนคำถามที่ยากขึ้นหนูเลยกดดัน”

(ID-S-7)

“อาจารย์เนียบมา...รู้สึกกดดัน...อาจารย์จะเรียกชื่อเสียงดังถ้าเราทำผิด”

(FD-S-15)

“อาจารย์หน้านิ่งมาก และเรียกชื่อซ้ำ จะกังวล มือสั่น ทำอะไรไม่ถูก”

(FD-S/G2-20)

“เครียดเรื่องการขึ้นวอร์ดโดยเฉพาะวิชาที่มีเนื้อหาที่ยาก ที่เราไม่ชอบ...รู้สึกท้อใจ นับวันลงทุกวัน”

(FD-S/G3-30)

“ตอนนี้หนูยังไม่รู้เลยว่าจะทำงานให้เสร็จยังไง”

(ID-S-8)

“จะนอนหลับให้ได้ถึงสามชั่วโมงต่อวันยังยาก....ต้องตื่นมาทำงาน”

(FD-S/G1-8)

“ทำงานส่งขึ้นวอร์ดจนจะสว่าง แล้วไปวอร์ดต่อ”

(FD-S/G2-6)

“จากที่นักศึกษาจะมาปรึกษาจะเป็นความเครียดจากการเรียนในหลายๆ วิชาที่มีปริมาณงานมากทำไม่ทัน มีเวลาพักผ่อนน้อย”

(FD-T/1-5)

“ที่นักศึกษาจะมาปรึกษาเยอะๆ ที่ทำให้เขาเครียด เขาเศร้าจะเป็น..... เรื่องการเรียน”

(FD-T/G3-4)

“ตารางเรียนของแต่ละวิชาเนื้อหาอัดแน่นมากเกินไป คาบว่างมีการสอนเพิ่มนอกตารางเรียน”

(ID-S-3)

“เพื่อนทุกคนดูเครียดมากในการเตรียมตัวสอบ (สอบใบประกอบวิชาชีพของสภาการพยาบาล) หนูก็เครียดกลัวสอบไม่ผ่าน”

“จากประสบการณ์ที่เป็นอาจารย์ประจำชั้นมา ปี 2 จะเครียดเรื่องการขึ้นวอร์ดครั้งแรก ปี 3 ก็เป็นเรื่องการฝึกวิชาที่ยากๆ และวิชาเรียนเยอะ ปี 4 ก็เป็นเรื่องการฝึกงานและการสอบที่มีผลต่อการจบ”

(FD-T)/2-10)

3. ปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับคนที่ใกล้ชิด

ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคนที่ใกล้ชิดก่อให้เกิดความทุกข์แก่นักศึกษาในทุกชั้นปี ซึ่งส่วนใหญ่มาจากสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะมารดาที่เกิดจากการเปรียบเทียบ การตำหนิ ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่ปรึกษาในครอบครัว และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนที่แสดงถึงความห่างเหิน การไม่ได้รับการยอมรับ รวมถึงการบูลลี่การเพื่อน

“แม่ชอบเปรียบเทียบหนูกับคนอื่น...เปรียบกับพี่ชายเปรียบเทียบกับเพื่อนในหมู่บ้าน”

(ID-5)

“เวลามีอะไรหนูรู้สึกว่ามีแม่ไม่รับฟังหนูเลย ไม่รู้จะปรึกษาใคร รู้สึกโดดเดี่ยว”

(ID-7)

- “แม่ชอบพูดว่าคนอื่นยังทำได้ แม้ว่าหนูไม่อดทน...เวลาแม่พูดแบบนี้มันทำให้หนูรู้สึกเศร้า ทั้งที่ก็ทำเต็มที่แล้ว” (ID-S)/G2-3
- “เวลาหนูร้องไห้แม่จะบอกว่าหนูอ่อนแอหนูเลยไม่กล้าร้องไห้ เวลามีปัญหาหนูก็ไม่กล้าปรึกษาคนในบ้าน” (ID-5)
- “จากที่เด็กมาปรึกษาคือเพื่อนบูลลี่ เข้ากับเพื่อนไม่ได้...” (FD-T/G1-8)
- “เพื่อนไปไหนไม่ชวนหนูเลย แต่กับเพื่อนคนอื่นๆ ในกลุ่มเขาก็ชวนทุกคน....รู้สึกเหมือนไม่เป็นที่ต้องการ” (ID-3)
- “หนูรู้สึกว่าเพื่อนที่หนูรักมากเขาทำตัวเปลี่ยนไป ไลน์ไปก็ไม่ตอบ บางครั้งก็ไม่อ่าน....มันทำให้รู้สึกน้อยใจ เสียใจ และเศร้า” (ID-2)
- “เพื่อนที่สนิทมาทำที่เปลี่ยนไป พูดด้วยเขาก็พูดน้อย ถามคำตอบคำ ไม่พูดคุยเหมือนเดิม” (FD-T/G2-14)
- “ที่นักศึกษามาปรึกษาเยอะๆ ที่ทำให้เขาเครียด เขาเศร้าจะเป็นเรื่องเพื่อน...ทั้งการบูลลี่ ความขัดแย้งกับเพื่อน” (FD-T/G2-1)

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ปัญหาด้านเศรษฐกิจส่วนใหญ่ของนักศึกษาเกิดจากความไม่เพียงพอของรายได้จากครอบครัวของนักศึกษาต่อการส่งเสีย ทำให้นักศึกษาเกิดความกังวลในการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย ซึ่งมีผลต่อการซื้ออุปกรณ์การเรียน ซึ่งมีผลต่อการเรียน และสร้างความทุกข์ใจที่ไม่สามารถทำกิจกรรมกับเพื่อนที่ต้องใช้เงินเพราะกลัวไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ส่วนใหญ่คาดหวังกับเงินทุนเพื่อการศึกษา

“กังวลมากเรื่องการเงินเพราะไม่มีใครส่งหนูเรียน พ่อแม่ยากจนมีลูกหลายคน งานที่พ่อทำปกติก็ไม่พอ ตอนมอบตัวคุณครูโรงเรียนเดิมออกช่วย กยศ.ออกซ้ำ เลยทำให้กังวลมากกว่าจะทำอย่างไร” (ID-S-8)

“เงินที่พ่อแม่ให้มาไม่พอต่อการใช้จ่าย หนูพยายามประหยัดแล้วแต่มันก็ไม่พอ...” (ID-S-6)

“พอเงินกยศ.ออกหนูจะให้แม่หมด แม่ก็เอาไปใช้จ่ายในครอบครัวและใช้หนี้ตอนที่ให้หนูเข้าเรียน พอจะเอามาใช้จ่ายหนูก็ไม่พอ” (ID-S-1)

“เพื่อนๆ ทุกคนมีไอแพดและโน้ตบุ๊คหมด หนูไม่มี หนูมีแค่มือถือ เวลาทำงานจะลำบากมาก ต้องยืมเพื่อน เวลาเรียนก็ลำบากเพราะอาจารย์ส่วนใหญ่ให้เป็นไฟล์แม่ยังไม่มีเงินซื้อให้” (ID-S-5)

“นักศึกษาคนที่เขาไม่มี(เงิน)เขาก็ไม่มีจริงๆ นะ ตอนสัมภาษณ์ทุนนำเสนอมา น่าจะลำบากมาก” (FD-T/G1-5)

“ความไม่มี(เงิน)มันก็ทุกใจ เพื่อนชวนไปไหนบางที่เราก็ปฏิเสธ กลัวเงินไม่พอ”

“ลูกเขาจะขอเงิน เขาก็เกรงใจ เพราะรู้ว่าบ้านไม่มี.....” (ID-F-1)

5. การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ

เกิดจากการที่นักศึกษาประเมินความสามารถตนเองต่ำจากการเปรียบเทียบกับเพื่อนที่ใกล้ชิดและเกิดการตำหนิตนเอง

- “รู้สึกที่เราไม่เก่ง ทำไม่ได้เหมือนเพื่อน” (FD-S/G1-5)
- “กังวลว่าเราจะเป็นพยาบาลที่ดีได้ไหม เรียนก็ไม่เก่ง ทำอะไรก็ไม่ดี” (FD-S/G1-12)
- “รู้สึกที่เราไม่เอาไหนเลย” (FD-27)
- “เพื่อนมักจะบอกตนเองทำไม่ได้ ไม่มั่นใจแต่หนูก็สังเกตว่าเพื่อนก็ตอบคำถามอาจารย์ได้ตลอด” (FD-30)
- “เขาจะโทรมาเล่าเรื่องฝึกงานให้ฟังว่าทำไม่ได้เหมือนเพื่อน และท้อ” (ID-F-1)

6. ทศนคติต่อการเรียนพยาบาล

พบว่านักศึกษาที่ไม่อยากเรียนในวิชาชีพพยาบาล แต่มาเรียนตามความคาดหวังของครอบครัวและโรงเรียน ทำให้เกิดความกดดันทั้งจากการเรียนและการผิดหวังจากการที่ไม่ได้เรียนคณะที่ตั้งใจจะเรียน

“หนูอยากไปใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย อยากเรียนวิศวะแต่แม่อยากให้เป็นพยาบาลจะได้มั่นคง มันทำให้หนูเสียใจที่ต้องเรียนในสิ่งที่ไม่ชอบ ตอนนี้ก็ยังรู้สึกไม่ชอบ” (ID-S-3)

“หนูไม่รู้โรงเรียนให้หนูยื่นโครงการ MOU หนูบอกแล้วว่าไม่อยากเรียนแต่ครูบอกว่าถ้าไม่เอาปีหน้าจะตัดสิทธิ์รุ่นน้อง...แม่ก็ชอบพยาบาล แต่หนูไม่อยากเรียน หนูไม่ชอบ” (ID-S-6)

“การเรียนสิ่งที่ไม่ชอบ.....ทั้งเครียด ทั้งท้อ ไม่อยากเรียน มันเหนื่อยมากๆ”(ID-S-5)

“แม้จะไม่อยากเรียนหนูก็ไม่กล้าไปไหน เพราะรับทุนไปแล้ว พ่อแม่ก็คาดหวัง” (FD-T/G-1)

“ไม่อยากเรียนพยาบาล.....ผลการเรียนไม่ดี คิดว่าทำเต็มที่แล้ว แต่มันก็ออกมาไม่ดีอย่างที่คิดเอาไว้ กลัวแม่เสียใจ...ตอนมัธยมเกรดดีกว่านี้” (ID-S-4)

“เขาบอกว่าไม่อยากเรียนพยาบาล อยากเรียนอย่างอื่น เมื่อเขารู้ว่าเขาต้องเรียนพยาบาลจริงๆ เขาก็ดูเศร้าและเงียบ แม่ก็บอกให้เขาอดทน” (ID-F-4)

4.2 ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

ในระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้ผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 เป็นข้อมูลตั้งต้นในการร่วมพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยมีการออกแบบ ทดลองใช้ และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาล อาจารย์ผู้สอน ผู้บริหาร และผู้ปกครองหลักของนักศึกษา

ผลการวิจัยในระยะนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ความเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั้งในระยะหลังการพัฒนาและระยะติดตามผล ตลอดจนความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมต่อการใช้รูปแบบดังกล่าวในบริบทของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

4.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

4.2.1.1 การศึกษาบริบท

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นสถาบันอุดมศึกษาด้านสุขภาพในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล ในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เปิดสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งเปิดการจัดการเรียน ดำเนินกิจกรรมตามพันธกิจ (mission) จำนวน 5 ด้าน ประกอบด้วย ผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล วิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ บริการวิชาการแก่สังคม เพื่อสุขภาวะชุมชน ทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย บริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลสู่องค์กรสมรรถนะสูง โดยมีโครงสร้างการปฏิบัติงาน 4 งานเพื่อให้ครอบคลุมตามพันธกิจ คือ กลุ่มงานบริหารและยุทธศาสตร์ งานวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา งานวิจัย นวัตกรรม บริการวิชาการ และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และงานกิจการนักศึกษาและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม

ข้อมูลอาจารย์ มีผู้อำนวยการวิทยาลัย จำนวน 1 ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ จำนวน 4 ตำแหน่ง อาจารย์ประจำ 52 คน อาจารย์ประจำ อาจารย์สอนภาคปฏิบัติ จำนวน 8 คน ปฏิบัติงานจริง จำนวน 59 คน อาจารย์ลาศึกษาต่อจำนวน 6 คน

วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง มีงานแบ่งตามโครงสร้าง คือ วิทยาลัยอยู่ในสังกัดของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีโครงสร้างการปฏิบัติงาน แบ่งออก 4 งาน และมีคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยและคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ดังนี้ (รายละเอียด ดังภาพที่ 4)

1. งานบริหารและยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 2 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ดูแลด้านสารบรรณ พัสดุ การเงินและบัญชี อาคารสถานที่ ยานพาหนะ รักษาความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมภูมิทัศน์ และกลุ่มงานสนับสนุนวิชาการดูแลงานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานบริการห้องสมุด งานประชาสัมพันธ์ และกลุ่มงานยุทธศาสตร์และบริหารงาน ดูแลยุทธศาสตร์และแผนงาน ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง และกลุ่มงานการเจ้าหน้าที่และทรัพยากรบุคคลดูแลบริหารทรัพยากรบุคคล พัฒนาทรัพยากรบุคคล

2. งานกิจการและประกันคุณภาพการศึกษา ประกอบด้วย 5 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประกอบด้วย สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สาขาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลชุมชน สาขาการพยาบาลเด็ก สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 กลุ่มงานประกันคุณภาพการศึกษา

กลุ่มงานจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล กลุ่มงานทะเบียนวัดและประเมินผลการศึกษา กลุ่มงานสนับสนุนการจัดการศึกษาและห้องปฏิบัติการ

3. งานวิจัย นวัตกรรม บริการวิชาการและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานวิจัยนวัตกรรม การจัดการเรียนรู้และวิเทศสัมพันธ์ และกลุ่มงานบริการวิชาการและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

4. กลุ่มงานกิจการนักศึกษาและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ประกอบด้วย 2 กลุ่มงาน คือ งานกิจการนักศึกษา ดูแลงานอาจารย์ประจำชั้น งานวินัย ปกครองสวัสดิการ ทุนการศึกษา การให้คำปรึกษา และกลุ่มงานพัฒนาและศึกษาและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและศิษย์เก่าสัมพันธ์ พัฒนานักศึกษาและนวัตกรรม ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและกิจการพิเศษ ศิษย์เก่าสัมพันธ์

โดยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนักศึกษา คืองานวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา ดูแลนักศึกษาในส่วนของจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และงานกิจการนักศึกษาและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมดูแลนักศึกษาในส่วนของกิจกรรมเสริมหลักสูตร การส่งเสริมทักษะชีวิต การดูแลด้านสุขภาพ ด้านหอพัก ระเบียบวินัย ทุนการศึกษา การจัดระบบการให้คำปรึกษา และสวัสดิการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา

ปีการศึกษา 2566 นักศึกษาจำนวนมีทั้งหมด 584 คน ประกอบด้วย

- 1) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 160 คน
- 2) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 จำนวน 155 คน
- 3) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 151 คน
- 4) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 จำนวน 118 คน

สถิติภาวะซึมเศร้า

- 1) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ 270 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.80
- 2) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็ก 205 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.50
- 3) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 83 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.40
- 4) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.90
- 5) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.30

-ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังตอบใช่ 27 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.70

-ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายตอบใช่ 26คน คิดเป็น ร้อยละ 4.50

ปีการศึกษา 2567 นักศึกษาจำนวนมีทั้งหมด 633 คน ประกอบด้วย

- 1) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 168 คน
- 2) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 จำนวน 160 คน
- 3) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 154 คน
- 4) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 จำนวน 151 คน

สถิติภาวะซึมเศร้า

- 1) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ 360 คน คิดเป็น ร้อยละ 57.41
- 2) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็ก 169 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.96
- 3) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 77 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.29
- 4) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.03
- 5) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.31

-ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังตอบใช้ 25 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.96

-ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายตอบใช้ 27คน คิดเป็น ร้อยละ 4.30

4.2.1.2 การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

ศึกษารูปแบบการป้องกันการภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่วิจัยได้มีการสนทนากลุ่ม อาจารย์ จำนวน 21 ราย นักศึกษา จำนวน 17 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสนทนากลุ่ม เพื่อนำเข้าข้อมูล ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ระยะที่ 1 แล้วระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบ มีผลการศึกษา ดังนี้

1. บริบทการให้บริการป้องกันการภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

สภาพปัญหาเชิงระบบของวิทยาลัย

- การคัดกรองด้านสุขภาพจิตงานสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จะใช้แบบประเมิน GHQ-28 เป็นแบบประเมินซึ่งใช้ประเมินสุขภาพจิตโดยรวม ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา เหมาะต่อการคัดกรองเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยรวม ไม่สามารถแยกระดับภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน โดยมีการประเมินปีการศึกษาละ 1 ครั้ง ยังขาดแผนงาน โครงการที่มีความชัดเจนและความต่อเนื่องในการให้บริการแก่นักศึกษา

- ขาดระบบและกลไกที่ชัดเจนในการปฏิบัติในการป้องกันการภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

- ระบบการส่งต่อนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตยังไม่ชัดเจนทั้งภายในและภายนอกวิทยาลัย

- นักศึกษาบางคนเมื่อมีปัญหาคนที่อยากปรึกษามากที่สุดคือเพื่อน แต่นักศึกษาบางคนมีความกังวลที่จะต้องให้คำปรึกษาเพื่อนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 ที่ยังไม่เคยเรียนในภาคทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

- รูปแบบแบบการดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ายังไม่ชัดเจน

- นักศึกษากังวลเรื่องความลับของตนเองและการตีตราจากการขอความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

สภาพปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม

- การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จากมาตรการการเว้นระยะห่างทำให้นักศึกษามีการเรียนแบบออนไลน์ การงดกิจกรรมการรวมกลุ่มมีผลทำให้นักศึกษาในชั้นปี ระหว่างชั้นปี และอาจารย์ ส่งผลถึงปัจจุบันทำให้มีกิจกรรมที่ทำร่วมกันลดลง มีความใกล้ชิดและความสัมพันธ์กันลดลง การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในชั้นปีและระหว่างชั้นปีลดลง

สภาพปัญหาด้านนักศึกษา

- นักศึกษาบางคนเมื่อมีปัญหาคนที่อยากปรึกษามากที่สุดคือเพื่อน แต่นักศึกษาบางคนมีความกังวลที่จะต้องให้คำปรึกษาเพื่อนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 ที่ยังไม่เคยเรียนในภาคทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

- ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายตอบใช้ 27คน คิดเป็น ร้อยละ 4.30

- นักศึกษากังวลเรื่องความลับของตนเองและการตีตราจากการขอความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

นักศึกษามีความคิดเห็นว่าสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าทั้งในสังคมทั่วไปและในวิทยาลัยมีจำนวนมาก และมีแนวโน้มที่จะมากขึ้น ซึ่งรับทราบจากการแจ้งสถิติภาวะซึมเศร้าจากอาจารย์ เพื่อนสนิทเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อนที่ฝึกปฏิบัติงานเป็นโรคซึมเศร้า คิดว่าทุกคนก็มีสิทธิ์ที่จะเป็น ซึ่งในนักศึกษาพยาบาลคิดว่ามีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องจากมีความเครียดเรื่องการปรับตัวที่มีบริบทจากนักศึกษาอื่นคือการอยู่ในหอพักที่มีสภาพแวดล้อม มีกฎระเบียบที่ต้องปฏิบัติตาม มีความเครียดด้านการเรียนที่สูง งานที่ได้รับมอบหมายมีจำนวนมาก ขาดเวลาในการผ่อนคลาย ความเครียด และนอกจากบริบทการเรียนแล้วบางคนอาจเกิดจากปัญหาส่วนบุคคล เช่น ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาความรัก และปัญหาเรื่องเพื่อน บางคนมีการศึกษาความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าจากอินเทอร์เน็ต บางคนไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ ผลกระทบ ไม่ทราบวิธีการป้องกันตนเอง ไม่ทราบการช่วยเหลือดูแลเพื่อนที่มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า กังวลเมื่อเพื่อนมาขอคำปรึกษา การป้องกันภาวะซึมเศร้าควรมีการจัดอบรมให้เรื่องการคัดกรองตนเอง การสังเกตอาการตนเองและผู้อื่น การจัดการความเครียด วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง อยากทราบช่องทางการช่วยเหลือ

ความต้องการในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งต้องการให้มีการให้คำปรึกษาที่สามารถปกปิดตัวตนได้ มีบางคนคิดว่าไม่ยากให้คนอื่นรู้ ถ้าตนเองมีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะครอบครัว อยากปรึกษาเพื่อนเมื่อมีปัญหา อยากให้มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายและกิจกรรมผ่อนคลายอย่างต่อเนื่อง อยากให้มีระบบการช่วยเหลือระหว่างเพื่อนๆ ปรับรูปแบบกิจกรรมรับน้องให้ผ่อนคลายขึ้น

“หนูว่าปัจจุบันคนเป็นเยอะขึ้นไม่ใช่เฉพาะนักศึกษาพยาบาล” (GM-S-1)

“คิดว่าต่อไปอาจจะเยอะขึ้นอีก เพราะนักศึกษามีจำนวนมาก” (GM-S-2)

“จากที่อาจารย์แจ้งผลการคัดกรองเป็นตัวเลขเท่าที่ฟังก็น่าตกใจเพราะมีปริมาณที่มาก
ในความคิดหนู” (GM-S-3)

“ไม่คิดว่านักศึกษาพยาบาลจะมีภาวะซึมเศร้าเยอะขนาดนี้” (GM-S-4)

“เพื่อนสนิทหนูก็เป็น ทั้งเพื่อนที่นี้และเพื่อนสมัยมัธยม” (GM-S-5)

“ขนาดหนูยังคิดเลยว่าบางทีหนูก็เป็น มันเศร้า มันเบื่อ ไม่อยากทำอะไร” (GM-S-6)

“วัยรุ่นทุกวันนี้เป็นกันเยอะพวกเราก็เป็นเยอะ” (GM-S-7)

“ตอนขึ้นวอร์ดจะเห็นเพื่อนบางคนแยกตัว ไม่สดชื่น มีท่าทีแปลกไปจากปกติ ภาครัฐที่หลังว่าเพื่อนเป็นซึมเศร้า” (GM-S-8)

“ที่เราเป็นเยอะน่าจะมาจากความเครียด โดยเฉพาะตอนขึ้นวอร์ด...ไม่เคยเครียดเท่านี้” (GM-S-9)

“หนูทำแพลนงานช้า กว่าจะได้นอนก็ตีหนึ่งตีสองตลอด” (GM-S-4)

“อาจารย์สั่งงานเยอะมาก ทำก็ไม่ทัน ทั้งงานเดี่ยวและงานกลุ่ม” (GM-S-11)

“หนูก็ว่าหนูทำงานเร็วนะ แต่งานมันมาอืดๆ บางทีก็อยากปล่อยเบลอ” (GM-S-17)

“การที่เรามาอยู่ในหอพักมันก็ต้องทำตามกฎระเบียบ ไม่มีความเป็นอิสระ เข้าออกเป็นเวลา มีการเข้าแถว” (GM-S-12)

“การอยู่ร่วมกันเยอะๆ มันก็มีความลำบากเพราะแต่ละคนไม่ไลฟ์สไตล์แตกต่างกัน” (GM-S-1)

“มันก็อาจจะไม่ใช่แค่ปัญหาการเรียนบางคนเขาอาจจะเศร้าจากปัญหาส่วนตัวด้วยที่เพื่อนมักมาปรึกษาคือเรื่องปัญหาในครอบครัว” (GM-S-13)

“พออยู่ด้วยกันเยอะๆ มันก็จะมีมันหาเรื่องเพื่อน ความแตกต่างทางความคิด รูปแบบการใช้ชีวิต” (GM-S-15)

“บางคนก็มีปัญหาเรื่องหัวใจ ความรัก” (GM-S-9)

“บางทีเครียดมากๆ หนูก็สงสัยว่าตนเองเศร้าไหม ก็หาข้อมูลในเน็ต” (GM-S-7)

“หนูก็ไม่รู้ว่าอาการมันเป็นยังไง รู้ว่าเศร้า เป็นแล้วจะเป็นยังไงต่อ” (GM-S-4)

“ไม่ทราบรู้ว่าต้องการป้องกันตนเองยังไง ยังสงสัยเลยว่าเศร้าหรือยัง” (GM-S-16)

“ไม่แน่ใจเหมือนกันว่ามีรูปแบบยังไง” (GM-S-1)

“หนูก็ไม่แน่ใจค่ะแต่ที่เห็นในอาจารย์ตามเพื่อนบ่อยๆ ที่น่าจะมีปัญหาซึมเศร้าก็เป็นอาจารย์จิตเวชค่ะ” (GM-S-10)

“เห็นเพื่อนบางคนก็มาพบอาจารย์จิตเวชที่ชั้น 5” (GM-S-7)

“อาจารย์มีการคัดกรองทุกปีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความเครียด” (GM-S-11)

“หนูเห็นเพื่อนเศร้านักก็อยากช่วยแต่ไม่รู้จะช่วยอย่างไร ก็สงสัยว่าจะคอยถามว่าเพื่อนโอเคไหม ให้เราช่วยอะไรบ้าง” (GM-S-2)

“เพื่อมาเล่าปัญหาให้ฟังบางครั้งก็ไม่รู้จะช่วยยังไง ก็ช่วยฟัง และให้กำลังใจ แต่เราก็กังวลนะ เหมือนช่วยเพื่อนไม่ได้” (GM-S-7)

“ควรอบรมการตรวจคัดกรองตนเอง สังเกตตนเอง” (GM-S-9)

“อยากอบรมการจัดการความเครียด เพื่อป้องกัน” (GM-S-1)

“ยังไม่รู้ว่าขอความช่วยเหลือจากใคร อยากรู้วิธีการ” (GM-S-12)

“คนเราก็คควรป้องกันตนเองก่อน” (GM-S-1)

“อยากให้มีการให้คำปรึกษาที่ไม่ต้องบอกว่าเราเป็นใคร” (GM-S-6)

“ไม่อยากให้คนอื่นรู้ถ้าเศร้าโดยเฉพาะพ่อแม่กลัวเป็นห่วง..... อยากปรึกษาเพื่อน” (GM-S-8)

“อยากให้มึระบบการช่วยเหลือกันระหว่างเพื่อน เมื่อมีปัญหา บางอย่างก็ไม่รุนแรงไม่
อยากปรึกษาพ่อแม่หรืออาจารย์”

“หนูก็ไม่อยากให้คนอื่นรู้แต่ถ้าเพื่อนเป็นก็อยากให้รักษา” (GM-S-3)

“น่าจะมึกิจกรรมผ่อนคลายให้อาจารย์ นักศึกษาได้ทำด้วยกัน อาจจะเป็นช่วงเย็นๆ”
(GM-S-7)

“เสนอว่าควรมึการปรับกิจกรรมรับน้องที่เครียดเกินไป” (GM-S-12)

“กิจกรรมรับน้องน่าจะเป็กิจกรรมที่ทำให้เราพี่น้องรักกันขึ้นแทน...” (GM-S-8)

2. กลุ่มอาจารย์มึความคิดเห็นว่าสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลใน
วิทยาลัยในวิทยาลัยมึจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจากในอดีตทั้งสถิติภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า และมี
แนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ซึ่งรับทราบจากการแจ้งสถิติการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของวิทยาลัย สถิติโรค
ซึมเศร้าของงานสุขภาพในแต่ละปีที่สูงขึ้น คิดว่าสาเหตุและปัจจัยการเกิดของนักศึกษาผ่าน
ประสบการณ์เป็นอาจารย์ประจำชั้น อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต อาจารย์ที่
ปรึกษา คิดว่าเกิดจากส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น พ่อแม่ป่วยญาติสายตรงป่วยด้วยซึมเศร้า
ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจในวัยเด็ก ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว และ
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม เช่น การรับน้อง ปรับตัวในหอพัก ไม่อยากเรียนพยาบาล ที่พบมาก
คือด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน ทราบว่าป่วยตอนที่มาขออนุญาตไปพบแพทย์ ส่วนใหญ่จะ
พบว่านักศึกษามึปัญหาพฤติกรรมขณะฝึกงาน เช่น ป่วยบ่อย มาสาย ขาดเรียน ส่งงานช้า ไม่ทำงาน
กลุ่ม มึปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนน้อย ไม่มั่นใจในตนเอง รู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปกติ แต่ไม่แน่ใจ ถ้ามี
ปัญหาสุขภาพจะส่งตรวจที่โรงพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติต้งงานก่อน ตรวจแล้วไม่ตีจะส่งต่ออาจารย์สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชประเมินต่อค่อยทราบว่ามีนักศึกษาเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ยังไม่มี
ระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ไม่มีระบบและกลไกเฉพาะในการดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า มีนโยบาย
ของสถาบันพระบรมราชชนกเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแต่แนวทางในการดูแลหลังการคัด
กรองไม่ชัดเจนไม่มีการอธิบายการใช้งานในภาพรวม การคัดกรองทำได้น้อยกว่าที่วิทยาลัยคัดกรอง
ข้อมูลจะส่งไปที่ส่วนกลางแล้วถูกส่งกลับมาที่วิทยาลัยจะมีความล่าช้าในการช่วยเหลือนักศึกษา
ในวิทยาลัยยังขาดการติดตามที่ต่อเนื่อง การพบนักศึกษาที่ปรึกษาตามตารางทำได้น้อยอาจารย์มี
ภาระกิจมาก การพบออนไลน์ทำให้ขาดความใกล้ชิดระหว่างอาจารย์และนักศึกษา อาจารย์ไม่แน่ใจ
เรื่องภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับอาการ การคัดกรอง การช่วยเหลือเบื้องต้น อยากให้มึการอบรมเพื่อ
ทบทวนความรู้ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า การสื่อสาร การให้คำปรึกษานักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า
และมึความคิดฆ่าตัวตาย จัดทำระบบและกลไก การพัฒนาสื่อความรู้ครอบคลุมต่อการใช้งาน และ
การจัดทำโครงการที่ต่อเนื่องยังยึนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า
ควรคัดกรองทุกภาคการศึกษา มึการแบ่งกลุ่มจากการคัดกรอง และดูแลตามระดับปัญหา

“ปัญหาซึมเศร้านั้นเยอะขึ้นมาก ที่เป็นครูประจำชั้นมา 10 ปี ช่วงแรกๆ ไม่มีเลยแต่ตอนนี้
เยอะขึ้นมาก” (GM-T-1)

“ช่วงที่ฝึกงานมีอาจารย์ส่งนักศึกษามาปรึกษาเยอะขึ้น พอคัดกรองคะแนนก็ขึ้น ก็ส่งพบ
จิตแพทย์” (GM-T-2)

“เคยเจอเคส ช่วงฝึกงานป่วยบ่อย ขอพัก ขอไปพบแพทย์ เลยพาเขาไปตรวจ ตรวจทุกระบบเพราะเขามีปัญหาหลายอย่าง แต่ตรวจครบทุกระบบก็ยังไม่พบปัญหา สุดท้ายส่งแผนกจิตเวช”

(GM-T-3)

“มีเยอะทั้งภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า และคิดว่าเรานักศึกษาปีการศึกษาหน้าจะเยอะขึ้นเรื่อยๆ”

(GM-T-4)

“มีการแจ้งสถิติซึมเศร้าในที่ประชุม คิดว่าสูงขึ้นทุกปี”

(GM-T-5)

“คิดว่าสาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าหน้าจะมาจากหลายส่วนคงแล้วแต่คน บางคนพ่อแม่ญาติสาตรงป่วยก็มี บางคนมีปัญหาครอบครัว ปัญหาหมั้นคอมเพล็กซ์”

(GM-T-6)

“เห็นนักศึกษาจากการเป็นอาจารย์ประจำชั้น อาจารย์ที่ปรึกษา คิดว่าเกิดจากส่วนหนึ่งมาจากรายได้ครอบครัว ปัญหาในวัยเด็ก ปัญหาในครอบครัว ปัญหาการเรียน”

(GM-T-7)

“ปีหนึ่งมักมีปัญหาตอนการรับน้อง ตอนมาอยู่หอพักใหม่ เข้ากับเพื่อนไม่ได้ บางสาวก็ไม่อยากเรียนพยาบาล”

(GM-T-8)

“ปัญหาที่พบบ่อยคือเกิดขึ้นตอนฝึกปฏิบัติงานโดยเฉพาะตึกที่หนักๆ”

(GM-T-2)

“ปัญหาเพื่อนก็พบบ่อย”

(GM-T-3)

“ช่วงที่ฝึกงานเขาจะขออนุญาตไปพบแพทย์ เลย์รู้ว่าเขาป่วย”

(GM-T-1)

“บางคนไม่รู้เลยว่าเศร้าเขาจะมีพฤติกรรม มาสาย ขาดเรียน ส่งงานช้า ไม่ทำงานกลุ่ม แยกตัว ไม่มั่นใจในตนเอง เป็นแปลกๆแต่ไม่แน่ใจว่าเป็นอะไร”

(GM-T-4)

“ถ้ามีปัญหาสุขภาพจะส่งตรวจที่โรงพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานก่อน ตรวจแล้วไม่ดีจะส่งต่ออาจารย์จิตเวช” “ประเมินต่อ ไม่รู้ใครเป็นเซ็นเตอร์”

(GM-T-14)

“ยังไม่เห็นว่ามึระบบหรือกลไก”

(GM-T-16)

“มันไม่มีระบบและกลไกเฉพาะในการดูแลนักศึกษาที่เศร้า”

(GM-T-20)

“สภ.ก็มีนโยบายส่วนกลางการคัดกรองภาวะซึมเศร้า แต่แนวทางในการดูแลหลังการคัดกรองที่ว่าก็ไม่ชัดเจนไม่มีการอธิบายผู้ปฏิบัติ”

(GM-T-14)

“ครูประจำชั้นให้ลิงค์การคัดกรอง 11Q ของสภ. แต่นักเรียนเข้าทำน้อย มันเป็นลิงค์กลางก็ไม่รู้ใครทำไม่ทำ มันไปส่วนกลาง”

(GM-T-7)

“งานวิชาการก็เตรียมเฉพาะด้านความรู้ ด้านจิตใจก็ไม่ได้เตรียมเลย”

(GM-T-16)

“โครงการที่กิจการทำส่วนใหญ่ก็เน้นทางร่างกายยังเป็นเชิงรับ”

(GM-T-14)

“ข้อมูลคัดกรองกว่าจะมามีในกาดูแล”

(GM-T-7)

“กลุ่มเสี่ยงบางคนเราก็ไม่ได้มีการติดตาม”

(GM-T-19)

“คิดว่าระบบและกลไกยังไม่ชัดเจน”

(GM-T-1)

“ระบบการส่งต่อมีปัญหา เวลาที่เด็กมีปัญหาสุขภาพจิต... หรือขึ้นบอร์ดมีภาวะซึมเศร้ายังไม่รู้เลยว่าส่งต่อถึงใคร”

(GM-T-1)

“ยังไม่มึระบบและกลไกอาจจะเพราะว่าเมื่อก่อนไม่ค่อยมีนักศึกษาซึมเศร้าแต่ปัจจุบันนี้พบว่าเป็นกันมาก”

(GM-T-3)

“จากการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษานักศึกษาในที่ปรึกษาก็มีซึมเศร้าเหมือนกัน”(GM-T-6)

“จากการเป็นอาจารย์ประจำชั้นพบว่าในชั้นปีก็มีนักศึกษาที่ทั้งมีภาวะซึมเศร้าและเป็นโรคซึมเศร้าได้เข้ารับการรักษา” (GM-T-9)

“พอเห็นเด็กแปลกๆ เศร้าแยกตัวที่ไม่แน่ใจที่จะส่งมาพบอาจารย์จิตเวช” (GM-T-11)

“เราไม่ได้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางก็ไม่แน่ใจในเรื่องของการดูแลพอเจอก็จะส่งมาพบอาจารย์จิตเวช แต่ก็ไม่รู้ว่าจะระบบและกลไกจริงๆ เป็นยังไง” (GM-T-16)

“ชั่วโมงพบอาจารย์ที่ปรึกษาที่ไม่ได้พบเพราะไปนิเทศ นักศึกษาที่ไม่ค่อยมาหาเลย ขนาดบอกมาเอาของก็ยังไม่มา ตั้งแต่ปีใหม่” (GM-T-13)

“ปัญหาคืออาจารย์(อาจารย์ที่ปรึกษา)ก็ขึ้นวอร์ตลอด ไม่ค่อยได้พบเลย นานๆเจอกันที่ พบออนไลน์ก็คุยเชิงลึกไม่ได้” (GM-T-4)

“ยังไม่ค่อยแน่ใจเรื่องซึมเศร้าทั้งอาการ การคัดกรอง การช่วยเหลือเบื้องต้น” (GM-T-2)

“อยากให้มีการอบรมเพื่อทบทวนความรู้ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า การสื่อสาร การให้คำปรึกษานักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย จัดทำระบบและกลไก การพัฒนาสื่อความรู้ครอบคลุมต่อการใช้งาน และการจัดทำโครงการที่ต่อเนื่องยั่งยืนในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า” (GM-T-9)

“อยากให้มีการทบทวนความรู้ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้อาจารย์” (GM-T-10)

“ควรคัดกรองบ่อยๆ จัดกลุ่มให้ชัดเจน ดูแลตามความรุนแรง” (GM-T-13)

“ควรคัดกรองทุกภาคการศึกษา” (GM-T-9)

“การแก้ปัญหาซึมเศร้ามองว่ายากก็ยาก แต่มองอีกมุมมันก็ทำทายนะ” (GM-T-9)

“มันเป็นโอกาสที่เราจะได้แก้ปัญหาไม่งั้นก็ไม่ได้เริ่มเพราะถ้าคิดว่ามันยาก”(GM-T-4)

สรุปประเด็นปัญหา จากนักศึกษา คือ

- สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา คือ ความเครียดและภาวะวิตกกังวล ปัจจัยปกป้องที่พบคือ ความมีคุณค่าในตนเอง ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเกิดจากด้านการปรับตัว ด้านสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนในครอบครัวและกับเพื่อน ด้านความเครียดและภาวะวิตกกังวลจากการเรียนที่มาจากการศึกษาฝึกปฏิบัติงานครั้งแรก บุคลิกภาพอาจารย์ และการบริหารจัดการเวลา ด้านค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และด้านความต้องการเรียนพยาบาล

- ปัญหาการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาจากการประเมินตนเอง พบว่านักศึกษาบางส่วนไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ ผลกระทบ ไม่ทราบวิธีการป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า ไม่ทราบการช่วยเหลือดูแลเพื่อนที่มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า กังวลเมื่อเพื่อนมาขอคำปรึกษา

- ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ คือควรมีการจัดอบรมให้เรื่องการคัดกรองตนเอง การสังเกตอาการตนเองและผู้อื่น การจัดการความเครียด วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง อยากทราบช่องทางช่วยเหลือ และต้องการให้มีการให้คำปรึกษาที่สามารถปกปิดตัวตนได้ อยากปรึกษาเพื่อนเมื่อมีปัญหา อยากให้มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายและกิจกรรมผ่อนคลายอย่างต่อเนื่อง อยากให้มีระบบการช่วยเหลือระหว่างเพื่อนๆ ปรับรูปแบบกิจกรรมรับน้องให้ผ่อนคลายขึ้น

สรุปประเด็นปัญหา จากอาจารย์ คือ

- สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาสถานการณ์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาคือ จากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น พ่อแม่ป่วยญาติสายตรงป่วยด้วยซึมเศร้า ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจในวัยเด็ก ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม เช่น การรับน้อง ปรับตัวในหอพัก ไม่อยากเรียน พยาบาล ที่พบมากคือด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน

- ปัญหาการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาจากอาจารย์ พบว่า ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ไม่มีระบบและกลไกเฉพาะในการดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า มีนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแต่แนวทางในการดูแลหลังการคัดกรองไม่ชัดเจน ไม่มีการอธิบายการใช้งานในภาพรวม การคัดกรองทำได้น้อยกว่าที่วิทยาลัยคัดกรอง ข้อมูลจะส่งไปที่ส่วนกลางแล้วถูกส่งกลับมาที่วิทยาลัยจะมีความล่าช้าในการช่วยเหลือนักศึกษา ในวิทยาลัยยังขาดการติดตามที่ต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยง การพบนักศึกษาที่ปรึกษาตามตารางทำได้น้อยอาจารย์มีภาระกิจมาก การพบออนไลน์ทำให้ขาดความใกล้ชิดระหว่างอาจารย์และนักศึกษา อาจารย์ไม่แน่ใจเรื่องภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับอาการ การคัดกรอง และการช่วยเหลือเบื้องต้น

- ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ คือ อยากให้มีการอบรมเพื่อทบทวนความรู้ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า การสื่อสาร การให้คำปรึกษานักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย จัดทำระบบและกลไก การพัฒนาสื่อความรู้ครอบคลุมต่อการใช้งาน การคัดกรองทุกภาคการศึกษา และการจัดทำโครงการที่ต่อเนื่องยั่งยืนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า

สรุปประเด็นปัญหา จากอาจารย์ คือ

- สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาสถานการณ์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาคือ จากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น พ่อแม่ป่วยญาติสายตรงป่วยด้วยซึมเศร้า ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจในวัยเด็ก ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม เช่น การรับน้อง ปรับตัวในหอพัก ไม่อยากเรียน พยาบาล ที่พบมากคือด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน

- ปัญหาการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาจากอาจารย์ พบว่า ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ไม่มีระบบและกลไกเฉพาะในการดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า มีนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแต่แนวทางในการดูแลหลังการคัดกรองไม่ชัดเจน ไม่มีการอธิบายการใช้งานในภาพรวม การคัดกรองทำได้น้อยกว่าที่วิทยาลัยคัดกรอง ข้อมูลจะส่งไปที่ส่วนกลางแล้วถูกส่งกลับมาที่วิทยาลัยจะมีความล่าช้าในการช่วยเหลือนักศึกษา ในวิทยาลัยยังขาดการติดตามที่ต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยง การพบนักศึกษาที่ปรึกษาตามตารางทำได้น้อยอาจารย์มีภาระกิจมาก การพบออนไลน์ทำให้ขาดความใกล้ชิดระหว่างอาจารย์และนักศึกษา อาจารย์ไม่แน่ใจเรื่องภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับอาการ การคัดกรอง และการช่วยเหลือเบื้องต้น

- ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ คือ อยากให้มีการอบรมเพื่อทบทวนความรู้ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า การสื่อสาร การให้คำปรึกษานักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย จัดทำระบบและกลไก การพัฒนาสื่อความรู้ครอบคลุมต่อการใช้งาน การคัดกรองทุกภาค

การศึกษา และการจัดทำโครงการที่ต่อเนื่องยั่งยืนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการสนทนากลุ่ม ได้เสนอความคิดเห็น รวมทั้งสะท้อนปัญหา และความต้องการแก้ไข จากนั้นได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อกำหนดเป็นร่างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา ประกอบด้วย ขั้นตอน คือ 1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล 2) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าซ้ำด้วยอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3) แบ่งกลุ่มนักศึกษาตามระดับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 4) การทำกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลางโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) การจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการความวิตกกังวลของ Beck & Emery (1985) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า 5) กิจกรรมการเตรียมความพร้อมในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแก่นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง โดยการให้ความรู้โดยวิทยากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น คือ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช 6) การพัฒนาและเผยแพร่คู่มือการเรียนรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล 7) การพัฒนาระบบและกลไกการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล และการส่งต่อทั้งภายในและภายนอกสถาบัน 8) การพัฒนาช่องทางให้คำปรึกษาออนไลน์แบบไม่ระบุตัวตน การร่างรูปแบบครั้งนี้ มีการประชุมกลุ่ม ระดมสมองในการร่วมกันสร้างรูปแบบ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในสถาบัน โดยสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของกลุ่มในการร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผน การสรุปความเป็นไปได้ในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมตัดสินใจ และสรุปผลในการเลือกรูปแบบกิจกรรม วิธีการ และผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน รวมทั้งการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม สรุปผล การประชุมกลุ่ม การร่างรูปแบบ และนำเสนอร่างของรูปแบบ

โดยก่อนการดำเนินกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ดังตารางที่ 17



ตารางที่ 17 กิจกรรมในระยะเวลาการเตรียมก่อนการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

พยาบาล

การดำเนินกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผู้รับผิดชอบ
- เตรียมความพร้อมของทีมนักวิจัย ร่วมกันทบทวนความรู้และทักษะเรื่องการทำกลุ่ม ทบทวนเนื้อหา ด้านความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า ความเครียด ภาวะวิตกกังวล การส่งเสริมมีความมีคุณค่าในตนเอง และแรงบันดาลใจทางสังคม การทำความเข้าใจเรื่องใบงานในแต่ละสัปดาห์ และฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลโดยทบทวนร่วมกันภายในสาขาวิชา	- เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมนักวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย	- ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย
- การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่จะดำเนินกิจกรรมโดยสโมสรนักศึกษา ชมรม และชั้นปี ในเรื่องหลักการที่ต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยอาจารย์พิเศษรายวิชาพลศึกษาในชั้นปีที่ 2	- เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินกิจกรรมองค์กรนักศึกษา	- งานกิจการนักศึกษา และทำนุบำรุง ศิลปวัฒนธรรม และ อาจารย์ประจำชั้น
- การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเครือข่ายเพื่อช่วยเพื่อน ได้แก่ สโมสรนักศึกษา คณะกรรมการชมรม และคณะกรรมการชั้นปี ในการพัฒนาเครือข่ายเพื่อช่วยเพื่อนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยได้มีการอบรมให้ความรู้กลุ่มที่เป็นแกนนำนักศึกษาในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ การสังเกตอาการและพฤติกรรมของเพื่อนที่อาจเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า การให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับเพื่อน การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อนที่มีภาวะซึมเศร้า การรักษาความลับ การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในเพื่อนและการช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อนที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ช่องทางการส่งต่ออาจารย์ที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และได้มีการลงมือฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่เพื่อน โดย	- เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะเครือข่ายเพื่อช่วยเพื่อน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	- งานกิจการนักศึกษา และทำนุบำรุง ศิลปวัฒนธรรม และ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช

ตารางที่ 17 กิจกรรมในระยะเวลาการเตรียมก่อนการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

การดำเนินกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผู้รับผิดชอบ
การอบรมใช้วิทยากร คือ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต		
- การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาออนไลน์แบบไม่ระบุตัวตน โดยการเตรียมช่องทางในการให้คำปรึกษาโดยมีการสร้าง Line Official Account ร่วมกับเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีและสารสนเทศ ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จากนั้นกำหนดแนวทางร่วมกันเกี่ยวกับการให้บริการ การรักษาความลับ การทำตารางปฏิบัติการให้คำปรึกษา รูปแบบการรายงาน หลังจากนั้นมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องของความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งาน และทดลองใช้งานก่อนให้คำปรึกษาจริง	- เพื่อเตรียมความพร้อมด้านช่องทางการให้คำปรึกษาออนไลน์ แนวทางการให้บริการ	- อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
- การเบิกวัสดุและอุปกรณ์จากงานกิจการนักศึกษาและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและการเตรียมสถานที่ในการทำกิจกรรมร่วมกับงานอาคารสถานที่	- เพื่อเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่	- ผู้วิจัย
- พัฒนาสื่อความรู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาร่วมกันระหว่างอาจารย์ในสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและอาจารย์งานสุขภาพ ได้แก่ คู่มือความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า	- เพื่อพัฒนาสื่อคู่มือการเรียนรู้	- ผู้วิจัย อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ร่วมกับเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีและสารสนเทศของวิทยาลัย
- การการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยวิทยากรภายนอก	- เพื่อส่งเสริมความรู้ และทักษะแก่อาจารย์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	- ผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายสุขภาพด้านสุขภาพจิต คือ พยาบาลจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์

ตารางที่ 17 กิจกรรมในระยะเวลาการเตรียมก่อนการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

การดำเนินกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผู้รับผิดชอบ
		และอาจารย์สาขาวิชา การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช
- อาจารย์ที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาระบบและกลไกการป้องกันภาวะซึมเศร้า	- พัฒนาระบบและกลไกการป้องกันภาวะซึมเศร้า	- ผู้วิจัย - อาจารย์ที่ปรึกษา- อาจารย์งานสุขภาพ - อาจารย์สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช
- การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและการคัดกรองปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบสอบถามเหมือนที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 โดยผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์งานสุขภาพ - แบ่งกลุ่มนักศึกษาตามระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าออกเป็น 1) กลุ่มปกติที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (มีคะแนน PHQ-A มีคะแนน 0-4 คะแนน) 2) กลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ประเมินด้วยแบบประเมิน PHQ-A มีคะแนน 0-4 คะแนน) แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 3) กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ประเมินด้วยแบบประเมิน PHQ-A มีคะแนน 5-9 คะแนน 4) กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ประเมินด้วยแบบประเมิน PHQ-A มีคะแนน 10 คะแนนขึ้นไป และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ประเมินด้วยแบบประเมิน 8Q มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน (ประเมินซ้ำด้วยอาสาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)	- เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงนักศึกษาทุกชั้นปี - เพื่อแบ่งกลุ่มนักศึกษาตามระดับภาวะซึมเศร้า - เพื่อส่งต่อภายในผู้ที่เกี่ยวข้อง	- ผู้วิจัย - อาจารย์งานสุขภาพ

ตารางที่ 17 กิจกรรมในระยะเวลาการเตรียมก่อนการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

การดำเนินกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผู้รับผิดชอบ
5) กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไปด้วยแบบประเมิน PHQ -A มีคะแนน 10 คะแนนขึ้นไป และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ประเมินด้วยแบบประเมิน 8Q มีคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป (ประเมินซ้ำด้วยอาสาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)		

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง หมายถึง แผนการดำเนินงานที่มีโครงสร้างชัดเจนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความต้องการในการพัฒนาตามบริบทปัญหา โดยมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในการพัฒนา ได้แก่ ตัวแทนนักศึกษา ตัวแทนคณะกรรมการชั้นปี ตัวแทนสโมสรนักศึกษา อาจารย์ประจำชั้น ตัวแทนอาจารย์ที่ปรึกษา ตัวแทนอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และตัวแทนผู้บริหารวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการป้องกันคือ (1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการแบ่งกลุ่มตามระดับภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นของการใช้รูปแบบเพื่อให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมตามระดับภาวะซึมเศร้า (2) การทำกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยการทำกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมจับคู่ Buddy และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ Buddy เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน การติดตามอาการขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและติดตามอาการผ่านระบบออนไลน์ การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเมื่อมีภาวะซึมเศร้า โดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลมหาสารคาม การเผยแพร่ความรู้ผ่านคู่มือการเรียนรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล การให้ข้อมูลย้อนกลับจากอาจารย์ประจำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มขณะทำกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเพื่อปรับปรุงพัฒนาตนเอง การสะท้อนความรู้สึกตนเองในช่วงการทำกิจกรรม โดยสมาชิกกลุ่มและอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะการส่งต่อเมื่อมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไปร่วมกับมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย การดูแล รักษา เพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) โดยการเขียนบันทึกความรู้สึกประจำวัน การฝึกการตั้งเป้าหมายชีวิต การเขียนบันทึกความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน และการพูดและแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมกลุ่มย่อย และการจัดการความเครียด ของ Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการภาวะวิตกกังวล ของ Beck &

Emery (1985) โดยการฝึกบริหารตารางชีวิตประจำวัน การฝึกการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กิจกรรมสันทนาการ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การฝึกสติบำบัด (Mindfulness) การฝึกปรับมุมมองความคิดเชิงบวก การสะท้อนความรู้สึกละเอียดในกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในช่วงการทำกิจกรรม โดยสมาชิกกลุ่มและอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะการให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยไม่มีผลกระทบรุนแรงจากอาการและไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือมีเสี่ยงต่ำ รูปแบบการป้องกันใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ (3) การประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 12 และ 24 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความเครียด ภาวะวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจ

การประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย (1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational Support) (3) การสนับสนุนทางเครื่องมือ (Instrumental Support) (4) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ประกอบด้วย (1) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) (2) การมองเห็นคุณค่าในตน (Self-worth) (3) ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) การจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ประกอบด้วย (1) การบริหารเวลา (Time Management) (2) (การผ่อนคลาย (Relaxation techniques) (3) การคิดเชิงบวก (Cognitive Reframing) และการจัดการความวิตกกังวลของ Beck & Emery (1985) ประกอบด้วย (1) การเผชิญหน้าอย่างมีสติ (Mindfulness) (2) การฝึกการคิดในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน (Problem-Solving Skills) (3)การสนับสนุนจากกลุ่ม (Group Support) รายละเอียด ดังตารางที่ 18



ตารางที่ 18 การประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) การจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการความวิตกกังวลของ Beck & Emery (1985)

ทฤษฎี	การประยุกต์ทฤษฎีมาใช้	กิจกรรมการลดภาวะซึมเศร้า	วัตถุประสงค์
แรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981)	1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support)	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น - กิจกรรมจับคู่ Buddy และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ Buddy - เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน - การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน - การติดตามอาการขณะที่ร่วมกิจกรรมกลุ่มและติดตามอาการผ่านระบบออนไลน์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว - เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง - การระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
	2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational Support)	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเมื่อมีภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การจัดการความเครียดและภาวะวิตกกังวลโดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลมหาสารคาม - การเผยแพร่ความรู้ผ่านคู่มือการเรียนรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล - การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน 	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
	3. การสนับสนุนทางเครื่องมือ (Instrumental Support)	<ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการแบ่งกลุ่มตามระดับภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นของการใช้รูปแบบเพื่อให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมตามระดับภาวะซึมเศร้า - การให้ข้อมูลย้อนกลับจากอาจารย์ประจำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มขณะทำกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเพื่อปรับปรุงพัฒนาตนเอง - การส่งต่อเมื่อมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไปร่วมกับมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสม

ตารางที่ 18 การประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) การจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการความวิตกกังวลของ Beck & Emery (1985) (ต่อ)

ทฤษฎี	การประยุกต์ทฤษฎีมาใช้	กิจกรรมการลดภาวะซึมเศร้า	วัตถุประสงค์
แรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981)		ตายสูงเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย การดูแลรักษา เพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช	
	4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support)	- การสะท้อนความรู้สึกตนเองในกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชั่วโมงการทำกิจกรรม โดยสมาชิกกลุ่มและอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะ	- ช่วยให้นักศึกษารู้จักคุณค่าและจุดแข็งของตนเอง
ความมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965)	1. การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)	- การเขียนบันทึกความรู้สึกประจำวัน	- พัฒนาการยอมรับตนเองและความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง
	2. การมองเห็นคุณค่าในตน (Self-worth)	- การฝึกการตั้งเป้าหมายชีวิต - การเขียนบันทึกความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน	- ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง
	3. ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence)	- กิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	- เสริมสร้างความกล้าแสดงออกและความภาคภูมิใจในตนเอง
การจัดการความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)	1. การบริหารเวลา (Time Management)	- การฝึกบริหารตารางชีวิตประจำวัน	- ลดความเครียดจากภาระงานและเวลา
	2. การผ่อนคลาย (Relaxation techniques)	- การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ - การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ - การฝึกสติบำบัด (Mindfulness) - กิจกรรมสันตนาการ	- คลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ

ตารางที่ 18 การประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) การจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการความวิตกกังวลของ Beck & Emery (1985) (ต่อ)

ทฤษฎี	การประยุกต์ทฤษฎีมาใช้	กิจกรรมการลดภาวะซึมเศร้า	วัตถุประสงค์
ความมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965)	3. การคิดเชิงบวก (Cognitive Reframing)	- การฝึกปรับมุมมองความคิดเชิงบวก	- ลดความเครียดจากความคิดลบ
การจัดการภาวะวิตกกังวล (Beck & Emery, 1985)	1. การเผชิญหน้าอย่างมีสติ (Mindfulness)	- การฝึกสติบำบัด (Mindfulness)	- ลดความวิตกกังวลจากความคิดที่ฟุ้งซ่าน
	2. การฝึกการคิดในการแก้ไขปัญหอย่างเป็นขั้นตอน (Problem-Solving Skills)	- การฝึกการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน	- ลดความกังวลด้วยการเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์
	3. การสนับสนุนจากกลุ่ม (Group Support)	- กิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น - การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน - เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน	- ลดความวิตกกังวลด้วยความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ประเมินด้วยแบบประเมิน PHQ-A มีคะแนน 5-9 คะแนน และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ประเมินด้วยแบบประเมิน PHQ-A มีคะแนน 10-14 และไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายต่ำ ประเมินด้วยแบบประเมิน 8Q มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน)

คำชี้แจง

- ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ในการดำเนินกิจกรรม
- จะมีการประเมินภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24
- ดำเนินกิจกรรมทุกวันพุธ ใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง โดยเริ่มที่เวลา 13.30-15.00น. เป็นเวลา 8 สัปดาห์

4. ทุกครั้งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมให้ท่านปฏิบัติภารกิจส่วนตัวให้เรียบร้อยก่อนทำกิจกรรม ปิดโทรศัพท์มือถือหรือตั้งระบบสั่นเพื่อป้องกันการรบกวนขณะทำกิจกรรม
5. ทุกครั้งที่เข้าทำกิจกรรมให้ท่านใส่เป็นชุดที่ใส่สบาย สะดวกต่อการทำกิจกรรม
6. เรื่องราวที่อยู่ภายในกลุ่มต้องไม่นำไปเปิดเผยนอกกลุ่ม
7. สัปดาห์ที่ 1-8 ใช้กระบวนการกลุ่มในการทำกิจกรรม โดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มดูแล กลุ่มละ 10 คน/อาจารย์ 1 คน หากขณะทำกิจกรรมท่านรู้สึกไม่สบายหรือมีปัญหาสามารถแจ้งกับ อาจารย์ประจำกลุ่มเพื่อช่วยดูแล สัปดาห์ที่ 9-12 จะใช้รูปแบบออนไลน์แบบรายเดี่ยว ซึ่งท่านต้องแจ้ง ช่องทางที่ติดต่อได้กับอาจารย์ที่ดูแลเพื่อติดตามการทำกิจกรรมด้วยตนเองของท่านและให้การดูแล ท่านจนเสร็จสิ้นกิจกรรม
8. ช่วงที่มีการทำกิจกรรมท่านยังต้องพบอาจารย์ที่ปรึกษาตามตาราง
9. หากท่านไม่สามารถเข้ากลุ่มกิจกรรมในบางสัปดาห์ที่ 1-8 ได้ โปรดแจ้งล่วงหน้า แก่อาจารย์ประจำกลุ่มเพื่อวางแผนดูแลท่านหรือติดตามให้ท่านได้ทำกิจกรรมแบบรายเดียวกับท่าน
10. กิจกรรมนอกตารางท่านต้องทำกิจกรรมด้วยตนเอง และบันทึกการทำกิจกรรมด้วย ตนเอง เพื่อฝึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่จะมีอาจารย์ประจำกลุ่มช่วยตรวจสอบ
11. หากช่วงที่ดำเนินกิจกรรมท่านเกิดหรือต้องการความช่วยเหลือสามารถแจ้งได้ที่ อาจารย์ประจำกลุ่ม
12. ช่วงที่ดำเนินกิจกรรมหากท่านรู้สึกเศร้ามากจนเกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ท่านจำเป็นต้องแจ้งอาจารย์ประจำกลุ่มเพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าซ้ำ รวมทั้งผลกระทบจาก ภาวะซึมเศร้าเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่ออาจารย์สาขาวิชาการศึกษาจิตเวชและ สุขภาพจิตหรือจิตแพทย์เพื่อให้ท่านได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

แนวทางการป้องกันและการลดการตีตราในการทำกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า

งานวิจัยนี้มีการลดการตีตราจากการใช้รูปแบบโดยการเก็บรักษาความลับของนักศึกษา ที่มีภาวะซึมเศร้าในทุกขั้นตอนของการวิจัย การเปิดโอกาสในการเลือกการเข้าร่วมวิจัยและหากรู้สึก ถูกตีตราสามารถถอนตัวได้อย่างอิสระได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย การให้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าแก่นักศึกษาและอาจารย์ทั้งสถาบันว่าทุกคนมีโอกาสในการเกิดได้ ซึ่งไม่ได้เกิดจากความอ่อนแอ ไม่เข้มแข็งหรือขาดความอดทน การให้ความ เป็นส่วนตัวใจในการทำกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในห้องที่มีดซิด งดการถ่ายภาพระหว่างทำ กิจกรรม และการให้คำปรึกษาโดยไม่เปิดเผยตัวตน

กิจกรรมในระหว่างการดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อยถึงปานกลาง วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ทฤษฎีการจัดการ ความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และทฤษฎีการจัดการความวิตกกังวลของ Beck & Emery (1985) มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมแยกตามรายสัปดาห์ ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับ ผิดชอบ
1 (1.30 ชม.)	<p>กิจกรรมในตารางกลุ่มย่อย</p> <p>1.แนะนำผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ตกลงบริการ อธิบายรูปแบบกิจกรรม และประเมินความพร้อมก่อนทำกิจกรรม</p> <p>2. pre-test</p> <p>3. สันทนาการ</p> <p>4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเมื่อมีภาวะซึมเศร้า โดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลมหาสารคาม</p> <p>5. ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย (การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การฝึกสติบำบัด)</p> <p>6.แจ้งช่องทางการเรียนรู้ด้วยตนเอง และช่องทางการช่วยเหลือของวิทยาลัยและระบบสุขภาพ ได้แก่ คู่มือการเรียนรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน และการให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน</p> <p>7. จับ Buddy</p>	<p>- เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า</p> <p>- เพื่อประเมินก่อนการเริ่มกิจกรรม</p> <p>- เพื่อละลายพฤติกรรมและคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ</p> <p>- เพิ่มความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า</p> <p>- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจและลดความวิตกกังวลจากความคิดที่ฟุ้งซ่าน</p> <p>- เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเพื่อทราบช่องทางการช่วยเหลือของวิทยาลัยและระบบสุขภาพ</p> <p>- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม</p>	ผู้วิจัยและ ทีมวิจัย

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับ ผิดชอบ
1 (1.30 ชม.)	8. การสะท้อนความรู้สึกละตนเองใน กิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นใน ชั่วโมงการทำกิจกรรม โดยสมาชิก กลุ่มอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม และสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน เสนอแนะปรับปรุง	- เพื่อช่วยให้นักศึกษารู้จักคุณค่าและ จุดแข็งของตนเอง ประเมินผลการทำ กิจกรรมและสรุปความคิดรวบยอด ต่อกิจกรรม	
	<u>กิจกรรมนอกตาราง</u>		
	9. แชร์กับ Buddy	- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการ ระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	
	10. การเขียนบันทึกความรู้สึกละ ประจำวันและการเขียนบันทึก ความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน	- เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองและ ความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง ส่งเสริม ทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง	
	11. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วย ตนเอง	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจ	ชมรมกีฬา/ สโมสร นักศึกษา
	12. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อ สัปดาห์ (วันอาทิตย์ อังคาร พฤหัสบดี)	- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการ ระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	สาขาวิชาการ พยาบาลจิต เวชฯ
	13. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน	- เพื่อการระบายออกทางอารมณ์ที่ เหมาะสม	
	14. การให้คำปรึกษาออนไลน์โดย ไม่ระบุตัวตน		

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
2 (1.30 ชม.)	<p><u>กิจกรรมในตารางกลุ่มย่อย</u></p> <p>1. แจ้งวัตถุประสงค์</p> <p>2. สันทนาการ</p> <p>3. กิจกรรมวิเคราะห์ตัวเองถึงบุคลิกตนเอง ข้อดี ความสามารถพิเศษ ข้อควรปรับปรุง และแนวทางปรับปรุงแก้ไข แล้วนำเสนอที่ละคนแล้วแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สมาชิกสะท้อนข้อดีของเพื่อนและชื่นชมให้กำลังใจอย่างจริงใจ</p> <p>4. ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายต่อ (การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การฝึกสติบำบัด)</p> <p>5. การจัดการอาการทางกายเมื่อมีอารมณ์เศร้า</p> <p>6. การสะท้อนความรู้สึกตนเองในกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในชั่วโมงการทำกิจกรรม โดยสมาชิกกลุ่มอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และสรุปการเรียนรู้ร่วมกันเสนอแนะปรับปรุง</p> <p>7. ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายต่อ (การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การฝึกสติบำบัด)</p>	<p>- เพื่อละลายพฤติกรรมและคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ</p> <p>- เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองและความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง</p> <p>- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจและลดความวิตกกังวลจากความคิดที่ฟุ้งซ่าน</p> <p>- เพื่อส่งเสริมการจัดการอารมณ์เศร้าด้วยตนเอง</p> <p>- เพื่อช่วยให้นักศึกษารู้จักคุณค่าและจุดแข็งของตนเอง ประเมินผลการทำกิจกรรมและสรุปความคิดรวบยอดต่อกิจกรรม</p> <p>- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ</p>	<p>ผู้วิจัยและทีมวิจัย</p>

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
2 (1.30 ชม.)	<p><u>กิจกรรมนอกตาราง</u></p> <p>8. แชร์กับ Buddy</p> <p>9. การเขียนบันทึกความรู้สึกประจำวันและการเขียนบันทึกความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน</p> <p>10. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยตนเอง</p> <p>11. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันอาทิตย์ อังคาร พฤหัสบดี)</p> <p>12. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน</p> <p>13. การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน</p>	<p>- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม</p> <p>- เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองและความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง</p> <p>- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจและลดความวิตกกังวลจากความคิดที่ฟุ้งซ่าน</p> <p>- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ</p> <p>- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม</p> <p>- เพื่อการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม</p>	<p>ชมรมกีฬา/สโมสรนักศึกษา</p> <p>ศึกษา</p> <p>สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชฯ</p>
3 (1.30ชม.)	<p><u>กิจกรรมในตารางกลุ่มย่อย</u></p> <p>1. แจ้งวัตถุประสงค์</p> <p>2. สันทนาการ</p>	<p>- สันทนาการเพื่อละลายพฤติกรรมและคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ</p>	<p>ผู้วิจัยและทีมวิจัย</p>

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
3 (1.30 ชม.)	3. กิจกรรมการฝึกปรับมุมมอง ความคิดเชิงบวกโดยอาจารย์ ประจำกลุ่มยกสถานการณ์ปัญหา แล้วให้สมาชิกกลุ่มสะท้อนว่าคิด อย่างไรต่อปัญหา เพราะอะไรจึงคิด แบบนั้น คิดแบบนั้นแล้วรู้สึกอย่าง นี้ ในสถานการณ์นี้คิดแบบอื่นได้ หรือไม่ จะปรับมุมมองความคิดให้ เป็นบวกได้อย่างไร	- เพื่อลดความเครียดจากความคิดลบ	
	4. ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายต่อ	- เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและ	
	5. การสะท้อนความรู้สึกตนเองใน กิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	นำไปทำกิจกรรมการผ่อนคลายด้วย ตนเองได้	
	ชั่วโมงการทำกิจกรรม โดยสมาชิก กลุ่มและอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะ	- เพื่อประเมินผลการทำกิจกรรมและ สรุปความคิดรวบยอดต่อกิจกรรม	
<u>กิจกรรมนอกตาราง</u>			
	6. แชร์กับ Buddy	- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการ ระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	
	7. การเขียนบันทึกความรู้สึก ประจำวันและการเขียนบันทึก ความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน	- เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองและ ความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง ส่งเสริม ทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง	
	8. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วย ตนเอง	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจและลดความวิตกกังวลจาก ความคิดที่ฟุ้งซ่าน	ชมรมกีฬา/ สโมสรนัก ศึกษา
		- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจ	

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
3 (1.30 ชม.)	9. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันอาทิตย์ อังคาร พฤหัสบดี) 10. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน 11. การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน	- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการ ระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม - เพื่อการระบายออกทางอารมณ์ที่ เหมาะสม	สาขาวิชาการ พยาบาลจิต เวชฯ
4 (1.30 ชม.)	1. แจ็งวัตถุประสงค์ 2. สันทนาการ 3. กิจกรรมการฝึกปรับมุมมอง ความคิดเชิงบวก (ต่อ) 4. การฝึกบริหารตาราง ชีวิตประจำวัน (ต่อ) 5. การสะท้อนความรู้สึกตนเองใน กิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชั่วโมงการทำกิจกรรม โดยสมาชิก กลุ่มและอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะ <u>กิจกรรมนอกตาราง</u> 6. แชร์กับ Buddy 7. การเขียนบันทึกความรู้สึก ประจำวันและการเขียนบันทึก ความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจ - เพื่อลดความกังวลด้วยการเพิ่ม ความสามารถในการควบคุม สถานการณ์ - เพื่อลดความเครียดจากภาระงาน และเวลา - เพื่อช่วยให้รู้จักคุณค่าและจุดแข็ง ของตนเอง	ผู้วิจัยและทีม วิจัย

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ	
4 (1.30 ชม.)	8. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยตนเอง	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจและลดความวิตกกังวลจากความเครียดที่ฟุ้งซ่าน	ชมรมกีฬา/ สโมสรนักศึกษา	
	9. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันอาทิตย์ อังคาร พฤหัสบดี)	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ		
	10. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน	- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชฯ	
	13. การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน	- เพื่อการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม		
5 (1.30ชม.)	1. แจ่งวัตถุประสงค์	- คลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ	ผู้วิจัยและทีมวิจัย	
	2. สันทนาการ			
	3. กิจกรรมการฝึกปรับมุมมองความคิดเชิงบวก (ต่อ)			
	4. การฝึกบริหารตารางชีวิตประจำวัน (ต่อ)			
	5. สะท้อนความรู้สึกและสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน			
	<u>กิจกรรมนอกตาราง</u>			
	6. แชร์กับ Buddy	- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม		
	7. การเขียนบันทึกความรู้สึกประจำวันและการเขียนบันทึกความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน	- เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองและ ความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง		
8. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยตนเอง	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจและลดความวิตกกังวลจากความเครียดที่ฟุ้งซ่าน			

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
5 (1.30ชม.)	9. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันอาทิตย์ อังคาร พฤหัสบดี) 10. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน 11. การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ - เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม - เพื่อการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	ชมรมกีฬา/ สโมสรนักศึกษา ศึกษา สาขาวิชาการ พยาบาลจิต เวชฯ
6 (1.30ชม.)	1. แจ่งวัตถุประสงค์ 2. สันทนาการ 3. การตั้งเป้าหมายชีวิต การวางแผนเพื่อไปสู่เป้าหมาย ปัญหาอุปสรรคที่อาจขัดขวางเป้าหมาย การวางแผนการแก้ไขปัญหา และแหล่งสนับสนุนที่มี 4. สะท้อนความรู้สึกและสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน	- สันทนาการเพื่อละลายพฤติกรรม - เพื่อส่งเสริมตั้งเป้าหมายในชีวิตและมีการวางแผนชีวิต - เพื่อประเมินผลการทำกิจกรรมและสรุปความคิดรวบยอดต่อกิจกรรม	ผู้วิจัยและทีม วิจัย
<u>กิจกรรมนอกตาราง</u>			
	5. แชร์กับ Buddy 6. การเขียนบันทึกความรู้สึกประจำวันและการเขียนบันทึกความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน 7. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยตนเอง	- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม - เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองและ ความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง - เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจและลดความวิตกกังวลจากความคิดที่ฟุ้งซ่าน	

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
6 (1.30ชม.)	8. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันอาทิตย์ อังคาร พฤหัสบดี) 12. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน 9. การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ ระบุตัวตน	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจ - เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการ ระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม - เพื่อการระบายออกทางอารมณ์ที่ เหมาะสม	ชมรมกีฬา/ สโมสรนัก ศึกษา สาขาวิชาการ พยาบาลจิต เวชฯ
7 (1.30ชม.)	1. แจ่งวัตถุประสงค์ 2. สันทนาการ 3. วิเคราะห์ตัวเองในด้านการ เปลี่ยนแปลงและสมาชิกกลุ่ม วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางบวก ที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นทั้งด้านความคิดและ พฤติกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน	- สันทนาการเพื่อความสนุกสนาน - เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ของตนเองและคนอื่น เกิดความ ภาคภูมิใจในตนเองและการสื่อสาร เพื่อให้กำลังใจผู้อื่น	ผู้วิจัย แลละ ทีมวิจัย
	<u>กิจกรรมนอกตาราง</u>		
	5. แชร์กับ Buddy 6. การเขียนบันทึกความรู้สึก ประจำวันและการเขียนบันทึก ความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน 7. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วย ตนเอง	- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการ ระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม - เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองและ ความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง ส่งเสริม ทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง - เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจและลดความวิตกกังวลจาก ความคิดที่ฟุ้งซ่าน	

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
7 (1.30ชม.)	8. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันอาทิตย์ อังคาร พฤหัสบดี) 9. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจ - เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการ ระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	ชมรมกีฬา/ สโมสรนัก ศึกษา สาขาวิชาการ
	10. การให้คำปรึกษาออนไลน์โดย ไม่ระบุตัวตน	- เพื่อการระบายออกทางอารมณ์ที่ เหมาะสม	พยาบาลจิต เวชฯ
8 (1.30ชม.)	<u>กิจกรรมในตารางกลุ่มย่อย</u> 1. แจ่งวัตถุประสงค์ 2. สันทนาการ 3. การร่วมกันทบทวนเนื้อหา ความรู้และทักษะจากการเข้ากลุ่ม	- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจ - เพื่อมีความคิดรวบยอดทั้งความรู้ และทักษะในการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าด้วยตนเอง	ผู้วิจัยและทีม วิจัย
	4. อาจารย์ประจำกลุ่มทบทวน ความรู้ทั้งหมด 5. การสะท้อนความรู้สึกตนเองใน กิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นใน ชั่วโมงการทำกิจกรรม โดยสมาชิก กลุ่มอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม และสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน เสนอแนะปรับปรุง	- เพื่อประเมินผลการทำกิจกรรมและ สรุปความคิดรวบยอดต่อกิจกรรม	
	6. อธิบายและนัดหมายการเรียนรู้ ในสัปดาห์ที่ 9-12 แบบออนไลน์ และการทำกิจกรรมด้วยตนเอง อย่างต่อเนื่อง	- เพื่อสร้างความเข้าใจต่อรูปแบบ กิจกรรม	

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

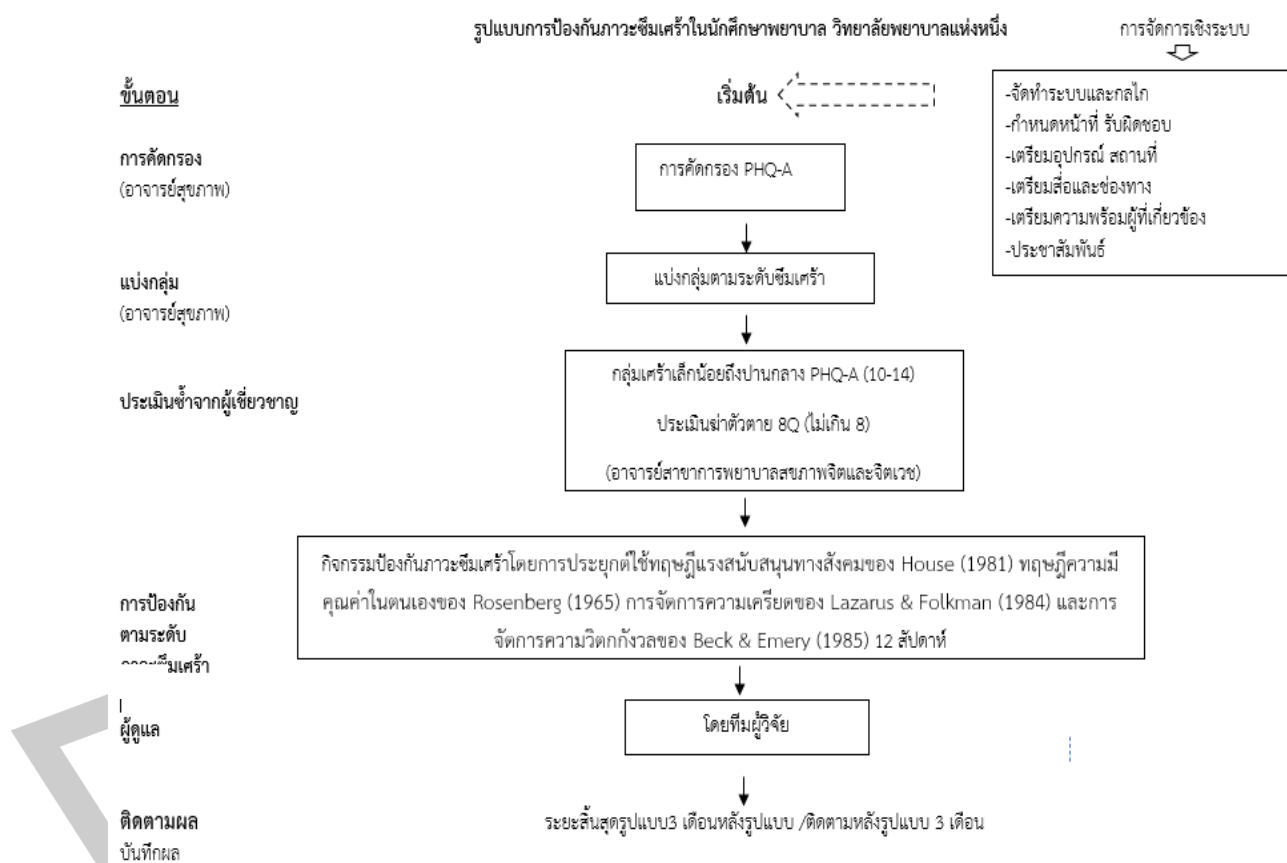
ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
8 (1.30ชม.)	<p><u>กิจกรรมนอกตาราง</u></p> <p>8. แשרกับ Buddy</p> <p>9. การเขียนบันทึกความรู้สึกประจำวันและการเขียนบันทึกความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน</p> <p>10. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยตนเอง</p> <p>11. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันอาทิตย์ อังคาร พฤหัสบดี)</p> <p>12. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน</p> <p>13. การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน</p>	<p>- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม</p> <p>- เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองและความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง</p> <p>- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจและลดความวิตกกังวลจากความคิดที่ฟุ้งซ่าน</p> <p>- เพื่อคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ</p> <p>- เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม</p> <p>- เพื่อการระบายออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม</p>	<p>ชมรมกีฬา / สโมสรนักศึกษา</p> <p>สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชฯ</p>
9-11 (45นาที-1 ชม.)	<p>1. แשרกับ Buddy</p> <p>2. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันอาทิตย์ อังคาร พฤหัสบดี)</p> <p>3. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยตนเอง</p> <p>4. บันทึกความดีประจำวัน (กิจกรรมนอกตารางบันทึกสิ่งที่ตนเองทำได้ดี ที่ทำให้ตนเองภูมิใจให้บันทึกในทุกวัน)</p>	<p>- เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดการแบ่งปัน</p> <p>- เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย</p> <p>- เพื่อให้ตระหนักในคุณค่าในตนเองอย่างต่อเนื่อง และมองเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเอง</p>	<p>ชมรมกีฬา / สโมสรนักศึกษา</p> <p>ผู้วิจัยและทีมวิจัย</p>

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซีมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
12 (1.30 ชม.)	5. พบอาจารย์ประจำกลุ่มแบบออนไลน์เพื่อติดตามอาการ และเล่าการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เกิดขึ้นในตนเอง อาจารย์ให้การเสริมแรง ปรีกษาตามสภาพปัญหาส่งบันทึกการเรียนรู้		
	1. ทักทาย 2. สันทนาการ 3. การร่วมกันทบทวนเนื้อหาความรู้และทักษะจากการเข้ากลุ่ม 4. ทบทวนพฤติกรรมเชิงบวกที่เกิดขึ้น ให้การเสริมแรงทางบวก แจ้งช่องทางในการช่วยเหลือหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 5. post-test	- สันทนาการเพื่อความสนุกสนาน - เพื่อมีความคิดรวบยอดทั้งความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะซีมเศร้าด้วยตนเอง - เพื่อประเมินผลการทำกิจกรรมและสรุปความคิดรวบยอดต่อกิจกรรม - เพื่อสร้างความเข้าใจต่อรูปแบบกิจกรรม - เพื่อประเมินภาวะซีมเศร้าหลังการทำกิจกรรม	ผู้วิจัยและทีมวิจัย
13-24	ระยะติดตามอาการ 1. การปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะซีมเศร้าด้วยตนเองในระยะติดตามผลโดยศึกษาจากคู่มือ 2. การพบอาจารย์ที่ปรึกษาตามตาราง โดยอาจารย์ที่ปรึกษาจะมีการติดตามอาการของภาวะซีมเศร้า 3. ติดตามอาการของนักศึกษาผ่านไลน์กลุ่ม	- เพื่อติดตามอาการและให้ความช่วยเหลือ - เพื่อให้สามารถลดอาการซีมเศร้าด้วยตนเองในระยะติดตามผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 3 เดือน	ผู้วิจัยและทีมวิจัย

ตารางที่ 17 กิจกรรมระยะการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ต่อ)

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
13-24	4. การขอรับคำปรึกษาออนไลน์ โดยไม่ระบุตัวตน 5. การขอรับความช่วยเหลือกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน 6. follow up-test	-เพื่อติดตามภาวะซึมเศร้าระยะ ติดตามผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 3 เดือน	



ภาพที่ 3 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

หมายเหตุ: หากขณะดำเนินกิจกรรมนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากยิ่งขึ้นจนส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมจะมีการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญในสถาบันและภายนอกเพื่อบำบัดรายเดียวแทนตามความรุนแรง

การตรวจสอบร่างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

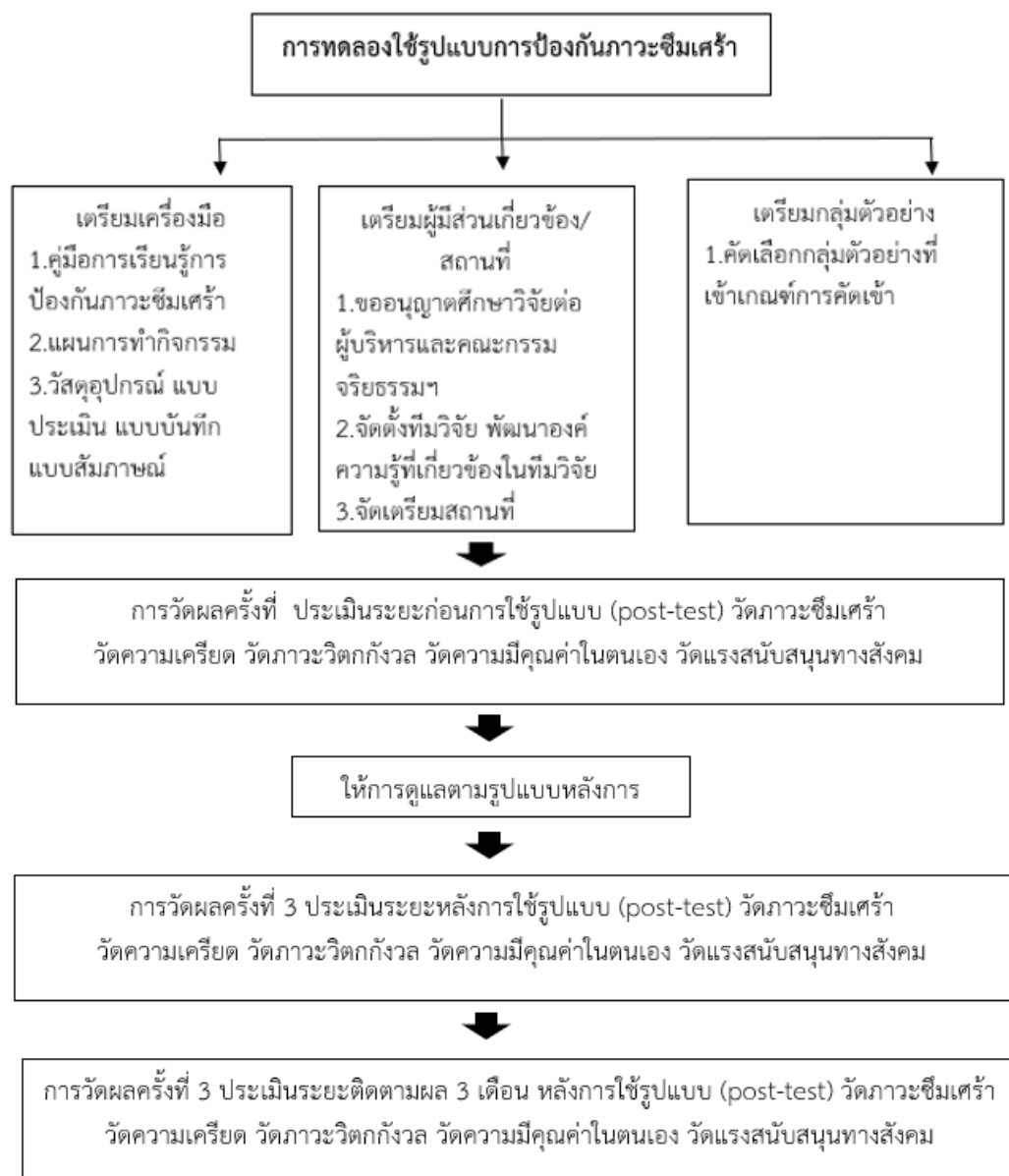
การพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งผู้วิจัยได้มีการร่างรูปแบบที่ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลในระยะ ที่ 1 ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน และอาจารย์พยาบาล 1 คน ตรวจสอบรูปแบบก่อนนำมาใช้ ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยใช้แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พบว่า (1) ความสอดคล้องกับทฤษฎี ($\bar{X} = 4.66$, $SD = .577$) (2) ความสมบูรณ์ถูกต้องและครบถ้วนของเนื้อหา ($\bar{X} = 4.33$, $SD = .577$) (3) ความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .000$) (4) การจัดลำดับการปฏิบัติที่เหมาะสมเข้าใจง่าย ($\bar{X} = 4.66$, $SD = .577$) (5) สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้จริง ($\bar{X} = 4.33$, $SD = .577$) (6) ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ (7) ความมั่นใจเมื่อจะต้องนำรูปแบบไปใช้จริง ($\bar{X} = 4.33$, $SD = .577$) จากนั้นปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะ

4.2.2 ชั้นปฏิบัติการ (Action)

1. ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผน มีการคืนข้อมูล เปิดโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อเลือกแผนงาน กิจกรรมที่ต้องดำเนินการจนปรับปรุง แผนตามแนวทางที่ได้รับข้อเสนอแนะในขั้นนี้ สนับสนุนการดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จนสามารถสร้างแผนงานป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปแผนการดำเนินงานและเตรียมการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ร่วมวิจัย เกี่ยวกับการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

3. การดำเนินงานตามแผนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการจัดทำระบบและกลไกการป้องกันภาวะซึมเศร้า การเตรียมความพร้อมผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ การเตรียมช่องทางในการบริการ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบ่งกลุ่มระดับภาวะซึมเศร้าเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม โดยรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้านี้มุ่งดำเนินกิจกรรมในนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะมีการประเมินผลในระยะก่อนการพัฒนาารูปแบบ ระยะหลังการพัฒนาารูปแบบ และระยะติดตามผล 3 เดือน รายละเอียดดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า

4.2.3 การสังเกตการณ์ (Observation)

ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน การศึกษาผลการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน (drop out จากการศึกษา 1 คน เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นจึงมีการส่งต่อภายในและภายนอกสถาบันให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม) นำเสนอผล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผลการใช้รูปแบบการการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 35 คน มีผลการศึกษามีรายละเอียดตารางที่ 17

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.82 อายุเฉลี่ย 20.67 ปี (SD = .780, min = 17, max = 23) ส่วนใหญ่เป็นชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 28.57 ค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนส่วนใหญ่ (เกรดเฉลี่ย: GPAX) เฉลี่ย 3.04 (SD = 0.471, min = 2.15, max = 3.41) ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 14,144.14 บาท (SD = 13.91, min = 5,000, max = 45,000) ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 77.14 ส่วนใหญ่เงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 4,555.12 บาท (SD = 924.19, min = 2,000, max = 9,000) ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 71.43 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.58 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพ ดี ร้อยละ 88.50 ทั้งหมดไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ร้อยละ 100.00 และทั้งหมดออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 35)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	5.71
หญิง	33	94.29
อายุเฉลี่ย (ปี) (mean = 19.74, min = 17, max = 23, SD = .780)		
ระดับชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	10	28.57
ชั้นปีที่ 2	10	28.57
ชั้นปีที่ 3	8	22.86
ชั้นปีที่ 4	7	20.00
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ย: GPAX) (mean = 3.04, SD = 0.471, min = 2.15, max = 3.41)		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท) (mean = 14,144.14, SD = 13.91, min = 5,000, max = 45,000)		
เพียงพอ	27	77.14
ไม่เพียงพอ	8	22.86
เงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน (บาท) (mean = 3,555.12, SD = 924.19, min = 2,000, max = 9,000)		
ความเพียงพอเงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน (บาท)		
เพียงพอ	25	71.43
ไม่เพียงพอ	10	28.57

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 35) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
สมรส	24	68.58
แยกกันอยู่	4	11.42
หย่าร้าง	2	5.72
บิดาหรือมารดาถึงแก่กรรม	5	14.28
บิดาและมารดาถึงแก่กรรม	0	0.00
ภาวะสุขภาพ		
ดี	33	94.29
มีปัญหาสุขภาพ	2	5.71
ญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า		
ไม่มี	35	100.00
มี	0.00	0.00
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที	0	0.00
ไม่ออกกำลังกาย/ ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละน้อยกว่า 30 นาที	35	100.00
ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล		
รักในวิชาชีพ อยากเรียนด้วยตนเอง	5	14.29
รู้สึกเฉยๆ ต่อวิชาชีพพยาบาล/ ไม่ชอบมาเรียนด้วยความจำเป็นบางประการ	30	85.71
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับครอบครัว		
ดี	6	17.14
ไม่ดี/ห่างเหิน	29	82.86
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับเพื่อน		
ดี	14	40.00
ไม่ดี/ห่างเหิน	21	60.00
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับอาจารย์		
ดี	13	37.14
ไม่ดี/ห่างเหิน	22	62.86

**ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน**

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยทดสอบ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากการวัดเพื่อทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ (Compound Symmetry) หรือไม่จาก Mauchly's Test of Sphericity พบว่ามีเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ ($p = .081$) ดังนั้นการทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าจึงเลือกใช้การประมาณค่าแบบ Sphericity Assumed และพบว่าการวัดทั้ง 3 ระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, =4.94, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =6.22, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =1.29, $p < .001$)

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 35$) ในระยะก่อน
ทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA

ตัวแปร	Mean difference	S.E	p-value	95% CI		
				Lower	Upper	
การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า						
ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	4.94	.33	<.001**	4.27	5.62
	ติดตามผล	6.22	.44	<.001**	5.34	7.12
หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา	-4.94	.33	<.001**	-5.62	-4.27
	ติดตามผล	1.29	.49	.014*	0.28	2.29
ติดตามผล	ก่อนพัฒนา	-6.22	.44	<.001**	-7.12	-5.34
	หลังพัฒนา	-1.29	.49	.014*	-2.29	-0.28

* $p < .05$, ** $p < .01$

ความเครียด

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (Repeated Measures ANOVA) โดยทดสอบ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากการวัดเพื่อทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ (Compound Symmetry) หรือไม่จาก Mauchly's Test of Sphericity พบว่ามีเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ ($p = .29$) ดังนั้นการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียด จึงเลือกใช้การ

ประมาณค่าแบบ Sphericity Assumed และพบว่าการวัดทั้ง 3 ระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, =4.57, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =8.03, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =-3.46, $p = .017$)

ภาวะวิตกกังวล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (Repeated Measure ANOVA) โดยทดสอบ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากการวัดเพื่อทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Compound Symmetry) หรือไม่จาก Mauchly's Test of Sphericity พบว่ามีเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ ($p = .74$) ดังนั้นการทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะวิตกกังวลจึงเลือกใช้การประมาณค่าแบบ Sphericity Assumed และพบว่าการวัดความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, =2.03, $p = .002$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลระยะติดตามผลไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลองระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Mean Difference =1.57, $p = .068$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Mean Difference =0.46, $p = .392$)

ความมีคุณค่าในตนเอง

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (Repeated Measures ANOVA) โดยทดสอบ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากการวัดเพื่อทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Compound Symmetry) หรือไม่จาก Mauchly's Test of Sphericity พบว่ามีเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ ($p = .46$) ดังนั้นการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความมีคุณค่าในตนเองจึงเลือกใช้การประมาณค่าแบบ Sphericity Assumed และพบว่าการวัดความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ระยะก่อนการทดลองแตกต่างจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, =-2.43, $p < .001$) และโดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =1.06, $p = 0.79$) และโดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =1.37, $p = .021$)

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (Repeated Measures ANOVA) โดยทดสอบ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากการวัดเพื่อทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ (Compound Symmetry) หรือไม่จาก Mauchly's Test of Sphericity พบว่ามีเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนเป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ ($p = .678$) ดังนั้นการทดสอบความแตกต่างของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จึงเลือกใช้การประมาณค่าแบบ Sphericity Assumed และพบว่าการวัดความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยพบว่าค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมระยะก่อนการทดลองแตกต่างจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, $=-3.49$, $p < .001$) และโดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระยะก่อนการทดลองแตกต่างจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference $=-4.43$, $p = .003$) และโดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมระยะหลังการทดลองแตกต่างจากระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference $= .94$, $p = .525$)

ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 35$) ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA

ตัวแปร	Mean difference	S.E	p-value	95% CI		
				Lower	Upper	
การเปรียบเทียบความเครียด						
ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	4.57*	1.15	<.001*	2.23	6.91
	ติดตามผล	8.03*	1.46	<.001*	5.05	11.00
หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา	-4.57*	1.15	<.001*	-6.91	-2.23
	ติดตามผล	3.46*	1.38	.017*	0.66	6.26
ติดตามผล	ก่อนพัฒนา	-8.03*	1.46	<.001*	-11.00	-5.05
	หลังพัฒนา	-3.46*	1.38	.017*	-6.26	-0.66
การเปรียบเทียบภาวะวิตกกังวล						
ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	2.03*	.59	.002*	0.82	3.23
	ติดตามผล	1.57	.83	.068	-0.12	3.26
หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา	-2.03*	.59	.002*	-3.23	-0.82
	ติดตามผล	-.46	.53	.392	-1.53	0.61
ติดตามผล	ก่อนพัฒนา	-1.57	.83	.068	-3.26	0.12
	หลังพัฒนา	.46	.53	.392	-0.614	1.53

ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=35) ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA (n=35)

ตัวแปร	Mean difference	S.E	p-value	95% CI	
				Lower	Upper
การเปรียบเทียบความมีคุณค่าในตนเอง					
ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	-2.43*	0.49	<.001*	-3.42 -1.44
	ติดตามผล	-1.06	0.58	.079	-2.24 0.13
หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา	2.43*	0.49	<.001*	1.44 3.42
	ติดตามผล	1.37*	0.57	.021*	0.22 2.52
ติดตามผล	ก่อนพัฒนา	1.06	0.58	.079	-0.13 2.24
	หลังพัฒนา	-1.37*	0.06	.021*	-2.52 -0.22
การเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคม					
ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	-3.49*	.69	<.001	-4.90 -2.08
	ติดตามผล	-4.43*	1.37	.003	-7.21 -1.64
หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา	3.49*	0.69	<.001	2.08 4.90
	ติดตามผล	-0.94	1.47	.525	-3.93 2.04
ติดตามผล	ก่อนพัฒนา	4.43*	1.37	.003	1.64 7.21
	หลังพัฒนา	0.94	1.47	.525	-2.04 3.93

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.3.6 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

1) ผลของรูปแบบต่อการลดอาการซึมเศร้า

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อสะท้อนรูปแบบ สรุปรูปแบบอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างในระยะสิ้นสุดกิจกรรมและติดตามผล 3 เดือน พบว่าในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หลังเข้าร่วมการวิจัยเสร็จสิ้นลงพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าดี สามารถตอบเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ การเกิดภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองเมื่อมีอาการซึมเศร้า มีทัศนคติเชิงบวกต่อการบำบัด ไม่รู้ถูกตีตราจากการรักษา มีมุมมองว่าภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาและป้องกันได้ การร่วมแลกเปลี่ยนกับคนอื่นทำให้มุมมองต่อตนเองเปลี่ยนในทางที่ดี แจ่มใสขึ้น อาการซึมเศร้าลดลง มีสมาธิในการเรียนเพิ่มขึ้น มีการใช้ทักษะการผ่อนคลายโดยการออกกำลังกาย การฝึกการหายใจ การทำสติบำบัดทำให้เกิดความผ่อนคลาย

คลายทั้งจิตใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้นอนหลับง่าย ความรู้สึกตึงเครียดลดลง กล้ามเนื้อออกมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว ในระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน พบว่า อารมณ์เศร้าลดลง นอนหลับได้สนิท มีสมาธิในการเรียนมากขึ้น ยังมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เป็นส่วนใหญ่ มีการนำทักษะการผ่อนคลายโดยการหายใจและสติบำบัดที่สามารถทำได้เองในทุกที่มีความรู้สึกตึงเครียดในการเรียนในบางครั้ง โดยเฉพาะช่วงฝึกปฏิบัติงาน เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อน และระบบให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน

โดยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก 4.66 (SD=0.57)

“คิดว่าเป็นกิจกรรมที่ดีมากๆ เวลาเข้ากลุ่มได้ฟังที่คนอื่นสะท้อน เขาก็มีปัญหาคล้ายๆกัน ทำให้รู้ว่าเราไม่ได้มีปัญหาคนเดียว...พอคิดแบบนี้แล้วก็ดีขึ้น” (GM-S-1)

“ช่วงแรกมีอีดีอັดบ้างเพราะไม่ชอบที่ต้องแสดงความคิดเห็น แต่ทุกคนก็เป็นกันเองมาก ไม่รู้สึกกดดันหรือเครียด...รู้สึกว่าหนูกล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น” (GM-S-3)

“ทำให้คิดได้ว่าเศร้าได้ก็รักษาให้หายได้ รักษาได้” (ID-S-4)

“ชอบมาออกกำลังกายกับเพื่อนๆ สนุกดีค่ะ คลายเครียดได้ดี...หลับง่าย” (ID-S-7)

“ได้มาคิดว่าใครๆ ก็เศร้าได้ ไม่เห็นต้องอาย เราเศร้าก็ไม่ใช่เราอ่อนแอ ไม่ใช่เราไม่อดทน” (ID-S-1)

“เข้ากลุ่มแล้วทำให้ได้ปรับมุมมองเกี่ยวกับตนเอง” (ID-S-6)

“รูปแบบกิจกรรมหลากหลาย ไม่น่าเบื่อ และได้ความรู้ ดีมากๆ” (ID-S-5)

“ได้สังเกตอารมณ์ตนเอง เข้าใจตนเองเพิ่มขึ้น” (ID-S-10)

“ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น อาจารย์เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นตลอดๆ แรกๆก็ไม่กล้า” (ID-S-8)

“ได้รับความรู้หลากหลายทั้งจากคุณหมอ นักจิตบำบัด พี่พยาบาล เข้าใจง่าย” (GM-S-4)

“เมื่ออารมณ์มันดีลงก็เริ่มรู้ว่าจะต้องจัดการกับมันอย่างไร” (GM-S-9)

“เมื่อก่อนมองว่าตนเองไม่มีค่า ตอนนี้อู้สึกว่าเราก็มีค่าเหมือนคนอื่นๆ แต่บางทีเราคิดลบกับตัวเอง” “การออกกำลังกาย การหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้รู้สึกผ่อนคลาย หลับง่าย” (ID-S-6)

“วิทยาลัยสนับสนุนทุกด้านทั้งอาจารย์ สถานที่ อุปกรณ์การทำกิจกรรม” (GM-S-3)

2) ผลของรูปแบบต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำภาวะซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมายสะท้อนว่าทำให้เกิดการทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิด การจัดการตนเองเมื่อมีอาการเศร้า และการป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า มีการให้ความรู้และช่องทางการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคู่มือที่สามารถเข้าไปศึกษาได้เอง ช่องทางที่หลากหลายในการช่วยทั้งจากเพื่อนและอาจารย์ การเรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดและภาวะวิตกกังวล ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมสามารถทำด้วยตนเองได้ ความรู้และทักษะทำให้เกิดความมั่นใจในการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองเพื่อไม่กลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน

“นานๆ เราได้มาทบทวนองค์ความรู้ร่วมกัน และเรียนรู้จากวิทยากรก็ทำให้เข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ทั้งอาการและการจัดการอารมณ์” (GM-T-10)

“เมื่ออารมณ์เริ่มดีเราจะหากิจกรรมทำ หรือพูดคุยกับครอบครัว ถ้าเมื่อก่อนคือนอนอย่างเดียวไม่ทำอะไร” (GM-S-10)

“รู้ว่าจะต้องผ่อนคลายตัวเองยังไง เมื่อก่อนจะกิน ตอนนี้มีใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ...ผ่อนคลายขึ้น ดีกว่ากินแล้วนอน” (GM-S-5)

“ได้มีการศึกษาข้อมูลความรู้ด้วยตัวเองเพิ่มขึ้นจากคู่มือป้องกันซึมเศร้า” (GM-T-2)

“การที่วิทยาลัยกระตุ้นให้เราทำกิจกรรมก็ทำให้ตระหนักในเรื่องการป้องกันไม่ให้ตัวเองเศร้า หรือถ้าเราเริ่มเศร้าก็สามารถจัดการตนเองและช่วยเหลือเพื่อนได้” (GM-S-2)

“เราก็ต้องรู้จักคัดกรองตนเองด้วย จะได้ป้องกันตนเองได้ ไม่กลับไปเศร้าอีก” (GM-S-6)

“วิทยากรที่มาบรรยายก็บรรยายดีมาก ปีต่อไปน่าจะมีการทบทวนความรู้อีก เราจะได้ทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง” (GM-T-5)

“Buddy ทำให้เรารู้สึกว่าเรามีคนเข้าใจใจอะไรคล้ายกัน ให้กำลังใจกัน” (GM-S-10)

3) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง

3.1 การสะท้อนผลการเรียนรู้และถอดบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่างพบว่าตนเองมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อลดภาวะซึมเศร้า มีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและเพื่อนสมาชิกในการทำกิจกรรม มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเพื่อน บรรยากาศในการทำกลุ่มมีความอบอุ่นและเป็นกันเอง ทำให้รู้สึกปลอดภัย กล้าแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะในการทำกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และมีส่วนร่วมในการลดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองเพราะกิจกรรมส่วนใหญ่ นอกเหนือชั่วโมงการทำกิจกรรม ต้องมีการกำกับตนเองในการทำกิจกรรม เช่น การจดบันทึก การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย และการศึกษาข้อมูลภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยการสะท้อนจากการถอดบทเรียน ดังนี้

“รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน ...ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว” (GM-S-1)

“ได้มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ...บรรยากาศในกลุ่มอบอุ่นเป็นกันเอง กล้าเล่าความรู้สึกสบายใจ ไม่อึดอัด” (GM-S-2)

“คิดว่าพวกเราทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยกัน” (GM-S-3)

“การทำกิจกรรมทำให้เรารู้สึกสนิทกับเพื่อนๆ ฟื้นฟูเพิ่มขึ้น มีความรับผิดชอบ” (GM-S-5)

“ได้ฝึกการสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างชั้นปีและในชั้นปี” (GM-S-5)

“รู้สึกภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและพัฒนาสถาบัน” (GM-S-6)

“การคัดกรองที่รวดเร็วทำให้จัดการกับปัญหาได้เร็ว” (GM-S-8)

“การทำกิจกรรมก็ทำให้ได้เรียนรู้เรื่องป้องกันซึมเศร้าไปด้วย” (GM-S-9)

3.2 การสะท้อนผลการเรียนรู้และถอดบทเรียนจากกลุ่มแกนนำพบว่าได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรกทั้งการให้ข้อมูลสภาพปัญหา การเลือกปัญหาการวางแผนดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมช่วยในการดำเนินกิจกรรมในบางกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย การเป็นเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือเพื่อนๆ ทำให้หลายชมรมได้มีบทบาทมาทำกิจกรรมตาม

วัตถุประสงค์ของชมรมร่วมกันของสมาชิก เช่น ชมรมกีฬา ชมรมจิตอาสา และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบ การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกัน การเรียนรู้จากการทำบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ การทำจิตอาสาเพื่อสังคม การฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร ทำให้รู้สึกมั่นใจในตนเองมากยิ่งขึ้น ภูมิที่ได้มีส่วนร่วมการพัฒนาสถาบัน โดยการสะท้อนจากการถอดบทเรียน ดังนี้

- “ดีใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการร่วมกิจกรรมตั้งแต่ต้น ที่อาจารย์มาสัมภาษณ์ปัญหา การวางแผน การเลือกกิจกรรม การทำกิจกรรม และประเมินกิจกรรม” (GM-S-4)
- “...ชมรมกีฬาและจิตอาสาได้ออกมาทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างสมาชิกเพิ่มขึ้น” (GM-S-1)
- “คิดว่าพวกเราทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยกัน” (GM-S-3)
- “การทำกิจกรรมทำให้เรารู้สึกสนิทกับเพื่อนๆ พี่น้องเพิ่มขึ้น มีความรับผิดชอบ” (GM-S-5)
- “ได้ฝึกการสื่อสารในการทำงานร่วมกันระหว่างชั้นปีและในชั้นปี” (GM-S-4)
- “รู้สึกภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและพัฒนาสถาบัน” (GM-S-6)
- “การคัดกรองที่รวดเร็วทำให้จัดการกับปัญหาได้เร็ว” (GM-S-7)
- “การทำกิจกรรมก็ทำให้ได้เรียนรู้เรื่องป้องกันซึมเศร้าไปด้วย” (GM-S-9)

3.3 การสะท้อนผลการเรียนรู้และถอดบทเรียนจากกลุ่มอาจารย์ที่เกี่ยวข้องพบว่าได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรกทั้งการให้ข้อมูลสภาพปัญหา การเลือกปัญหา การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ การวางแผนดำเนินกิจกรรม โดยเฉพาะขั้นตอนการวางแผนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น และสามารถช่วยนักศึกษาในการลดภาวะซึมเศร้า การมีส่วนร่วมทำให้เกิดแนวทางใหม่ๆ ที่หลากหลายในการช่วยเหลือนักศึกษา และการพัฒนางานเดิม เช่น การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน การพัฒนาคู่มือการเรียนรู้ พัฒนาระบบและกลไกการป้องกันภาวะซึมเศร้า การให้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ และการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนให้สามารถดูแลกันเองในหมู่นักศึกษา และเทคนิคการผ่อนคลายให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยการสะท้อนจากการถอดบทเรียน ดังนี้

- “ดีใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลนักศึกษา ซึ่งร่วมด้วยช่วยกันตั้งแต่เริ่มกิจกรรม”(GM-T-4)
- “...การที่เราช่วยกันมองปัญหาทำให้เห็นปัญหาได้ครอบคลุมและวางแผนแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด”(GM-T-1)
- “การมีการให้คำปรึกษาออนไลน์ ตอนแรกก็ไม่ว่าจะออกมาเป็นยังไง แต่พอเรามาช่วยๆ กันดูและลองทำมันก็เป็นวิธีการแบบใหม่ที่ไม่เคยทำ มันดีที่เราสามารถให้คำปรึกษาได้โดยไม่ต้องเจอกัน เพราะบางคนก็ไม่ได้อยากมาพบเรา” (GM-T-3)
- “ได้ทั้งพัฒนางานใหม่และงานเดิมไปพร้อมๆ กัน มันเป็นการให้เขาได้ฝึกการดูแลเพื่อนๆ และการดูแลรับผิดชอบตนเอง” (GM-T-5)
- “การที่เรากำหนดหน้าที่ที่รับผิดชอบทำให้ทำงานได้เร็ว” (GM-T-4)
- “รู้สึกภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและพัฒนาสถาบัน” (GM-T-6)
- “การคัดกรองทำให้เราแบ่งกลุ่มนักศึกษาได้และให้การช่วยได้เหมาะสม” (GM-T-7)

ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นร่วมกันกับผู้เข้าร่วมการประชุม สรุปได้เป็นการค้นหาปัญหา ร่วมกัน การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน และการจัดการปัญหาร่วมกันในการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยใน ขั้นตอนการป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การจัดกลุ่มตามระดับ ภาวะซึมเศร้า การประเมินซ้ำด้วยผู้เชี่ยวชาญ การป้องกันภาวะซึมเศร้าตามระดับภาวะซึมเศร้า ตาม บทบาทผู้ที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อภายในและภายนอก การติดตามประเมินผลการดูแล และการสรุป รายงานผลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

การเรียนรู้ปัจจัยแห่งความสำเร็จภายหลังจากได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าที่ก่อให้เกิดความสำเร็จแล้วนั้น ผู้วิจัยให้ทุกคนการสะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ แต่ละคน ผ่านการแสดงความคิดเห็น โดยสามารถสรุปประเด็นได้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของของผู้ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้น คือวิเคราะห์ปัญหา กำหนดปัญหา จัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา เสนอแนะแนวทางในการวางแผนแก้ไข การแบ่ง หน้าที่รับผิดชอบ การดำเนินการจัดกิจกรรม การผลิตสื่อ การร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่าง ดำเนินกิจกรรม ทั้งนักศึกษา ชั้นปี ชมรม สโมสรนักศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์สุขภาพ อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต รวมทั้งนักศึกษากลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นผู้ ที่มีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรม การเสริมแรงทางบวก การลด ภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองสะท้อนผลการเรียนรู้ มีส่วนร่วมประเมินผลกิจกรรมและให้ข้อเสนอแนะใน การพัฒนา

2. การมีช่องทางที่หลากหลายในการช่วยเหลือนักศึกษา เช่น การให้คำปรึกษา ออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน และ

3. การส่งเสริมความรู้และทักษะที่ถูกต้อง เพียงพอ ทันสมัย คลอบคลุมในการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งคู่มือการเรียนรู้ถ่ายทอดในหลายช่องทางที่เข้าถึงได้ ง่าย และการถ่ายทอดจากผู้เชี่ยวชาญ เน้นการจัดการที่ปัจจัยเสี่ยงคือความเครียด ภาวะวิตกกังวล และการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองในนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า

4. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อปัญหาและตนเอง ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการ ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการมองปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่ว่ายากต่อการแก้ไขและมีความยุ่งยาก ซับซ้อนเป็นสิ่งที่มีความท้าทาย และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อตนเองจากไม่มี คุณค่าเป็นฉันทงที่ผ่านมาได้ฉันทงคนที่รักคอยช่วยเหลือเมื่อต้องการ การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อ ความรู้สึกดีตราจากการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่อย่ากรักษาว่าน่าอายดูอ่อนแอเป็นใครก็มีโอกาสเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้ เป็นได้ก็รักษาได้

5. การมีระบบและกลไก การมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจน ได้แก่ การคัดกรอง การแบ่งกลุ่มนักศึกษาตามภาวะซึมเศร้า การคัดกรองซ้ำโดยผู้เชี่ยวชาญ การ ป้องกันและให้การดูแลตามระดับภาวะซึมเศร้า การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพทั้งภายในและภายนอก สถาบัน และการติดตามประเมินผล

6. การมีเครือข่ายในการช่วยเหลือทั้งภายในทั้งอาจารย์และนักศึกษาที่เกี่ยวข้อง และภายนอกสถาบันทั้งสถาบันการศึกษาและเครือข่ายสถานพยาบาลด้านสุขภาพจิต

7. การได้รับการสนับสนุนที่ต่อเนื่องเพียงพอจากสถาบันการศึกษาด้านบุคลากร เวลา สิ่งสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ สัญญาณอินเทอร์เน็ต สื่อการเรียนรู้ และกำลังใจ รวมทั้งในรับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสุขภาพเกี่ยวกับการสนับสนุนวิทยากรบรรยาย

8. มีระบบการส่งต่ออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพทั้งภายในสถาบันคือส่งต่ออาจารย์ที่ปรึกษาดูแลร่วมกับอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และส่งต่อพบจิตแพทย์ กรณีภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและอาการทางกาย

จากนั้นผู้วิจัยได้ร่วมกันสรุปประเด็นปัจจัย แห่งความสำเร็จและถอดข้อความอักษร ออกมาได้เป็น PR₂A₂S₂ โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 22

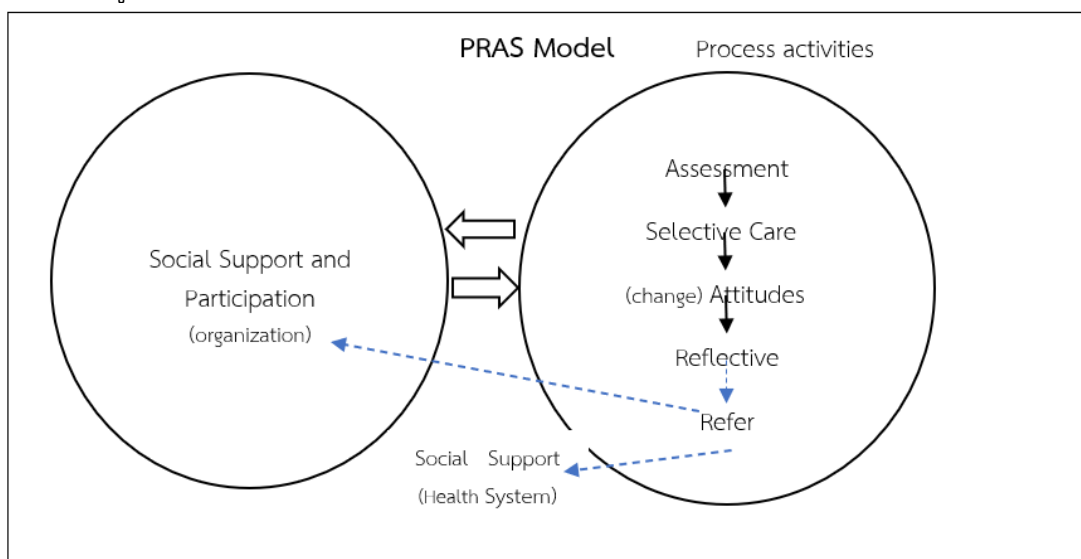
ตารางที่ 22 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อความอธิบาย
ด้านสิ่งสนับสนุน	
P (Participation)	- การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกกระบวนการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดปัญหา จัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา เสนอแนะแนวทางการวางแผนแก้ไข การดำเนินการจัดกิจกรรม การผลิตสื่อ การแก้ไขปัญหา การประเมินผลการเรียนรู้และให้ข้อเสนอแนะร่วมกัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการเรียนรู้ในกระบวนการกลุ่ม การเสริมแรงทางบวกซึ่งกันและกัน การดูแลและป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า การสะท้อนการเรียนรู้ในกลุ่มตัวอย่าง และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนา
S (Social Support)	- ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งในและนอกสถาบันในการดำเนินกิจกรรม แรงสนับสนุนทางสังคมในสถาบัน คือ อาจารย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อน สโมสรนักศึกษา ชมรม ชั้นปี และแรงสนับสนุนทางสังคมนอกสถาบัน คือ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช เข้ามาช่วยในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การใช้กระบวนการกลุ่มย่อย การจับคู่ Buddy เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตนโดยอาจารย์สาขาวิชาจิตเวช การพัฒนาและเผยแพร่ความรู้ผ่านคู่มือการเรียนรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล และการจัดอบรมให้ความรู้จากทีมวิทยากรจากเครือข่ายด้านสุขภาพจิตจากโรงพยาบาล

ตารางที่ 22 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (ต่อ)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อความอธิบาย
ด้านกระบวนการ	
R (Reflection and Refer)	<ul style="list-style-type: none"> - การเปิดโอกาสให้มีการสะท้อนความรู้สึก ความคิด สะท้อนการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายในระหว่างการดำเนินการ เกิดการทบทวนตนเอง ได้เข้าใจตนเองความคิดและความรู้สึกของตนเอง และการสะท้อนผลการปฏิบัติงานร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องด้านจุดแข็ง จุดอ่อน การประเมินผลลัพธ์และแนวทางการพัฒนา - การส่งต่ออย่างรวดเร็วให้การดูแลอย่างเหมาะสมกรณีที่ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชทั้งภายในและนอกสถาบัน
A (Assessment and Attitude)	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าการแบ่งกลุ่มตามระดับภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินการป้องกัน รวมทั้งดูแลได้ตรงกับสภาพปัญหาและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า - การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อปัญหาและตนเอง ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการมองปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่ว่ายากต่อการแก้ไขและมีความยุ่งยากซับซ้อนเป็นสิ่งที่มีความท้าทาย และกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะซึมเศร้ามีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อตนเองจากไม่มีคุณค่าให้รู้สึกมีคุณค่าปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อความรู้สึกดีตราจากการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นสิ่งที่น่าอาย อ่อนแอเป็นใครก็มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถ้าที่จะขอรับการช่วยเหลือและเข้าถึงกระบวนการรักษา
S (Selective Care)	<ul style="list-style-type: none"> - การเลือกให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีความเหมาะสมตามระดับของภาวะซึมเศร้าโดยเน้นการจัดการที่ปัจจัยเสี่ยงโดยตรงคือลดความเครียด ภาวะวิตกกังวล และเพิ่มปัจจัยส่งเสริมที่มีผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า คือ การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีผลโดยตรงในการป้องกันความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง



ภาพที่ 5 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ระยะที่ 2 ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง สรุปผลการศึกษาออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

- 5.1 สรุปผลการวิจัย
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

ระดับภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่คะแนนภาวะซึมเศร้า 0-4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.50 รองลงมา มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 5-9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 35.60 และน้อยที่สุดมีคะแนนภาวะซึมเศร้า 20 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 0.35

ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 95.28 และตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ตอบ ไม่ใช่ ร้อยละ 95.45

ระดับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียด 24-41 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 48.25 รองลงมาคะแนนความเครียด 42-61 คะแนน มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 35.66 และน้อยที่สุดมีคะแนนความเครียด 0-23 คะแนน มีความเครียดความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 4.20

ระดับภาวะวิตกกังวล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะวิตกกังวล 0-9 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย ร้อยละ 89.34 รองลงมาคะแนนภาวะวิตกกังวล 10-14 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 8.74 และน้อยที่สุดคะแนนภาวะวิตกกังวล 15-21 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลระดับสูง ร้อยละ 1.92

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 2.34-3.66 มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 67.13 รองลงมาคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 3.67-5.00 คะแนน มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 31.30 และน้อยที่สุดคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 1.00 2.33 คะแนน แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ร้อยละ 1.57

ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่คะแนนความมีคุณค่าในตนเอง คะแนนตั้งแต่ 20.92 คะแนนขึ้นไป ความมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.02 รองลงมาคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20.91 คะแนน ตั้งแต่ 20.92 คะแนนขึ้นไป ความมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.98

ระดับความแข็งแกร่งในชีวิต

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนความแข็งแกร่งคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 116.40 คะแนน ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.57 และน้อยที่สุดมีคะแนนความแข็งแกร่งเฉลี่ยตั้งแต่ 116.41 คะแนนขึ้นไป ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.43

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อควบคุมปัจจัยร่วม (Adjusted Odds Ratio: AOR)

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 12.16 เท่า (AOR = 12.156, 95%CI = 7.78-18.99, $p < .001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวลระดับเล็กน้อย 16.99 เท่า (AOR = 16.99, 95%CI = 2.16-133.62, $p = .007$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าค่าเฉลี่ย 2.05 เท่า (AOR = 2.05, 95%CI = 1.27-3.29, $p = .003$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางถึงสูง 2.16 เท่า (AOR=2.16, 95%CI = 1.19-42.15, $p = .031$)

5.1.2 สรุปผลการศึกษาระบวนการของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

การศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยนำเอาผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ในระยะที่ 1 มาประกอบการวางแผนการพัฒนารูปแบบการการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยใช้วงจร PAOR แบ่งการศึกษาออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้นสังเกตบันทึกผล ขั้นสะท้อนผล

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2) แบ่งกลุ่มนักศึกษาตามระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า 3) จัดกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับระดับภาวะซึมเศร้า โดยงานวิจัยนี้ได้มีการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) โดยการทำกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมจับคู่ Buddy และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ Buddy เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน การให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน การติดตามอาการขณะทำกิจกรรมกลุ่มและติดตามอาการผ่านระบบออนไลน์ การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเมื่อมีภาวะซึมเศร้า โดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลมหาสารคาม การเผยแพร่ความรู้ผ่านคู่มือการเรียนรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล การให้ข้อมูลย้อนกลับจากอาจารย์ประจำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มขณะทำกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเพื่อปรับปรุงพัฒนาตนเอง การสะท้อนความรู้สึกตนเองในชั่วโมงการทำกิจกรรม โดยสมาชิกกลุ่มและอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะการส่งต่อเมื่อมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไปร่วมกับมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย การดูแล รักษาเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช ทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ (Rosenberg, 1965) โดยการเขียนบันทึกความรู้สึกประจำวัน การฝึกการตั้งเป้าหมายชีวิต การเขียนบันทึกความดี/สิ่งที่ภาคภูมิใจประจำวัน และการพูดและแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมกลุ่มย่อย การจัดการความเครียด Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการภาวะวิตกกังวล Beck & Emery (1985) โดยเน้นการฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยวิธีการบริหารตารางชีวิตประจำวันการฝึกการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การฝึกสติบำบัด (Mindfulness) การฝึกปรับมุมมองความคิดเชิงบวก การสะท้อนความรู้สึกตนเองในกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในชั่วโมงการทำกิจกรรม โดยสมาชิกกลุ่มและอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะการให้คำปรึกษาออนไลน์โดยไม่ระบุตัวตน เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยไม่มีผลกระทบรุนแรงจากอาการและไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือมีเสี่ยงต่ำ รูปแบบการป้องกันใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ 3) การประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 12 และ 24 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความเครียด ภาวะวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจ 4) การติดตามอาการ การส่งต่อ และการรายงานผล มีการลดการตรึงตราในการทำกิจกรรมครอบคลุมตามรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต (2561)

ลักษณะประชากรพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 78.82 อายุเฉลี่ย 20.67 ปี (SD = .780, min = 17, max = 23) ส่วนใหญ่เป็นชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 28.57 ค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนส่วนใหญ่ (เกรดเฉลี่ย: GPAX) เฉลี่ย 3.04 (SD = 0.471, min = 2.15, max = 3.41) ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 14,144.14 บาท (SD = 13.91, min = 5,000, max =

45,000) ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 77.14 ส่วนใหญ่เงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 4,555.12 บาท (SD = 924.19, min = 2,000, max = 9,000) ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 71.43 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.58 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพ ดี ร้อยละ 88.50 ทั้งหมดไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ร้อยละ 100.00 และทั้งหมดออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 100.00

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อน ระยะเวลาหลัง และระยะติดตามผล 3 เดือน หลังพัฒนารูปแบบ

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, =4.94, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =6.22, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =1.29, $p < .001$)

5.2 การอภิปรายผล

อภิปรายผลผลการศึกษาในระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ผลการศึกษา พบว่า

ระดับภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน) ร้อยละ 46.50 สะท้อนให้เห็นว่าประมาณครึ่งหนึ่งของนักศึกษามีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่แสดงอาการที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 35.60 (5-9 คะแนน) ซึ่งเมื่อพิจารณาภาพรวมของนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเทียบกับจำนวนนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไปจะพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากกว่านักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 95.30 และตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ตอบ ไม่ใช่ ร้อยละ 95.50 ระบุว่าไม่มีความคิดในลักษณะดังกล่าว ซึ่งแม้ตัวเลขจะไม่สูงในเชิงสัดส่วน แต่การมีความคิดฆ่าตัวตายแม้เพียงเล็กน้อยก็ถือเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญของความเปราะบางทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งอยู่ในช่วงพัฒนาการที่มีความอ่อนไหวต่อแรงกดดันทางอารมณ์และบริบททางสังคม ในส่วนของประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิต ร้อยละ 4.50 เคยพยายามทำร้ายตนเอง เพื่อให้เสียชีวิต ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาประเด็นสุขภาพจิตในเชิงลึกภายในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลซึ่งแม้จะเป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพโดยตรงแต่ยังคงมีสัดส่วนของผู้ที่เคยมีประสบการณ์หรือแนวคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองในระดับที่ไม่อาจมองข้ามได้ข้อมูลทั้งสองส่วนเมื่อพิจารณาร่วมกันสะท้อนถึงข้อเท็จจริงที่ว่านักศึกษาแม้จะมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังเผชิญกับปัจจัย

เสียงทางจิตใจ อาทิ ความเครียดจากการเรียน ความกดดันจากการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ความไม่มั่นคงทางอารมณ์หรือแม้กระทั่งบริบททางครอบครัวและสังคมที่ส่งผลต่อทัศนคติในการใช้ชีวิตและการมองคุณค่าในตนเอง การมีนักศึกษาจำนวนหนึ่งที่แสดงความคิดหรือพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจึงควรได้รับการตอบสนองผ่านระบบการคัดกรองสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอรวมถึงการจัดบริการให้คำปรึกษาและการส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ที่เหมาะสมและไม่ตีตรา (non-stigmatizing approach) เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษากลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างมั่นใจ ปลอดภัย และต่อเนื่อง

ระดับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 48.25 (24-41 คะแนน) ซึ่งความเครียดในระดับปกติในชีวิตประจำวันที่พบได้ และบางครั้งก็มีประโยชน์ในการช่วยกระตุ้นให้เราพัฒนาตนเอง รองลงมา มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 35.66 (42-61 คะแนน) เครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 11.89 (62 คะแนนขึ้นไป) ซึ่งเมื่อพิจารณาภาพรวมแล้วพบว่านักศึกษามีความเครียดระดับสูงขึ้นไป ร้อยละ 47.55 แสดงให้เห็นว่าเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนนักศึกษาทั้งหมดกำลังเผชิญความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุหทัย โตสังวาล และทยาวิรุ จันทรวิวัฒน์ (2564) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.20 รองลงมาอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 34.40

ระดับภาวะวิตกกังวล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย ร้อยละ 89.34 (0-9 คะแนน) ซึ่งเป็นภาวะวิตกกังวลที่อยู่ในระดับปกติในชีวิตประจำวันที่พบได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmed et al. (2023) ที่พบว่านักศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแอสซุส และวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ประยุกต์ในแอลบานามีส่วนใหญ่มักมีภาวะวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยร้อยละ 61.1

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 2.34-3.66 มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 67.13 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลำเจียก กำธร โสภิตสุวรรณเวลา (2018) การสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 312, S.D. = 0.25)

ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่คะแนนความมีคุณค่าในตนเองตั้งแต่ 20.92 คะแนนขึ้นไป ความมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.02 ซึ่งอาจเกิดจากความมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมพบที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเมื่อพิจารณาจากตัวแปรด้านภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป (ร้อยละ 54.50) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีแพร เข็มวิชัย, เชษฐา แก้วพรม และสายฝน อินศรีชื่น (2567) ที่พบว่าความมีคุณค่าในตนเอง ในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73

ระดับความแข็งแกร่งในชีวิต

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนความแข็งแกร่งอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ร้อยละ 51.57 (คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 116.40) ซึ่งอาจเกิดจากความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมซึ่งจะพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเมื่อพิจารณาจากตัวแปรด้านภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป (ร้อยละ 54.50) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Naz et al. (2024) ที่ศึกษาระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรปริญญาตรีจากสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน 5 แห่งในเมืองลอสแอนเจลิส ประเทศปาเกิสถานที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 66.50 ± 14.7)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Adjusted Odds Ratio: AOR)

ระดับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 12.156 เท่า (AOR=12.156, 95%CI=7.782-18.990, $p < .001$) โดยนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาความเครียดสูงจากรูปแบบการเรียนที่มีความเข้มงวด มีภาระงานจากการเรียนสูง และความกดดันจากความแปรปรวนของอาการผู้ป่วยที่ดูแล เมื่อเกิดความเครียดเรื้อรังเป็นเวลานานจะมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Pulido-Criollo, Cueto-Escobedo, & Guillen-Ruiz, 2018) โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับที่สูงกว่านักศึกษาสาขาอื่นๆ (Black Thomas, 2020) ซึ่งสามารถอธิบายโดยกลไกการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายคือเมื่อเกิดความเครียด โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังหรือความเครียดที่รุนแรง ร่างกายจะหลั่งคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนความเครียดสูงซึ่งมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยความเครียดเรื้อรังจะเกิดการเสียสมดุลของระบบฮอร์โมนและระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (McEwen, 2008) อีกทั้งความเครียดมีผลต่อสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และอะมิกดาลา (amygdala) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ โดยการหลั่งคอร์ติซอลในระดับสูงจากความเครียดเรื้อรังทำให้เซลล์ประสาทในสมองถูกทำลายและการหลั่งสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (serotonin) ลดลง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน (Sapolsky, 2004) ซึ่งจากการศึกษาของนัยนา สุแพง, นันธินีย์ วัจนันท์, จีรวรรณ ชัยวิศิษฐ์ และมณฑิรา ชนะกาญจน์ (2564) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .419, p < .001$) และความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .163, p = .015; r = .321, p = .01$) ต่อนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของกมลนัฏ คล่องดี และสุรัชย์ เณียง (2564) ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ($r = .75, p = .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของกมลนัฏ คล่องดี และสุรัชย์ เณียง (2564) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล เช่นเดียวกัน ($r = .75, p = .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, นงนุช บุญมาลา, สุภาพัทธร์ หาญกล้า, อัญชลี อ้วนแก้ว และกัตติกา วัจนพันธ์ (2567) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ($r = .724, p < .001$) และการจากการศึกษาของกาญจนา สุทธิเนียมและอุบล สุทธิเนียม (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่

มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า นักศึกษาพยาบาล พบว่า ความเครียดมีอิทธิพลบวกทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 35.59

ระดับภาวะวิตกกังวล

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวลระดับเล็กน้อย 16.999 เท่า (AOR=16.999, 95%CI=2.163-133.622, $p=.007$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มักเกิดร่วมกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น เซโรโทนิน (serotonin) นอร์เอพิเนพริน (norepinephrine) และโดพามีน (dopamine) รวมถึงการทำงานของสมองส่วนอะมิกดาลา (amygdala) และพรีฟรอนทัลคอร์เทกซ์ (prefrontal cortex) (Nutt, 2008) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลมีแนวโน้มสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Kessler et al., 2003) การมีความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการดูแล อาจนำไปสู่ความสิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า และท้ายที่สุดอาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีทักษะการเผชิญปัญหาน้อย (Mineka, Watson, & Clark, 1998) จากการศึกษาของนัยนา สุแพง, นันธินีย์ วังนันท์, จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์ และมณฑิรา ชนะกาญจน์ (2564) พบว่าคุณค่าในตนเองด้านการมีความสำคัญของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.218, p = .001$) การศึกษาของนฤมล สมรรคเสวี และโสภณ แสงอ่อน (2558) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลกับภาวะวิตกกังวล ($r_s = .769, p < .001$) และการศึกษาของ Gu, Zhang & Li (2024) ได้ศึกษาผลกระทบของความนับถือตนเองต่ออาการซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทการเป็นสื่อกลางของความหวังและความวิตกกังวล พบว่าความวิตกกังวลเป็นสื่อกลางของความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง ภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.49, p < .001$)

ระดับความมีคุณค่าในตนเอง

กลุ่มตัวอย่างที่มีความมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าค่าเฉลี่ย 2.049 เท่า (AOR=2.049, 95%CI=1.274-3.296, $p=.003$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) เป็นการทำบุคคลประเมินตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจ กลัวการถูกปฏิเสธหรือตำหนิ ไม่พึงพอใจต่อตนเอง เก็บกด รู้สึกไร้ค่าและวิตกกังวลง่าย (Rosenberg, 1965) มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Ali, Suhail, & Ali, 2016) การศึกษาของสุหทัย โตสังวาล (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r(275) = -.707, p < .001$; $r(275)$) การศึกษาของนัยนา สุแพง, นันธินีย์ วังนันท์, จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์ และมณฑิรา ชนะกาญจน์ (2564) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การเรียนการสอนแบบออนไลน์ ของสถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองด้านการมีความสำคัญมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($-r = .218, p = .001$)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางถึงสูง 2.155 เท่า (AOR=2.155, 95%CI=1.197-42.154, $p=.031$) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เป็นเครือข่ายสังคม ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงเมื่อเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันจะสามารถขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง เช่น เพื่อนหรือคนในครอบครัว มีโอกาสได้รับบายความรู้สึกรู้สึกและได้รับการช่วยเหลือในการจัดการอารมณ์และปัญหา ช่วยให้ปรับตัวเผชิญปัญหา และความเครียดที่เกิดขึ้น มองเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยให้บุคคลลดความเครียดและภาวะวิตกกังวล (เบญจลักษณ์ จันทร์คำ, 2553) จากการศึกษาของ กมลนันธ์ คล่องดี และสุรัชย์ เจริญ (2564) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ($r = -.39, p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 63 และจากการศึกษา กาญจนา สุทธิเนียมและอุบล สุทธิเนียม (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาพบว่าการสนับสนุนมีอิทธิพลทางอ้อมในทางลบกับภาวะซึมเศร้าซึ่งหมายความว่านักศึกษาที่มีการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาของศศิกานต์ พรหมพิลา และคณะ (2566) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของศึกษาวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.542, p<.01$)

อภิปรายผลผลการศึกษาในระยะที่ 2 ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งเป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ใช้การศึกษา 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล (Reflect) ได้รูปแบบการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง คือ 1)การคัดกรองภาวะซึมเศร้า รวมทั้งคัดกรองซ้ำโดยผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยขึ้นไป 2)แบ่งกลุ่มนักศึกษาตามระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า 3)จัดกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางที่มีความเสี่ยงต่ำในการฆ่าตัวตาย กิจกรรมประกอบด้วย 12 สัปดาห์ กิจกรรมเน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองตามทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) การจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการภาวะวิตกกังวลตามแนวคิดของ Beck & Emery (1985) 3) การประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 12 และ 24 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความเครียด ภาวะวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง 1-8 สัปดาห์แรกใช้กระบวนการกลุ่ม 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 9-12 พบผู้บำบัดออนไลน์เพื่อติดตามการคงพฤติกรรมส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองและการลดความเครียด ภาวะวิตกกังวลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับใช้แนวคิดตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม 4)กลุ่มที่ภาวะซึมเศร้าปานกลางที่มีผลกระทบรุนแรงมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง เน้นการรักษา

เฉพาะทางรายบุคคลและ 5) การติดตามและการส่งต่อที่เหมาะสม โดยการศึกษาในครั้งนี้ในส่วนจากรูปแบบหลังการพัฒนาผู้วิจัยมุ่งดำเนินการในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางที่มีความเสี่ยงต่ำในการฆ่าตัวตาย

ผลลัพธ์การเข้าร่วมรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Mean Difference, =4.94, $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Mean Difference =6.22, $p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกับระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน ที่นัยระดับสำคัญทางสถิติ .05 (Mean Difference =1.29, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีผลในการลดภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีและผลของรูปแบบยังคงรับดับต่อเนื่องในระยะติดตามผล ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองตามทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) การจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) และการจัดการภาวะวิตกกังวลตามแนวคิดของ Beck & Emery (1985) มาออกแบบกิจกรรมที่เน้นลดที่ตัวปัจจัยเสี่ยงโดยตรงคือความเครียด ภาวะวิตกกังวล และเพิ่มปัจจัยปกป้องคือแรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจากการศึกษานักวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้า และยังมีผลต่อปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า คือ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ผลลัพธ์ของรูปแบบต่อความเครียดและภาวะวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, =4.57, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =8.03, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference =-3.46, $p = .017$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีผลในการลดคะแนนเฉลี่ยความเครียดลงทั้ง 3 ระยะ และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, =2.03, $p = .002$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลระยะติดตามผลไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลองระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Mean Difference =1.57, $p = .068$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Mean Difference =0.46, $p = .392$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีผลในการลดภาวะซึมเศร้าลงในระยะหลังการทดลองทันที แต่ผลของรูปแบบระยะติดตามผลพบว่าคะแนนภาวะวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ซึ่งในระยะยาวมีความจำเป็นที่ต้องมีการทำกิจกรรมเพื่อลดภาวะวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง

ผลในการลดความเครียดและภาวะวิตกกังวลนี้เกิดจากรูปแบบการวิจัยนี้มีการนำแนวคิดการจัดการความเครียดและความวิตกกังวล โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า โดยเทคนิคการผ่อนคลายหลากหลายรูปแบบ เช่น การหายใจลึกๆ สติบำบัด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการออกกำลังกาย มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous

System) จะมีการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Nervous System) ซึ่งควบคุมการทำงานของร่างกายในภาวะพักผ่อนและฟื้นฟู ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง คือ เพิ่มระดับเซโรโทนิน (Serotonin) ที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกผ่อนคลาย การนอนหลับ และความอยากอาหาร ซึ่งพบว่าในผู้ที่ภาวะซึมเศร้าระดับของเซโรโทนิน (Serotonin) มักต่ำลง เพิ่มระดับกาบา (GABA - Gamma-Aminobutyric Acid) ซึ่งกาบา (GABA) ทำหน้าที่ลดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางทำให้สงบ ลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด เพิ่มการหลั่งเอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) เป็นสารแห่งความสุขลดความเครียด ปรับสมดุลโดปามีน (Dopamine) ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกพึงพอใจ ลดระดับคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนความเครียด ถ้าหลั่งในปริมาณมากและเป็นเวลายาวนานจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสารสื่อประสาทและโครงสร้างสมองในระยะยาว จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำ (Gidron & Gendelman, 2019; Streeter, Gerbarg, Saper, Ciraulo & Brown, 2012; Millan et al., 2012) ซึ่งมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ Kvam (2016) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อการรักษาภาวะซึมเศร้า พบว่าการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพในระดับปานกลางถึงมาก ในการลดภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($g = -0.68$) ผลของการออกกำลังกายเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดทางจิตวิทยาหรือยาต้านอาการซึมเศร้าพบว่าให้ประสิทธิภาพในการรักษาไม่ต่างกัน ($g = -0.22$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดดา แนบเกษรและวรรณิ เดียววิศเรศ และ อารมณ์ ดินาน (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าและฮอร์โมนคอร์ติซอลในวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า 66 คน อายุ 15-17 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาโดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 5 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 50 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการออกกำลังกายมีผลในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐาน (SMD = -0.66 (95% CI - $0.90, -0.42$) ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Schuch et al., 2016) การศึกษาของ Haberland et al., (2022) พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอช่วยลดอาการซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) การศึกษาของ Alniaçik et al., (2021) พบว่าโปรแกรมการฝึกสติช่วยลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลางถึงสูง (Hedge's $g = 0.69$) (Alniaçik et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al., (2023) ซึ่งศึกษาโปรแกรมสติบำบัดช่วยลดอาการซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยแบบมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าได้อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .001 ($t = 2.87, p < .01$) และยังมีการศึกษาของ Randall et al. (2020) ที่ศึกษาการใช้สติบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นผลพบว่ามีค่าขนาดอิทธิพล Cohen's $d = 0.38$ (95% CI $0.26, 0.51$) ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง (Randall et al., 2020) และการศึกษาของ Ma et al. (2017) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกการหายใจกับการลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่ากลุ่มทดลองที่ฝึกการหายใจมีซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($F = 4.52, p < .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาการทดลองแตกต่างจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, $=-2.43$, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference $=1.06$, $p = 0.79$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะเวลาหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference $=1.37$, $p = .021$) ผลในการนี้ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองเกิดจากรูปแบบการวิจัยนี้มีการนำทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ของมาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผลในการที่จะช่วยให้บุคคลตระหนักในข้อดี จุดแข็งและความสามารถของตนเอง มีความเข้าใจตนเอง มีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าอย่างกว้างขวาง งานวิจัยหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความมีคุณค่าในตนเองกับอาการซึมเศร้า กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมักมีโอกาสดังกล่าวภาวะซึมเศร้าต่ำ และในทางกลับกัน ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ดังการศึกษาของ Gu, Zhang & Li (2024) ได้ศึกษาผลกระทบของความมีคุณค่าในตนเองต่ออาการซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทการเป็นสื่อกลางของความหวังและความวิตกกังวล พบว่าความวิตกกังวลเป็นสื่อกลางของความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง อีกทั้งความมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ($r = -0.64$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yiaiter & Hardee (2017) เกี่ยวกับโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าโดยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้ฝึกซ้อมนักกีฬาเทนนิสสำหรับนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าโดยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองสามารถลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ฝึกซ้อมนักกีฬาเทนนิสสำหรับนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยได้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 13.90$, $p < .05$) การศึกษาของ Blossom, Adrian & McCauley (2019) ที่ศึกษาการป้องกันภาวะซึมเศร้า: การทดลองการป้องกันนักเรียนโรงเรียนมัธยมโดยมีการนำแนวคิดการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง แบบมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตั้งแต่ปี 2003 ถึง 2008 ผู้เข้าร่วมทำการวัดผลใน 5 จุดเวลา การประเมินครั้งแรกเกิดขึ้นในช่วงต้นภาคเรียนที่สองของชั้นประถมศึกษาปีที่ 8 และการประเมินครั้งสุดท้ายเกิดขึ้นในช่วงปลายชั้นประถมศึกษาปีที่ 9 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนความมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ความมีคุณค่าในตนเองจะมีผลต่อการลดซึมเศร้าแล้วยังพบว่ามีการศึกษาของ Dat et al., (2022) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการนำความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการลดความคิดในการฆ่าตัวตายจากงานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสำหรับการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCT) จากการศึกษาทั้งหมด 12 รายการ พบว่ามีผลในการป้องกันการฆ่าตัวตาย [$g = -0.24$, 95% CI (-0.48, 0.00)] และการติดตามผล 3 เดือน [$g = -0.36$, 95% CI (-0.62, -0.11)] มีข้อเสนอแนะให้มีการนำแนวความคิดในการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองมาร่วมในการป้องกันในการฆ่าตัวตาย

ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมระยะก่อนการทดลองแตกต่างจากระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference, $=-3.49$, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระยะก่อนการทดลองแตกต่างจากระยะติดตามผลการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 (Mean Difference = -4.43, $p = .003$) ค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างจากระยะติดตามผลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Mean Difference = .94, $p = .525$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีผลในการลดภาวะซึมเศร้าลงตั้งแต่ระยะหลังการทดลองทันทีและผลของรูปแบบยังคงรับต่อกันเนื่องในระยะเวลาติดตามผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Coates and Boore (1995) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการมองคุณค่าตนเองของบุคคลสามารถเยียวยาและฟื้นฟูปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ซึ่งงานวิจัยนี้มีการใช้ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิจากเพื่อน รุ่นพี่รุ่นน้อง และระดับทุติยภูมิจากองค์กรนักศึกษา อาจารย์ที่เกี่ยวข้อง มามีส่วนในการดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ด้านความคิดเกี่ยวกับตนเอง มีการลงมือด้วยตนเองและปฏิบัติร่วมกับผู้อื่นเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาเชิงปริมาณของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในวัยเด็กและวัยรุ่นจากงานวิจัย 341 เรื่อง พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดความเครียด ช่วยในเรื่องการปรับตัวเผชิญความเครียดของ

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสามารถนำรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการพัฒนาในงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพระดับอุดมศึกษา รวมถึงการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถาบันการศึกษา เพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ

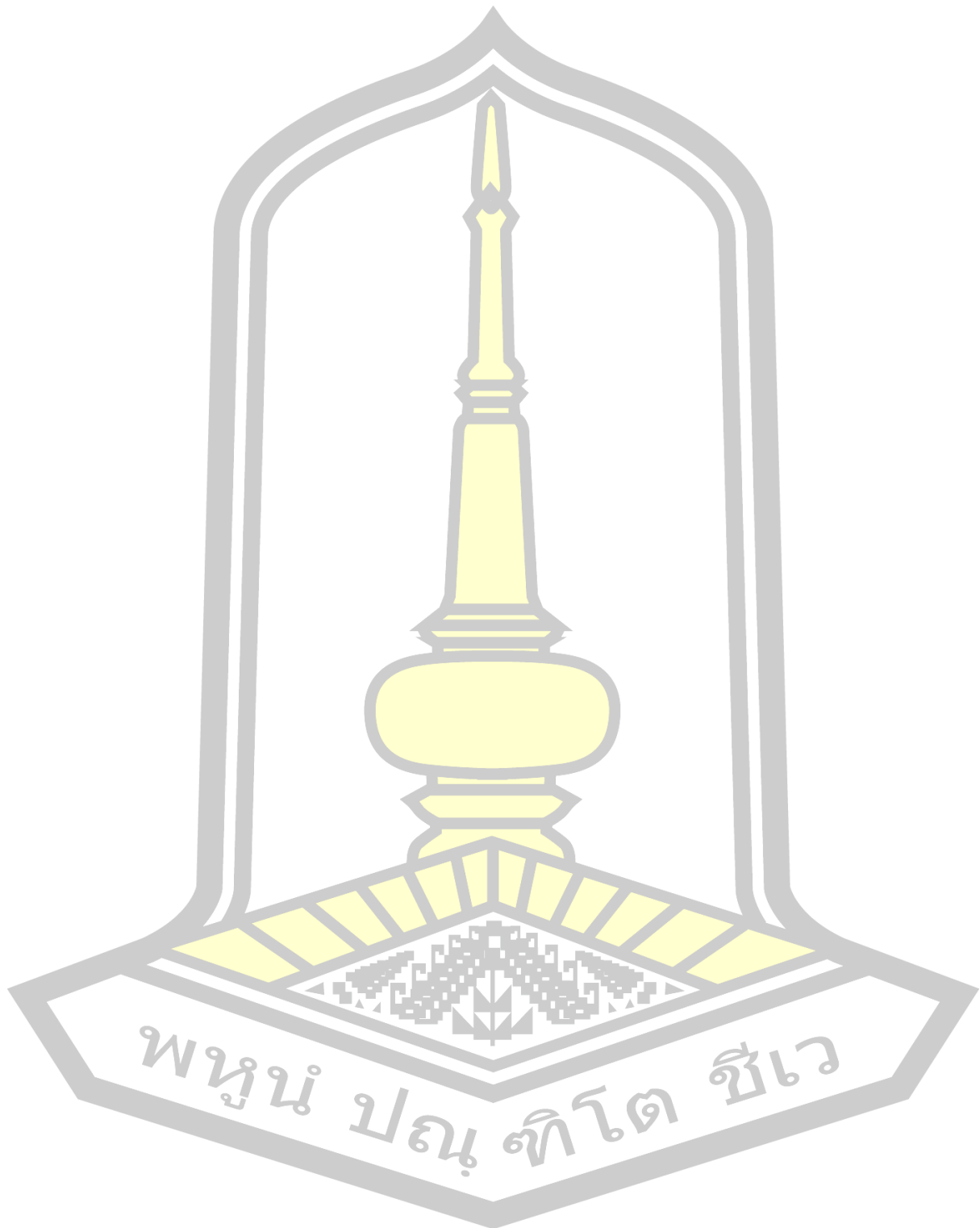
5.3.2 ข้อเสนอแนะด้านเชิงนโยบาย

สถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยควรจัดกิจกรรมที่มุ่งลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ความเครียดและภาวะวิตกกังวล และเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในระดับสถาบันเพื่อเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิต

5.3.3 ข้อเสนอแนะด้านการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมมากขึ้น ตลอดจนศึกษากับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งอื่น ๆ เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ควรเพิ่มระยะเวลาในการทดลองและระยะติดตามผล เช่น 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมกำบังภาวะซึมเศร้าในระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตายสูง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพกาย อารมณ์ และสังคม รวมถึงควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงหรือยังคงอยู่ในนักศึกษาพยาบาล

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน*. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้น 6 มกราคม 2566, จาก <https://dmh.go.th/report/suicide/>
- กรวิกา บวขุม, อรวรรณ หนูแก้ว, จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, ภัทรภรณ์ วรสินาร, เกณิกา จิรัชยาพร, วิลารวรรณ คริสต์รักษา. (2565). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 42(2), 98-109.
- กมลนัถ์ คล่องดี และสุรัชย์ เฉนียง. (2564). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 13(1), 148-157.
- งานสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. (2565). สถิติผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา ปีการศึกษา 2564
- งานสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. (2566). สถิติผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา ปีการศึกษา 2565
- งานสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. (2566). สถิติการเจ็บป่วยในนักศึกษาปีการศึกษา 2565
- งานสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. (2565). บทบาทหน้าที่ในการดูแลด้านสุขภาพจิตของ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- จิตติมา ปุณณะนิธิ. (2559). *จิตวิทยาการมองโลกในแง่ดีและความสุขของวัยทำงาน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จริยาวัตร คมพัยค์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 6(2), 96-106.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 26(2), 42-56.
- เฉลิมพล กำใจ และอรัญญานามวงศ์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเฟสบุ๊ค ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักศึกษาพยาบาลยุคเจนเอเรชั่นแซด. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(2), 36-46.
- ชมพูนุท กาบคำบา, เนตรชนก แก้วจันทา และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2565). พฤติกรรมทำร้ายตนเอง แบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 37(1), 146-160.

- ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง, ทิวา มหาพรหม, สุวัฒนา เกิดม่วง, และศักติกร สุวรรณเจริญ. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 82-90.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 1-12.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, และภาคินี เดชชัยยศ. (2562). การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 34(1), 87-99.
- ดวงดาว อุบลแย้ม, นุสราน นามเดช, และนงคาร รวงแดง. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(1), 76-93.
- ตฤณิลา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 1-11.
- ทินกร วงศ์ปการันต์ และณหทัย วงศ์ปการันต์. (2554). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก : การศึกษาในนักศึกษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์*, 36(1), 59-70.
- ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, มัญจวรรณ ลียุทธานนท์ และจริญญา แก้วสกุลทอง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 12-24.
- นฤมล สมรรถเสวี และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 11-27.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 19(38), 105-118.
- นัยนา สุแพง, นันธินีย์ วังนันท์, จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์, และมณฑิรา ชนะกาญจน์. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การเรียนการสอนแบบออนไลน์. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 11(2), 48-57.
- เบญจพร จุพัฒน์กุล. (2556). อิทธิพลของการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการฟื้นคืนได้ การรับรู้ การสนับสนุนจากองค์กร ต่อพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรโดยมีความสุขเชิงอัตวิสัยเป็นตัวแปรส่งผ่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร, คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ รัตน์ราช, สวลีย์ อักษรวงศ์, และวิริณธ์ กิตติพิชัย. (2559). การพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือ และการให้คำปรึกษานักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 17(1), 47-58.
- ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนที คล่องดี, และสุรัชย์ เณียง. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 104-116.

- ปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี. (2566). ผลการศึกษานำร่อง เรื่องการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- พัชรา รุ่งสันเทียะ. (2559). อิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน โดยมีกลวิธีในการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรสื่อ ของบุคลากรในกำกับของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขา จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน และทัศนีย์ ทวีคุณ. (2553). *การพัฒนาแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต*. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรภิมล เพ็ชรกุล และพัชรบูรณ์ ศรีวิชัย. (2563). ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีการความเครียดของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 51(1), 1-14.
- ไพศาล แย้มวงษ์. (2555). การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สาขา จิตวิทยาพัฒนาการและแนะแนว, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภาณุวัฒน์ กลับศรีอ่อน (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญปัญหา ฝ่าฟันอุปสรรค การมองโลกในแง่ดีกับความเครียดในการท างานของตัวแทนประกันชีวิต. งานวิจัยค้นคว้าอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานุช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เว็บสารสนเทศสุขภาพไทย. (2565). *รายงานการฆ่าตัวตาย*. สืบค้น 7 มกราคม 2566, จาก <https://www.hiso.or.th/visualizebod/>
- วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาตกุล. (2561). รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย. [Development of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)]. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง.
- วิรมณ กาสิวงค์ และสุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 23(44), 36-47.
- วิไลพร ขำวงษ์, สุดนึ่ง ปลั่งพงษ์พันธ์ และทานตะวัน แย้มบุญเรือง. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับสาเหตุของความเครียด และการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 78-87.

- วีระยท ชาติกาญจน์. (2553). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. *วิชาการวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 29(1), 1-7.
- ศญาดา ด่านไทยวัฒนา. (2565). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกับบทบาทอาจารย์. *วารสารวิทยาศาสตร์ สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา*, 1(2), 54-64.
- ศศิวิมล บุณณะเรข, มาลินี อยู่ใจเย็น และไขนภา แก้วจันทร์. (2565). ภาวะสุขภาพจิตและความ ต้องการบริการด้านสุขภาพจิตในสถานศึกษาของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(1), 137-148.
- สุหทัย โตสังวาล. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสาร สุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 58-73.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2566). คู่มือนักศึกษา ปีการศึกษา 2564 สถาบันพระบรมราชชนก. *สถาบันพระบรมราชชนก*. สืบค้น 5 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://pi.ac.th/news/977>
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2565). รายชื่อนักศึกษาสถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2565. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://pi.ac.th/news/977>
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *อาการ โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น*. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://camri.go.th/th/knowledge/article/ar2/ar2-52>.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า Clinical practice guideline for adolescents with depression. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิง.
- สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยไทย*. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://ipsr.mahidol.ac.th/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). *ซึมเศร้าในวัยเรียน สัญญาณเตือนก่อน สูญเสีย*. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://www.thaihealth.or.th/>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2554). *คู่มือสร้างเสริมสุขภาพจิต: การคิดบวก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สิริอร ข้อยุ่น, ภาสินี ไทอินทร์, และวิระกาญจน์ สุเมธานุรักษ์กุล. (2555). *ความคิดเห็นต่อระบบ อาจารย์ที่ปรึกษาของนักศึกษา พยาบาลและอาจารย์ที่ปรึกษาในวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี.
- สุรัชย์ เฉนียง, ปาริชาติ เมืองขวา และกมลนัธ์ คล่องดี. (2564). รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ตามความต้องการของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 13(2), 397-407.

- อายุพร กัยวิทย์โกศล, สุทธามาศ อนุธาดู และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 27-43.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2553). Everest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชนต้าการพิมพ์.
- อริชชาติ โรจนะหัสติน และจันทิมา อังคพณิชกิจ. (2564). สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัย ไทย. *วารสารเทคโนโลยีสุรนารี*. 15(1), 61-86.
- อัจฉรา คำมะหิทัย และกิตติพร เนาวส์สุวรรณ. (2565). อิทธิพลด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 14(2), 56-76.
- อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in human: critique and reformulation. *Journal of abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Ali, S. A., Suhail, N., & Ali, S A. (2016). Low self-esteem leads to depression among elderly: Case study of nursing home. *Journal of Universal Surgery*, 4(2), 145-155
- Beck, A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Bevan Jones R, et.al., (2020). A Digital Intervention for Adolescent Depression (MoodHwb): Mixed Methods Feasibility Evaluation. *JMIR Ment Health*. 7(7), 1-38.
- Black Thomas LM. (2022). Stress and depression in undergraduate students during the COVID-19 pandemic: Nursing students compared to undergraduate students in non-nursing majors. *J Prof Nurs*. 38(1), 89-96.

- Burton, W. N., Chen, C. Y., Conti, D. J., Schultz, A. B., & Edington, D. W. (2022). The impact of mindfulness training on student well-being and academic performance: A randomized controlled trial. *Journal of American College Health, 70*(2), 123–131.
- Brown, M. A. (1986). Social support, stress, and health: A comparison of expectant mothers and fathers. *Nursing Research, 35*(2), 72–76.
- Burnard, P., Rahim, H. T., Hayes, D., & Edwards, D. (2007). A descriptive study of Bruneian student nurses' perception of stress. *Nurse Education Today, 27*, 808–818.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231–243). Oxford University Press.
- Chernomas, W. M., & Shapiro, C. (2013). Stress, depression, and anxiety among undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 10*(1), 255–266.
- Chong, S. A., & Lim, C. G. (2021). Effectiveness of psychological first aid training for educators: A pilot study in Singapore nursing colleges. *Asian Journal of Psychiatry, 59*, 102623.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300–314.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. New York: Academic Press. StataCorp. 2003. STATA Reference Manual Release 10. Texas: Stata Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357.
- Coopersmith, S. (1981a). *The Antecedents of Self-Esteem* (2 ed.). California: Consulting Psychologists Press, Inc. .
- Cuijpers, P., Stringaris, A., & Wolpert, M. (2020). Treating depression with psychological therapies: What works and what doesn't? *World Psychiatry, 19*(2), 132–140.
- Diffley, J., & Duddle, M. (2022). Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today, 109*, 105231.
- Diaz-Godino J, Fernandez-Henriquez L, Pena-Pastor F, Alfaro-Flores P, Manrique-Borjas G & Mayta-Tovalino F. (2019). Lifestyles, Depression, Anxiety, and Stress as Risk Factors in Nursing Apprentices: A Logistic Regression Analysis of 1193 Students in Lima, Peru. *J Environ Public Health, 19*(1), 1-7.

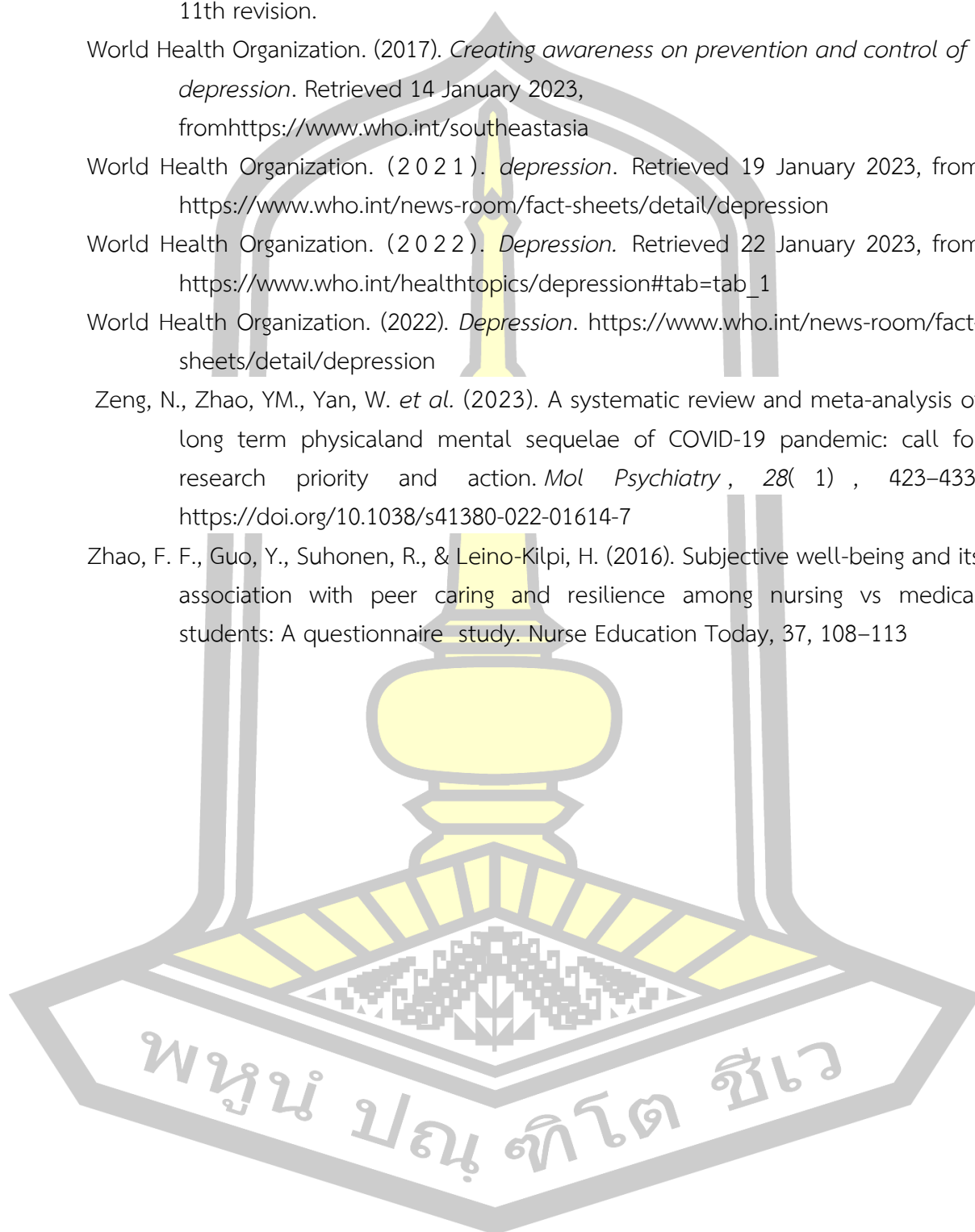
- Dessauvagie, A. S., Dang H., Nguyen, T., Groen, G., (2022). Mental Health of University Students in Southeastern Asia: A Systematic Review. *Asia Pac J Public Health*, 34(2-3), 172-181.
- Dieu, K. (2015). Prevention and intervention of depression in Asian-American adolescents. *Contemporary School Psychology*, 1(1), 1-11.
- Diaz-Godino. J., Fernandez-Henriquez. L., Pena-Pastor .F., Alfaro-Flores. P., Manrique-Borjas. G., & Mayta-Tovalino .T., (2019). Lifestyles, Depression, Anxiety, and Stress as Risk Factors in Nursing Apprentices: A Logistic Regression Analysis of 1193 Students in Lima, Peru. *Journal of Environmental and Public Health*, ges <https://doi.org/10.1155/2019/7395784>
- Duman, R. S., Aghajanian, G. K., Sanacora, G., & Zarate, C. A., Jr. (2020). The neurobiology of stress, depression, and rapid-acting antidepressants: Glutamate's central role. *Neuropharmacology*, 172, 107971.
- Grotberg, E. H. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. *Early Childhood Development: Practice and Reflections*, 8.
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2023). Resilience training in nursing education: Outcomes from the “Bounce Back” program. *Journal of Nursing Education*, 62(1), 25–31.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401–415. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.401>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Gause, H., Bennett, C., & Peters, L. (2024). Building resilience in undergraduate nursing students: A curriculum-based intervention. *Nurse Education in Practice*, 72, 103520.
- Gladstone, T. R., & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 212-221.

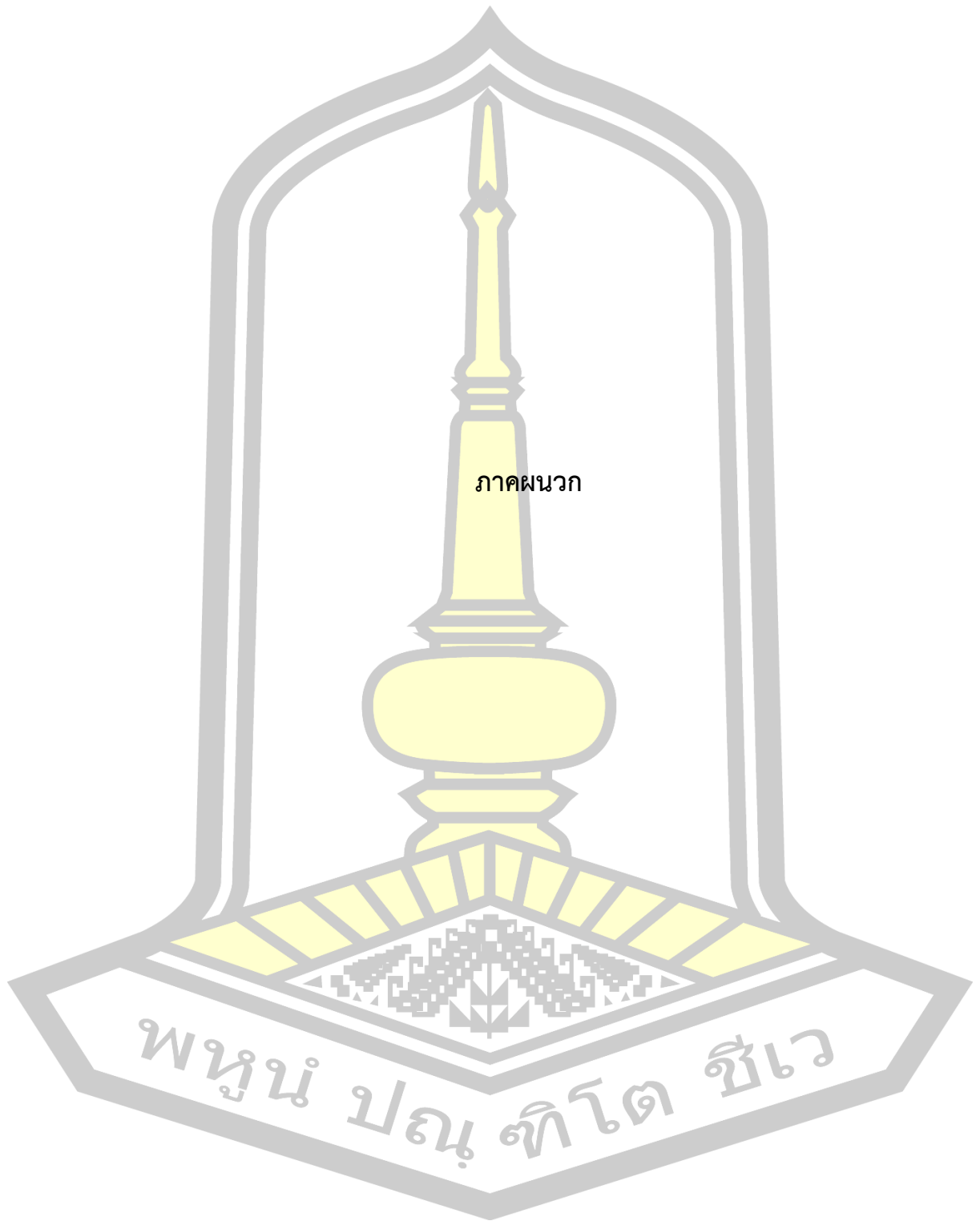
- Griffiths, K. M., Farrer, L., Gulliver, A., Chan, J., Batterham, P., Cateforis, A., & Bennett, K. (2013). Technology-based interventions for mental health in tertiary students: Systematic review.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2020). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 285–314.
- Gordon, R. S., Jr. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders: A research perspective* (pp. 20-26). National Academies Press.
- Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. Early Childhood Development: Practice and Reflections, v. 8.* The Hague-NO: Bernard Van Leer Foundation.
- Haroz, E. E., Lee, S. J., & Bolton, P. (2020). Culture and depression: A review of the literature. *Transcultural Psychiatry, 57*(1), 16–38.
- Helweg-Larsen, M., Sadeghian, P., & Webb, M. S. (2002). The stigma of being pessimistically biased. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*(1), 92–107
- Hong, Y., (2022). Relationships among nursing students' self-concept clarity, meaning in life, emotion regulation ability and depression: Testing a moderated mediation model. *Frontiers in Psychology, 13*(1). 1-9.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Reading, MA: Addison-Wesley.
- Janssen, J., & Van der Linden, T. (2023). Reflective dialogue and emotional resilience in nursing education: A qualitative case study. *Nurse Education Today, 119*, 105680.
- Joseph, M., & Devu, R. (2021). Effectiveness of problem-solving skills training on depression among nursing students. *Indian Journal of Mental Health Nursing, 13*(2), 87–92.
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2020). Emotion regulation in depression: Current status and future directions. *Affective Science, 1*(1), 1–16.
- Isac, C., & Abraham, A. (2016). Role of teachers in promoting student mental health: A psychological perspective. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry, 5*(1), 00189.
- Jylha, P., Melartin, T., Ryttsala, H., & Isometsa, E. (2009). Neuroticism, introversion, and major depressive disorder—traits, states, or scars? *Depression and Anxiety, 26*(4), 325–334. <https://doi.org/10.1002/da.20385>

- Kim, H. J., & Park, E. J. (2022). Effectiveness of time management training on stress reduction in Korean nursing students. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 521–528.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, S. H. (2017). Avoidance coping and depression in nursing students: A longitudinal analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2133–2143.
- Liu, Guo, Zhang & Gao. (2022). Influencing factors, prediction and prevention of depression in college students: A literature review. *World J Psychiatry*, 12(7), 1–22.
- Lopes, A. R., Nihei, O. K., (2021). Depression, anxiety and stress symptoms in Brazilian university students during the COVID-19 pandemic: Predictors and association with life satisfaction, psychological well-being and coping strategies. *PLoS ONE* 16(10), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258493>
- Mcdermott et al., (2020). Nursing students' resilience, depression, well-being, and academic distress: Testing a moderated mediation model. *J Adv Nurs*, 76(12): 3385–3397. <https://doi.org/10.1111/jan.14531>.
- National Health Service. (2022). *Depression*. Retrieved 10 January 2023, from <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/mental-health/depression>
- Nezu, A. M., D'Zurilla, T. J., Zwick, M. L., & Nezu, C. M. (2004). Problem-Solving Therapy for Adults. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 171–191). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10805-010>
- Osman, N., Rahman, R. A., & Yusof, N. (2024). Enhancing self-care and reducing depression through mindfulness practices in nursing students. *Nurse Education Today*, 121, 105745.
- Pilisuk. (1982). Delivery of Social Support : The Social Inoculation. *American Journal Orthopsychiatry*, 52 (1), 21-29.
- Pulido-Criollo, F., Cueto-Escobedo, J., & Guillén-Ruiz, G. (2018). Stress in Nursing University Students and Mental Health. *Health and Academic Achievement*. doi: 10.5772/intechopen.72993
- Quatraro, R. M., Lattanzi, D., & Martinelli, V. (2024). Mindfulness and compassion-based interventions in healthcare education: A meta-analysis. *Journal of Nursing Education and Practice*, 14(2), 10–21.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

- Ross, R., Wolf, L., Chiang-Hanisko, L., Tanaka, T., Takeo, K., Boonyanurak, P., & Saenyakul, P. (2014). Depression and Its Predictors among Nursing Students in Four Countries: USA, Thailand, Taiwan and Japan. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(3), 195-201.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping, and health: Assessment and Scheier implications of generalized.
- Shorey, S., Ng, E.D, & Wong, C.H.J. (2022), Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol, 61*, 287-305.
- Shyn, S, Hamilton S. P. (2010). The genetics of major depression: moving beyond the monoamine hypothesis. *Psychiatr Clin North Am, 33*(1) : 125-40. <https://doi:10.1016/j.psc.2009.10.004>. PMID: 20159343; PMCID: PMC2824618
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York, NY: William Heinemann.
- Stanley, I. Shyn, S. Hamilton. (2010). *The genetics of major depression: moving beyond the monoamine hypothesis*. Retrieved 10 January 2023, from <https://www.semanticscholar.org/paper/The-genetics-of-major-depression%3A-moving-beyond-the-Shyn-Hamilton/>
- Stephany, K. (2024). Caring pedagogy in nursing education: Strengthening professional identity and reducing emotional distress. *Journal of Holistic Nursing, 42*(1), 34–47.
- Stubin, S., Kwan, Y., & Ong, J. (2023). Educator-based support and student well-being in clinical education. *Nurse Educator, 48*(4), 201–208.
- Sutton, J. M. (2007). Prevention of depression in youth : a qualitative review and future suggestions. *Clin Psychol Rev, 27*(5):552-71. <https://doi:10.1016/j.cpr.2007.01.014>. Epub 2007 Feb 7. PMID: 17355898; PMCID: PMC1952210.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet, 379* (17), 1056-1067.
- Tung YJ, Lo KKH, Ho RCM, Tam WSW. (2018). Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse, 63*,(119-129) . <https://doi:10.1016/j.nedt.2018.01.009>. PMID: 29432998
- World Health Organization. (2016). *Preventing depression in the WHO European Region*. Retrieved 14 January 2023, from [WHO/Europe | Home](https://www.who.int/europe)

- World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases 11th revision.
- World Health Organization. (2017). *Creating awareness on prevention and control of depression*. Retrieved 14 January 2023, from <https://www.who.int/southeastasia>
- World Health Organization. (2021). *depression*. Retrieved 19 January 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2022). *Depression*. Retrieved 22 January 2023, from https://www.who.int/healthtopics/depression#tab=tab_1
- World Health Organization. (2022). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Zeng, N., Zhao, Y.M., Yan, W. *et al.* (2023). A systematic review and meta-analysis of long term physical and mental sequelae of COVID-19 pandemic: call for research priority and action. *Mol Psychiatry*, 28(1) , 423–433. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01614-7>
- Zhao, F. F., Guo, Y., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2016). Subjective well-being and its association with peer caring and resilience among nursing vs medical students: A questionnaire study. *Nurse Education Today*, 37, 108–113





ภาคผนวก

พหุ ประจักษ์ ชัยเว



ภาคผนวก ก

เอกสารคำชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พูนัน ปณู ทิโต สีเว

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ชุมชนบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม” ในการศึกษาการวิจัยระยะที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้นำไปสู่การวางแผนเพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มนักศึกษาในการป้องกันภาวะซึมเศร้าต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสอบถามในประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (PHQ-A)	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียด (ST-20)	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวล (GAD-7)	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษา	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิตร	จำนวน 28 ข้อ

ซึ่งจะใช้เวลาในการสอบถามประมาณ 30-40 นาที โดยผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามโดยผู้ช่วยวิจัยและจะขอสอบถามที่วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ขณะที่ท่านเสร็จสิ้นจากภารกิจด้านการเรียน

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผลการเรียนอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตหลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์ชุมชนบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 062-9295494

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี)

ผู้วิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ดุสิต บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม” ในการศึกษาการวิจัยระยะที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเชิงคุณภาพ ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลที่ได้นำไปสู่การวางแผนเพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามในระยะที่ 2 ของการวิจัย ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มนักศึกษาในการป้องกันภาวะซึมเศร้าต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มในประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์หรือแบบสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ข้อ

ซึ่งจะใช้เวลาในการสอบถามประมาณ 30-40 นาที โดยผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองและจะขอสอบถามที่วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ขณะที่ท่านเสร็จสิ้นจากภารกิจด้านการเรียน

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตหลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์ดุสิต บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 062-9295494

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี)

ผู้วิจัย

พญนุ ปรณ ทิโต ชิว

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ดุสิต บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม” ในการศึกษาการวิจัยระยะที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเชิงคุณภาพ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอาจไม่เกิดขึ้นกับท่านโดยตรง แต่จะเกิดประโยชน์แก่นักศึกษาของท่าน โดยทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลที่ได้นำไปสู่การวางแผนเพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามในระยะที่ 2 ของการวิจัย ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มนักศึกษา และสถาบันของท่านในการป้องกันภาวะซึมเศร้าต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มในประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์หรือแบบสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ข้อ

ซึ่งจะใช้เวลาในการสอบถามประมาณ 30-40 นาที โดยผู้ช่วยวิจัยเก็บสัมภาษณ์หรือนำสนทนากลุ่ม โดยจะขอดำเนินการที่วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ขณะที่ท่านเสร็จสิ้นจากภารกิจในการทำงาน

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตหลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์ดุสิต บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 062-9295494

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี)

ผู้วิจัย



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย

พหุบัณฑิตศึกษา



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 044-492/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of depression prevention model in nursing students Srimahasarakham Nursing College.

ผู้วิจัย : นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 31 มกราคม 2567

วันหมดอายุ : 30 มกราคม 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์วรพจน์ พรหมสัถยพรต)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 044-492/2024

Title : Development of depression prevention model in nursing students Srimahasarakham Nursing College.

Principal Investigator : Miss. Pransasi Laoratsri

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : Mueang District, Maha Sarakham Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 31 January 2024

expire : 30 January 2025

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

.....
(Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot)
Vice Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



IRB SNC ๐๕/๒๕๖๗

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ขอรับรองว่า

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

หัวหน้าโครงการ นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี

หน่วยงานต้นสังกัด วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม บนพื้นฐานของหลักจริยธรรมการวิจัยสากล

วันที่รับรอง ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

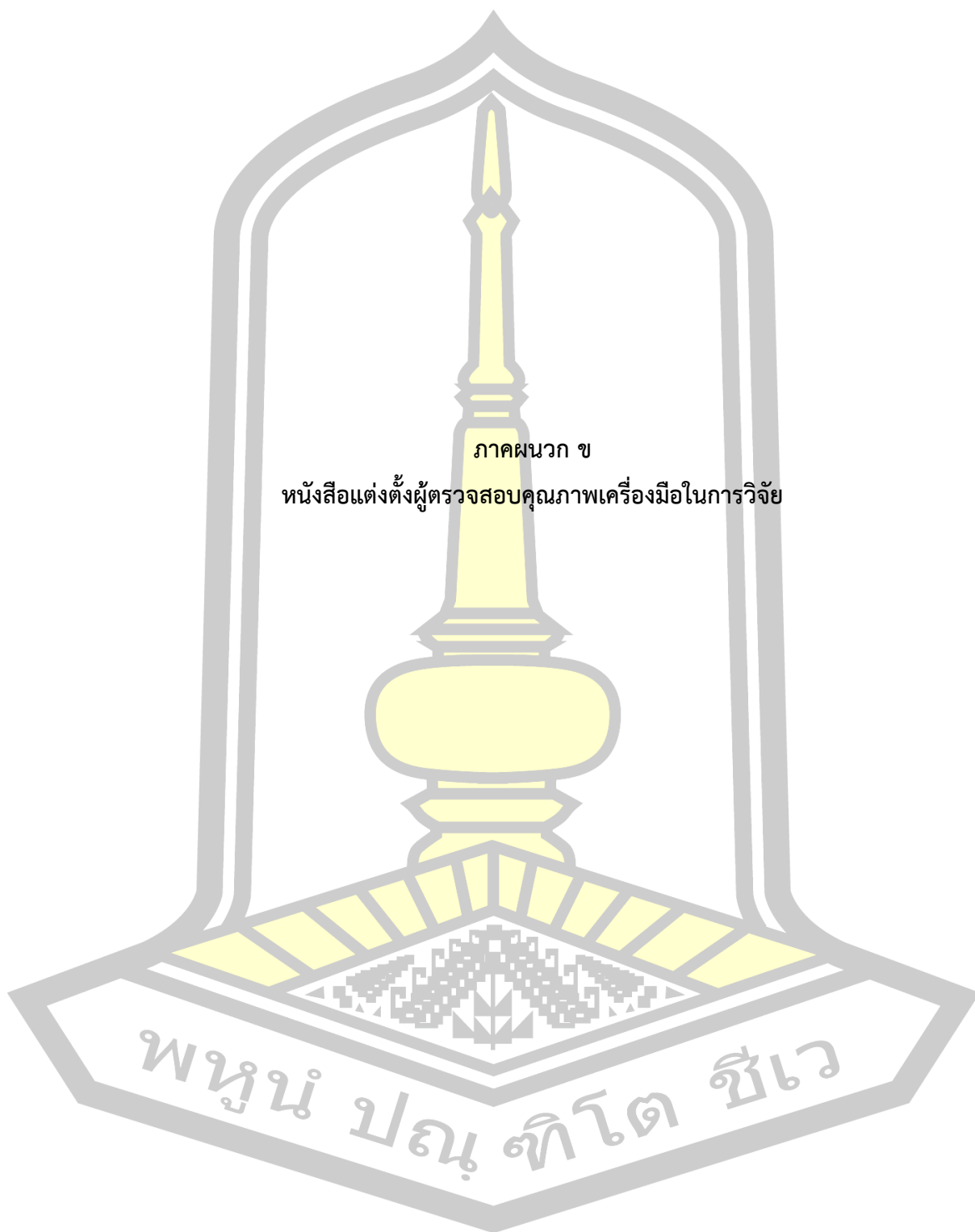
(นายณัฐวุฒิ สุริยะ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

IRB SNC ๐๕ หมดอายุ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๕๐ ถ.ผดุงวิทย์ ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม ๔๔๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๔๓-๗๑๑๔๑๑ ต่อ ๕๑๓

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ข

หนังสือแต่งตั้งผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

พหุ ประถมศึกษา ชัยเว

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๕๖๘



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๖ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
	๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model in nursing students Srimahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาด้านหลักสูตรสาธารณสุขศษุขภูมิบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปได้อย่างเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นายไพรวลัย รมชัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางศาสตราจารย์ ดร.ปณิรัตน์ ชัยอิน)

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา โทร.๐๔๓๓๕๓๓๓ ต่อ ๕๐๐ โทรสาร ๐๔๓๓๕๓๓๓
ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี โทรศัพท์ ๐๖๖ ๕๐๐๔ ๕๐๐๕

ที่ ขว ๐๖๐๕.๑๘/๑๕๖๘



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๖ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน คณบดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
	๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model in nursing students Srimaharakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาด้านหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปได้อย่างเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ผศ.ดร.สุรัชย์ เถนียง ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน/เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรัชย์ เถนียง)

รองศาสตราจารย์รักษาดิถีศึกษาศาสตร์และประกันคุณภาพ

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๕๓๗



คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๖ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
	๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่าวิวัฒน์ศรี นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model in nursing students Srimahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เหมิกา สมบัติโฮธา เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปได้อย่างเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณามแล้วเห็นว่า ดร.อัจฉรา คำมะหิทธิ์ คำแหง อาจารย์ เป็นผู้มีความรู้รอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวัฒน์รัมย์ ปิ๊งปิ้น)

รองศาสตราจารย์วิชาจิตวิทยาและประกันคุณภาพ

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา

ปณิธิวิธาน คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เหล่าวิวัฒน์ศรี โทรศัพท์ ๐๖๖ ๙๖๙๕ ๕๔๙๕๔

ที่ อว ๐๖๐๕.๕๔/ก ๕๕๑๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
	๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศิริ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสารณสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model in nursing students Srimahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรสาขาสารณสาธารณสุข ศุษย์บัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปได้อย่างเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.จตุพร อินทฤทธิ์ ตำแหน่ง อาจารย์ เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(จตุพร อินทฤทธิ์ อาจารย์)

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา โทร.๐๔๓๓๕ ๕๐๕๕ ต่อ ๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๓๕ ๕๐๕๕
ผู้อำนวยการระดับบัณฑิตศึกษา โทร.๐๔๓๓๕ ๕๐๕๕
ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศิริ โทรศัพท์ ๐๖๖ ๕๖๓ ๕๕๐๓๔

ที่ อว ๐๖๐๕๑๘/ก ๔๓๗



คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๖ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
	๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑๑ ชุด
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เทกล่าวร์คันธ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model in nursing students Srimahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปได้อย่างเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นายแพทย์สุกฤกษ์ อุดรินทร์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้นำไปดำเนินการในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. สุนธิ์ธน์ ถึงยิบ)

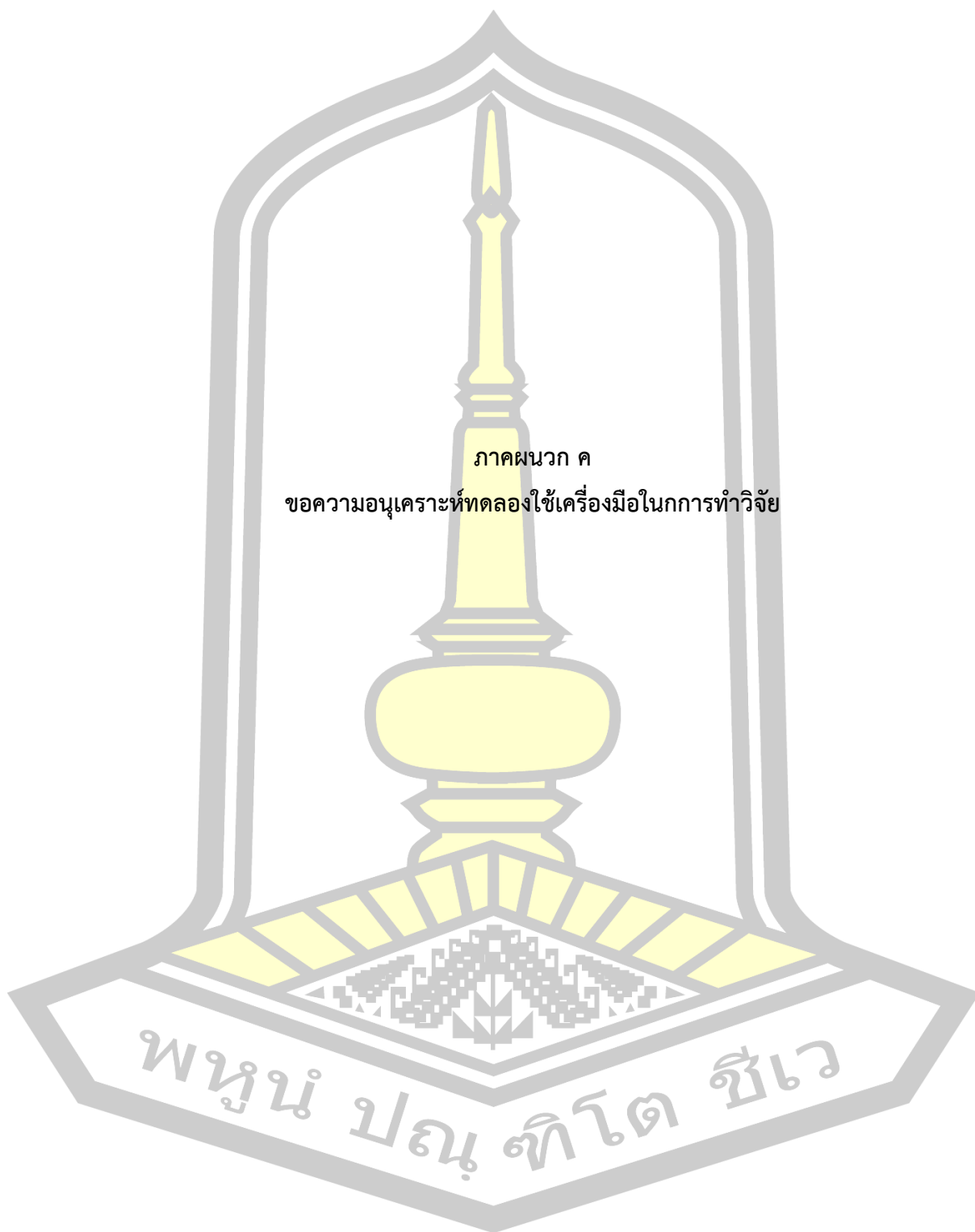
รองอธิการบดีฝ่ายปฏิบัติการและประกันคุณภาพ

ปฎิบัติราชการแทนอธิการบดีและสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐ ๔๓๓๕ ๔๓๓๕ ต่อ ๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๓๕ ๔๐๕๓

ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เทกล่าวร์คันธ์ โทรศัพท์ ๐๖๖ ๕๓๓๕ ๕๔๐๕๔



ภาคผนวก ค

ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๔๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๑๕๐

๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือสำหรับการศึกษาวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model in nursing students Srimahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย โดยการสอบถามนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของท่าน เพื่อที่นิตินจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้และนิตินจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

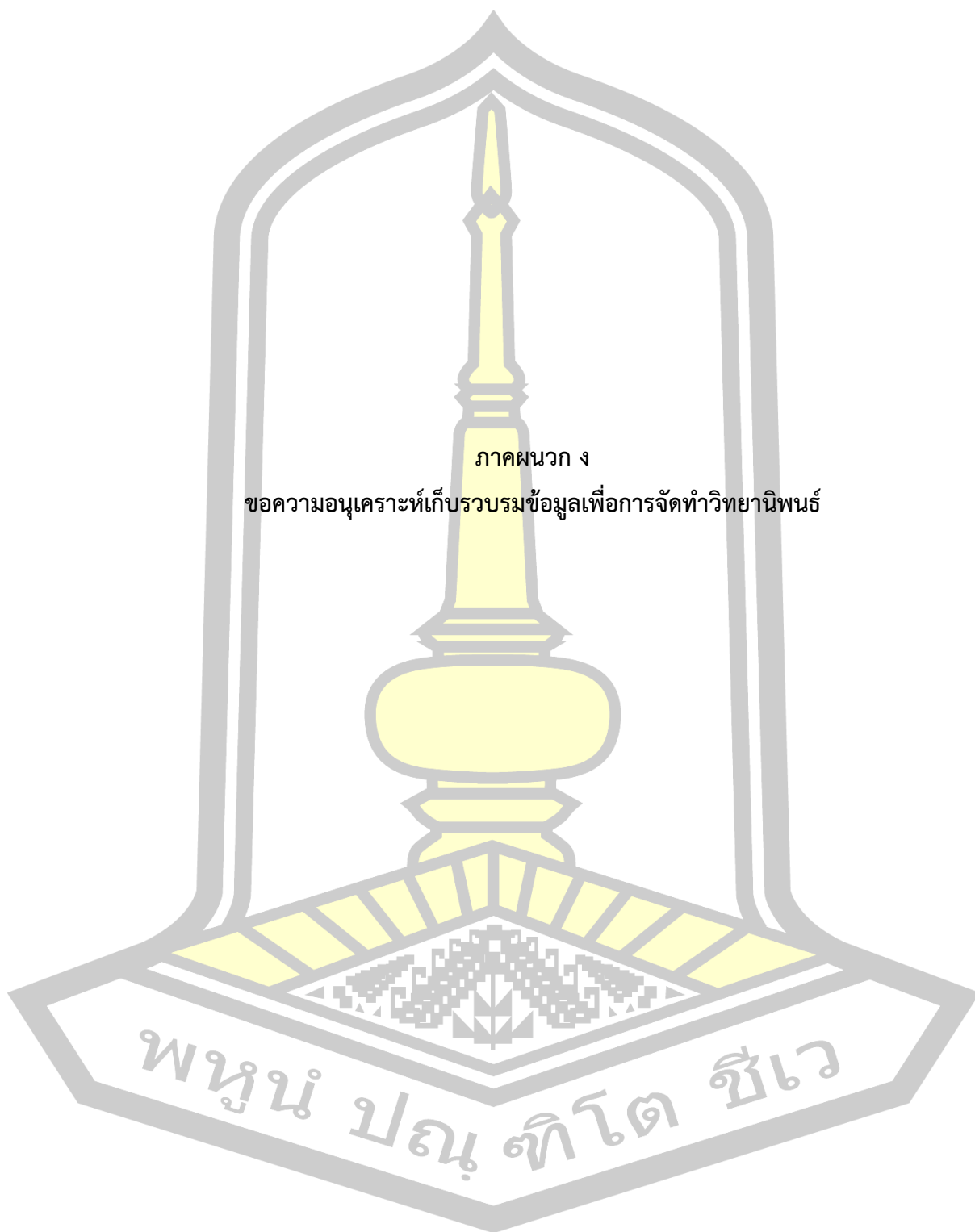
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ศาสตราจารย์ ดร.สุนีวีรัตน์ ชัยเย็น)

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา รับผิดชอบงานบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ (๕๐๐) โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๕๐๕๓ คณะสาธารณสุขศาสตร์
ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี โทรศัพท์ ๐๖๖ ๙๒๙ ๕๔๙๔



ภาคผนวก ง

ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

พญูน์ ปณุ ทิโต ชีเว

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๕๓๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๑๕๐

๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่การจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model in nursing students Srīmahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เหมิกา สมบัติโยธา เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตเคราะห้จากท่าน โปรดอนุญาตให้ นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี เก็บข้อมูลการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาล อาจารย์ และผู้บริหาร ที่เกี่ยวข้องของท่าน ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม ๒๕๖๗ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับ การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้และนิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

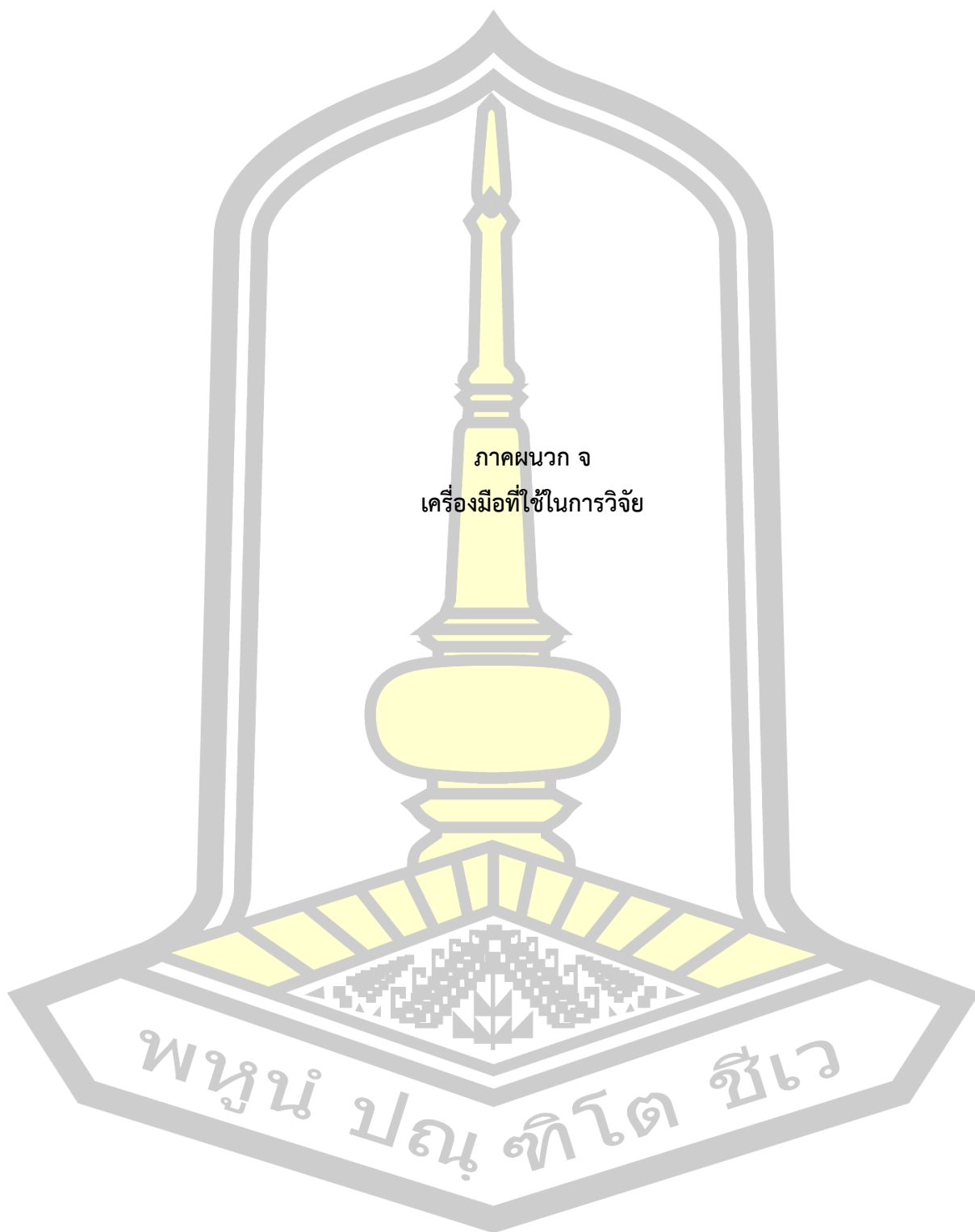
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุตพจน์ ชัยมิ่ง)

รองอธิการบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา มีที่ตั้งอาคารแบบคณะ คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๕๓๕๓ ต่อ (๕๐๐) โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๕๐๕๓

ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี โทรศัพท์ ๐๖๖ ๙๖๙ ๕๔๙๔



ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

แบบสอบถามชุดที่.....
วันที่.....

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล โปรดเลือกคำตอบ
แล้วกาเครื่องหมาย ✓ ตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. ระดับชั้นปี ชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2
 ชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 4
- ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ย: GPAx) (นักศึกษาชั้นปีที่1 ที่ยังไม่มี GPAx จากวิทยาลัยฯให้ใช้เกรดเฉลี่ยมัธยมศึกษาตอนปลาย).....
4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือนบาท เพียงพอ ไม่เพียงพอ
เงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือนบาท เพียงพอ ไม่เพียงพอ
5. สถานภาพสมรสของบิดามารดา สมรส
 แยกกันอยู่
 หย่าร้าง
 บิดา/มารดาถึงแก่กรรม
 บิดาและมารดาถึงแก่กรรม
6. ภาวะสุขภาพ ไม่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
 มีปัญหาสุขภาพ (ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์) ระบุ.....
7. การเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ใช่ ไม่ใช่
8. ทิศนคติต่อการเรียนพยาบาล
 รักในวิชาชีพพยาบาล อยากเรียนด้วยตนเอง
 รู้สึกเฉยๆ ต่อวิชาชีพพยาบาล /ไม่ชอบวิชาชีพพยาบาล มาเรียนด้วยความจำเป็นบางประการ
9. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
สัมพันธภาพกับเพื่อน ดี ชัดแย้ง/ห่างเหิน
สัมพันธภาพกับครอบครัว ดี ชัดแย้ง/ห่างเหิน
สัมพันธภาพกับอาจารย์ ดี ชัดแย้ง/ห่างเหิน
10. การออกกำลังกาย
 ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 ไม่ออกกำลังกาย/ออกน้อยกว่า3 ครั้งต่อสัปดาห์



ชุดที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A)

คำชี้แจง : ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน โปรดกาเครื่องหมาย “/” ลงในช่องว่าง
ที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

ลำดับ	รายการ	(0) ไม่มีเลย	(1) มีบางวัน	(2) มีมากกว่า 7 วัน	(3) มีแทบทุกวัน
1	รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง				
2	เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำ สิ่งต่างๆ				
3	นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมาก เกินไป				
4	ไม่อยากอาหารน้ำหนักลด หรือกินมากกว่า ปกติ				
5	รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง				
6	รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	จดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์				
8	พูดหรือทำอะไรซ้ำลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็น ได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่าย หรือ กระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมา มากกว่าปกติ				
9	คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้าย ตัวเอง ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง				
รวม					
<p>ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่</p>					
<p>ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่</p>					

ขณ ปรณ ทิโต

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความเครียด (ST-20)

คำชี้แจง : ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรด ภา
 เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

ลำดับ	อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับความเครียด				
		1	2	3	4	5
		ไม่รู้สึก เครียด	รู้สึก เครียด เล็กน้อย	รู้สึก เครียด ปาน กลาง	รู้สึก เครียด มาก	รู้สึก เครียด มากที่สุด
1	กลัวทำงานผิดพลาด					
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงาน					
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7	กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9	ปวดหลัง					
10	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11	ปวดหัวข้างเดียว					
12	รู้สึกวิตกกังวล					
13	รู้สึกคับข้องใจ					
14	รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิดใจ					
15	รู้สึกเศร้า					
16	ความจำไม่ดี					
17	รู้สึกสับสน					
18	ตั้งสมาธิลำบาก					
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20	เป็นหวัดบ่อย					
รวม						

ศูนย์ ปณ. ที. โตะ ช. ๕

ชุดที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวล (GAD-7)

คำชี้แจง : ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา ท่านถูกรบกวนด้วยปัญหาต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

(ขอให้ตอบและจดคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อไว้ด้วย)

ลำดับ	รายการ	(0) ไม่มี เลย	(1) มีบาง วัน	(2) มี มากกว่า 7 วัน	(3) มีเกือบ ทุกวัน
1	รู้สึกตื่นเครียด วิตกกังวล หรือ กระวนกระวาย				
2	ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้				
3	กังวลมากเกินไปในเรื่องต่างๆ				
4	ทำตัวให้ผ่อนคลายได้ยาก				
5	รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่งๆ ได้				
6	กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย				
7	รู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้ายๆ เกิดขึ้น				
รวม					



ชุดที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษา

คำชี้แจง ให้นักศึกษาอ่านและพิจารณาข้อความที่กำหนดให้ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างขวามือของ

ข้อความนั้นในแบบวัด ที่ตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษามากที่สุด ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษามากที่สุด
มาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษามาก
ปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษากึ่งกลาง
น้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษาน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษาน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นกับข้อความ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์						
1	ฉันรู้สึกที่อาจารย์ช่วยให้ฉันหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา					
2	ฉันสามารถแสดงความคิดเห็นกับอาจารย์ขณะเรียนได้อย่างเปิดเผยกว้าง					
3	ฉันคิดว่าอาจารย์ยอมรับในความสามารถทางการเรียนของฉัน					
4	ฉันรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากอาจารย์					
5	ฉันคิดว่าอาจารย์ของฉันให้คำปรึกษาฉันได้					
6	อาจารย์ไม่ได้ทำให้ฉันเป้าหมายของการเรียนและสิ่งที่ฉันต้องทำ					
7	อาจารย์ไม่ได้ส่งเสริมและกระตุ้นให้ฉันถามคำถามในชั้นเรียน					
8	อาจารย์ไม่ได้รับฟังและเปิดโอกาสให้ฉันเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันอยากทำ					
9	ฉันรู้สึกแค้นต่อที่ทำการพูดคุยและการให้คำปรึกษาของอาจารย์					
10	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถแบ่งความรู้สึกกับอาจารย์ได้					
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						
11	พ่อแม่ยอมรับในตัวฉันไม่ว่าฉันจะเป็นอย่างไร					



ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นกับข้อความ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
12	เมื่อเผชิญปัญหา พ่อแม่จะรับฟังความคิดเห็นและให้คำปรึกษาฉัน					
13	ฉันกับครอบครัวจะใช้เวลาทำสิ่งต่างๆ ร่วมกัน					
14	พ่อแม่ทำให้ฉันรู้สึกว่าเป็นคนพิเศษสำหรับท่าน					
15	พ่อแม่ยอมรับและอนุญาตให้ฉันตัดสินใจในสิ่งต่างๆ ด้วยตัวฉันเอง					
16	พ่อแม่พยายามบังคับและชี้นำการดำเนินชีวิตของฉัน					
17	พ่อแม่ไม่ค่อยมีเวลาพูดคุยกับฉัน					
18	พ่อแม่ไม่เปิดโอกาสให้ฉันทำสิ่งต่างๆ ตามแนวทางของตัวเองแต่กลับให้ทำตามแนวทางของท่าน					
19	พ่อแม่ไม่ได้แสดงความรักของท่านต่อฉันอย่างชัดเจน					
20	พ่อแม่ดูจะไม่มีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับฉัน					
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน						
21	เพื่อนให้คำแนะนำที่ดีเตือนเพื่อให้ฉันรู้สึกผิดชอบชั่วดี					
22	ฉันได้แนวคิดดีๆ เกี่ยวกับวิธีการเรียนและการทำสิ่งต่างๆ จากเพื่อน					
23	เมื่อฉันมีปัญหาเพื่อนๆ จะคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือฉัน					
24	เมื่อมีการแบ่งกลุ่มเพื่อนๆ จะให้การยอมรับฉันเข้ากลุ่มหรือเป็นหัวหน้ากลุ่ม					
25	ฉันมีเพื่อนที่คอยปลอบใจและไปหาได้ในยามที่ฉันจิตตก					
26	ฉันไม่เคยได้อะไรจากการมีเพื่อนเลย แม้แต่มิตรภาพ เพราะเพื่อนมักจะคอยเอาเปรียบฉันอยู่เสมอ					
27	ฉันรู้สึกว่าตนเองถูกละเลยและไม่ได้ได้รับความสนใจจากเพื่อน					
28	ฉันรู้สึกว่าเพื่อนๆ ในวิทยาลัยไม่เป็นมิตรกับฉัน แม้ว่าฉันจะพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพกับพวกเขาแล้วก็ตาม					
29	เพื่อนไม่ยอมรับในความคิดเห็นของฉันเมื่อฉันแสดงความคิดเห็น					

มณู ที เก

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นกับข้อความ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
30	เมื่อฉันมีปัญหาอยากเล่าให้เพื่อนฟัง เพื่อนมักจะไม่ให้ความช่วยเหลือ					

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ตรงที่สุด (5)	ค่อนข้างตรง (4)	ตรงและ ไม่ตรง พอๆกัน (3)	ค่อนข้างไม่ตรง (2)	ไม่ตรงเลย (1)
1	ในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนท่านมักคาดหวังสิ่งที่ดี แม้ว่าต้องเจอปัญหาหรืออุปสรรค					
2	แม้ว่าต้องเจอปัญหาหรืออุปสรรค ท่านจะมองอนาคตในทางที่ดี					
3	ในภาพรวมท่านมักคาดหวังว่าจะมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นกับท่านมากกว่าสิ่งที่ไม่ดี					
4	หากท่านคิดว่าจะมีสิ่งที่ไม่ดีพลาตเกิดขึ้น สิ่งที่ท่านคิดมัก เกิดขึ้นจริง					
5	สิ่งต่างๆที่เผชิญแทบจะไม่เป็นไปตามที่ท่านคาดหวังเลย					
6	ท่านแทบจะไม่เคยเชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นกับท่าน					
7	มันเป็นเรื่องง่ายสำหรับท่านที่จะผ่อนคลาย					
8	ท่านไม่รู้สึกลดหวังหรือเสียใจกับอะไรง่าย ๆ					
9	ท่านสามารถรู้สึกดีมีความสุขกับกลุ่มเพื่อนของท่าน					
10	การทำตัวให้ไม่ว่างเป็นเรื่องสำคัญสำหรับท่าน					

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ตรง ที่สุด (5)	ค่อนข้าง ตรง (4)	ตรงและ ไม่ตรง พอๆกัน (3)	ค่อนข้าง ไม่ตรง (2)	ไม่ตรง เลย (1)
1	ในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนท่านมักคาดหวังสิ่ง ที่ดี แม้ว่าต้องเจอปัญหาหรืออุปสรรค					
2	แม้ว่าต้องเจอปัญหาหรืออุปสรรค ท่านจะมอง อนาคตในทางที่ดี					
3	ในภาพรวมท่านมักคาดหวังว่าจะมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นกับ ท่านมากกว่าสิ่งที่ไม่ดี					
4	หากท่านคิดว่าจะมีสิ่งที่ไม่ดีพลาดเกิดขึ้น สิ่งที่ท่านคิด มัก เกิดขึ้นจริง					
5	สิ่งต่างๆที่เผชิญแทบจะไม่เป็นไปตามที่ท่านคาดหวัง เลย					
6	ท่านแทบจะไม่เคยเชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นกับ ท่าน					
7	มันเป็นเรื่องง่ายสำหรับท่านที่จะผ่อนคลาย					
8	ท่านไม่รู้สึกลึบหรือเสียใจกับอะไรง่ายๆ					
9	ท่านสามารถรู้สึกดีมีความสุขกับกลุ่มเพื่อนของท่าน					
10	การทำตัวให้ไม่วางเป็นเรื่องสำคัญสำหรับท่าน					



ชุดที่ 7 แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต

คำชี้แจง: ข้อความข้างล่างนี้เป็นข้อความที่บุคคลใช้ในการบรรยายตนเอง กรุณาอ่านแต่ละข้อความและเขียนเครื่องหมาย ✓ ข้อที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อคำถามเพื่อแสดงระดับความคิดเห็นหรือไม่เห็นด้วยของท่านเกี่ยวกับข้อความ แต่ละข้อความที่พูดถึงตัวท่าน

ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเพื่อแสดงระดับความเห็น 5 ระดับ คือ

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 หมายถึง เฉยๆ
- 4 หมายถึง เห็นด้วย
- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ	ความแข็งแกร่งในชีวิต	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
1	ฉันมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ฉันสามารถไว้วางใจ/เชื่อใจได้ และพร้อมที่จะให้ ความรักแก่ฉันเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น					
2	ฉันเป็นคนที่รู้จักเห็นอกเห็นใจและสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อคนรอบข้าง					
3	ฉันมีคนที่จะคอยสอน/ตักเตือน/บอก ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อที่ฉันจะได้ไม่ทำ ในสิ่งที่อาจนำไปสู่ปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตนเอง					
4	ฉันสามารถที่จะมีอารมณ์ขันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของตนเอง					
5	ฉันมีครอบครัวที่มั่นคง					
6	ฉันสามารถที่จะหาทางออกหรือวิธีการใหม่ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่					
7	ฉันมีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแล ในเรื่องของการได้รับบริการ/สวัสดิการทางสังคมและด้านความปลอดภัย					
8	ฉันสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ฉันต้องการ					
9	ฉันเป็นคนที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของคนอื่นได้					
10	คนใกล้ชิดของฉันบอกฉันว่าฉันเป็นคนมีนิสัยดีและวางตัวสบาย					
11	ฉันมีคนนอกครอบครัวอย่างน้อย 1 คนที่สามารถไว้วางใจ/เชื่อใจได้ และพร้อมที่จะให้ ความรักแก่ฉันเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น					
12	ฉันเป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง แต่ในขณะที่เดียวกันก็พร้อมที่จะยอมรับ และยกย่องผู้อื่น					

ข้อ	ความแข็งแกร่งในชีวิต	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
13	ฉันพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ฉันกระทำ และยอมรับผลของการกระทำนั้น					
14	ฉันรู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะที่เหมาะสมในการพูดคุยกับผู้อื่น					
15	คนอื่น ๆ มักจะดูมีความสุขเมื่อได้พบเห็น/พูดคุยกับฉัน					
ข้อ		ระดับความคิดเห็น				
16	ฉันเชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ					
17	ฉันเป็นคนอารมณ์ดี					
18	ฉันมีแบบอย่างที่ดีซึ่งแสดงให้เห็นอย่างสม่ำเสมอว่าการกระทำต่างๆ ในทางที่ถูก ที่ควรเป็นอย่างไร					
19	ฉันเป็นคนที่ไม่ละความพยายามในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะสำเร็จ					
20	ฉันสามารถที่จะบอกความคิด ความรู้สึกของตนเองให้กับผู้อื่นได้					
21	ฉันเป็นคนที่ดีที่พิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง					
22	ฉันสามารถที่จะจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และมี ประสิทธิภาพ					
23	ฉันมีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแลฉันในเรื่องของสุขภาพและการศึกษา					
24	ฉันมีคนที่พร้อมจะให้ความสนใจและสนับสนุนให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง					
25	ฉันมีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดีแม้อยู่ในภาวะยากลำบาก					
26	ฉันรู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะที่เหมาะสมในการแสดงออกทั้งด้านการ พูดและการกระทำ					
27	ฉันมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ช่วยหนุนใจ					
28	ฉันมีชีวิตรอยู่ในชุมชนที่ดูแลฉันและให้ความช่วยเหลือฉันได้เมื่อฉันต้องการ (เช่น วิทยาลัย ชุมชนที่พักอาศัยฯ)					



ชุดที่ 8 แบบสอบถามความมีคุณค่าในตัวเอง

คำชี้แจง ให้นักศึกษาอ่านและพิจารณาข้อความที่กำหนดให้ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างขวามือของข้อความนั้นในแบบวัด ที่ตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษามากที่สุด

ลำดับ	รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1	ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนมีคุณค่า อย่างน้อยก็เท่าเทียมกับคนอื่น ๆ				
2	ฉันรู้สึกว่าฉันมีข้อดีอยู่เยอะมาก				
3	โดยรวมแล้ว ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนล้มเหลว				
4	ฉันมีความสามารถที่จะทำสิ่งต่างๆ ได้เหมือนกับคนส่วนใหญ่				
5	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ค่อยมีเรื่องอะไรที่น่าสนใจเลย				
6	ฉันมีทัศนคติที่ดีต่อตัวเอง				
7	โดยภาพรวม ฉันรู้สึกพึงพอใจในตัวเอง				
8	ฉันอยากจะเคารพตัวเองมากกว่านี้				
9	ในบางครั้ง ฉันรู้สึกว่าตัวเองไร้ประโยชน์				
10	บางครั้ง ฉันคิดว่าฉันไม่มีอะไรดี				
	รวม				



การวิจัยระยะที่ 1 (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

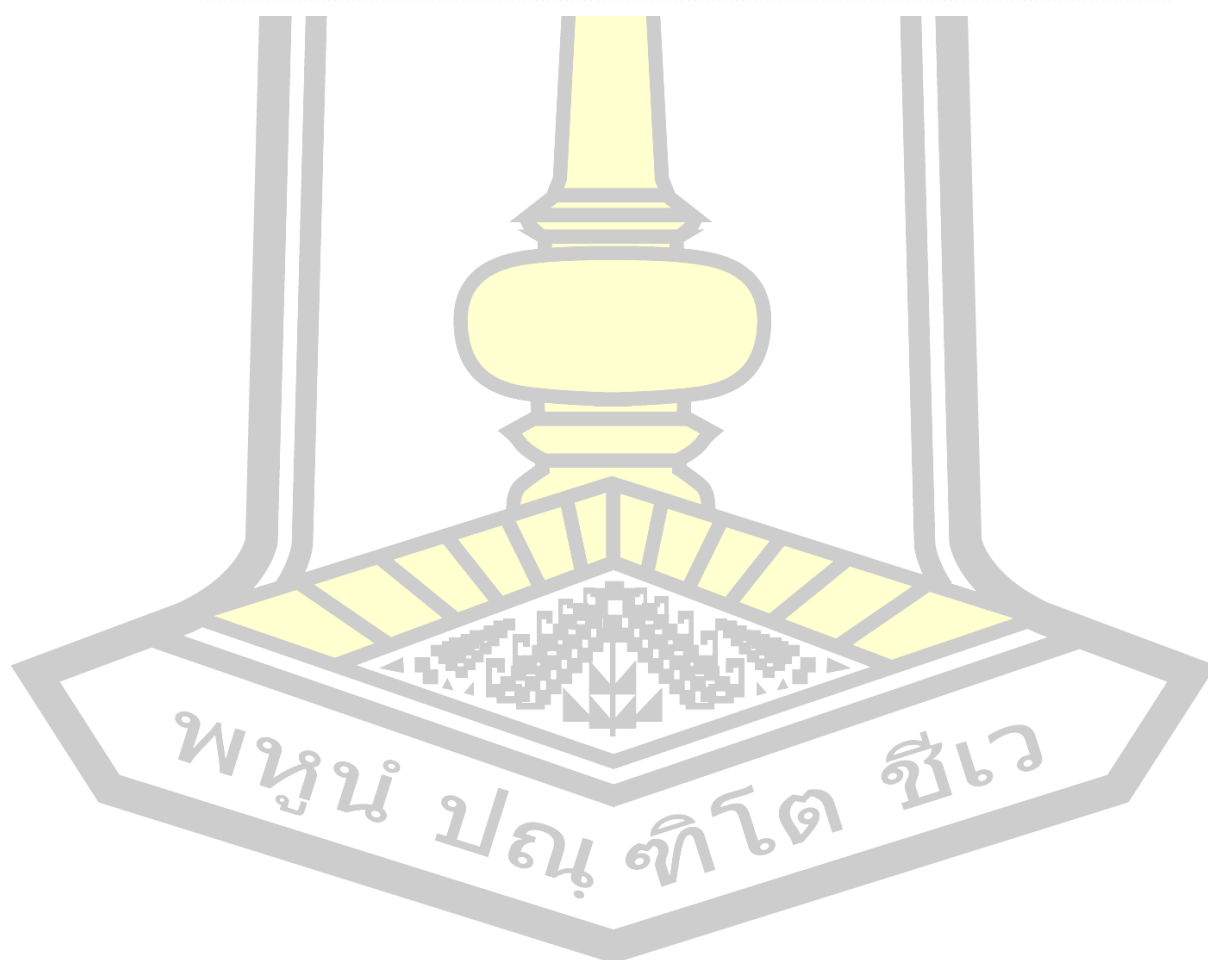
ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง : ผู้บริหาร อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ประจำชั้นในวิทยาลัย) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

1. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

.....

.....

.....



เครื่องมือการวิจัย (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

เรื่อง การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

.....

1. แบบสังเกตการณ์ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. สภาพปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

- 1.1
- 1.2
- 1.3

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

- 2.1
- 2.2
- 2.3

3. ความต้องการ หรือความคาดหวังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คือ

- 3.1
- 3.2
- 3.3

4. ระบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

- 4.1
- 4.2
- 4.3

ชุมชน ปณฺฑุ ทิโต ชน

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่ได้จากการสนทนากลุ่ม หรือที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ข้อมูล สภาพปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ความคาดหวังและความต้องการ ต่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. แนวทาง วิธีการ การดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



3. แบบบันทึกการประเมินผล

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกผลที่ได้ หรือที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัย
ทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ระยะก่อนดำเนินงาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ระยะการดำเนินงาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ระยะเสร็จสิ้นกระบวนการหรือการทำงาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



แบบสอบถาม

เรื่อง การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ชุดที่ 1 แบบประเมินการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นข้อคำถามสำหรับการประเมินการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังเกณฑ์การให้ค่าคะแนน

- 5 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด
 4 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมาก
 3 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
 2 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวน้อย
 1 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด

ผู้ให้ข้อมูล () อาจารย์ที่ปรึกษา () อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
 () อาจารย์ประจำชั้น () ผู้บริหารวิทยาลัย
 () นักศึกษา () ผู้นำนักศึกษา (สโมสร ประธานชั้นปี)
 () อื่นๆ โปรดระบุ.....

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1	2	3	4	5
1. มีความสอดคล้องกับทฤษฎีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล					
2. มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และครบถ้วน					
3. มีความเหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาล					
4. มีการจัดลำดับการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม เข้าใจง่าย					
5. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้จริง					
6. มีความสะดวก และง่ายต่อการนำไปใช้					
7. ความรู้สึกมั่นใจเมื่อจะต้องนำรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลไปใช้จริง					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....



พูนัน ปณู ทิโต ชีเว



คำนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่นักศึกษาต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัย การเรียน การสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และด้านสิ่งแวดล้อมใหม่ อีกทั้งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้นในการจัดการเรียนการสอนที่มีความเข้มข้น เพราะต้องให้การพยาบาลที่ต่อกรกระทำกับผู้ป่วยโดยตรง การปฏิบัติงานมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้ต้องใช้ความระมัดระวัง ความรับผิดชอบที่สูง อีกทั้งต้องใช้ความขยัน ความเสียสละ ความอดทนต่อการเรียน และในวิชาเรียนนั้นพบว่าเกี่ยวข้องกับการพยาบาลหลายสาขาที่มีความยากและซับซ้อนแตกต่างกัน อาการผู้ป่วยที่ดูแลมีความหลากหลาย ทั้งในระยะฉุกเฉิน วิกฤติ เรื้อรัง จึงก่อให้เกิดความเครียดในการเรียน หากนักศึกษาไม่สามารถปรับตัวในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาได้จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อนักศึกษาโดยตรง คือ ปัญหาสุขภาพร่างกาย การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อารมณ์เศร้าหรือแปรปรวน การมองคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ รวมถึงการเรียน ซึ่งจะนำไปสู่การมีผลการเรียนที่ลดลง ขาดเรียน การพักการเรียน และการลาออกระหว่างเรียน รวมทั้งมีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย

คู่มือการเรียนรู้นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่นักศึกษา ครอบครัวยุ กลุ่มแกนนำเพื่อนช่วย และอาจารย์ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

นางสาวปรานต์ศิริ เหล่ารัตน์ศิริ
 นิสิตหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



พูน ปรนุ ทิโต ชีเว



บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 ในประชากรวัยรุ่นทั่วโลก (WHO, 2021) ซึ่งปัญหาพบมากในวัยรุ่นตอนปลายกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีการปรับตัวในหลายด้าน ทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการศึกษาในหลักสูตรอุดมศึกษา ซึ่งมีความยากและแตกต่างจากระดับชั้นมัธยมศึกษาเพราะเนื้อหาการเรียนมีความลึกซึ้งขึ้นมีการมุ่งเน้นในเชิงอาชีพตามสาขาการเรียน ต้องในควมรับผิดชอบสูง ทั้งยังเป็นวัยที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และเป็นวัยที่มี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลาย ๆ ด้าน เช่น การพึ่งตนเอง เทียบ ความรัก จึงเป็นวัยที่มีปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้า (Griffiths et al., 2013) โดยพบว่าเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้ส่งผลกระทบต่อการเรียน สุขภาพทั่วไป และความสัมพันธ์ทางสังคม แต่ไม่เต็มใจที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ จากปัญหาการถูกตีตรา การขาดความรู้ในการดูแลตนเอง (Deessayuxasie, Dang, Nguyen & Groen, 2022) และในประเทศไทยข้อมูลจากสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2565) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น นักศึกษาจากมหาวิทยาลัย 15 แห่ง ทั่วประเทศ พบว่าร้อยละ 30.00 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4.30 เคยคิดฆ่าตัวตายอยู่บ่อยครั้งถึงตลอดเวลา ร้อยละ 12.00 ได้เคยลงมือทำร้ายร่างกายตนเองแล้ว โดยในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 1.30 ที่ได้ลงมือทำร้ายร่างกายตนเองบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีอัตราภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่านักศึกษาสาขาอื่น ๆ จากการศึกษาอย่างลึกซึ้งในเนื้อหาการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ สัมผัสความเจ็บปวดและการตายของผู้อื่นเป็นประจำ (สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่นักศึกษาพยาบาลต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัย การเรียน การสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และด้านสิ่งแวดล้อมใหม่ (ปารีชาติ เมืองขจร, กมลนัทธ์, คล่องดี และสุรัชย์ เจริญอง, 2563) อีกทั้งการจัดการเรียนการสอนที่มีความเข้มข้น เพราะต้องให้การพยาบาลที่ต้องกระทำกับผู้ป่วยโดยตรง การปฏิบัติงานมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้ต้องใช้ความระมัดระวัง ความรับผิดชอบที่สูง อีกทั้งต้องใช้ความขยัน ความเสียสละ ความอดทนต่อการเรียน จึงก่อให้เกิดความเครียดสูง ซึ่งนำมาสู่ภาวะซึมเศร้า (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559 : บทบรรณาธิการ และคณะ 2564)

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่นักศึกษา ครอบครัวยุ คลุ่มแกนนำเพื่อนช่วย และอาจารย์ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการสังเกตและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า การช่วยเหลือเพื่อนที่มีอารมณ์เศร้า การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และการสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือผู้ที่มีความคิด และความพยายามฆ่าตัวตาย และสิ่งที่ควรระวังหรือหลีกเลี่ยงในการช่วยเหลือผู้ที่มีอารมณ์เศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย





บทที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอารมณ์เศร้าเด่น แต่ในวัยรุ่นอาจพบว่า มีหงุดหงิดง่ายได้ ซึ่งก่อให้เกิดความผิดปกติในด้านต่าง ๆ ตามมา คือ มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย ได้แก่ เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อยหรือรับประทานมากกว่าปกติ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป ร่างกายอ่อนเพลียไม่ค่อยมีแรง มีความผิดปกติทางด้าน

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าทางทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biochemical Theory) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติด้านร่างกาย ได้แก่

- 1) การถ่ายทอดทางพันธุกรรมผ่านยีนส์ (Gene) จากพ่อแม่สู่ลูก ซึ่งพบว่าครอบครัวที่ญาติสายตรงมีประวัติภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้ามักมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า (Slyuz & Halperin, 2010)
- 2) ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซีโรโทนิน (Serotonin) และโดปามีน (Dopamine) ในสมองลดลง เนื่องจากมีการดูดกลับของสารสื่อประสาทมากเกินไปทำให้บริเวณที่มีการเชื่อมต่อเซลล์ประสาทมีปริมาณสารสื่อประสาทลดลง ส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ทศบุ (Muller, Melnick, & Srotenberg, 2009)
- 3) การปล่อยเซลล์ประสาทของสมองลดลง (Sapolsky, 2001)
- 4) ความผิดปกติของสมองบริเวณลิมบิกคอร์ติคัล (Subcortical) และลิมบิก (Limbic system) การถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากญาติสายตรง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (Slyuz & Halperin, 2010)
- 5) ปัจจัยด้านฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ (Hormonal Factor) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวถึงความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับสมดุลฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบ Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) สูงกว่าปกติ ระบบ Hypothalamic Pituitary Thyroid Axis พบว่าระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone (TSH) น้อยกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และระบบ Hypothalamic Pituitary Thyroid Axis พบระดับโกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักลดลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุภูมิชัย, 2558)



พูน ปณ ทิโต ชีเว



ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล มีดังนี้

- 1) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Grades) นักศึกษาพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำจะมีปัญหาความมั่นคงทางอารมณ์มีแนวโน้มการเผชิญปัญหาไม่ดีและมีความกังวลต่อการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา
- 2) รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ (Income and adequacy of income) นักศึกษาพยาบาลที่ครอบครัวมีรายได้น้อย จะมีการเสี่ยงนักศึกษาลดลง จึงอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของนักศึกษา โดยนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับเงินจากผู้ปกครองไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย จะเกิดความรู้สึกเป็นบ่มด้อยจนขาดความมั่นใจในตนเอง เก็บกด ไม่กล้าเข้าร่วมสังคมกับเพื่อน ๆ เกิดความเครียด อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้
- 3) สถานภาพสมรสของบิดามารดา (Parents marital status) นักศึกษาพยาบาลที่บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม อาจมีแนวโน้มนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าสูง จากความรัก ความผูกพันและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน
- 4) การเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือญาติสายตรงด้วยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า (Genetics) บุคคลที่มีญาติสายตรงมีประวัติภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า
- 5) ภาวะสุขภาพ (Health) ปัญหาสุขภาพระหว่างเรียนจะทำให้มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ นำมาซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้า
- 6) ทักษะการเรียนพยาบาล (Attitudes Caring of Nursing) ทักษะที่ต่อคณะที่เรียนไม่ดี เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล
- 7) ความเครียด (Stress) นักศึกษาพยาบาลที่มีระดับความเครียดที่สูงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ซึ่งจากการเรียนพยาบาลทำให้ต้องเผชิญความเครียดจากหลายสาเหตุ เช่น จากหลักสูตรการเรียน การสอบภาระงานจากการเรียน การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย การแข่งขันในชั้นเรียน และปัญหาส่วนบุคคลอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มักก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า
- 8) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ภาวะวิตกกังวลเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเช่นเดียวกับความเครียด
- 9) รูปแบบการเผชิญปัญหา (Coping Pattern) รูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วบุคคลมีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น หรือหลีกเลี่ยงปัญหาจะทำให้การแก้ปัญหาขาดประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในที่สุด
- 10) การออกกำลังกาย (Exercise) การไม่ออกกำลังกายทำให้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล
- 11) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Relationship) สัมพันธภาพที่ห่างเหินหรือขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว คนรัก เพื่อน ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด จะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลตามมา พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับคนรอบข้างมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า



พูน ปณ ทิโต ชีเว



อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้ามักมีการแสดงออกของอาการที่สำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

- 1) การแสดงออกด้านอารมณ์ (Emotion) จะมีอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิด อุนเฉียวง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นอารมณ์เด่น นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการกระวนกระวาย มีความตั้งใจในตนเองลดลง และขาดความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่าง ๆ
- 2) การแสดงออกด้านความคิด (Cognition) มีความบิดเบือนด้านความคิด คือ คิดลบ มองโลกในแง่ร้าย ประเมินความสามารถตนเองต่ำ คำหยาบคาย คิดว่าตนเองไร้ค่า ขาดความมั่นใจ ตั้งใจในการตัดสินใจ และมีความคิดฆ่าตัวตาย
- 3) การแสดงออกด้านพฤติกรรม (Behavioral Changes) มีปัญหาด้านความสนใจในการดูแลตนเองด้านสุขวิทยาและกิจวัตรประจำวัน ขาดเรียน ขาดการร่วมกิจกรรม แยกตัวจากสังคม มีพฤติกรรมเกรี้ยว ก้าวร้าว มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม คิดลบ ตัดใจเฉยเมย และพยายามฆ่าตัวตาย
- 4) การแสดงออกด้านร่างกาย (Physical Changes) พบว่ามีความแปรปรวนด้านการนอนและการรับประทานอาหารจนมีปัญหาน้ำหนักตัวเพิ่มหรือลด ขาดความสนใจด้านเพศ และมีปัญหาทางด้านร่างกายร่วม เช่น ท้องอืด อาหารไม่ย่อย และปวดศีรษะ

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งตามความรุนแรงออกได้ 4 ระดับ ดังนี้

- 1) ภาวะอารมณ์ปกติ (Normal) เป็นภาวะอารมณ์ปกติที่พบได้ในบุคคลทั่วๆ ไป เมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ไม่สนใจทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ สามารถหายเองได้เกิดเพียงชั่วคราว
- 2) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของภาวะอารมณ์ที่ไม่แจ่มใส เบิกบาน มีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข มีผลต่อการตัดสินใจ อาจมีความผิดปกติทางกายร่วมเล็กน้อย เช่น อ่อนเพลีย หลับยากหรือตื่นเช้ากว่าปกติ
- 3) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของภาวะอารมณ์ที่รุนแรงขึ้นจากระดับเล็กน้อย มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยบางครั้งจะเฉื่อยชา หรือมีอาการกระวนกระวายเกินไรมากกว่าปกติ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ด้านอารมณ์จะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย วิตกกังวล โกรธ สิ้นหวัง สมาธิ การตัดสินใจลดลง มีปัญหาทางร่างกายร่วมโดยมีความแปรปรวนในการรับประทานอาหารและการนอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง
- 4) ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) เป็นกลุ่มอาการ ความผิดปกติของภาวะอารมณ์เศร้าเกือบทั้งวัน พึ่งพาผู้อื่นในการใช้ชีวิต การตัดสินใจและการจัดจ้มีปัญหาอย่างมาก มีอาการทางกายรุนแรงในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน ความต้องการทางเพศลดลง และอ่อนแรง แยกตัว มีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย สามารถพบอาการทางจิตร่วมในบางครั้ง



พูน ปรุ ทิโต ชีเว



การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A)

คำชี้แจง : ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน โปรดกาเครื่องหมาย “/” ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

ลำดับ	รายการ	ไม่มีเลย (0)	มีบางวัน (1)	มีมากกว่า 7 วัน (2)	มีแทบ ทุกวัน (3)
1	รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง				
2	เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่างๆ				
3	นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป				
4	ไม่ยอมอาหารน้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ				
5	รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง				
6	รู้สึกแสบกับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	จดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์				
8	พูดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่ายหรือ กระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ				
9	คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง				
รวม					
ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่					
ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่					
คะแนนรวม		ระดับภาวะซึมเศร้า		คำแนะนำ	
0 - 4 คะแนน		ไม่มีภาวะซึมเศร้า		ขณะนี้ยังไม่พบภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจน	
5 - 9 คะแนน		มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย		ควรหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ หรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดที่ไว้ใจ	
10 - 14 คะแนน		มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง		ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา	
15 - 19 คะแนน		มีภาวะซึมเศร้ามาก			
20 - 27 คะแนน		มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง			



พูน ปณ ทัโต ชีเว



ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในนักศึกษาจะส่งผลกระทบต่อตามมามากมายทั้งต่อตัวผู้ที่ มีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบต่อครอบครัว ผลกระทบต่อวิชาชีพ ผลกระทบต่อสถาบันการศึกษา ผลกระทบต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละด้าน มีดังนี้

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อนักศึกษาพยาบาล มีดังนี้

1. ผลกระทบต่อนักศึกษา พบว่าเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อทั้งนักศึกษา ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย คือ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากผิดปกติ นอนไม่หลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือนอนมากเกินไป ร่างกายอ่อนเพลีย สมองภาพทางเพศลดลง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ ทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย

1.2 ด้านการเรียน คือ ความสนใจในการเรียนลดลง ขาดเรียน ผลการเรียนลดลง พักการเรียน เรียนซ้ำชั้น และปัญหาการลาออกกลางคัน

1.3 ด้านสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง และมีพฤติกรรมแยกตัว

1.4 ด้านอารมณ์และจิตใจ คือ มีอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย ขาดความกระตือรือร้น ทำหิตตนเอง รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า และขาดความมั่นใจในตนเอง

2. ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อครอบครัว โดยจะส่งผลในบุคคลในครอบครัวเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของนักศึกษา โดยเฉพาะนักศึกษาที่มีระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและมีความคิดฆ่าตัวตาย

3. ผลกระทบต่อวิชาชีพ พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้นักศึกษาหมกมุ่นอยู่กับตนเอง ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ทั้งการใช้ชีวิตและการเรียน มีปัญหาเรื่องสมาธิ ความจำ และการจดจ่อ มีปัญหาด้านการตัดสินใจในการทำสิ่งต่าง ๆ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและแยกตัว ส่งผลทำให้มีปัญหาด้านการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลในอนาคตเมื่อสำเร็จการศึกษา

4. ผลกระทบต่อสถาบันการศึกษา พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อบันการศึกษาในแง่การสูญเสียงบประมาณในการดูแลนักศึกษา การจัดบุคลากรเพิ่มในการดูแลนักศึกษา และการสูญเสียนักศึกษากลางคันจากปัญหาการลาออกกลางคัน

5. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อการจัดสรรระดับบุคลากรและงบประมาณเพิ่มขึ้นในดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

6. ผลกระทบต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อไปในอนาคต คือมีผลต่อการพัฒนาประเทศชาติ เพราะนักศึกษาอยู่ในช่วงรอยต่อระหว่างวัยรุ่นตอนปลาย การมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่และวัยแรงงานที่มีคุณภาพของประเทศ และยังส่งผลกระทบต่อปริมาณในการนำมาดูแลนักศึกษาที่กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า



พหุ อนุ ทิโต ชีเว



บทที่ 2 การป้องกันภาวะซึมเศร้าและการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในคนที่มียาลดการหลั่งสารสื่อประสาทหรือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

- 1) คัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ด้วยตนเอง ภาคการศึกษาละ 1 ครั้ง
- 2) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความหมาย สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดง ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง
- 3) ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น วิ่ง เดิน ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที
- 4) นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอวันละอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง โดยงดการเข้าถึง social media หรือการใช้โทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอน หากมีปัญหาหลับไม่หลับหรือหลับยาก ควรเข้าร่วมกับกิจกรรมการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การนั่งสมาธิ และการสวดมนต์
- 5) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ให้ครบทั้ง 3 มื้อ
- 6) ไม่ยึดติดกับความผิดพลาดในอดีต ยอมรับกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น อยู่กับปัจจุบัน
- 7) ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เป็นไปได้และพยายามทำตามเป้าหมาย โดยไม่กดดันตนเองจนเกินไป
- 8) ทำกิจกรรมผ่อนคลายที่ชื่นชอบ เมื่อมีภาวะเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ไปเที่ยว เป็นต้น
- 9) ปรึกษาคนที่ไว้ใจได้เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ เช่น ครอบครัว เพื่อนสนิท อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์สาขา สุขภาพจิตและจิตเวช หรือคำปรึกษามานระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ของวิทยาลัย Line Official Account ชื่อ friendship (รายละเอียดการเข้าใช้งานอยู่ที่ภาคผนวก) หรือขอคำปรึกษามานระบบเพื่อนช่วยเพื่อน หรือสายด่วนสุขภาพจิต ผ่านเบอร์โทรศัพท์ 1323
- 10) หากมีโรคประจำตัวควรมีการติดตามเพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 11) งดการใช้สารเสพติด
- 12) จัดการกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองและใช้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มี (เพื่อน ครอบครัว อาจารย์นิเทศ อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ประจำชั้น อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ในการช่วยเหลือ เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ประจำชั้น และอาจารย์งานทุนการศึกษาเพื่อช่วยเหลือด้านทุนการศึกษาในผู้ที่มีปัญหาภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว มีหนี้สินมาก มีารรับน้อย ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ปัญหาด้านการเรียน ปรึกษาเพื่อนในการช่วยทบทวนความรู้ ปรึกษาอาจารย์เมื่อติดตามบทเรียนไม่ทันหรือมีปัญหาด้านการเรียน และวางแผนการทบทวนเนื้อหาการเรียนด้วยตนเอง ปัญหาความสัมพันธ์ ให้พูดคุยและปรับความเข้าใจโดยใช้เหตุผล ไม่ใช่อารมณ์และความรุนแรง เป็นต้น
- 13) เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่วิทยาลัยจัดอย่างต่อเนื่อง



พูน ปณ ทิโต ชีเว



ผู้ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป และมีความคิดฆ่าตัวตาย

- 1) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความหมาย สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า อาการ และอาการแสดง ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง และการจัดการอารมณ์
- 2) ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น วิ่ง เดิน ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ อย่างน้อย 30 นาที หรือขยับเคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่ทำได้เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีปัญหาเหนื่อยและอ่อนเพลีย ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ การออกกำลังกายที่ได้ผลต้องออกติดต่อกันอย่างน้อย 10-12 สัปดาห์
- 3) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักพบว่ามีปัญหาการนอนหลับพักผ่อน ท่านควรพักผ่อนให้เพียงพอวันละอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง โดยงดการเข้าถึง social media หรือการใช้โทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอน หากมีปัญหานอนไม่หลับหรือหลับยาก ควรทำร่วมกับกิจกรรมการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกลมหายใจ การนั่งสมาธิ และการสวดมนต์ หากทำกิจกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้ผลท่านควรพบแพทย์เพื่อประเมินและรับการรักษาที่เหมาะสม
- 4) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักพบว่ามีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยจนมีผลให้น้ำหนักตัวลด ท่านควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ให้ครบทั้ง 3 มื้อ หรือรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง ย่อยง่าย โดยแบ่งมื้ออาหารออกเป็นมื้อเล็กๆ แต่หากท่านมีปัญหารับประทานอาหารมากจนมีผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มควรรับประทานอาหารแต่พออิ่มมีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ให้ครบทั้ง 3 มื้อ งดอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตสูง
- 5) ปรึกษาคบที่ไว้ใจในเรื่องที่ไม่สบายใจ เช่น ครอบครัว เพื่อนสนิท อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช หรือคำปรึกษาผ่านระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ของวิทยาลัย หรือขอคำปรึกษาผ่านระบบเพื่อนช่วยเพื่อน หรือสายด่วนสุขภาพจิต ผ่านเบอร์โทรศัพท์ 1323
- 6) หากท่านมีอาการเศร้ามาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ควรบอกคนใกล้ชิดที่ท่านไว้วางใจ หลีกเลี่ยงการอยู่คนเดียว จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น นำสิ่งของที่อาจใช้ทำร้ายตัวเองออกไป งดการใช้สารเสพติด เนื่องจากอาจทำให้ความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงขึ้นได้ ซึ่งเกิดจากความวุ่นวายและความยับยั้งชั่งใจลดลง ขอรับคำปรึกษาจากอาจารย์การพยาบาลจิตเวช เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามระบบและกลไกในการดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าของวิทยาลัย



พูน ปณ ทิโต ชีเว

เทคนิคการผ่อนคลายอารมณ์

สามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายอารมณ์ได้ทั้งความเครียด ความวิตกกังวล และผู้ที่มีอารมณ์เศร้า



1) เทคนิคการปรับความคิด ความคิดด้านลบบางครั้งนำมาซึ่งความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า การจัดการความคิดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการอารมณ์

- 1.1) คิดอย่างยืดหยุ่น ไม่เข้มงวดเกินไป ไม่จับผิด ไม่ตัดสินตัดสินผิดถูกอยู่ตลอดเวลา และมีกรอบอย่างกว้าง
- 1.2) คิดอย่างมีเหตุมีผล เมื่อเกิดปัญหาพิจารณาและจัดการปัญหาอย่างมีเหตุมีผล ไม่กังวลไปก่อนล่วงหน้า
- 1.3) คิดอย่างรอบด้าน คิดหลายๆ แง่มุมในทุกๆ ด้าน ทั้งแงุ่มที่เกี่ยวกับตนเองและแงุ่มที่เกี่ยวข้องกับคนอื่น
- 1.4) คิดเชิงบวก มองในด้านดีและคุณค่าในตนเองถึงประสบการณ์ที่เป็นสุขในอดีต ความสำเร็จของตนเองที่ผ่านมา
- 1.5) คิดเชิงสาธารณะ การทำประโยชน์ต่อสังคมและการคิดถึงคนรอบข้างเรา จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่คิดหมกมุ่นอยู่กับปัญหาตนเอง

2) เทคนิคการผ่อนคลายทั่วไป คือ การที่เราเลือกใช้วิธีที่ตนเองชอบเพื่อมาทำให้ตนเองผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เช่น นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายที่ชอบ ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี เล่นกีฬา ทำงานฝีมือ ทำงานศิลปะที่ชอบ ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ไปสังสรรค์ ชื้อของที่อยากได้แต่ไม่เบียดเบียนค่าใช้จ่ายตนเอง และท่องเที่ยว เป็นต้น

3) เทคนิคการจัดการความเครียด (Stress management) ซึ่งจะช่วยในการจัดการความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรังได้ ประกอบด้วย

- 3.1) การสังเกตอาการตอบสนองต่อความเครียดของตนเอง การสังเกตปฏิกริยาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองต่อความเครียด เช่น หงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิ ใจสั้น ปวดตึงกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ เป็นต้นเพื่อจะได้รับรู้ให้เร็วและมีการจัดการที่เหมาะสม
- 3.2) การหาสาเหตุของความเครียดความกังวล ประเมินความเป็นจริงและความรุนแรงของสาเหตุหรือสาเหตุความเครียดมาจากการคิดด้านลบของตนเองจะได้ปรับความคิดเป็นเชิงบวก
- 3.3) หากปัญหาเป็นจริงมีความรุนแรง ให้จัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม โดยการจัดการที่สาเหตุของปัญหาอย่างมีขั้นตอน ปรึกษาผู้มีประสบการณ์ ลงมือจัดการปัญหตามแผนทีวางไว้ และประเมินผล หากวิธีการที่ใช้ไม่สำเร็จให้ใช้วิธีการใหม่ในการแก้ไขปัญหา
- 3.4) หากจัดการสาเหตุไม่ได้ให้ปรับความคิดต่อปัญหาเป็นเชิงบวก หากยังยอมรับกับปัญหาไม่ได้ให้ใช้การผ่อนคลาย
- 4) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เมื่อเราเครียดกล้ามเนื้อจะหดตัว สึกหดได้จากอากาศหรือน้ำนิวคิ้วขมวด กำหมัด กัดฟันทำให้เกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดคั่นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ การฝึกการคลายกล้ามเนื้อจึงช่วยให้ อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ในช่วงที่ฝึก เราจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ช่วยให้เราไม่คิดฟุ้งซ่าน และวิตกกังวล ทำให้เรามีสมาธิมากขึ้น

พูน ปณ ทิโต ชีเว



เทคนิคการผ่อนคลายคลายอารมณ์ (ต่อ)

วิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

เลือกสถานที่ที่สงบ นั่งในท่าที่นั่งสบาย คลายเสื้อผ้าให้หลวม ดอตรงเท้า หันตา ใจให้ทำ ตั้งสมาธิอยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่าง

ข้อแนะนำ

-ระยะเวลาที่เกร็งกล้ามเนื้อ ให้น้อยกว่าระยะเวลาที่ผ่อนคลาย เช่น เกร็ง 3-5 วินาทีผ่อนคลาย 10-15 วินาทีเป็นต้น

- เวลาทำมือ ระวังอย่าให้เจ็บจิกเนื้อตัวเอง
- ควรมีกประมาณ 8-12 ครั้ง เพื่อให้เกิดความชำนาญ
- เมื่อคุ้นเคยกับการผ่อนคลายแล้ว ให้ฝึกคลายกล้ามเนื้อได้โดย โดยไม่จำเป็นต้องเกร็งก่อน
- อาจเลือกคลายกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่เป็นปัญหาเท่านั้นก็ได้ เช่น บริเวณใบหน้าคอก หลัง ไหล่ เป็นต้น ไม่จำเป็นต้องคลายกล้ามเนื้อ ทั้งตัว จะช่วยให้ใช้เวลาน้อยลง และสะดวกมากขึ้น

5) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถทำได้ วันละ 2-3 ครั้ง และควรทำทุกวัน หรือเฉพาะเมื่อรู้สึกเครียดก็ได้ โดยเฉพาะก่อนนอนจะทำให้หลับสบาย การทำจนทำให้รับรู้ได้เร็วขึ้นเมื่อมีความเครียดในครั้งต่อไป จะสามารถผ่อนคลายตัวเองได้เร็วเมื่อมีความเครียด

วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- เลือกสถานที่ที่สงบ อากาศปลอดโปร่ง สบายมือ แล้วนั่งในท่าที่รู้สึกสบาย
- เกร็งกล้ามเนื้อไปทีละส่วนโดยเริ่มจากส่วนศีรษะลงมาล่างของลำตัว โดยใช้วิธีการเกร็งครั้งละ 10 วินาที สลับกับการผ่อนคลาย โดยขณะเกร็งทำค้างไว้ครั้งละ 10 วินาที และทำทั้งหมดประมาณ 10 ครั้ง ดังนี้
- บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิกคิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนชิดเกร็งไว้แล้วค่อยๆ คลายออก
- บริเวณคาง แก้ม และจมูก โดยการหลับตาให้แน่นพร้อมกับการขมวดแล้วค่อยๆ คลายออก
- บริเวณขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เม้มปากแน่นและใช้ลิ้นดันเพดานเกร็งค้างไว้โดยขยับปากไว้แล้วค่อยๆ คลายออก
- บริเวณคอ โดยการก้มหน้าให้คางแนบบริเวณหน้าอกเกร็งค้างไว้แล้วเงยหน้าให้สุด
- บริเวณอก หลัง และไหล่ โดยหายใจเข้าลึกๆ แล้วเกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุดแล้วค่อยๆ คลายออก
- บริเวณหน้าท้องและก้น โดยวิธีขมวดท้องเข้าให้ท้องยุบลงพร้อมกับการขมวดแล้วค่อยๆ คลายออก
- บริเวณมือและแขน โดยการกำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้ายและขวาเกร็งค้างไว้แล้วค่อยๆ คลายออก
- บริเวณนิ้วเท้า ปลายเท้า และขาโดยการงอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระดกปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาซ้ายและขวาแล้วค่อยๆ คลายออก



พูน ปณ ทิโต ชีเว



เทคนิคการผ่อนคลายคลายอารมณ์ (ต่อ)

6) เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ เมื่อเกิดความเครียด ความวิตกกังวลซ้ำทำให้ร่างกายมีการหายใจตื้นๆ และเร็ว ทำให้ร่างกายไม่ได้รับออกซิเจนน้อย การฝึกการหายใจจะช่วยให้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้เพิ่มขึ้น หัวใจเต้นช้าลง สมอ่งปอดโป่งเพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น ช่วยลดคลายความเครียด ความวิตกกังวล และการปลดปล่อยอารมณ์ทางลบ การฝึกการหายใจเป็นการใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดมากขึ้นโดยหายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ ช้าๆ ลึกๆ โดยฟังความสนใจขณะที่ทำการหายใจ วันหนึ่งควรทำอย่างน้อย 40 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดกัน หรือทำเมื่อมีความเครียด ความวิตกกังวล และต้องการการปลดปล่อยอารมณ์ทางลบ

วิธีการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ

- นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย หลังคา เขามือส้นพิงที่บริเวณท้อง
- หายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ นับเลข 1 2 3 4 ไนใจเป็นจิ้งหระช้าๆ ให้ท้องพองออก
- กลั้นหายใจไว้ นับ 1 2 3 4 ไนใจเป็นจิ้งหระช้าๆ
- ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ นับ 1 2 3 4 5 6 7 8 พยายามหายใจออกมาช้าๆ ให้ท้องแฟบลง



พูนัน ปณฺ ทิโต ชีเว



บทที่ 3 การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การสังเกตและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านี้บุคคลรอบข้างที่อยู่ใกล้ชิดควรมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงอาการภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น จะนำไปสู่การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม โดยพฤติกรรมที่แสดงออกถึงอาการภาวะซึมเศร้าที่ควรสังเกต มีดังนี้

- 1) มีสีหน้าเศร้าหมอง มีอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิดง่าย
- 2) ดูเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร แม้แต่สิ่งที่เคยชอบ
- 3) ร้องไห้บ่อย
- 4) ไม่ค่อยมีสมาธิในการเรียน หรือกระวนกระวาย
- 5) ขาดสมาธิ คิดช้า หรืออะไรช้าลง
- 6) นอนดึกมาก หรือตื่นสายมาก หรือมีปัญหาในการนอนหลับ
- 7) ขาดเรียน หรือขาดกิจกรรมประจำบ่อยๆ
- 8) พลาดการพบปะสังสรรค์หรือมักจะขมกในหน้าที่สุดท้าย
- 9) กินมากหรือน้อยกว่าปกติ
- 10) ต้มแกลบซอสส์หรือใช้ยามากกว่าปกติ
- 11) ขาดความรู้สึกร่าเริงแจ่มใส เหนื่อยง่าย หรือไร้ค่า
- 12) ดูเหมือนจะมองโลกในแง่ร้ายและหมดหวังมากขึ้น และดูมีพลังงานน้อยลงโดยทั่วไป

อาการเหล่านี้ที่สังเกตพบจะมีเป็นทั้งวันเกือบทุกวัน โดยมีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ แสดงว่าอาจมีภาวะซึมเศร้ามีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช เช่น อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือจิตแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย หากท่านพบผู้ที่มีอาการดังกล่าวควรส่งต่ออาจารย์งานสุขภาพจิต คือ อาจารย์เนาวรัตน์ คำแก้ว เบอร์โทรศัพท์ 080-5422441 อาจารย์ศุภรดา วงศ์จำปา เบอร์โทรศัพท์ 089-6224380 และสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่ห้อง 502 และห้อง 503 ชั้น 5 อาคาร 100 ปี สธ.



พูน ปณ ทิโต ชีเว



การช่วยเหลือผู้ที่มีอารมณ์เศร้า

- 1) ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยการสังเกตสีหน้า แววตา และสอบถามเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิด ความคิดที่เอือมระอา หรือเบื่อหน่าย และความคิดอยากทำร้ายตนเอง
- 2) อยู่เป็นเพื่อนใกล้ชิดโดยไม่ปล่อยให้คนเดียว
- 3) รับฟังเรื่องราวที่เขาเล่าหรือระบายอย่างตั้งใจ การตั้งใจรับฟังและเข้าใจเป็นเครื่องมือที่ช่วยเยียวยา ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าได้ดีมาก
- 4) ส่งเสริมให้กำลังใจ คนที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมองตัวเองในทางลบอย่างมากและโทษตัวเอง จึงควรชวนให้เขามองถึงข้อดีในตัวเอง ให้เขาระลึกได้ว่าเขามีความหมายต่อคุณและคนอื่น ๆ
- 5) ให้คำปรึกษาเบื้องต้นเท่าที่ทำได้
- 6) แสดงความห่วงใย ใส่ใจ ไม่แสดงท่าทีรำคาญหรือทำให้รู้สึกเป็นการ

การช่วยเหลือผู้ที่มีอารมณ์เศร้า (ต่อ)

- 7) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและรับฟังเรื่องราวด้วยความเต็มใจ ไม่ตัดสินเรื่องราวหรือวิพากษ์วิจารณ์สิ่งที่มีภาวะซึมเศร้าเล่าหรือระบาย
- 8) ชวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้เห็นข้อดีของตนเอง และพูดให้กำลังใจ
- 9) ชวนและร่วมทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายอารมณ์ เช่น ออกกำลังกาย การพูดคุยกัน การออกไปซื้อของ และการออกไปเที่ยว โดยไม่เน้นไปอย่างเดียว แต่ร่วมทำกิจกรรมด้วยกัน
- 10) ไม่มุ่งให้คำแนะนำเพื่อลดภาวะซึมเศร้าเป็นหลัก เพราะขณะที่มีอารมณ์เศร้ามากจะมีอาการอ่อนเพลียทางกาย คิดช้า สับสนในการตัดสินใจ เบื่อ ขาดแรงจูงใจ ที่เอือมระอา ทำให้ไม่สามารถทำตามคำแนะนำได้ ควรกระตุ้นให้ทำสิ่งที้ง่ายๆ ก่อน ชื่นชมเมื่อสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของเขา อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ
- 11) หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และอาการของผู้ที่ซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง เรื่อง การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน อาการอ่อนเพลีย สวมฮู้ในการเรียน การเข้าสังคม การเขียนข้อความในสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการเขียนข้อความในสื่อออนไลน์ในลักษณะ โทษตนเอง รู้สึกผิด ตัดท้อชีวิต ขอโทษ ขออโหสิกรรม และการสั่งลา การพูดถึงความคิดฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ และการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อประเมินความรุนแรงของอารมณ์เศร้า การมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตนเอง
- 12) ส่งต่ออาจารย์งานสุขภาพ คือ อาจารย์เยาวนาถ คำแก้ว เบอร์โทรศัพท์ 080-5422441 อาจารย์ศุภรดา วงศ์จำปา เบอร์โทรศัพท์ 089-6224380 และสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่ห้อง 502 และห้อง 503 ชั้น 5 อาคาร 100 ปี สธ. หากพบว่าผู้มีอารมณ์เศร้ามากและ/หรือมีความคิด ความพยายามในการฆ่าตัวตาย เพื่อประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพื่อให้การดูแลและส่งต่อ
- 13) แสดงถึงความตั้งใจที่จะช่วยเหลือและส่งเสริมเข้ารับการรักษา



พูน ปณ ทิโต ชีเว



การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และการสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย

การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยการสังเกตสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยเหลือได้อย่างทันเวลาที่ โดยมีการทบทวนสาเหตุหรือปัจจัยของผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ที่เข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ที่เคยมีประวัติโรคซึมเศร้า
- 2) ผู้ที่เคยมีประวัติทำร้ายตนเอง หรือเคยพยายามฆ่า
- 3) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
- 4) ผู้ที่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า และมีอารมณ์ในร้ายรุนแรง
- 5) ผู้ที่มีปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญ และขาดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ชัดเจน

ในผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะเพื่อนจำเป็นต้องสังเกตการพูด โทษซ้ำความในสื่อออนไลน์ และพฤติกรรม ซึ่งอาจสื่อหรือแสดงออกถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย ตัวอย่าง ดังนี้



พูนัน ปณฺ ทิโต ชีเว



สัญญาณเตือนและตัวอย่างการฆ่าตัวตาย

รูปแบบ	สัญญาณเตือน	ตัวอย่าง
การพูด	<ul style="list-style-type: none"> -มักพูดถึงอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย สิ้นหวัง -มักพูดว่าตนเองไม่มีความหมายกับใคร -พูดถึงปมด้อยของตนเอง -พูดถึงการฆ่าตัวตายบ่อยๆ -พูดถึงแผนการฆ่าตัวตายของตนเอง -พูดเรื่องชีวิตหรือความตายบ่อยๆ 	<ul style="list-style-type: none"> “อยากตาย” “อยากหายไปเลย ไม่อยากจับรู้อะไรแล้ว” “อยากนอนหลับแล้วไม่อยากจะตื่นมาอีก” “ตายไปก็ไม่มีใครสนใจหรอก” “อยู่ไปก็เป็นการรบกวนคนอื่น ไม่อยู่ซักคนทุกคนน่าจะไม่ลำบาก” “อยากโดดตึกสายไปให้ทันๆ” “อยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์” “ชีวิตไร้ค่า” “หนูว่าหนูไม่ควรเกิดมาเลย”
เขียน	<ul style="list-style-type: none"> -การเขียนข้อความใบสือ ออบนไลน์ในลักษณะ โทษตนเอง รู้สึกผิด ตัดท้อชีวิต ขอโทษ ขออโหสิกรรม และการสั่งลา -การเขียนจดหมายลาตาย -การโพสต์ใบสือออนไลน์เกี่ยวกับเนื้อหาการฆ่าตัวตาย -การเปลี่ยนแปลงหน้าจอบทเป็นสีดำ หรือการดูเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย 	<ul style="list-style-type: none"> ตัวอย่างการเขียนข้อความในสือหรือของเฟสบุ๊ก “ขอให้พ่อกับแม่มีแต่ความสุข ขอโทษที่เป็นลูกที่ไม่ดี ได้แต่หวังว่าพ่อแม่จะรักให้ หวังว่าชาติหน้าจะได้เกิดเป็นลูกพ่อกับแม่อีก”
พฤติกรรมและการแสดงออก	<ul style="list-style-type: none"> -สีหน้าเศร้าหมอง มีท่าทีท้อแท้ สิ้นหวัง -แยกตัวชัดเจน -มีท่าทีสิ้นหวังกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง -บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เช่น กระสับกระส่ายผิดปกติ -มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยเศร้ามานาน เปลี่ยนเป็นเบิกบานใจหรือสงบอย่างกะทันหันแบบไม่สามารถอธิบายได้หลังจากมีการเผชิญกับ วิกฤตหนึ่ง -ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด -มีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพของตนเอง เช่น ขับรถเร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> -ขึ้นบนอาคารสูงหรือตึกฟ้าอาคารคนเดียวในตอมกลางคืน -ยกเลิกของต่างๆ ของตนเองให้คนอื่นทิ้ง แม้แต่ของที่ตนเองรักมาก -อารมณ์แปรปรวน เช่น อารมณ์ดีมาวันหนึ่งและเศร้ามากในอีกวันหนึ่ง -เตรียมอุปกรณ์ที่อาจใช้สำหรับการฆ่าตัวตาย เช่น อาวุธหรือยา



พูน ปณ ทิโต ชีเว



การช่วยเหลือผู้ที่มีความคิด และความพยายามฆ่าตัวตาย

1) สอดถามถึงความคิดฆ่าตัวตาย เพราะผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่รุนแรงมักเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยวสิ้นหวัง มองว่าตนเองเป็นภาระ มองไม่เห็นทางออกของปัญหาของตนเอง ซึ่งนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย การสอบถามถึงความคิดฆ่าตัวตายจะทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่รุนแรงได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ ความเครียดออกมากับความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกัน โดยไม่ได้เป็นการชี้แนะหรือกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย

ตัวอย่างคำพูดที่ควรใช้

“มีความรู้สึกว่ายากหายไประยะนี้ไหม”

“มีความรู้สึกว่าไม่อยากอยู่แล้วมีไหม”

หากมีความคิดฆ่าตัวตายให้ถามถึงโอกาสฆ่าตัวตายหรือความพยายามฆ่าตัวตายต่อเพื่อวางแผนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

“มีโอกาสดังความคิดที่จะเกิดขึ้นจริงไหม”

“มีการวางแผนไหม...ถ้ามีวางแผนว่าอย่างไร”

2) แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

- กรณีที่มีอารมณ์เศร้ามาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย แต่สามารถควบคุมความคิดได้ให้ส่งต่ออาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและจิตเวชเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ได้รับการบำบัดดูแลที่เหมาะสม หรือเพื่อส่งตัวพบแพทย์ในกรณีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและมีความคิดฆ่าตัวตาย หากเขาไม่ยินยอมให้ชวนคิดถึงข้อดีถึงการเข้ารับการ

- กรณีที่มีความพยายามในการฆ่าตัวตายควรเก็บวัตถุมีคมและสิ่งที่เป็นอันตราย เช่น มีด กรรไกร วัตถุที่แตกได้ ยาหรือสารเคมีอันตรายซ่อนไว้ แจ้งอาจารย์งานสุขภาพ อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงในการฆ่าตัวตาย เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสมและส่งส่งต่อพบจิตแพทย์ตามความเหมาะสม

3) ส่งต่อโรงพยาบาลหรือถ้าอยู่ที่วิทยาลัยอาจารย์งานสุขภาพ คือ อาจารย์เยาวนาศ คำแก้ว เบอร์โทรศัพท์ 080-5422441 อาจารย์ศุภรดา วงศ์จำปา เบอร์โทรศัพท์ 089-6224380 และสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่ห้อง 502 และห้อง 503 ชั้น 5 อาคาร 100 ปี สธ. หากพบว่าความคิดหรือความพยายามในการฆ่าตัวตายสูง เพื่อประเมินเพิ่มเติมและส่งต่อเพื่อการรักษา

สิ่งที่ควรระวังหรือหลีกเลี่ยงในการช่วยเหลือผู้ที่มีอารมณ์เศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย

1) การกดดันและการคาดหวังกับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเกินความเป็นจริง โดยคาดหวังว่าเขาจะสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมได้อย่างรวดเร็ว หรือเร่งรัดผู้ป่วยจนเกินไป เช่น โน้มน้าวให้เขาพัฒนาตัวเองจนเขารู้สึกว่าตัวเองดีไม่พอ

2) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายมักรู้สึกอ่อนไหวต่อปฏิกิริยาของคนรอบข้างโดยเฉพาะบุคคลสำคัญในชีวิต เขาอาจมีการแสดงให้เห็นว่าเขาต้องการความสนใจ อย่างไรก็ตามไม่ได้แปลว่าเขา “เรียกร้องความสนใจ” หรือต้องการจะ “คร่ำคร่า” คำเหล่านี้เป็นคำที่มีความหมายในทางลบที่ฟังหวั่น ในการพูดออกมาเพราะจะยิ่งทำให้คนที่กำลังซึมเศร้ายิ่งของตนเองแล้ว

ไปอีก



พูน ปณ ทิโต ชีเว



สิ่งที่ควรระวังหรือหลีกเลี่ยงในการช่วยเหลือผู้ที่มีอารมณ์เศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย (ต่อ)

- 3) ปฏิบัติกับผู้ที่มีการซึมเศร้าไม่เหมือนเดิม ระวังอย่าให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดว่าตัวเองผิดปกติหรือแปลกแยกจากคนอื่น
- 4) ละเลยไม่สนใจสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย
- 5) ระวังความเครียด ความกดดัน และความรู้สึกผิดของตนเองที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าที่ดีขึ้น เพราะสาเหตุที่ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าไม่ดีขึ้นทันทีอาจเนื่องมาจากระดับของภาวะซึมเศร้าที่เขากำลังเป็นอยู่มีระดับที่รุนแรงไม่สามารถใช้เพียงการพูดคุยให้คำปรึกษา หรือทำกิจกรรมผ่อนคลายแล้วอาการดีขึ้น จำเป็นต้องได้รับการบำบัดขั้นสูงจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชหรือยาต้านอาการซึมเศร้าเพื่อปรับสมดุลของสารสื่อประสาท
- 6) การตัดสินถูกผิดโดยใช้ความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเอง เพราะจะทำให้ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าไม่เปิดใจ ปิดกั้นความรู้สึก ต่อต้านการสนทนา โดยให้เปิดใจรับฟังเรื่องราวจนจบ และโดยธรรมชาติของวัยรุ่นเองไม่เปิดใจ หรือมักปฏิเสธความช่วยเหลือ หากเจอผู้ที่ไม่เข้าใจ หรือตัดสิน
- 7) ระวังการทำหน้า หรือเห็นด้วยในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- 8) การให้กำลังใจที่ไม่สามารถเป็นไปได้ เช่น เคียวทุกอย่างจะดีขึ้นเอง พงษ์นี้ทุกอย่างก็จะดีขึ้น อย่าคิดมาก เคียวก็คิดเอง เคียวก็ผ่านไป จะเศร้าไปถึงไหนกัน ฮู้ๆ นะ
- 9) หลีกเลี่ยงการมุ่งให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าเป็นหลัก

อาการแสดงที่บ่งบอกว่าภาวะซึมเศร้ามีอาการรุนแรงขึ้น

อาการของภาวะซึมเศร้าในแต่ละคนอาจจะแสดงออกแตกต่างกัน ผู้ใกล้ชิดจึงควรหัดสังเกตว่าอาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะเฉพาะตัวอย่างไร เพื่อจะได้ทราบว่าขณะนี้อาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือแย่ลง เช่น พฤติกรรมหรือวิธีพูดที่อาจบ่งบอกว่าอาการซึมเศร้านั้นแย่ลง เช่น นอนมากกว่าเดิม เก็บตัวอยู่ในห้อง พูดถึงความตาย ดูเว็บไซด์หรือเพจที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ฯลฯ

หากพบควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ช่องทางการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต

1. สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
2. ปรึกษาออนไลน์ผ่านเฟซบุ๊กแฟนเพจ สายด่วนสุขภาพจิต 1323
<http://www.facebook.com/helpline1323>
3. ผ่าน Application Line Official Account ชื่อ friendship โดยสามารถเข้าใช้บริการโดยการสแกน QR Code ในภาคผนวก
4. ปรึกษาอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ห้อง 502 และห้อง 503 อาคาร 100 ปี สธ.

พูน ปณ ทิโต ชีเว

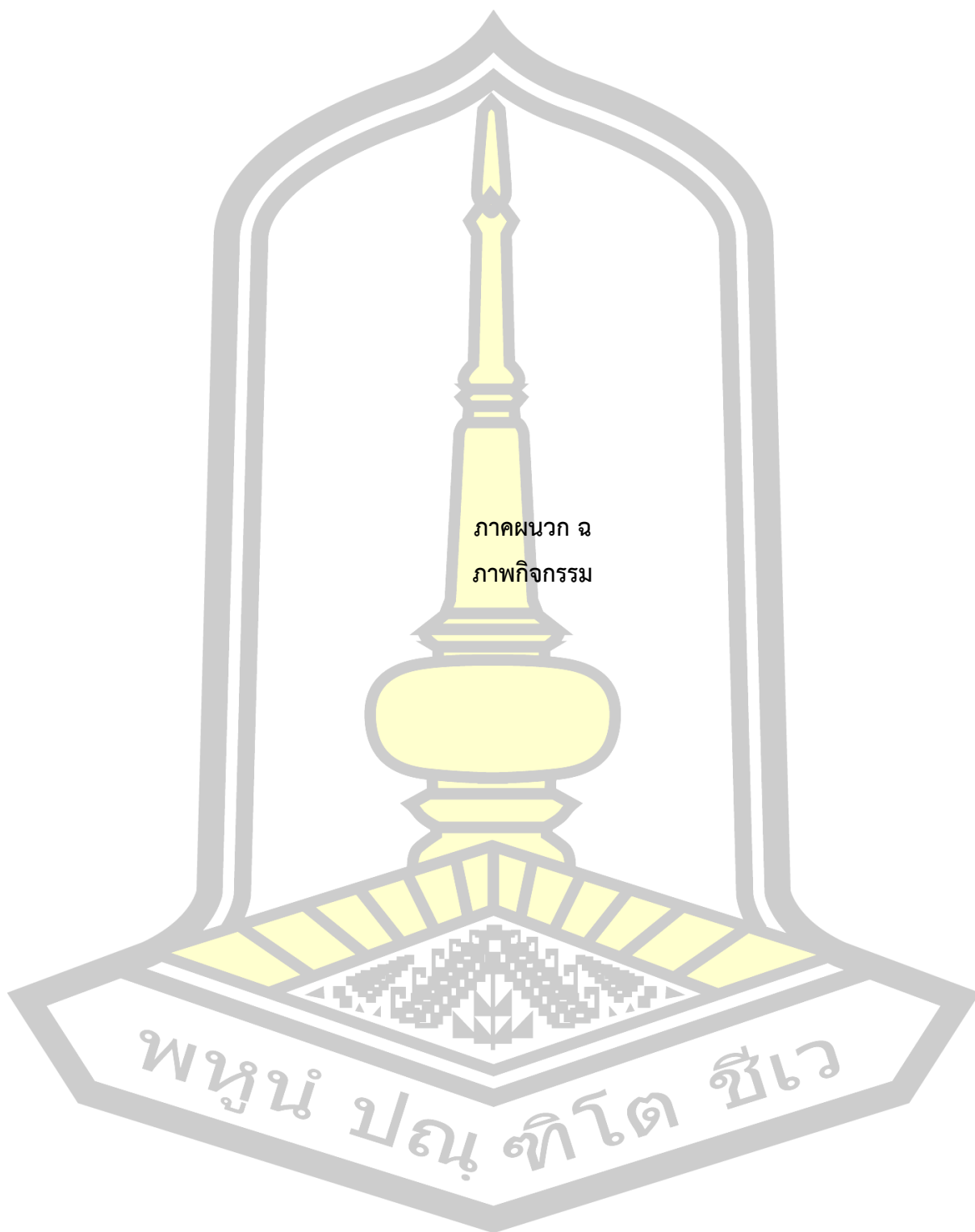


บรรณานุกรม

- กมลนันท์, คล่องดี และสุรชัย เหมือง. (2564). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 13(1), 148-157.
- ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง, ทิวา มหัทธรม, สุวีณา เกิดม่วง, และศักดิ์กร สุวรรณเจริญ. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 82-90.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ฐูปาน, และภาคินี เคชชัยยศ. (2562). การแก้ปัญหาทางสังคมและการซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 34(1), 87-99.
- ชุตติกา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 1-11.
- นฤมล สมรรสุเสรี และสุวิภาณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 11-27.
- ปาริชาติ รัตนราช, สวลีย์ อักษรวงศ์, และวิวัฒน์ กิตติพิชัย. (2559). การพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือและการให้คำปรึกษานักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยการศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 17(1), 47-58.
- ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนันท์ คล่องดี, และสุรชัย เหมือง. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 104-116.
- ศศิวิมล บุรณะเรข, มาลินี ใจเย็น และใจนภา แก้วจันทร์. (2565). ภาวะสุขภาพจิตและความต้องการบริการด้านสุขภาพจิตในสถานศึกษาของนักศึกษาระดับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(1), 137-148.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2566). คู่มือนักศึกษา ปีการศึกษา 2564 สถาบันพระบรมราชชนก. สดวบัณฑิตพระบรมราชชนก. สืบค้น 5 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://plac.th/news/977>
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า Clinical practice guideline for adolescents with depression. กรุงเทพฯ: บิอนด์ ฟันดิ้ง.
- สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล*. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://ipsr.mahidol.ac.th/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2565). *ซึมเศร้าในวัยรุ่นเรียน สัญญาณเตือนก่อนสูญเสีย*. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://www.thaiealth.or.th/>
- สุรชัย เหมือง, ปาริชาติ เมืองขวา และกมลนันท์ คล่องดี. (2564). รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าตามความต้องการของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 13(2), 397-407.
- Beck, A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania.



พูน ปลูก ทัต ชีเว



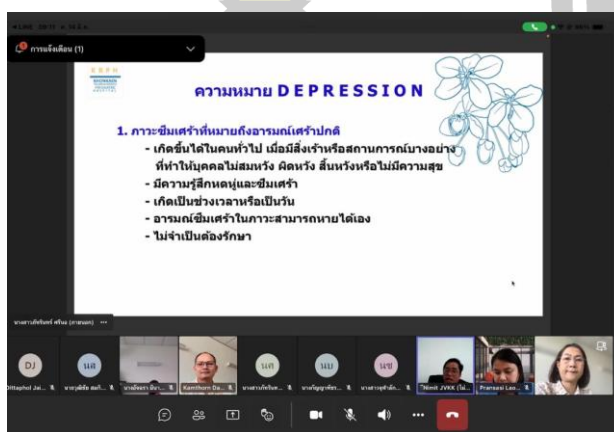
ภาคผนวก ฉ
ภาพกิจกรรม

พหุ ประทีป ชัยเว

ภาพกิจกรรม









พหุบัณฑิต โท โท ขเว



พหุ ประถมศึกษา ชะเว



พหุพันธ์ ปณฺ ทิโต ขเว



mental health

counseling Friendship

By 

- การให้คำปรึกษาออนไลน์ผ่านทาง LINE Official Account ชื่อ friendship
- วิทยุธรรมะ เพื่อ ให้คำปรึกษาคำถาม
- ส่วนงานที่ดูแลเด็กนักเรียนไทยที่มีปัญหาและ
- มีปัญหาต่างๆ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ (สามารถเบสิชเงิน รูปโปรไฟล์ที่ของรับบริการ)

*Admin ที่ให้คำปรึกษา คือ อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ข้อตกลงบริการเบื้องต้น

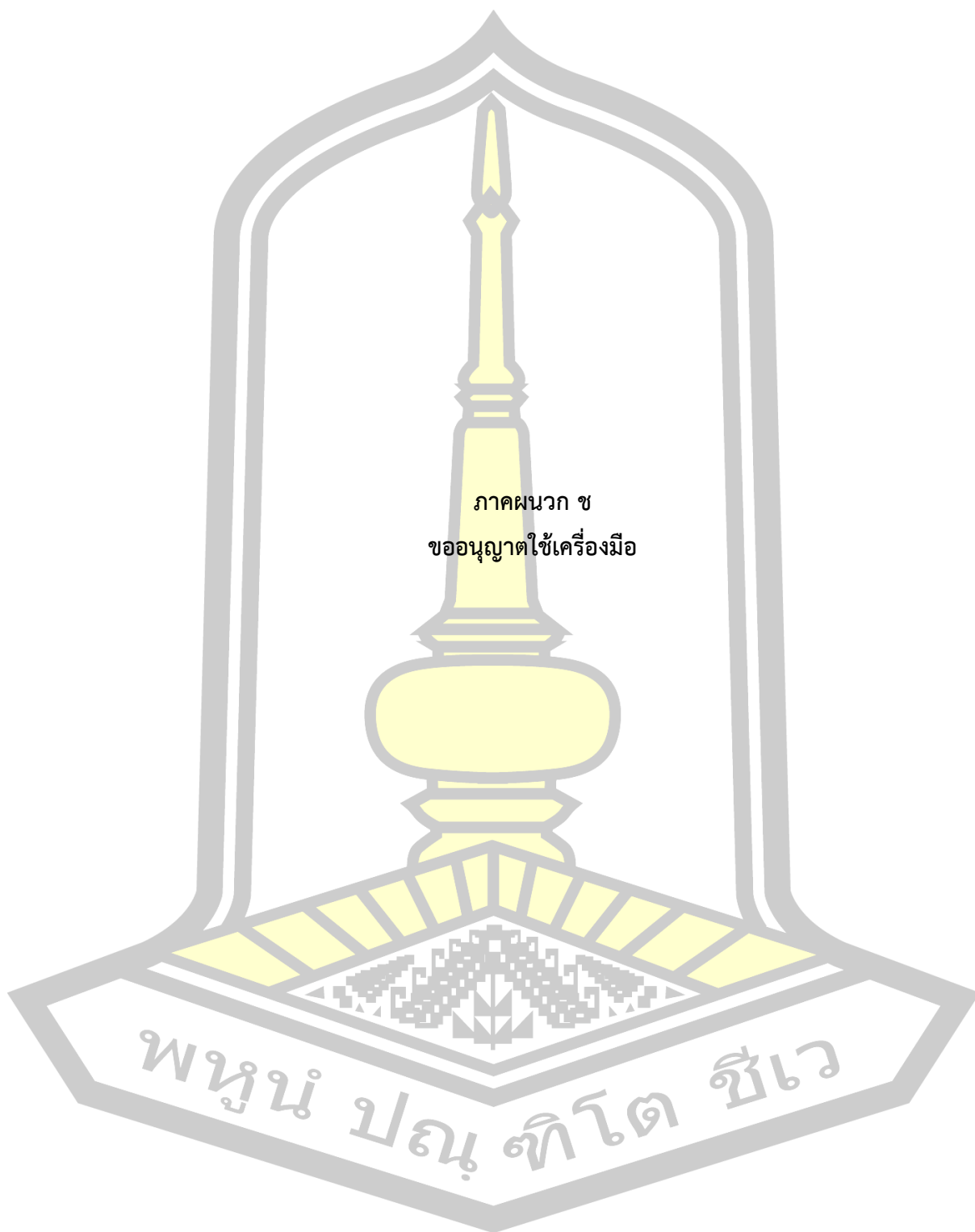
1. บุคคลหรือสารคดีขอความช่วยเหลือ
2. ให้คำปรึกษาฟรีด้วย ระยะเวลา 1 ชั่วโมง
3. บุคคลบางรายอาจต้องรับบริการที่ศูนย์บริการ
4. ค่าบริการ 100 บาท/ครั้ง 10-15 นาที

ป.จ. หากมีประเด็นเร่งด่วนสามารถโทรนอกเขตเวลาได้

ไปทางการศึกษา




พหุ



ภาคผนวก ข
ขออนุญาตใช้เครื่องมือ

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ อว ๐๖๐๕.๓๘/๑๒๓๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๑๕๐

๒๘ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่าร์คนศรี นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
ดุขุภักดิ์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร
เหลื่องอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา เป็น
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าใน
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model
in nursing students Srimahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
ดุขุภักดิ์บัณฑิต โดยระยะที่ ๓ ของการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการวิจัยเพื่อให้การวิจัยเป็นไป
ด้วยความเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย

ในการนี้ จึงขอความอนุเคราะห์ อนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ชื่อแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี
ซึ่งพัฒนาโดย นางสาวพัชรา รุ่งสันเทียะ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โดย
มีวัตถุประสงค์ในการใช้เครื่องมือเพื่อนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็น
หนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธรัตน์ ยั้งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ (๕๐๐) โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เหล่าร์คนศรี โทรศัพท์ ๐๖๒ ๙๒๙ ๕๙๙๕

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๓๒๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๑๕๐

๑๕ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
ดุขฎิบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร
เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา เป็น
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าใน
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model
in nursing students Srimahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
ดุขฎิบัณฑิต โดยระยะที่ ๑ ของการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการวิจัยเพื่อให้การวิจัยเป็นไป
ด้วยความเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย

ในกรณีนี้ จึงขอความอนุเคราะห์ อนุญาตให้เครื่องมือวิจัย ชื่อแบบสอบถามแรงสนับสนุน
ทางสังคม ซึ่งพัฒนาโดย นายไพศาล เข้มวงษ์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา
๒๕๕๕ โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้เครื่องมือเพื่อนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแรงสนับสนุน
ทางสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ชัยอิน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ (๕๐๐) โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี โทรศัพท์ ๐๖๒ ๙๖๙ ๕๔๙๔

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑ วิ ศษ



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๑๕๐

๑๘ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน ศ.นพ. ทินกร วงศ์ปกรันย์ และ ศ.พญ. ณพทัย วงศ์ปกรันย์

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
ดุขภูมบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร
เหลืออุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เหมิกา สมบัติโยธา เป็น
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าใน
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model
in nursing students Srimahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดมหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
ดุขภูมบัณฑิต โดยระยะที่ ๓ ของการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการวิจัยเพื่อให้การวิจัยเป็นไป
ด้วยความเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย

ในการนี้ จึงขออนุญาตให้ อนุญาตให้เครื่องมือวิจัย ชื่อแบบสอบถามความรู้สึ
ภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับภาษาไทย โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้เครื่องมือเพื่อนำแบบสอบถามไป
ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา
พยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐรัตน์ ชัยนิวัฒน์

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ (๕๐๐) โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี โทรศัพท์ ๐๖๖ ๙๖๙ ๕๔๙๔

ที่ อว ๐๖๐๕.๓๘/๑๕๓๔



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๓๕๐

๑๕ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
ดุขุฎิบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร
เหลือองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา เป็นที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าใน
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (Development of depression prevention model
in nursing students Srimahasarakham) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
ดุขุฎิบัณฑิต โดยระยะที่ ๑ ของการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการวิจัยเพื่อให้การวิจัยเป็นไป
ด้วยความเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย

ในการนี้ จึงขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย ชื่อแบบสอบถามความแข็งแรง
ในชีวิต ซึ่งพัฒนาโดย ผศ. ดร.พัชรินทร์ นิลจันทร์ โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้เครื่องมือเพื่อนำแบบสอบถาม
ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลความแข็งแรงในชีวิต ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา
พยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนิวิรัตน์ อึ้งยี่ม)

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ (๕๐๐) โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ปฏิบัติงานราชการที่คณะสาธารณสุขศาสตร์

ผู้ประสาน นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี โทรศัพท์ ๐๖๖ ๙๒๙ ๕๔๙๔

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี
วันเกิด	วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดกาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 11 หมู่ 9 ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 46130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ 50 ถนนผดุงวิถี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนฟ้าแดดสูงยางวิทยาคาร อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2550 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี พ.ศ. 2550 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2568 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทัโต ชีเว