

วารสารจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต



ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562

JOURNAL OF PSYCHOLOGY KASEM BUNDIT UNIVERSITY

Volume 9 Number 1 January - June 2019

ISSN 2286-6663

- ความโกรธและแนวทางการจัดการความโกรธในวัยรุ่น
- ผลของกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติในการลดความกลัวต่อการฉีดยาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1
- ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์
- ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลลำปาง
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย
- ผลของการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสที่มีต่อการลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกโรงเรียนพิบูลประชาสรรค์
- การเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยการใช้โปรแกรมลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ
- ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ที่มีต่อระดับความเครียดและความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง
- ความหวัง
- บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) : การคิดเชิงบริหารและการกำกับตนเองในวัยรุ่น

KASEM BUNDIT UNIVERSITY

PSYCHOLOGY

วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

เจ้าของ

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ที่ปรึกษา

1. ดร.วัลลภ สุวรรณดี
2. ดร.เสนีย์ สุวรรณดี
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา

กองบรรณาธิการบริหาร

1. ศาสตราจารย์ ดร.เผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์
2. ศาสตราจารย์ศรียา นิยมธรรม
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา
4. รองศาสตราจารย์ ดร.รัฐจวน คำชिरพิทักษ์
5. รองศาสตราจารย์ ดร.อรจรีย์ ณ ตะกั่วทุ่ง
6. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี พันธุ์มณี
7. รองศาสตราจารย์ไพบุลย์ เทวรักษ์
8. อาจารย์ ดร.เจษฎา อังกาบสี

กองบรรณาธิการวิชาการ

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สุวรรณทัต | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.เผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 3. ศาสตราจารย์ศรียา นิยมธรรม | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนทะสร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.นันทา สุริรักษา | สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.สิทธิโชค วรรณสันติกุล | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณช แหยมแสง | มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร.รัฐจวน คำชिरพิทักษ์ | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคัมภีร์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 13. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี พันธุ์มณี | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 14. รองศาสตราจารย์มุกดา ศรียงค์ | มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เย็นใจ เลหาวนิช | มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต |
| 16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระวัฒน์ ปันนิตามัย | สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ |
| 17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริวัฒน์ ศรีเครือดง | มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|---|-------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง | บรรณาธิการ |
| 2. นางสาวรัศมีดารา ดารากร ณ อยู่ธยา | ผู้ช่วยบรรณาธิการ |
| 3. นางสาวจันทิมา ขณะรัตน์ | ผู้ช่วยบรรณาธิการ |

คณะกรรมการจัดทำวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ไพบุลย์ เทวรักษ์ | ประธานกรรมการ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง | กรรมการ |
| 3. นางสาวรัศมีดารา ดารากร ณ อยู่ธยา | กรรมการและเลขานุการ |
| 4. นางสาวรุณรัตน์ ภูตอก | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.อารี สันหนวี | นักวิชาการอิสระ |
| 3. ศาสตราจารย์ศรียา นิยมธรรม | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.คัคนางค์ มณีศรี | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร ฉัตรสุภกุล | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.ดารณี อุทัยรัตนกิจ | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร.นพพร แหยมแสง | มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร.นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยู่ธยา | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา วิหคโต | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 13. รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา ศรียงค์ | มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 14. รองศาสตราจารย์ ดร.รัญจวน คำวชิรพิทักษ์ | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 15. รองศาสตราจารย์ ดร.ลัดดาพรรณ ณ ระนอง | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 16. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณุช แหยมแสง | มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 17. รองศาสตราจารย์ ดร.สุกรี รอดโพธิ์ทอง | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 18. รองศาสตราจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 19. รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 20. รองศาสตราจารย์ ดร.สมสรรณุก์ วงษ์อยู่น้อย | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 21. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรัฎา รอดมณี | วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ |
| 22. รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 23. รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ตัญคุ้มภีร์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 24. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี พันธมณี | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 25. รองศาสตราจารย์ชูศรี วงศ์รัตน์ | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 26. รองศาสตราจารย์นิภา ศรีไพโรจน์ | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |

27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปนัดดา ธนเศรษฐกร	มหาวิทยาลัยมหิดล
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประศักดิ์ หอมสนิท	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พาสนา จุฬรัตน์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศักดิ์นา บุญเปี่ยม	มหาวิทยาลัยบูรพา
34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธ์ ศรีวันยงค์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริวัฒน์ ศรีเครือดง	มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สันทนา วิจิตรเนาวรัตน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พนม เกตุมาน	มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดวันออกวารสาร

- ปีละ 2 ฉบับ - ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน กำหนดออกวารสาร เดือนมิถุนายน
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม กำหนดออกวารสาร เดือนธันวาคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาค้นคว้า สร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการด้านจิตวิทยา ของคณาจารย์ นักวิชาการและนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา
2. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิชาการและผลงานวิจัยทางจิตวิทยาสู่สาธารณชน
3. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการด้านจิตวิทยา ระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยงานทางวิชาการ หน่วยงานปฏิบัติการและนักวิชาการอิสระทางด้านจิตวิทยา

พิมพ์ที่

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
เลขที่ 1761 ถนนพัฒนาการ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250
โทรศัพท์ 0-2320-2777 โทรสาร 0-2720-4677
ISSN 2286-6663

สำนักงาน

หลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยา ระดับบัณฑิตศึกษา (ชั้น 3 อาคารเกษมพัฒน์)
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต วิทยาเขตพัฒนาการ
โทรศัพท์/โทรสาร 0-2320-2777 ต่อ 1134, 1163
e-mail: journal.psy.kbu@gmail.com
<http://journal.psy.kbu.ac.th>

ปีที่พิมพ์

2562

คำนิยม

วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ได้เดินทางมาถึงฉบับครบรอบปีที่ 9 แล้ว นับเป็นประจักษ์พยานแห่งความมุ่งมั่นตั้งใจของคณะบรรณาธิการและผู้จัดทำที่ได้ร่วมแรงร่วมใจกันอย่างเข้มแข็งเพื่อมุ่งส่งเสริมให้ศาสตร์และวิชาชีพจิตวิทยาได้ขยายขอบข่ายของการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ในการวิเคราะห์ อธิบาย ทำนาย และเสริมสร้างความเป็นมนุษย์ที่แท้จริงให้พร้อมเผชิญกับสภาวะความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและหลากหลายที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน

ในนามของหลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยา ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ขอแสดงความชื่นชมและขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง รองศาสตราจารย์ไพบุลย์ เทวรักษ์ ผู้เป็นบรรณาธิการและประธานคณะกรรมการจัดทำวารสาร รวมทั้งท่านผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความและท่านนักวิชาการผู้กรุณาส่งบทความที่มีคุณภาพ ขอเป็นกำลังใจให้ทุกท่านได้มีส่วนกำลังเป็นกัลยาณมิตรในด้านจิตวิทยาให้มนุษย์และสังคมได้มีพัฒนาการอย่างยั่งยืนต่อไป

ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจและใฝ่พัฒนา



(รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ผู้อำนวยการหลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยา ระดับบัณฑิตศึกษา

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน 2562 ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นฉบับที่ 1 ของปี ในการนำเสนอบทความทางวิชาการและบทความวิจัยทางด้านจิตวิทยาของอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการในสาขาวิชาจิตวิทยา จากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยรามคำแหง และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งบทความทุกฉบับได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตวิทยา ด้านสถิติ และการวิจัย ทำให้เนื้อหาทุกคอลัมน์ของวารสารมีคุณภาพ เพื่อท่านผู้อ่านจะได้รับความรู้ทางวิชาการและสามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการอ้างอิง และประยุกต์ใช้ในทางวิชาการได้

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ส่งบทความมาให้พิจารณาตีพิมพ์ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิถ้อยแถลงบทความที่กรุณาพิจารณาให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความถูกต้องทันสมัยตามหลักเกณฑ์ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนในการจัดทำวารสารจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ซึ่งกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านในการนำไปประยุกต์ใช้และสร้างสรรค์ผลงานวิชาการทางจิตวิทยาต่อไป หากมีข้อผิดพลาดประการใด ขอน้อมรับไว้เพื่อการนำไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป



(รองศาสตราจารย์ ดร.อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง)

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
ความโกรธและแนวทางการจัดการความโกรธในวัยรุ่น อาจารย์ชนิตา แดงอุดม	1-15
ผลของกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติในการ ลดความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 นางสาวธนวรรณ พิทักษ์กชกร อาจารย์ ดร.พัชรินทร์ เสรี รองศาสตราจารย์สุพร อภินันทเวช	16-27
ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นใน สถานสงเคราะห์ นางสาวพุกษา พึ่งสุข รองศาสตราจารย์ ดร.มานิกา วิเศษสาธ	28-39
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลลำปาง นางสาวชญาภา สุนันทชัยกุล รองศาสตราจารย์ ดร.มานิกา วิเศษสาธ	40-51
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดและวิธีการจัดการ ความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย นายนำชัย รัตนพงษ์บัณฑิต รองศาสตราจารย์ ดร.อารี พันธุ์มณี	52-66
ผลของการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทาง สัมผัสที่มีต่อการลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกโรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ นางสาวนาฏลัดดา สังกะสี ศาสตราจารย์ศรียา นิยมธรรม	67-84
การเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยการใช้โปรแกรมลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ นางสาวเอมอร คำแก้ว รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา	85-96

สารบัญ (ต่อ)

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ที่มีต่อระดับความเครียดและความ เชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง นางสุนนกาญจน์ ลาภกิตติเจริญชัย รองศาสตราจารย์ ดร.อารี พันธุ์มณี	97-109
ความหวัง นายภัทรกร मुखศรีนาค ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา	110-117
บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) : การคิดเชิงบริหารและการกำกับตนเองในวัยรุ่น รองศาสตราจารย์ ดร.นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล	118-129
คำแนะนำสำหรับผู้ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต	130-133

ความโกรธและแนวทางการจัดการความโกรธในวัยรุ่น

Anger and anger management approach in adolescents

ชนิตา แดงอุดม

บทคัดย่อ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยหนึ่งของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากไปจากวัยเด็ก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการปรับตัวในบริบทสังคมใหม่ ๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่หลากหลายโดยหนึ่งในอารมณ์เหล่านั้นคือ “ความโกรธ” ความโกรธเป็นสภาวะอารมณ์หนึ่งที่มีความรุนแรงและสามารถกระตุ้นให้บุคคลแสดงความก้าวร้าวได้ การพยายามเก็บอารมณ์โกรธอาจก่อให้เกิดความเครียดซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต และสุขภาพกายตามมา เช่น การปวดศีรษะ ปวดท้องอันเนื่องมาจากการเก็บกดอารมณ์มากเกินไป การมีทักษะการจัดการความโกรธอย่างเหมาะสมจึงเป็นวิธีหนึ่งในการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี แต่ในกลุ่มวัยรุ่นอาจยังมีวิธีการในการจัดการความโกรธที่มีประสิทธิภาพไม่มากนัก เนื่องจากการจัดการความโกรธเป็นทักษะที่ต้องอาศัยการเรียนรู้และประสบการณ์การแก้ปัญหาของบุคคล ดังนั้น วัยรุ่นบางคนจึงอาจมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความโกรธและลักษณะความโกรธในวัยรุ่นจึงมีความสำคัญในการหาแนวทางสร้างเสริมทักษะการจัดการความโกรธในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: ความโกรธ, การจัดการความโกรธ, วัยรุ่น

Abstract

Adolescence is the phase of life that comes to change dramatically from childhood including body, mind and adaptation in a new social context. These changes are related to the occurrence of various emotions, one of these is "anger". Anger is an intense emotional state and can stimulate people to show aggression. If this emotion is suppressed, it may cause stress which leads to mental health problems and physical illness such as headaches, abdominal pain due to excessive emotional suppression.

Anger management is one of the skills that can promote mental health. Having appropriate anger management skills is one of the ways which can encourage people to have good mental health. However, in adolescents, there may not be a very effective method of managing anger because it is a skill enhanced by individuals' learning and experience in solving problems. Thus, some people in this age may have problems controlling their emotions and behaviors. Understanding the anger and the nature of anger in adolescents is important in finding ways to enhance the anger management skills among them.

Key words: Anger Anger management Adolescence

บทนำ

ความโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานหนึ่งของมนุษย์ ที่มีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพจิตของบุคคล เนื่องจากเป็นสภาวะอารมณ์ที่มีความรุนแรงและอาจนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวหรือปัญหาในการดำเนินชีวิตได้ ความโกรธเกี่ยวข้องข้องกับการตอบสนองต่อความไม่พึงพอใจ ไม่เป็นมิตร หรือความรู้สึกถูกคุกคาม โดยมากแล้วความโกรธจะถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ เช่น ความกดดันในการเรียน/การทำงาน ความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ความทุกข์ยากในครอบครัว หรือการประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความบอบช้ำทางจิตใจ โดยความโกรธมักส่งผลกระทบต่อการประมวลผลข้อมูล การคิดอย่างมีเหตุผล และการกระทำที่ขาดการไตร่ตรอง หากความโกรธไม่ถูกทำให้หายไปหรือบรรเทาลงย่อมส่งผลในทางลบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้างในระยะยาว ดังนั้นความโกรธจึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีต่อไปในอนาคต

ในกลุ่มวัยรุ่น ความโกรธเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากช่วงวัยนี้บุคคลต้องรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และบริบทการดำเนินชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้ใหญ่ ฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ อารมณ์โกรธในวัยรุ่นจึงมีความรุนแรง ไม่คงที่ ควบคุมได้ยาก โดยส่วนใหญ่อารมณ์ที่เกิดขึ้นจะยังไม่หายไปในเวลาอันสั้น (มีการค้างค้ำของอารมณ์) ลักษณะพื้นฐานของอารมณ์โกรธจะส่งผลกระทบต่อความคิดและการตัดสินใจ (Kassinove, et al., 2002) การควบคุมและการตอบสนองอย่างเหมาะสมตามบริบทสังคมจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ยากสำหรับวัยรุ่น ในบางรายอาจสามารถปรับตัวและตอบสนองอย่างเหมาะสมได้ แต่ในบางรายอาจมีการแสดงความโกรธออกมาอย่างเปิดเผยทั้งทางร่างกายและวาจาที่อาจมีความรุนแรง หุนหันพลันแล่น หรือขาดการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ เช่น การตอบสนองทางวาจาอย่างขุ่นเคือง การทำลายสิ่งของ ทะเลาะวิวาท หรือทำร้ายร่างกาย เป็นต้น (Kassinove, Tafrate, & Dundin, 2002) ซึ่งการกระทำที่ขาดการยับยั้งเหล่านี้อาจจะเป็นการการทำลายสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง (Tafrate & Kassinove, 2002) อย่างไรก็ตาม การแสดงความโกรธทางร่างกายอย่างรุนแรงนี้จะลดลงในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งช่วงวัยนี้มักแสดงความโกรธทางสีหน้า แววตา เช่น หน้าบึ้ง แววตาเกรี้ยวกราด

ไม่ยอมพูดและไม่ยอมทำในสิ่งที่ได้ตั้งใจไว้ ในบางรายอาจจะเก็บความโกรธเอาไว้ในใจกลายเป็นคนเจ้าคิดเจ้าแค้นอยู่ในใจหรือพยายามเก็บกดเอาไว้ไม่แสดงออกมา กระทำเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา และหากปล่อยไว้ในระยะยาวอาจส่งผลเสียต่อความเป็นอยู่ที่ดีหรือความสุขในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ ความโกรธในวัยรุ่นยังสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการมีความนับถือตนเองต่ำ (low self-esteem) (Mahon, et al., 2010) รวมถึงปัญหาการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ (Awalt & Reilly, 1997)

แม้ว่าความโกรธจะเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ผลกระทบที่เกิดจากอารมณ์ดังกล่าวสามารถนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและผลกระทบทางลบด้านอื่น ๆ ตามมา เช่น ความรุนแรงและการเสียชีวิต (Nasir, & Ghani, 2014) การมีทักษะการจัดการความโกรธที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามที่กล่าวมา แต่การจัดการความโกรธเป็นวิธีการตอบสนองรูปแบบหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นผ่านการเรียนรู้ของบุคคล และเนื่องจากวัยรุ่นยังมีประสบการณ์เผชิญปัญหาไม่มากประกอบกับบุคลิกภาพทางอารมณ์ที่ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ จึงอาจต้องการคำปรึกษาหรือการเสริมสร้างทักษะเพื่อช่วยในการหาวิธีที่เหมาะสมในการรับมือกับความโกรธ โดยพบว่า การเสริมสร้างทักษะในการจัดการความโกรธจะช่วยลดปัญหาความก้าวร้าวในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ (Valizadeh, Davaji, & Nikamal, 2010) ดังนั้น การจัดการความโกรธจึงเป็นทักษะที่มีความสำคัญสำหรับช่วงวัยนี้

สภาวะและผลกระทบจากความโกรธ

ความโกรธเป็นสภาวะอารมณ์ปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นอันตรายต่อตัวเอง เช่น ความรู้สึกถูกคุกคาม การไม่ได้รับความยุติธรรม ความรู้สึกถึงการเป็นปฏิปักษ์ เป็นต้น โดยความโกรธเป็นกลไกในการอยู่รอดหนึ่งของมนุษย์ ที่ทำหน้าที่ในการป้องกันหรือปกป้องความนับถือตนเองของบุคคล (self-esteem) และเพิ่มความสามารถในการแก้ไขความคับข้องใจ อีกทั้งยังกระตุ้นให้บุคคลเกิดความมุ่งมั่นในการเอาชนะอุปสรรค ความโกรธจึงมีความสำคัญในการปรับตัวรับมือกับความทุกข์ยากในชีวิต และเป็นแรงผลักดันให้เกิดความขยันหมั่นเพียรขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความไม่พอใจหรือความรู้สึกไม่เป็นที่ธรรม โดยกระตุ้นให้บุคคลรวบรวมทรัพยากรเชิงบวกที่มีอยู่ในตัวมาใช้ในการแก้ปัญหา แต่การชดเชยหรือการปกป้องตนเองจากความคับข้องใจต่าง ๆ ด้วยบทบาทของความโกรธ หากเป็นไปในทางลบ จะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และมีส่วนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความเครียด อีกทั้งความเสียหายทางด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และการมีอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่มีความสุขอื่น ๆ เช่น ความโศกเศร้า ความกลัว และความผิดหวัง เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลกระทบของอารมณ์โกรธนั้นเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ ความโกรธที่ไม่รุนแรงอาจมีประโยชน์ต่อบุคคล แต่ในบางครั้งความโกรธที่คงอยู่ยาวนานและมีความรุนแรงอาจส่งผลร้ายอย่างมากต่อบุคคลเช่นกัน (Kassinove and Sukholdosky, 1995:1)

นอกจากความโกรธจะมีความเกี่ยวเนื่องกับความก้าวร้าวและความรุนแรงแล้ว ความโกรธที่รุนแรงและเรื้อรังยังมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางพฤติกรรมในเชิงลบและปัญหาสุขภาพระยะยาว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (Williams, et al., 2000) โรคหลอดเลือดสมอง (Everson, et al., 1999) มีงานวิจัยพบว่า ความโกรธที่เรื้อรังและการอดกลั้นความโกรธจะส่งผลเสียต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต และโรคมะเร็ง (Botow, et al., 2000) ส่วน ทางด้านสุขภาพจิต จะเกี่ยวข้องกับ

การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขของบุคคล ความโกรธทำให้เกิดโรคทางจิตเวชได้มากมาย เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar) บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) และโรคจิตเภท (schizophrenia) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคจิตเภทแบบหวาดระแวง (paranoid schizophrenia)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความโกรธในวัยรุ่น

1. ปัจจัยทางชีวภาพถาวร เป็นปัจจัยเกี่ยวกับพันธุกรรมและอารมณ์ โดยมีงานวิจัยที่ให้การสนับสนุนว่าอิทธิพลของพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับการแสดงอารมณ์โกรธซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น (Wang, X., et al., 2005)

2. ปัจจัยกึ่งถาวร เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นในช่วงอายุที่แตกต่างกัน ได้แก่

2.1 ระดับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงวัย ในช่วงวัยรุ่น เป็นช่วงที่มีฮอร์โมนมากมายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ วัยรุ่นบางรายเกิดความไม่มั่นใจในตนเองเกี่ยวกับสรีระร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความโกรธและความสับสนขึ้นได้ (Ramirez, 2003)

2.2 การให้ความสำคัญกับบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งจะรวมไปถึงการตีความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบอันเป็นผลมาจากความคิดและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน วัยรุ่นอาจเกิดความโกรธมากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้ใหญ่อาจไม่ได้ให้ความสำคัญต่อเรื่องนั้น ๆ แล้ว แต่ในขณะที่เดียวกันอาจเกิดความรู้สึกดังกล่าวขึ้นกับผู้ใหญ่บางคนได้เช่นกัน ความโกรธที่เกิดขึ้นในวันรุ่นนั้นมักเกิดจากความรู้สึกถึงการถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม การไม่ได้รับความยุติธรรมหรือถูกขัดขวางสิทธิที่ตนควรได้รับ การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น การถูกล้อเลียน การถูกเปรียบเทียบกับผู้ที่เด่นกว่าตน (Edwards, Mortel, & Stevens, 2018)

3. ปัจจัยจากสถานการณ์ เช่น

3.1 การไชยาหรือการดื่มสุรา มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล บุคคลที่อ่อนไหวง่าย เมื่อดื่มสุราหรือไชยาเสพติดอาจมีการตีความสิ่งเร้าบิดเบือนไปจากความเป็นจริง และกระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธได้ง่าย (Spigner, Hawkins, & Loren, 1993) นอกจากนี้ ผลกระทบที่เกิดจากการไชยาเสพติดและสุรายังส่งสามารถยับยั้งความคิดในเชิงตรรกะและเหตุผล รวมถึงความทรงจำเกี่ยวกับความรู้สึกผิด ชอบชั่ว ดีของบุคคล ส่งผลให้ทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่ตามมา และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Miczek, et al., 1994)

3.2 สิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถกำหนดรูปแบบการแสดงออกของบุคคลได้ (Matsumoto, Yoo, & Chung, 2010) โดยมีงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องนี้ให้การสนับสนุนว่า เด็กที่อาศัยอยู่ท่ามกลางสังคมหรือครอบครัวที่มักมีการแสดงออกทางอารมณ์ในเชิงก้าวร้าว มีแนวโน้มในการแสดงความก้าวร้าวมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในสังคมที่มีการช่วยเหลือกันด้วยอารมณ์ทางบวก นอกจากนี้พบว่า เด็กที่อยู่ท่ามกลางผู้ใหญ่ที่มีอารมณ์รุนแรงและแสดงความก้าวร้าวให้เห็น จะเกิดการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงขาดการได้รับคำแนะนำในการจัดการความคิดและอารมณ์ที่เหมาะสม มักเกิดอารมณ์โกรธได้ง่ายในสถานการณ์ต่าง ๆ (Strayer, & Roberts, 2004)

3.3 การเลี้ยงดูในวัยเด็ก รูปแบบการเลี้ยงดูที่แตกต่างกันส่งผลต่อปฏิกิริยาความโกรธต่างกัน การกระตุ้นและกดดันจากผู้ปกครองส่งผลต่อความโกรธและความรู้สึกต่อต้านในเด็ก (Metcalf & Gaier, 1987; Bardina, & Wilson, 1997) โดยพบว่า รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (authoritarian parenting style) ซึ่งมีความเข้มงวดในเรื่องระเบียบวินัยและการลงโทษมีผลในการส่งเสริมอารมณ์โกรธในเด็ก (Muris, et al., 2004)

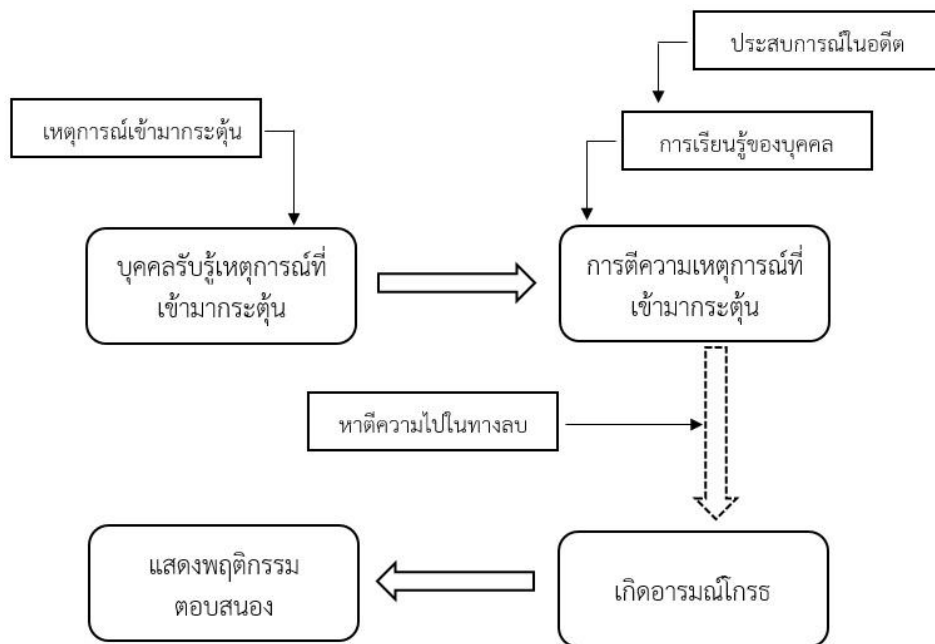
3.4 ปัจจัยอื่น ๆ ในแง่ของอาการทางคลินิกที่มีผลมาจากการได้รับบาดเจ็บ เช่น โรคจิตแตกแยก (Schlumpf, et al., 2013) โรคที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของสมอง (Wood, & Thomas, 2013) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Dyer, et al., 2009) จะเห็นว่า ความโกรธของบุคคลมีผลมาจากหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยเกี่ยวกับภูมิหลังของการเรียนรู้ส่วนบุคคล วัฒนธรรม และสังคม รวมไปถึงปัจจัยทางสถานการณ์ ดังนั้น ระดับความโกรธที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันแม้ว่าจะเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันก็ตาม บุคคลในช่วงวัยเดียวกันไม่ได้แสดงออกมาในทางเดียวกันทั้งหมด

ขั้นตอนของการเกิดความโกรธ

อารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ โดยเริ่มจากการรับรู้ทางประสาทสัมผัสจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้น (เช่น การได้ยินเสียง ความรู้สึกเจ็บจากการถูกชน เป็นต้น) เมื่อเกิดการรับรู้แล้ว บุคคลจะตีความสิ่งเร้านั้นตามประสบการณ์และการเรียนรู้ในอดีตที่ผ่านมา เช่น สุนัขกำลังวิ่งมาหา (สิ่งเร้าที่มากระตุ้น) ในตอนเด็กเคยถูกสุนัขกัด (ประสบการณ์ในอดีต) บุคคลจึงเกิดการตีความว่ามีอันตรายเกิดขึ้น และรู้สึกกลัวสุนัข เป็นต้น เช่นเดียวกับกับความโกรธ ตัวอย่างเช่น การถูกเดินชนล้มและเกิดความเจ็บปวดขึ้น หากบุคคลตีความสีหน้าท่าทางของผู้ที่เหยียบว่าไม่ได้ตั้งใจให้เกิดสถานการณ์ดังกล่าวหรือแสดงความรู้สึกผิด บุคคลมีแนวโน้มที่จะให้อภัยหรือมีอารมณ์ในทางลบที่รุนแรงน้อยกว่าการตีความว่าผู้อื่นตั้งใจเดินชนตนเอง วัยรุ่นที่คุ้นเคยกับการเห็นพ่อแม่ต่อสู้กันบ่อยครั้งมีแนวโน้มที่จะตีความผู้ที่เดินเข้ามาหาว่ากำลังพยายามกระตุ้นอารมณ์ของตนเองให้เกิดการต่อสู้ (Calvete & Orue, 2011) จะเห็นว่าสิ่งที่บุคคลเกิดความโกรธขึ้นไม่ได้เป็นผลมาจากสิ่งที่มากระตุ้นในปัจจุบัน แต่มาจากการตีความสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนอง ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ขั้นตอนของการเกิดความโกรธ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นที่มีเหตุการณ์บางอย่างมากระตุ้นและบุคคลรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ในทางลบ เมื่อประสบกับเหตุการณ์บางอย่าง บุคคลจะตีความจากการรับรู้ของตนเองโดยอ้างอิงถึงประสบการณ์ในอดีตและตัดสินว่าส่งผลดีหรือผลเสียต่อตนเอง (Butler, et al., 2006) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่จะกำหนดอารมณ์ของบุคคลขณะเผชิญกับเหตุการณ์เหล่านั้นว่าจะเป็นทางบวกหรือลบ (Brown, 2012)

2. ขั้นตอบสนองต่อเหตุการณ์เมื่อบุคคลรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ในทางลบ โดยเมื่อเกิดความโกรธขึ้นบุคคลจะตอบสนองต่อเหตุการณ์ในทางบวกและทางลบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ การสังเกตจากตัวแบบ และการได้รับแรงเสริม (Flanagan, Allen, & Henry, 2010) ส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองที่แตกต่างกันออกไปแม้จะประสบกับเหตุการณ์ที่คล้ายกัน



รูปภาพที่ 1 ขั้นตอนการเกิดความโกรธ

ผลกระทบของการแสดงออกในเชิงลบที่เกิดจากความโกรธในวัยรุ่น

1. ทำลายความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Shahbazi, et al., 2017) เมื่อเกิดอารมณ์โกรธและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางวาจาและร่างกาย เช่น การพูดคำหยาบคาย กล่าวหาผู้อื่น หรือแม้กระทั่งการทะเลาะวิวาทกับคนรอบตัว รวมไปถึงการทำลายสิ่งของ ย่อมกระทบต่อความสัมพันธ์กับบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการกระทำดังกล่าว

2. รบกวนการเรียนรู้/ใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากอารมณ์โกรธส่งผลต่อกระบวนการคิดอย่างเป็นเหตุผล หากเกิดอารมณ์ดังกล่าวขึ้นและยังไม่สามารถจัดการได้ย่อมส่งผลต่อการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และความสามารถในการทำงานที่ต้องใช้สมาธิ (Hendricks, et al., 2013) เช่น การทะเลาะกับเพื่อนก่อนเข้าเรียน และยังมีอารมณ์ที่คุกรุ่นอยู่ในจิตใจที่ไม่สามารถระบายออกมาได้ ขณะที่เรียนหนังสือบุคคลจะไม่สามารถจดจ่อหรือทำความเข้าใจในสิ่งที่ครูสอนได้

3. ส่งผลระยะยาวต่อสุขภาพจิต ความโกรธที่ไม่ได้รับการจัดการส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้น ซึ่งกระทบต่อการเป็นอยู่ที่ดีและความสุขในการดำเนินชีวิต (Diong, & Bishop, 1999) ความเครียดที่เรื้อรังส่งผลให้เกิดโรคทางจิตเวชตามมามากมาย เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น (Mahon, et al., 2010)

4. มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายถึงชีวิตหรือการได้รับบาดเจ็บ (McDermott, et al., 2008) เนื่องจากอารมณ์โกรธสามารถกระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลและก่อให้เกิดการกระทำที่ขาดการยับยั้ง เช่น การทะเลาะวิวาทที่อาจรุนแรงถึงขั้นบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ (Blake, & Hamrin, 2007)

5. ทำลายอนาคต นอกจากความโกรธจะสามารถกระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าวที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นบาดเจ็บแล้วยังเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดด้วย (Puskar, et al., 2008) โดยวัยรุ่น

บางรายมักใช้สารเสพติดมาช่วยระงับอารมณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย (Morrison, 1990) ผลของการใช้สารเสพติดและการกระทำที่ขาดการยับยั้งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น การถูกพักการเรียน ไล่ออกจากโรงเรียน หรือถูกตำรวจจับ เป็นต้น ซึ่งส่งผลเสียต่ออนาคตของวัยรุ่นเหล่านั้น

การจัดการความโกรธ

ความโกรธเป็นอารมณ์ที่มีความรุนแรงและสามารถเกิดขึ้นได้ในเวลาอันสั้น ดังนั้น ในบางสถานการณ์บุคคลอาจแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงตอบสนองไปโดยปราศจากการควบคุม การรับรู้ความโกรธจะทำให้บุคคลมีโอกาสนในการควบคุมการตอบสนองของตนเองได้เหมาะสมมากขึ้น และแม้ว่าความโกรธจะเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจที่สังเกตเห็นได้ยาก แต่ผลของอารมณ์นี้แสดงออกมาให้เห็นได้ทางกายภาพเช่นกัน โดยสมองจะทำหน้าที่เหมือนเป็นระบบเตือนภัยภายในร่างกาย โดยเมื่อบุคคลเกิดสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สมองจะส่งสัญญาณไปยังอวัยวะอื่น ๆ ภายในร่างกาย กล่าวคือ สมองเป็นอวัยวะที่ประมวลผลเกี่ยวกับความเครียดและอารมณ์ และเมื่อสัมผัสได้ถึงสัญญาณบางอย่าง สมองจะปล่อยสารเคมี (neurotransmitters) ออกไปทั่วร่างกาย เช่น การปล่อยอะดรีนาลีนเพื่อเพิ่มระดับการรับรู้และการตอบสนองของบุคคล โดยกลูโคสจะไหลผ่านกระแสเลือดและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองได้เร็วขึ้น (Whishaw, & Kolb, 2010)บุคคลที่มีความโกรธ ร่างกายจะปล่อยฮอร์โมนอะดรีนาลีนและนอร์อะดรีนาลีน ออกมา โดยฮอร์โมนเหล่านี้มีส่วนในการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ดังนั้น เมื่อเกิดความโกรธจึงรู้สึกได้ว่าหัวใจเต้นเร็วขึ้น (Hendricks, et al., 2013) ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดความโกรธ ระบบประสาทอัตโนมัติจะทำงานมากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่สังเกตเห็นได้ อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การหายใจถี่ เหงื่อออก เกร็งกล้ามเนื้อ ตาแดง อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้น เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่น่าไปสู่อารมณ์โกรธในวัยรุ่น แต่ละคนมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับทักษะการควบคุมอารมณ์ ความสามารถ และวุฒิภาวะทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล หากมีการตอบสนองในเชิงบวกย่อมเป็นเรื่องที่ดี เช่น การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองมาเป็นพลังในการต่อสู้กับปัญหา (เช่น เด็กเกิดความโกรธเนื่องจากญาติถูกว่าผลการเรียนไม่ดีไม่สามารถสอบเข้ามหาวิทยาลัยดี ๆ ได้ จึงเปลี่ยนคำดูถูกนั้นมาเป็นพลังในการอ่านหนังสือและตั้งใจเรียนมากขึ้น) แต่ในบางคนอาจมีการตอบสนองไปในทางลบ เช่น การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ การประสบกับความโกรธที่รุนแรงอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต หรือประสบการณ์ที่ชอกช้ำในชีวิตได้ ดังนั้น วัยรุ่นบางคนอาจต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการเรียนรู้จัดการอารมณ์และรับมือกับความเครียด บทความนี้จึงขอเสนอตัวอย่างวิธีการในการจัดการกับความโกรธดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือออกมาจากสถานการณ์ที่เกิดความโกรธ

การอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมที่ก่อให้เกิดความโกรธสามารถกระตุ้นเร้าให้บุคคลมีอารมณ์ที่รุนแรงมากขึ้น และต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเนื่องจากความโกรธส่งผลกระทบต่อตรรกะความคิดและการตัดสินใจของบุคคล การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นในระหว่างที่ยังมีอารมณ์โกรธคุกรุ่นอยู่นั้น มีโอกาสที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่พึงพอใจทั้งสองฝ่ายและเป็นการกระตุ้นอารมณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้อารมณ์โกรธนั้นเพิ่มมากขึ้น การสื่อสารที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลานั้นย่อมไม่มีประสิทธิภาพหรือปิดเป็นไป

จากวัตถุประสงค์เดิม ก่อให้เกิดการตัดสินใจผิดพลาดหรือการแสดงพฤติกรรมที่จะส่งผลเสียตามมาในภายหลัง ดังนั้น เมื่อเกิดอารมณ์โกรธขึ้นการพาตัวเองออกมาสงบสติอารมณ์ก่อนจึงเป็นวิธีการที่ดีอีกทางหนึ่ง ซึ่งวิธีการนี้สามารถใช้ร่วมกับทักษะการจัดการอารมณ์อื่น ๆ ที่จะกล่าวถึงต่อไป รวมถึงการใช้ทักษะในการสื่อสารเข้ามาช่วยหลังจากอารมณ์สงบลงแล้วและกลับเข้าไปแก้สถานการณ์เดิม

ข้อควรระวังของวิธีการนี้คือ แม้ว่าการพาตัวเองออกมาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์โกรธจะช่วยลดผลกระทบในแง่ลบ ที่เกิดจากการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ แต่หากปัญหาเดิมยังไม่ได้รับการแก้ไข ย่อมส่งผลเสียในระยะยาว ซึ่งอาจกระตุ้นให้บุคคลเกิดอารมณ์ในแง่ลบอยู่เรื่อย ๆ เช่น ความรู้สึกโกรธที่เพื่อนแอบแก้ไขงานกลุ่มโดยไม่แจ้งล่วงหน้า หากพูดกับเพื่อนในขณะที่เกิดอารมณ์โกรธ อาจมีการแสดงสีหน้าท่าทาง รวมถึงวาจาที่ทำเพื่อนรู้สึกไม่พอใจเช่นกัน โดยอาจก่อให้เกิดการโต้เถียง ทะเลาะ หรือการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงตามมา (หากมีอารมณ์ร่วมมาก อาจเป็นการโต้เถียงเพื่อเอาชนะกันเท่านั้น ซึ่งจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ในระยะยาว) เหตุการณ์นี้วัยรุ่นบางคนเมื่อเกิดความโกรธต่อเพื่อน อาจเลือกเก็บกดอารมณ์ของตนเองไว้แล้วเดินออกจากสถานการณ์ดังกล่าว เพราะกลัวว่าหากพูดหรือแสดงออกไปจะทำให้เสียสัมพันธ์ภาพหรือสูญเสียการยอมรับจากกลุ่ม แต่ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจดังกล่าวยังไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากเพื่อนอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว จึงอาจจะไม่ทราบว่ามีสิ่งที่ยังทำให้เพื่อนโกรธ การไม่พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเดิมซ้ำ ๆ ก่อให้เกิดความโกรธเรื่อย ๆ ดังนั้น เมื่ออารมณ์โกรธลดลงแล้วจึงควรกลับหาวิธีในการแก้ปัญหาดังกล่าว ในกรณีนี้ อาจทำได้โดยการชี้แจงหรือสร้างข้อตกลงกับเพื่อนในการทำงานกลุ่ม เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาเดิมซ้ำในอนาคต โดยในการแก้ปัญหานั้นต้องอาศัยทักษะในการสื่อสารที่ดี จะเห็นว่า ทักษะในการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการจัดการความโกรธของบุคคลเช่นกัน ดังนั้น บุคคลจึงควรฝึกฝนทักษะการจัดการอารมณ์ในรูปแบบอื่น ๆ และทักษะการสื่อสารเพื่อการแก้ปัญหาในระยะยาว

2. การนับเลขในใจ (1-10)

เนื่องจากอารมณ์โกรธเป็นสภาวะอารมณ์ที่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น ส่งผลให้เมื่อเกิดความโกรธขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่อสภาวะอารมณ์นั้นในทันทีโดยไม่รู้ตัวและขาดการควบคุมโดยสิ้นเชิง การนับเลขในใจเป็นวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจอย่างหนึ่ง หลักการสำคัญของวิธีการนี้คือ การทำให้บุคคลเปลี่ยนความสนใจจากสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธมาจดจ่อกับการนับเลขเพื่อลดความเสี่ยงในการแสดงพฤติกรรมตอบสนองที่ไม่เหมาะสม (Lohr, et al., 2007) โดยสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

- การนับ 1 – 10 ในใจอย่างช้า ๆ จากนั้นสำรวจสภาวะอารมณ์ตนเอง หากยังไม่รู้สึกดีขึ้นสามารถเพิ่มเลขที่นับมากขึ้นไปได้ เช่น 1-100
- การนับเลขถอยหลังเพื่อช่วยในการเบี่ยงเบนความสนใจเพิ่มมากขึ้น
- การนับเลขประกอบกับการใช้วิธีการผ่อนคลายลมหายใจ

3. การกำหนดลมหายใจเพื่อผ่อนคลายความโกรธ

สิ่งสำคัญในการจัดการความโกรธคือ การมีสติรับรู้อารมณ์ของตนเอง ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้จากอาการภายนอก เช่น เมื่อเกิดอารมณ์โกรธ บุคคลจะมีอัตราการหายใจถี่ขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติต่าง ๆ ทำงานเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น (Gaines, & Barry, 2008) การฝึกการผ่อนคลาย

ลมหายใจจะทำให้บุคคลมีเวลาในการสำรวจตนเองและจัดการกับสภาวะอารมณ์ของตนเองได้ โดยมีวิธีการดังนี้

- ให้ความสนใจไปที่จังหวะการหายใจของตนเอง เมื่อเวลาที่โกรธ เรามักจะหายใจเร็วขึ้น (ขั้นนี้จะช่วงให้บุคคลตระหนักถึงสภาวะอารมณ์ของตนเอง)

- เมื่อรับรู้ถึงจังหวะการหายใจอันมีผลมาจากความโกรธแล้ว ให้อ่อน ๆ เปลี่ยนแปลงความเร็วในการหายใจของตนเองโดยการสูดลมหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ในจังหวะที่สม่ำเสมอ (การหายใจที่ถูกต้อง--เมื่อหายใจเข้าบริเวณหน้าท้องจะขยาย และยุบลงเมื่อหายใจออก)

- หายใจด้วยจังหวะที่สม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสนใจไปที่ลมเข้า-ออกที่ปลายจมูก และการเปลี่ยนแปลงบริเวณหน้าท้อง

- สำรวจการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ตนเองอีกครั้ง

วิธีนี้จะเป็นการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงสภาวะอารมณ์ของตนเองและควบคุมไม่ใ้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สามารถใช้ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ได้ เช่น การนับเลข และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

4. การจัดการความโกรธด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ร่างกายและจิตใจส่งผลซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลเกิดความโกรธ กล้ามเนื้อในหลาย ๆ ส่วนมักมีอาการหดเกร็ง (Novaco, 2016) ทำให้รู้สึกไม่สบายตัว อาจก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้บุคคลรู้สึกสบายขึ้น เมื่อร่างกายมีความผ่อนคลาย สภาวะอารมณ์โกรธที่รุนแรงย่อมบรรเทาลง (Nickel, et al., 2005)

โดยมีวิธีการดังนี้

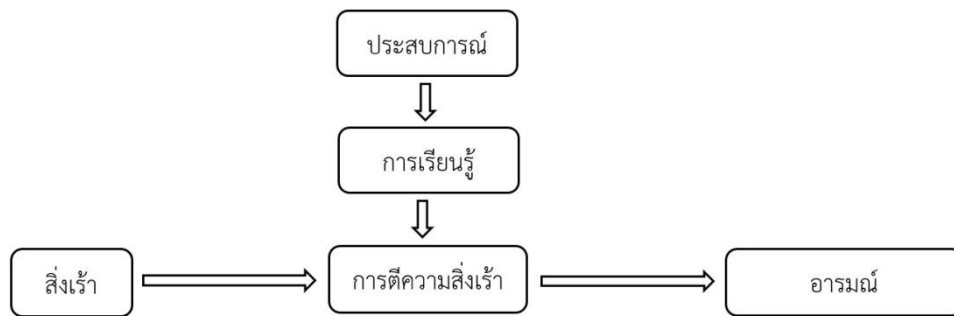
- สำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง เช่น บางคนเมื่อโกรธมักกำมือแน่น ขบฟัน มีอาการเกร็งที่ไหล่ เป็นต้น

- เมื่อรับรู้ว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในร่างกายมีการเกร็ง ให้จัดอิริยาบถของตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย จากนั้นค่อย ๆ คลายกล้ามเนื้อทีละส่วน เช่น รับรู้ความรู้สึกเกร็งที่ไหล่ ค่อย ๆ ผ่อนคลายไหล่ลง จากนั้นสำรวจความรู้สึกไปที่มือ ค่อย ๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มือลง เป็นต้น

นอกจากนี้ การสำรวจความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปของกล้ามเนื้อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจอีกวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยให้บุคคลหยุดความคิดหรือความสนใจในสถานการณ์ที่จะกระตุ้นให้อารมณ์โกรธมีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้อารมณ์ค่อย ๆ รุนแรงน้อยลงที่สุดในที่สุด

5. การจัดการกับความเครียดเมื่อเกิดความโกรธ

ความโกรธเป็นความรู้สึกที่สะท้อนถึงความไม่พึงพอใจต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระทบ แต่สถานการณ์หรือสิ่งเร้าไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่ออารมณ์โกรธ อารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการตีความหรือการแปลความหมายสิ่งที่เกิดขึ้น โดยการเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้บุคคลตีความว่าสถานการณ์นั้น ๆ เป็นไปในทางบวกหรือลบ (Davidson, et al., 2009) แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงกระบวนการเกิดอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิด

การจัดการความคิดสามารถทำได้ดังนี้

- ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเกิดอารมณ์ของตนเอง (อารมณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเกิดจากความคิดของตนเอง)
- สำรวจความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (สำรวจว่ากำลังรู้สึกอย่างไร อะไรที่ทำให้รู้สึกแบบนี้/เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวเกิดความคิดอะไรขึ้นมา)
- สำรวจว่าความคิดที่เกิดขึ้นเป็นความคิดในแง่บวกหรือลบ และผลจากความคิดนั้นก่อให้เกิดอารมณ์อย่างไร
- ปรับเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองใหม่ ๆ จากเหตุการณ์ดังกล่าว
- สำรวจอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากปรับเปลี่ยนความคิด

ตัวอย่างเช่น นัดเพื่อนไปเที่ยวแต่เพื่อนผัดผัดจึงเกิดความรู้สึกโกรธ ให้สำรวจความคิดว่า ขณะที่ทราบว่าเพื่อนไม่สามารถมาตามนัดได้ เกิดความคิดอะไรขึ้นหลังจากนั้น เช่น เพื่อนไม่ให้ความสำคัญ เพื่อนตั้งใจจะกลั่นแกล้งให้ตนต้องไปเที่ยวเพียงลำพัง หรือเพื่อนไม่ชอบตนจึงไม่ไปเที่ยวด้วย เป็นต้น จากนั้นแยกแยะว่าความคิดที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางบวกหรือลบ แล้วผลของความคิดนั้นเป็นอย่างไร เช่น คิดว่าเพื่อนต้องการกลั่นแกล้งให้ตนต้องไปเที่ยวเพียงลำพัง (ความคิดในแง่ลบ) จึงรู้สึกโกรธ (อารมณ์ในแง่ลบ) แล้วลองปรับเปลี่ยนความคิดโดยการพยายามคิดในหลาย ๆ ด้าน เช่น หรือว่าเพื่อนอาจจะติดธุระสำคัญจึงไม่สามารถมาได้ หรือเพื่อนคงจะไม่ตั้งใจผัดผัดแต่อาจมีเหตุผลบางที่ที่จำเป็นจริง ๆ จากนั้นสำรวจว่าอารมณ์ขึ้นหลังจากมีความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างไรบ้าง โดยวิธีนี้จะช่วยให้คุณมีมุมมองในแง่ดี มีความไว้วางใจต่อคนรอบข้างและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อไปในอนาคต (Lee, 2016)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความคิดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว บุคคลอาจไม่รู้ตัวเมื่อเกิดความคิดเหล่านั้นขึ้นโดยรับรู้เพียงอารมณ์ของตนเองซึ่งเป็นผลที่เกิดจากความคิดดังกล่าว ดังนั้น การสำรวจความคิดของตนเองเมื่อเกิดอารมณ์โกรธจึงเป็นทักษะหนึ่งที่ต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ

6. การยอมรับและให้อภัย

เครื่องมือที่ทรงพลังที่สุดในการจัดการความโกรธของบุคคลคือ “การให้อภัย” การให้อภัยไม่ได้เป็นสิ่งที่แสดงถึงความอ่อนแอ พ่ายแพ้ แต่เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ สติปัญญา และศีลธรรมในการปฏิบัติต่อผู้อื่น (Fitzgibbons, Enright, และ O'Brien, 2004) การยอมรับและให้อภัยจึง

เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนาและฝึกฝน โดยเริ่มจากการเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล และเคารพในสิทธิของผู้อื่น รวมถึงความรู้สึกเห็นใจ (empathy) ในการเสริมสร้างทักษะนี้ในกลุ่มวัยรุ่น ขั้นแรกต้องให้กลุ่มวัยรุ่นเข้าใจสภาวะอารมณ์ของตนเอง สาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ดังกล่าว รวมถึงผลกระทบจากอารมณ์ที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น การปล่อยให้ตัวเองอยู่กับอารมณ์ในแง่ลบ ผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือตนเอง ยิ่งอยู่กับอารมณ์ลบมากเท่าไร ความสุขในชีวิตย่อมลดลงตามไปด้วย ดังนั้น บุคคลที่สามารถถอยต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ย่อมสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขกว่าผู้ที่จมอยู่กับความรู้สึกโกรธแค้นหรือไม่พอใจ นอกจากนี้ การให้อภัยยังสามารถลดความเศร้าและความวิตกกังวลซึ่งเป็นผลมาจากความโกรธได้ วิธีการจัดการความโกรธในรูปแบบนี้เป็นทักษะที่ต้องมีการฝึกฝนในระยะยาว ในกลุ่มวัยรุ่นอาจต้องการคำชี้แนะจากคนในครอบครัว บุคลากรที่เกี่ยวข้องทางการศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ร่วมด้วย

อย่างไรก็ตาม ในการจัดการความโกรธแต่ละรูปแบบ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการมีสติรู้ทันอารมณ์ของตนเอง เพราะแม้ว่าจะมีทักษะการจัดการอารมณ์ที่หลากหลาย หากไม่รับรู้ถึงอารมณ์เหล่านั้น การจัดการกับอารมณ์ดังกล่าวย่อมไม่เกิดขึ้น

สรุปสาระสำคัญ

ความโกรธเป็นอารมณ์ที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในวัยรุ่น ผลที่เกิดจากความโกรธสามารถเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ หากเป็นไปในทางบวกย่อมส่งผลดีต่อบุคคล แต่หากเป็นไปในทางลบอาจก่อให้เกิดปัญหาที่ร้ายแรงตามมา วัยรุ่นบางคนสามารถตระหนักถึงความโกรธของตนเอง รู้วิธีควบคุมและจัดการได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้น เป็นแรงผลักดันในการประสบความสำเร็จในชีวิต มีความพยายามและอดทนต่อการจัดการกับภาระหน้าที่ที่ยากลำบาก (Neighbors, Vietor, & Knee, 2002) แต่ในทางตรงกันข้าม บางคนไม่สามารถรับรู้ความโกรธที่เกิดขึ้นได้และพบว่าตนเองมักรู้สึกอึดอัดเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งหากเกิดสถานการณ์ขึ้นบ่อยครั้งอาจนำไปสู่ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตตามมา การให้ความรู้รวมถึงการเสริมสร้างทักษะในการจัดการอารมณ์โกรธที่เหมาะสมในวัยรุ่น จึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ โดยบทความนี้ได้แนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการความโกรธในหลากหลายรูปแบบ วิธีการเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในรายบุคคลหรือเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา/ฝึกอบรมเกี่ยวกับทักษะการจัดการความโกรธในกลุ่มวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม การจัดการความโกรธเป็นทักษะหนึ่งที่ต้องอาศัยประสบการณ์และการฝึกฝน แต่ละบุคคลอาจมีรูปแบบหรือวิธีการจัดการความโกรธแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความถนัดหรือความชอบของแต่ละบุคคล ไม่มีวิธีการไหนที่ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์ วิธีการจัดการความโกรธที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถใช้ควบคู่กันได้ ดังนั้น เมื่อเกิดอารมณ์โกรธ บุคคลควรมีความยืดหยุ่น ในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นและตอบสนองโดยคำนึงถึงความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์

เอกสารอ้างอิง

- Awalt, R. M., & Reilly, P.M. (1997). The anger patient: An intervention for managing anger in substance abuse treatment. **Journal of Psychoactive Drugs**, 29, 353-358.
- Bardina, P., & Wilson, M. (1997). The relationship between parenting style and children's anger, aggressive behavior, and perception of intention. **Modern Psychological Studies**, 5(1), 5.
- Blake, C. S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, 20(4), 209-221.
- Botow, P. N., Hiller, J. E., Prince, M. A., Thackway, S. V. Kricker, A., & Tennant, C. C. (2000). Epidemiological evidence for relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, 49, 169-181.
- Brown, J. W. (2012). **Love and other emotions: On the process of feeling**. Karnac Books.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. **Clinical psychology review**, 26(1), 17-31.
- Calvete, E., Orue, I., & Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia: características ambientales y personales. **Infancia y aprendizaje**, 34(3), 349-363.
- Davidson, K., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I., . . . Robertson, H. (2009). Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. **Psychological medicine**, 39(04), 569-577.
- Diong, S. M., & Bishop, G. D. (1999). Anger expression, coping styles, and well-being. **Journal of Health Psychology**, 4(1), 81-96.
- Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., ... & McElhill, B. (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. **Journal of clinical psychology**, 65(10), 1099-1114.
- Edwards, P., van de Mortel, T., & Stevens, J. (2018). Perceptions of anger and aggression in rural adolescent Australian males. **International journal of mental health nursing**.
- Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Lakka, T. A., & Sivenius, J. S. (1999). Anger expression and incident stroke. Prospective evidence from the Kuopio Ischemic Heart Study. **stroke**, 30, 523-528.
- Fitzgibbons, R., Enright, R., & O'Brien, T. F. (2004). Learning to forgive. **American School Board Journal**, 191, 24-26.

- Flanagan, R., Allen, K., & Henry, D. J. (2010). The impact of anger management treatment and rational emotive behavior therapy in a public school setting on social skills, anger management, and depression. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, 28(2), 87-99.
- Gaines, T., & Barry, L. M. (2008). The effect of a self-monitored relaxation breathing exercise on male adolescent aggressive behavior. **Adolescence**, 43(170), 291-303.
- Hendricks, L., Bore, S., Aslinia, D., & Morriss, G. (2013). The effects of anger on the brain and body. In **National forum journal of counseling and addiction** (Vol. 2, No. 1, pp. 2-5).
- Kassinove, H., and Sukhodolsky, D. G. (1995). **Anger disorders: basis science and practice issues**. In H. Kassinove (Ed.), *Anger disorders: definition, diagnosis, and treatment* (pp. 1-26). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Kassinove, H., & Tafrate, R. C., & Dundin, L. (2002). Anger episodes in high and low trait anger community adults. **Journal of Clinical Psychology**, 58, 1573-1590.
- Lee, S. C. (2016). **Effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Anger Management Module on Anger Expressions Among Adolescents** (Doctoral dissertation, Universiti Sains Malaysia).
- Lohr, J. M., Olatunji, B. O., Baumeister, R. F., & Bushman, B. J. (2007). The psychology of anger venting and empirically supported alternatives that do no harm. **Scientific Review of Mental Health Practice**, 5(1).
- Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., & Hanks, M. M. (2010). A meta-analytic study of predictors of anger in adolescents. **Nursing research**, 59(3), 178-184.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Chung, J. (2010). The expression of anger across cultures. In **International handbook of anger** (pp. 125-137). Springer, New York, NY.
- McDermott, B. E., Edens, J. F., Quanbeck, C. D., Busse, D., & Scott, C. L. (2008). Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence: variable-and person-focused analyses. **Law and human behavior**, 32(4), 325.
- Miczek, K. A., DeBold, J. F., Haney, M., Tidey, J., Vivian, J., & Weerts, E. M. (1994). Alcohol, drugs of abuse, aggression, and violence. **Understanding and preventing violence**, 3.
- Morrison, M. A. (1990). Addiction in adolescents. **Western Journal of Medicine**, 152(5), 543.
- Muris, P., Meesters, C., Morren, M., & Moorman, L. (2004). Anger and hostility in adolescents: Relationships with self-reported attachment style and perceived parental rearing styles. **Journal of Psychosomatic Research**, 57(3), 257-264.

- Nasir, R., & Ghani, N. A. (2014). Behavioral and emotional effects of anger expression and anger management among adolescents. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 140, 565-569.
- Neighbors, C., Vietor, N. A., & Knee, C. R. (2002). A motivational model of driving anger and aggression. **Personality and Social Psychology Bulletin**, 28(3), 324-335.
- Nickel, C., Lahmann, C., Tritt, K., Loew, T. H., Rother, W. K., & Nickel, M. K. (2005). Stressed aggressive adolescents benefit from progressive muscle relaxation: A random, prospective, controlled trial. **Stress and health**, 21(3), 169-175.
- Novaco, R. W. (2016). Anger. In **Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior** (pp. 285-292). Academic Press.
- Puskar, K., Ren, D., Bernardo, L. M., Haley, T., & Stark, K. H. (2008). Anger correlated with psychosocial variables in rural youth. **Issues in comprehensive pediatric nursing**, 31(2), 71-87.
- Ramirez, J. M. (2003). Hormones and aggression in childhood and adolescence. **Aggression and violent behavior**, 8(6), 621-644.
- Shahbazi, M., Ghanbari, F., Jafarinasab, A., Vaziri, S. M., Foji, S., Rahimi, Z., ... & Goudarzian, M. (2017). The effectiveness of anger management's training on difficulty of adolescent's emotion regulation. **Journal of Fundamental and Applied Sciences**, 9(15), 879-888.
- Shahsavarani, A. M., Noohi, S., Heyrati, H., Mohammadi, M., Mohammadi, A., & Sattari, K. (2016). Anger Management and Control in Social and Behavioral Sciences: A Systematic Review of Literature on Biopsychosocial Model. **International Journal of Medical Reviews**, 3(1), 355-364.
- Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., ... & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. **NeuroImage: Clinical**, 3, 54-64.
- Spigner, C., Hawkins, W. E., & Loren, W. (1993). Gender differences in perception of risk associated with alcohol and drug use among college students. **Women & health**, 20(1), 87-97.
- Strayer, J., & Roberts, W. (2004). Children's anger, emotional expressiveness, and empathy: Relations with parents' empathy, emotional expressiveness, and parenting practices. **Social development**, 13(2), 229-254.
- Tafate, R. C., & Kassinove, K. (2002). Defining disruptive anger: The anger episode model. In R. DiGiuseppe (Chair). **Characteristics and types of disturbed anger: Implications for treatment**.

- Tafrate, R. C., Kassinove, H., & Dundin, L. (2002). Anger episodes in high-and low-trait-anger community adults. **Journal of Clinical Psychology**, 58(12), 1573-1590.
- Valizadeh, S., Davaji, R. B. O., & Nikamal, M. (2010). The effectiveness of anger management skills training on reduction of aggression in adolescents. **Procedia-social and behavioral sciences**, 5, 1195-1199.
- Wang, X., Trivedi, R., Treiber, F., & Snieder, H. (2005). Genetic and environmental influences on anger expression, John Henryism, and stressful life events: The Georgia Cardiovascular Twin Study. **Psychosomatic Medicine**, 67(1), 16-23.
- Williams, J. E., Paton, C. C., Siegler, I. C., Eigenbrodt, M. L., Nieto, F. J., & Tyroler, H. A. (2000). Anger proneness predicts coronary heart disease risk: Prospective analysis from the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. **Circulation**, 101, 2034-2039.
- Whishaw, I. Q., & Kolb, B. (2010). **An introduction to brain and behavior**. New York: Worth Publishers.
- Wood, R. L., & Thomas, R. H. (2013). Impulsive and episodic disorders of aggressive behaviour following traumatic brain injury. **Brain injury**, 27(3), 253-261.
-

ผลของกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติในการลดความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1

The Effect of Psychological Preparation with Video Media and Role Play to Reduce Fear on First Grade Students Receiving Vaccination

ธนวรรณ พิทักษ์ชกร¹ พัชรินทร์ เสรี² สุพร อภินันทเวช³

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความกลัวต่อการฉีดวัคซีนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติ 2) เปรียบเทียบความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติกับกลุ่มควบคุม 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติกับกลุ่มควบคุม

การศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบ Non-Equivalent Pretest-Posttest Control Group Design กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่เตรียมรับการฉีดวัคซีนคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นเวลา 30 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมจิตใจแบบปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินความกลัวฉบับตนเองและได้รับการประเมินหลังการทดลองด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวฉบับครู วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Paired t - test และ Independent t - test

คำสำคัญ: นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 / ความกลัว / การฉีดวัคซีน / กิจกรรมการเตรียมจิตใจ / สื่อวีดิทัศน์ / บทบาทสมมติ / หุ่นมือ

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเด็ก วิทยาลัยและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

² อาจารย์ ดร. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวโดยรวม ด้านพฤติกรรม และด้านการรับรู้และเข้าใจหลังเข้ากิจกรรมการเตรียมจิตใจลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวและคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรม ความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลองพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวโดยรวมและด้านพฤติกรรมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวโดยรวมและด้านการแสดงออกทางใบหน้าก่อนฉีดวัคซีนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Abstract

This research aimed 1) to compare the vaccination fear of the experimental group before and after receiving the psychological preparation with video media and role play, 2) to compare the vaccination fear between the experimental group receiving the psychological preparation with video media and role play and the control group, and 3) to compare the vaccination-fear behaviors between the experimental group receiving the psychological preparation with video media and role play and the control group.

The research design was a quasi-experimental research with a non-equivalent pretest-posttest control group design. The samples were randomly selected from the first grade students prepared for vaccination those were simple random sampling selected into an experimental group (30 students) and a control group (30 students). The experimental group received 30 min of the psychological preparation with video media and role play that was developed by a researcher while the control group received psychological preparation through a conventional method that was provided by the district health promotion hospital. Moreover, the subjects completed a self-reported fear assessment tool before and after the intervention and a teacher observation of vaccination-fear-associated behaviors tool after intervention. Data were analyzed through Paired *t* – test and Independent *t* – test.

The results showed that students in the experimental group were significantly decreased in the mean overall fear scores, behavioral component scores, and perception-understanding component scores after psychological preparation ($p = 0.05$). Comparing the mean fear scores and the mean behavioral feared scores of the experimental and control groups after the experiment showed that the mean overall fear scores and behavioral component scores of the experimental group were significantly lower than those of the control group ($p = 0.05$). The mean behavioral fear scores and facial expressions component scores of the experimental group were significantly lower than those of the control group ($p = 0.05$).

Key words: First Grade Students/Fear/Vaccination/Psychological Preparation/ Video Media/Role Play/Puppet

บทนำ

วัคซีนตามกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขล้วนเป็นวัคซีนสำคัญและจำเป็นต่อการป้องกันโรคที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้มากหรือผลแทรกซ้อนในระยะยาว (สุรียัพร กอบเกื้อชัยพงษ์, 2553) ดังนั้นการไปรับวัคซีนให้ครบตามกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดให้มีบริการวัคซีนแก่เด็กแรกเกิดต่อเนื่องไปจนถึงวัยเรียน โดยเด็กทุกคนสามารถรับวัคซีนเหล่านี้ได้จากสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งรวมถึงการให้บริการวัคซีนเชิงรุกที่โรงเรียน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2550) วัคซีนเกือบทุกชนิดเข้าสู่ร่างกายโดยการฉีดผ่านผิวหนังชั้นต่าง ๆ ซึ่งการฉีดวัคซีนแม้จะเป็นหัตถการแค่ช่วงเวลาสั้น ๆ แต่คุณความต่อความรู้สึกรของเด็กเป็นอย่างมาก ประสบการณ์ความไม่สุขสบายและสถานการณ์ขณะฉีดยาก่อให้เกิดความกลัวกับเด็ก จากงานวิจัยพบว่า ในเด็กเล็กจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 มีความกลัวต่อการฉีดวัคซีน (Taddio et al., 2012) โดยเฉพาะในช่วงเริ่มเข้าสู่วัยเรียนตอนต้นที่ระดับพัฒนาการทางสติปัญญาอยู่ในขั้นก่อนปฏิบัติการ (Preoperational Phase) เด็กวัยนี้จะรับรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวมากขึ้น แต่ไม่สามารถใช้เหตุผลได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ ไม่เข้าใจนามธรรม ยึดตนเองเป็นศูนย์กลางของทุกสิ่ง (Egocentric) และมีจินตนาการสูงจากลักษณะเฉพาะตามพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กในช่วงเข้าสู่วัยเรียนตอนต้นทำให้เด็กวัยนี้มีความกลัวค่อนข้างมาก แต่ความกลัวต่อการฉีดวัคซีนในเด็กวัยเรียนตอนต้นนี้เป็นความกลัวปกติที่สามารถเกิดขึ้นและฟื้นคืนกลับได้ หากมีกระบวนการในการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเพียงพอ วิธีการเตรียมจิตใจมีหลากหลายวิธี แต่มีหลักสำคัญของการเตรียมจิตใจทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ที่เหมือนกันคือ การให้ข้อมูล (กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, 2544) การเตรียมจิตใจโดยการให้ข้อมูลต้องมีความเหมาะสมกับพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กจึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมจิตใจก่อนทำหัตถการของเด็กวัยเรียนตอนต้นอยู่พอสมควร ในบริบทงานวิจัยต่างประเทศและในประเทศไทยการเตรียมจิตใจก่อนทำหัตถการของเด็กวัยเรียนส่วนมากเป็นการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการเชิงรุกในโรงเรียนจึงมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงไปให้บริการฉีดวัคซีนในโรงเรียน และจากงานวิจัยพบว่า เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ 6 ได้รับวัคซีนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 95 หนึ่งในสาเหตุที่ทำให้การรับวัคซีนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ เด็กไม่มาโรงเรียนในวันที่เจ้าหน้าที่ไปให้บริการซึ่งอาจเกิดจากกลัวเข็มและกลัวหมอ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการเตรียมจิตใจก่อนฉีดวัคซีนในบริบทโรงเรียนมีความจำเป็นอย่างยิ่งและประกอบกับงานวิจัยในประเทศไทยส่วนมากการเตรียมจิตใจก่อนทำหัตถการนิยมใช้หลักการและแนวคิดทางการแพทย์ในการเตรียมจิตใจ จากที่กล่าวมาทั้งหมดผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากิจกรรมการเตรียมใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติในการลดความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยนำหลักการและแนวคิดทางจิตวิทยาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมการเตรียมใจและศึกษาในบริบทของโรงเรียน เพื่อช่วยลดความกลัวต่อการฉีดวัคซีนที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของกลุ่มก่อนและหลังเข้ากิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของกลุ่มทดลองที่เข้ากิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของกลุ่มทดลองที่เข้ากิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติกลุ่มทดลองมีความกลัวต่อการฉีดวัคซีนลดลงกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติมีความกลัวต่อการฉีดวัคซีนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติมีพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1. กิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติ หมายถึง แนวทางการจัดความรู้และความเข้าใจเรื่องการฉีดวัคซีน โดยวิธีการให้ความรู้ผ่านกิจกรรมที่เหมาะสมกับพัฒนาการและความสนใจของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการฉีดวัคซีนผ่าน สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “เมื่อหนูหน้อยได้รับวัคซีน” ร่วมกับแสดงบทบาทสมมติโดยมีชุดของเล่นจำลองอุปกรณ์การฉีดวัคซีน
2. การใช้สื่อวีดิทัศน์ หมายถึง การให้ความรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง นำเสนอในลักษณะการเล่านิทานประกอบหุ่นมือ เพื่อให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน
3. การแสดงบทบาทสมมติ หมายถึง วิธีการสอนที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้โดยการสวมบทบาท 2 บทบาท คือ พยาบาลและเด็กในการฉีดวัคซีน
4. ความกลัวการฉีดวัคซีน หมายถึง คะแนนที่ได้จากแบบประเมินความกลัวฉบับตนเองต่อการฉีดวัคซีนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นการแสดงออกความรู้สึกต่อการฉีดวัคซีนโดยร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตราย แบ่งปฏิกิริยาตอบสนองและอาการแสดงออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้
 - 4.1 ด้านพฤติกรรม หมายถึง ความกลัวการฉีดวัคซีนที่แสดงออกทางพฤติกรรม เมื่อเกิดความกลัวจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม มี 2 พฤติกรรมหลักที่ตอบสนองต่อความกลัวคือ พฤติกรรมสู้หรือหนี พฤติกรรมความกลัวจะแสดงออกทั้งทางร่างกายและวาจา (โดยประเมินจากแบบประเมินความกลัวต่อการฉีดวัคซีนฉบับตนเอง) และพฤติกรรมที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้า การร้องไห้ การกล่าวคำพูดที่แสดงถึงความรู้สึกกลัว และพฤติกรรมแสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ (โดยประเมินจากแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนฉบับครู)

4.2 ด้านการรับรู้และเข้าใจ หมายถึง ความกลัวการฉีดวัคซีนที่แสดงออกทางการรับรู้และเข้าใจ โดยเมื่อเกิดความกลัวจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้และเข้าใจ ซึ่งเป็นการรับรู้และเข้าใจต่อเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความสงสัย ความอยากรู้

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบ Non-Equivalent Pretest-Posttest Control Group Design

ประชากรที่ใช้ในศึกษา คือ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ที่เตรียมรับการฉีดวัคซีนจากโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครปฐม เขต 2 อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 161 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มตัวอย่างที่อิสระต่อกัน (Rosner, 2000) โดยนำผลการศึกษาของนงมูล อีระรังสิกุล (2532) เรื่อง ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนตอนต้นโดยใช้การเล่นต่อความกลัวการฉีดยาเป็นข้อมูลในการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน ผู้วิจัยใช้เด็กทั้งหมดที่เตรียมรับวัคซีนมีจำนวน 60 คน จึงใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การทดลองโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยทำการจับสลาก 5 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านคลองโยง โรงเรียนบ้านคลองมหาสวัสดิ์ และโรงเรียนวัดสุวรรณารามเป็นกลุ่มทดลองซึ่งจะได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติเป็นเวลา 30 นาที และโรงเรียนบุญศรีสวัสดิ์และโรงเรียนวัดมะเกลือเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมจิตใจแบบปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลหลังจากดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยกับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับการอนุมัติรหัสวิจัยในมนุษย์ คือ COA. No. 2018/03-103 ให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงเรียนบ้านคลองโยง โรงเรียนบ้านคลองมหาสวัสดิ์ โรงเรียนวัดสุวรรณาราม โรงเรียนบุญศรีสวัสดิ์ และโรงเรียนวัดมะเกลือเพื่อขอดำเนินการศึกษาวิจัย และประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง 1 คลองโยง 2 มหาสวัสดิ์ และวัดสุวรรณ เพื่อขอเก็บข้อมูลการฉีดวัคซีนนักเรียน โดยนักเรียนและผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดียินยอมในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการเตรียมจิตใจก่อนการฉีดวัคซีนโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูราเป็นหลัก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556, สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2552) ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องการฉีดวัคซีนผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยเรียนรู้ผ่านการสังเกตจากนิทานหุ่นมือนำเสนอเป็นเรื่องราว เรื่อง “เมื่อหนูหนอยได้รับวัคซีน” หลังจากนั้นจะมีการแสดงบทบาทสมมติโดยมีชุดของเล่นจำลองอุปกรณ์การฉีดวัคซีน ให้เด็กมีโอกาสแสดงเป็น 2 บทบาททั้งพยาบาลและเด็กที่ได้รับวัคซีนก่อนพบกับสถานการณ์จริง โดยเรียนรู้ผ่านการแสดง

บทบาทสมมติ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยหาดัชนีความสอดคล้องของกิจกรรมและวัตถุประสงค์โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจภาษาและฝึกดำเนินกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความกลัวฉบับตนเองต่อการฉีดวัคซีนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสารงานวิจัยของ Nicastro (1999) และ Rosenhan (1984) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่นแบบวัดความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 0.92 และ 2) แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวฉบับครูต่อการฉีดวัคซีนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสารงานวิจัยของ LeBaron (1984), Walco (2005) และรพีพร ธรรมสาโรรัชต์ (2542) และจากการสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กขณะฉีดวัคซีน แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวฉบับครูประกอบด้วยพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัวที่ต้องสังเกต 4 พฤติกรรม ลักษณะการตอบเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับเด็กที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสังเกตเท่ากับ 0.96

การดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามวันและเวลาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละพื้นที่กำหนด ซึ่งมีรายละเอียดการศึกษาและเก็บข้อมูลดังนี้

กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจเป็นเวลา 30 นาที โดยก่อนการทดลองผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนของกิจกรรมการเตรียมจิตใจให้เด็กฟัง และให้เด็กทำแบบประเมินความกลัวฉบับตนเองต่อการฉีดวัคซีนโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยแบ่งเด็กเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน เพื่ออธิบายรายละเอียดและอ่านคำถามในแต่ละข้อให้ฟัง หลังจากทำแบบประเมินความกลัวฉบับตนเองแล้ว ทำการดำเนินกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่อง “เมื่อหนูเหนื่อยได้รับวัคซีน” หลังจากนั้นให้เด็กแสดงบทบาทสมมติโดยมีชุดของเล่นจำลองอุปกรณ์การฉีดวัคซีน ภายหลังจากนั้นให้เด็กทำแบบประเมินความกลัวฉบับตนเองต่อการฉีดวัคซีนอีกครั้งโดยแบ่งเด็กเป็นกลุ่มเหมือนก่อนทดลอง หลังจากนั้นทำการบันทึกแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนตามวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนัดฉีดวัคซีน

กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมจิตใจแบบปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยก่อนการเตรียมจิตใจ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำแบบประเมินความกลัวฉบับตนเองต่อการฉีดวัคซีนและให้เด็กทำแบบประเมินโดยแบ่งเด็กเป็นกลุ่มเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง หลังจากทำแบบประเมินความกลัวฉบับตนเองแล้ว พยาบาลดำเนินการกิจกรรมการเตรียมจิตใจตามปกติ ภายหลังจากทำ

กิจกรรมการเตรียมจิตใจให้เด็กทำแบบประเมินความกลัวฉบับตนเองต่อการฉีดวัคซีนอีกครั้งโดยแบ่งเด็กเป็นกลุ่มเหมือนก่อนทดลอง หลังจากนั้นทำการบันทึกแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนตามวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนัดฉีดวัคซีน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยทำการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวต่อการฉีดวัคซีนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired *t*-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent *t*-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คน อายุ 6-7 ปี เป็นเพศชายจำนวน 31 คน (ร้อยละ 51.67) และเพศหญิงจำนวน 29 คน (ร้อยละ 48.33) เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ระดับความกลัวการฉีดวัคซีนก่อนเข้ากิจกรรมการเตรียมจิตใจ กลุ่มตัวอย่างไม่มีความกลัวหรือกลัวการฉีดวัคซีนเล็กน้อยจำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) และกลุ่มควบคุมจำนวน 9 คน (ร้อยละ 30) กลัวปานกลางจำนวน 29 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) และกลุ่มควบคุมจำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) และกลัวมากจำนวน 15 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7)

2. ผลการเปรียบเทียบความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของนักเรียนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

นักเรียนกลุ่มทดลองมีความกลัวโดยรวม ด้านพฤติกรรม และด้านการรับรู้และเข้าใจหลังเข้ากิจกรรมการเตรียมจิตใจแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองนักเรียนมีความกลัวโดยรวม ด้านพฤติกรรม และด้านการรับรู้และเข้าใจลดลงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวต่อการฉีดวัคซีนจากแบบประเมินความกลัว(ฉบับประเมินตนเอง)ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ความกลัว	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	<i>t</i>	<i>p</i> - value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
1. ด้านพฤติกรรม	1.46 (1.02)	0.58 (0.55)	4.83*	0.001
2. ด้านการรับรู้และเข้าใจ	1.83 (1.09)	1.23 (1.10)	1.90*	0.034
ความกลัวโดยรวม	14.80 (8.44)	7.30 (6.15)	4.53*	0.000

* $p < 0.05$

3. ผลการเปรียบเทียบความกลัวต่อการฉีดวัคซีนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังการทดลองพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีความกลัวโดยรวมและด้านพฤติกรรมหลังเข้ากิจกรรมการเตรียมจิตใจแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีความกลัวโดยรวมและด้านพฤติกรรมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวต่อการฉีดวัคซีนจากแบบประเมินความกลัว(ฉบับประเมินตนเอง) หลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความกลัว	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p - value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
1. ด้านพฤติกรรม	0.58 (0.55)	1.24 (0.95)	3.28*	0.001
2. ด้านการรับรู้และเข้าใจ	1.23 (1.10)	1.10 (1.32)	0.42	0.337
คะแนนความกลัวโดยรวม	7.30 (6.15)	10.93 (8.28)	1.93*	0.029

* p < 0.05

4. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

หลังการทดลองพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความกลัวโดยรวมและด้านการแสดงออกทางใบหน้าหลังได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจก่อนฉีดวัคซีนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความกลัวโดยรวมและด้านการแสดงออกทางใบหน้าที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนจากแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว(ฉบับครู)

พฤติกรรมความกลัว	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
การแสดงออกทางใบหน้า				
ก่อนฉีดวัคซีน	1.07 (0.37)	1.27 (0.52)	1.72*	0.046
ขณะฉีดวัคซีน	1.70 (0.75)	1.47 (0.57)	1.36	0.090
หลังฉีดวัคซีน	1.00 (0.00)	1.03 (0.18)	1.00	0.163
การร้องไห้				
ก่อนฉีดวัคซีน	1.03 (0.18)	1.13 (0.35)	1.40	0.084
ขณะฉีดวัคซีน	1.27 (0.58)	1.33 (0.55)	0.46	0.325

พฤติกรรมความกลัว	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
หลังฉีดวัคซีน	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	-	-
คำพูดที่แสดงถึงความรู้สึกกลัว				
ก่อนฉีดวัคซีน	1.00 (0.00)	1.13 (0.43)	1.68	0.052
ขณะฉีดวัคซีน	1.17 (0.53)	1.17 (0.38)	0.00	0.500
หลังฉีดวัคซีน	1.00 (0.00)	1.03 (0.18)	1.00	0.163
พฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ				
ก่อนฉีดวัคซีน	1.03 (0.18)	1.13 (0.35)	1.40	0.084
ขณะฉีดวัคซีน	1.13 (0.43)	1.23 (0.57)	0.77	0.223
หลังฉีดวัคซีน	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	-	-
คะแนนพฤติกรรมความกลัวโดยรวม				
ก่อนฉีดวัคซีน	4.13 (0.57)	4.67 (1.42)	1.90*	0.032
ขณะฉีดวัคซีน	5.27 (1.82)	5.20 (1.79)	0.14	0.444
หลังฉีดวัคซีน	4.00 (0.00)	4.07 (0.25)	1.44	0.081

* p < 0.05

อภิปรายผล

จากสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ภายหลังจากได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวต่อการฉีดวัคซีน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาพรวมและความกลัวรายด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม และด้านการ รับรู้และเข้าใจ นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีคะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวต่อการฉีดวัคซีนลดลงมากกว่าเมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมทั้งในภาพรวมและความกลัวรายด้าน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม อธิบายได้ว่ากิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติที่พัฒนาขึ้นจาก แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูราเป็นหลัก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556, สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2552) รูปแบบและเนื้อหาของกิจกรรมการเตรียมจิตใจจึงนำกระบวนการ ในการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเรียนรู้โดยตัวแบบมาปรับใช้ในกิจกรรมซึ่งนักเรียนจะได้เรียนรู้ ตามกระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้มี 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการความใส่ใจ กระบวนการจดจำ กระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวอย่าง และกระบวนการสร้างแรงจูงใจ ดังนั้นความกลัวต่อการฉีดวัคซีนโดยรวมและรายด้านของนักเรียนกลุ่มทดลองลดลงนั้นเกิดจากการ เรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเรียนรู้โดยตัวแบบที่ทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฉีด วัคซีน ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้นักเรียนได้เรียนรู้ตามกระบวนการทั้งหมดจากทฤษฎีการเรียนรู้ของแบน ดูราจากสื่อวีดิทัศน์นิทานหุ่นมือร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติทำให้เมื่อเจอกับสถานการณ์จริง สามารถเข้าใจและนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการ เตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติสามารถลดความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของ

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้ และแม้ว่าจะแนบค่าเฉลี่ยความกลัวด้านการรับรู้และเข้าใจในกลุ่มทดลองจะไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่สามารถอธิบายได้ว่าอาจมีปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความกลัวที่ยังไม่ได้รับการควบคุม ได้แก่ 1) ประสบการณ์การฉีดยาในอดีตของเด็ก (Nir, 2003) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่มีการควบคุมปัจจัยดังกล่าว 2) อาชีพและรายได้ของผู้ปกครอง อ้างจากงานวิจัยของ Gullone (2000) กล่าวว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกันก็จะมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัวต่างกัน และตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ คือ รูปแบบการสอนสุขศึกษาของพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มควบคุมตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ส่งผลต่อคะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวทำให้คะแนนค่าเฉลี่ยความกลัวด้านการรับรู้และเข้าใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

จากสมมติฐานข้อที่ 3 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนโดยรวมและพฤติกรรมด้านการแสดงออกทางใบหน้าในระยะก่อนฉีดวัคซีนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าพฤติกรรมความกลัวเป็นหนึ่งในปฏิกิริยาตอบสนองและอาการแสดงออกต่อสิ่งที่มาคุกคามเมื่อเกิดความรู้สึกกลัว และเมื่อนักเรียนได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับแนวคิดหลักของเบนคูรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556, สุรงค์ ไคว์ตระกูล, 2552) มีกระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตเริ่มตั้งแต่กระบวนการความใส่ใจ กระบวนการจดจำ กระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวอย่าง และกระบวนการสร้างแรงจูงใจ โดยเฉพาะกระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวอย่างผ่านการเล่นบทบาทสมมติทำให้เด็กได้มีโอกาสเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและฝึกฝนพฤติกรรมที่จำเป็น (ทิตนา แคมมณี, 2548) ดังนั้นพฤติกรรมความกลัวโดยรวมและพฤติกรรมด้านการแสดงออกทางใบหน้าของกลุ่มทดลองลดลงนั้นเกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตจากสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจที่ถูกต้อง ส่วนพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนโดยรวมและพฤติกรรมรายด้านในระยะก่อนและหลังฉีดวัคซีนไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดความกลัวจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัวเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะสู้หรือหนีต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคาม (Nicastro, 1999) โดยระบบประสาทอัตโนมัติจะทำงานส่งผลทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกร่างกาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการตอบสนองต่อความกลัวซึ่งความกลัวมีหลายรูปแบบและมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน เมื่อเกิดความกลัวขึ้นไม่จำเป็นต้องมีครบทุกองค์ประกอบ อาจมีแค่บางองค์ประกอบ แต่ความกลัวที่มากและรุนแรงจะมีองค์ประกอบเพิ่มมากขึ้นไปด้วย (Rosenhan, 1984, Chaiyawat, 2006, Butcher, 2007) จากการประเมินความกลัวในกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ากิจกรรมการเตรียมจิตใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความกลัวการฉีดวัคซีนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนโดยรวมและพฤติกรรมด้านการแสดงออกทางใบหนาระยะก่อนฉีดวัคซีนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดวัคซีนโดยรวมและพฤติกรรมรายด้านในขณะและหลังฉีดวัคซีนไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างมีความกลัวต่อการฉีดวัคซีนในระดับปานกลางซึ่งไม่จำเป็นต้องมีองค์ประกอบที่ตอบสนองต่อความกลัวครบทุกด้าน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวโดยรวมและรายด้านบางระยะไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยพบว่า การเตรียมจิตใจก่อนฉีดวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการลดความกลัว เพราะในกิจกรรมการเตรียมจิตใจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยและได้ฝึกฝนวิธีการจัดการกับความกลัวที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งนักเรียนกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการเตรียมจิตใจจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนและโอกาสในการฝึกฝนทักษะ และวิธีการจัดการกับความกลัวที่เหมาะสม ก็จะช่วยให้นักเรียนมีความกลัวการฉีดวัคซีนลดลงและมีพัฒนาการด้านจิตใจของเด็กเป็นไปตามพัฒนาการที่ควรจะเป็น ไม่เกิดความหวาดกลัวและความวิตกกังวลมากเกินไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในขั้นตอนย่อยของกิจกรรมการเตรียมจิตใจควรเพิ่มเติมการถามตอบและการแสดงความรู้สึกละในแต่ละขั้นตอนให้มากขึ้นในนักเรียนบางคนที่ยังไม่ค่อยเข้าใจ โดยใช้เวลาให้นานขึ้นเพื่อให้ นักเรียนเกิดการเรียนรู้และเข้าใจได้ดีขึ้น
2. หากนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆที่ไม่ใช่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ควรมีการประยุกต์รูปแบบกิจกรรมการเตรียมจิตใจให้เหมาะสมกับพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง
3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนักเรียนก่อนการฉีดวัคซีน ได้แก่ พยาบาล ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมตินี้ไปใช้ในการลดความกลัวกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำแบบเก็บข้อมูลส่วนตัวเด็กเพิ่ม เช่น ประสบการณ์การฉีดยา อาชีพและรายได้ของผู้ปกครอง เป็นต้น
2. นำกิจกรรมการเตรียมจิตใจโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติไปทดลองใช้ในบริบทอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2007). **Abnormal psychology** (13th ed.). Boston: Mexico City Pearson/Allyn and Bacon.
- Chaiyawat, W. & Jezewski, M. A. (2006). Thai school-age children's perception of fear. **Journal of Transcultural Nursing**, 17(1), 74-81.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. **Clinical Psychology Review**, 20(4), 429-51.
- LeBaron, S., & Zeltzer, L. (1984). Assessment of acute pain and anxiety in children and adolescents by self-reports, observer reports, and a behavior checklist. **Journal of consulting and clinical psychology**, 52(5), 729.

- Nicastro, E. A., & Whetsell, M. V. (1999). Children's fears. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(6), 392-402.
- Nir, Y., Paz, A., Sabo, E., & Potasman, I. (2003). Fear of injections in young adults: prevalence and associations. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 68(3),
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. (1984). *Abnormal psychology*. New York: Norton. 341-344.
- Rosner, B. (2000). *Fundamentals of biostatistics* (5th ed.). Pacific Grove, Calif: Duxbury.
- Taddio, A., Ipp, M., Thivakaran, S., Jamal, A., Parikh, C., Smart, S., et al. (2012). Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine*, 30(32), 4807-4812.
- Walco, G. A., Conte, P. M., Labay, L. E., Engel, R., & Zeltzer, L. K. (2005). Procedural distress in children with cancer: Self-report, behavioral observations, and physiological parameters. *The Clinical journal of pain*, 21(6), 484-90.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขึ้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ. 2551. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา ศิริเจริญวงศ์. (2544). หนังสือทางการพยาบาลการใช้นิทานในการเตรียมจิตใจเด็กเพื่อทำหัตถการ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. (2550). ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2550. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิตินา แคมมณี. (2548). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล อีระรังสีกุล. (2532). ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนตอนต้นโดยใช้การเล่นต่อความกลัวการฉีดยา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- รพีพร ธรรมสาโรรัชต์. (2542). ผลการใช้หนังสือภาพการ์ตูนตัวแบบต่อการลดความกลัวและการให้ความร่วมมือในการฉีดยาของเด็กก่อนวัยเรียน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2552). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรียพร กอบแก้วชัยพงษ์. (2553). วัคซีน-Vaccine ที่คุณยังไม่รู้. กรุงเทพฯ: กรรณการพิมพ์.

.....

ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

The Effects of Cognitive Behavior Therapy (CBT) Program on the Depression of Young Persons in Foster Homes

พฤษภา พึงสุข¹ มานิกา วิเศษสาร²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ อายุระหว่าง 15-18 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กและเยาวชนบ้านเบธานี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 8 คน ได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดจำนวน 8 ครั้ง ร่วมกับการดูแลตามปกติของสถานสงเคราะห์ฯ ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน ได้รับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม 1 ครั้ง ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามคำขอ และการดูแลตามปกติของสถานสงเคราะห์ฯ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) และโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) แบบ Independent Samples การทดสอบ Wilcoxon Signed-Ranks Test และการทดสอบ Mann Whitney U test

ผลการวิจัยดังต่อไปนี้ 1) วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด

¹ นักศึกษามหาบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

² รองศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Abstract

In this experimental research investigation, the researcher considers the effects of a cognitive behaviour therapy (CBT) program on the depression of young persons living at the Bethany Foster Home.

The sample population was divided into an experimental group of eight young person's receiving CBT therapy for eight sessions and who also received normal care at the Bethany Foster Home. The control group of eight residents attended a single session of a group psycho-educational program, together with individual counselling as requested and normal care at the Bethany Foster Home.

The research instruments used to collect data consisted of a personal information record form, the Center for Epidemiological Studies depression scale (CES-D), and CBT.

Using techniques of descriptive statistics, the researcher analyzed the data collected in terms of mean (M) and standard deviation (SD). The independent samples t test, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann Whitney U test were also employed by the researcher.

Findings are as follows: 1) Depressed young persons who were residents of the Bethany Foster Home and who participated in the CBT program as members of the experimental group exhibited depression scores at a lower level at the completion of the program than prior to its commencement at the statistically significant level of .01. 2) The depressed young persons who were residents of the Bethany Foster Home who participated in the CBT program as members of the experimental group showed scores on depression at a lower level than the members of the control group of depressed young persons who were residents of Bethany Foster Home and who did not participate in the program at the statistically significant level of .01.

Key words: young persons in foster homes, depression in young persons, cognitive behavioral therapy program

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยมีประชากรรุ่นใหม่ที่เติบโตขึ้นมาในสถานสงเคราะห์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลของสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนปากเกร็ดและสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท ปี พ.ศ. 2251-2553

พบว่า มีเด็กเข้าสู่สถานสงเคราะห์เฉลี่ยปีละ 120-128 คน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพ่อแม่ขาดความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงบุตร ปัญหายากจน ตั้งครรภ์ไม่พร้อม เด็กมีความบกพร่องหรือความพิการ ถูกทอดทิ้ง และถูกทารุณกรรม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2555) เด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในสถานสงเคราะห์มักมีปัญหาที่ซับซ้อนทั้งทางร่างกาย สุขภาพจิต และปัญหาพัฒนาการ ซึ่งปัญหาโรคทางกายเรื้อรังพบร้อยละ 30-80 และร้อยละ 25 พบว่า มีโรคตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป เช่น การติดเชื้อ โรคพยาธิ ปัญหาการมองเห็น การได้ยิน โลหิตจาง เป็นต้น ปัญหาพัฒนาการพบร้อยละ 20-60 ของเด็กมีพัฒนาการผิดปกติหรือล่าช้า ซึ่งสูงกว่าเด็กทั่วไปถึงร้อยละ 10 และปัญหาพฤติกรรมอารมณ์พบร้อยละ 35-50 ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ การปรับตัว ปัญหาการเรียน เกรง สมาธิสั้น ก้าวร้าว และพบอาการซึมเศร้าบ่อยที่สุด (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, 2555) นอกจากนี้ ยังพบว่าการมีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่ดีในวัยเด็กที่สะสมมานานร่วมกับการอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นเวลานานที่วัยรุ่นอาจได้รับการดูแลไม่ทั่วถึงนั้น อาจส่งผลให้วัยรุ่นขาดความรัก ความเอาใจใส่ ขาดความรู้สึกผูกพัน มีความวิตกกังวลสูง ทำอะไรมักไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองและจากการที่ต้องพลัดพรากจากครอบครัวส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ บางคนตำหนิตนเอง โทษตนเอง รู้สึกว่าตัวเองไม่เป็นที่ต้องการ ไม่มีคุณค่า รู้สึกสิ้นหวังในชีวิต บางรายรู้สึกเสียใจ และสร้างกำแพงในใจเพื่อระวังความรู้สึกกังวล กลัว และเจ็บปวดเมื่อนึกถึงเหตุการณ์เดิมที่เก็บกดเอาไว้ จนพัฒนาเป็นอารมณ์เศร้า มีพฤติกรรม ทำลายตนเอง (พนม เกตุมาน, 2550; นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, 2555) ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะปัญหาทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล จะเห็นได้จากการศึกษาของ สุนีย์ ยอดเยี่ยม (อ้างอิงใน สุรางคณา คงเพชร, 2556) พบว่า ปัญหาการถูกทารุณกรรมและการถูกทอดทิ้งสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์และอาการทางจิต เด็กที่ถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกาย และทางเพศจะมีปัญหาทางจิตใจหลายอย่าง เช่น วิตกกังวล มีพฤติกรรมรุนแรง มีความคิดหวาดระแวง ซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับจินตนา นนทะเปาระยะ (อ้างอิงใน สุรางคณา คงเพชร, 2556) ที่กล่าวว่า เด็กในสถานสงเคราะห์ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ไม่ทั่วถึงเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่อยู่กับครอบครัว ทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาความรู้สึกเป็นเจ้าของ และขาดความรู้สึกผูกพัน ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้ถือเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจในอนาคต ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตามมา ก็คือ ภาวะซึมเศร้า นั่นเอง ซึ่งจากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี พบวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 (สุรางคณา คงเพชร, 2556)

การให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ได้แก่ การบำบัดตามแนวคิดการบำบัดทางความคิด ที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดให้สอดคล้องตามความเป็นจริง (อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546; ศรีวิไล โมกขาว, 2554) ซึ่งการบำบัดดังกล่าวเป็นการบำบัดทางความคิดเพียงอย่างเดียวไม่ได้ผสมผสานหลักการของการบำบัดทางพฤติกรรมร่วมด้วย ซึ่งหากต้องการการลดภาวะซึมเศร้าและลดอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าได้ในระยะยาว ควรมีการผสมผสานหลักการบำบัดทางพฤติกรรมร่วมด้วย จะเห็นได้จากการศึกษาของมะลิสาน งามศรี และสารรัตน์ วุฒิอาภา ที่พบว่า การบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ซึ่งเป็นการบำบัดที่เน้นการแก้ปัญหาที่อาการ ปัจจุบัน ช่วยให้วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก สามารถค้นถึงความขัดแย้ง

ในจิตใจ มีการพิสูจน์หาแบบแผนทางความคิดที่ส่งผลให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ มีการแก้ไขให้เกิดกระบวนการความคิดใหม่ และเกิดทักษะในการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งมีทักษะในการเผชิญและแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยให้อายุรุ่นสามารถเอาชนะภาวะซึมเศร้าได้ (มะลิสสา งามศรี, 2555; สารรัตน์ วุฒิอาภา, 2555)

การบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดในงานวิจัยครั้งนี้ สร้างจากแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, A. T., Rush, Shaw, & Emery, 1979) และแนวคิดองค์ประกอบกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสตอลลาร์ด (Stallard, P., 2002) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการลดภาวะซึมเศร้า ภาวะทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่มีปัญหา โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนจากความจริงที่ทำให้เกิดการปรับตัวและการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ให้สามารถปรับเปลี่ยนและเกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมและมั่นคง โปรแกรมนี้มี 8 องค์ประกอบกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้สุขภาพจิตเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นอยู่ 2) การสังเกตความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 3) การปรับความคิด 4) การจัดการกับอารมณ์โดยวิธีทางสรีรวิทยา 5) การเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ 6) การพัฒนาทักษะใหม่ 7) การตั้งเป้าหมาย 8) การให้แรงเสริมและให้รางวัล การดำเนินโปรแกรมเป็นรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม ๆ ละ 8 คน ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 8 ครั้ง แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60-90 นาที (Westbrook, D., Kennerley, & Kirk, 2007; Patterson, 1973)

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่พบว่าเด็กและวัยรุ่นอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เพิ่มมากขึ้น และพบว่าวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่มีปัญหาที่ซับซ้อนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทางร่างกายมีการเจริญเติบโตช้า ร่างกายไม่ค่อยสมบูรณ์ (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, 2555) ทางด้านจิตใจจากการที่วัยรุ่นมีประสบการณ์ที่ไม่ดีตั้งแต่เด็ก ทั้งจากการที่ถูกทอดทิ้ง พลัดพรากจากครอบครัว ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ว่าเหว่ ขาดความรัก บางคนตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตัวเองไม่เป็นที่ต้องการ ไม่มีคุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต ในรายที่ถูกทารุณกรรมมีความรู้สึกกลัว เจ็บปวดเมื่อนึกถึงเหตุการณ์เดิม มีความหวาดระแวง จนพัฒนาเป็นอารมณ์เศร้า (พนม เกตุมาน, 2550; Samira, S., Nahid, & Zahra, 2015; Sherry, A., Midori, & Dennis 2013) และด้านสังคม วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์มีสังคมที่ค่อนข้างจำกัดไม่ค่อยได้พบเจอและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใหม่ ๆ ทำให้วัยรุ่นมีความยากลำบากในการปรับตัว ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว และเก็บตัวไม่ยอมคบใคร จนพัฒนามาเป็นอารมณ์เศร้าได้ (พนม เกตุมาน, 2550; วิทยากร เชียงกุล, 2552; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) ซึ่งจากสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าวถือได้ว่าวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยรุ่นทั่วไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์ โดยใช้การบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดตามแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, A. T., Rush, Shaw, & Emery, 1979) และแนวคิดองค์ประกอบกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสตอลลาร์ด (Stallard, P., 2002) เพื่อให้นักจิตวิทยาและบุคลากรเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องได้มีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าให้กับเด็กและวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

สมมติฐานการวิจัย

1. วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
2. วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ด้านประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่น อายุ 15-18 ปี ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์

2. กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ วัยรุ่น อายุ 15-18 ปี ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์เด็กและเยาวชนบ้านเบธานี ที่ได้รับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ใช้วิธีการจับสลากเพื่อแบ่งกลุ่มทดลอง 8 คน รับโปรแกรม CBT และกลุ่มควบคุม 8 คน รวมเป็น 16 คน

3. นิยามศัพท์เฉพาะ

- 3.1 วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ หมายถึง วัยรุ่นตอนกลางและตอนปลายอายุ 15-18 ปี ที่รับการอุปการะจากสถานสงเคราะห์เด็กและเยาวชนบ้านเบธานี จากการประสบปัญหาทางสังคมต่าง ๆ ได้แก่ ขาดผู้อุปการะ ครอบครัวยากจน ครอบครัวแตกแยก บิดามารดาเป็นผู้รับการสงเคราะห์หรือบิดามารดาต้องโทษ ซึ่งได้รับการดูแลจากสถานสงเคราะห์ในเรื่องความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ

- 3.2 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะอารมณ์เศร้าที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ทั้งต่อตัวเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงของภาวะจิตใจที่มีลักษณะการแสดงของความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ พุดซ้า เคลื่อนไหวช้า กระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ และมีความคิดลบกับตนเอง ต่ำหนืดตนเอง คิดว่าตนเองด้อยค่า โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน อยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า

- 3.3 โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่ใช้ในการช่วยเหลือวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้า โปรแกรมนี้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค และแนวคิดองค์ประกอบกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสตอลลาร์ด โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้สุขภาพจิตเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นอยู่ 2) การสังเกตความคิดอารมณ์ และพฤติกรรม 3) การปรับความคิด 4) การจัดการกับอารมณ์โดยวิธีทางสรีรวิทยา 5) การ

เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ 6) การพัฒนาทักษะใหม่ 7) การตั้งเป้าหมาย 8) การให้แรงเสริมและให้รางวัล โดยใช้เวลาดำเนินการสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 8 ครั้ง แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60-90 นาที

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองซึ่งมีรายละเอียดตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้มี 2 ชุด ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของวัยรุ่น ได้แก่ อายุปัจจุบัน อายุแรกเข้า สาเหตุการรับเข้าในสถานสงเคราะห์ฯ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์

1.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย สำหรับวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี แบบคัดกรองมีลักษณะเป็นแบบมาตราการประมาณค่า (Rating Scale) ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อย ๆ และตลอดเวลา ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีคะแนนรวมได้ตั้งแต่ 0 – 60 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน อยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า(CES-D) พัฒนาโดยอุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) ที่ได้แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษ ที่พัฒนาโดย Radloff นักวิจัยแห่ง Center for Epidemiological Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากนั้น อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) ยังได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของเครื่องมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) ของ อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดสอบในเด็กวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ในสถานสงเคราะห์บ้านพระพร ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 (ระดับสูง) ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ โปรแกรมนี้มี 8 องค์ประกอบกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้สุขภาพจิตเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นอยู่ 2) การสังเกตความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 3) การปรับความคิด 4) การจัดการกับอารมณ์โดยวิธีทางสรีรวิทยา 5) การเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ 6) การพัฒนาทักษะใหม่ 7) การตั้งเป้าหมาย 8) การให้แรงเสริมและให้รางวัล การจัดกิจกรรมในโปรแกรมนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาและประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของกลุ่มวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที หลังการบำบัด ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดทุก

ครั้งและก่อนการบำบัดแต่ละครั้งจะมีการทบทวนการบ้านและการบำบัดในครั้งก่อนทุกครั้ง และเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดงความคิดเห็นหรือความต้องการ

วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ

โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ

การบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสร้างกิจกรรม

2. สร้างกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. นำโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้กับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก ที่มีความเชี่ยวชาญด้านงานวิชาการ การวิจัย การพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มปฐมวัย วัยเรียน และวัยรุ่น 1 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาและความเหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามคำแนะนำ โดยความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเนื้อหาโปรแกรมของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 8 กิจกรรมอยู่ในระดับใช้ได้ทุกกิจกรรม

4. ดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด (CBT) ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน ตามระยะเวลาที่กำหนดของโปรแกรม

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยโดยวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย จากภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เพื่อเก็บข้อมูล ณ สถานสงเคราะห์เด็กและเยาวชนบ้านเบธานี

2. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) ก่อนทำการทดลอง

3. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง โดยเริ่มจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย รวมถึงชี้แจงขั้นตอนกระบวนการ วันเวลา ในการเข้าร่วมโปรแกรม และจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่กำหนดจำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที

4. ผู้วิจัยดำเนินกลุ่มควบคุม โดยเริ่มจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย รวมถึงชี้แจงขั้นตอนกระบวนการ วันเวลา ในการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า เทคนิคการจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองเบื้องต้นรายกลุ่ม 1 ครั้ง ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามคำขอ และการดูแลตามปกติของสถานสงเคราะห์

5. วัดภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) ก่อนและหลังโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการแจกแจงปกติ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ถ้าพบว่าการแจกแจงปกติใช้สถิติ dependent t-test กรณีพบการแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test
4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการแจกแจงปกติ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ถ้าพบว่าการแจกแจงปกติใช้สถิติ Independent t-test กรณีพบการแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Mann – Whitney U test

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) ของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 23.5 อยู่ในข่ายมีภาวะซึมเศร้า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย 12 ไม่มีภาวะ ส่วนคะแนนเฉลี่ยจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) ของกลุ่มควบคุม ในครั้งที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 23.75 อยู่ในข่ายมีภาวะซึมเศร้า และครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 23.50 ซึ่งอยู่ในข่ายมีภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน
2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด มีคะแนนเฉลี่ยจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม
4. กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในการทดสอบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .24$)
5. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .328$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยทำการอภิปรายผลและนำเสนอ ดังนี้

1. ผลจากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโปรแกรมดังกล่าว เป็นโปรแกรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ที่บิดเบือนจากความจริงที่ทำให้เกิดการปรับตัวและการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ให้สามารถปรับเปลี่ยนและเกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมและมั่นคง ซึ่งใช้หลักการพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (BECK, A. T., RUSH, SHAW, & EMERY, 1979) ตามความเชื่อพื้นฐานที่ว่า ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีรวิทยา มีความสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งก็อาจส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นได้ และแนวคิดองค์ประกอบกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสตอลลาร์ด (STALLARD, 2002) ที่เน้นการฝึกทักษะการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ การเผชิญปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในงานวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยกันสะท้อนปัญหา และระดมความคิดร่วมกันภายในกลุ่ม มีส่วนร่วมในการฝึกคิด ฝึกทักษะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบให้เป็นความคิดทางบวก มีทักษะการแก้ปัญหาทั้งของตนเองและสมาชิกในกลุ่ม และใช้กลุ่มในการสร้างแรงเสริมทางบวก (สิริวรรณ วงศ์พงศ์เกษม, 2554) โดยผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้สมาชิกเกิดการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้มีประสบการณ์ภายในกลุ่ม เกิดทักษะใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองในชีวิตประจำวันเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งขณะที่อยู่ในสถานสงเคราะห์และภายหลังที่ออกจากสถานสงเคราะห์

2. ผลของคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลง แสดงให้เห็นว่า การนำหลักการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดตามแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค และแนวคิดองค์ประกอบกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสตอลลาร์ด สามารถนำมาใช้ได้กับวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถปรับได้เพียงความคิด พฤติกรรมที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และทักษะในการเผชิญและแก้ปัญหา ยังไม่สามารถปรับถึงแก่นความคิด (CORE BELIEFS) ที่แท้จริงได้ อาจเนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมยังขาดความเฉพาะของเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า รวมถึงในบางกิจกรรมมีเนื้อหาค่อนข้างยากและซับซ้อนการจัดกิจกรรมเพียงครั้งเดียวในแต่ละกิจกรรมอาจไม่เพียงพอต่อการเรียนรู้และความเข้าใจของวัยรุ่น ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการปรับความคิด อารมณ์ พฤติกรรมในระยะยาว ผู้เข้าร่วมโปรแกรมอาจเกิดภาวะเศร้าเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา หรือภาวะที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับเบ็ค และคณะ (1979) ที่กล่าวว่าวิธีการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดในผู้มีภาวะซึมเศร้า ที่จะให้เกิดความยั่งยืนนั้นต้องแก้ที่แก่นความคิด (CORE BELIEFS) โดยจะมุ่งเน้นแก้ไขที่ความคิดอัตโนมัติทางลบก่อนเป็นอันดับแรก เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่า และแก้ปัญหาที่อาการปัจจุบัน ซึ่งกิจกรรมตามโปรแกรมในงานวิจัยครั้งนี้ได้เน้นให้กลุ่มทดลองช่วยกันค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ และส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม จากกรณีตัวอย่าง และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง พร้อมทั้งแก้ปัญหาให้เกิดความคิดเป็นทางบวก และเกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมะลิสา งามศรี (2555) และสารรัตน์ วุฒิอาภา (2555) ที่พบว่า

การบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด เป็นการบำบัดที่เน้นการแก้ปัญหาที่อาการปัจจุบัน ช่วยให้วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก สามารถค้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ มีการพิสูจน์หาแบบแผนทางความคิดที่ส่งผลให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ มีการแก้ไขให้เกิดกระบวนการความคิดใหม่ และเกิดทักษะในการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งมีทักษะในการเผชิญและแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถเอาชนะภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ LORI, L ET AL., (2013) ที่ศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยม พบว่า นักเรียนมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม โดยคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในการทดสอบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ มะลิสสา งามศรี (2555) และการศึกษาของ JENS C THIMM & LISS ANTONSEN (2014) พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเกี่ยวกับการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดจะมีคะแนนคงที่หรือลดลงไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก ในขณะที่กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง ดังนั้น จึงขอเสนอให้เจ้าหน้าที่หรือผู้เกี่ยวข้องในสถานสงเคราะห์ นำโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแบบรายกลุ่ม รวมทั้งใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าให้กับเด็กและวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

2. จากผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้ แต่อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันไม่ให้อายุรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา หรือภาวะที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้นั้น จึงเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่หรือผู้เกี่ยวข้องคอยเฝ้าระวัง และสังเกตอาการ พฤติกรรม ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า และมีการประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเป็นระยะ พร้อมกับจัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้วัยรุ่นมีความสามารถในการปรับความคิด อารมณ์ พฤติกรรมให้มั่นคงต่อไป

3. จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์มีลักษณะทางอารมณ์ที่อ่อนไหว และถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ง่าย มีความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว และวิตกกังวลรู้สึกกว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการ ไม่มีคุณค่า โทษตัวเอง สิ้นหวัง ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ขอเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่หรือผู้เกี่ยวข้องในสถานสงเคราะห์มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่รับเด็กเข้าในสถานสงเคราะห์ เพื่อการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่มและ

ทันทั้งที่ และหากพบว่าวัยรุ่นมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงอาจต้องดูแลช่วยเหลือเป็นรายบุคคลมากกว่า การทำกิจกรรมกลุ่มเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง แต่อย่างไรก็ตามภาวะดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้เมื่อวัยรุ่นต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาหรือมีปัจจัยกระตุ้นทางอารมณ์ ดังนั้น เห็นควรให้มีการศึกษาติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรมภายหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามความคงทนของการปรับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ตามโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมผ่านการรู้คิด รวมถึงเพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำอีกครั้ง

2. จากการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถปรับความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้ แต่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมปรับได้เพียงความคิดทางลบที่เกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมเท่านั้น ยังไม่สามารถปรับถึงแก่นความคิด (core beliefs) ที่แท้จริงได้ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มเนื้อหากิจกรรมที่มีความเฉพาะกับภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความถี่ในบางกิจกรรมที่มีเนื้อหายากและซับซ้อนเป็นกิจกรรมละ 2-3 ครั้ง เช่น กิจกรรมที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติ

3. จากการศึกษาที่มีข้อสังเกตในระหว่างการดำเนินการทดลอง พบว่า กิจกรรมตามโปรแกรมบางกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่มีเนื้อหาที่เชื่อมโยงกัน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการจัดกิจกรรมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกันหรือเชื่อมโยงกันไว้ในครั้งเดียวกัน เช่น กิจกรรมที่ 2 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และกิจกรรมที่ 3 การตอบสนองและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ เพื่อความต่อเนื่องของเนื้อหากิจกรรม และเพื่อให้วัยรุ่นสามารถเข้าใจและเชื่อมโยงกิจกรรมได้ดียิ่งขึ้น

4. งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ซึ่งส่งผลให้การศึกษายังไม่ครอบคลุมกลุ่มวัยอื่น ๆ ทั้งที่อยู่ในและนอกสถานสงเคราะห์ รวมทั้งบางกิจกรรมมีเนื้อหาเฉพาะ เช่น คำศัพท์ที่ใช้ในกิจกรรม กรณีตัวอย่าง เป็นต้น ซึ่งอาจมีความเข้าใจในวงจำกัดเฉพาะวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ดังนั้น จึงเห็นควรให้ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มวัยอื่น ๆ ทั้งในสถานสงเคราะห์และนอกสถานสงเคราะห์ เช่น กลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียน หรือกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- ดวงใจ วัฒนสินธ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 24 (1), 6 – 9.
- นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. (2555). ปัญหาที่พบในเด็กสถานสงเคราะห์. ค้นเมื่อ 12 กันยายน 2561, จาก <https://www.gotoknow.org>.
- มะลิสา गามศรี. (2555). ผลการใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศรีวิไล โมกขาว. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 126-136.
- สารรัตน์ วุฒิอาภา. (2555). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 20 (5), 457-465.
- สุรางคณา คงเพชร. (2556). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุ 10-15 ปี ที่มารับบริการสถานสงเคราะห์เด็กหญิงของบ้านราชวิถี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- อัญชลี ฉัตรแก้ว. (2546). ผลการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42 (1), 2 – 13.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Samira, S., Nahid Y.P. & Zahra M.N. (2015). *The relationships between general health and emotional Intelligence with defence mechanisms on university students of Payame Noor University*. *Procedia - Social and Behavioral Science*, 205, 681-687.
- Sherry A., Midori T. & Dennis K.K. (2013). *Depression as an evolutionary strategy for defense against infection*. *Brain, Behavior, and Immunity*, 31, 9 – 22.
- Stallard, P. (2002). *Think good-fell good a cognitive behavior therapy workbook for children and young people*. England : John Wiley & Sons Ltd.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behavior therapy*. London; Aldon Press
- Jens C Thimm & Liss Antonsen. (2014). *Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice*. from <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/14/292>
- Lori L.L., Nancy V.H. & John, C. (2013). *A Cognitive-Behavioral Treatment for Depression in ruralan erican Indian middle school students*.

.....

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลลำปาง

The Effectives of Mindfulness Program to Reduce Anxiety and Depression in Cardiovascular Disease Patients, Lampang Hospital
ชญาภา สุนันทชัยกุล¹ มานิกา วิเศษสาร²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุระหว่าง 40 – 70 ปี ในโรงพยาบาลลำปาง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ผ่านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) และสุ่มเพื่อทำการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 8 ครั้ง ได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพพรายกลุ่ม 1 ครั้ง ร่วมกับการดูแลสุขภาพตามปกติของทางโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพพรายกลุ่ม 1 ครั้ง ร่วมกับการดูแลสุขภาพตามปกติของทางโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) และโปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wink Test และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ dependent t-test และ Independent t-test

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด, ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า, โปรแกรมการฝึกสติ

¹นักศึกษามหาบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

²รองศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผลการวิจัย: 1) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงหลังเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Abstract

This research aimed to study the effects of mindfulness program to reduce anxiety and depression in cardiovascular disease patients aged between 40 - 70 years in Lampang Hospital. The 30 sample were purposively selection and then random sampling to divided into 2 groups: 15 experimental persons and 15 control persons. The experimental group received a mindfulness program for reducing anxiety and depression in patients with cardiovascular disease, 8 times, 1 session Psycho-education group session and general hospital treatments. The control group received 1 Psycho-education group session and general hospital treatments. The instruments used to collect data consisted of Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) and Mindfulness Program to reduce anxiety and depression in cardiovascular disease patients. The data were analysed using statistics comprising mean, standard deviation, Shapiro-Wilk test, Dependent t-test and Independent t-test.

The research findings were as follows:

1. The experimental group of cardiovascular disease patients who received mindfulness program to reduce anxiety and depression in cardiovascular disease patients had anxiety and depression scores lower than pre-experimental at .01 level of statistical significance.

2. The experimental group of cardiovascular disease patients who received mindfulness program to reduce anxiety and depression in cardiovascular disease patients had anxiety and depression scores lower than the control group who did not receive the program at .01 level of statistical significance.

Keywords: Cardiovascular disease patients, Anxiety and Depression, Mindfulness treatment.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ในปัจจุบันได้กลายเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตในอันดับต้นทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มสูงถึง 264,820 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 30 คน และข้อมูลล่าสุดในปี 2558 พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 18,922 คน หรือเฉลี่ย ชั่วโมงละ 2 คน (ณัฐฉิรวรรณ พันธุ์มุง และอลิสรา อยู่เลิศลพ, 2560) ซึ่งจากอุบัติการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขในวัยทำงานเป็นอย่างมาก ส่งผลต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ เกิดภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจ ประมาณ 7,000 ล้านบาทต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค 2559) อาการสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ส่วนใหญ่มักพบ ได้แก่ เจ็บปวดแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติหรือช้ากว่าปกติ หรือรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อันเนื่องมาจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเกิดการแข็งตัว (atherosclerosis) ส่งผลโดยตรงต่อการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงในอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ไต และอวัยวะส่วนปลายอื่น ๆ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้สารเสพติด เหล้า บุหรี่ เป็นต้น (เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ, 2555) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือปัจจัยทางจิตอื่น ๆ เช่น ลักษณะบุคลิกภาพแบบเคร่งเครียด (Type A) หรือลักษณะบุคลิกภาพแบบปฏิเสธการเข้าสังคมเนื่องจากมีความรู้สึกทางลบกับบุคคลอื่น (Type D) การแยกตัวจากสังคม รวมถึงความเครียดเรื้อรังในชีวิต สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหัวใจมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีความเครียดเรื้อรังในชีวิต ภาวะซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงสูงถึง 4 เท่าที่จะกระตุ้นให้อาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดกำเริบมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเร็วกว่าคนทั่วไป (Karasek, RA, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T, 1981)

แนวทางการให้ความช่วยเหลือทางปัญหาทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น มี 2 แนวทาง คือ (1) การรักษาทางด้านร่างกาย ได้แก่ การรักษาโดยการให้ยากกลุ่ม antianxiety เช่น diazepam, alprazolam, lorazepam, clonazepam และกลุ่ม antidepressants ได้แก่ tricyclic antidepressants เช่น amitriptyline, imipramine และ specific serotonin reuptake inhibitors (SSRI's) เช่น fluoxetine, paroxetine ซึ่งเป็นยากกลุ่มที่ผลต่อ serotonin โดยตรง ใช้ควบคุมอาการในระยะยาวเพื่อลดกลไกการเกิดความผิดปกติทางกายภาพที่ส่งผลต่อสภาพจิต (2) การรักษาทางด้านจิตใจ ซึ่งมักจะทำควบคู่ไปกับการใช้ยา ได้แก่ การทำจิตบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้เห็นว่า ในการบำบัดแต่ละอย่างนั้นมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากอาการของตนเอง ผู้ป่วยมักเกิดความคิดและกังวลอยู่กับอาการของตนเองหรือเกิดจากสาเหตุและปัจจัยอื่นๆ ทำให้ในบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความคิดของตนเองได้และเกิดความกังวลเพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเกิดจากการขาดการตระหนักรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกแนวความคิดของการบำบัดด้วยสติ

(mindfulness treatment) มาประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการฝึกสติเป็นวิธีจะเป็นการใช้ความสนใจ ความตั้งใจในการสังเกตอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นซึ่งมีทั้งที่พอใจและไม่พอใจ และการตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้านั้นด้วยวิธีที่แตกต่างกันออกไป การฝึกให้ผู้ป่วยเกิดตระหนักรู้ให้เท่าทันความคิด อารมณ์ของตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ เกี่ยวกับสภาวะอารมณ์ของตนเองได้ดีและส่งผลต่อการพัฒนาทักษะในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาได้เหมาะสมมากขึ้น เช่น รู้เท่าทันความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ไม่ปล่อยให้ความนึกคิดพุ่งชนไปตามอารมณ์ และไม่ตัดสินตีความหมายต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ซึ่งทักษะเหล่านี้จะช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ จนนำไปสู่การเข้าใจ การยอมรับอย่างเป็นและปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติของสิ่งนั้น (Kabat-Zinn, 2003, p. 145)

ดังนั้น ในงานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาเรื่อง “สติ” ตามแนวคิดของ Kabat-Zinn (1990) ซึ่งเป็นผู้คิดค้นโปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction โดยวัตถุประสงค์ของโปรแกรมนี้นี้คือการฝึกทักษะและพัฒนาการตระหนักรู้ให้เท่าทันความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งทักษะนี้จะช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการขาดการตระหนักรู้ในตนเองและปล่อยความคิดให้จมอยู่กับปัญหา การฝึกสติจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการรับรู้และใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบัน สามารถเปิดใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย (รัสดาพร สันติวงษ์, 2550) อีกทั้งยังสามารถรับมือกับเหตุการณ์ที่เข้ามาที่อาจทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ดี โดยที่ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้เท่าทันการรับรู้ของตนเองและไม่ตัดสินเหตุการณ์ที่เข้ามา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ อันเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกสติที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมการฝึกสติ มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร่าลดลงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมการฝึกสติ
2. ผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมการฝึกสติ มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร่าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการการฝึกสติ

ขอบเขตงานวิจัย

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลศูนย์ลำปางที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด ที่มีกลุ่มอายุอยู่ในช่วง 40 - 70 ปี มีจำนวนทั้งหมด 2,098 ราย (สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด, 2561)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อยู่ระหว่างการพักฟื้น ณ โรงพยาบาลศูนย์ลำปางที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม โดยผ่านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 30 คน แล้วสุ่มเพื่อทำการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยจากศัลยแพทย์โรคหัวใจตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค และมีระดับอาการและความรุนแรงของโรคหัวใจที่อยู่ใน Class I หมายถึง ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไปได้ โดยไม่แสดงอาการเหนื่อยล้า และ Class II หมายถึง ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะที่พัก มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย คือ ทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่ถ้ามีกิจกรรมมากกว่าปกติ เช่น การเดินขึ้นบันไดเร็ว ๆ จะมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

2. มีคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ 8-10 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่พบความผิดปกติทางจิตอย่างชัดเจน

3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตในระดับที่รุนแรง เช่น การรับรู้ผิดปกติ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด

4. ไม่มีปัญหาทางกายภาพ หรือมีอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรง เช่น หายใจหอบ เกร็ง ชัก หรือหมดสติ

3. นิยามศัพท์เฉพาะ

3.1 สติ หมายถึง สภาวะการตื่นตัวของ การรับรู้ กระบวนการคิด การสัมผัส การตระหนักได้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยอารมณ์ที่สงบนิ่ง ไม่ฟุ้งซ่าน โดยทั้งหมดเกิดจากการฝึกฝน ความใส่ใจ ความตั้งใจของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ทั้งภายในและภายนอกที่เกิด รับรู้ สัมผัสกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสินหรือตีความกับสิ่งเร้าที่เข้ามา ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเปิดใจกว้างและอยู่กับปัจจุบันขณะ

3.2 โปรแกรมการฝึกสติ หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยประยุกต์กิจกรรมมาจากแนวคิดของโปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ที่พัฒนาโดย Kabat-Zinn (1990) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การสำรวจร่างกาย การนั่งสมาธิ การฝึกการหายใจ เป็นต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกทักษะและพัฒนาการตระหนักรู้ให้เท่าทันความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งทักษะนี้จะช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการขาดการตระหนักรู้ในตนเองและปล่อยความคิดให้จมอยู่กับปัญหา และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ เกี่ยวกับสภาวะอารมณ์ของตนเอง ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาได้เหมาะสมมากขึ้น โดยโปรแกรมการฝึกสติในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 8 กิจกรรม ใช้เวลาเฉลี่ย ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์

3.3 ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล ขาดสมาธิ กระวนกระวาย รู้สึกตึงเครียด และกังวลกับความเจ็บป่วยของตนเองตลอดเวลา โดยวัดภาวะวิตกกังวลจากแบบวัดภาวะความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในระดับ 8-10 คะแนน บ่งชี้ถึงการมีภาวะวิตกกังวลสูง

3.4 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ ไม่มีความสุขกับกิจกรรมที่เคยทำ คิดซ้ำหรือทำอะไรรู้อ้างช้าลงกว่าเดิม มองตนเองและสิ่งแวดล้อมในแง่ลบซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความเจ็บป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยวัดภาวะซึมเศร้าจากแบบวัดภาวะความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในระดับ 8-10 คะแนน บ่งชี้ถึงการมีภาวะซึมเศร้าสูง

3.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย โดยมีช่วงอายุระหว่าง 40 - 70 ปี เป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงพักฟื้นที่โรงพยาบาลลำปาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วมทางกาย

ตอนที่ 2 แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai hospital anxiety and depression scale: Thai-HADS) พัฒนาโดย Zigmond และคณะ (1983) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการวิตกกังวล จะปรากฏในข้อคำถามที่เป็นเลขคี่ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 และด้านอาการซึมเศร้า จะปรากฏในข้อคำถามที่เป็นเลขคู่ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 จากนั้นได้ถูกนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ซึ่งผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตัวอยู่ในภาควิชาศัลยศาสตร์และภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 60 คน เพื่อใช้คัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย

ตอนที่ 3 โปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิก จิตแพทย์ และศัลยแพทย์หัวใจ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเนื้อหา (IOC) ซึ่งจากการตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเนื้อหาพบว่าโปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 8 กิจกรรม อยู่ในระดับใช้ได้ทุกกิจกรรม คือ มีค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) ของธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงพักฟื้นที่โรงพยาบาลลำปางที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 60 ราย ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการตรวจสอบ พบว่า ใน Anxiety sub-scale ได้ค่าเท่ากับ .869 หมายถึง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง และ Depression sub-scale ได้เท่ากับ 0.856 หมายถึง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยกำหนดปัญหาการวิจัยและเรียบเรียงข้อมูลจากวารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และ ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารอื่น ๆ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ
2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง
3. ติดต่อเจ้าหน้าที่ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานเพื่อขอความอนุเคราะห์จัดเตรียม ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และสถานที่ในการทำการทดลอง
4. จัดเตรียมสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกสติ โดยใช้สถานที่ของ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง
5. เข้าพบผู้ป่วยตามวันที่เจ้าหน้าที่ พยาบาลนัดหมาย เพื่อดำเนินการวิจัยโดยคัดเลือกผู้ป่วย โรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าเกณฑ์เงื่อนไข ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตในระดับที่รุนแรง และไม่มี ปัญหาทางกายภาพ มีความสามารถอ่านและเขียนเพื่อ ทำแบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ที่ผ่านการหาคุณภาพของ เครื่องมือจากกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดนใน Anxiety sub-scale ได้ ค่าเท่ากับ .869 หมายถึงมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง และ Depression sub-scale ได้เท่ากับ 0.856 หมายถึงมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง
6. คัดเลือกผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 30 ราย ที่มีคะแนนภาวะวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง และทำการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม กลุ่มละ 15 คน
7. เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
8. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในขั้นตอนแรกผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และขั้นตอนของการฝึกสติในทั้งสองกลุ่ม จากนั้นทำการนัดกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติฯ ตามวันและเวลาที่กำหนด และเมื่อสิ้นสุด กิจกรรมตามโปรแกรม กลุ่มเป้าหมายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินภาวะวิตก กังวลและภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง
9. วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน เพื่อนำเสนอข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการใช้ยา ความเครียดที่เกิดจากปัญหาโรคทางกาย ใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบวัดภาวะวิตก กังวลและภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai

HADS) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกสติในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Dependent t-test

3. ทดสอบคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกสติในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

จากการวิจัยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.6 และมีสถานภาพสมรส จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยมีอาการร่วมที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาเป็นไขมันในเส้นเลือดสูง มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.6 และคุณลักษณะของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 และมีสถานภาพสมรส จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยมีอาการร่วมที่พบบ่อย คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .01$)

3. หลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง กว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับโปรแกรมการฝึกสติมีคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงก่อนการเข้าโปรแกรมการฝึกสติ

4. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มควบคุมในการทดสอบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน ($p > .01$)

5. หลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับ โปรแกรมการฝึกสติ มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ จากผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกสติมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้ อันเนื่องมาจาก โปรแกรมการฝึกสตินั้นมีกระบวนการหลัก คือ การสร้างทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อให้รู้ทันความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และไม่ตัดสินตีความหมายต่อเหตุการณ์ใด ๆ ที่เกิด (Kabat-Zinn, 2003) เน้นฝึกให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบันขณะ ไม่หมกมุ่นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ภาวะวิตกกังวลที่เกิดจากเงื่อนไขของการรักษาหรือภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากตัดสินใจ ตัดสิน ความปัญหาที่เข้ามาจนมีความรู้สึกที่ไม่สามารถรับมือกับปัญหาหรือหาทางออกให้กับปัญหานั้นได้ เป็นต้น (Kostanski & Hased, 2008) นอกจากนี้โปรแกรมการฝึกสติสามารถปฏิบัติและเข้าร่วมกิจกรรมได้ง่าย ไม่เน้นในเรื่องของการพูดคุยถึงปัญหาหรือปรับเปลี่ยนวิธีคิด เพียงแค่ให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับอาการเจ็บปวดเรื้อรัง ความเครียด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ ด้วยผ่านกิจกรรมง่าย ๆ เช่น การสำรวจร่างกาย ที่ต้องใช้ความตั้งใจและให้ความสนใจกับร่างกาย ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยพัฒนาในเรื่องของความตั้งใจ (concentration) และการให้ความยืดหยุ่นของการสนใจในสิ่งเร้า (flexibility of attention simultaneously) อีกทั้งโปรแกรมนี้อาจนำไปประยุกต์กับกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันได้ เช่น ความหิว หรือการรับรู้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นแล้วก็จะค่อย ๆ ลดระดับลงและหายไป ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่มีการปวดทางกายเรื้อรังได้อีกด้วย (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2557)

ผลของคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ลดลงหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกสติสามารถลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากที่กล่าวในข้างต้นว่า จากการฝึกทักษะและพัฒนาการตระหนักรู้ให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ เกี่ยวกับสภาวะอารมณ์ของตนเอง ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาได้เหมาะสมมากขึ้น สามารถลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการขาดการตระหนักรู้ในตนเองและปล่อยความคิดให้จมอยู่กับปัญหาได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chambers et al., (2008) ซึ่งได้กล่าวถึงประโยชน์ของสติในงานวิจัยว่า สติช่วยลดการครุ่นคิด การหมกมุ่นอยู่กับความคิดได้ดี จากการศึกษารูปแบบของการฝึกสติที่มีต่อการควบคุมความสนใจ และลักษณะความคิด ซึ่งศึกษาโดยการสอบถามผู้ที่เข้าร่วมหลังการฝึกสติพบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการตระหนักรู้ที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้อาการวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่ายของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมลดลง และยังช่วยพัฒนาสมรรถภาพด้านความจำในการทำงานดีขึ้นและสามารถให้ความสนใจในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 และจากการศึกษาการใช้โปรแกรมการฝึกสติโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น จากการศึกษาของ Manish J (2013) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 30 - 65 ปี โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด 30 คน โปรแกรมที่ใช้มีโครงสร้างและรูปแบบมาจาก Mindfulness-based stress reduction เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อลดความเครียด และภาวะซึมเศร้า ความดันเลือด และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) จากผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หัวใจมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rebecca A. Abbott et al., (2014) ได้ทำการศึกษาข้อมูลจาก AMED, CINAHL, EMBASE, British Nursing Index, Medline, Web of Science และ Psycho INFO โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาและรวบรวมข้อมูลผลการวิจัยที่ได้จากการใช้การฝึกสติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้โปรแกรม mindfulness-based stress reduction และ mindfulness-based cognitive therapy ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการ Prehypertension หรือ hypertension (n = 3 trials), เบาหวานชนิด 1 หรือ 2 (n = 2), โรคหัวใจ (n = 2) และโรคเส้นเลือดในสมองแตก (n = 1) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยการใช้สถิติ Standardized mean differences และพบว่าโปรแกรมการฝึกสติสามารถช่วยลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 ทั้งนี้รวมถึงผลลัพธ์ที่เปลี่ยนทางด้านกายภาพ เช่น ความดันเลือด albuminuria และ stress hormones และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากการวัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yeoungsuk Song (2015) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกสติ(Mindfulness-based stress reduction: MBSR) เพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม(n=21) และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=23) จากผลการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างของคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าทั้งก่อนและหลังการทดลอง ในขณะที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติ MBSR มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ดังนั้น จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการฝึกสติเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีประสิทธิภาพในการลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปปฏิบัติ

1. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นผู้ป่วยนอกก่อนได้รับการผ่าตัดบายพาสหัวใจ (Open Heart Bypass Surgery) มีคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง ดังนั้น จึงควรทำโปรแกรมการฝึกสติในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นผู้ป่วยนอกก่อนการผ่าตัดบายพาสหัวใจ เพื่อลดภาวะวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า

2. จากการศึกษา ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกก่อนได้รับการผ่าตัดบายพาสหัวใจ (Open Heart Bypass Surgery) ที่ได้รับการฝึกสติทุกวันจนครบโปรแกรมภายในระยะ 2 สัปดาห์ จากการประเมินจากแบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) พบว่า คะแนนดิบของคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลงค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมตามช่วงเวลาปกติ ดังนั้น จึงควรเพิ่มความถี่ในการทำโปรแกรม เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะการรับรู้และเกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

3. บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลลำปางสามารถนำโปรแกรมการฝึกสติไปใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนได้รับการผ่าตัด bypass เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะ วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง นอกจากนี้ยังสามารถนำโปรแกรมการฝึกสตินี้ประยุกต์ใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือผู้ป่วยที่มีความ เจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic pain)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาในการทำกิจกรรมนั้นมีส่วนสำคัญในการ พัฒนาทักษะ เนื่องจากการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เท่ากัน ดังนั้นควรมีการเพิ่มระยะเวลาและ ความถี่ในการฝึก เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้และสามารถสร้างทักษะการตระหนักรู้ที่มั่นคงและ ยาวนานได้

2. การวิจัยในครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์เท่านั้น และผลที่ได้จากการศึกษาเป็นเพียง ผลที่ได้จากการศึกษาในช่วงเวลานี้เท่านั้น ไม่ทราบว่าจะมีผลคงทนหรือไม่ เพราะฉะนั้นจึงควรมีการ ติดตามผลหลังจากการสิ้นสุดการให้โปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน ตามความเหมาะสม หรืออาจมีการวัด คะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซ้ำ เพื่อดูปัจจัยที่แทรกซ้อนเข้ามาและพัฒนาตัวโปรแกรมให้ ดียิ่งขึ้น

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพกับลักษณะและบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ให้ชัดเจนเพื่อจะได้จัดกิจกรรมของโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอาจมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่างของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). **การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ.
- ณัฐฉัตร พันธ์มั่ง และอลิสรา อยู่เลิศลพ. (2560). **ประเด็นสารณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2560**. ม.ป.ท. ไรศดาพร สันติวงษ์ (2550). **การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ. (2555). **Etiology and pathogenesis. Practical cardiology**. เล่มที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์. หน้า 1 – 6.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2557). **สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization: MIIO)**. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.
- Beck, A.T. (1986). **Cognitive therapy and the emotion disorders (4th ed.)**. New York: International Universities Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). **Fall catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness**. New York, NY: Delta.

- Kabat-Zinn, J. (2003). **Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future.** *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2),144-156.
- Karasek RA, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. (1981). **Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men.** *Am J Public Health.* 1981;71:694–705.
- Kostanski, M., & Hasted, C. (2008). **Mindfulness as a concept and a process.** *Australian Psychologist*, 43(1), 15-21.
- Manish J. (2013). **Mindfulness-based stress reduction program in coronary heart disease: A randomized control trial.** [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23930029> [Assess on 13 July 2018].
- Yeongsuk Song. (2015). **Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students.** College of Nursing, Daegu. South Korea.
-

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย

Relationships of the Big Five Personality, Stress and Stress Management of Thai National Athletes

นำชัย รัตนพงษ์บัณฑิต¹ อารี พันธมณี²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบของนักกีฬาทีมชาติไทย 2) ความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย 3) วิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย และ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักกีฬาในสังกัดของสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยที่อยู่ในช่วงเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาในระดับนานาชาติ ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 402 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบของนักกีฬา มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .83 3) แบบวัดความเครียดของนักกีฬา มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .95 และ 4) แบบวัดวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬา มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .80 สถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. นักกีฬาทีมชาติไทยมีลักษณะของบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบแบบห้วนไหว อยู่ในระดับต่ำ แบบแสดงตัวอยู่ในระดับสูง ส่วนบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบแบบเปิดรับประสบการณ์ แบบประนีประนอม และแบบมีจิตสำนึก อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ
2. ในช่วงที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเข้าร่วมการแข่งขัน นักกีฬาทีมชาติไทยมีความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ
3. ในช่วงที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมเข้าร่วมการแข่งขัน นักกีฬาทีมชาติไทยใช้วิธีการจัดการความเครียดทางด้านความคิด และด้านร่างกายในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ความเครียด การจัดการความเครียด นักกีฬาทีมชาติไทย

¹นักศึกษาลัทธิศาสตร์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศึกษากายภาพมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

²รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศึกษากายภาพมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

4. บุคลิกภาพแบบหวั่นไหวของนักกีฬาทีมชาติไทย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพแบบประนีประนอมและบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกของนักกีฬาทีมชาติไทย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ของนักกีฬาทีมชาติไทย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความเครียด
7. บุคลิกภาพแบบหวั่นไหว มีความสัมพันธ์เชิงลบกับวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
8. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิธีการจัดการความเครียดด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
9. บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ บุคลิกภาพแบบประนีประนอม และบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Abstract

The objectives of this research were to study 1) the big five personality of Thai national athletes, 2) the stress of Thai national athletes, 3) the stress management of Thai national athletes, 4) the relationships between the big five personality and stress of Thai national athletes, and 5) the relationships between the big five personality and stress management of Thai national athletes who joined in pre-game training period in 2018.

The sample of this research were 402 athletes belonging to the sports associations of Thailand and were in training period to prepare for participating in international competitions in 2018. The instrument used for collecting the data comprised the bio-social data questionnaires, the big five personality test, the stress test, and the stress management test of Thai athletes. The statistical methods used for analyzing the data were mean, standard deviation and Pearson product moment correlation.

The results of study were as follows:

1. The big five personality of Thai national athletes were lower scores in Neuroticism, high score in Extraversion, and moderate score in Openness to experience, Agreeableness, and Conscientiousness.
2. During the training period to participate in international competitions, Thai national athletes had overall stress at the low level.

3. During the training period to participate in international competition, Thai national athletes used both cognitive and physical stress management at the same moderate level.
4. Neuroticism was positive correlated with stress at the .01 level of statistical significance.
5. Extraversion, Agreeableness, and Conscientiousness were negatively correlated with stress at the .01 level of statistical significance.
6. There was no correlation between Openness to experience and Stress.
7. Neuroticism was negatively correlated with cognitive stress management at the .01 level of statistical significance.
8. Extraversion was positively correlated with cognitive stress management at the .01 level of statistical significance and was positively correlated with physical stress management at the .05 level of statistical significance.
9. Openness to experience, Agreeableness and Conscientiousness were positively correlated with cognitive stress management at the .01 level of statistical significance.

Keywords: The Big Five Personality, Stress, Stress Management, Thai national athletes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเครียด คือ ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญหน้ากับปัญหาที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่สบายใจ มีความคับข้องใจ ถูกบีบคั้น กดดัน มีความโกรธ และความเสียใจ ความเครียดก่อให้เกิดความวิตกกังวล กระสับกระส่าย สับสน มีความรู้สึกไม่แน่ใจในพฤติกรรมของตนเอง ความเครียดนั้นมีทั้งประโยชน์และโทษ ความเครียดเพียงเล็กน้อยจะทำให้เกิดความตื่นตัว กระตุ้นให้เกิดการปรับตัวแก้ไขปัญหา แต่ความเครียดที่มากเกินไปจะเป็นโทษเพราะจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ เป็นอุปสรรคในการทำงานและอาจถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (พนม เกตุมาน, 2550) ดังนั้นไม่ว่าบุคคลใดก็ตามเมื่อเกิดความเครียดขึ้นและไม่อาจจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นไปได้ก็จะประสบปัญหาในการดำเนินชีวิต ความเครียดส่งผลต่อร่างกาย ทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระเพาะ ปวดท้อง เหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดเกร็งกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ตามร่างกาย มีอาการเมื่อยล้า เป็นต้น (กรมอนามัย, 2547) ผลของความเครียดที่มีต่อทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ใจลอย จิตใจขุ่นมัว โหมโหม่ง โกรธง่าย คับข้องใจ วิตกกังวลกว่าปกติ ซึมเศร้า ขาดความภูมิใจในตนเอง ความจำและสติปัญญาลดลง เป็นต้น (Smith, 1993: 8-9) ความเครียดทำให้บุคคลมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปได้ เช่น สีหน้าไม่สดชื่น เบื่ออาหารหรือหิวบ่อยขึ้น มีอาการนอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน เก็บกด เฉื่อยชา ปลีกตัวจากสังคม ความอดทนลดต่ำลง มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น เป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย ขว้างปาข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง มีอาการหลงผิด ตัดสินใจแบบชั่ววูบ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานเป็นไปในทางลบและประสิทธิภาพในการทำงานลดลงจากเดิม

(สัณฐิติ แสงจันทร์เลิศ, 2554) ในปัจจุบันความเครียดเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจในการศึกษามากขึ้น เพื่อหาทางป้องกัน แก้ไข หรือให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ต่อส่วนรวม ต่อองค์กรหรือต่อประเทศชาติให้น้อยที่สุด

นักกีฬานับเป็นกลุ่มบุคคลที่มีภาวะความเครียดเกิดขึ้นได้มากเช่นกัน แม้ว่าการเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายทำให้ร่างกายของเรามีความแข็งแรง มีการเจริญเติบโตสมวัย มีสุขภาพชีวิตที่ดี เพราะการออกกำลังกายช่วยเป็นเกราะป้องกันโรคและช่วยลดความเครียดได้ แต่ในด้านการกีฬาเพื่อความเป็นเลิศและเพื่ออาชีพนั้นทำให้นักกีฬาเกิดความเครียดมากกว่าปกติได้เพราะนักกีฬาต้องมีการแข่งขันเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่มุ่งหวัง คาดหวังไว้ นั่นคือชัยชนะ เมื่อนักกีฬาได้รับการคัดเลือกให้เข้ามาเป็นนักกีฬาในสังกัดของสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยและมีสิทธิได้เป็นตัวแทนนักกีฬาทีมชาติไทยในการไปเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาในระดับนานาชาติ หากนักกีฬาผ่านการคัดเลือกตัวจากผู้ฝึกสอนและสมาคม นักกีฬาแต่ละคนต้องเข้าร่วมเก็บตัวฝึกซ้อมฝึกฝนร่างกายเป็นระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้เกิดความเข้มข้นในการฝึกและเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญและความสามารถทางกีฬานั้นๆให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ยังช่วยให้นักกีฬามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในทีมด้วย นักกีฬาแต่ละคนต้องรับการฝึกซ้อมตามโปรแกรมและแบบแผนที่ได้ข้อหรือผู้ฝึกสอนกำหนดให้ ซึ่งการเข้ารับการฝึกซ้อมตามแบบแผนที่กำหนดนั้น อาจมีทั้งเก็บตัวแบบแยกที่พักกันหรือใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในช่วงของการเก็บตัวฝึกซ้อม อาจส่งผลให้นักกีฬาบางคนมีปัญหาในเรื่องของการปรับตัวเข้าหากันซึ่งทำให้เกิดความเครียดได้ นักกีฬาบางคนดูภายนอกแล้วเห็นว่าเป็นคนที่มีอุปนิสัยร่าเริง สุขภาพทางจิตดี มีบุคลิกภาพดี แต่แท้จริงแล้วภายในใจอาจมีความคิดด้านลบแฝงอยู่ การเป็นนักกีฬาที่ประสบความสำเร็จสูงได้นั้นจะขาดการฝึกฝนทักษะทางด้านจิตใจร่วมไปด้วยไม่ได้ ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของนักกีฬาเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สามารถรับรู้และสังเกตเห็นได้ เช่น กล้ามเนื้อตึงตัวเกร็ง หัวใจเต้นแรง หายใจเร็วและตื้น นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูงขึ้น มีอาการปัสสาวะในท้อง อาหารไม่ย่อย อาเจียน ท้องผูก เหงื่อออกตามมือและเท้า เป็นต้น

ความเครียดทางกีฬายังอาจเกิดได้จากการที่นักกีฬาได้รับโปรแกรมฝึกซ้อมที่หนักอย่างต่อเนื่อง การที่ต้องเดินทางไปร่วมโปรแกรมการแข่งขันติดกันบ่อยครั้ง การควบคุมน้ำหนัก การฝึกซ้อมในรูปแบบเดิม ๆ ที่ทำให้นักกีฬามีความคิดว่าตนจะไม่มีวันก้าวหน้าที่มากขึ้น นอกจากการฝึกซ้อมแล้วนักกีฬายังต้องมีการกิจประจำร่วมด้วยเช่น ทำงาน หรือเรียนหนังสือ ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอในแต่ละวัน การไม่ได้รับความใส่ใจดูแลที่เท่าเทียมกันจากสมาคมเหมือนนักกีฬาคนอื่น คิดว่าตนเองไม่มีความสำคัญต่อทีม การถูกวิพากษ์วิจารณ์ ความคาดหวังของผู้อื่นในสังคม เป็นต้น เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นในระดับที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจทำให้นักกีฬาแสดงความสามารถทางทักษะกีฬาออกมาไม่ได้เต็มที่เหมือนอย่างที่เคย ดังนั้นความเครียดจึงมีผลต่อร่างกายและจิตใจของนักกีฬาอย่างมาก

เมื่อนักกีฬามีความเครียดเกิดขึ้น นักกีฬาอาจมีวิธีการปรับตัวเพื่อที่จะช่วยให้คลายความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางบุคลิกภาพและประสบการณ์ที่สั่งสมมาของนักกีฬาแต่ละคน ถ้านักกีฬาไม่มีการรับรู้และฝึกฝนในการเผชิญความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสมมาก่อน เขาอาจจะใช้วิธีการแก้ไขโดยส่วนตัวที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสมรรถภาพทางกายและจิตใจของนักกีฬาในช่วงระหว่างที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมตลอดจนไปถึงในช่วงการแข่งขันได้ นักกีฬาบางคนเวลาซ้อมทำได้ดี แต่ในเวลาแข่งขันกลับเกิดความเครียด วิดกกังวล หรือตื่นเต้นมากซึ่งจะเห็นได้จากอาการที่

แสดงออกมาทางร่างกาย เช่น เหงื่อออกมาก ใจเต้นใจสั่น มือสั่น ควบคุมสมาธิ และอารมณ์ไม่ได้ นักกีฬาบางคนกระวนกระวายใจ กังวล กลัวว่าจะเป็นผู้แพ้ เหมือนการแข่งขันครั้งที่ผ่านๆมาโดยเฉพาะเมื่อต้องเจอกับคู่ต่อสู้ที่เขาเคยพ่ายแพ้มาก่อน (พนม เกตุมาน, 2553: 8-9) จึงอาจหลีกเลี่ยงการแข่งขันโดยใช้เหตุผลว่ามีอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเป็นข้ออ้าง การรู้ถึงความเครียดในนักกีฬาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการเตรียมนักกีฬาให้สามารถเผชิญความเครียดในขณะแข่งขันและแสดงความสามารถของตัวเองได้ดีที่สุด (พนม เกตุมาน, 2550) ดังนั้น ผู้ฝึกสอนจึงไม่ควรให้ความสำคัญกับระดับความสามารถด้านทักษะทางกีฬาของนักกีฬาเพียงอย่างเดียว แต่ควรให้ความสำคัญกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับนักกีฬาและการเรียนรู้ทักษะทางจิตวิทยาในการจัดการความเครียดของนักกีฬาควคุมกันไปเพื่อให้ นักกีฬาสามารถฝึกฝนและนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี ช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับนักกีฬาเพราะการฝึกด้านจิตใจไม่มีความจำเป็นอันดับแรกของการทำทีมกีฬา และเป็นการช่วยเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จในการแข่งขันได้ (Edwards and Huston, 1984) ทั้งนี้ บุคลิกภาพเฉพาะบุคคลของนักกีฬาย่อมเป็นพื้นฐานสำคัญในการศึกษาความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬา

บุคลิกภาพ หมายถึง การผสมผสานระบบต่าง ๆ ภายในตัวบุคคล ทั้งส่วนที่มองเห็นได้จากภายนอก เช่น การแต่งกาย รูปร่างหน้าตา การพูดจา ฯลฯ และส่วนที่ไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น อารมณ์ ความรู้สึก วิธีคิดจิตใจสำนึก ค่านิยม ฯลฯ พันธุกรรม ประสบการณ์ การเรียนรู้ในช่วงวัยต่าง ๆ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้บุคคลมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกันจนมีลักษณะเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2550 อ้างถึงใน นนทยา ทองอ่อน, 2557:17) บุคลิกภาพ เป็นสิ่งที่ติดตัวกับบุคคลแต่ละคน เป็นลักษณะเฉพาะตัวและเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของบุคคลแต่ละคนได้ การแสดงออกทางพฤติกรรมของแต่ละคนในสถานการณ์ที่เหมือนกันอาจมีความแตกต่างกันไปได้ตามสถานภาพของแต่ละคน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สติปัญญา การประกอบอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น บุคลิกภาพยังอาจหมายถึงปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า เป็นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลซึ่ง ต่างก็มีแบบแผนการแสดงพฤติกรรมของตนเอง เป็นการชี้ให้เห็นลักษณะเฉพาะของบุคคลนั้นซึ่งอาจคล้ายคลึงกันบางส่วนแต่ก็ไม่เหมือนกันไปเสียทุกอย่าง จึงสามารถแยกความแตกต่างของบุคคลแต่ละคนได้ถึงแม้บุคลิกภาพของนักกีฬาไม่สามารถทำนายความสามารถของนักกีฬาได้ทุกคนหรือทุกสถานการณ์ แต่บุคลิกภาพของนักกีฬาสามารถนำมาใช้ในการประกอบการวิเคราะห์เพื่อทำนายความสามารถของนักกีฬาได้ เพราะความสามารถในการแสดงทักษะมีความสัมพันธ์สูงกับบุคลิกภาพและการแสดงออกทางอารมณ์ของนักกีฬา บุคลิกภาพของนักกีฬาแต่ละคนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยให้นักกีฬาประสบความสำเร็จในการเล่นกีฬา(สุปราณี ขวัญบุญจันทร์ อ้างถึงใน ไพจิตร ไฉยาภู, 2546: 1) ดังนั้นในการคัดเลือกนักกีฬาเพื่อความเป็นเลิศมักจะพิจารณาจากบุคลิกภาพทั้งทางกายและจิตใจ เพราะคาดว่าบุคลิกภาพสามารถทำนายหรือคาดหวังผลคือความสามารถในการเล่นกีฬาได้(สืบสาย วงศ์วีรบุตร, 2541:23) บุคลิกภาพเป็นคุณลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละคนและมีการแสดงออกโดยพฤติกรรมที่มีความคงเส้นคงวา โดยจะแสดงออกในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งทุกครั้งหรือบ่อยครั้งเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าในลักษณะเดียวกัน

ในฐานะที่ผู้วิจัยได้ทำงานเกี่ยวข้องกับนักกีฬาทีมชาติไทยประเภทต่าง ๆ และมีโอกาสเดินทางร่วมกับคณะนักกีฬาทีมชาติไทยไปในการแข่งขันกีฬาชนิดต่าง ๆ ในระดับนานาชาติ เป็นเวลาหลายปี ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นพฤติกรรมแสดงออกของนักกีฬาและพบว่านักกีฬาบางคนดูเป็นคนสนุกสนานร่า

เรียง ชอบพบปะพูดคุย สันสรรค์กับเพื่อนร่วมทีม ตั้งใจฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อถึงวันที่แข่งขันกลับเจียบลง มีสีหน้าที่เครียด มีความวิตกกังวลใจ เกือบตัว และเมื่อลงทำการแข่งขันก็จะทำผลงานออกมาได้ไม่ดี ในขณะที่นักกีฬาบางคนมีสีหน้ากังวล อยู่นิ่ง ไม่ยิ้มแย้ม พูดคุยน้อยลง แต่เมื่อถึงเวลาแข่งขันกลับทำผลงานออกมาได้ดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อนักกีฬาคนใดหรือทีมใดที่ไม่ประสบผลสำเร็จจากการแข่งขันมักจะถูกกล่าวว่า นักกีฬามีการบาดเจ็บแฝงอยู่ นักกีฬาเครียดหรือวิตกกังวล ไม่มีสมาธิ กล่าวคู่ต่อสู้ ด้วยเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยไม่แน่ใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของนักกีฬาและคำถามว่าที่จริงแล้วเป็นเพราะการฝึกซ้อมในทักษะทางกีฬายังไม่เข้มข้นเพียงพอ เทคนิคการฝึกซ้อมเป็นรูปแบบเดิมๆ นักกีฬาขาดความตั้งใจ ขาดวินัยในการฝึกซ้อม หรือเป็นเพราะนักกีฬาขาดการรับรู้และฝึกฝนการใช้ทักษะจิตวิทยาทางการกีฬาในการรับมือกับความเครียดที่ดีพอมาก่อน ในช่วงที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมการแข่งขัน

ในปัจจุบันลักษณะบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ตามแนวคิดทฤษฎีของคอสตราและแมคเคร (Costa & McCrae, 1996) มีความโดดเด่นและเป็นที่ยอมรับในการนำมาใช้ศึกษาบุคลิกภาพของบุคคลอย่างมาก บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบเป็นลักษณะของบุคลิกภาพ 5 แบบที่มีรวมอยู่ในตัวบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพแบบห้วนไหว แบบแสดงตัว แบบเปิดรับประสบการณ์ แบบประนีประนอมและแบบมีจิตสำนึก เป็นรูปแบบที่มีองค์ประกอบน้อยที่สุดแต่มีความครอบคลุมขอบเขตของการพรรณนาบุคลิกภาพได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำมาใช้วัดบุคลิกภาพในกลุ่มนักกีฬาทีมชาติไทย เพื่อศึกษาว่าบุคลิกภาพของนักกีฬาทีมชาติไทยโดยรวมเป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาอย่างไร เพื่อให้ทราบถึงข้อเท็จจริงและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลนักกีฬาทีมชาติไทยในช่วงเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมการแข่งขันและเพื่อช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการแสดงออกในการเล่นหรือการแข่งขันกีฬาของนักกีฬาได้อย่างเต็มที่และสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบของนักกีฬาทีมชาติไทย
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย
3. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย

สมมติฐานในการวิจัย

ลักษณะบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบแต่ละแบบ ได้แก่ แบบห้วนไหว แบบแสดงตัว แบบเปิดรับประสบการณ์ แบบประนีประนอม และแบบมีจิตสำนึก มีความสัมพันธ์กับความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาค้นคว้าไว้ดังนี้

1. ประชากรเป็นนักกีฬาในสังกัดของสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยจำนวน 29 สมาคมกีฬาที่มีการส่งนักกีฬาเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาในระดับนานาชาติ ปี พ.ศ. 2561 และอยู่ในช่วงเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมเข้าร่วมการแข่งขัน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นนักกีฬาในสังกัดของสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยที่อยู่ในช่วงเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาในระดับนานาชาติ ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 402 คน โดยการใช้สูตรคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ของ W.G. Cochran ซึ่งกำหนดให้มีค่าความเชื่อมั่น 95% และเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยเป็นนักกีฬาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบหวุ่นไหว (Neuroticism) บุคลิกภาพแบบแสดงตัว (Extroversion) บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ (Openness to Experience) บุคลิกภาพแบบประนีประนอม (Agreeableness) และบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก (Conscientiousness)

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความเครียดของนักกีฬา และ วิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬา ประกอบด้วย วิธีการจัดการความเครียดด้านร่างกาย และวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้แบบมาตรวัดประมาณค่า วิเคราะห์หาค่าทางสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อออกหนังสือจากมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตถึงผู้บริหารและผู้ฝึกสอนของสมาคมกีฬาเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจถึงเหตุผลของการทำวิจัยครั้งนี้และขออนุญาตเก็บ

2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามชนิดกีฬาที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้

3. ผู้วิจัยแจกแบบวัด อธิบายข้อมูลต่าง ๆ และวิธีการตอบแบบวัดให้กับนักกีฬาที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจก่อนทำแบบวัด

4. ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ได้รับกลับคืน มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดแต่ละฉบับแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ ชนิดกีฬาที่เล่น ประเภทกีฬาที่เล่น โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง 2) แบบวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบวัดที่ใช้วัดและบรรยายคุณลักษณะ

ประจำตัวของบุคคล มีต้นฉบับจากแบบวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ (NEO-FFI) ของ Costa; & McCrae (1992) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 60 ข้อ โดยวัลภา สบายยิ่ง (2542:134-136) ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยไว้และมีผู้นำไปศึกษาต่อกันเป็นจำนวนมาก เมื่อผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาและผ่านการหาคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามท่านและผ่านการทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .83 3) แบบวัดความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบวัดระดับความเครียด SCL-90 (Symptom Checklist-90) ซึ่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยาได้พัฒนามาจากเครื่องมือวัดความเครียดของ Leonard R. Derogatio and Renald S.Lipman Lino Covi (1975) และนำมาศึกษาหาคะแนนมาตรฐานของคนปกติเพื่อใช้กับคนไทย ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 (อรัญญา จรัสสุริยงค์, 2539; ที่ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข; 2542) เมื่อผ่านการหาค่าความตรง (The Index of Item Objective Congruence : IOC) ของแบบวัดจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อนำมาใช้กับนักกีฬา จึงมีข้อคำถามจำนวน 58 ข้อ โดยมีค่า IOC ตั้งแต่ .66 - 1 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .95 4) แบบวัดวิธีการจัดการความเครียดเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการจัดการความเครียด และจากการสอบถามแบบสุ่มจากนักกีฬาทีมชาติไทยทั้งอดีตและปัจจุบันจำนวนหนึ่ง ผู้วิจัยรวบรวมได้ทั้งหมด 40 ข้อ เมื่อผ่านการหาค่าความตรง (The Index of Item Objective Congruence : IOC) ของแบบวัดจากผู้ทรงคุณวุฒิ จึงเหลือข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 38 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยมีค่า IOC ตั้งแต่ .66 - 1 แบ่งเป็นวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด (ข้อที่ 1-14) มีค่าความเชื่อมั่น .74 และวิธีการจัดการความเครียดด้านร่างกาย (ข้อที่ 15 - 38) มีค่าความเชื่อมั่น .72 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .80

นิยามศัพท์

บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกอันเป็นลักษณะที่มีความเฉพาะในแต่ละบุคคลซึ่งผู้อื่นสามารถมองเห็นได้จากรูปลักษณ์ภายนอกแต่ไม่สามารถทราบถึงความเป็นจริงที่อยู่ภายในตัวบุคคลโดยแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. บุคลิกภาพแบบหวั่นไหว (Neuroticism)

หมายถึง ลักษณะของผู้ที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีความบกพร่องในการปรับ มักรู้สึกวิตกกังวล ประหม่า กลัว ซึมเศร้า ท้อแท้ โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้น้อย มีความสามารถในการเผชิญต่อความเครียดได้ไม่ดี มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะความเครียดทางจิตใจง่าย เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว (Extraversion)

หมายถึง ลักษณะของผู้ที่ชอบเข้าสังคม ชอบการพบปะสนทนากับผู้อื่น ชอบอยู่ในกลุ่มคน มักมีอารมณ์ทางบวก มีนิสัยร่าเริงสนุกสนาน อบอุ่น แสดงออกแบบตรงไปตรงมา กล้าแสดงออก มีความเป็นผู้นำ มองโลกในแง่ดี กระตือรือร้น ชอบเหตุการณ์ที่ตื่นเต้นเร้าใจ และเรียกร้องสิทธิของตนเอง

3. บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ (Openness to Experience)

หมายถึง ลักษณะของผู้ที่ค่อนข้างมีจินตนาการ ช่างฝัน ไวต่อความรู้สึก รับรู้ถึงความงามของศิลปะและธรรมชาติ สนใจด้านศิลปะหรือวิทยาศาสตร์ ชอบใช้สติปัญญา อยากรู้อยากเห็น พร้อมทั้ง

จะลองทำกิจกรรมใหม่ ๆ ชอบความแปลกใหม่หลากหลายกว่าความเคยชินที่เคยปฏิบัติอยู่ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ดี

4. บุคลิกภาพแบบประนีประนอม (Agreeableness)

หมายถึง ลักษณะของผู้ที่ชอบตามใจ ยอมตามผู้อื่น ให้ความร่วมมือ มีความกลมกลืนทางสังคม เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นก่อนตนเอง มองโลกในแง่ดี มีความเป็นกันเอง เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ จิตใจอ่อนโยน ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ชอบความปรองดอง ถ่อมตน ไว้วางใจผู้อื่น

5. บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก (Conscientiousness)

หมายถึง ลักษณะของผู้ที่มีวินัยในตนเอง รู้จักรับผิดชอบต่อหน้าที่ มีจุดมุ่งหมายที่จะประสบความสำเร็จ ชอบวางแผนล่วงหน้า และกำหนดทิศทางความต้องการ มีความสามารถที่จะเริ่มทำและปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายได้ มีความเป็นระเบียบ รอบครอบ เอาการเอางาน เป็นคนฉลาด เชื่อถือได้ เป็นคนทำงานหนัก ต้องการความสมบูรณ์แบบ จริงจังกับทุกเรื่อง

ความเครียดของนักกีฬา หมายถึง ลักษณะ อาการของความเครียดที่นักกีฬาทีมชาติไทย แสดงออกมาทางร่างกาย พฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ เมื่ออยู่ในสถานะที่ถูกกดดันหรือเพื่อสนองตอบต่ออุปสรรค สิ่งเร้า สิ่งคุกคามหรือสภาวะที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ กล้ามเนื้อเกร็ง เหงื่อแตก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่หรือขัด กระเพาะอาหารปั่นป่วน ปวดศีรษะ เสียงสั่น นอนไม่หลับ ตกใจง่าย ร้องไห้คนเดียว มีอารมณ์พลุ่งพล่าน ตะโกน ขว้างปาสิ่งของ รับประทานอาหารมากหรือไม่เจริญอาหาร คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ จำอะไรไม่ค่อยได้ กลัว วิตกกังวล ไม้ไวใจผู้อื่น ย้ำคิดย้ำทำ รู้สึกว่าตัวเองด้อยกว่าคนอื่น คิดถึงเรื่องความตาย รู้สึกว่าคนอื่นไม่เข้าใจหรือเห็นใจ เศร้า โกรธ คับข้องใจ เป็นต้น

วิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬา หมายถึง วิธีการในการจัดการความเครียดที่นักกีฬาทีมชาติไทยปฏิบัติตนเพื่อลด หรือควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงที่นักกีฬามีการเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมการแข่งขัน มีด้วยกัน 2 ด้าน ได้แก่ วิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด เช่น คิดบวก พูดให้กำลังใจตัวเอง ปล่อยวางปัญหา คิดจำลองสถานการณ์ในอนาคตเพื่อรับมือกับมัน พูดคุยปรึกษาผู้อื่น ดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นสกีโซเซียล อ่านนิยาย จดบันทึกประจำวัน สวดมนต์ ฟังธรรมะ เป็นต้น วิธีการจัดการความเครียดด้านร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม ซักเปีย ทานอาหารนอกบ้าน กินขนมหวาน นวดผ่อนคลาย นอนพักผ่อน ปลูกต้นไม้ ทำความสะอาดบ้าน ทำงานศิลปะ เที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ สูดบุหรี่ยี่สิบห้า ร้องไห้ โวยวายขว้างปาของ ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น ระบายอารมณ์ใส่ผู้อื่น ปรึกษาจิตแพทย์ ปรึกษานักจิตวิทยาการกีฬา

นักกีฬาทีมชาติไทย หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นนักกีฬาในสังกัดของสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย ที่เข้าร่วมเก็บตัวฝึกซ้อมกีฬากับสมาคมและมีโอกาสเป็นตัวแทนในการเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาระดับนานาชาติในปี พ.ศ. 2561

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อความรู้ถึงลักษณะบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบของนักกีฬาทีมชาติไทย
2. ได้ข้อความรู้ถึงระดับความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย

3. ได้ข้อความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบที่มีต่อความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบที่มีต่อวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาทีมชาติไทย
4. ได้แบบวัดลักษณะบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ แบบวัดความเครียด และแบบวัดวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬาในช่วงที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมการแข่งขัน สำหรับนำไปใช้กับนักกีฬา
5. ผู้เกี่ยวข้องในการฝึกสอนและดูแลนักกีฬา สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาวางแผนการฝึกซ้อม ให้การดูแล ป้องกัน แก้ไข ให้ความช่วยเหลือ หรือช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากความเครียดในช่วงที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาระดับนานาชาติต่อไปได้

ผลการวิจัย

1. นักกีฬาทีมชาติไทยมีลักษณะของบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบแบบห้วนไหว อยู่ในระดับต่ำ แบบแสดงตัวอยู่ในระดับสูง ส่วนบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบแบบเปิดรับประสบการณ์ แบบประนีประนอม และมีจิตสำนึก อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ
2. ในช่วงที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเข้าร่วมการแข่งขัน นักกีฬาทีมชาติไทยมีความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ
3. ในช่วงที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียมเข้าร่วมการแข่งขัน นักกีฬาทีมชาติไทยใช้วิธีการจัดการความเครียดทางด้านความคิด และด้านร่างกายในระดับปานกลาง
4. บุคลิกภาพแบบห้วนไหวของนักกีฬาทีมชาติไทย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพแบบประนีประนอมและบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกของนักกีฬาทีมชาติไทย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ของนักกีฬาทีมชาติไทย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความเครียด
7. บุคลิกภาพแบบห้วนไหว มีความสัมพันธ์เชิงลบกับวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
8. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิธีการจัดการความเครียด ด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
9. บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ บุคลิกภาพแบบประนีประนอม และบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดแยกตามรายด้าน ของนักกีฬาทีมชาติไทยในภาพรวม (จำนวน 402 คน)

ลักษณะบุคลิกภาพ	ความเครียด	วิธีการจัดการความเครียด	
		ด้านความคิด	ด้านร่างกาย
1.แบบห้วนไหว	.386**	-.156**	-.011
2.แบบแสดงตัว	-.183**	.161**	.113*
3.แบบเปิดรับ ประสบการณ์	-.039	.134**	.090
4.แบบประนีประนอม	-.247**	.249**	.025
5.แบบมีจิตสำนึก	-.184**	.252**	.024

** หมายถึง ค่าความสัมพันธ์นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P น้อยกว่า .01

* หมายถึง ค่าความสัมพันธ์นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P น้อยกว่า .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. เมื่อพิจารณาบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบของนักกีฬาทีมชาติไทย พบว่า นักกีฬามีบุคลิกภาพแบบห้วนไหวในระดับต่ำ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความสามารถในการปรับตัวทางอารมณ์ได้ดี ไม่ซึมเศร้าง่าย โกรธง่าย เป็นคนสงบนิ่ง ทนต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นและเผชิญหรือรับมือกับความเครียดได้ดี ถือว่าเป็นสิ่งดีที่นักกีฬาที่ต้องการประสบความสำเร็จควรมี

นักกีฬามีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวในระดับสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่ชอบสังสรรค์ เข้าสังคม ชอบพบปะพูดคุยกับผู้อื่น ชอบเข้าร่วมทำกิจกรรม มีความตื่นตัว กระฉับกระเฉง ชอบความตื่นเต้น และเป็นคน ร่าเริง มีอารมณ์ด้านบวก มองโลกในแง่ดี แสดงออกแบบตรงไปตรงมา

มีบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ในระดับปานกลาง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพด้านนี้อยู่ระหว่าง ลักษณะของผู้ที่ค่อนข้างมีจินตนาการ ช่างฝัน ไวต่อความรู้สึก รับรู้ความงามของศิลปะไวต่อความงามชอบใช้สติปัญญา มีความอยากรู้อยากเห็น ทักคนและรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ดี เปิดเผยความรู้สึก ยอมรับคำนิยาม กับผู้ที่เก็บอารมณ์ มักทำสิ่งต่าง ๆ ตามความเคยชิน ชอบสิ่งที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อนหรือลึกซึ้งมากนัก ไม่สนใจด้านศิลปะหรือวิทยาศาสตร์ การตอบสนองทางอารมณ์ไม่มากนัก เพิกเฉย มุมมองของเหตุผลแคบ

มีบุคลิกภาพแบบประนีประนอมอยู่ในระดับปานกลางแสดงว่าเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพด้านนี้อยู่ระหว่าง การยอมตามผู้อื่น ชอบที่จะร่วมมือ ชอบความกลมกลืนทางสังคม เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นก่อนตนเอง สุขภาพอ่อน ถ่อมตน ไว้วางใจผู้อื่น มีความเป็นกันเอง เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ จิตใจอ่อนโยน ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ชอบความปรองดอง กับผู้ที่มักจะคิดถึงตนเองเป็นหลัก ชอบอยู่คนเดียวหรือชอบทำอะไรตามลำพัง มักจะไม่สนใจในทุกข์สุขของผู้อื่น ไม่ชอบช่วยเหลือผู้อื่น สงสัยในแรงจูงใจในการกระทำของผู้อื่น จึงมีความหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร ก้าวร้าว ชอบแข่งขัน ยึดติดกับเหตุผล วางตนเหนือผู้อื่น

นักกีฬามีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพด้านนี้อยู่ระหว่างผู้ที่มิวินัยในตนเอง รู้จักหน้าที่ มีระเบียบ มีความพยายาม มีจุดมุ่งหมายที่จะประสบความสำเร็จในทุก ๆ เรื่อง ชอบวางแผนล่วงหน้า มีการควบคุมการกระทำของตนเอง มีความรอบคอบ ต้องการความ

สมบูรณ์แบบและจริงจังกับทุกเรื่อง กับผู้ที่ไม่ค่อยมีความทะเยอทะยาน ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ดำรงชีวิตไปวัน ๆ ตามที่ตนเองต้องการ ไม่สามารถทำตามแบบแผนที่ถูกกำหนดได้ ไม่มีระเบียบ ไม่มี ความเตรียมพร้อม ไม่เอาใจใส่ต่อหน้าที่ ขาดความพยายาม

สำหรับลักษณะบุคลิกภาพห้องค์ประกอบแบบเปิดรับประสบการณ์ แบบประนีประนอม และ แบบมีจิตสำนึกของนักกีฬาทีมชาติไทยที่ล้วนแต่อยู่ในระดับปานกลางนั้น ทำให้ถือได้ว่านักกีฬาทีมชาติ ไทยยังต้องได้รับการปรับปรุงบุคลิกภาพทั้งสามด้านดังกล่าวเพราะถือว่ายังไม่ดีนักสำหรับการเป็น นักกีฬาชั้นยอดที่ต้องการจะประสบความสำเร็จทางการกีฬา

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักกีฬาทีมชาติไทยมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่า นักกีฬาทีมชาติไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นผู้ที่มีการควบคุมอารมณ์ที่ดี มีความอดทนอดกลั้นต่อ อุปสรรคและสภาวะความกดดันต่าง ๆ ไม่รู้สึกหวั่นไหวง่าย เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นก็สามารถเผชิญ และจัดการกับความเครียดนั้นให้ลดลงหรือหายไปได้

3. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักกีฬาทีมชาติไทยในภาพรวมที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมเพื่อเตรียม เข้าร่วมการแข่งขันกีฬาในระดับนานาชาติ ปี พ.ศ.2561 ใช้วิธีการจัดการความเครียดทางด้านความคิด และด้านร่างกายในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน โดยวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิดที่ใช้บ่อย/เป็น ประจำ 3 ลำดับแรก คือ “ดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง” รองลงมาคือ “เล่นเกมส้อมพิวเตอร์ เล่นแซท เฟซบุ๊ก ไลน์” และ “พูดกับตัวเองในทางที่ดี คิดบวก ให้กำลังใจตนเอง” เท่ากันกับ “มองปัญหาว่าเป็น โอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง” ส่วนวิธีการจัดการความเครียดทางด้านร่างกายที่ใช้บ่อย/เป็น ประจำ 3 ลำดับแรก คือ “อาบน้ำ สระผม” รองลงมาคือ “นอนพักผ่อน” และ “ไปทานอาหารนอกบ้าน” เท่ากันกับ “ไปออกกำลังกาย เล่นโยคะ” และ “กินขนมหวาน ช็อคโกแลต ไอศกรีม”

4. บุคลิกภาพห้องค์ประกอบแบบหวั่นไหวมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความเครียด หมายความว่า ถ้านักกีฬามีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวสูง เขาก็จะมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดเกิดขึ้นได้ง่าย แต่ถ้านักกีฬามีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวต่ำ จะมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดเกิดขึ้นได้ยาก

5. บุคลิกภาพห้องค์ประกอบแบบหวั่นไหวมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับวิธีการจัดการ ความเครียดด้านความคิด หมายความว่า ถ้านักกีฬามีลักษณะบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวสูง เขาก็มีแนวโน้ม ที่จะเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดในด้านความคิดน้อย แต่ถ้านักกีฬามีลักษณะบุคลิกภาพแบบ หวั่นไหวต่ำ เขาก็มีแนวโน้มที่จะเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดในด้านความคิดมาก

6. บุคลิกภาพห้องค์ประกอบแบบแสดงตัวมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความเครียด หมายความว่า ถ้านักกีฬามีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวสูง เขาก็มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดเกิดขึ้นได้ง่าย แต่ถ้านักกีฬามีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวต่ำ เขาก็มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดเกิดขึ้นได้ยาก

7. บุคลิกภาพห้องค์ประกอบแบบแสดงตัวมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับวิธีการจัดการ ความเครียดด้านความคิดและด้านร่างกาย หมายความว่า ถ้านักกีฬามีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวสูง เขา จะมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการจัดการความเครียดทั้งในด้านความคิดและด้านร่างกายในระดับที่มาก แต่ถ้า นักกีฬามีลักษณะบุคลิกภาพแบบแสดงตัวต่ำ เขาก็มีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการจัดการความเครียดในด้าน ความคิดและทางด้านร่างกาย ในระดับที่น้อย

8. บุคลิกภาพห้องค์ประกอบแบบเปิดรับประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดแต่ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด หมายความว่า ลักษณะบุคลิกภาพ

ห้องค์ประกอบแบบเปิดรับประสบการณ์ของนักกีฬาไม่ส่งผลต่อระดับความเครียด แต่นักกีฬาที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์สูง มีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการจัดการความเครียดด้านความคิดมากกว่า

9. บุคลิกภาพห้องค์ประกอบแบบประนีประนอม แบบมีจิตสำนึก มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความเครียด หมายความว่าถ้านักกีฬามีบุคลิกภาพแบบประนีประนอมสูง หรือแบบมีจิตสำนึกสูงเขามีแนวโน้มที่จะมีความเครียดเกิดขึ้นได้ยาก แต่ถ้านักกีฬามีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวต่ำ หรือแบบมีจิตสำนึกต่ำ เขามีแนวโน้มที่จะมีความเครียดเกิดขึ้นได้ง่าย

10. บุคลิกภาพห้องค์ประกอบแบบประนีประนอม แบบมีจิตสำนึก มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับวิธีการจัดการความเครียดด้านความคิด หมายความว่า นักกีฬาที่มีบุคลิกภาพแบบประนีประนอมสูง หรือแบบมีจิตสำนึกสูง มีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการจัดการความเครียดด้านความคิดที่มาก ส่วนนักกีฬาที่มีบุคลิกภาพแบบประนีประนอมต่ำ หรือแบบมีจิตสำนึกต่ำ มีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการจัดการความเครียดด้านความคิดที่น้อย

สรุปได้ว่า บุคลิกภาพแบบหัวนไหว บุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพแบบประนีประนอม บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกของนักกีฬาทีมชาติไทย มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด และบุคลิกภาพห้องค์ประกอบทั้งห้าด้านมีความสัมพันธ์กับวิธีการจัดการความเครียดของนักกีฬา และจากการที่นักกีฬามีระดับความเครียดต่ำ ในช่วงที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อม ซึ่งเป็นระดับที่ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ทำให้นักกีฬาใช้วิธีการจัดการความเครียดแบบทั่วไปมากกว่าการใช้ทักษะทางจิตวิทยา จึงอาจทำให้นักกีฬาสวมหน้ากากในการใช้ทักษะทางจิตวิทยาที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดที่มากขึ้น ในขณะที่การแข่งขัน ดังนั้นในช่วงที่มีการฝึกซ้อมเพื่อเตรียมการแข่งขันกีฬา นักกีฬาควรได้รับการเสริมความรู้และฝึกฝนเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดโดยใช้ทักษะทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้นซึ่งจะทำให้ นักกีฬาสามารถเผชิญกับความเครียดและความกดดันเมื่ออยู่ในสถานการณ์ของการแข่งขันได้ด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จในการแข่งขันของนักกีฬาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารสมาคมกีฬา ผู้ฝึกสอน หรือผู้เกี่ยวข้อง ควรนำแบบวัดบุคลิกภาพห้องค์ประกอบไปใช้เป็นวิธีหนึ่งหรือเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกตัวนักกีฬานอกเหนือไปจากการดูความสามารถด้านทักษะทางกีฬาเพียงอย่างเดียว เพราะการได้ทราบถึงลักษณะบุคลิกภาพของนักกีฬาทำให้สามารถคาดได้ว่านักกีฬานั้น จะเป็นผู้ที่มีลักษณะพึงประสงค์ของนักกีฬาที่ดีตามที่สมาคมกีฬาหรือผู้ฝึกสอนกีฬาต้องการหรือไม่ หรือทำให้ทราบว่านักกีฬาเป็นผู้มีลักษณะบุคลิกภาพที่ดีแล้ว หรือมีภาวะบกพร่องของลักษณะบุคลิกภาพห้องค์ประกอบในด้านใด เมื่อพบแล้วจะได้หาแนวทางในการแก้ไข และฝึกฝนให้นักกีฬาไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จที่ตั้งไว้ต่อไป

2. ในช่วงระหว่างที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อมกีฬาเพื่อเตรียมการแข่งขันในแต่ละครั้ง นักกีฬาควรได้รับการประเมินความเครียดว่ามีหรือไม่ มีระดับใด เพื่อให้ทราบถึงสภาวะทางจิตใจของนักกีฬา ว่ายังมีความพร้อมในการรับการฝึกฝนทักษะทางกีฬาอยู่หรือไม่ หากพบว่ามีความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะได้รับช่วยเหลือให้นักกีฬาได้ทันท่วงทีต่อไป

3. นักกีฬาควรได้รับการฝึกฝนวิธีการและการนำไปใช้เกี่ยวกับทักษะทางจิตวิทยาการกีฬาในการจัดการกับความเครียดให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ให้นักกีฬาเกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้สามารถนำไปใช้ได้อย่างดีและเหมาะสมต่อไป ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงของการเก็บตัวฝึกซ้อมหรืออยู่ในช่วงแข่งขัน

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. อาจทำการศึกษาในลักษณะของงานวิจัยที่เจาะจงชนิดกีฬาหรือเปรียบเทียบระหว่างเพศของนักกีฬา ประเภทกีฬา โดยใช้ตัวแปรที่คล้ายกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เจาะจงตามชนิดกีฬา ความแตกต่างระหว่างเพศของนักกีฬา และประเภทของกีฬา ที่ต้องการศึกษาเพิ่มขึ้น

2. ข้อคำถามที่มีลักษณะนิเสธ อาจไม่เหมาะสมกับการนำมาใช้กับนักกีฬา เนื่องจากอาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในข้อคำถาม ทำให้ผลการตอบอาจตรงกันข้ามกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างได้

3. การใช้แบบวัดในลักษณะที่ให้ประเมินเป็นมาตรฐานค่า(Rating scales) ไม่ควรให้มีการประเมินเป็น “ไม่แน่ใจ” หรือ “ปานกลาง” เพื่อให้การให้คะแนนการประเมินของกลุ่มตัวอย่างมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และควรทำการศึกษาวิจัยโดยใช้การวัดด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย เช่น การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แบบวัดเชิงสถานการณ์ การสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างโดยตรงและกับผู้ใกล้ชิด แล้วนำมาเปรียบเทียบ สนับสนุนกันเพื่อให้งานวิจัยมีความหนักแน่นมากขึ้น

4. การศึกษาครั้งต่อไป อาจทำการวิจัยในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อความรู้ที่ชัดเจนลึกซึ้งยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2548). ความเครียดและความวิตกกังวล(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <http://www.clinicrak.com>

กรมสุขภาพจิต. (2555). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข

กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2552). บุคลิกภาพและการปรับตัว. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัยกรุงเทพ

ธัญญลักษณ์ บวรพงศ์ปกรณ์. (2556). บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญ

ปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคของพนักงานฝ่ายขาย บริษัทไทยประกันชีวิตเขตสมุทรปราการ.

ปริญญาานิพนธ์ ศิลปศาสตร มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาเพื่อพัฒนาศักยภาพมนุษย์.กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

นิพนวรรณ ใจทะนง. (2551). ความเครียดและการขจัดความเครียดของทีมนักเรือพายประเภทคยัค -

แคนูทีมชาติไทย ชุดซีเกมส์ ครั้งที่ 24. การค้นคว้าอิสระ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา,

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พัชรี ชูสมบัติ. (2554). ปัจจัยทางจิตวิทยาที่สามารถพยากรณ์คุณภาพการบริการของพนักงาน

โรงแรมระดับห้าดาว. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พจนารถ เยี่ยมภพ. (2555). สาเหตุและวิธีการคลายเครียดของนักกรีฑาประเภทกระโดดทีมชาติไทย. ปริญญา

านิพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์การกีฬา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

- ภาณุวัฒน์ วชิรธานินทร์. (2553). **การใช้เทคนิคทางจิตวิทยาการกีฬาของนักกีฬาเซปักตะกร้อ**. ปรินูญานินพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์การกีฬา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดของหัวหน้าภาควิชา กับสุขภาพองค์การในวิทยาลัยพยาบาล**. ปรินูญานินพนธ์ ศีษาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ยรรยงค์ อิมสุวรรณ. (2559). **ความเครียดมีผลต่อสุขภาพอย่างไร(ออนไลน์)**. เข้าถึงได้จาก <http://www.med-afdc.ne> สำนักงานสนับสนุน หน่วยบัญชาการทหารพัฒนา
- ละเอียด ศิลาน้อย. (2560). **การใช้สูตรทางสถิติ (ที่ถูกต้อง) ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงปริมาณในทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**. วารสารวิจัยและพัฒนา. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 ก.ค.-ธ.ค. มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
- วันวิสา หมั่นจิต. (2557). **การศึกษาวิเคราะห์ความสำเร็จของนักกีฬายูโดที่ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนทีมชาติไทย ตามแนวจิตวิทยา : กรณีศึกษา ยูโดทีมชาติไทย ชุดซีเกมส์ ครั้งที่ 27 “เนปิตอร์เกมส์” ณ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา**. ปรินูญานินพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาเพื่อการพัฒนา ศักยภาพมนุษย์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
- วัลภา สบายยิ่ง (2542). **ปัจจัยการตั้งเป้าหมาย การรับรู้ความสามารถของตน และบุคลิกภาพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้จำหน่ายตรง**. ปรินูญานินพนธ์ วท.ด.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- สุปราณี ขวัญบุญจันทร์. (2541). **จิตวิทยาการกีฬา**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด
- อรรุญา จรัสสุริยงค์. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความเครียด**. วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- อุษา ชูชาติ. (2531). **บุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท**. ปรินูญานินพนธ์ วท.ม.(จิตวิทยาคลินิก). กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- Costa and McCrae. (1992). **The NEO-PI Personality Inventory**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- McCrae and Costa. (1996). **The Five-Factor Model of Personality: Theoretical perspectives**. New York: Guilford
-

ผลของการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับ กิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสที่มีต่อการลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติก โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์

The Effects of Using Applied Behavior Analysis and Sensory Training Program on Reducing Repetitive Behaviors in Autistic Children at Piboon Prachasan School

นาฏลัดดา สังกะสี¹ ศรียา นิยมธรรม²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส และ 2) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นเด็กออทิสติก เพศหญิงและชาย อายุ 11-14 ปี มีปัญหาพฤติกรรมซ้ำ ๆ จำนวน 3 คน ปีการศึกษา 2561 ณ โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 3 เพศหญิง มีพฤติกรรมสะบัดมือ กลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 เพศชาย มีพฤติกรรมเดินวน และกลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 เพศชาย มีพฤติกรรมเล่นน้ำลายได้มาโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection)

รูปแบบการวิจัย คือ Single Subject Design (ABA Design) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคั้งนี้คือ 1) แบบสำรวจตัวเสริมแรง 2) สมุดบันทึกดาว 3) แบบฟอร์มการบันทึกการสังเกตพฤติกรรม A-B-C 4) แผนการช่วยเหลือปรับพฤติกรรม 5) โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส 6) แบบสังเกตพฤติกรรมซ้ำ ๆ ก่อนการสอน และ 7) แบบสังเกตพฤติกรรมซ้ำ ๆ หลังการสอน

คำสำคัญ: เด็กออทิสติก พฤติกรรมซ้ำ ๆ การวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ กิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส

¹นักศึกษาลัทธิศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

²ศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การหาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำเสนอข้อมูลโดยใช้กราฟเส้นและตาราง วิเคราะห์เป็นรายบุคคล โดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบค่าร้อยละในการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายในชั้นเรียนก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส เด็กออทิสติกทั้ง 3 คน มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระดับเส้นฐานอยู่ในระดับ ปานกลาง และระดับดี ดังนี้

1.1 หลังการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสเด็กออทิสติกคนที่ 1 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระดับเส้นฐานร้อยละ 72.36 ซึ่งอยู่ในระดับ ดี

1.2 หลังการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส เด็กออทิสติกคนที่ 2 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระดับเส้นฐานร้อยละ 63.48 ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลาง

1.3 หลังการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส เด็กออทิสติกคนที่ 3 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระดับเส้นฐานร้อยละ 83.02 ซึ่งอยู่ในระดับ ดี

2. โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส สามารถลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกจำนวน 3 คนได้

Abstract

The purposes of this research were 1) To develop the applied behavior analysis and sensory training program 2) To investigate the effect of using applied behavior analysis and sensory training program in autistic children at Piboon Prachasan school.

The sample of this study were 3 autistic children, who exhibited in repetitive behaviors. The age of Autistic children was between 11-14 years at Piboon Prachasan School in the academic year 2018. The first autistic child was enrolled in primary school level 3 who engages in hand flapping. The second autistic child was enrolled in primary school level 4 who engages in physical stereotypy in the form of walking in circles. The third autistic child was enrolled in primary school level 5 who engages in saliva play, selected by purposive selection

The Single Subject Design (ABA design) was used as a research design. The research instruments were 1) The preference observation form 2) Token book 3) The A-B-C observation form 4) The behavior intervention form 5) The applied behavior

analysis and sensory training program 6) Behavior observation forms (Pretest) and 7) Behavior observation form (Posttest).

The observation data were analyzed by using the visual analysis from plotted graph, percentage and mean. Presented by graphs and behavior timetables, analyzed by individually with compared behaviors in the pretest and the posttest.

The result showed that:

1. After using applied behavior analysis and sensory training program, the repetitive behavior of all three autistic children were decreased.

1.1 The repetitive behavior of the first autistic child was decreased from baseline at the level of good at 72.36%

1.2 The repetitive behavior of the second autistic child was decreased from baseline at the level of moderate at 63.48%

1.3 The repetitive behavior of the third autistic child was decreased from baseline at the level of good at 83.02%

2. The effect of using applied behavior analysis and sensory training program was effective in reducing repetitive behaviors in the autistic children.

Keywords: Autistic children, Repetitive behavior, Applied Behavior Analysis, Sensory training

บทนำ

ภาวะออทิสซึม (Autism Spectrum Disorder; ASD) เกิดจากภาวะการทำงานของระบบประสาทที่ทำงานผิดปกติ หรือส่งผลที่เรียกว่าพัฒนาการล่าช้า ทำให้มีผลกระทบต่อความบกพร่องในพัฒนาการ 3 ด้านหลักคือ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social deficits) ด้านภาษาและการสื่อสาร (language and communication problems) และด้านพฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำ ๆ (repetitive behaviors) (สุพัตรา วงศ์วิเศษ แอนดราตี, 2560:11) ปัญหาของเด็กออทิสติกทางด้านพฤติกรรมสามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่ในระยะ 3 ปีแรก (APA, 1994: 70-71) Autism Society of America (2016) รายงานถึงประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในปัจจุบัน พบว่าประมาณ 3.5 ล้านคนในประเทศสหรัฐอเมริกา และค่าเฉลี่ยประชากรที่มีภาวะออทิสซึมในประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ 1 ใน 68 ขณะนี้ตัวเลขของประชากรกลุ่มนี้ได้เพิ่มขึ้นทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง (สุพัตรา วงศ์วิเศษ แอนดราตี, 2560:11) ออทิสซึม หรือภาวะผิดปกติทางด้านพัฒนาการของสมองที่ส่งผลต่อพัฒนาการในด้านต่าง ๆ นั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษา เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อตัวเด็กและครอบครัวในระยะสั้นและระยะยาว

พฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่พบในเด็กออทิสติกมีหลายลักษณะ อาจเป็นการกระทำที่สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายหรือแบบซับซ้อน เช่น การกระดิกนิ้วมือไปมา ถือสิ่งของและโบกไปมา หมุนสิ่งของ เช่น เอาการ

ของเล่นมาหมุนแล้วหมุนแต่ล้อรถเล่น ชอบจ้องมองสิ่งของที่กำลังหมุน เช่น พัดลมที่กำลังหมุน ชอบใช้มือลูบเนื้อผ้าบางอย่างเช่น ผ้าแพร ชอบโยกตัวไปมา กระโดดขึ้นกระโดดลง แทะเกาะตามตัว โขกศีรษะหรือทำร้ายตนเอง (เพ็ญแข ลิมศิลา. 2540: 55-57) นอกจากนี้เด็กออทิสติกจะแสดงพฤติกรรมเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ไปมา การแสดงออกในท่าทางที่ไม่ปกติ เช่น ประหม้อมี หมุนตัว หรือนั่งโยกเก้าอี้ มีปัญหาการปรับตัวเมื่อสภาพแวดล้อมหรือกิจวัตรมีการเปลี่ยนแปลง (สุพัตรา วงศ์วิเศษ แอนดราตี, 2560:30) พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกในเรื่องของการได้ยิน การเห็น การสัมผัส การดมกลิ่น และการรับรส (Rogers, et al. 2001: 166 อ้างใน รุ่งนภา ทรัพย์สุวรรณ. 2546) ซึ่งอาการของเด็กออทิสติกสามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ แม้ไม่สามารถรักษาให้หายขาด จากการศึกษาพบว่า หากพบปัญหาหรือวินิจฉัยได้เร็วและให้การช่วยเหลือ ก็จะทำให้การรักษาได้ผลดีขึ้นเท่านั้น (อุมาพร ตรังสมบัติ 2545: 68)

แนวทางการรักษาเด็กออทิสติก เช่น 1) การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Modification) เป็นการฝึกให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้นรวมทั้งแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกติโดยใช้วิธีกระตุ้นพัฒนาการและพฤติกรรมบำบัดซึ่งมีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีการเรียนรู้ เช่น หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ (Applied Behavior Analysis; ABA) เป็นแนวคิดของ Skinner ตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำ (Operant conditioning) (Albert J. Kearney: 2008: 20) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Emitted) ของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2556: 32) 2) การกระตุ้นประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ เด็กออทิสติกมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสบกพร่อง โดยอาจไวต่อสัมผัสบางอย่างมากเกินไป หรืออาจรับรู้ น้อยเกินไปการรับรู้สัมผัสที่ผิดปกตินี้ทำให้เด็กมีอาการแปรปรวนหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้นจึงมีผู้พยายามใช้วิธีกระตุ้นประสาทสัมผัส โดยหวังว่าจะทำให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้น เช่น การฝึกกิจกรรมบำบัด (Sensory integration therapy) เป็นวิธีการที่ช่วยให้เด็กมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสดีขึ้น โดยให้เด็กทำกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการรับรู้ทางสัมผัส กิจกรรมที่ทำได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายแบบต่าง ๆ เช่น การหมุน กระโดด ไกวตัวเด็ก เป็นต้น 3) การกอดบำบัด (Holding Therapy) เป็นการบำบัดโดยวิธีกอดเด็ก วิธีการนี้มีต้นกำเนิดมาจากความเชื่อว่า เด็กออทิสติกไม่มีสายสัมพันธ์ที่มั่นคงกับพ่อแม่ และเด็กถอยหนีจากผู้คนเพราะรู้สึกว่ามีใครต้อนรับตน ในปัจจุบันเมื่อเราพบหลักฐานว่าโรคออทิสติกเกิดจากสมองผิดปกติความเชื่อดังกล่าวก็ตกไป อย่างไรก็ตามการกอดเด็กไม่ใช่เป็นสิ่งอันตราย นอกจากนี้เราอาจเชื่อถือว่า การกอดเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระตุ้นประสาทสัมผัสก็ได้ แต่มีข้อควรคำนึงคือ วิธีกอดเหมาะสำหรับเด็กที่ยังเล็ก ไม่ควรไปใช้จนโตเพราะเด็กอาจเคยชินและไปกอดผู้อื่นโดยไม่เลือกก็ได้ แต่วิธีนี้ไม่ใช่วิธีการรักษาโรคออทิสติกโดยตรง การบำบัดรักษาเด็กออทิสติกนั้นมีหลายวิธีทั้งนี้ก็เพราะว่ายังไม่มีวิธีใดที่รักษาเด็กให้หายขาดได้ (อุมาพร ตรังสมบัติ 2545: 66) ซึ่งวิธีที่กล่าวมานี้ บางวิธีได้ผลมาก บางวิธีได้ผลน้อย และบางวิธีอาจจะไม่ได้ผลกับเด็กออทิสติกบางคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของพฤติกรรมของเด็กออทิสติกแต่ละคน

ผู้วิจัยในฐานะนักบำบัดเด็กออทิสติกและมีประสบการณ์ในด้านการปรับพฤติกรรมด้วยการใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์มาเป็นเวลากว่า 6 ปี ได้สังเกตพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกที่มาขอรับบริการพบว่า เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น การโยกตัว การตีดินบริเวณตา ฯลฯ ต้องใช้เวลาในการปรับพฤติกรรมมากกว่าเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมอย่างอื่น เช่น การสบตา การทำ

ตามคำสั่ง ทักษะการเล่น การเลียนแบบ ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ผู้วิจัยจึงไปสังเกตพฤติกรรมในชั้นเรียนและสัมภาษณ์อาจารย์ประจำชั้นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในชั้นเรียนของเด็กออทิสติกของโรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ พบว่ายังมีเด็กออทิสติกที่ยังคงมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ได้แก่ การสะบัดมือ การเดินวน และการเล่นน้ำลาย ที่ไม่ได้รับการแก้ไขแม้จะอยู่ในระดับประถมศึกษา การมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ นี้จะส่งผลต่อการเรียนรู้ในห้องเรียน (พุดติพงษ์ เพชรรัตน์: 2552: 2) โดยจะทำให้เด็กคนอื่นเกิดความรำคาญ เสียสมาธิจดจ่อในการทำกิจกรรม รวมไปถึงอาจส่งผลกระทบต่อเพื่อนในห้องเรียน ทำให้เพื่อนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายในช่วงเวลาการเรียนการสอนนั้น ๆ อีกด้วย ดังนั้นพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกที่โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็กออทิสติก

จากการศึกษาเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมซ้ำ ๆ พบว่าการรวมกันของการบำบัด ทำให้เกิดประสิทธิผลมากกว่าการฝึกทักษะการรับรู้เพียงอย่างเดียว (Laurie L. Stonefelt & Franklin Stein, 1998: 252) ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดกิจกรรมที่จะช่วยลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติก เนื่องจากกิจกรรมการเคลื่อนไหวเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม รวมทั้งด้านสติปัญญาอีกด้วย การจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวจึงเป็นอีกหนึ่งการสร้างโอกาสการเรียนรู้แก่เด็กพิเศษได้ (กานดา โต้ธม. 2551: 63) จากการศึกษางานวิจัยของ รุ่งนภา ทรัพย์สุวรรณ (2546) ที่ศึกษาผลของกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้สีและการเคลื่อนไหวโดยครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมซ้ำ ๆ การเล่นอย่างเหมาะสม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ของเด็กออทิสติก ผลการศึกษาพบว่า เด็กออทิสติกที่ได้รับการฝึกด้วยกิจกรรมการรับรู้สีและการเคลื่อนไหวโดยครอบครัวมีการแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลง มีการเล่นอย่างเหมาะสมมากขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่มากขึ้น รวมถึงงานวิจัยของ พุดติพงษ์ เพชรรัตน์ (2552) การศึกษาพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของนักเรียนออทิสติกอายุ 7-10 ปีในโรงเรียนศึกษาพิเศษจากการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมกิจกรรมการเคลื่อนไหว จากการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมกิจกรรมการเคลื่อนไหว นักเรียนออทิสติกทั้ง 3 คน มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงในระดับพอใช้และปานกลาง ดังนี้ คนที่ 1 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงจากระดับเส้นฐานร้อยละ 33.77 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ คนที่ 2 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงจากระดับเส้นฐานร้อยละ 46.98 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และคนที่ 3 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงจากระดับเส้นฐานร้อยละ 42.70 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมกิจกรรมการเคลื่อนไหว นักเรียนออทิสติกมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง เห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสสามารถลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกได้ ส่วนงานวิจัยของเพ็ญศรี ศรีมา (2550) ที่ศึกษาการปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้นของเด็กออทิสติกโดยการใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ในการปรับพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วย เทคนิคการเสริมแรง การเสนอตัวแบบที่มีชีวิต การลงโทษด้วยการปรับสินไหม และการชี้แนะ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นที่ลดลงจากร้อยละ 92 เป็นร้อยละ 32 ทั้งนี้กรณีศึกษาได้เรียนรู้และเลือกแสดงพฤติกรรมการลูบแขนมาแทนพฤติกรรมที่ดี คิดเป็นร้อยละ 72 อีกทั้งงานวิจัยของ ประจง วงศ์สวย (2551) ที่ศึกษาการฝึกมองร่วมกัน สำหรับเด็กออทิสติกโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการปรับพฤติกรรมโดยการฝึกการมองร่วมกันโดยนำวิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์แล้ว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการมองสบตาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23 เป็น

ร้อยละ 62 ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการใช้การวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์สามารถปรับพฤติกรรมของเด็กออทิสติกให้เหมาะสมขึ้นได้

จากข้อมูลและผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส โดยคาดหวังว่าหลังจากการใช้โปรแกรมฯ แล้วจะทำให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลง และเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรหรือผู้สนใจในการนำเทคนิคดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นแก่เด็กออทิสติก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส

สมมุติฐานการวิจัย

เด็กออทิสติกที่ได้รับโปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงภายหลังการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากร
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมซ้ำ ๆ และกำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเด็กออทิสติก เพศหญิงและชาย อายุ 11-14 ปี มีปัญหาพฤติกรรมซ้ำ ๆ จำนวน 3 คน ปีการศึกษา 2561 ณ โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 3 เพศหญิง มีพฤติกรรมสับตมือ กลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 เพศชาย มีพฤติกรรมเดินวนและกลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 เพศชาย มีพฤติกรรมเล่นน้ำลาย ได้มาโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้
 - 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในกลุ่มพีดีดี (PDD: pervasive developmental disorder)
 - 2) มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ซึ่งพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นมากกว่าวันละ 10 ครั้ง เป็นเวลานานตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป
 - 3) สามารถสื่อสารและทำตามคำสั่งได้
 - 4) ไม่มีอารมณ์รุนแรงหรือก้าวร้าว สามารถทำกิจกรรมเดี่ยวหรือกิจกรรมกลุ่มกับเพื่อนได้
 - 5) ไม่มีปัญหาในเรื่องการมองเห็นหรือการได้ยิน

6) ผู้ปกครองและครูประจำชั้นอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส
2. ตัวแปรตาม คือ การลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติก ได้แก่ การสะบัดมือ การเดินวน และการเล่นน้ำลาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านสมองส่งผลให้มีลักษณะความบกพร่องที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ มีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ภาษาและการสื่อสาร รวมไปถึงมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ และการแสดงออกทางอารมณ์

2. พฤติกรรมซ้ำ ๆ หมายถึง การที่เด็กแสดงท่าทางเคลื่อนไหวร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งซ้ำ ๆ เป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ แต่เกิดขึ้นเป็นระยะ ได้แก่ การสะบัดมือ การเล่นน้ำลาย และการเดินวน พฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นมากกว่าวันละ 10 ครั้งเป็นเวลานานตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป

3. โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส หมายถึง โปรแกรมการช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมซ้ำ ๆ โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กหญิงเอ เด็กชายบี และเด็กชายซี (นามสมมุติ) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย ได้แก่ การสะบัดมือ การเดินวน และการเล่นน้ำลาย และสาเหตุของพฤติกรรม 2) ขั้นตอนการใช้โปรแกรมวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส และ 3) การประเมินผลพฤติกรรมของเด็กออทิสติกในระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนโปรแกรมตามความเหมาะสมของเด็กออทิสติกเป็นรายบุคคล โดยมีรายละเอียดเทคนิคที่ใช้ในการลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ หมายถึง วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการนำวิธีการปรับพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการสอน โดยหลักการพื้นฐานตามทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขการกระทำของ Skinner เพื่อปรับลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กออทิสติกให้เหมาะสมขึ้น โปรแกรมการฝึกโดยมีพื้นฐานการปรับพฤติกรรมแบบการวางเงื่อนไข ซึ่งนำมาประกอบกับเทคนิคการปรับพฤติกรรมอีก 3 แบบ ได้แก่ เบี้ยอรรถร การเสริมแรงแบบตีอาร์เอ และการหยุดยั้ง

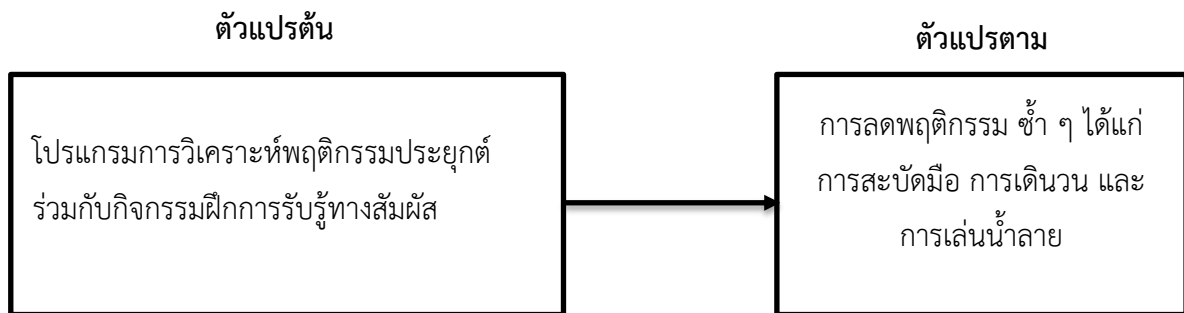
3.1.1 เบี้ยอรรถร หมายถึง การใช้ เบี้ย ดาว หรือคะแนน เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องวางเงื่อนไขซึ่งเป็นการสะสมเพื่อให้เด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ได้แก่ เด็กหญิงเอ เด็กชายบี และเด็กชายซี มีสิทธิ์ได้รับรางวัลอย่างใดอย่างหนึ่ง

3.1.2 การเสริมแรงแบบตีอาร์เอ หมายถึง การให้แรงเสริมทางบวกพฤติกรรมเจาะจงที่พึงประสงค์เพื่อทดแทนพฤติกรรมเป้าหมายที่ไม่พึงประสงค์และทำให้พฤติกรรมเป้าหมายที่ไม่พึงประสงค์มีความถี่ลดลง พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่ การสะบัดมือ การเดินวน และการเล่นน้ำลาย

3.1.3 การหยุดยั้ง หมายถึง การระงับการให้การเสริมแรงต่อพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่เคยได้รับการเสริมแรง พฤติกรรมที่ไม่ได้รับการเสริมแรงจะลดลงและหายไปในที่สุด

3.2 กิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส หมายถึง วิธีการที่ใช้กิจกรรมต่าง ๆ เป็นเครื่องมือในการฝึกเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการรับรู้หลาย ๆ ด้านร่วมกัน ได้แก่ การสัมผัส การรับรู้ทางสายตา การรับรู้ทางการฟัง การประสานตา-มือ การรับรู้ทิศทาง และระบบโพรพริโอเซพทีฟ เพื่อการรับรู้และเรียนรู้ มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก กิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสมี 10 กิจกรรม ได้แก่ มารูจักกันเถอะ เป้าหมายมีไว้พุ่งชน เดินกะลาแสนสนุก ม้วนซูชิ ปั่นแป้งกันเถอะ ทายสิ อะไรเอ่ย กระโดดเชือก พวกคุณแจจของเรา ห่วงยางดนตรี และตามมาสิ แต่ละกิจกรรมมีเป้าหมายในการฝึกการรับรู้ทางสัมผัสที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) รูปแบบ Single Subject Design ประเภท ABA Design ศึกษากลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก จำนวน 3 คน ได้แก่ เด็กหญิงเอ เด็กชายบี และเด็กชายซี ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีลำดับขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเส้นฐาน (A1) ยังไม่ทำการฝึกเด็ก สังเกตและบันทึกพฤติกรรม โดยผู้สังเกต 2 ท่าน ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ใช้เวลา 2 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง (B) ผู้ศึกษาทำการทดลองใช้การวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมด้วยกิจกรรมฝึกทักษะการรับรู้ด้วยตนเอง โดยมีผู้สังเกต 2 ท่าน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ใช้เวลา 6 สัปดาห์ รวม 18 ครั้ง

ระยะที่ 3 ระยะถดถอย (A2) หยุดฝึกเด็ก โดยผู้สังเกต 2 ท่าน ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ใช้เวลา 2 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบสำรวจตัวเสริมแรง

แบบสำรวจตัวเสริมแรงใช้สำรวจสิ่งของที่เด็กออทิสติกชอบเพื่อนำมาเป็นแรงเสริมหรือแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม หากเด็กออทิสติกมีแรงเสริมระหว่างการทำกิจกรรมจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือ

ในการทำวิจัย แบบสำรวจตัวเสริมแรงประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ตัวเสริมแรงประเภทอาหาร เช่น ขนม ผลไม้ และอื่น ๆ 2) ตัวเสริมแรงประเภทของเล่น เช่น ตัวละคร/การ์ตูน รูปสติ๊กเกอร์ และอื่น ๆ ผลจากแบบสำรวจตัวเสริมแรง พบว่า

เด็กหญิง เอ อันดับที่ 1 คือ ไอศกรีม อันดับที่ 2 คือ ป๊อปปี้ อันดับที่ 3 คือ รถของเล่นขนาดจ๋ว เด็กชาย บี อันดับที่ 1 คือ รถของเล่นขนาดจ๋ว อันดับที่ 2 คือ ไอศกรีม อันดับที่ 3 คือ ป๊อปปี้ เด็กชาย ซี อันดับที่ 1 คือ รถของเล่นขนาดจ๋ว อันดับที่ 2 คือ ป๊อปปี้ อันดับที่ 3 คือ ไอศกรีม

2. สมุดบันทึกดาว

สมุดบันทึกดาวใช้เพื่อเก็บสะสมเบี้ย หรือ ดาวของเด็กออทิสติกแต่ละคน เมื่อเด็กออทิสติก แสดงพฤติกรรมแทนที่ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 1 ครั้ง ผู้วิจัยจะให้ดาว 1 ดวง เมื่อสะสมครบ สามารถนำมาแลกของรางวัลได้ พฤติกรรมแทนที่ คือ

การเอามือล้างกระเป๋าทาน แทน การสะบัดมือ

การเดินตามเพลงแทน การเดินวน

การเขียนบนกระดาน แทน เล่นน้ำลาย

จำนวน (ดาว)	สิ่งของที่จะได้รับ
5 ดาว	ป๊อปปี้
10 ดาว	ไอศกรีม
15 ดาว	สีน้ำ 1 เซต
20 ดาว	รถของเล่นขนาดจ๋ว

3. แบบฟอร์มการบันทึกการสังเกตพฤติกรรม A-B-C

แบบฟอร์มการบันทึกการสังเกตพฤติกรรม A-B-C เป็นแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกการสังเกต พฤติกรรมเป้าหมายของเด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ซึ่งได้แก่ การสะบัดมือ การเดินวน และการเล่นน้ำลาย เพื่อประเมินว่าเด็กออทิสติกแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นขึ้นเพราะสาเหตุใด แบบฟอร์มประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) เหตุการณ์ก่อนพฤติกรรมเกิดขึ้น (A: Antecedent) 2) ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรม (B: Behavior) และ 3) เหตุการณ์หรือผลกระทบหลังจากพฤติกรรมสิ้นสุด (C: Consequence)

4. แผนการช่วยเหลือปรับพฤติกรรม

แผนการช่วยเหลือพฤติกรรมนี้จัดทำขึ้นเฉพาะเป็นรายบุคคล ได้แก่ เด็กหญิงเอ เด็กชายบี และเด็กชายซี เพื่อเป็นแนวทางในช่วยเหลือปรับพฤติกรรมของเด็กออทิสติกแต่ละคน แผนการนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) พฤติกรรมเป้าหมาย(Target/Behavior) 2) การแก้ไขก่อนพฤติกรรมเกิดขึ้น (Antecedent modification) 3) พฤติกรรมแทนที่ (Replacement behavior) และ 4) การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมหลังจากพฤติกรรมสิ้นสุด (Consequence manipulation)

5. โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส

โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. การวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ คือ การปรับพฤติกรรมที่ใช้หลักการพื้นฐาน ตามทฤษฎี การวางเงื่อนไขการกระทำของ Skinner เพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้น ผู้วิจัยเลือกเทคนิค 3 เทคนิค คือ เบียร์รถกร การเสริมแรงแบบดีอาร์เอ และการหยุดยั้ง 2. กิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส คือ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้ในการฝึกเด็กออทิสติก ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะสามารถเพิ่มทักษะการรับรู้หลาย ๆ ด้าน

ร่วมกัน เพื่อกระตุ้นให้เด็กออทิสติกมีการรับรู้ที่ตนเองมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก มีทักษะการรับรู้หลายด้าน ได้แก่ การสัมผัส การรับรู้ทางสายตา การรับรู้ทางการฟัง การประสานตา-มือ การรับรู้ทิศทาง และระบบโพรพรีโอเซพทีฟ กิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส มี 10 กิจกรรม ได้แก่ มารูจักกันเถอะ เป้าหมายมีไว้พุ่งชน เดินกะลาแสนสนุก ม้วนซูชิ ปั่นแป้งกันเถอะ ทายสิ อะไรเอ่ย กระโดดเชือก พวกคุณของเรา ห่วงยางดนตรี และตามมาสิ ซึ่งผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence; IOC) พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.0 และผู้วิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกทั้ง 3 คน

6. แบบสังเกตพฤติกรรมซ้ำ ๆ ก่อนและหลังการทดลอง

แบบสังเกตพฤติกรรมซ้ำ ๆ ก่อนและหลังการทดลองที่ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน เพื่อหาคุณภาพของแบบสังเกตพฤติกรรม ซึ่งผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence; IOC) พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.66-1.0 ส่วนผลการหาคุณภาพของแบบสังเกตพฤติกรรมซ้ำ ๆ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ต่อจากนั้นจึงได้นำแบบสังเกตพฤติกรรมซ้ำ ๆ ก่อนและหลังการทดลองที่ได้หาคุณภาพแล้วนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1) ค่าเฉลี่ย \bar{X} และค่าร้อยละ

2) การวิเคราะห์กราฟด้วยการวิเคราะห์ทางสายตา (visual analysis) (Parsonson & Baer. 1992: 15-40)

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับของพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ (การประชุมวิชาการระดับชาติ งานวิจัยทางการศึกษาพิเศษ ครั้งที่ 4, 2557: 243) ซึ่งผู้วิจัยคิดเป็นค่าร้อยละเพื่อประเมินระดับของพฤติกรรมได้ดังนี้

หากพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 30-49 ถือว่าอยู่ใน ระดับพอใช้

หากพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 50-69 ถือว่าอยู่ใน ระดับปานกลาง

หากพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 70 ขึ้นไป ถือว่าอยู่ใน ระดับดี

ผลการวิจัย

1. การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสของเด็กออทิสติก โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสของเด็กออทิสติก ผู้วิจัยนำผลของแบบสังเกตพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ได้แก่ เด็กหญิงเอ เด็กชายบี และเด็กชายซี มาหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ พบว่า

1. หลังการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส เด็กออทิสติกทั้ง 3 คน มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระยะเส้นฐานอยู่ในระดับ ปานกลาง และระดับดี ดังนี้

1.1 หลังการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสเด็กหญิงเอ มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 72.36 ซึ่งอยู่ในระดับ ดี

1.2 หลังการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส เด็กชายบีมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 63.48 ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลาง

1.3 หลังการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส เด็กชายซีมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 83.02 ซึ่งอยู่ในระดับ ดี

2. โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส สามารถลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกจำนวน 3 คนได้ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คน ระยะเส้นฐาน ระยะจัดกระทำ และระยะถอดถอน (หน่วยเป็นจำนวนครั้งต่อชั่วโมง)

สัปดาห์ที่	การทดลองครั้งที่	เด็กหญิงเอ	\bar{X}	เด็กชายบี	\bar{X}	เด็กชายซี	\bar{X}	ค่าเฉลี่ยรวม \bar{X}_3
1	1	87	ระยะเส้นฐาน	47	ระยะเส้นฐาน	104	ระยะเส้นฐาน	ระยะเส้นฐาน
	2	66		50		92		
	3	114		45		45		
2	4	90	$\bar{X}=76.1$	33	$\bar{X}=47$	59	$\bar{X}=78.16$	$\bar{X}=67.10$
	5	42		64		104		
	6	58		43		65		
3	7	71	ระยะจัดกระทำ	38	ระยะจัดกระทำ	60	ระยะจัดกระทำ	ระยะจัดกระทำ
	8	68		46		78		
	9	37		41		64		
4	10	14		17		0		
	11	19		14		0		
	12	18		15		0		
5	13	11		11		2		
	14	12		15		2		
	15	32		18		4		
6	16	14		8		4		
	17	16		14		5		
	18	5		9		0		

7	19	11		10		3		
	20	8		7		7		
	21	15		17		1		
8	22	7	$\bar{X}=21.0$	4	$\bar{X}=17.16$	3	$\bar{X}=13.27$	$\bar{X}=17.1$
	23	9		7		4		
	24	12		18		2		
9	25	15	ระยะ ถอดถอน	6	ระยะถอดถอน	8	ระยะถอด ถอน	ระยะถอด ถอน
	26	8		9		4		
	27	10		17		6		
10	28	5	$\bar{X}=10.3$	3	$\bar{X}=7.6$	6	$\bar{X}=7.16$	$\bar{X}=8.35$
	29	6		5		10		
	30	18		6		9		

ผลจากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยการเกิดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ในระยะ
จัดกระทำและระยะถอดถอน มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเส้นฐาน

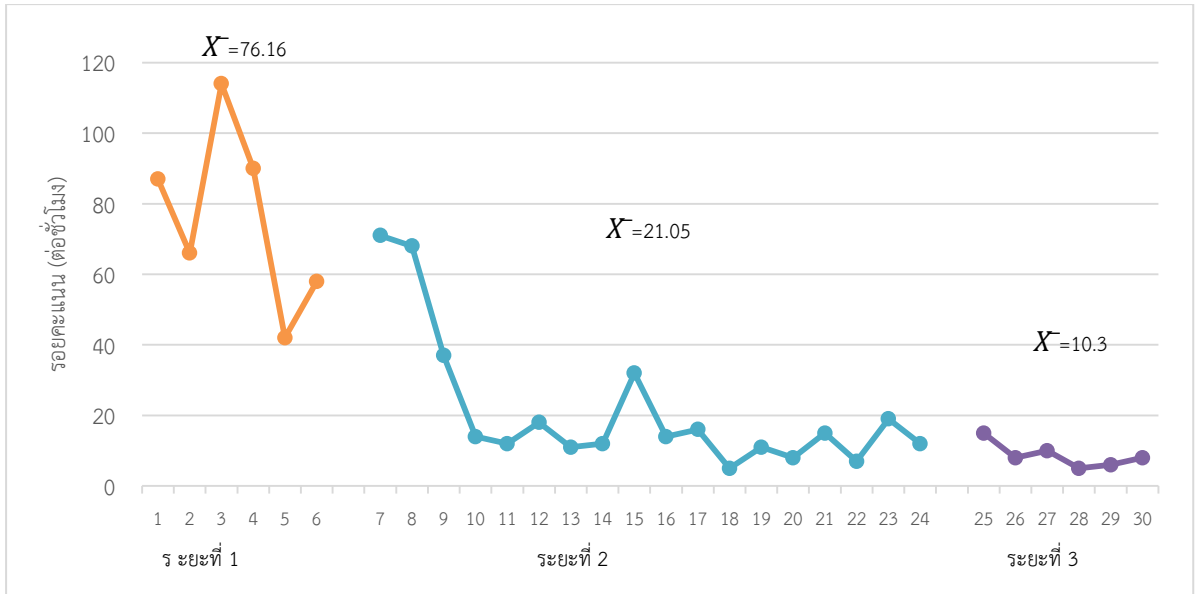
ตารางที่ 2 แสดงเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยการเกิดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของกลุ่ม
ตัวอย่าง ทั้ง 3 คน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการ
รับรู้ทางสัมผัส

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยระยะเส้นฐาน	ค่าเฉลี่ยระยะจัด กระทำ	เปอร์เซ็นต์การ เปลี่ยนแปลง
เด็กหญิงเอ	76.16	21.05	-72.36
เด็กชายบี	47	17.16	-63.48
เด็กชายซี	78.16	13.27	-83.02

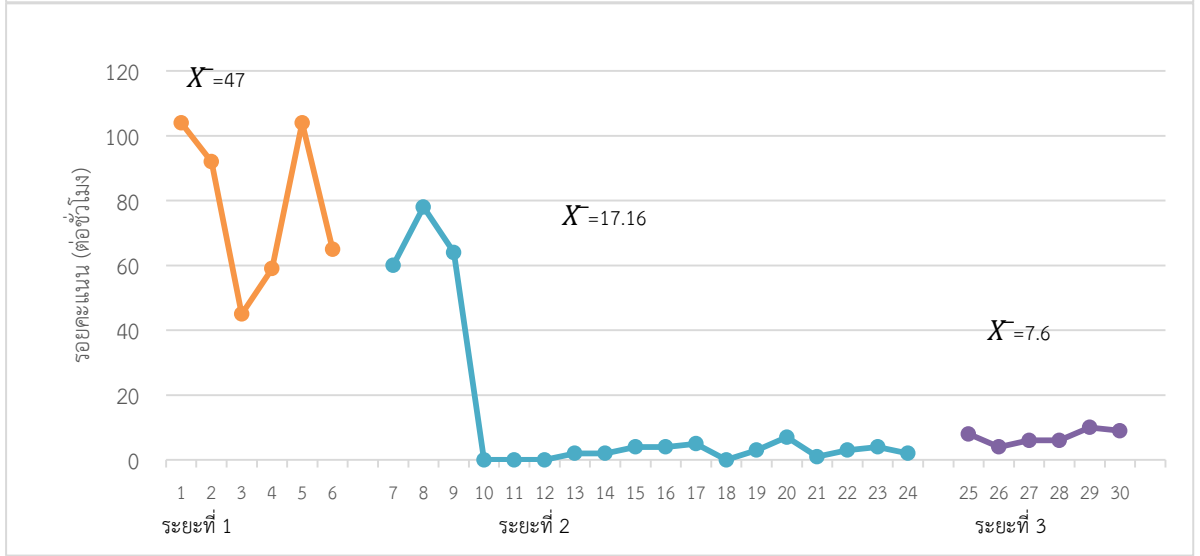
ผลจากตารางที่ 2 พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์
ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส เด็กหญิงเอ มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลงจาก
ระยะเส้นฐานร้อยละ 72.36 ซึ่งอยู่ในระดับ ดี เด็กชายบี มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัดกระทำ ลดลง
จากระยะเส้นฐานร้อยละ 63.48 ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลาง และเด็กชายซีมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะจัด
กระทำ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 83.02 ซึ่งอยู่ในระดับ ดี

ภาพที่ 1 แสดงความถี่ของพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ในระยะเส้นฐาน ระยะ
จัดกระทำ และระยะถอดถอน

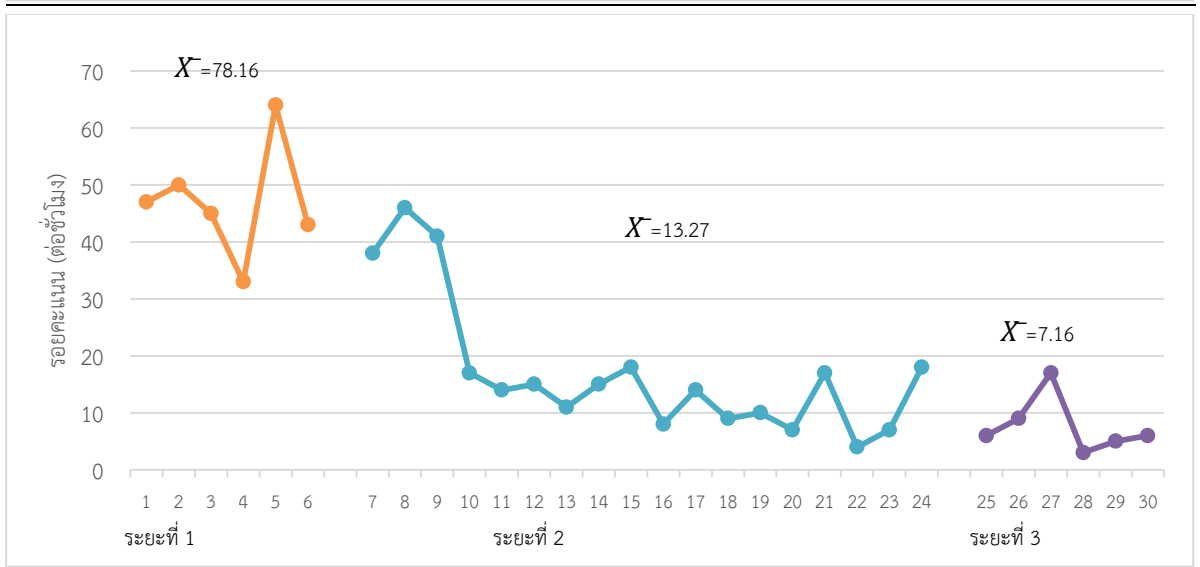
เด็กหญิง



เด็กชายบี

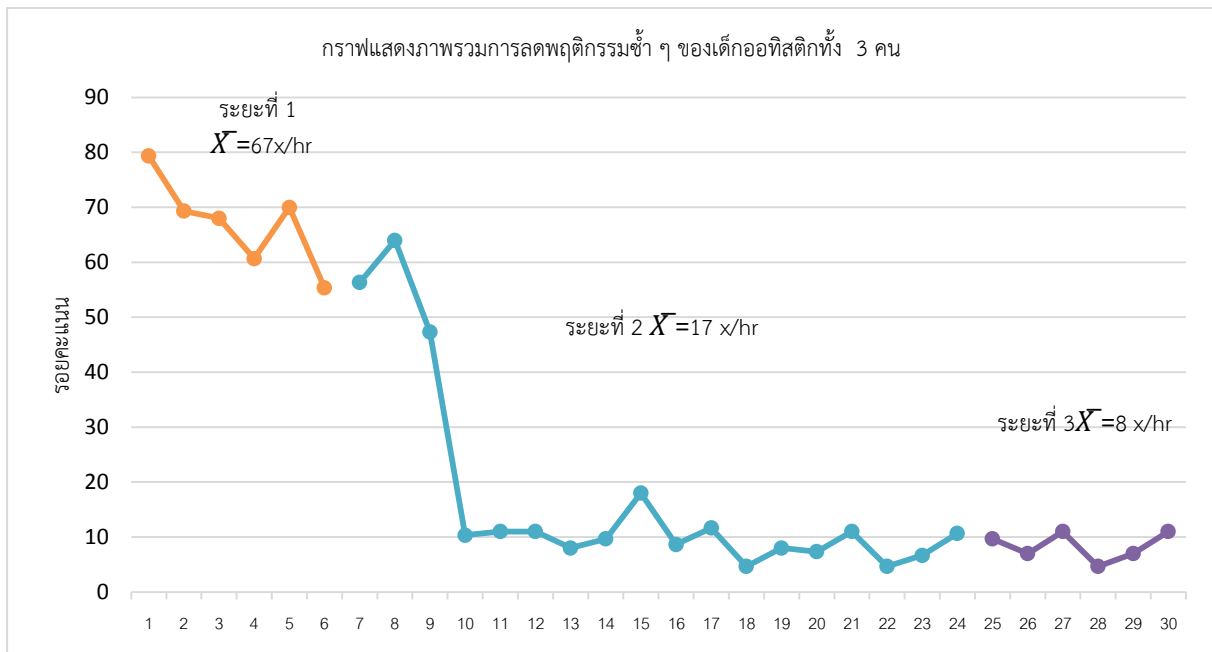


เด็กชายซี



จากภาพที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกแต่ละคน ตลอดการทดลอง 3 ระยะ พบว่า เด็กออทิสติกทั้ง 3 คน มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงในระยะจัดกระทำ ไม่เท่ากัน เนื่องจากแต่ละคนมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่แตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่าโปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสนั้นมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้สามารถลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ทั้งในระยะจัดกระทำและระยะถอดถอน

ภาพที่ 2 แสดงภาพรวมเฉลี่ยของพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ในระยะเส้นฐาน ระยะจัดกระทำ และระยะถอดถอน



จากภาพที่ 2 แสดงภาพรวมเฉลี่ยของการลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ทั้งในระยะเส้นฐาน (Phase A1) ระยะจัดกระทำ (Phase B) และระยะถอดถอน (Phase A2) พบว่า โดยภาพรวมแล้ว หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะที่ 1 (ระยะเส้นฐาน) เฉลี่ย 67 ครั้งต่อชั่วโมง มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะที่ 2 (ระยะจัดกระทำ) เฉลี่ย 17 ครั้งต่อชั่วโมง และมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะที่ 3 (ระยะถอดถอน) เฉลี่ย 8 ครั้งต่อชั่วโมง

การอภิปรายผล

จากสมมติฐานการวิจัยที่ว่า โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสสามารถลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกได้ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกทั้ง 3 คนมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลง ในระยะจัดกระทำ และมีแนวโน้มลดลงในระยะถอดถอนอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเส้นฐาน จึงเป็นไปได้ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ที่เป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะ โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส เป็นการรวมเอาศาสตร์การบำบัดทั้งสองวิธีเข้าด้วยกันอย่างลงตัว ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์

(Applied Behavior Analysis) และ การฝึกการรับรู้ทางสัมผัส (Sensory training) สอดคล้องกับ Laurie L. Stonefelt & Franklin Stein (1998:207) ที่กล่าวว่า การรวมกันของการบำบัด ทำให้เกิดประสิทธิผลมากกว่าการฝึกการรับรู้ทางสัมผัสเพียงอย่างเดียว

การวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์เป็นวิธีการปรับพฤติกรรม ที่ใช้หลักการพื้นฐานตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ Skinner เพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรม 3 เทคนิค ได้แก่ 1) เบี้ยอรรถกร เพื่อเป็นเบี้ยหรือดาวให้เด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ได้แก่ เด็กหญิงเอ เด็กชายบี และเด็กชายซี (นามสมมุติ) นำมาแลกของรางวัลส่งผลให้มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ Skinner (อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556: 171) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมใดได้รับผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะมีแนวโน้มที่เกิดขึ้นในอนาคต 2) การเสริมแรงแบบดีอาร์เอ เพื่อสอนพฤติกรรมใหม่แทนที่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์แก่เด็กออทิสติกทั้ง 3 คน โดยเด็กหญิงเอ ใช้การเอามือล้างกระเป่า แทน การสะบัดมือ เด็กชายบี ใช้การเดินตามเพลง แทน การเดินวน และเด็กชายซี ใช้การเขียนบนกระดาน แทน การเล่นน้ำลาย ดังที่ ศรียา นิยมธรรม (2541: 194) ที่กล่าวว่า ควรให้ความสนใจกับพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับในแง่ของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้น เป็นพฤติกรรมที่จะช่วยสร้างโลกของเด็ก ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ดี และ 3) การหยุดยั้ง เป็นการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมเป้าหมายหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้พฤติกรรมเป้าหมายนั้นหายไปหรือลดลง สอดคล้องกับ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2539: 41) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมที่ไม่ได้รับความสนใจหรือได้รับแรงเสริม พฤติกรรมนั้นจะค่อย ๆ ลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้เทคนิคที่หลากหลายในการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์แก่เด็กออทิสติกทั้ง 3 คน ซึ่งสอดคล้องกับ ผดุง อาระวิญญู (2546: 73) ได้กล่าวว่า จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ คือการสร้างพฤติกรรมใหม่ให้เกิดขึ้นในตัวของเด็ก และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลง สำหรับการสร้างเสริมพฤติกรรมใหม่และลดพฤติกรรมเก่า นั้นจะดำเนินไปอย่างเป็นขั้นตอน มีการฝึกอย่างสม่ำเสมอและใช้เทคนิควิธีที่หลากหลายในการสร้างพฤติกรรมใหม่ให้เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยมากมายเกี่ยวกับการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ที่ช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ดังต่อไปนี้ จากการศึกษา งานวิจัยของ ประจง วงศ์สวย (2551) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกมองร่วมกัน สำหรับเด็กออทิสติกโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการปรับพฤติกรรมโดยการฝึกมองร่วมกัน โดยนำวิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์แล้ว กรณีศึกษามีพฤติกรรมการมองสบตาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 62 ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการทดลองประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพึงพอใจ เพราะกรณีศึกษามีพฤติกรรมการมองร่วมกันเพิ่มขึ้น โดยมีความสนใจ และสามารถสบตากับบุคคลรอบข้างเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ด้วยดีขึ้นกว่าเดิม อีกทั้ง เพ็ญศรี ศรีมา (2550) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมการตีผู้อื่นของเด็กออทิสติกโดยใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ในการปรับพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วย เทคนิคการเสริมแรง การเสนอตัวแบบที่มีชีวิต การลงโทษด้วยการปรับสินไหม และการชี้แนะ กรณีศึกษามีพฤติกรรมการตีผู้อื่นที่ลดลงจากร้อยละ 92 เป็นร้อยละ 32 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และเลือกแสดงพฤติกรรมการลูบแขนมาแทนพฤติกรรมการตี คิดเป็นร้อยละ 72

กิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสถูกใช้เป็นการบำบัดผู้ที่บกพร่องทางขบวนการรับรู้การสัมผัสและการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องของทักษะการพัฒนากล้ามเนื้อ หรือ ทักษะเชิงวิชาการและยังช่วยพัฒนาทักษะเหล่านั้นให้ดีขึ้นได้ (Hoenhn and Baumeister, 1994) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกิจกรรมที่ใช้ในการฝึกทั้งหมด 10 กิจกรรม เพื่อให้เกิดการกระตุ้นรับสัมผัสที่ครอบคลุม แต่ละกิจกรรมจะสามารถเพิ่มทักษะการรับรู้หลาย ๆ ด้านรวมกัน เพื่อกระตุ้นให้เด็กออทิสติกมีการรับรู้และเรียนรู้ว่าตนเองมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก มีทักษะการรับรู้หลายด้าน ได้แก่ การสัมผัส การรับรู้ทางสายตา การรับรู้ทางการฟัง การประสานตา-มือ การรับรู้ทิศทาง และระบบโพรพรีโอเซพทีฟ กิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส ได้แก่ มารูจักกันเถอะ เป้าหมายมีไว้พุ่งชน เดินกะลาแสนสนุก ม้วนซูชิ ปั่นแป้งกันเถอะ ทายสิ อะไรเอ่ย กระโดดเชือก พวุกฎุแฉของเรา ห่วงยางดนตรี และตามมาสิ กิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรมช่วยเพิ่มทักษะการรับรู้ทางสัมผัสให้แก่เด็กออทิสติกทั้ง 3 คน อีกทั้งความสนุกของแต่ละกิจกรรมช่วยให้เด็กออทิสติกมีความเพลิดเพลินและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่งผลให้พฤติกรรมซ้ำ ๆ ซึ่งได้แก่ การสะบัดมือ การเดินวน และการเล่นน้ำลาย ลดลงจากระยะเส้นฐานอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ Skinner คือ ผลของพฤติกรรมในสิ่งแวดล้อมที่เราอาศัยอยู่ จะมีสิ่งเร้าที่ทำให้อินทรีย์ (organism) แสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งพฤติกรรมนั้นจะมีผลตามมา และผลนั้น มีผลทำให้พฤติกรรมที่อินทรีย์แสดงออกมาเพิ่มขึ้นถ้าผู้แสดงพฤติกรรมพอใจในผลของพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมลดลงถ้าผู้แสดงพฤติกรรมไม่พอใจในผลของพฤติกรรมนั้น (จิราภรณ์ เต็งไตรรัตน์ นพมาศ อังพระ (ธีรเวคิน) รัจรี นพเกตุ รัตนา ศิริพานิช วารุณี ภูวสรกุล ศรีเรือน แก้วกังวาน ศันสนีย์ ตันตวิท สิริอร วิชาวุธ และอุบลวรรณ ภวากานันท์, 2556: 128) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับกฎแห่งผลของ Thorndike ที่กล่าวว่า การกระทำใดที่ทำให้อินทรีย์เกิดความพึงพอใจ อินทรีย์ก็มีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างนั้นซ้ำอีก ส่วนการกระทำที่นำมาซึ่งความไม่พึงพอใจก็ย่อมมีแนวโน้มว่า ความถี่ในการกระทำนั้นของอินทรีย์จะค่อย ๆ ลดลงและหายไปที่สุด (Haberlandt, 1997: 192) สอดคล้องกับ พุชตมิพงษ์ เพชรรัตน์ (2552) การศึกษาพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของนักเรียนออทิสติกอายุ 7-10 ปีในโรงเรียนศึกษาพิเศษจากการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมกิจกรรมการเคลื่อนไหว จากการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมกิจกรรมการเคลื่อนไหว นักเรียนออทิสติกทั้ง 3 คน มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงในระดับพอใช้และปานกลาง ดังนี้ คนที่ 1 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 33.77 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ คนที่ 2 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 46.98 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และคนที่ 3 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลงจากระยะเส้นฐานร้อยละ 42.70 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมกิจกรรมการเคลื่อนไหว นักเรียนออทิสติกมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และ รุ่งนภา ทรัพย์สุวรรณ (2546) การศึกษาผลของกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้สัมผัสและการเคลื่อนไหวโดยครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมซ้ำ ๆ การเล่นอย่างเหมาะสม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ของเด็กออทิสติก ผลการศึกษาพบว่า เด็กออทิสติกที่ได้รับการฝึกด้วยกิจกรรมการรับรู้สัมผัสและการเคลื่อนไหวโดยครอบครัวมีการแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลดลง มีการเล่นอย่างเหมาะสมมากขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่มากขึ้น

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัส สามารถลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กกลุ่มออทิสติกได้ โดยเด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้จากการถูกฝึกเฉยต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและการสอนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม แทน ซึ่งการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรและกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสที่สนุกสนาน ช่วยให้เด็กเกิดแรง

กระตุ้นภายใน มีความสนใจที่จะเรียนรู้และเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เด็กออทิสติกแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็กออทิสติกลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ครูผู้สอนและผู้ปกครอง สามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้ได้โดยการศึกษารายละเอียดวิธีดำเนินการอย่างเข้าใจและถูกต้อง
2. ควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในเรื่องการใช้โปรแกรมฯ หรือนำกิจกรรมไปฝึกที่บ้านควบคู่กับการสอนของครูผู้สอนด้วย
3. โปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสจะใช้ได้ผลดีหากเด็กออทิสติกสามารถทำตามคำสั่งและเข้าใจกติกาในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. การใช้ตัวเสริมแรงเป็นสิ่งจูงใจทำให้เด็กออทิสติกมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรม เพราะฉะนั้น ควรหาตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งที่เด็กต้องการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำโปรแกรมการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมฝึกการรับรู้ทางสัมผัสไปทดลองใช้ในการปรับพฤติกรรมอื่นที่ไม่พึงประสงค์ เช่น พฤติกรรมการก่อกวนในชั้นเรียน พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมร้องไห้โวยวาย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กานดา ไต้เถม. (2551). กิจกรรมการเคลื่อนไหวสำหรับเด็กพิเศษระดับประถมวัย. กรุงเทพฯ: ภาคการศึกษาพิเศษ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. การประชุมวิชาการระดับชาติงานวิจัยทางการศึกษาพิเศษ ครั้งที่ 4. (2557). **กลยุทธ์ร่วมสมัยกับงานวิจัยเพื่อเด็กพิเศษ.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิราภรณ์ เต็งไตรรัตน์, นพมาศ อึ้งพระ(ธีรเวคิน), รัชนี นพเกตุ, รัตนา ศิริพานิช, วารุณี ภูวสรกุล, ศรีเรือน แก้วกังวาน, ศันสนีย์ ตันติวิท, สิริอร วิชชาวุธ, และอุบลวรรณ ภวกันันท์. (2556). **จิตวิทยาทั่วไป.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประจง วงศ์สวย. (2551). **การฝึกมองร่วมกันสำหรับเด็กออทิสติกโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2546). **วิธีสอนเด็กออทิสติก.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แว่น แก้ว.
- พุทธิพงษ์ เพชรรัตน์. (2552). **การศึกษาพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของนักเรียนออทิสติกอายุ 7-10 ปีในโรงเรียนศึกษาพิเศษจากการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมกิจกรรมการเคลื่อนไหว.** ปริญญาโท การศึกษามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2540). **การวินิจฉัยโรค “ออทิสซึม”.** สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาททิวท

- โยปถัมภ์.เพ็ญศรี ศรีมา. (2550). การปรับพฤติกรรมการตีผู้อื่นของเด็กออทิสติกโดยใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งนภา ทรัพย์สุวรรณ. (2546). การศึกษาผลของกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้สีและการเคลื่อนไหว โดยครอบครัวที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ การเล่นอย่างเหมาะสมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ.
- ศรียา นิยมธรรม. (2541). การเรียนร่วมสำหรับเด็กปฐมวัย. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ต้นอ่อน.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in Behavior modification). พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- . (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in Behavior modification). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา วงศ์วิเศษ แอนดราตี. (2560). พฤติกรรมและอารมณ์ในเด็กออทิสติก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). ช่วยลูกออทิสติก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.
- Albert J. Kearney. (2008). **Understanding Applied Behavior Analysis an Introduction to ABA for Parents, Teachers, and other Professionals.** London: Jessica Publishers.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).** 4th ed. Washington, DC: American Association Press.
- Haberlandt. K. (1997). *Cognitive Psychology.* 2nd edition. Boston, MA, USA: Allyn and Bacon
- Hoehn TP, Baumeister AA (1994). A critique of the application of sensory integration therapy to children with learning disabilities. *Journal of learning disabilities.* 27(6), 338-50.
- Laurie L. Stonefelt & Franklin Stein. (1998). Sensory Integrative techniques applied to children with learning disabilities: An outcome study. *Journal of Occupational Therapy International.* 5(4), 207.
- Parsonson, B. S. & Baer, D. M. (1992). **The Visual Analysis of Data, and Current Research into the stimuli Controlling It, in Single Case Research Design and Analysis: New Direction for Psychology and Education.** Edited by T. R. Kratochwill & J. R. Levin. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Rogers, S. L. et al (2001). **Common Diagnosis in Pediatric Occupational Therapy Practice in Occupational Therapy for children.** 4th ed. St. Louis: Mosby.
-

การเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยใช้โปรแกรมลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ

The Enhancement of the Older Adults' Body Balance through Dancing with Modeling technical Program

เอมอร คำแก้ว¹ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาลักษณะและปัญหาการทรงตัวของผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ และ 3) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ เพื่อการพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชราบางแค ทั้งหมด 118 คน คัดเลือกผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี แล้วคัดตามเกณฑ์และคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบการทรงตัวของ Berg Balance Scale 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุ และคู่มือการออกกำลังกายตามรอยเท้า ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างได้รับประเมินการทรงตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่า t-test dependent

ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะและปัญหาการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 25 คน มีคะแนนการทรงตัวน้อยกว่า 45 คะแนน ซึ่งถือว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวที่ไม่ดี
2. การพัฒนาโปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

คำสำคัญ: การทรงตัว, โปรแกรมลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ, ผู้สูงอายุ

¹มหาบัณฑิต หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

²รองศาสตราจารย์ ดร., รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ ผู้อำนวยการหลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยา ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

1) โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนของการออกกำลังกาย คือ ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย ระยะเวลาออกกำลังกาย และระยะเวลาผ่อนคลาย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมตามแม่แบบโดยตรง ผู้สูงอายุจะสังเกตพฤติกรรมของตนเองเทียบกับแม่แบบจะส่งผลให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

2) คู่มือการออกกำลังกายตามรอยเท้าเป็นแม่แบบเชิงสัญลักษณ์กระตุ้นให้ผู้สังเกตที่เป็นผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมเปลี่ยนแบบออกมาตามรอยเท้า 3 จังหวะ คือ จังหวะปีกิน ชะ ชะ ช่า และวอลซ์ ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจต่อแม่แบบอย่างแท้จริง จนสามารถจดจำสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมของแม่แบบได้ในที่สุด

3. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนลีลาด้วยเทคนิคแม่แบบเพื่อพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุพร้อมทั้งคู่มือ พบว่า ผู้สูงอายุมีการทรงตัวหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม การทดสอบค่า t-test dependent พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 แสดงให้เห็นว่าทุกขั้นตอนของการลีลาเน้นการเคลื่อนไหวที่รักษาทรงตัวตลอดเวลา ทำให้เกิดการทรงตัวและการประสานงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to 1) study the features of balance and balance disorders in older adults, 2) develop the Dancing with Model Technique Program and 3) study the effects of the Dancing with Model Technique Program to develop body balance of older adults.

The population comprised of 118 older adults from the Bangkhae Older adults Home and 25 persons were purposively selected to be the sample group of this research.

The instruments consisted of 2 parts 1) Data collection instruments were personal data questionnaire and the Berg Balance Scale Test, and 2) Experimental instrument was the Dancing with Model Technique Program together with a handbook verified by 3 professionals with IOC 1.00 The experimental group participated in the program for 8 weeks (1 hours 3 times a week. The pre-test and posttest data analyzed by percentage (%), arithmetic means (\bar{X}), standard deviation (SD), and the t-test dependent technique

The research results were as follows:

1. For the features of balance and balance disorders in the older adults, all 25 persons had body balance scores less than 45 before the experiment. This indicated that all of them had poor body balance ability

2. The developing of the Dancing with Model Technique Program consisted of 2 sections as following: 1) The dancing program comprised 3 steps for exercise : Warm-

up period, Exercise and Relaxation together with the process of observational learning, imitating and modeling. 2) A handbook was the symbolic model stimulating learners to observe and to express their imitation behavior corresponding to the real state of learning in the 3 dances.

3. As for the effects of the Dancing with Model Technique Program to develop body balance of older adults, the research showed that the body balance scores of the sample group were higher than before the experiment at the .05 level of statistical significance. This indicated that the older adults had better body balance abilities after the experiment.

Keywords: body balance, the dancing with Modeling Technique Program, older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในสังคมไทยกำลังเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนต่อประชากรวัยอื่นมากขึ้นต่อเนื่อง โดยมีการคาดการณ์เรื่องจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุว่าปี 2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 10.78 ล้านคน (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ จิราพร และคณะ, 2552) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของระบบต่างๆทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สภาพร่างกายมีการเสื่อมลงตามอายุขัย สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่หงุดหงิด มีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วย หรือจากการเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ อาจเกิดมาจากมีเวลาว่างมากเกินไป เพราะเกษียณอายุทำงานแล้ว จึงรู้สึกที่ตัวเองถูกลดคุณค่าลง ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวเริ่มมีน้อยลง อาจรู้สึกโดดเดี่ยว และเศร้าซึม (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ในบรรดาปัญหาทางร่างกายของผู้สูงอายุนั้น เรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญคือ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมการทรงตัวที่น้อยลง เนื่องจากกล้ามเนื้อ กระดูก และการทำงานของระบบประสาทเกิดกระบวนการเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการทรงตัวที่น้อยลงโดยเฉพาะการทรงตัวแบบเคลื่อนไหว การทรงตัวถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากในการเคลื่อนไหว มนุษย์ต้องทรงตัวก่อนเกิดการเคลื่อนไหวต่าง ๆ การทรงตัวต้องใช้การทำงานร่วมกันของระบบต่างๆในร่างกาย ระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบรับรู้ความรู้สึก ระบบการมองเห็น ระบบหูชั้นใน ระบบการรับรู้จากผิวหนัง ข้อต่อและกล้ามเนื้อ ระบบประสาทส่วนกลาง และระบบยนต์ของร่างกาย การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างการทรงตัวเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยป้องกันภาวะหกล้ม ผู้สูงอายุจึงควรบริหารร่างกายเพื่อชะลอการเสื่อมของระบบควบคุมการทรงตัวของร่างกาย (วิมลวรรณ เหียงแก้ว, 2551) และควรมีกิจกรรมยามว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจหรือเพื่อความบันเทิง โดยกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุควรเป็นกิจกรรมที่ไม่หักโหม แต่ควรเป็นกิจกรรมที่สร้างความสนุกสนานรื่นเริงบันเทิงใจ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอันได้แก่ กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมการท่องเที่ยว และกิจกรรมงานอดิเรก (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2556)

การเดินลีลาศเป็นการออกกำลังกายที่กำลังเป็นที่นิยมมากในทุกเพศทุกวัย เพราะการเดินลีลาศเป็นการออกกำลังกายที่ใช้ร่างกายทุกๆส่วน ไม่ว่าจะเป็นการใช้ศีรษะ ลำตัว แขน ขา ข้อเท้า สะโพก ที่ใช้ในการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องตามเสียงเพลง สร้างความแข็งแรงยืดหยุ่นให้กับร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีรูปร่างที่สัดส่วนสวยงาม ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบการหายใจทำงานได้ดี ช่วยในเรื่องความจำ สมาธิ การทรงตัว อีกทั้งยังมีความสวยงาม การลีลาศนอกจากจะช่วยพัฒนาทางด้านร่างกายและทางด้านอารมณ์จิตใจแล้ว ยังสามารถช่วยพัฒนาด้านบุคลิกภาพได้ดีอีกด้วย (ประพันธ์ศิริ ไชยชนะใหญ่, 2527)

กิจกรรมลีลาศจึงมีประโยชน์อย่างมากต่อวัยสูงอายุ เพราะนอกจากจะช่วยส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุได้แล้ว ยังสามารถพัฒนาความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากลีลาศจะต้องเริ่มจากการเรียนรู้จดจำท่าทางการเคลื่อนไหว การใช้สายตา การฟังจังหวะ การหมุน มีการใช้กล้ามเนื้อลำตัว กล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้าและเปลี่ยนองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อตลอดเวลา มีความยืดหยุ่นของข้อเท้า สะโพก เอว และหัวไหล่ ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวแบบธรรมชาติ โดยเฉพาะการจับคู่ลีลาศยังเป็นการปรับจุดศูนย์กลางมวลของร่างกายให้สมดุลกับฐานรองรับในขณะที่เคลื่อนไหวไปพร้อมกันตลอดเวลา จนสามารถพัฒนาความคล่องแคล่วและแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก ส่งผลให้การทรงตัวดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อีกทั้งลีลาศเป็นกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวตามเสียงเพลงและดนตรีสามารถทำให้เกิดจินตนาการและอารมณ์ เชี่ยวปัญญาและความจำ ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิดที่ดี มีแรงจูงใจ และความสนใจ ก่อให้เกิดสมาธิกายและจิตประสานกัน ทำให้การทรงตัวดีขึ้น การเดินลีลาศนอกจากจะทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่สมบูรณ์แข็งแรงแล้ว ยังเป็นการออกกำลังกายที่สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ที่มาร่วมกิจกรรมด้วยกันจากหลากหลายอาชีพ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้มีสังคมใหม่และได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (ศักดิ์ฐาพงษ์ ไชยศร, 2540)

การเดินลีลาศเป็นการเคลื่อนไหวจากแกนลำตัวไปสู่ร่างกายส่วนปลาย และการเคลื่อนไหวจากร่างกายส่วนปลายไปสู่แกนกลางลำตัว กล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยในการเคลื่อนไหวของร่างกายให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวจะอยู่ล้อมรอบกระดูกสันหลัง กล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวประกอบด้วยกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้อหลัง ซึ่งมีบทบาทต่อการควบคุมการทรงตัว ช่วยในเรื่องรักษาความมั่นคงของกระดูกสันหลังเพราะกระดูกสันหลังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยพยุงร่างกายให้เกิดสมดุล ไม่ล้มหรือเสียการทรงตัวได้ง่าย ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้มีการพัฒนากล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวเพื่อช่วยส่งเสริมให้การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น (เจริญ กระบวนรัตน์, 2546)

จากการศึกษาของ รัชดาพร จุลละนนท์ (2548) ที่ศึกษาการทรงตัวและการล้มของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายชนิดต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุไทยอายุระหว่าง 60-70 ปี โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ได้แก่ กลุ่มเดินรำ ไท้ฉิ่ง เดิน และกลุ่มไม่ได้ออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมากลุ่มไม่ได้ออกกำลังกายมี อัตราการล้มร้อยละ 46 กลุ่มไท้ฉิ่งมีอัตราการล้มร้อยละ 26 กลุ่มเดินมีอัตราการล้มร้อยละ 30 และกลุ่มเดินรำ มีอัตราการล้มน้อยที่สุดร้อยละ 20 จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเดินรำมีอัตราการล้มต่ำที่สุดและผลการทดสอบการทรงตัวดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุของปัทมาวดี สิงหจากรู (2558) พบว่าความพึงพอใจต่อโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด โดย

ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศให้ความเห็นว่ามีสุขภาพดีขึ้น มีความคล่องตัวมากขึ้น

ดังนั้น ในบรรดาวิธีการและตัวช่วยที่จะลดความเสี่ยงต่อการล้มได้ดี การออกกำลังกายด้วยลีลาศอย่างถูกวิธี ถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าได้รับการส่งเสริม โดยเฉพาะการลีลาศที่เน้นการใช้เทคนิคแม่แบบ เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยการสร้างหรือสอนพฤติกรรมให้แก่บุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเสนอตัวแบบให้บุคคลได้สังเกตตัวแบบ ซึ่งเป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตให้ความสนใจและอยากทำตาม และเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบแล้วได้รับการเสริมแรงทางบวกบุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นบ่อยขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) จากการศึกษาวิจัยเป็นครูสอนลีลาศมีประสบการณ์การสอนมานานกว่า 10 ปี จึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยการใช้อุปกรณ์ลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบของ Bandura (1986) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีลักษณะคล้ายคลึงและสอดคล้องกับสภาพการเรียนรู้จริง ทำให้ผู้สังเกตไม่เกิดความเบื่อหน่าย ช่วยสร้างความรู้สึกรื่นเริง ร่าเริง ความสนใจของผู้สังเกตได้มากขึ้น และช่วยให้เข้าใจในกระบวนการเรียนรู้ได้ดีและรวดเร็ว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษากิจกรรมเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยใช้อุปกรณ์ลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนของการออกกำลังกายคือ ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย ระยะเวลาการออกกำลังกาย และระยะเวลาผ่อนคลาย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมตามแม่แบบโดยตรง ผู้สูงอายุจะสามารถสังเกตพฤติกรรมของตนเองเทียบกับแม่แบบ จะส่งผลให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว 2) คู่มือการออกกำลังกายตามรอยเท้า เป็นแม่แบบเชิงสัญลักษณ์เพื่อกระตุ้นให้ผู้สังเกตที่เป็นผู้สูงอายุ แสดงพฤติกรรมเปลี่ยนแบบออกมา ตามรอยเท้า 3 จังหวะ คือ จังหวะปีกิน ชะ ชะ ช่า และวอลซ์ ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจต่อแม่แบบอย่างแท้จริง จนสามารถจดจำสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมของแม่แบบได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษว่าการทรงตัวของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร มีการทรงตัวหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองหรือไม่ และโปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบสามารถพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด โดยคาดหวังให้มีข้อความรู้ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาส่งเสริมป้องกันปัญหาการทรงตัวของผู้สูงอายุเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะและปัญหาการทรงตัวของผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ เพื่อพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุ

สมมุติฐานการวิจัย

โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ สามารถเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุได้มากขึ้นหลังจากได้เข้าร่วมการทดลองแล้ว

การดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชราบางแคที่ได้จากการคัดเลือกผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี แล้วคัดตามเกณฑ์และคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง 25 คน โดยมีเกณฑ์ (inclusion criteria) ในการคัดเลือกดังนี้

1. ผลการทดสอบความสามารถในการทรงตัว โดยใช้แบบทดสอบของ Berg Balance Scale (1989) ให้เป็นผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 45 คะแนนลงไป หมายถึงผู้ที่มีลักษณะการทรงตัวที่ไม่ดี
2. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้อิสระ
3. เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศได้ไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์
4. ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายด้วยลีลาศ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคลมชัก ข้อเคลื่อนหลุด
5. ไม่เคยออกกำลังกายด้วยลีลาศหรือไม่ได้ออกกำลังกายด้วยลีลาศอย่างต่อเนื่อง
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทดสอบและปฏิบัติตามโปรแกรมออกกำลังกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบการทรงตัวของ Berg Balance Scale มีรายงานว่าแบบทดสอบการทรงตัวของเบิร์กนี้เป็นแบบประเมินการทรงตัวที่มีความเที่ยงตรงและมีความน่าเชื่อถือสูง งานวิจัยส่วนใหญ่มักใช้แบบทดสอบการทรงตัวของเบิร์กเป็น “gold standard” ในการประเมินความเที่ยงของแบบประเมินการทรงตัวอื่น ๆ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุและคู่มือการออกกำลังกายตามรอยเท้า ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างได้รับประเมินการทรงตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่า t-test dependent

นิยามศัพท์และศัพท์ปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี เป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย โดยเกิดกระบวนการเสื่อมขึ้นอย่างช้า ๆ ทั้งภายนอกและภายในร่างกาย ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและพันธุกรรม ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านพักคนชราบางแค และมีความสมัครใจมาเรียนทุกครั้งที่ทำกรทดลอง โดยมีคะแนนการทดสอบการทรงตัวที่อยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 45

คะแนน จากการประเมินโดยใช้แบบทดสอบการทรงตัวของเบิร์ก (Berg Balance Scale, 1989) และมีเกณฑ์คุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

การทรงตัว หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการควบคุม และการรักษาสมดุลของร่างกาย ในขณะที่ร่างกายอยู่กับที่ และร่างกายมีการเคลื่อนที่โดยต้องอาศัยการทำงานของศูนย์กลางการทรงตัวที่อยู่ในหูชั้นใน กลไกการรับรู้ของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น และการมองเห็น

การทรงตัวในผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกายทั้งในขณะที่อยู่นิ่ง เช่น การยืนนิ่งหรือในขณะที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหว เช่นการเดินโดยไม่มีภาวะหกล้ม การรักษาสมดุล และการควบคุมท่าทางของร่างกายจำเป็นต้องอาศัยการทำงานของร่างกายอย่างประสานสัมพันธ์ในทุก ๆ ระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของกล้ามเนื้อ และการทำงานของระบบประสาทตามแบบทดสอบการทรงตัวของเบิร์ก (Berg Balance Scale, 1989)

ลีลาศ หมายถึง การออกกำลังกายที่เน้นการใช้เท้าเป็นหลัก และร่างกายส่วนอื่น ๆ เป็นรองเคลื่อนไหวให้เข้ากับจังหวะดนตรี เป็นกิจกรรมทางสังคมที่นอกจากจะเป็นการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์แล้วยังก่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน ซึ่งสามารถสัมผัสได้ทั้งทางหู ทางตาและทางกายพร้อม ๆ กัน ทำให้มีชีวิตร่าเริงผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เทคนิคแม่แบบ หมายถึง วิธีการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการสังเกต เลียนแบบ และแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อพฤติกรรมของตัวแบบตามแนวคิดของ Bandura (1986) เป็นวิธีการที่มีลักษณะคล้ายคลึงและสอดคล้องกับสภาพการเรียนรู้จริง ทำให้ผู้สังเกตไม่เกิดความเบื่อหน่าย ช่วยสร้างความรู้สึกรู้สึกตื่นเต้น ได้รับความสนใจของผู้สังเกตได้มากขึ้น และช่วยให้เข้าใจในกระบวนการเรียนรู้ได้ดีและรวดเร็ว

แม่แบบ ในการวิจัยครั้งนี้ แม่แบบประกอบด้วยตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง และตัวแบบเชิงสัญลักษณ์จากคู่มือ

โปรแกรมลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ หมายถึง โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุโดยใช้เทคนิคแม่แบบในทุกขั้นตอน โดยผู้สูงอายุจะสังเกตพฤติกรรมของตนเองเทียบกับแม่แบบจะส่งผลให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งมี 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นนำ เป็นขั้นที่ผู้วิจัยสนทนาซักถามการทรงตัวของผู้สูงอายุ 2) ขั้นเสนอแม่แบบ โดยนำโปรแกรมการสอนลีลาศเสนอให้ผู้ทดลองดู และสังเกตพฤติกรรมจากแม่แบบ โดยแบ่งโปรแกรมการสอนลีลาศออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะอบอุ่นร่างกาย, ระยะการออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลาย เป็นการลดปริมาณความหนักของการเคลื่อนไหวร่างกายตามลำดับ เพื่อให้ร่างกายค่อย ๆ ฟื้นกลับสู่สภาวะปกติ 3) ขั้นสรุป ผู้วิจัยให้ผู้ทดลองสรุปท่าทางการเต้นในการฝึกแต่ละครั้งและมอบคู่มือการออกกำลังกายตามรอยเท้า ซึ่งเป็นแม่แบบเชิงสัญลักษณ์เป็นเอกสารประกอบใช้ควบคู่กับการฝึกลีลาศตามโปรแกรม

แบบทดสอบการทรงตัวของเบิร์ก เป็นแบบทดสอบความสามารถด้านการทรงตัวที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเสถียรและเป็นมาตรฐานที่สุด โดยการทำกิจกรรมในท่านั่งและยืนทั้งหมด 14 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมมีการให้ตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน ตามความสามารถของอาสาสมัคร ระดับการต้องการความช่วยเหลือ และระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 55 คะแนน ผู้ที่ได้รับคะแนนการทดสอบน้อยกว่า 45 คะแนน บ่งชี้เป็นผู้ที่มีการทรงตัวที่ไม่ดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว เปรียบเทียบการทรงตัวก่อนและหลังการทดลองผลของการใช้โปรแกรมสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ โดยมีระยะเวลาในการทดลองทั้งหมด 8 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนทดสอบการทรงตัวก่อนและหลังเรียนด้วย t-test dependent กับกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะและปัญหาการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 25 คน มีคะแนนการทรงตัวน้อยกว่า 45 คะแนน ซึ่งถือว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวที่ไม่ดี
2. การพัฒนาโปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่
 - 1) โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนของการออกกำลังกาย คือ ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย ระยะเวลาการออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลาย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมตามแม่แบบโดยตรง ผู้สูงอายุจะสังเกตพฤติกรรมของตนเองเทียบกับแม่แบบจะส่งผลให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว
 - 2) คู่มือการออกกำลังกายตามรอยเท้าเป็นแม่แบบเชิงสัญลักษณ์กระตุ้นให้ผู้สังเกตที่เป็นผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมการเลียนแบบออกมาตามรอยเท้า 3 จังหวะ คือ จังหวะปีกิน ชะ ชะ ช่า และวอลซ์ ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจต่อแม่แบบอย่างแท้จริง จนสามารถจดจำสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมของแม่แบบได้ในที่สุด
3. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบเพื่อพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุพร้อมทั้งคู่มือ พบว่า ผู้สูงอายุมีการทรงตัวหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม การทดสอบค่า t-test dependent พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 แสดงให้เห็นว่าทุกขั้นตอนของการลีลาศเน้นการเคลื่อนไหวที่รักษาทรงตัวตลอดเวลา ทำให้เกิดการทรงตัวและการประสานงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะปัญหาและการทรงตัวของผู้สูงอายุ

ลักษณะและปัญหาการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองพบว่า มีคะแนนการทรงตัวน้อยกว่า 45 คะแนน จำนวน 25 คน ซึ่งถือว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวที่ไม่ดี ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดกระบวนการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการควบคุมการทรงตัวที่น้อยลง เนื่องจากกล้ามเนื้อ กระดูก และการทำงานของระบบประสาทของผู้สูงอายุเกิดกระบวนการเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการทรงตัวได้น้อยลง สอดคล้องกับสมนึก กุลสถิตพร (2549) ที่กล่าวว่า เมื่ออายุมากขึ้นกระดูกและกล้ามเนื้อมีการเสื่อมถอยลงอย่างมาก จนทำให้ผู้สูงอายุมีรูปร่าง และท่าทางผิดไปจากปกติ ตลอดจนการทำงานของระบบประสาทลดลง ดังที่วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์ (2551) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ

ยังมีความสามารถในการควบคุมการทรงตัวที่น้อยลง เนื่องจากกล้ามเนื้อ กระดูก และการทำงานของระบบประสาทของผู้สูงอายุเกิดกระบวนการเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการทรงตัวได้น้อยลง โดยเฉพาะการทรงตัวแบบเคลื่อนไหวการทรงตัวถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นมากในการเคลื่อนไหว มนุษย์ต้องทรงตัวก่อนเกิดการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เช่นเดียวกับกุสลา ต้นติผลาชีวะ (2551) ที่พบว่า ในผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการทรงตัวลดลง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ใช้ในการทรงตัว ทำให้มีการทรงตัวที่ไม่มั่นคง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่ออยู่ในสถานะที่ข้อมูลจากระบบรับรู้ความรู้สึกต่างไปจากปกติ ปัญหาความไม่มั่นคงในการทรงตัวของผู้สูงอายุ หรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกการมองเห็น และการได้ยิน ความรู้สึกที่อ่อนข้อต่อกล้ามเนื้อ ทำให้สูญเสียความสัมพันธ์ของอวัยวะการทำงานของร่างกายที่ใช้ในขณะที่เคลื่อนไหวและการมองเห็น ทำให้เกิดการโอนเอนของร่างกายในท่ายืนได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย การทรงตัวถูกจำกัดในการเคลื่อนไหว จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการทรงตัวแบบถาวร จึงนับว่าข้อมูลที่มาจากการวิจัยครั้งนี้แสดงถึงความต้องการจำเป็นที่ควรต้องมีการพัฒนาทั้งในด้านการแก้ปัญหาและการป้องกันปัญหาการทรงตัวของผู้สูงอายุในสถานะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การพัฒนาโปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ

การเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ โดยใช้แม่แบบทั้ง 2 รูปแบบ อันได้แก่ แม่แบบจริง เป็นการให้สังเกตได้เห็นตัวแบบในสภาพการณ์จริง คือตัวแบบสามารถเพิ่มเติมและปรับปรุงพฤติกรรมเพื่อให้การแสดงพฤติกรรมชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์มากขึ้น และแม่แบบเชิงสัญลักษณ์ เป็นการเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้เรียบร้อยแล้วในลักษณะคู่มือซึ่งเป็นเอกสารภาพประกอบรอยเท้าพร้อมคำอธิบายอย่างละเอียด ข้อดีของการใช้แม่แบบเชิงสัญลักษณ์ คือเก็บไว้ใช้ได้หลายครั้ง และยังสามารถใช้ได้กับบุคคลเดี่ยวหรือกลุ่มบุคคลได้ดีด้วย โดยให้ผู้สังเกตได้สังเกต เลียนแบบ และแสดงพฤติกรรมของตัวแบบเนื่องจากการใช้กิจกรรมกับเทคนิคแม่แบบนี้ จะสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่รวดเร็ว ซึ่งการที่ผู้สังเกตเลียนแบบพฤติกรรมจากแม่แบบที่ดี จะช่วยขึ้นนำการกระทำของผู้สังเกต มิให้เกิดการผิดพลาดจากการกระทำนั้นๆ อันเป็นการเสริมสร้างและป้องกันปัญหาสุขภาพด้านการทรงตัวของผู้สูงอายุ ประกอบกับจากการศึกษาผลงานวิจัย มีนักวิจัยเลือกใช้เทคนิคแม่แบบมาพัฒนาด้านต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง แสดงว่าแม่แบบมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้สังเกตอย่างมาก การให้แม่แบบโดยวิธีต่าง ๆ ที่ผู้เรียนสนใจและเหมาะสม จะเป็นสิ่งเร้าให้ผู้เรียนเกิดทัศนคติที่ดียอมรับพฤติกรรมของแม่แบบ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยการใช้โปรแกรมลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ ตามแนวคิดของ Bandura ขึ้น โดยภายในโปรแกรมลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนของการออกกำลังกาย คือ ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย ระยะเวลาออกกำลังกาย และระยะเวลาผ่อนคลาย 2) คู่มือการออกกำลังกายตามรอยเท้า เป็นแม่แบบเชิงสัญลักษณ์ เป็นเอกสารประกอบใช้ควบคู่กับการฝึกตามโปรแกรม ประกอบด้วยภาพรอยเท้าพร้อมคำอธิบายลักษณะการก้าวเดินอย่างละเอียด เพื่อกระตุ้นให้ผู้สังเกตที่เป็นผู้สูงอายุ แสดงพฤติกรรมเลียนแบบออกมาตามรอยเท้า 3) จังหวะ ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจต่อแม่แบบอย่างแท้จริง จนสามารถจดจำสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมของแม่แบบได้ในที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1986) กล่าวถึง

ความหมายเทคนิคแม่แบบว่า เป็นกลวิธีในการสร้างหรือสอนพฤติกรรมใหม่วิธีหนึ่ง โดยผู้สังเกตหรือผู้ที่ประสงค์จะเลียนแบบจากตัวแบบสังเกตพฤติกรรมจากตัวแบบที่ผู้สังเกตหรือผู้ที่ประสงค์จะเลียนแบบสนใจ เมื่อบุคคลได้เห็นการกระทำของตัวแบบก็จะสามารถรับรู้กระบวนการเรียนรู้ความหมายของการกระทำนั้นได้อย่างเหมาะสม กระบวนการเรียนรู้แม่แบบนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ 1) กระบวนการให้ความสนใจ (Attention Process) 2) กระบวนการเก็บจำ (Retentional Process) 3) กระบวนการแสดงออก (Motor Reproduction Process) และ 4) กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) จะเห็นได้ว่าตัวแบบที่มีพฤติกรรมเหมาะสมจะได้รับผลตอบแทนที่ดีจากพฤติกรรมนั้นจะก่อให้เกิดการเลียนแบบได้เป็นอย่างดีจากคนส่วนใหญ่ ดังนั้นการเรียนรู้จากแม่แบบจะต้องจัดวางรูปแบบองค์ประกอบของการเรียนรู้จากแม่แบบอย่างเหมาะสม โดยกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจต่อแม่แบบอย่างแท้จริงจนสามารถจดจำ และสร้างสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมของแม่แบบได้ ประกอบกับการจูงใจอย่างเหมาะสมและเพียงพอจะทำให้ผู้เรียนแสดงการตอบสนองคือ การเลียนแบบพฤติกรรมของแม่แบบได้ในที่สุด

3. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบเพื่อพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุ

โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุ โดยการใช้เทคนิคแม่แบบในทุกขั้นตอนสังเกต เลียนแบบ และแสดงตามพฤติกรรมจากแม่แบบจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็ว เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายที่เคลื่อนไหวจากแกนกลางลำตัวไปสู่ร่างกายส่วนปลาย ใช้กล้ามเนื้อท้องและกล้ามเนื้อหลังเป็นส่วนสำคัญในการทรงตัว ซึ่งช่วยในเรื่องการรักษาความมั่นคงของกระดูกสันหลังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยพยุงร่างกายให้เกิดความสมดุล ไม่ล้มหรือเสียการทรงตัวได้ง่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้นเนื่องจากแกนกลางลำตัวแข็งแรงขึ้น สอดคล้องกับเจริญ กระบวนรัตน์ (2546) ที่อธิบายว่า ผู้สูงอายุควรพัฒนากล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวเพื่อช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรการออกกำลังกายโดยฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวเพื่อช่วยควบคุมไม่ให้สูญเสียการทรงตัวในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน

2) คู่มือการออกกำลังกายตามรอยเท้า เป็นแม่แบบเชิงสัญลักษณ์เป็นเอกสารประกอบใช้ควบคู่กับการฝึกลีลาศตามโปรแกรมโดยมีภาพรอยเท้าประกอบพร้อมคำอธิบายการก้าวเดินอย่างละเอียด โดยมอบคู่มือนี้ให้ผู้สูงอายุนำกลับไปฝึกทบทวนเองที่บ้านพักทุกครั้งหลังฝึกตามโปรแกรมเสร็จ จากการสอบถามผู้สูงอายุหลายคนนำไปฝึกจริง ภาพประกอบรอยเท้าทำให้มีความเข้าใจในการก้าวเท้ามากยิ่งขึ้น เข้าใจง่าย ไม่น่าเบื่อ และทำให้สามารถจดจำท่าทางการเต้นได้ดียิ่งขึ้นด้วย

ผลของการใช้โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบเพื่อพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับสมมุติฐานของงานวิจัย คือ โปรแกรมการสอนลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบสามารถเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุได้มากขึ้นหลังจากได้เข้าร่วมการทดลองแล้ว โดยหลังการเข้าร่วมการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนการทรงตัวที่สูงกว่าก่อนการเข้าร่วม ถือว่าผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าทุกขั้นตอนของลีลาศ เน้นการเคลื่อนไหวที่รักษาทรงตัวตลอดเวลา ทำให้เกิดการทรงตัวและมีการประสานงานของอวัยวะต่าง ๆ เป็นอย่างดี

สอดคล้องกับบุพพาท ทองตั้ง และคณะ (2546) ที่อธิบายว่า ลีลาศเป็นการเคลื่อนไหวแบบแอโรบิกใช้แรงกระแทกต่ำ โดยการเคลื่อนไหวด้วยอิริยาบถต่างๆ แตกต่างกันไปตามจังหวะและลวดลายที่กำหนด ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์และต่อเนื่องกันตลอดเวลา การที่จะลีลาศได้นั้นควรฝึกทักษะเบื้องต้นให้เกิดความชำนาญ ดังที่กุลา ตันติผลาชีวะ (2551) เสนอว่า การเสื่อมของภายในร่างกายส่วนที่สึก ได้แก่ กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ คือส่วนสำคัญในการเคลื่อนไหวร่างกายในการควบคุมจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายถือว่าเป็นสิ่งสำคัญของการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันของทุกคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ช่วยในเรื่องของการชะลอการเสื่อมของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายได้ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวได้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการสนับสนุนการออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุให้มากขึ้น โดยจัดตั้งชมรมลีลาศผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เนื่องจากการรับรู้และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุนั้นช้ากว่าในวัยอื่น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการฝึกอย่างต่อเนื่อง เพราะการออกกำลังกายด้วยลีลาศนั้นต้องอาศัยความจำในท่าทางและจังหวะต่าง ๆ
2. นำโปรแกรมไปใช้ในเครือข่ายผู้สูงอายุทั่วไปได้ แต่ในการนำไปใช้ควรศึกษาวิธีการใช้ให้ละเอียดรอบคอบ
3. ขณะฝึกควรทอดแทรกศัพท์ทางลีลาศควบคู่กับคำพูดที่สื่อความหมายง่าย ๆ เพราะการรับรู้และเข้าใจเร็วช้าต่างกัน เพื่อให้การฝึกนั้นเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการวิจัยลีลาศที่ใช้โปรแกรมลีลาศด้วยเทคนิคแม่แบบ ที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น ลีลาศกับการลดน้ำหนัก ลีลาศกับโรคหัวใจระยะฟื้นฟู หรือลีลาศในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า เป็นต้น
2. ควรมีการวิเคราะห์ลักษณะและปัญหาโดยแบ่งเกณฑ์ช่วงอายุให้สั้นลง
3. ในการสอนโดยการใช้เทคนิคแม่แบบควรเพิ่มใช้ตัวแบบที่มีสัญลักษณ์มากขึ้น เพื่อการพัฒนาและเข้าใจยิ่งขึ้นของกลุ่มทดลอง เช่น ทำวีดีโอท่าเต้นเพื่อให้กลุ่มทดลองได้เข้าใจถึงท่าเต้นมากยิ่งขึ้น เพื่อได้นำกลับไปทบทวนดูที่บ้านและการนำไปฝึกซ้อม
4. ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม อาทิ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **คู่มือการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

- เจริญ กระบวนรัตน์. (2546). ร่างกายกับผลที่ได้จากการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์ จิราพร เกศพิชญวัฒนา กิตติอร ชาลปติ และ ศรัณยา หล่อมณีพันธ์. (2552). **โครงการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักรักษา และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ปัทมาวดี สิงหจารุ. (2558). การออกกำลังกายด้วยลีลาศของผู้สูงอายุ. **ลัทธิของ : วารสาร มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.).** 21, 2.
- ประพันธ์ศิริ ไชยชนะใหญ่. (2527). **ลีลาศ.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาสันนทนาการ คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วิมลวรรณ เหียงแก้ว. (2551). การทรงตัวในผู้สูงอายุหญิงไทยที่มีอายุและระดับกิจกรรมการดำเนินชีวิต ต่างกัน. **วารสารกายภาพบำบัด,** 26(1-2), 1-9
- ศักดิ์ฐานพงษ์ ไชยสร. (2540). **โปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุหญิง.** เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต. (2550). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). **รายงานสถิติประชากรและสังคม.** กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อ เศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). **กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ กระทรวงสาธารณสุข.
- Bandura, A. (1986). **Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.** Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Christensen, B. L. (2003). **Adult health nursing lauritsen barbare.**(4th ed.). U.S.A.: Mosby.
- David, D. (2010). **Guide to the Psychiatry of old age** (4th ed.).U.S.A.: Cambridge Medicine.
- Kockrow, C. (2011). **Fundamentals and adult health nursing.** (6th ed.).China: Mosby Elsevier.
-

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ที่มี ต่อระดับความเครียดและความเชื่อในความสามารถของตนเอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

The Effects of Line Application Counseling Program towards Stress and Self-Efficacy of Care Giver of CAPD Patients

สุนกกาญจน์ ลากกิตติเจริญชัย¹ อารี พันธุ์มณี²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ที่มีต่อระดับความเครียดและความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 10 คน โดยวิธีเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดภาวะความเครียด แบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเองและโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ t-test dependent ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน ความเครียด ความเชื่อในความสามารถ
ของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

Abstract

The purpose of this study was to study the Effects of Line Application Counseling Program towards Stress and Self-Efficacy of Care Giver of CAPD Patients. There are 10 care givers who are relative with Nopparat Rajathanee Hospital's patients and were selected by the researcher.

¹นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

²รองศาสตราจารย์ ดร., หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

The research instruments were stress questionnaire self-efficacy questionnaire and Line Application Counseling Program. The statistic of this research is t-test dependent the results were as follow the level of care givers's stress is decreased and the level of care givers's self-efficacy is increased statistically significant at the .01 and .01 in order.

Key words: Line Application counseling program, stress, self-efficacy, CAPD patients

บทนำ

ในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ ทุกกระบวนย่อยภายในขอบเขตของการบริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนระบบบริการเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางใหม่ในการบริการสุขภาพ ระบบการพยาบาลเป็นหน่วยย่อยภายใต้ระบบบริการสุขภาพของประเทศ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับกระบวนการที่ก่อให้เกิดความสอดคล้องกับนโยบายหลักด้านการรักษาพยาบาลที่ก้าวหน้าตลอดจนความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่สูงขึ้น แนวคิดและหลักการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการช่วยขับเคลื่อนให้ระบบบริการสุขภาพไปสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์ได้คือ การจัดการรายกรณี (Case Management system) ซึ่งเป็นลักษณะของการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีคุณภาพการดูแลสูงขึ้นและมีค่าใช้จ่ายเหมาะสม โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ภายใต้การร่วมมือของทีมสุขภาพซึ่งเป็น ผู้กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ทำหน้าที่ประสานการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ คือการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม การทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกิดความพึงพอใจ มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่เหมาะสม และลดค่าใช้จ่ายกับองค์กร ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมองผลลัพธ์ด้านตัวผู้ป่วยและระบบสุขภาพมากขึ้น และช่วยให้ สถานภาพและบทบาทของพยาบาลเด่นชัดขึ้น การจัดการรายกรณีเป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลครอบคลุมปัญหาที่ซับซ้อนต้องใช้การประสานงานซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายโดยตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย สังคม วัฒนธรรม อารมณ์ และ จิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ (เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, 2547) ตามแนวคิดระบบนี้จะส่งผลให้ คุณภาพการดูแลดีขึ้น ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ ตลอดจนทีมสุขภาพมีความพึงพอใจกับผลลัพธ์และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Cohen and Cesta, 1993: 33 อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543)

ในปัจจุบันทั่วโลกต่างตระหนักถึงภัยที่เกิดจากโรคไตมากขึ้น มีการรณรงค์เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนเป็นโรคไตวายจนกลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และต้องบำบัดการรักษาด้วยวิธีการทดแทนไต สถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้รวบรวมไว้มีจำนวน 15,736 ราย (สมาคมโรคไต พ.ศ. 2548) มีผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) จำนวน 6,792 ราย ผู้ป่วยทำการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) จำนวน 388 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี ขณะที่สถานพยาบาล HD

Center มีจำนวน 235 แห่ง CAPD จำนวน 59 แห่ง และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) 29 แห่ง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต 279 คน พบว่า 37 จังหวัดไม่มีแพทย์ทางด้านไตเลย ในส่วนของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม (HD nurse) มีจำนวน 407 คน ทั่วประเทศ จึงสังเกตได้ว่าสัดส่วนระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ขาดแคลน (สัดส่วนมาตรฐานระหว่างบุคลากรต่อผู้ป่วย คือ 1:4) ส่วนพยาบาลล้างไตทางช่องท้อง 1 คน สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถึง 50 คน เนื่องจากนโยบายทางด้านสาธารณสุข จะเน้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแสดงว่ามีปัญหาเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ ซึ่งเป็นต้นเหตุให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้ายและเป็นเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงมาก

จากการศึกษาในเชิงระบบพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ผ่านมา (อุษณา ลูวีระ พ.ศ.2560) พบว่าโรคที่ทำให้บุคคล ชุมชน และครอบครัว เข้าสู่ภาวะล้มละลายทางเศรษฐศาสตร์ และก่อให้เกิดความทุกข์มหันต์ คือ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายอัตราสูงและต้องพึ่งพิงการบำบัดทดแทนไตตลอดชีวิต ซ้ำยังเป็นภาระครอบครัวขาดซึ่งการประกอบอาชีพ ครอบครัวและชุมชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทางอ้อม ปัญหาเหล่านี้จึงก่อให้เกิดการตัดสินใจเชิงนโยบาย ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้ามารับผิดชอบค่าใช้จ่ายผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในการบำบัดทดแทนไตทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการมากขึ้นโดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง จากนโยบาย CAPD first policy ของรัฐบาลในปี 2550 จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขปี 2557 พบว่าจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องมีการบำบัดทดแทนไต 38,560 ราย เป็นผู้ป่วยล้างไตช่องท้อง 22,590 ราย คิดเป็น 58.58% ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดทดแทนไต

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคไตวายที่มีค่าอัตราการทำงานของไต (GFR) ต่ำกว่า 15 (เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, 2559; 76-77) ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินมีอาการ บวม เหนื่อยหอบ มีของเสียคั่งค้างในร่างกายซึ่งมีอาการความคิดสับสน อ่อนเพลียไม่มีแรง กลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล มีภาวะซีดทำให้ขาดเม็ดเลือดแดงไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นเกิดภาวะหัวใจโต และหัวใจวายได้ การรักษาจึงจำเป็นต้องหาวิธีการทางการแพทย์นำเยื่อช่องท้องของตัวผู้ป่วยมาทำงานแทนเนื้อไตที่ตาย (วาย) ไปแล้ว โดยการนำน้ำยาล้างไตที่มีประสิทธิภาพในการดึงน้ำส่วนเกิน ของเสียในร่างกายออกมาและยังสร้างความสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย แต่เนื่องจากวิธีนี้ต้องนำน้ำยาล้างไตใส่ในช่องท้องวันละ 4 ครั้งจึงต้องทำที่บ้าน

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมากขึ้นสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่าในอดีต จากนโยบายการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (สปสช. 2551) ในผู้ป่วยไตวายตามโครงการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วย คือสามารถล้างไตเองได้ที่บ้านและมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการฝึกสอนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปล้างไตเองได้ที่บ้านถือเป็นหัวใจสำคัญที่พยาบาล ผู้ฝึกสอนต้องให้ความสนใจและมีแนวการสอนที่เป็นมาตรฐาน มีเทคนิคการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญของการฝึกสอนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จึงได้ช่วยกันพัฒนาแนวการสอนและระบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลสำเร็จสูงสุดกับผู้ป่วยได้

การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ดีและมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม เพราะมีหลายปัจจัยที่ทั้งเกี่ยวข้องกับภาวะไตวายเรื้อรังและไม่เกี่ยวข้องที่อาจส่งเสริมให้คุณภาพของการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยดีขึ้นหรือแย่ลง โดยแต่ละปัจจัยอาจสัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กันก็ได้ และปัจจัยบางประการอาจต้องอาศัยความรู้แขนงอื่นนอกเหนือจากวิชาแพทย์ช่วยในการแก้ไข เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้สุขศึกษาที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย การส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นต้น

การคัดเลือกผู้ดูแลหลักทางผู้จัดทำได้คำนึงถึงความเหมาะสมและผลประโยชน์ผู้ป่วยเป็นหลัก จึงคัดเลือกพยาบาลเฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญอันนำไปสู่ความสำเร็จของกลุ่มทั้งในงานเวชปฏิบัติ การเรียนการสอน การจัดระบบ การจัดการความเสี่ยง และการพัฒนาคุณภาพเพราะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติจริงและเป็นบุคลากรและผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ได้เผชิญปัญหาด้วยตนเองและบางครั้งต้องลงมือแก้ไขในเบื้องต้น นอกจากนี้ยังสามารถเป็นปากเป็นเสียงแทนผู้ป่วยหรือบุคลากรในกลุ่มงานเพื่อสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมีการจัดระบบการสอนและการให้คำปรึกษาในระยะแรกเพื่อลดภาวะเครียดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโดยการให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศในระยะแรก โดยยึดตามหลักสมรรถนะเฉพาะทางพยาบาลวิชาชีพที่ต้องสมรรถนะเพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ผู้วิจัยในฐานะ เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเฉพาะทางการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีมาเป็นเวลา 15 ปี ปรากฏว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปีและเมื่อทางรัฐบาลมีนโยบายช่วยเหลือผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิ 30 บาท จึงมีโครงการ CAPD สปสช. (โครงการล้างไตทางช่องท้องโดยให้สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติดูแล) โดยทางโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้รับมอบหมายโครงการแรกเพื่อดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ทดแทนไตโดยวิธีการ CAPD ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ถึงปัจจุบัน มียอดสะสม 420 คน มีแพทย์เฉพาะทางไต 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้อง 1 คน ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่คิดเป็น 70% ของผู้ป่วยทั้งหมด ญาติของผู้ป่วยเป็นผู้ทำการล้างไตทางช่องท้องแทนจึงได้รับการ Training CAPD Program ตามหลักสูตรของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้รับการตรวจสอบและผ่านการประเมิน จนสามารถล้างไตทางช่องท้องได้ ก่อนจะไปปฏิบัติทำการล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน

CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) หมายถึง การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตัวเอง เป็นการทดแทนไตที่ต้องกลับไปทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นภารกิจใหม่ที่เข้าไปแทรกในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ญาติผู้ซึ่งทำการล้างไตให้ผู้ป่วยจึงเปรียบเสมือนเป็นไตให้กับผู้ป่วยซึ่งต้องทำหน้าที่เป็นไตทุกวันถ้าทำการล้างไตทางช่องท้องผิดขั้นตอนจะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลล้างไตทางช่องท้องมักจะไม่เชื่อว่าตนเองจะสามารถทำในกิจกรรมการล้างไตทางช่องท้องได้ แม้ทำได้ก็ไม่แน่ใจจะปลอดภัยกับผู้ป่วยซึ่งเป็นบิดามารดา สามี ภรรยา หรือลูก ซึ่งเป็นบุคคลที่รักทำให้เกิดภาวะเครียด สับสนในช่วงแรกที่กลับไปทำที่บ้าน มักจะมีการโทรกลับมาปรึกษาบ่อยครั้ง ผู้ป่วยและผู้ดูแลล้างไตทางช่องท้องบางรายถึงขั้นมาโรงพยาบาลในเวลากลางคืนถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีเหตุการณ์หรือภาวะฉุกเฉิน สถิติในรอบ 1 ปี (หน่วยไต

เยี่ยมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พ.ศ.2560) พบว่ามีการมาโรงพยาบาลซ้ำถึง 47.12% และการโทรกลับมาซ้ำเป็น 65.63% ของผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด แต่พบว่าสถิติใน 1 เดือน (มกราคม พ.ศ.2560) การมาโรงพยาบาลซ้ำมีถึง 23.3% และการโทรกลับมาซ้ำเป็นจำนวน 32.72% ของผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด จากข้อมูลการสนทนาทางโทรศัพท์ ผู้ดูแลผู้ป่วยกล่าวว่าตนมีความสับสน ขาดความเชื่อในความสามารถตนเองในขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้อง กลัวทำผิดขั้นตอน รู้สึกไม่สบายใจ กลัวเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย แสดงว่าผู้ดูแลล้างไตทางช่องท้องเกิดความเครียด (Selye, 1976) ในกิจกรรมล้างไต ขาดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะทำการล้างไตทางช่องท้องไม่ถูกต้อง เกรงจะเกิดอันตรายกับญาติซึ่งเป็นคนที่ตนเองรักทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด

เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดจะแสดงพฤติกรรมออกทางร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ ได้แก่ ปวด มีนศีรษะ มีอาการตื่นเต้น มือสั่น มือเท้าเย็น ปวดท้องเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณไหล่และท้ายทอย ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ รู้สึกทุกข์ ขาดความสุข รู้สึกงงสับสน ขาดสมาธิอ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ เหนงา ไม่มีเวลา และไม่อยากพบปะผู้คน ไม่เชื่อใจ ไม่ไว้วางใจผู้อื่นและต้องทำกิจกรรมทุกอย่างด้วยตนเอง

ความเครียด หมายถึง อาการที่เป็นผลจากการเกิดเหตุการณ์ที่มาคุกคาม เกิดการปรับตัวไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติตามมาทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม

ความเชื่อในความสามารถของตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกที่มีลักษณะและพฤติกรรม ด้านความเป็นผู้นำ กล้าตัดสินใจ กล้าเผชิญความจริง มีความสามารถในการแก้ปัญหาพึ่งตนเอง ความเป็นตัวของตนเอง การรับรู้ บทบาทหน้าที่ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

อาการดังกล่าวจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการใช้ ไลน์ แอปพลิเคชัน เนื่องจาก อาการดังกล่าวจัดเป็นความเครียด (Selye,1976) ของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้วิธีให้คำปรึกษาที่บ้านโดยใช้ ไลน์ แอปพลิเคชัน ดังที่กล่าวมาจึงเป็นเหตุและผลที่ผู้ทำวิจัยซึ่งได้ดำรงตำแหน่งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญล้างไตทางช่องท้องแก้ปัญหาโดยใช้วิธีให้คำปรึกษาแต่เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วยที่บ้านวันละ 4 รอบผู้วิจัยจึงคิดหาช่องทางให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยขณะล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ ไลน์ แอปพลิเคชัน เป็นช่องทางให้คำปรึกษาซึ่งเป็นช่องทางที่เหมาะสม สะดวก รวดเร็ว เหมาะสมกับผู้ดูแลที่อยู่ในสังคมยุคดิจิทัลเพื่อลดภาวะความเครียดขณะล้างไตทางช่องท้อง

บางครั้งความคิดเห็นขั้นตอนของการล้างไตไม่ตรงกัน ซึ่งอาการดังกล่าวตรงกับนิยามของ Bandura (1986) ดังนั้นผู้ทำการวิจัยจึงให้คำปรึกษาโดยใช้ช่องทาง ไลน์ แอปพลิเคชัน เพื่อสร้างความเชื่อในความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้การดูแลผู้ป่วยล้างไตที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการลดการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ที่มีต่อระดับความเครียดและความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยเปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้โปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

สมมุติฐานของการวิจัย

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน สามารถลดระดับความเครียดและเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ความเครียดลดลง

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน สามารถล้างไตได้อย่างเชื่อในความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น

ขอบเขตของงานวิจัย

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้รับการตรวจสอบและผ่านการประเมิน จนสามารถล้างไตทางช่องท้องได้ จากเจ้าหน้าที่เฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 15 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บ้านโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน โดยกำหนดตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1) มีอายุระหว่าง 25 – 60 ปี
- 2) มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติกับผู้ป่วย
- 3) สนใจทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยความรักและผูกพันโดยไม่รับค่าจ้างจากผู้ป่วย
- 4) ดูแลล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกวัน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์
- 5) ต้องมี สมาร์ทโฟน และสามารถสื่อสาร ผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ได้
- 6) มีความสมัครใจเข้าร่วมการให้คำปรึกษา

3. ตัวแปรที่ศึกษา

- 1) ตัวแปรต้น
 - โปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน
- 2) ตัวแปรตาม
 - ภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง
 - ความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน สามารถทำประโยชน์และแก้ปัญหาให้กับ ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับยุคดิจิทัล

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีระดับความเครียดลดลงในการปฏิบัติภารกิจล้างไตทางช่องท้อง
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเกิดความเชื่อในความสามารถตนเองในการปฏิบัติภารกิจล้างไตทางช่องท้อง

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ซึ่งมีการวัดผล 2 ครั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (Pretest and Posttest Experimental design)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบวัดภาวะความเครียด จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย ด้านทางร่างกาย 6 ข้อ ด้านทางจิตใจและอารมณ์ 6 ข้อ ด้านทางพฤติกรรม 6 ข้อ
2. แบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเอง จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ความเป็นผู้นำ และการแสดงออก 5 ข้อ ความเป็นตัวของตัวเอง 5 ข้อ ความสามารถในการแก้ปัญหาและเผชิญความจริง 5 ข้อ
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษา ผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน
4. แบบสอบถามความเครียดและความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีค่าความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.66-1.0 และค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดคือ 0.757

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ t-test dependent

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน ความเครียดของผู้ดูแลล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 57.80 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.50 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่ามีค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดลดลง และเมื่อเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ t-test dependent พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องภายหลังเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน มีผลทำให้ผู้ดูแลล้างไตให้ผู้ป่วยระดับความเครียดลดลง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันที่มีต่อระดับความเครียดและความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

การทดลอง ความแตกต่าง ก่อนและหลัง	กลุ่มทดลอง (N=10)						df	t	Sig.(2- tailed)
	\bar{x}			S.D.					
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง			
ความเครียด	57.80	34.50	23.300	2.098	1.354	2.359	9	31.229	0.000
ความเชื่อใน ความสามารถ	46.20	27.50	18.700	2.348	1.716	3.433	9	17.223	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .01)

ความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้ดูแลล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.20 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.50 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับการขาดความเชื่อในตนเองลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ t - test dependent พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องภายหลังเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันมีผลทำให้ความเชื่อในความสามารถของตนเองขณะล้างไตให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และระดับความเครียดลดลงของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

1. ผลของระดับความเครียดลดลงหลังจากเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน
2. ผลของระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน
3. โปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน สามารถลดภาวะความเครียดและเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาความเครียดและความเชื่อให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีหน้าที่ล้างไตทางช่องท้องที่บ้านให้กับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่บ้านของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีพบว่าผู้ดูแลล้างไตทางช่องท้อง 10 คน ที่ผ่านการอบรมล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีตามหลักสูตร มาตรฐานนั้นขณะทำการล้างไตทางช่องท้องให้กับผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดจากแบบผลของแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรมแต่เมื่อนำโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันกับผู้ดูแลล้างไตทางช่องท้องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แล้วให้ผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมพบว่าภาวะเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั้นสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผลการศึกษาเป็นตามสมมุติฐานตั้งข้อที่ 1 และ 2 ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน มีภาวะความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันเท่ากับ 57.80 คะแนน และหลังเข้าร่วมเท่ากับ 34.50 คะแนน และมีความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน เท่ากับ 46.20 คะแนน และหลังเข้าร่วมเท่ากับ 27.50 คะแนน

กิจกรรมการล้างไตทางช่องท้องถือเป็นกิจกรรมใหม่ที่เพิ่มเติมเข้าไปในชีวิตปกติของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นเหตุให้เกิดภาวะความเครียด ถึงแม้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการอบรมวิธีการล้างไตทางช่องท้องจนจบหลักสูตรจากเจ้าหน้าที่เฉพาะทางและสอบผ่านเรียบร้อยแล้ว แต่เมื่อกลับไปปฏิบัติจริงที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย วิตกกังวล ปวดมีนศีรษะ มีอาการตื่นเต้น มือสั่น มือเท้าเย็น ปวดท้องเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ และเมื่อเริ่มการล้างไตทางช่องท้องให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลเกิดความลังเล สับสน ขี้หนอ ผู้ดูแลขาดความเชื่อว่าตนเองจะสามารถทำการล้างไตได้สำเร็จและปลอดภัยต่อผู้ป่วย

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน พบว่าการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน เหมาะกับผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บ้านเนื่องจากผู้ดูแลอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มีสมาร์ตโฟน และใช้งาน ไลน์ แอปพลิเคชัน ได้ทุกคน การให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน จึงสามารถแก้ปัญหาการขาดเชื่อในความสามารถของตนเองขณะล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ดูแลที่บ้านอย่างรวดเร็วและฉับพลัน ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนสามารถถามข้อสงสัยต่าง ๆ รวมถึงปัญหาการลืมวิธีการหรือขั้นตอนของการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน บางคนสื่อสารในรูปแบบของข้อความ บางคนสื่อสารในรูปแบบของเสียง หรือวิดีโอคอล ซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถทำการล้างไตทางช่องท้องให้แก่ผู้ป่วยสำเร็จ และผลของการสำเร็จนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถของตนเองมากขึ้น (Benson and Tippetts (1995: 612)

ผลการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน สามารถลดระดับความเครียด และเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้ จากโปรแกรมการให้คำปรึกษา 7 ครั้งของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 10 คน

ครั้งที่ 1 ทำการเพิ่มเพื่อน เชิญเข้ากลุ่ม และการสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำกฎระเบียบของการเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความรู้สึกอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยว คะแนนระดับความเครียดอยู่ระหว่าง 3-4คะแนน คะแนนระดับความเชื่อในความสามารถของตนเอง 1-2 คะแนน

ครั้งที่ 2 เพื่อสำรวจความเครียดและความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วย ล้างไตทางช่องท้อง คะแนนระดับความเครียด อยู่ระหว่าง 3-4 คะแนน คะแนนระดับความเชื่อในความสามารถของตนเอง 2-3 คะแนน

ครั้งที่ 3 ส่งภาพเคลื่อนไหวแสดงวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความรู้ได้ทันทีทุกเวลา คะแนนระดับความเครียด อยู่ระหว่าง 2-3 คะแนน คะแนนระดับความเชื่อในความสามารถของตนเอง 2-3 คะแนน

ครั้งที่ 4 เรื่องการล้างมือและการใช้ผ้าปิดปาก-จุมูกอย่างถูกวิธีเพื่อลดภาวะการติดเชื้อในช่องท้องซึ่งเป็นสามารถอันดับต้นที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จึงเป็นต้นเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียดเวลา คะแนนระดับความเครียด อยู่ระหว่าง 2-3 คะแนน คะแนนระดับความเชื่อในความสามารถของตนเอง 2-3 คะแนน

ครั้งที่ 5 ยกตัวอย่างผู้ที่ล้างไตทางช่องท้องมาแล้ว 8 ปี สามารถทำงานและใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติไม่รู้สึกรบกวนต่างจากคนทั่วไป เพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยรายใหม่ คะแนนระดับความเครียด อยู่ระหว่าง 1-2 คะแนน คะแนนระดับความเชื่อในความสามารถของตนเอง 2-3 คะแนน

ครั้งที่ 6 ประเมินโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน และอุปสรรคในการให้คำปรึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายต้องการให้คำปรึกษานานกว่าเกณฑ์เนื่องจากผู้ดูแลมีระดับการศึกษาและวัยที่แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่เกิน 50 ขึ้นไป ส่วนใหญ่จะมีปัญหาความชัดเจนทางด้านสายตาในการใช้งานสมาร์ตโฟน คะแนนระดับความเครียด อยู่ระหว่าง 1-2 คะแนน คะแนนระดับความเชื่อในความสามารถของตนเอง 3-4 คะแนน

ครั้งที่ 7 เป็นการทบทวนปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายและวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง คะแนนระดับความเครียด อยู่ระหว่าง 1-2 คะแนน คะแนนระดับความเชื่อในความสามารถของตนเอง 3-4 คะแนน

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันกับกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดลดลงและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ปัจจุบันคนไทยมีการใช้งานโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนมากขึ้น การสื่อสารมีช่องทางหลากหลาย และแอปพลิเคชันที่ใช้ในการสื่อสารที่เป็นที่นิยมมากที่สุดในประเทศไทยคือ ไลน์ แอปพลิเคชัน ฉะนั้นโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน เป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสารเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชันที่มีต่อระดับความเครียดและความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. โปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน สามารถใช้เป็นช่องทางให้คำปรึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน ดังนั้นในอนาคตจะขยายเป็นช่องทางให้คำปรึกษาให้กับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่สามารถทดแทนได้ด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องที่บ้านด้วยตัวเอง
2. โปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน สามารถเป็นช่องทางให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหาต่อบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ หรือประชาชนทั่วไป
3. ช่องทางให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์ แอปพลิเคชัน อาจนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการรักษาทางกายและจิตใจ สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2556). โปรแกรม Line เพื่อใช้ในการกิจรับ-ส่งข่าวสารของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. สืบค้นจาก <http://www.disaster.go.th/th/cdetail-452-dispatch-7-1/โครงการโปรแกรมแชท+Line+ผ่าน+Smart+Phone>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2542). คู่มือคลายเครียด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กิติกร มีทรัพย์ และคณะ. (2541). พฤติกรรมความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียด. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณี เสือใหญ่ และ พัทธนี เขยจรรยา. (2559). พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชัน ไลน์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของคนในกรุงเทพมหานคร. ในการประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติประจำปี 2559 (หน้า 1-13). กรุงเทพฯ: คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ชนิษฐา วงสุก. (2553). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความเครียดของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จังหวัดมหาสารคาม. (ม.ป.ป.). วิธีตั้งค่าการใช้งานโปรแกรม Line สำหรับหัวหน้าส่วนราชการในจังหวัดมหาสารคาม. สืบค้นจาก <http://www.maharakham.go.th/mkweb/images/pdf/Line.pdf>.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2529). จิตวิทยาและสังคมวิทยาพื้นฐานเพื่อการแนะแนว. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัจ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 4 (1), 62-75.
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2556). บรรณาธิการ. ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง Textbook of Practical Peritoneal Dialysis. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนธ์ จำกัด (มหาชน).
- ทิพย์วรรณ กิตติพร. (2536). จิตวิทยาทั่วไป เล่ม 1. พิษณุโลก: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร
- นพมาศ ศรีอนุชิต. (2549). ความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เวชสถิติ โรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยศิลปากร. กรุงเทพฯ.

- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2529). การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์.
- พรรณวิภา บรรณเกียรติ. (2548). ช่วยได้อย่างไรเมื่อจิตใจตื่นตระหนก. วารสารมศว.ชุมชน. 2(4), 3.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 9(2), 156-164.
- รสสุคนธ์ เจืออุปลัมย์. (2553). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วัชร ทรัพย์มี. (2533). ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (2551). Textbook of Peritoneal Dialysis. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่นจำกัด.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่นจำกัด.
- สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ. (2542). การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจังหวัดเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริพร เลี้ยวกิตติกุล. (2545). ปัจจัยในการทำงาน การเผชิญปัญหาและความเครียดของบุคลากรระดับปฏิบัติการ: ศึกษาเฉพาะกรณีสำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สิรินัฐพร สุวี. (2548). ความสามารถในการพยากรณ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเผชิญปัญหาของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่.
- สุญารินทร์ สิทธิวงศ์. (2544). ความเครียดในบทบาทหน้าที่ครูและการให้คุณค่าในงานของครูกลุ่มโรงเรียนนางแดด สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภาวัลย์ บุนนาค. (2542). ผลของการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมที่มีต่อความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. กรุงเทพฯ.
- อาภา จันทรสกุล. (2535). ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เอื้ออารีย์ สารีกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Bandura A., Ross, D. & Ross, S. A. (1963). A comparative test of the status envy, social power, and secondary reinforcement theories of identificatory learning. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, 67, 527-534.
- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, Inc.
- Burks H. M. & Steffle B. (1979). **Theories of counseling (3rd ed.)**. New York: McGraw-Hill.
- Carl R. Rogers. (1961). **On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy**. Mariner Books.
- Dryden W. (1997). **Therapists' dilemmas**. London: Sage.
- Ignatavicius D. Workman M. & Mishier M. L. (2006). **Medical – surgical nursing: Anursing process approach**. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- ISPD. **Chronic care of healed exit site** [cited 2561 Jan 18]. Available from: <http://www.ispd.org/guidelines/articles/gokal/page04.php>
- Lazarus R. & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.
- George R. L. & Christiani T. S. (1995). **Counseling: Theory and practice (4th ed.)**. Boston: Allyn & Bacon.
- Selye H. **Stress of My Life:A Scientist's Memoirs**. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Schunk, D. H. (1983). Reward contingencies and the development of children's skills and self-efficacy. **Journal of Educational Psychology**, 75(4), 511-518.
- Smith, H. M. & Betz, N. E. (2002). An examination of efficacy and esteem pathways to depression in young adulthood. **Journal of Counseling Psychology**, 49(4), 438-448.
- Tolbert P. S. (1997). **Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution**. *Organization Studies*, 18, 93-117.
-

ความหวัง

Hope

ภัทรกร मुखศรีนาค¹ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์² ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา³

บทคัดย่อ

ความหวังเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลปรารถนา ความหวังเป็นพลังทางบวกของทุกชีวิต ความหวังเป็นสิ่งจำเป็นของทุกชีวิต องค์ประกอบทางจิตวิทยาเชิงบวกที่สำคัญของความหวังประกอบด้วย ความหวังด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ความหวังด้านการเรียน ความหวังด้านความรัก ความหวังด้านครอบครัว ความหวังด้านการทำงาน และความหวังด้านกิจกรรมเวลาว่าง จากการศึกษาวิจัยพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตของมนุษย์ และความหวังสามารถพยากรณ์ความสำเร็จทางการเรียน ความเชื่อในความสามารถด้านเรียน และพฤติกรรมการทำงาน

คำสำคัญ: ความหวังในชีวิต

Abstract

Most people think of hope as simply wishful thinking. Throughout history, hope has been portrayed as human positive strength. Hope is also necessary for normal life. As a major construct in positive psychology, hope of each individual includes social relationship hope, academic hope, romantic relationship hope, family hope, work hope, and leisure activity hope. Findings from research studies on hope indicated that hope was associated with human well-being. Particularly, hope was found to predict academic success, academic self – efficacy and job performance.

Key words: Hope

¹ นักศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา กลุ่มวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

² ศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

³ รองศาสตราจารย์ ดร., ผู้อำนวยการหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

บทนำ

ความหมายของความหวัง

ความหวัง เป็นพลังทางบวกของทุกชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หรือวัยผู้สูงอายุ เป็นพลังแห่งความตั้งใจที่จะผลักดันให้ทุกชีวิตวางแผนดำเนินการเพื่อให้บรรลุสิ่งที่มุ่งหวัง

ความหวังในชีวิต เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่าสิ่งที่ตนเองคาดหวังไว้ว่าจะเกิดขึ้นหรือเป็นไปได้ โดยความหวังจะแปรเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล (Merriam-Webster, 2010:578)

Beck, Ravlins & Williams (1984:1482) กล่าวว่า ความหวัง เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนา หรือการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางแผนไว้ โดยเชื่อว่าสิ่งที่แต่ละบุคคลปรารถนาสามารถบรรลุเป้าหมายในชีวิต และเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น หรือสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ความหวังทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและ มีความแข็งแกร่งในการเผชิญปัญหา สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

Brown (1989: 97) กล่าวว่า ความหวังเป็นแรงผลักดันที่กระตุ้นให้บุคคลกระทำในสิ่งที่ปรารถนาให้ประสบความสำเร็จ และ Dufault & Martocchio, (1985: 379) กล่าวว่า ความหวังเป็นความรู้สึกที่เป็นแรงขับของบุคคลที่เชื่อมั่นว่าจะประสบความสำเร็จในอนาคตได้ โดยเกี่ยวข้องกับการกำหนดเป้าหมาย การเห็นคุณค่า การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคเพื่อให้ตนเองสมหวังได้ รวมทั้ง Herth (1990: 109) กล่าวว่า ความหวังเป็นความรู้สึกที่เป็นพลังภายในของบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นอุปสรรคจนสามารถบรรลุเป้าหมายที่คาดว่าจะได้รับ

Snyder (1991: 287) กล่าวว่า ความหวัง เป็นคุณลักษณะที่ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 2 องค์ประกอบคือ (1) พลังใจ หรือเจตนา (will power) ที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเพื่อดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ และ (2) ความสามารถ (Ability) ของบุคคลที่จะกำหนดเส้นทางที่นำไปสู่เป้าหมาย ซึ่งความหวังจะสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางการศึกษาและอาชีพ การปรับตัวทางจิตวิทยาทั้งการสื่อสาร การอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น และการมีสุขภาพที่ดี

Grim (1991: cited by Messer & Meldrun, 1995: 69) กล่าวว่าความหวัง เป็นการคาดหมายในอนาคตที่มีความเป็นไปได้ เป็นการตั้งเป้าหมายการกระทำเพื่อไปสู่เป้าหมาย และเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่ถูกสร้างมาจากความไว้วางใจ ทั้งที่เกิดจากการได้รับการเลี้ยงดู และความไว้วางใจระหว่างบุคคล และ Gottschalk (1974: 109) กล่าวว่าความหวัง คือการคาดหมายถึงสิ่งที่ดีในอนาคตบนพื้นฐานการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นสิ่งจำเป็นในการจูงใจให้บุคคลหาแนวทางแก้ไขปัญหา และนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ด้วยจุดมุ่งหมายและความหมายในชีวิต ด้วยความรู้สึกว่าน่าจะเป็นไปได้ โดยอาจจะเป็นจริงหรือไม่เป็นจริงก็ได้

Luthans. (2006: 18) กล่าวว่า ความหวังตั้งอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้ ถึงความสำเร็จ ประกอบด้วย ความตั้งใจ (พลังที่นำไปสู่เป้าหมาย) และวิถีทาง (การวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้)

Lange (1978: 128) ได้กล่าวว่า ความหวัง เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง ตลอดจนโชคชะตา เมื่อบุคคลมีความหวังจะทำให้เกิดพลังและมีความอดทนที่จะปรับสภาพต่าง ๆ ของทั้งร่างกายและจิตใจ

Nowotny (1989: 57) ได้กล่าวว่า ความหวังเกี่ยวข้องกับอนาคตซึ่งเกิดขึ้นภายในบุคคลและมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจ ที่บุคคลมีอยู่แล้ว สามารถนำมาใช้ได้เมื่อต้องการ และความหวังยังเกี่ยวกับการกระทำบางอย่าง เช่น การตั้งเป้าหมาย การดูแล การวางแผน การนำพลังมาสร้างงานต่าง ๆ และผลจากการมีความหวังมีความสำคัญต่อการเผชิญความเครียด ผู้ที่มีความหวังต่างกันจะประเมินสถานการณ์ต่างกันอย่างด้วย

Stoland (1969: 189) ได้กล่าวว่า ความหวัง หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ตนเองต้องการ โดยผู้ที่มีความหวัง จะมีการรับรู้ความสำคัญและความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายระดับสูง และมีความกระตือรือร้นที่จะดำเนินการใด ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ความหวังเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่สำคัญ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจในการดำเนินการต่าง ๆ ในสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของความหวัง

นักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความหวังไว้ดังนี้

Lange (1978: 128) กล่าวว่า องค์ประกอบของความหวัง ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบทางด้านอารมณ์ (Affective component) เป็นการแสดงออกด้านอารมณ์และความรู้สึกของแต่ละบุคคล อันเกิดจากความไว้วางใจ และความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคลิกภาพที่ทำหน้าที่กระตุ้น สนับสนุน ให้บุคคลมีความหวังที่แตกต่างกัน และ 2) องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive component) ครอบคลุมกระบวนการคิดพิจารณาด้วยปัญญา เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กระบวนการคิดมีหน้าที่สำคัญในการประสานหรือควบคุม อารมณ์ ซึ่งมีผลต่อความหวังหรือสิ้นหวัง ของบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ทางบวกจะสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ทำให้บุคคลเกิดความหวัง มีความอดทน และมีแรงขับที่จะปรับสภาพต่างๆของร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การมีสุขภาพจิตสุขภาพกายที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ทางลบได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม และรู้สึกไม่ปลอดภัย บุคคลจะเลือกใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง

Dufalt and Martocchio (1985: 380) กล่าวว่า ความหวังเป็นความคาดหวัง และความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต สามารถแสดงออกทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม มีหลายมิติสามารถจำแนกได้ 2 ด้านคือ

1) ความหวังเฉพาะ (Particularized hope) เป็นความหวังที่บุคคลสามารถกำหนดเป้าหมายหรือระบุเป้าหมายไว้ได้ มีลักษณะเป็นทั้งรูปธรรม และนามธรรม ได้แก่ ความหวังในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญกับบุคคล หรือสิ่งที่ตนเองหวังไว้ยังไม่ได้รับคาดว่าจะได้รับในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับตนเองในปัจจุบัน และต้องการได้รับต่อไปในอนาคต รวมถึงการไม่อยากพบกับเหตุการณ์ที่ตนเองไม่ชอบ โดยบุคคลสามารถจัดลำดับความสำคัญของความหวังก่อนหลังได้ ซึ่ง

ความหวังเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตนเองหวังไว้

2) ความหวังทั่วไป (Generalized hope) เป็นความรู้สึกของบุคคลถึงสิ่งที่คาดว่าจะเป็นไปได้ในอนาคต มีลักษณะเป็นนามธรรมน้อยกว่าความหวังเฉพาะ เป็นความหวังที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาไปจนถึงที่สุด มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดความสิ้นหวัง เมื่อบุคคลประสบความล้มเหลวในความหวังเฉพาะ ทั้งยังช่วยให้เกิดแรงจูงใจในชีวิต เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ตนเองหวังไว้

ทั้งนี้ความหวังเฉพาะ และความหวังทั่วไปมีความสัมพันธ์กันประกอบด้วยมิติต่าง ๆ 6 มิติ คือ มิติด้านอารมณ์ มิติด้านความคิด มิติด้านพฤติกรรม มิติด้านความผูกพัน มิติด้านเวลา และมิติด้านสถานการณ์

Snyder & Simpson (1996: 74) กล่าวว่า ความหวังประกอบด้วย พลังแห่งความตั้งใจที่รับรู้ถึงความสำเร็จ และพลังแนวทางในการวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยแนวคิดนี้จะเน้นความคิดตามเป้าหมาย (Goal-directed thinking) และ Snyder (1994: 53) แบ่งองค์ประกอบของความหวังเป็น 3 ส่วน คือ

1) เป้าหมาย (Goal) เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการจะได้รับเป็นทั้งสิ่งของ ประสบการณ์ หรือความสำเร็จ ที่บุคคลจินตนาการหรือมีความปรารถนาตามแต่ละบุคคลมุ่งหวัง เป้าหมายมีความหมายในชีวิต โดยเป้าหมาย สามารถแบ่งได้เป็นเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาว ความสำเร็จหรือเป้าหมาย สูงสุดที่บุคคลส่วนใหญ่มุ่งหวัง ก็คือ ความสำเร็จด้านอาชีพ ความสำเร็จทางการศึกษา การเห็นบุตร-ธิดาเจริญเติบโตและประสบความสำเร็จ ทั้งนี้คนเราก็มักจะทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ประสบความสำเร็จไปในทิศทางเดียวกันกับเป้าหมายนั้น กล่าวคือ บุคคลที่มีความหวังสูง จะมีทั้งเป้าหมายระยะยาวและเป้าหมายระยะสั้น โดย สามารถแบ่งระดับของเป้าหมายระยะยาวได้เป็นขั้นตอนหรือเป้าหมายที่ไม่ใหญ่หรือยากเกินไป ซึ่งสามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ง่ายหรือสามารถจัดการได้ง่ายกว่า โดยแต่ละช่วงเวลาที่สามารถบรรลุเป้าหมายระยะสั้นเหล่านั้นได้ จะทำให้คนเราตระหนักได้ว่าแต่ละก้าว ๆ ที่ประสบความสำเร็จนั้นจะสามารถนำไปสู่ความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่มากขึ้นหรือเป้าหมายระยะยาวที่ตั้งไว้นั้นเอง (McDermott; & Snyder, 1999: 61)

2) พลังแห่งความตั้งใจ (Agency) เป็นความตั้งใจ และรับรู้ถึงความสามารถของบุคคลที่จะริเริ่มและดำเนินไปถึงเป้าหมาย เช่น การมีความคิดที่ว่า “ฉันสามารถ ฉันจะพยายาม ฉันพร้อมที่จะทำ” ซึ่งความคิดเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนสามารถริเริ่มและคงไว้ซึ่งการกระทำที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ พลังแห่งความตั้งใจนอกจากจะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสู่เป้าหมายแล้ว และยังช่วยให้สามารถเอาชนะอุปสรรคต่อการที่จะไปสู่เป้าหมายได้ด้วย

3) พลังแห่งวิถีทาง (Pathway) เป็นการคิดเพื่อวางแผนหาทางหรือวิธีการ ที่จะนำบุคคลไปถึงเป้าหมาย บุคคลที่มีพลังแห่งแนวทางสูงจะหาทางในการบรรลุเป้าหมายได้หลายแนวทาง และสามารถเปลี่ยนแนวทางให้เหมาะสมกับเป้าหมายและอุปสรรคที่เผชิญอยู่ได้

กล่าวโดยสรุป องค์ประกอบของความหวัง มี 2 องค์ประกอบคือ 1) ความหวังเฉพาะ (Particularized hope) และ 2) ความหวังทั่วไป (Generalized hope) มีมิติที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ มิติด้านอารมณ์ มิติด้านความคิด มิติด้านพฤติกรรม มิติด้านความผูกพัน มิติด้านเวลา และมิติด้าน

สถานการณ์ โดยมี 1) เป้าหมาย (Goal) 2) พลังแห่งความตั้งใจ (Agency) และ 3) พลังแห่งวิถีทาง (Pathway) เป็นแรงผลักดันให้บุคคลบรรลุผลตามความหวัง

ความหวังในชีวิต

การศึกษาเรื่องความหวังในชีวิต ในประเทศไทยนั้นยังมีผู้ศึกษาไม่มากนัก แต่ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับความหวังได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย Snyder et al. (1991) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความหวังของนักเรียน นักศึกษา และพบว่านักเรียน นักศึกษาที่มีความหวังในระดับสูงจะมุ่งความสนใจไปที่เป้าหมายของตนเอง แสวงหาแนวทางใหม่ที่หลากหลาย และมีความมุ่งมั่นตั้งใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ส่วนนักเรียน นักศึกษาที่มีความหวังในระดับต่ำจะยึดติดอยู่กับวิธีการเดิม และเมื่อเผชิญกับอุปสรรคจะไม่พยายามแสวงหาแนวทางอื่น ๆ เพื่อให้ตนเองบรรลุเป้าหมาย ซึ่งส่งผลให้ตนเองเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ สิ้นหวัง และเรียนไม่จบภายในระยะเวลาที่กำหนด

สำหรับความหวังในชีวิตของแต่ละบุคคลนั้น จะแตกต่างกันไป แทบทุกคนต่างมีความปรารถนาที่จะ 1) มีชีวิตครอบครัวที่เป็นสุข 2) มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทั้งบิดา มารดา ครู อาจารย์ เพื่อน และบุคคลรอบข้าง และ 3) มีความสำเร็จด้านการเรียน และด้านการทำงาน (Mc McDermott & Snyder, 2000)

Lewis (1997: 1257) ได้สำรวจบทบาทของความหวังในการประสบความสำเร็จด้านการเรียน และด้านกีฬาของนักศึกษาที่เป็นนักกีฬา พบว่า นักศึกษาที่เป็นนักกีฬาชายและหญิงมีคะแนนความหวังสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ได้ เป็นนักกีฬา รวมถึงความหวังยังสามารถทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการเห็นคุณค่าในตนเอง

นอกจากนี้ Sympson (1999; อ้างถึงใน Snyder, 2000: 285-297) ได้พัฒนาแบบวัดความหวังของนักศึกษาระดับปริญญาตรี โดยจำแนกความหวังของนักศึกษาเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความหวังด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship Hope) 2) ความหวังด้านการเรียน (Academic Hope) 3) ความหวังด้านความรัก (Romantic Relationship Hope) 4) ความหวังด้านครอบครัว (Family Hope) 5) ความหวังด้านการทำงาน (Work Hope) 6) ความหวังด้านกิจกรรมเวลาว่าง (Leisure Hope)

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

Stotland. (1969: 189; อ้างถึงใน อูร์ปรีย์ เกิดในมงคล) ได้อธิบายแนวคิดของความหวัง ว่าเป็นความคาดหวังของบุคคลที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ตนเองต้องการ ความหวังประกอบด้วย การรับรู้ถึงความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายใด เป้าหมายหนึ่ง และการรับรู้ถึงความสำคัญของเป้าหมายหมายถึงกล่าว บุคคลที่เต็มไปด้วยความหวังจะมีการรับรู้ถึงความสำคัญและความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายในระดับสูง และมีความกระตือรือร้นที่จะดำเนินการใดๆ เพื่อไปให้ถึงเป้าหมาย มีความรู้สึกสนุก และพึงพอใจเมื่อใกล้ประสบความสำเร็จ แต่สำหรับผู้ที่มีความหวังต่อเป้าหมายนั้นๆ ในระดับต่ำจะมีความขัดแย้งที่เกิดจากเป้าหมาย และมีความคิดที่ไม่สามารถไปถึงเป้าหมายได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจและเกิดความวิตกกังวล

Herth. (1992: 116) ได้แบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้านจากการประมวลผลของความหวังของ Dufalt & Martocchio (1985: 379 - 391) ดังนี้

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต
2. ความพร้อมและความคาดหวังทางบวกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเอง เป็นความรู้สึกที่มั่นใจและคาดหวัง ทางบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่จะดำเนินการใด ๆ เพื่อให้บรรลุในสิ่งที่ต้องการ
3. ความผูกพันที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเอง และการมีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

ปรีชา ชัยน (2560: 159) ได้ศึกษาการเสริมสร้างความหวังของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยใช้การให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยที่เข้ารับการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างความหวังมีระดับความหวังหลังการรับการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานสูงกว่าก่อนการรับการปรึกษากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และนักศึกษามหาวิทยาลัยที่เข้ารับการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างความหวัง มีระดับความหวังหลังการรับการปรึกษากลุ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อรุปรีย์ เกิดในมงคล (2557: 1) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาและพัฒนาารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความหวังทางการศึกษาของนักเรียนวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2555 ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรุงเทพมหานคร จำนวน 16 คน ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร มีความหวังทางการศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง และองค์ประกอบความหวังทางการศึกษา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เป้าหมายทางการศึกษา 2) วิธีทางที่จะบรรลุเป้าหมายทางการศึกษา 3) ความตั้งใจที่จะบรรลุเป้าหมายทางการศึกษา 4) ความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุเป้าหมายทางการศึกษา และ 5) ความพยายามและอดทนต่อการที่จะบรรลุเป้าหมายทางการศึกษา

Feldman & Kubota (2015) ได้ศึกษา พบว่า ความหวังในชีวิต สามารถพยากรณ์ ความหวังด้านการเรียน และความหวังด้านการเรียน สามารถพยากรณ์ GPA และความเชื่อความสามารถของตนเองด้านการเรียน รวมทั้งพฤติกรรมการทำงาน

Matthew W. et al. (2017: 341) ได้ศึกษา ความหวังและวิถีทางวิชาการของนักศึกษาระดับวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตร 4 ปี ผลการวิจัยพบว่า ความหวังผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การรับรู้ความสามารถของตนเองทางวิชาการ และการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์กับจำนวนเทอมที่ลงทะเบียนและคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAs) สำหรับการศึกษตามหลักสูตรของวิทยาลัย ความหวัง สามารถทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาในวิทยาลัย ในการพัฒนาความสามารถทางวิชาการไปสู่เป้าหมายในการแสวงหาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้น

Westburg & Boyer (1999: 25-32) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อระดับความหวังของ ผู้รับคำปรึกษาที่ศูนย์จิตวิทยาการให้คำปรึกษาของมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา จำนวน 22 คน เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี 20 คน และเป็นนักศึกษา ที่สำเร็จการศึกษาไปแล้ว 2 คน ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสามารถเพิ่มระดับความหวังของนักศึกษาได้โดยทำให้นักศึกษามีความรู้สึกถึงการมุ่งสู่เป้าหมาย และมีการวางแผนเพื่อให้ตัวเองและผู้อื่นมีความหวังทางจิตใจกับเป้าหมายเพิ่มขึ้น

Youssef & Luthans (2007: 774-778) ได้ศึกษา ความหวังกับผลการปฏิบัติงานในองค์กรของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,032 คน พบว่า ความหวังซึ่งเป็นทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานและความสุขในการทำงานของพนักงาน

กล่าวโดยสรุป ความหวัง เป็นพลังทางบวกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล เป็นความรู้สึกมั่นใจ และคาดหวังทางบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่จะแสวงหาวิธีการที่หลากหลายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

- ปรีชา ชัยน. (2560). การเสริมสร้างความหวังของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยใช้การให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา** ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 สิงหาคม 2560. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อุรปรีดิ์ เกิดในมงคล. (2557). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความหวังทางการศึกษาของนักเรียนวัยรุ่น. ปรินญา กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Barbara, N.A. (2008). **A Christian spirituality group with female offenders: Impacting hope.** (Psychological and Counseling). Regent University Doctor of Philosophy.
- Beck, Ravlins & Williams. (1984). **Mental mealth psychological and spiritual issues. HIV Care : A Compressive handbook for provider.** USA: Sage Publication.
- Brown, P. (1989). **The concept of hope: Implication for care of the critically ill. Critical Care Nurs.**9 (5) p.97-105.
- Dufault, K. & Martocchio,B.C. (1985). **Hope: Its Spheres and Dimension.** Nursing Clinics of North America. 20(2). pp. 379 - 391.
- Feldman, D.B. & Kubota,M. (2015). **Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college grade-point average.** Learning and Individual Differences, 37, 210-216.
- Herth, K. (1992). **Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. Journal of Advanced Nursing.** 17:1251 - 1259.
- Lange, I. P. (1978). **Behavioral concepts and nursing intervention.** 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Luthans, F. (2006). **Potential added value of psychological capital in predicting work attitudes. Journal of Leadership and Organizational Studies.**
- Matthew W. et al. (2017). **Journal of Happiness Studies.** Volume 18, Issue 2, pp 341–352
- McDermott, Diane, & Snyder, C.R. (1999). **Making hope happen: A workbook for possibilities into reality.** Oakland: New Harbinger Publication.
- Miller, J.F. (1983). **Coping with chronic illness overcoming powerlessness.** Philadelphia: F.A. Davis.

- Nowotny, M.L. (1989). **Assessment of hope in potion with cancer: Development of an instrument.** *Oncology nursing forum.* 16(1). pp. 57-61.
- Snyder, C.R. (1994). **Hope and optimism.** *Encyclopedia of human behavior.* 2:535-554
- _____. (1995). Conceptualizing, measuring and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development.* 73: 355 - 360.
- _____. (2000). **Handbook of hope: Theory, measures, and applications.** California: Academic Press.
- Snyder, C.R. Cheavens, J. & Sympson, S.C. (1996). **Hope: An individual motive for social commerce.** *Group dynamic: Theory research and practice.*1 (2): 10 - 118.
- Snyder, C R. & Lopez, Shane J. (2002). **Handbook of positive psychology.** New York: Oxford University Press.
- Snyder, C.R. et al. (1991). The will and the way: Development and validation of an Individual-differences measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology.* 60(4): 570 - 585.
- Westburg, N.G. & Boyer, M.C. (1999). Assessing clients 'level of hope: A preliminary study at a college counseling center. *Journal of College Counseling.* 1:25 - 32.
- Youssef, C.M. & Luthans, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace: the impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of Management,* 33 (5), 774-778.

.....

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review)

การคิดเชิงบริหารและการกำกับตนเองในวัยรุ่น

Executive Function and Self-Regulation in Adolescence

นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล

บทคัดย่อ

วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลาย ๆ ด้านของการพัฒนามนุษย์ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะการรู้คิด คือมีการรู้คิดและสติปัญญาดีขึ้น มีความสามารถในการคิดเชิงตรรกะเชิงนามธรรมและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลมากขึ้น อย่างไรก็ตามวัยรุ่นจำนวนมากยังมีปัญหาในการควบคุมและการกำกับตนเองรวมทั้งการตัดสินใจในสถานการณ์คับขันหรือสถานการณ์เสี่ยง ทำให้เขาต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ตามมาเช่น ความล้มเหลวในการเรียน การทำผิดกฎระเบียบ ทำผิดกฎหมาย ติดบุหรี่ แอลกอฮอล์ ติดเกม ติดการพนัน การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยเรียน การทดลองใช้จนถึงการติดยาเสพติด ฯลฯ ซึ่งส่งผลเสียระยะยาวต่ออนาคต นอกจากนี้วัยรุ่นตอนปลายยังมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต วิตกกังวล ซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นอื่นอีกด้วย บทความนี้กล่าวถึงความรู้พื้นฐานด้านชีววิทยา พัฒนาการสมองของวัยรุ่นและการเปลี่ยนแปลงในสมองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น ความรู้นี้สำคัญเพราะจะช่วยให้ผู้ใหญ่เข้าใจพฤติกรรมของวัยรุ่นมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เป็นโอกาสในการประคับประคองให้วัยรุ่นก้าวผ่านเวลาที่ยากนี้เข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างราบรื่นต่อไป

สมองของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ เดิม WHO กำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นไว้อยู่ระหว่างอายุ 10-19 ปี โดยแบ่งเป็นสองช่วงคือ ช่วงวัยรุ่นตอนต้นหมายถึงช่วงอายุ 10-14 ปี และวัยรุ่นตอนปลายหมายถึงช่วงอายุ 15-19 ปี ต่อมาความก้าวหน้าในงานวิจัยด้านชีววิทยาพัฒนาการสมอง ได้เผยให้เห็นว่าสมองของวัยรุ่นยังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องไปจนถึงวัย 20 กว่าปีขึ้นไป ในปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญต่างมีความเห็นตรงกันว่าช่วงอายุของวัยรุ่นควรปรับให้กว้างขึ้นเป็น 10-24 ปีเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในสมองของวัยรุ่น (Sawyer et al., 2018)

รองศาสตราจารย์ ดร., ศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล
บทความนี้ได้รับการสนับสนุนโดย มูลนิธิสยามกัมมาจล ธนาคารไทยพาณิชย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

สมองบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในช่วงวัยรุ่นคือสมองส่วนหน้าสุด (Prefrontal cortex - PFC) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ใช้เวลายาวนานที่สุดในการพัฒนา สมองส่วนนี้เริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปีแรกและพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จึงจะทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่ากับผู้ใหญ่ สมองส่วนหน้าสุดนี้ทำหน้าที่ร่วมกับสมองส่วนอื่น ๆ ในการควบคุมความคิด อารมณ์ การกระทำ การคิดเป็นเหตุผล ช่วยให้เราคิดก่อนทำไม่หุนหันพลันแล่น สามารถกำกับตนเองให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมายได้ กระบวนการเปลี่ยนแปลงข้างในสมองที่เกิดในช่วงวัยรุ่นเช่น การทำลายแขนงประสาทและจุดเชื่อมต่อสัญญาณประสาทบางส่วนทิ้งไป (Pruning), การสร้างเครือข่ายประสาทที่ทำหน้าที่ร่วมกัน (Functional brain networks), การพัฒนาให้สมองส่วนหน้าสุดกลายเป็นเจ้านายใหญ่ทำหน้าที่บัญชาการและประสานงานสมองบริเวณต่าง ๆ ให้ทำหน้าที่เฉพาะอย่างร่วมกัน (Frontalization) และขั้นตอนสุดท้ายที่จะทำให้สมองบริเวณต่าง ๆ สื่อสารกันได้รวดเร็วยิ่งขึ้นคือการสร้างเยื่อไขมันหุ้มเส้นใยประสาท (Myelination) ขั้นตอนเหล่านี้เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะทำให้สมองของวัยรุ่นทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเท่ากับผู้ใหญ่ ดังนั้นวัยรุ่นจึงเป็นช่วงเวลาที่มีสมองส่วนหน้าสุดกำลังพัฒนาและดำเนินไปอย่างช้า ๆ และยังคงใช้เวลาอีกหลายปีกว่าที่กระบวนการเหล่านี้จะเสร็จสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ในขณะที่สมองส่วนตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกพัฒนาอย่างเต็มที่แล้วตั้งแต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น วัยรุ่นจึงเป็นช่วงที่มีความหุนหันพลันแล่นสูงที่สุด รวมทั้งมีความอยากออกไปแสวงหาความสุขความพึงพอใจจากภายนอกสูงที่สุดด้วย ในขณะที่สมองส่วนหน้าสุดยังทำหน้าที่ในการกำกับควบคุมตนเองได้ไม่เต็มที่ ผลจากการเปลี่ยนแปลงในสมองที่เกิดในช่วงวัยรุ่นจึงเป็นจุดอ่อนที่ทำให้แม้เขาจะค่อย ๆ ควบคุมความคิดและกำกับตนเองได้ดีขึ้น แต่ก็ยังเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการทำโดยไม่ได้คิด หุนหันพลันแล่น โดยเฉพาะเมื่ออยู่กับเพื่อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กและเยาวชน เช่น ล้มเหลวทางการเรียน หนีเรียนทำผิดกฎระเบียบ ทำผิดกฎหมาย ติดเกม การพนัน รวมไปถึงการใช้สารเสพติดต่าง ๆ อย่างไรก็ตามสมองของวัยรุ่นมีความยืดหยุ่นสูง ยังสามารถปรับเปลี่ยนได้เพราะกำลังอยู่ในการบวนการพัฒนาเพื่อให้ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่ากับผู้ใหญ่ วัยรุ่นจึงเป็นโอกาสสุดท้ายในการฝึกให้สมองส่วนหน้าสุดกลับมาทำหน้าที่ในการควบคุมความคิด อารมณ์ การกระทำและกำกับตนเองให้ดีขึ้นได้ การเปลี่ยนแปลงในสมองของวัยรุ่นนี้หากมองในแง่บวกก็นับเป็นโอกาสทองที่ผู้ใหญ่และครอบครัวจะเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้ใช้การเปลี่ยนแปลงในสมองของเขาไปในทางที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเอง การสนับสนุนให้วัยรุ่นค่อย ๆ เปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างราบรื่นจึงนับเป็นการสร้างคนที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมในระยะยาวอีกด้วย

จากการศึกษาในระยะยาวที่ติดตามกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่อายุ 4 ปีต่อเนื่องไปจนอายุ 21 ปี โดยถ่ายภาพสมอง fMRI เก็บไว้เป็นระยะ พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสมองของวัยรุ่นคือเปลือกสมองส่วนสีเทา (Gray matter) ของสมองกลีบหน้าสุดซึ่งในช่วงวัยเด็กเคยมีความหนาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นเปลือกสมองส่วนนี้จะค่อย ๆ บางลงจนมีความหนาเท่ากับเปลือกสมองของผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากการตัดกิ่งประสาทและจุดเชื่อมต่อวงจรประสาท (synapses) ออกไปบางส่วนเพื่อให้เหลือ synapses จำนวนพอดี ที่เรียกว่ากระบวนการ pruning ซึ่งจะช่วยให้สมองทำงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Marsh et al., 2006; Tau and Peterson, 2010) นอกจากนั้นการทดสอบทางจิตวิทยาร่วมกับการศึกษาภาพถ่ายสมองยังพบอีกว่า ทักษะการคิดเชิงบริหาร (Executive Function - EF) ที่พัฒนาอย่างมากในช่วงวัยเด็กและพัฒนาต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ นั้น มีความสัมพันธ์

กับพัฒนาการของ Prefrontal cortex โดยการบางลงของเปลือกสมองบริเวณนี้สัมพันธ์กับการที่เด็กค่อย ๆ มีทักษะ EF ที่ดีขึ้น (Kharitonova et al., 2013)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสมองของวัยรุ่น

1. Synaptic pruning คือมีการทำลายแขนงประสาทและจุดเชื่อมต่อวงจรประสาทบางส่วนทิ้งไป เพื่อให้เหลือวงจรประสาทจำนวนพอดีและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้เปลือกสมองส่วนสีเทา (Gray matter) ค่อย ๆ บางลงจนเท่ากับผู้ใหญ่

2. การพัฒนาเครือข่ายประสาทที่ทำหน้าที่ร่วมกัน (Functional Brain Networks) วัยเด็กเล็กเป็นวัยที่สมองสร้างโครงสร้างพื้นฐานในการรับรู้ การเคลื่อนไหวและการใช้ภาษา ซึ่งเป็นการปูทางให้มีการพัฒนาเครือข่ายประสาท (network) ที่ทำหน้าที่ร่วมกันหรือที่เรียกว่า Functional Brain Networks ซึ่งเป็นการทำงานระดับสูงของสมองในการทำหน้าที่เฉพาะอย่าง ตัวอย่างของ Functional Brain Networks ที่สำคัญเช่น

2.1 เครือข่ายโหมดเริ่มต้น (Default mode network - DMN) ซึ่งทำงานในขณะที่เรานั่งและอยู่ในสภาวะพัก เครือข่ายนี้จะเปิดใช้งานเมื่อเรากำลังสนใจความคิดข้างใน เช่น คิดฝันกลางวัน จินตนาการเรื่องในอนาคต ย้อนระลึกความทรงจำในอดีต หรืออาจคิดเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวเองเกี่ยวกับบุคคลอื่น (ทฤษฎีของจิต) การคิดในโหมด DMN นี้มีความเกี่ยวข้องกับความคิดสร้างสรรค์ และมีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับเครือข่ายสมองที่จดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ภายนอก

2.2 เครือข่ายประสาทที่เกี่ยวกับความสนใจจดจ่อ (Attention network - AN) ซึ่งเป็นเครือข่ายประสาทที่เปิดใช้งานเมื่อเรากำลังสนใจจดจ่อต่อสิ่งกระตุ้นที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด

2.3 เครือข่ายประสาทที่ควบคุมการคิดเชิงบริหาร (Executive control network - ECN) เช่น ความจำขณะทำงาน ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ การตรวจพบข้อผิดพลาดหรือสิ่งที่ผิดแปลกไปจากเดิม การหยุดพฤติกรรมที่เคยชิน การเปลี่ยนจากสิ่งหนึ่งไปทำอีกสิ่งหนึ่งสลับกันไปมาได้ เป็นต้น

2.4 เครือข่ายประสาทเกี่ยวกับความจำขณะทำงานและความสนใจจดจ่อ (Fronto-parietal network)

2.5 เครือข่ายประสาทที่ทำหน้าที่คัดกรองข้อมูลที่ผ่านมาเข้ามาในสมอง คอยตรวจสอบข้อมูลที่เด่นชัดขึ้นมาซึ่งเราต้องให้ความสนใจ (Salience network - SN) ทำหน้าที่เป็นเหมือนสวิทช์ควบคุมการเปิด-ปิด DMN และ ECN คือถ้าหากข้อมูลที่เข้ามาไม่มีความสำคัญเร่งด่วน SN จะปิดการทำงานของ ECN และเปิดการทำงานของ DMN แต่ถ้าขณะนั้นมีเรื่องสำคัญที่ต้องให้ความสนใจทันที SN จะปิดการทำงานของ DMN และเปิดการทำงานของ ECN เพื่อคิดและตัดสินใจ เป็นต้น

ในช่วงวัยเด็ก เครือข่ายประสาทหรือ network เหล่านี้แม้จะเริ่มมีการเชื่อมโยงกันบ้างแล้ว แต่การทำหน้าที่ยังไม่เฉพาะเจาะจงคือหน้าที่ยังไม่ชัดเจน แต่ประสบการณ์จะช่วยทำให้ network เหล่านี้พัฒนาดีขึ้น การเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกใช้งาน network เหล่านี้บ่อย ๆ จะทำให้มีการเชื่อมโยงกันภายใน network มากขึ้น และการเชื่อมโยงระหว่าง network ลดลง ทำให้ network ทั้งหลายมีความแข็งแรงขึ้นและทำหน้าที่เฉพาะอย่างชัดเจนขึ้น ในขณะเดียวกันจะมีการสร้าง Hub ที่ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมโยงข้อมูลทั้งภายใน network เดียวกันและระหว่าง network ต่างๆที่ทำงานร่วมกัน ทำ

ให้การบริหารจัดการ network ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สมองบริเวณต่าง ๆ มีการทำงานประสานกันมากขึ้นตามวัยของเด็กที่โตขึ้น จนเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เครือข่ายประสาท หรือ network เหล่านี้จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ช่วงวัยรุ่นจึงนับเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะฝึกเน้นย้ำให้เครือข่ายเหล่านี้พัฒนาเต็มที่ สามารถทำหน้าที่ในการคิดและตัดสินใจอย่างเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น

3. กระบวนการ “Frontalization” คือการที่สมองส่วนหน้าสุดกลายเป็นเจ้านายใหญ่หรือ CEO ที่ทำหน้าที่บัญชาการและประสานงานระหว่าง Functional brain Networks ทั้งหลาย สั่งการให้เราตอบสนองอย่างมีสติ ไม่หุนหันพลันแล่น คิดและตัดสินใจอย่างเป็นเหตุผล ใช้กลวิธีที่หลากหลายในการแก้ปัญหา สร้างความร่วมมือ ทำงานร่วมกับผู้อื่น และกำกับตนเองไปสู่เป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การสร้างปลอกไขมันหุ้มเส้นใยประสาท (myelination) เป็นการพัฒนาขั้นสุดท้ายที่เกิดในสมองของวัยรุ่น คือเมื่อ Functional Brain Networks ต่าง ๆ พัฒนาเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะมีการสร้างปลอกไขมันหุ้มเส้นใยประสาท ทำให้เซลล์ประสาทในแต่ละ network สื่อสารกันได้เร็วขึ้นหลายสิบเท่า สมองจะทำงานมีประสิทธิภาพสูงสุด

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเปลือกสมองทั้งหมดนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ สัมพันธ์กับการที่วัยรุ่นมีความสามารถในการกำกับตนเองทั้งด้านอารมณ์ ความคิดและการกระทำที่ดีขึ้นจนเท่ากับผู้ใหญ่ กล่าวโดยสรุป สมองของวัยรุ่นกำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปคือสมองกำลังจัดระเบียบในการทำหน้าที่เพื่อให้สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ การกระทำและกำกับตนเองที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ตามวัย ดังนั้นวัยรุ่นจึงเป็นหน้าต่างแห่งโอกาสสุดท้ายของการพัฒนาสมอง เป็นวัยสำคัญที่ยังสามารถพัฒนาทักษะสมองให้ดีขึ้นได้อีก ก่อนที่ความยืดหยุ่นของสมอง (brain plasticity) จะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

วัยรุ่นเป็นวัยที่สมองส่วนรับรู้อารมณ์ความรู้สึกทำงานมากขึ้นจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ

ในขณะที่เปลือกสมองส่วนหน้าสุดซึ่งทำหน้าที่กำกับควบคุมตนเองยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ คือกำลังอยู่ระหว่างกระบวนการพัฒนาเพื่อให้ทำหน้าที่ที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ แต่สมองส่วนที่อยู่ข้างใต้เปลือกสมองซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (Limbic system) นั้นกลับพัฒนาเต็มที่และทำงานอย่างมากในช่วงวัยรุ่น สมองส่วนที่ตอบสนองเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกนี้ถูกกระตุ้นได้ง่ายจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศที่เพิ่มขึ้นทำให้วัยรุ่นไวต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก ดังนั้นถึงแม้ว่าในภาวะปกติวัยรุ่นจะสามารถควบคุมความคิด อารมณ์ การกระทำและกำกับตนเองได้ดี แต่ในยามที่อยู่ในสถานการณ์ที่มีอารมณ์ความรู้สึกหรือผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง อยู่ในภาวะคับขัน หรืออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง การตัดสินใจมักจะขึ้นกับอารมณ์ความรู้สึกมากกว่าการคิดด้วยเหตุผล ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นอาจตัดสินใจผิดพลาดได้และทำให้เกิดปัญหาสังคมต่าง ๆ ตามมาในภายหลัง

วัยรุ่นเป็นวัยที่สมองส่วนที่แสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจทำงานมากที่สุด

กระบวนการ pruning ที่เกิดขึ้นอย่างมากในเปลือกสมองส่วนหน้าสุดของวัยรุ่น หรือการทำลาย synapse และแขนงประสาทออกไป ทำให้สารสื่อประสาท Dopamine มีปริมาณลดลง

ส่งผลให้ความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมลดลง หุนหันพลันแล่นมากขึ้น นอกจากนี้วัยรุ่น โดยเฉพาะช่วงอายุ 12-18 ปีเป็นช่วงที่ฮอร์โมนเพศทั้งเทสโทสเตอโรนและเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นสูงมาก ส่งผลให้สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกพึงพอใจเหมือนได้รับรางวัล (Reward system) ที่เรียกว่า Ventral striatum มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากขึ้นและตอบสนองมากกว่าปกติ แต่จะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นจึงเป็นวัยที่มีพฤติกรรมแสวงหาสิ่งที่น่าสนใจจากภายนอก (Sensation seeking) สูงที่สุดเมื่อเทียบกับวัยอื่น คือมีความอยากรู้อยากเห็น อยากรลองสิ่งใหม่ๆ และชอบความตื่นเต้นเร้าใจ ทั้งนี้ก็เพื่อกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Dopamine เพิ่มมากขึ้นในสมองส่วน Ventral striatum เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุขความพึงพอใจ กล่าวโดยสรุป วัยรุ่นเป็นวัยที่สมองส่วนที่แสวงหาสิ่งที่น่าสนใจจากภายนอก หรือ ventral striatum กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาให้มีวุฒิภาวะเท่ากับผู้ใหญ่ เมื่อ ventral striatum พัฒนาเต็มที่พฤติกรรมอยากลองสิ่งใหม่ๆ และชอบความตื่นเต้นเร้าใจจะค่อย ๆ ลดลงจนเท่ากับผู้ใหญ่ในตัวเอง (Larsen and Luna, 2015)

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความหุนหันพลันแล่นสูงที่สุด

พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsive) คือการทำอะไรสิ่งหนึ่งลงไปโดยไม่คิดให้รอบคอบ ทำโดยไม่คิดถึงผลที่จะตามมา หรือทำลงไปด้วยอารมณ์ ในวัยเด็กทุกคนคงจะเคยทำโดยหุนหันพลันแล่น ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงวัยเด็กเครือข่ายประสาทที่เชื่อมโยงระหว่างบริเวณต่างในเปลือกสมองใหญ่ (Cortex) ที่ทำหน้าที่ควบคุมให้เราหยุดคิดก่อนทำยังไม่พัฒนาเต็มที่ ส่วนใหญ่จะเป็นการเชื่อมโยงกันเองอยู่ภายใต้เปลือกสมองใหญ่ (Subcortical) ดังนั้นเด็กจึงมักจะทำโดยไม่ทันยั้งคิด แต่เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เครือข่ายประสาทในเปลือกสมองใหญ่ทั้งทางด้านหน้า ด้านข้าง และด้านหลัง เชื่อมโยงกันมากขึ้น ทำให้เรานำข้อมูลจากเปลือกสมองหลาย ๆ บริเวณมาประมวลผลในการคิดตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น จึงทำให้คิดก่อนทำมากขึ้น หุนหันพลันแล่นลดลง นอกจากนี้พฤติกรรมหุนหันพลันแล่นยังเกี่ยวกับการที่ฮอร์โมนเพศเพิ่มสูงมากในวัยรุ่น ในขณะที่สมองส่วนหน้าสุดที่ทำหน้าที่ยับยั้งพฤติกรรมยังพัฒนาไม่เต็มที่ ทำให้เด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น หรืออายุประมาณ 12 ปี มีความหุนหันพลันแล่นสูงที่สุด จากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงเรื่อยตามวัยที่เพิ่มขึ้น จนเท่ากับผู้ใหญ่เมื่ออายุ 22-24 ปี (Willoughby et al., 2013)

การคิดเชิงบริหารและการกำกับตนเองของวัยรุ่น

Executive Function (EF) หรือ ทักษะการคิดเชิงบริหาร เป็นการทำหน้าที่ของสมองในการกำกับตนเองทั้งด้านความคิด อารมณ์และการกระทำเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมาย (Goal directed behaviors) ในเด็กวัยเรียนถึงวัยรุ่น EF มีองค์ประกอบสำคัญ 9 ด้าน คือ 1) Working Memory (ความจำขณะทำงาน), 2) Inhibit (การหยุด การยับยั้ง), 3) Shift/Cognitive flexibility (การเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด), 4) Emotional control (การควบคุมอารมณ์), 5) Plan/organize (การวางแผนจัดการ), 6) Initiate (การเริ่มลงมือทำ), 7) Self-monitoring (การเฝ้าติดตามดูและสะท้อนผลจากการกระทำของตนเอง), 8) Organize of material (การจัดการสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ), 9) Task completion (การทำงานให้เสร็จ)

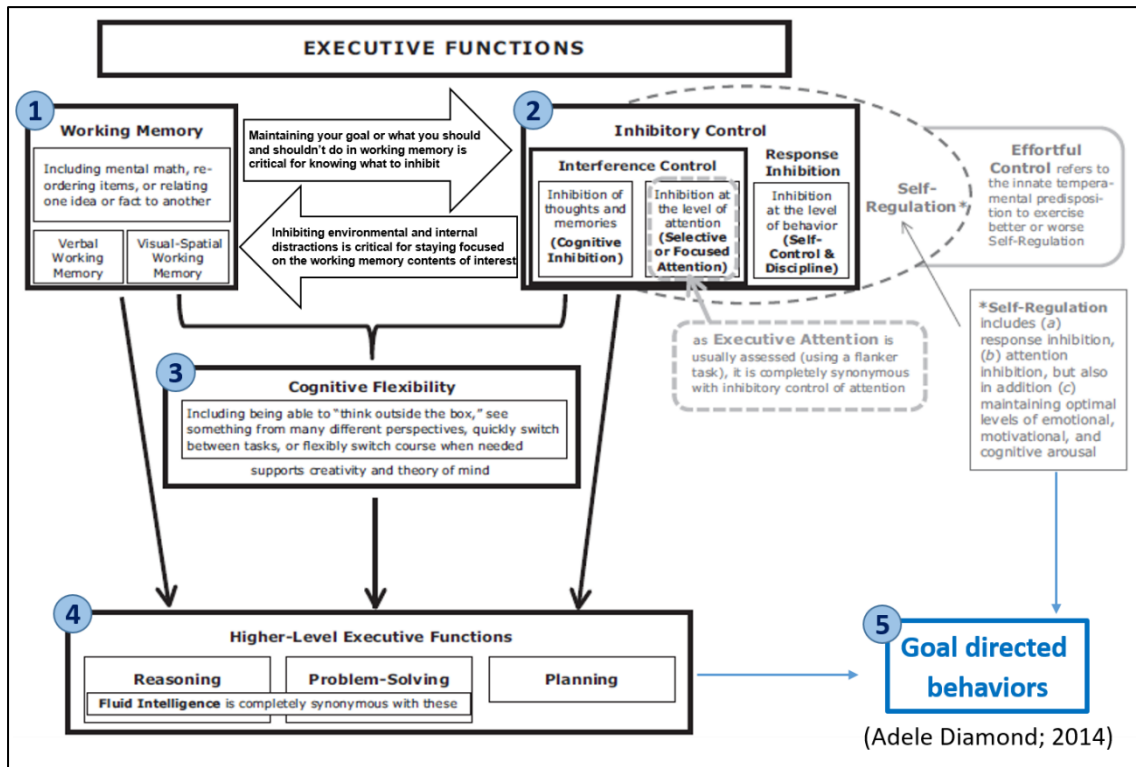
ทักษะ EF มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulation-SR) กล่าวคือ วัยรุ่นที่มี EF ดีก็จะมีกำกับตนเองที่ดีด้วย ทั้ง EF/SR มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จ

ทางการเรียนในทุกระดับชั้นตั้งแต่อนุบาลจนถึงมหาวิทยาลัย ผู้ที่มีทักษะ EF ดีกว่าจะมีความพร้อมทางการเรียนและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีทักษะ EF ต่ำกว่า นอกจากนี้ EF ยังมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีชีวิตคู่ที่ราบรื่น การมีความปลอดภัยในสังคม วัยรุ่นที่มี EF/SR ดีจะมีทักษะทางสังคมดี มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน มีความเห็นอกเห็นใจ รู้จักแบ่งปัน อยากรช่วยเหลือผู้อื่น เป็นที่ยอมรับของเพื่อน และมักจะไม่มีปัญหา ด้านอารมณ์และพฤติกรรม

ทฤษฎีเกี่ยวกับ Executive Function และ Self-Regulation

การคิดเชิงบริหาร (Executive Functions; EF) เป็นการทำหน้าที่ระดับสูงของสมองที่ช่วยให้เราควบคุมอารมณ์ ความคิด และการกระทำ เพื่อกำกับตนเองให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมาย (Goal directed behaviors) (Anderson et al., 2008; Blair, 2017; Diamond, 2013; Diamond and Ling, 2016; Zelazo et al., 2004) (รูปที่ 1.) ในเด็กวัยเรียนจนถึงวัยรุ่น EF มีองค์ประกอบสำคัญ 9 ด้านคือ

1. ความจำขณะทำงาน (Working Memory) คือการจำข้อมูลต่าง ๆ ไว้ในใจและขบคิดเกี่ยวกับข้อมูลเหล่านั้น (ไม่ใช่แค่จำได้) เพื่อทำความเข้าใจ เปรียบเทียบ เชื่อมโยงข้อมูลเก่ากับข้อมูลใหม่ update ข้อมูล จำสิ่งที่เคยทำผิดพลาดได้และไม่ทำผิดซ้ำ ต้องอาศัยความสนใจจดจ่อ (attention)
2. การหยุด การยับยั้ง (Inhibit) คือความสามารถในการหยุดการกระทำที่เคยชิน คิดก่อนทำ หยุดความคิดที่วอกแวกเพื่อให้จดจ่อกับสิ่งที่ทำ เอาชนะความต้องการ ความอยาก ไม่ทำตามสิ่งที่มาล่อใจ แต่เลือกทำสิ่งที่จำเป็นและสำคัญต่อความสำเร็จ
3. การเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด (Shift/Cognitive flexibility) คือ ความสามารถในการเปลี่ยนความสนใจจดจ่อจากกิจกรรมหนึ่งไปยังอีกกิจกรรมหนึ่งได้อย่างอิสระ การเปลี่ยนมุมมองความคิด คิดนอกกรอบ ไม่ยึดติดกับความคิดและการกระทำแบบเดิม ๆ
4. การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) การแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อโกรธ ผิดหวัง เสียใจ ใช้เวลาไม่นานในการคืนอารมณ์สู่ปกติ ไม่หุนหันพลันแล่นโต้ตอบกลับทันทีโดยไม่คิด
5. การวางแผนจัดการ (Plan/organize) หมายถึงการวางแผนจัดการงานตั้งแต่ต้นจนเสร็จ เช่นการตั้งเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของงาน เริ่มต้นลงมือทำ เมื่อเจอปัญหา รู้จักมองภาพรวมของงานไม่ติดอยู่กับรายละเอียดปลีกย่อยจนทำให้งานไม่สำเร็จ ติดตามประเมินผลของงาน ฯลฯ
6. การเริ่มต้นลงมือทำ (Initiate) คือเริ่มต้นลงมือทำงานด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีคนบอก การคิดริเริ่ม คิดนอกกรอบ
7. การเฝ้าตามดูตนเอง (Self-monitoring) การเฝ้าตามดูและสะท้อนผลจากการกระทำของตน การตรวจสอบและประเมินผลงานเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น
8. การจัดการสิ่งของเครื่องใช้ (Organize of material) คือการจัดการสิ่งของเครื่องใช้ บริเวณที่ทำงาน บริเวณที่เล่น ฯลฯ ให้เป็นระเบียบ
9. การทำงานให้เสร็จ (Task completion) ความสามารถในการทำงานให้เสร็จเรียบร้อยทันเวลา การแก้ปัญหาให้งานเสร็จ



รูปที่ 1. แผนภาพแสดงองค์ประกอบหลัก 3 ด้านของ Executive Function และความเกี่ยวข้องของทักษะทั้ง 3 ด้านที่จะนำไปสู่ความสามารถในการคิดและการกำกับตนเองไปสู่เป้าหมาย (Diamond, 2014)

ทักษะ EF ทั้ง 9 ด้านนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นสามารถกำกับตนเองทั้งในด้านอารมณ์ การกระทำ ความคิด และส่งเสริมการนำเอาเมตาคอกนิชันมาใช้ในการจัดการตนเองให้มุ่งไปสู่ความสำเร็จได้ แต่บุคคลมีระดับการคิดเชิงบริหาร (EF) มากน้อยต่างกันขึ้นกับสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูที่เปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้คิด ตัดสินใจ ลงมือทำ ได้เผชิญปัญหา ได้คิดวิธีแก้ไขปัญหา ได้เรียนรู้ผลจากการกระทำ เพื่อพัฒนา EF ให้ดีขึ้นตามลำดับ งานวิจัยทางด้านประสาทวิทยาศาสตร์พบว่า EF เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองหลายส่วนเช่น Prefrontal cortex, Parietal areas, Supplementary motor area (SMA), Pre-supplementary motor area (pre-SMA) เป็นต้น อย่างไรก็ตามสมองส่วนที่มีบทบาทสำคัญที่สุดเกี่ยวกับ EF คือสมองส่วนหน้าสุด หรือ Prefrontal cortex (PFC) โดยพบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บของสมองส่วนหน้าแม้จะมีความจำระยะยาว, IQ และทักษะทางภาษาเหมือนปกติ แต่กลับมีปัญหาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ การปรับตัว การวางแผน การตัดสินใจ รวมทั้งมีปัญหาด้านความจำขณะทำงาน (Clark and Manes, 2004; Spencer-Smith and Anderson, 2009)

การกำกับตนเอง (Self-regulation)

การกำกับตนเอง หรือ Self-regulation (SR) หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการปรับความคิด อารมณ์ การกระทำ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว รวมถึงการตรวจสอบให้แน่ใจว่าตนเองจะไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ (Carver and Scheier, 1981; Gollwitzer et al., 2011)

ซึ่งมีความหมายครอบคลุมตั้งแต่การตัดสินใจกำหนดเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินงานตามแผน การติดตามเป้าหมาย ความมุ่งมั่นที่จะทำให้ได้ไม่ล้มเลิกความตั้งใจง่าย ๆ การตัดสินใจปรับเปลี่ยนแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เป็นต้น กล่าวโดยย่อคือการกำกับตนเองเป็นลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของการปรับพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการกระทำที่มุ่งสู่เป้าหมาย ในทางทฤษฎี Self-regulation สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับคือ 1) Self-regulation ที่เป็นกระบวนการจากล่างขึ้นบน (Bottom-up process) หมายถึงการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสโดยการตอบสนองทันทีเป็นอัตโนมัติ โดยไม่ต้องใช้ความคิดมากำกับควบคุม ตัวอย่างเช่น ความกังวลเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ใหม่ ๆ ความตื่นเต้นเมื่อลุ้นรางวัล เป็นต้น Bottom-up self-regulation เป็นการควบคุมระดับง่ายคือใช้เพียงสมองส่วนที่อยู่ใต้เปลือกสมองใหญ่เท่านั้น (Subcortical) ไม่ต้องอาศัยการทำหน้าที่ของเปลือกสมองใหญ่ (Cortical) 2) Self-regulation แบบที่เป็นกระบวนการจากบนลงล่าง (Top-down process) เป็นการตอบสนองที่เกิดจากความคิดความตั้งใจของเราที่จะปรับ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม เพื่อนำสู่การกระทำที่สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว ซึ่งต้องใช้ทั้งความจำและความตั้งใจที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ได้ตามเป้าหมายเช่น ตั้งใจหยุดทำพฤติกรรมบางอย่าง (ทั้งที่อยากจะทำ) เพื่อเลือกทำสิ่งที่สำคัญกว่าและนำเราไปสู่เป้าหมาย การกำกับตนเองแบบที่ควบคุมจากบนลงล่างนี้เป็นสิ่งที่ทำยากและต้องอาศัยความจำและความมุ่งมั่นตั้งใจ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า Top-down self-regulation และ executive functions นั้นมีความคล้ายคลึงกันมากจนแทบจะเป็นเรื่องเดียวกัน โดย EF เป็นพื้นฐานสำคัญที่ก่อให้เกิดความสามารถในการกำกับตนเองเมื่อโตขึ้น สำหรับเนื้อหาที่จะกล่าวต่อไปนี้คำว่า Self-regulation จะหมายถึง Top-down self-regulation เท่านั้น จะเห็นว่าการกำกับตนเอง หรือ self-regulation เป็นสิ่งที่ยาก ต้องอาศัยกระบวนการหลาย ๆ อย่างประกอบกัน กระบวนการที่สำคัญอันหนึ่งคือการควบคุมตนเอง

การควบคุมตนเอง (Self-control)

Self-control หมายถึง การควบคุมตนเองทั้งการกระทำและจิตใจ เพื่อห้ามตนเองไม่ให้ทำในสิ่งที่อยากทำบางอย่างซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายเพราะต้องใช้ ความอดทนพยายาม (Effortful control) เพื่อควบคุมตนเองทั้งการกระทำและจิตใจเพื่อให้บรรลุบางสิ่ง เช่น ควบคุมตนเองไม่ให้ทานของหวานเมื่อตั้งใจจะลดน้ำหนัก เป็นต้น ในการทำให้สำเร็จนอกจากจะต้องละทิ้งความสุขเล็กน้อยที่มายั่ววนอยู่ตรงหน้า (Self-control/Effortful control) แล้วยังต้องมีการกำกับตนเอง (self-regulation) ให้ปรับอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมที่จูงใจให้เกิดการกระทำอื่น ๆ อีกหลายอย่างในการลดน้ำหนักให้สำเร็จ เช่น การเลือกรับประทานอาหารประเภทลดน้ำหนัก การจัดตารางเวลาออกกำลังกายให้สม่ำเสมอและทำให้ได้ตามตารางเวลานั้น ฯลฯ ดังนั้นจะเห็นว่า Self-regulation เป็นการปรับตัวในหลาย ๆ ด้านเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมายซึ่งมีความหมายกว้างกว่า การควบคุมตนเอง (Self-control/Effortful control) (Eisenberg et al., 2010) โดยการลดน้ำหนักได้สำเร็จตามเป้าหมายเปรียบเสมือนรางวัลที่มีคุณค่ามากกว่าในระยะยาวนั่นเอง กล่าวโดยสรุป การจะไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จต้องอาศัย Self-control/Effortful control ในหลาย ๆ เรื่องที่รวมกันแล้วทำให้เรามี self-regulation คือความสามารถในการกำกับตนเองไปสู่เป้าหมายระยะยาวได้นั่นเอง (Fujita, 2011)

การกำกับตนเองของแต่ละบุคคลจะทำได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 3 อย่าง คือ 1) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เหมาะสม มีความเป็นไปได้ หมั่นคอยตรวจสอบติดตามเป้าหมาย 2) มีแรงจูงใจที่ทุ่มเททำงานให้เข้าใกล้เป้าหมายขึ้นเรื่อย ๆ และ 3) มีความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคหรือเอาชนะสิ่งที่ย่ำแย่จนให้เราล้มเลิกความตั้งใจ ดังนั้นความล้มเหลวจึงอาจเกิดได้จากสาเหตุทั้ง 3 ข้อคือ การที่คนเราล้มเหลวอาจเกิดจากการที่เขาไม่รู้เป้าหมายหรือการตั้งเป้าหมายที่ห่างไกลความเป็นจริง, การขาดแรงจูงใจที่ทุ่มเททำงานให้ไปถึงเป้าหมาย, หรืออาจเกิดจากการย่อท้อต่ออุปสรรคหรือมีสิ่งที่ย่ำแย่จนให้ล้มเลิกความตั้งใจไปเสียก่อน (Baumeister and Heatherton, 1996; Heatherton and Wagner, 2011)

ทักษะ EF มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulation-SR) กล่าวคือ เด็กที่มี EF ดีก็จะมีการกำกับตนเองที่ดีด้วย ทั้ง EF/SR มีความสัมพันธ์กับความพร้อมและความสำเร็จทางการเรียนของเด็กในทุกระดับชั้นตั้งแต่อนุบาลจนถึงมหาวิทยาลัย เด็กที่มีทักษะด้าน EF ดีกว่าจะมีความพร้อมทางการเรียนสูงกว่าและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีทักษะด้าน EF ต่ำกว่า (Eisenberg et al., 2010; Marsh et al., 2006) นอกจากนี้ EF ยังมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของชีวิตในหลายๆด้าน เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต การอ่านออกเขียนได้ ผลการเรียน ความสำเร็จในอาชีพการงาน ชีวิตคู่และความปลอดภัยในสังคม เด็กที่มี EF/SR ดีจะมีทักษะทางสังคมดีคือเป็นที่ยอมรับของเพื่อน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รู้จักแบ่งปันอยากช่วยเหลือผู้อื่น และมักจะไม่มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Diamond, 2013)

ในทางตรงข้าม เด็กวัยรุ่นที่มีความบกพร่องของ EF จะมีปัญหาพฤติกรรมทั้งแบบแสดงออก (เช่น ก้าวร้าว ใช้ความรุนแรง ก่อความวุ่นวาย ทำผิดกฎระเบียบ) และแบบเก็บกด (เช่น แยกตัวจากสังคม วิตกกังวล ซึมเศร้า) ฯลฯ ปัญหาในการกำกับตนเองเช่น ไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ การกระทำของตนเอง ไม่สามารถกำกับตนเองได้ และเป็นเหตุให้เด็กขาดความพร้อมทางการเรียนและมีปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียน เช่น ไม่สนใจการเรียน ไม่ส่งงาน หนีเรียน หุนหันพลันแล่น ทำโดยไม่ยั้งคิด ก้าวร้าวใช้ความรุนแรง ทะเลาะวิวาท ติดเกมส์ ติดบุหรี ติดสุรา ติดการพนัน และติดยาเสพติด ฯลฯ (Burton et al., 2016; Romer et al., 2017; Woltering et al., 2016) เด็กที่มีความบกพร่องของ EF/SR มีโอกาสสูงที่จะล้มเหลวทางการเรียนและทำผิดกฎระเบียบ ที่สำคัญคืองานวิจัยจำนวนมากรายงานว่าปัญหาพฤติกรรมในเด็กและเยาวชนเช่น หุนหันพลันแล่น ใช้อารมณ์ทำโดยไม่คิดไตร่ตรอง เกี่ยวโยงกับความบกพร่องของ EF และการกำกับตนเอง ส่งผลให้เกิดการทำผิดกฎหมาย ใช้ความรุนแรง รวมทั้งการติดยาเสพติด (Clark and Manes, 2004; Lansing et al., 2016; Mitchell and Beech, 2011; Miura and Fuchigami, 2017; Romer et al., 2011; Spencer-Smith and Anderson, 2009) ยิ่งไปกว่านั้นความบกพร่องของ EF ยังเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชหลายโรคที่แสดงอาการในวัยเด็กและวัยรุ่น ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทักษะด้าน EF ที่ดีตามวัย จะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมและปัญหาสังคมต่างๆที่จะตามมาในภายหลัง

บทสรุป

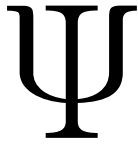
สมองกลีบหน้าสุดเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่เชิงบริหารและการกำกับตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมองของวัยรุ่นแม้จะว่าจะค่อยๆทำให้สมองมีวุฒิภาวะมากขึ้น (Brain maturation) คือสามารถคิดและกำกับตนเองได้เท่ากับผู้ใหญ่ แต่ในขณะเดียวกันวัยรุ่นยังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในสมองบริเวณอื่นทำให้วัยรุ่นมีความต้องการแสวงหาความสนุกแปลกใหม่ตื่นเต้นเร้าใจมากขึ้น นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีความหุนหันพลันแล่นสูงที่สุดอีกด้วย ส่งผลให้วัยรุ่นยังควบคุมความคิดและกำกับตนเองได้ไม่เต็มที่โดยเฉพาะการตัดสินใจเมื่ออยู่กับเพื่อนหรือการตัดสินใจในสถานการณ์เสี่ยง ความรู้นี้สำคัญเพราะพ่อแม่และครูสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการสอนและการเลี้ยงดูวัยรุ่น นำเอาพลังของความเป็นวัยรุ่นนี้มาใช้ให้เป็นประโยชน์โดยเปิดโอกาสให้วัยรุ่นแสดงออกด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์และมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง โดยกิจกรรมควรมีความสนุกตื่นเต้นแปลกใหม่ สามารถสร้างความสุขความพึงพอใจ และขณะเดียวกันก็เป็นประโยชน์กับตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม เช่น ดนตรี กีฬา ศิลปะ กิจกรรมจิตอาสาต่างๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ล้วนแต่เป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีทักษะการคิดและการกำกับตนเองที่ดีขึ้นได้ วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาสำคัญที่พ่อแม่ครู รวมทั้งคนในชุมชนสังคมล้วนมีบทบาทในการประคับประคองให้เขาเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ผู้ใหญ่อย่างราบรื่น พ่อแม่และครูควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับวัยรุ่นให้เขาเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งเป็นที่พึ่งในการให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาต่างๆในยามที่เขาต้องการความช่วยเหลือ และสนับสนุนให้เขาได้ทำในสิ่งที่สนใจ ซึ่งนอกจากจะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมต่างๆแล้วยังช่วยให้วัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ รู้จักคิด รู้จักกำกับตนเองให้ลงมือทำสิ่งต่างๆจนประสบความสำเร็จ จึงนับว่าเป็นการช่วยพัฒนาสังคมไทยอย่างยั่งยืนอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Anderson, V., Jacobs, R., Anderson, P.J., 2008. **Executive functions and the frontal lobes: A lifespan perspective**. NY: Psychology Press, New York.
- Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., 1996. **Self-Regulation Failure: An Overview**. *Psychol. Inq.* 7, 1-15.
- Blair, C., 2017. **Educating executive function**. *Wiley Interdiscip. Rev. Cogn. Sci.* 8.
- Burton, D., Demuynck, S., Yoder, J.R., 2016. **Executive Dysfunction Predicts Delinquency But Not Characteristics of Sexual Aggression Among Adolescent Sexual Offenders**. *Sex. Abuse* 28, 707-721.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., 1981. **Attention and Self-Regulation: A Control-Theory Approach to Human Behavior**. Springer-Verlag New York.
- Clark, L., Manes, F., 2004. **Social and emotional decision-making following frontal lobe injury**. *Neurocase* 10, 398-403.
- Diamond, A., 2013. **Executive functions**. *Annu. Rev. Psychol.* 64, 135-168.

- Diamond, A., 2014. **Want to Optimize Executive Functions and Academic Outcomes?: Simple, Just Nourish the Human Spirit.** *Minn Symp Child Psychol* 37, 205-232.
- Diamond, A., Ling, D.S., 2016. **Conclusions about interventions, programs, and approaches for improving executive functions that appear justified and those that, despite much hype, do not.** *Dev. Cogn. Neurosci.* 18, 34-48.
- Eisenberg, N., Spinrad, T.L., Eggum, N.D., 2010. **Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment.** *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 6, 495-525.
- Fujita, K., 2011. **On conceptualizing self-control as more than the effortful inhibition of impulses.** *Pers. Soc. Psychol. Rev.* 15, 352-366.
- Gollwitzer, P.M., Sheeran, P., Trotschel, R., Webb, T.L., 2011. **Self-regulation of priming effects on behavior.** *Psychol. Sci.* 22, 901-907.
- Heatherton, T.F., Wagner, D.D., 2011. **Cognitive neuroscience of self-regulation failure.** *Trends Cogn. Sci.* 15, 132-139.
- Kharitonova, M., Martin, R.E., Gabrieli, J.D., Sheridan, M.A., 2013. **Cortical gray-matter thinning is associated with age-related improvements on executive function tasks.** *Dev. Cogn. Neurosci.* 6, 61-71.
- Lansing, A.E., Virk, A., Notestine, R., Plante, W.Y., Fennema-Notestine, C., 2016. **Cumulative trauma, adversity and grief symptoms associated with fronto-temporal regions in life-course persistent delinquent boys.** *Psychiatry Res Neuroimaging* 254, 92-102.
- Larsen, B., Luna, B., 2015. **In vivo evidence of neurophysiological maturation of the human adolescent striatum.** *Dev. Cogn. Neurosci.* 12, 74-85.
- Marsh, R., Zhu, H., Schultz, R.T., Quackenbush, G., Royal, J., Skudlarski, P., Peterson, B.S., 2006. **A Developmental fMRI Study of Self-Regulatory Control.** *Hum. Brain Mapp.* 27, 848-863.
- Mitchell, I.J., Beech, A.R., 2011. **Towards a neurobiological model of offending.** *Clin. Psychol. Rev.* 31, 872-882.
- Miura, H., Fuchigami, Y., 2017. **Impaired executive function in 14- to 16-year-old boys with conduct disorder is related to recidivism: A prospective longitudinal study.** *Crim. Behav. Ment. Health* 27, 136-145.
- Romer, D., Betancourt, L.M., Brodsky, N.L., Giannetta, J.M., Yang, W., Hurt, H., 2011. **Does adolescent risk taking imply weak executive function? A prospective study of relations between working memory performance, impulsivity, and risk taking in early adolescence.** *Developmental science* 14, 1119-1133.

- Romer, D., Reyna, V.F., Satterthwaite, T.D., 2017. **Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context.** Dev. Cogn. Neurosci. 27, 19-34.
- Sawyer, S.M., Azzopardi, P.S., Wickremarathne, D., Patton, G.C., 2018. **The age of adolescence.** The Lancet. Child & adolescent health 2, 223-228.
- Spencer-Smith, M., Anderson, V., 2009. **Healthy and abnormal development of the prefrontal cortex.** Dev. Neurorehabil. 12, 279-297.
- Tau, G.Z., Peterson, B.S., 2010. **Normal development of brain circuits.** Neuropsychopharmacology 35, 147-168.
- Willoughby, T., Good, M., Adachi, P.J., Hamza, C., Tavernier, R., 2013. **Examining the link between adolescent brain development and risk taking from a social-developmental perspective.** Brain Cogn. 83, 315-323.
- Woltering, S., Lishak, V., Hodgson, N., Granic, I., Zelazo, P.D., 2016. **Executive function in children with externalizing and comorbid internalizing behavior problems.** J. Child Psychol. Psychiatry 57, 30-38.
- Zelazo, P.D., Craik, F.I., Booth, L., 2004. **Executive function across the life span.** Acta Psychol. (Amst.) 115, 167-183.
-



วารสารจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วันที่

เรื่อง ขอตีพิมพ์บทความในวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เรียน บรรณาธิการวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

นิสิต/นักศึกษาปริญญาเอก นิสิต/นักศึกษาปริญญาโท อาจารย์

อื่นๆ (ระบุ)

หลักสูตร สาขาวิชา มหาวิทยาลัย

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความวิทยานิพนธ์

บทวิจารณ์หนังสือ (book review) บทความปริทรรศน์ (review article)

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

.....

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

โทรศัพท์เคลื่อนที่ E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและขอรับรองว่า บทความของข้าพเจ้าไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อนและจะไม่นำส่งไปเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่นอีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ลงนาม ผู้ส่งบทความ

(.....)

วันที่

เฉพาะบทความวิทยานิพนธ์

ข้าพเจ้า อาจารย์ที่ปรึกษาอนุญาตให้

ส่งบทความข้างต้นมาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ลงนาม

(.....)

วันที่

คำชี้แจงสำหรับผู้ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เป็นวารสารเพื่อส่งเสริมและสนับสนุน การศึกษาค้นคว้าสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการด้านจิตวิทยา บทความทุกเรื่องที่ดีพิมพ์จะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต รายละเอียดมีดังนี้

1. ลักษณะบทความที่ดีพิมพ์

- 1.1 บทความทางวิชาการ/บทความทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา
- 1.2 บทความวิจัย/บทความวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา
- 1.3 บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review)

2. ส่วนประกอบของบทความ

2.1 บทความทางวิชาการ

ความยาวเรื่องละไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 ประกอบด้วย

- 2.1.1 ชื่อเรื่อง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
- 2.1.2 ชื่อผู้แต่ง
- 2.1.3 สถาบันที่ผู้เขียนสังกัด
- 2.1.4 บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
- 2.1.5 บทนำ เนื้อเรื่องและสรุปสาระสำคัญ
- 2.1.6 เอกสารอ้างอิง (ตามระบบ APA)

2.2 บทความวิจัย/บทความวิทยานิพนธ์

ความยาวเรื่องละไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 ประกอบด้วย

- 2.2.1 ชื่อเรื่อง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
- 2.2.2 ชื่อผู้แต่ง
- 2.2.3 สถาบันที่ผู้เขียนสังกัด
- 2.2.4 บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
- 2.2.5 คำสำคัญ (Key words)
- 2.2.6 เนื้อเรื่อง ประกอบด้วย
 - 1) บทนำ
 - 2) วัตถุประสงค์
 - 3) นิยามศัพท์
 - 4) วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
 - 5) ระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การวิเคราะห์ข้อมูล

6) ผลการวิจัย

- บทสรุป
- ข้อเสนอแนะ

7) เอกสารอ้างอิง (ตามระบบ APA)

2.3 บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review)

2.3.1 ชื่อหนังสือ

2.3.2 ชื่อผู้เขียน/ผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์

2.3.3 สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์/จำนวนหน้า

2.3.4 การนำเสนอบทวิจารณ์ควรมี

- ส่วนนำ ส่วนเนื้อหา ส่วนสรุป

2.3.5 การนำเสนอสาระสำคัญในแต่ละบท

- สรุปและวิจารณ์แยกแต่ละบทหรือแต่ละบทความ

2.3.6 ความเห็นโดยสรุป (Concluding remarks)

3. การจัดพิมพ์

3.1 พิมพ์ลงหน้ากระดาษขนาด A4

3.2 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Office Word 2010

3.3 รูปแบบตัวอักษร TH SarabunPSK

3.4 ลักษณะและขนาดตัวอักษร

3.4.1 ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ตัวหนาขนาด 26

3.4.2 ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) ตัวหนาขนาด 26

3.4.3 ชื่อผู้เขียน ตัวหนาขนาด 16

3.4.4 หัวข้อใหญ่ ตัวหนาขนาด 16

3.4.5 เนื้อหา ตัวปกติขนาด 16

4. การจัดส่งบทความ

วิธีที่ 1 จัดส่งบทความผ่านเว็บ <http://journal.psy.kbu.ac.th/>

วิธีที่ 2 จัดส่งบทความผ่าน e-mail: journal.psy.kbu@gmail.com

มีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ โทร.0-2320-2777 ต่อ 1163

รองศาสตราจารย์ ดร.อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง โทร. 085-918-5543

รองศาสตราจารย์ไพบุลย์ เทวรักษ์ โทร. 089-929-9705

5. เงื่อนไขการตีพิมพ์บทความ

5.1 เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน

5.2 เป็นบทความที่ผ่านการพิจารณาจาก **ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (Peer review)** ของวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต บทความละ 2 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเชิงวิชาการ

5.3 เป็นบทความที่ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

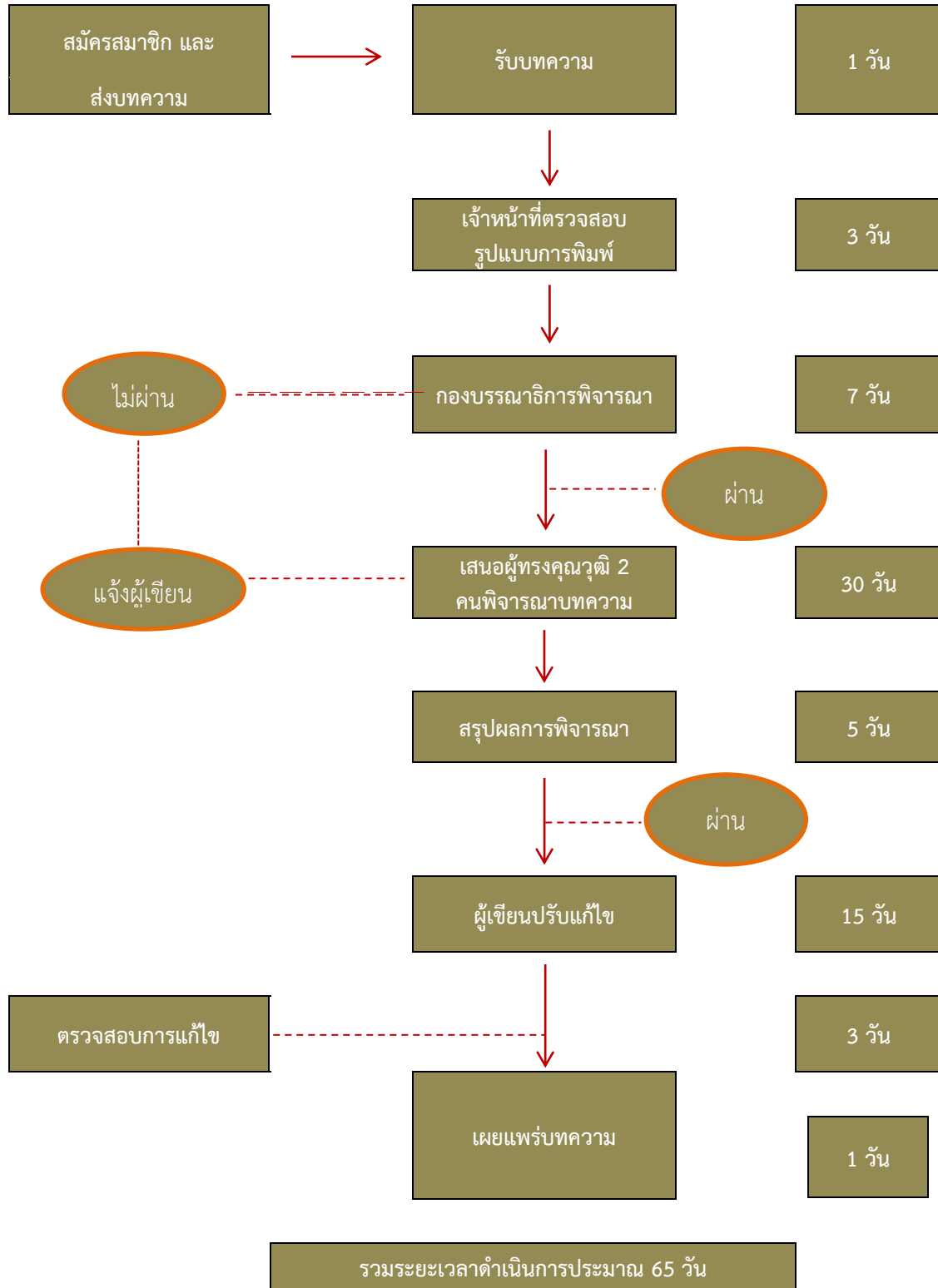
5.4 บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

5.5 เจ้าของบทความจะได้รับวารสารฉบับนั้น จำนวน 3 เล่ม

**การพิจารณาคัดเลือกบทความ/บทวิจารณ์หนังสือเพื่อพิมพ์เผยแพร่
ในวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต**

1. บรรณาธิการจะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าได้รับบทความเพื่อพิจารณาลงตีพิมพ์
2. บรรณาธิการจะพิจารณากลับกรองบทความ/บทวิจารณ์หนังสือว่ามีรูปแบบการนำเสนอเป็นไปตามรูปแบบ แบบวารสารจิตวิทยา หรือไม่ และสงวนสิทธิ์ที่จะไม่พิจารณาบทความ/บทวิจารณ์หนังสือ ที่การนำเสนอไม่เป็นไปตามรูปแบบวารสารจิตวิทยา (โดยไม่ส่งคืนต้นฉบับให้แก่ผู้เขียน)
3. บรรณาธิการจะนำบทความ/บทวิจารณ์หนังสือที่ผู้เขียนส่งมาเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของบทความ/บทวิจารณ์หนังสือ โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 วัน โดยมีเงินสมนาคุณผู้ทรงคุณวุฒิ บทความละ 3,000.- บาท (สำหรับผู้เขียนที่มีได้เป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต)
4. บทความ/บทวิจารณ์หนังสือที่จะได้พิมพ์เผยแพร่ในวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต จะต้องได้รับการประเมินให้พิมพ์เผยแพร่ได้จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขาวิชา
5. ในกรณีที่ผลการประเมินระบุให้ต้องปรับปรุงหรือแก้ไขก่อนพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จ และส่งบทความ/บทวิจารณ์หนังสือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปยังบรรณาธิการวารสารฯ ภายใน 15 วัน (หรือตามที่บรรณาธิการกำหนด) นับจากวันที่ได้รับทราบผลการประเมิน ในกรณีที่ท่านส่งบทความ/บทวิจารณ์หนังสือสือฉบับแก้ไขช้ากว่ากำหนด บรรณาธิการจะนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารฉบับต่อไป (โดยผู้เขียนจะต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบว่าประสงค์จะส่งซ้ำ)

กระบวนการพิจารณาบทความของวารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต



หลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยา ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ปรัชญา: มุ่งเน้นการผลิตผู้เชี่ยวชาญบัณฑิตที่ท้อปด้วย พลังปัญญา คุณค่า คุณธรรม คุณประโยชน์

ปริญญาโท

หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ (Master of Arts Program in Psychology for Development of Human Potentials)

ปริญญาเอก

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา (Doctor of Philosophy Program in Psychology) - กลุ่มวิชาจิตวิทยาเพื่อพัฒนาศักยภาพมนุษย์ (Psychology for Developing Human Potentials)

ตัวอย่างวิทยานิพนธ์

จันทิมา ฆณะรัตน์. (2560). การศึกษาการยับยั้งชั่งใจของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

พันตำรวจโทชูชาติ คงเมือง. (2560). พฤติกรรมผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าสถานีตำรวจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจประจำสถานีตำรวจในเขตพื้นที่ กองบังคับการตำรวจนครบาล 5 กองบัญชาการตำรวจนครบาล. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

ชิงชัย หวังพิทักษ์. (2560). ปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการประสบความสำเร็จในการเรียนของนักศึกษาการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยกรุงเทพมหานคร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

อัญชลี แฉ้วนุ่ม. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมการอ่านสะกดคำของนักเรียนที่มีปัญหาการเรียนรู้ ด้านการอ่าน โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีความหมายร่วมกับการเสริมแรง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

สุนทรทิพย์ กลิ่นหอม. (2560). การจัดการรวมวิชาศาสตร์เชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาความสามารถทางพหุปัญญาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

พัชณิกานต์ ใจมา. (2560). ปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเป้าหมายสู่ความสำเร็จด้านการเรียน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

ประจักษ์จินต์ โสภณพนิกุล. (2561). ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อความหยุนตัวในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

ชนาธิป บุษราคัม. (2560). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เชิงจิตวิทยาบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางวัฒนธรรมองค์การของผู้บริการระดับต้น บริษัท บี อาร์ เอฟ (ไทยแลนด์) จำกัด. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา กลุ่มวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และองค์การ. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน. (2560). การพัฒนารูปแบบการนำตนเองด้วยการเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงในการทกล้มของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องระดับเล็กน้อย. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา กลุ่มวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และองค์การ. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

สุชัย สุรพิชญ์พงศ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความคิดด้านการรับรู้และการจำขณะปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา กลุ่มวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และองค์การ. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

พระมหาพินิจ สุนทรโร (พรหมวิจิตร). (2561). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้บูรณาการแนวคิดเชิงพุทธและแนวคิดการใช้สมองเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น เขตกรุงเทพมหานคร. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา กลุ่มวิชาจิตวิทยาการเรียนรู้และการสอน. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

นักศึกษาสามารถจัดเวลาเรียนได้โดยไม่กระทบเวลาทำงาน

www.kbu.ac.th

วิทยาเขตพัฒนาการ 1761 ถนนพัฒนาการ แขวงสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร. 0-2320-2777 โทรสาร 0-2321-4444

วิทยาเขตร่มเกล้า 60 ถนนร่มเกล้า แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ 10510 โทร. 0-2904-2222 โทรสาร 0-2904-2200