



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา
ต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์
อาจารย์ สิริพิมพ์ ชูปาน
รองศาสตราจารย์ ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์
อาจารย์รัศมีสุนันท์ จันทรภักดี

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560
มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ 2560A10802246

สัญญาเลขที่ 13/ 2560

โครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา
ต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์

อาจารย์ สิริพิมพ์ ชูปาน

รองศาสตราจารย์ ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์

อาจารย์รัศมีสุนันท์ จันทรภักดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มิถุนายน พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล
(งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มหาวิทยาลัยบูรพาผ่านสำนักงาน
คณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 13/ 2560

Acknowledgment

This work was financially supported by the Research Grant of Burapha University through National Research Council of Thailand (Grant no. 13/ 2560).

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

ข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา ประเภทงบประมาณเงินรายได้ จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

(ภาษาอังกฤษ) Effects of Problem-solving Skill Enhancement on Social Problem-solving and Depression among Nursing Students

รหัสโครงการ 2560A10802246 / สัญญาเลขที่ 13/ 2560 ได้รับงบประมาณรวมทั้งสิ้น 250,000 บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) ระยะเวลาการดำเนินงาน 1 ปี (ระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2561)

โครงการวิจัยนี้แบ่งเป็นสองระยะ ระยะที่หนึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปีการศึกษา 2560 จำนวน 650 คน ระยะที่สองเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 60 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และ .83 และโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนมกราคมถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผลการวิจัยในระยะที่หนึ่งพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 32 โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 18 และระดับรุนแรงร้อยละ 14
2. ผลการวิจัยในระยะที่สองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมี

คะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลถือเป็นประเด็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสำคัญที่คณาจารย์หรือบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ควรมีการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพจิต เพื่อการประเมิน ช่วยเหลือ และติดตามภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อย่างใกล้ชิด ตลอดจนนำโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมทักษะ การแก้ปัญหาทางสังคมและลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล หรือนักศึกษามหาวิทยาลัยกลุ่มอื่นต่อไป

บทคัดย่อ

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลายทั้งด้านพัฒนาการตามวัย การเรียน และการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัย หากนักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพก็จะสามารถจัดการกับปัญหาที่เข้ามาได้อย่างดี ทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีและไม่มีภาวะซึมเศร้า โครงการวิจัยนี้แบ่งออกเป็นสองระยะ ระยะที่หนึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปีการศึกษา 2560 จำนวน 650 คน ส่วนระยะที่สองเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 60 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และ .83 และโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนมกราคมถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผลการวิจัยในระยะที่หนึ่งพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 32 โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 18 และระดับรุนแรงร้อยละ 14
2. ผลการวิจัยในระยะที่สองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=106.20$, $SD.= 14.03$; $\bar{X}=106.77$, $SD.= 13.27$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=101.07$, $SD.= 9.34$; $\bar{X}=101.30$, $SD.= 9.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=13.30$, $SD.=4.63$; $\bar{X}=8.70$, $SD.=4.42$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=18.67$, $SD.=2.50$; $\bar{X}=18.00$, $SD.=3.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=106.20$, $SD.=14.03$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=106.77$, $SD.=13.27$) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X}=99.60$, $SD.=13.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=13.30$, $SD.=4.63$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=8.70$, $SD.=4.42$) ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X}=19.03$, $SD.=2.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลถือเป็นประเด็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสำคัญที่คณาจารย์หรือบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ควรมีการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพจิต เพื่อการประเมิน ช่วยเหลือ และติดตามภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อย่างใกล้ชิด ตลอดจนนำโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมทักษะ การแก้ปัญหาทางสังคมและลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล หรือนักศึกษามหาวิทยาลัยกลุ่มอื่นต่อไป

Abstract

Nursing students are at risk for depression since they have to adapt themselves in various aspects such as developmental change, learning, and teaching styles, and university environment. If these students have effective social problem solving skills, they will have capacity to solve their problems leading to good mental health and no depression. This research project was divided into two phases: First phase is a descriptive research aimed as exploring depression and social problem-solving among 650 nursing students studying at the Nursing Faculty of one particular university in the Eastern part of Thailand in academic year 2017. The second phase is the quasi-experimental research with pre-post and follow-up design focusing on testing the effects of problem-solving skill enhancement program on social problem-solving and depression among 60 nursing students with mild and moderate levels of depression. They were randomly assigned into either the experimental group (n = 30) and the control group (n = 30). The research instruments included the general information record form, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, and the Social Problem Solving Inventory for Adolescents with Cronbach's alpha of .89, and .83, and the Problem-solving skill enhancement program. The data collection were conducted from January to May, 2018. Descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measures ANOVA and pairwise comparison using Bonferroni method were employed for data analyses.

The results revealed as follow:

1. In the first phase, the results showed that 32% of nursing students had depression in which 18 %t had mild and moderate depression and 14 percent had severe depression.
2. In the second phase, the results showed that the experimental group had the mean scores of social problem-solving at post-test and 1-month follow-up (\bar{X} =106.20, SD .= 14.03 ; \bar{X} =106.77, SD .= 13.27) significantly higher than the control group (\bar{X} =101.07, SD .= 9.34 ; \bar{X} =101.30, SD .= 9.48), $p < .05$.

3. The experimental group had the mean scores of depression at post-test and 1-month follow-up ($\bar{X}=13.30$, $SD.=4.63$; $\bar{X}=8.70$, $SD.=4.42$) significantly higher than the control group ($\bar{X}=18.67$, $SD.=2.50$; $\bar{X}=18.00$, $SD.=3.43$), $p < .05$.

4. In the experimental group, the mean scores of social problem-solving at post-test ($\bar{X}=106.20$, $SD.=14.03$) and 1 month follow-up ($\bar{X}=106.77$, $SD.=13.27$) were significantly higher than at the pre-test ($\bar{X}=99.60$, $SD.=13.14$), $p < .01$.

5. In the experimental group, the mean scores of depression at post-test ($\bar{X}=13.30$, $SD.=4.63$) and 1 month follow-up ($\bar{X}=8.70$, $SD.=4.42$) were significantly lower than the mean score at pre-test ($\bar{X}=19.03$, $SD.=2.04$), $p < .05$.

The research findings indicate that depression among the nursing students is a major mental health issue that the faculty members or related health care providers should be concerned and develop the mental health services focusing on closely assessing, providing care, and monitoring depression among these students. They should also apply this program to enhance social problem-solving skills and decrease depression among the group of nursing students or other university students.

สารบัญ
(Table of Contents)

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ช
สารบัญ	ณ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญภาพ	ฏ
บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
สมมุติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
การทบทวนวรรณกรรม	8
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	8
ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล	11
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า	17
โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล	19
วิธีดำเนินการวิจัย	23
แบบการวิจัย	23
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	23
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	24
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	26
การเก็บรวบรวมข้อมูล	27
การวิเคราะห์ข้อมูล	29
ผลการวิจัย	30
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	31
ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล	33
ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคล และผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	35
ส่วนที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้า	37

	หน้า
ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมและ ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	38
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมและ ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล	39
การอภิปรายผล	44
การอภิปรายผลการวิจัย	45
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์	50
รายงานสรุปการเงิน	52
เอกสารอ้างอิง	53
ภาคผนวก	57
ประวัตินักวิจัยและคณะพร้อมหน่วยงานสังกัด	84

สารบัญตาราง
(List of tables)

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	31
ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามชั้นปี	33
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามระดับชั้นปี	34
ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่จำแนกตามชั้นปี	34
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมจำแนกตามองค์ประกอบย่อ	34
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	35
ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน	37
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง	38
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	39
ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลอง	41
ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	41
ตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง	43

สารบัญภาพ
(List of illustrations)

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพที่ 2 กราฟแสดงการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง	40
ภาพที่ 3 กราฟแสดงการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง	42

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

นักศึกษาพยาบาลถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับการปรับตัวตามระยะพัฒนาการของช่วงวัยนั้น นักศึกษาพยาบาลเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีช่วงอายุระหว่าง 17-22 ปี (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2557) ซึ่งถือเป็นระยะพัฒนาการช่วงคาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Steinberg & Morris, 2001) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นช่วงที่กำลังแสวงหาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มุ่งเน้นที่จะแสวงหาความมั่นคงด้านอาชีพ มีการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ใหญ่เต็มตัว แต่สภาพอารมณ์และจิตใจยังไม่มั่นคง ก่อให้เกิดความสับสนในตนเองส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจได้ง่าย (Townsend, 2011) และนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่างๆ เช่น เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในช่วงวัยรุ่น โดยพบได้น้อยในช่วงวัยเด็กและเพิ่มสูงขึ้นจากวัยรุ่นตอนกลาง ถึงวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Avenevoli, Knight, Kessler, & Merikangas, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 19 ถึง 42 (Charoensuk, 2007; Ruangkanchanasetr, Plitponkarpim, Hetrakul, & Kongsakon, 2005; Vatanasin, Thapinta, Thompson, Thungjaroenkul, 2012) ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง

สำหรับการปรับตัวด้านการจัดการเรียนการสอนเกิดจากการที่นักศึกษาพยาบาลซึ่งเรียนในระดับอุดมศึกษาที่มีลักษณะการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นศาสตร์ในการดูแลภาวะสุขภาพของบุคคลอย่างเป็นองค์รวม โดยประยุกต์องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยา วิจัย หรือศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ (วรณยุพา รอยกุลเจริญ, 2550) ซึ่งการจัดรูปแบบการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทั้งในห้องปฏิบัติการและสถานการณ์จริง เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะเชิงวิชาชีพ และคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF) ทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ เพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่มีความรู้และทักษะตามเกณฑ์มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร (กระทรวงศึกษาธิการ, 2552) การเรียนภาคทฤษฎีมุ่งเน้นเสริมสร้างความรู้และทักษะทางปัญญาในศาสตร์พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมเนื้อหาในหมวดวิชาศึกษาทั่วไป พื้นฐานวิชาชีพ และวิชาชีพ ที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล (ประนอม โอทกานนท์, 2543) ซึ่งการเรียนภาคทฤษฎีและการมอบหมายงานที่มากเกินไปเป็นสิ่งที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิด

ความเครียดค่อนข้างสูง (Mahat, 2001; Omigbodun, Odukogbe, Akin-Tunde, Omigbodun, Yusuf, Bella, & Olayemi, 2007; Seyedfatemi, Tafreshi, & Hagani, 2007) และก่อให้เกิดความเครียด และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล (จิณห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส, สายใจ พัวพันธ์ และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2558)

ส่วนการเรียนในภาคปฏิบัติถือเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลศาสตร์ที่มุ่งเน้นการนำองค์ความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ควบคู่กับการพัฒนาทักษะเชิงวิชาชีพ โดยนักศึกษาพยาบาลต้องฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายด้วยความอดทน รอบคอบ ระมัดระวัง และรับผิดชอบ เพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและตนเองได้ นักศึกษาต้องปรับตัวเข้ากับอาจารย์นิเทศ ผู้รับบริการ ญาติ บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย รวมทั้งต้องเผชิญกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (พรชัย ดีไพศาลสกุล, 2556) ซึ่งทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้สึกกดดัน คับข้องใจ วิตกกังวล หรือมีความเครียดในระดับสูงสุด (อัศวินี นามะกันคำ, ซาลินี สุวรรณยศ, พจนีย์ ภาคภูมิ และ วรารวรรณ ภูมิคำ, 2551) โดยมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ ขาดทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาทางด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วย ลักษณะการนิเทศของอาจารย์ และปัญหาสุขภาพ (มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ, 2552) รวมทั้งสภาพบรรยากาศที่ทุกข์ทรมานของหอผู้ป่วย (สุมาลี จุมทอง, ดุซฎี โยเหลา, งามตา วนินทานนท์ และสธัญ ภูคัง, 2552) นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลยังต้องเผชิญกับการปรับตัวด้านการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย การปฏิบัติตามระเบียบมหาวิทยาลัย (นันทิชา บุญละเอียด, 2554) การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรืออาจารย์ จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย กิจกรรมนักศึกษา และสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษา (ไพรัช วงศ์ศรีตระกูล, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลายทั้งในส่วนของการพัฒนาการตามวัย การเรียนการสอนภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ การใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการปฏิบัติบทบาทตามความคาดหวังของสังคมหรือวิชาชีพ การปรับตัวดังกล่าวล้วนมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ความสุขในการเรียนรู้ลดลง (ปีพมา ทองสม, 2554; สมใจ วินิจกุล, สุวรรณษา เจริญสุวรรณซ์ และประทุมทิพย์ สุขราชภูร์, 2557) และนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556; Ahmadi, Toobae, & Alishahi, 2004) จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เพศชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.3 และเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 (กชกร แก้วพรหม และ ชนกฤทัย ชื่นอารมณ, 2556) ส่วนนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.20 โดยมีภาวะซึมเศร่าระดับเล็กน้อยร้อยละ 9.40 ระดับปานกลางร้อยละ 6.50 และระดับรุนแรงร้อยละ 0.30 และนักศึกษาแต่ละชั้นปีมีภาวะซึมเศร่าที่แตกต่างกัน (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, โสภิตน แสงอ่อน และยุวดี ฤาชา, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่า นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพามีภาวะซึมเศร่าร้อยละ 35.9 (นุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางแถม และชนัดดา แนนเกษร; 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร่าค่อนข้างสูง

ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ผิดปกติไปจากเดิมและเกิดขึ้นได้ในทุกเพศทุกวัย โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเศร้า โดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง บางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม (Beck, & Alford, 2009) ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเอง ครอบครัว และสังคม โดยผู้ที่ซึมเศร้ามักรู้สึกหมดแรงและอ่อนล้า นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้น ปวดท้องหรือปวดศีรษะ รู้สึกหนักหรือแน่นหน้าอก (Mahon & Yarcheski, 2001) บางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (Gladstone, & Beardslee, 2009) แยกตัว (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2003) มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด (Rao et al., 2000; Thiamkaew et al., 2007) ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ลดลง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตกต่ำ (Watson et al., 2008) ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Fergusson & Woodward, 2002) ลาออกจากโรงเรียน (Burnard, Rahim, Hayes, & Edwards, 2007) และภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมักมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย (Ruangkanchanasetr et al., 2005; Thanoi, 2009)

จากผลกระทบของภาวะซึมเศร้ามักกล่าวข้างต้นส่งผลให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและเร่งด่วนอย่างยิ่ง ซึ่งการป้องกันภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะปรากฏอาการโดยค้นหา คัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และให้ความช่วยเหลืออย่างทันที่ที่จะช่วยลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้ามลง (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559; Garber, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีรูปแบบการบำบัดหรือโปรแกรมที่หลากหลายในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาเพื่อชีวิต (problem solving for life: PSFL) โปรแกรมแหล่งประโยชน์สำหรับวัยรุ่น (resourceful adolescent program: RAP) โปรแกรมเพื่อน (FRIENDS program) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดด้วยสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น (Fisak, Richard, & Mann, 2011) ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว (Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011) อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นไทยยังพบค่อนข้างน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแก้ปัญหาทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย (Vatanasin et al., 2012) และการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาใช้ได้ผลดีในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (สุณิสสา ศรีโมอ่อน, อทิทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2554) ดังนั้นการประยุกต์รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในเพื่อส่งเสริม ป้องกัน หรือลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในระยะเริ่มต้นได้

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) พัฒนาขึ้นโดย D'Zurilla และ Nezu (2007) โดยเป็นรูปแบบการบำบัดที่ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมรูปแบบหนึ่งที่มีจุดเน้นอยู่ที่สถานการณ์ในปัจจุบันมากกว่าที่จะมองย้อนไปในอดีต รูปแบบการบำบัดนี้มีพื้นฐานมาจากรูปแบบการแก้ปัญหาทางสังคมที่เสริมสร้างการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาตามความเป็นจริงเพื่อส่งเสริมความผาสุก ในแต่ละกิจกรรมจะมุ่งเน้นการปรับความคิด ความเชื่อ และมุมมองต่อปัญหาในทางบวก ส่งเสริมการวางแผน และวิธีการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ เป็นเหตุเป็นผล ทำให้เกิดการเรียนรู้

ทักษะในการจัดการกับปัญหาอย่างหลากหลาย และพัฒนาทักษะใหม่ในการเลือกจัดการกับปัญหาที่สำคัญ รวมถึงส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ ทำให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและไม่มีภาวะซึมเศร้า (D’Zurilla, & Nezu, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถลดอาการซึมเศร้าในประชากรทั้งในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ (Bell & D’Zurilla, 2009) สำหรับในประเทศไทยเริ่มมีการนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ในการดูแล ช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และพบว่าใช้ได้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (สุณิสา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัย เกตุ โอว ยอง และ อัจฉราพร สิริรัญวงศ์, 2554)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบทั้งในส่วนการจัดการเรียนการสอน และการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการค้นหา ป้องกัน คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งในนักศึกษาพยาบาลกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อค้นหา คัดกรอง ให้สุขภาพจิตศึกษา และเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมกับนักศึกษาในกลุ่มเสี่ยง หรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลางเพื่อป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้ารุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการเรียนการสอนและระบบบริการสุขภาพจิตที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหามีการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน
2. นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหามีการแก้ปัญหาทางสังคมสูง และภาวะซึมเศร้าต่ำกว่านักศึกษาพยาบาลในกลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสองระยะโดยระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ส่วนระยะที่สองเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research designs) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน (Pre-post and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 60 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1-4 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปีการศึกษา 2560 และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) พบว่ามีคะแนนระหว่าง 17-20 คะแนน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการและอาการแสดงของอาการซึมเศร้าที่มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม ร่างกาย และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งอาการเหล่านี้ประกอบด้วย อารมณ์เศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกผิด ไม่มีสมาธิ อ่อนแรง นอนไม่หลับหรือหลับมาก เปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร น้ำหนักเปลี่ยนแปลง ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1977) แปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540)

การแก้ปัญหาทางสังคม หมายถึง กระบวนการทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของบุคคลที่พยายามจะแก้ไขสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิตประจำวัน การแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ กระบวนการอัตโนมัติ (automatic process) การเข้าใจปัญหา (problem orientation) และทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving skills) ประเมินโดยใช้แบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น (Social Problem Solving Inventory for Adolescents: SPSI-A) พัฒนาโดย Frauenknecht and Black (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดยดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2558)

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา เป็นรูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มอย่างมีแบบแผน ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวความคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ของ Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญในการปรับมุมมองทางบวกของการแก้ปัญหา และการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล โดยรูปแบบของกิจกรรมจะเน้นให้นักศึกษาฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา ค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผน และลงมือแก้ปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที โดยกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหากับภาวะ

ซึมเศร้าในวัยรุ่น การสำรวจปัญหา สาเหตุ และผลกระทบ การปรับมุมมองต่อปัญหาทั้งทางบวกและลบ การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา การตัดสินใจแก้ปัญหา และการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

การดูแลตามปกติ หมายถึง ระบบอาจารย์ที่ปรึกษาในการดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาในเรื่องของการเรียนและปัญหาต่างๆ ของนักศึกษาในระหว่างการศึกษา และหากนักศึกษามีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหรือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยหรือปานกลางก็จะส่งต่อให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้คำปรึกษารายบุคคล แต่หากพบว่ามีความซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นก็จะส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ของ Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดย Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยเกิดจากรูปแบบการแก้ปัญหาทางสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดก็จะพยายามแก้ปัญหาเหล่านั้นโดยการใช้กระบวนการคิดหรือมุมมองต่อปัญหาใน 2 รูปแบบ คือ มุมมองต่อปัญหาในทางบวก (Positive problem oriented: PPO) และมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative problem oriented: PPO) ซึ่งส่งผลต่อวิธีการแก้ปัญหาของบุคคล โดยบุคคลที่มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกมักมีวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (Rational problem solving) ซึ่งเป็นความพยายามในการทำความเข้าใจกับปัญหา และค้นหาปัญหาที่แท้จริง รวมทั้งพยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผนและลงมือแก้ปัญหา ซึ่งหากบุคคลมีรูปแบบวิธีการแก้ปัญหาในลักษณะนี้มักทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมทำให้ปัญหานั้นหมดไปและไม่มีความซึมเศร้า แตกต่างจากบุคคลที่มีมุมมองต่อปัญหาในทางลบมักจะมีวิธีการแก้ปัญหาใน 2 ลักษณะ คือ การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง (Avoidance) โดยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา หรือรอให้ปัญหานั้นจบลงด้วยตนเอง หรือพยายามพึ่งพาผู้อื่นในการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/ Careless) ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งรีบตัดสินใจโดยเร็ว ไม่ทบทวนทางออกของปัญหาอย่างรอบคอบ ซึ่งรูปแบบการแก้ปัญหาทั้งสองแบบนี้มักทำให้ปัญหานั้นคงอยู่ หรือขยายตัวทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันและมีปัญหาทางสังคมค่อนข้างมาก ซึ่งหากนักศึกษาพยาบาลได้รับการส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพโดยปรับทัศนคติหรือมุมมองต่อปัญหาในทางบวก ลดมุมมองต่อปัญหาในทางลบ รวมทั้งมีการฝึกทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผลให้มากขึ้นจะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว ดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 1 “รู้จักฉัน-เธอ เรารู้จักกัน” เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และสำรวจตนเอง

กิจกรรมที่ 2 “เศร้าๆ สไตล้วยรูนว้ยว้าวุ่น” เพื่อให้สุขภาพจิต ศึกษาเกี่ยวกับ ทักษะการแก้ปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

กิจกรรมที่ 3 “เรียนรู้ปัญหาเพื่อรักษาจิต” เพื่อสำรวจปัญหา และฝึกการค้นหาปัญหา สาเหตุ และผลกระทบ

กิจกรรมที่ 4 “ทุกปัญหามีทางออก” เพื่อฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5 “เลือกทางดี ชีวิตมีสุข” เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 “โลกสวยด้วยมือเรา” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหา และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 “เศร้าไม่เศร้า เราทำได้” เพื่อฝึกการลงมือ แก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ต่อ)

กิจกรรมที่ 7 “อยู่อย่างไรให้สดใสตลอดกาล” เพื่อคงไว้ซึ่ง ทักษะการแก้ปัญหาและขยายผล

กิจกรรมที่ 8 “พร้อมสู้ สู้เป้าหมาย” เพื่อสรุป ทบทวน และ ประเมินผล

- การแก้ปัญหาทางสังคม
- ภาวะซึมเศร้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
2. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล
3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
4. โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมาก ผิดปกติ สมาธิเสีย มีความคิด อยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพการทำงาน หรือการเรียน ซึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (ดวงใจ กษานติกุล, 2543)

ภาวะซึมเศร้า เป็นความเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจที่มีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า (Dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนุกสนาน (Loss of interest or pleasure) หรือมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) จะมีเพียงความรู้สึกเศร้า หงุดหงิด หรือร้องไห้ ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน และกลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและรบกวนกิจวัตรประจำวัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2535)

Beck and Alford (2009) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้อารมณ์ รววมกับมีความคิดด้านลบต่อตนเองจากการเชื่อมโยง ต่ำหนืดต่อตนเองและการลงโทษตนเอง มีการถดถอย และมีความต้องการลงโทษตนเอง หลบหนี หลบซ่อนหรือการตาย มีการเปลี่ยนแปลงที่เฉื่อยชา

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า คือ อาการที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ซึ่งนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย หรือพฤติกรรม เช่น มีอารมณ์โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และขาดความสนใจเรื่องเพศ

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า เบ็ค (Beck & Alford, 2009) ได้อธิบายลักษณะอาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ประการ ดังต่อไปนี้

ด้านอารมณ์ (Emotion) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมีความเศร้าสลด (Dejected mood) มีความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง (Negative feelings toward self) ความพึงพอใจในตนเองลดลง

(Reduction in gratification) สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ (Loss of emotional attachment) ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ (Crying spells) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความร่าเริงต่างๆ ลดลง

ด้านปัญญา (Cognitive) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการประเมินเกี่ยวกับตนเองต่ำ เช่น คิดว่าตนเองล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย มีความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตในทางลบ รู้สึกสิ้นหวัง มีการตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิและลงโทษ ขาดความมั่นใจในตนเองมีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ แต่ทำไม่ได้ ประกอบกับความจำและสมาธิลดลง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง จึงทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ มีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป

ด้านแรงจูงใจ (Motivation) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดการเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูด เชื่องช้า ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิต บุคคลจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ไม่เข้าใจ และไม่สามารถจัดการได้จึงทำให้เกิดความกังวลมากเพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเองในการกระทำต่างๆ แต่ทำไม่ได้ ประกอบกับความจำและสมาธิลดลง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง จึงทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ต่อไป ทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย ต้องการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้

ด้านร่างกาย (Physical) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความอยากรับประทานอาหารลดลง มีน้ำหนักลดลง หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีความยากลำบากในการนอนหลับแบบแผนการนอนผิดปกติ ขาดการสนใจในเรื่องเพศ มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการทางกายร่วมด้วย และเกิดกับอวัยวะทุกระบบ อาการที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ และเจ็บหน้าอก เป็นต้น บางคนรู้สึกว่าน้ำหนักลดลง บ่นว่าเพลียมากจนไม่อยากเคลื่อนไหว

ระดับของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าแบ่งตามความรุนแรงได้ 3 ระดับ ได้แก่

ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild depression) คือ ภาวะความรู้สึกอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส (Blue or sad mood) รู้สึกไม่สนุกหรือไม่สบายใจเป็นอย่างมากระหว่างวัน หรือเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งบุคคลทุกคนรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆเลย บุคคลทั่วไปมีอาการซึมเศร้าได้ ถ้าหากรู้สึกเหน็ดเหนื่อยมากๆ และขาดคนเห็นอกเห็นใจ หรือถูกทอดทิ้งอยู่คนเดียว ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) อาการซึมเศร้าชนิดนี้มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับอาการซึมเศร้าในระดับน้อย แต่มีความรุนแรงกว่าจนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงาน แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ได้ ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นัก ความซึมเศร้าระดับปานกลางมักเป็นปฏิกริยาโต้ตอบต่อภาวะสูญเสียและเหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าชนิดนี้จะรู้สึกอึดอัดใจ การพูดจาเป็นไปอย่างลำบาก ความคิดเชื่องช้า อาจเกิดความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับลึกและเป็นอยู่เวลานาน ผู้ที่มีความซึมเศร้าระดับนี้จะสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ มีอาการซึมเศรหารุนแรงตลอดเวลา คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า สิ้นหวัง คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแล

ตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าจะไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้าค่อนข้างยุ่งยากสลับซับซ้อน เนื่องจากเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงหลายมิติ อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีผู้พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไว้อย่างหลากหลาย แต่ที่ใช้บ่อยในประเทศไทยมีดังต่อไปนี้

1. แบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับคนไทย ใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัวและความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 โดยผู้ตอบแบบสอบถามประเมินและสำรวจตนเองในช่วงหนึ่ง สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วเลือกตอบข้อที่ตรงกับตัวเองมากที่สุด คุณภาพของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Chronbach เท่ากับ .86

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory: BDI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 เพื่อวัดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ได้ปรับปรุงใหม่ในปี 1978 เบ็ค (BDI-IA) เป็นแบบประเมินด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ โดยการใช้ครั้งแรกจะมีการสัมภาษณ์ และให้ผู้ช่วยตอบ จากนั้นคนสัมภาษณ์จะกรอกคำตอบลงในแบบประเมินเพื่อลดการผิดพลาดในการรายงาน ต่อมาให้ผู้ป่วยตอบเองหลังจากนั้นได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงสูง ($r=0.84$) โดยทดสอบกับผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 (Beck, 1967)

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung (Zung Self-Rating Depression Scale) พัฒนาโดย Zung (Yonkers & Samson, 2000) แปลเป็นภาษาไทยโดยนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ (2533) แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อ ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบบประเมินนี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีเทคนิคการแบ่งครึ่ง (split-half) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 และประเมินในชุมชนจำนวน 1,173 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Chronbach เท่ากับ 0.79 แบบประเมินนี้มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression เท่ากับ 0.68 ถึง 0.76

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1977) แปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) และกรมสุขภาพจิตได้แนะนำให้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นไทยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าใน 4 ด้าน คือ อารมณ์ทางลบ อารมณ์ทางบวก อาการทางกาย ปัญหาทางด้านสัมพันธภาพ ผู้ถูกประเมินจะประเมินประสบการณ์ซึมเศร้าของตนเองในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้คะแนนออกมาเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนของแบบประเมินทั้งฉบับมีตั้งแต่ 0-60 คะแนนสูงหมายถึงระดับ

ของอาการซึมเศร้ามาก แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์ของ Chronbach ระหว่าง .84 to .92 (Chaowiang, 2008; Kaesornsamut, 2009; Vongsirimas, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันมีการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามสำหรับงานวิจัยนี้เลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น มีความไวสูง สั้น กระชับ และเหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นไทย

ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาพยาบาลเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวข้องที่มุ่งเน้นการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลภาวะสุขภาพของบุคคลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยประยุกต์องค์ความรู้ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยา วิทยา หรือศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพถือเป็นบุคลากรสำคัญทางวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคคลอื่น ซึ่งการจัดรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการศึกษาทางด้านพยาบาลศาสตร์ ประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทั้งในห้องปฏิบัติการและสถานการณ์จริง เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะเชิงวิชาชีพ และคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF) ทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ เพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่มีความรู้และทักษะตามเกณฑ์มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2552) รวมทั้งมีการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ทั้งในส่วน of ทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การสื่อสาร ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และประยุกต์องค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ การเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์จึงมีความเข้มข้นทั้งในภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 18-20 ปี ซึ่งเป็นช่วงคาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ กระบวนการคิด และสังคม (Arnett, 2001) ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป หากไม่สามารถปรับตัวได้ ก็มีโอกาสดังกล่าวสุขภาพจิตตามมาได้ เช่น เครียด และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Townsend, 2011) ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่างๆ ได้ง่าย เนื่องจากต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนการสอนโดยนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 17-22 ปี (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2557) ซึ่งมีพัฒนาการคาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นตอนปลายกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นช่วงวัยที่กำลังแสวงหาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาทางด้านร่างกายค่อนข้างมาก

สภาพอารมณ์และจิตใจยังไม่มั่นคง มีอารมณ์ค่อนข้างสับสนทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจได้ง่าย และนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่างๆ เช่น เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555)

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

การจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์เป็นไปตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล โดยมีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่า 143 หน่วยกิต แบ่งเป็นหมวดวิชาศึกษาทั่วไป วิชาเฉพาะ วิชาชีพ และวิชาเลือกเสรี ส่วนแผนการศึกษาของนิสิตในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 นิสิตศึกษาหมวดวิชาศึกษาทั่วไปและพื้นฐานวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่โดยเรียนร่วมกับนักศึกษาจากคณะอื่นๆ ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เริ่มเรียนในรายวิชาหมวดพื้นฐานวิชาชีพมากขึ้นและเริ่มศึกษาในหมวดวิชาเฉพาะวิชาชีพ บางรายวิชาและเริ่มปฏิบัติการพยาบาลในห้องปฏิบัติการและแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 จะมุ่งเน้นการเรียนการสอนในหมวดวิชาวิชาชีพทั้งในส่วนของภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยและแหล่งฝึกทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งการเรียนรู้อันตรายวิชาจะมีการควบคุมกำกับมาตรฐานตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์ และมาตรฐานวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพกำหนด ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ การเรียนการสอนภาคทฤษฎีและการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกันและทำให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในภาคปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยได้ดังนี้

1. การเรียนการสอนภาคทฤษฎี เป็นลักษณะการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นเสริมสร้างทักษะด้านความรู้ และทักษะทางปัญญาควบคู่ไปกับการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาหรือความรู้ในการดูแลผู้รับบริการ นอกจากนี้ในบางรายวิชาจะมีการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการบนสถานการณ์จริง เนื้อหาวิชาส่วนใหญ่ครอบคลุมทุกหมวดวิชาในหลักสูตรทั้งในส่วนของการศึกษาทั่วไป พื้นฐานวิชาชีพ และวิชาชีพ รูปแบบของการเรียนรู้ส่วนใหญ่เป็นการบรรยาย การอภิปราย การมอบหมายงานกลุ่ม การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับกับหุ่นจำลอง หรือสถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นในห้องปฏิบัติการโดยจำลองให้มีความใกล้เคียงกับสภาพจริง

2. การเรียนการสอนภาคปฏิบัติถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้ผู้เรียนได้นำความรู้ในภาคทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีความปลอดภัยและเหมาะสมต่อผู้รับบริการ อีกทั้งเป็นแหล่งที่ผู้เรียนจะได้เรียนรู้การฝึกปฏิบัติการพยาบาล หล่อหลอมทัศนคติ ค่านิยม และเอกลักษณ์ของวิชาชีพ การเรียนการสอนภาคปฏิบัติจะต้องคำนึงจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนและจุดมุ่งหมายของการบริการพยาบาลไปพร้อมๆกัน อันจะก่อให้เกิดการคิดเป็น คือ การพัฒนาความสามารถทางสติปัญญาในการเชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์เข้าด้วยกัน ทำเป็น คือ ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องบนพื้นฐานขององค์ความรู้ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล และรู้เป็นคือ การเรียนรู้ของผู้เรียนเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามบทบาทหน้าที่ เพื่อการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์

การสอนในลักษณะนี้เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การสอนในคลินิก ซึ่งผู้เรียนจะได้เรียนรู้สภาพจริง ต้องลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง เป็นวิธีการที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการสอน สามารถใช้วิธีการสอนที่หลากหลายมาผสมผสานกันได้ เช่น การบรรยาย การสาธิต การประชุมกลุ่มพยาบาล การศึกษาจากผู้ป่วยโดยตรง การสัมมนา การสอนโดยการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย และการสอนเฉพาะกรณี เป็นต้น ผู้เรียนจะเป็นกลุ่มขนาดเล็กประมาณ 6-8 คน จะช่วยให้ผู้เรียนเห็นสภาพจริง สามารถปฏิบัติ และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ โดยมีอาจารย์นิเทศประจำหอผู้ป่วยให้การนิเทศเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มอย่างใกล้ชิด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่หลากหลายที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวนักศึกษาพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักศึกษาพยาบาลถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่างๆ ได้ง่าย เนื่องจากต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้าน การเรียนการสอน โดยนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 17-22 ปี (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2557) ซึ่งมีพัฒนาการคาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นตอนปลายกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Steinberg & Morris, 2001) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นช่วงวัยที่กำลังแสวงหาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาทางด้านร่างกายค่อนข้างมาก สภาพอารมณ์และจิตใจยังไม่มั่นคง มีอารมณ์ค่อนข้างสับสนทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจได้ง่าย และนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่างๆ เช่น เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อนี้ โดยอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้านักพบได้น้อยในช่วงวัยเด็ก แต่จะเพิ่มสูงขึ้นจากวัยรุ่นตอนกลาง ถึงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Avenevoli, Knight, Kessler, & Merikangas, 2008)

นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลที่มีบุคลิกภาพไม่มั่นคง อ่อนไหวต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้ง่าย ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและอาจารย์ หรือบุคคลอื่น ทำให้นักศึกษามีมุมมองทางลบ ส่งผลให้เกิดความเครียดได้อีกทั้งเมื่อเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล นักศึกษาจะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับวิทยาลัย / มหาวิทยาลัย ต้องแยกจากครอบครัวออกมาอยู่ในหอพัก ต้องพบเจอกับสังคมและสิ่งแวดล้อมใหม่ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียด มีปัญหาด้านการปรับตัว และส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (Chris, Martin, & Marianne, 2011) แต่หากนักศึกษาพยาบาลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมใหม่ได้ดีจะมีความสุขในการเรียนเพิ่มมากขึ้น (พรพรรณ ศรีโสภา ภัทร เฮงอุดมทรัพย์ และกิ่งดาว การะเกต, 2556) นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลที่มีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรง เห็นคุณค่าในตนเอง เห็นคุณค่าของการเรียนรู้ มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่น และมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพจะมีความสุขในการเรียน (ปีพมา ทองสม, 2554)

2. การเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทำให้นักศึกษาต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ทั้งจากในส่วนของเนื้อหาวิชาเรียน โดยลักษณะวิชาที่เรียนนั้นมีความเฉพาะต่อวิชาซีพยาบาล มีความยากและแตกต่างจากการเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาใช้เวลาเรียนค่อนข้างหนักร่วมกับงานที่ได้รับมอบหมายมีมากเกินไป (Omigbodun, et al., 2006; Seyedfatemi, Tafreshi, & Hagani, 2007) ความไม่เข้าใจในบทเรียนบางวิชา (Jimenez, Navia-Osorio, & Diaz, 2010) ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด สำหรับในส่วนของ การเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เป็นสถานการณ์ที่คุกคามและก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา ทำให้นักศึกษาไม่มีความสุขในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ลักษณะส่วนตัวของอาจารย์นิเทศ เช่น การไม่รู้จักอาจารย์นิเทศมาก่อน เป็นต้น ลักษณะการฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้เป็นอย่างมาก มาดูแลผู้ป่วย การทำคลอด ซึ่งอาการของผู้คลอดที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทักษะการทำคลอดที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญที่ซับซ้อน ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด (Schmeise & Yehle, 2001) ลักษณะแหล่งฝึกที่มีแต่สภาพความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และบุคลากรบนหอผู้ป่วย เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่ ซึ่งนักศึกษาต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับแหล่งฝึกและบุคลากรให้ได้ หากไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดได้ (อัศวินี นามะกันคำ, ซาลินี สุวรรณยศ, พงนิย์ ภาคภูมิ และวราวรรณ ภูมิคำ, 2551; Gibbons, Dempster, & Moutray, 2009) ปัจจัยดังกล่าวทำให้นักศึกษาต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา และต้องใช้ความอดทน ความรอบคอบ ความระมัดระวัง และความรับผิดชอบอย่างสูง เพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ จากสภาพการณ์ดังกล่าวทำให้ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกกดดันมากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดในที่สุด (นิธิพันธ์ บุญเพิ่ม, 2553)

3. ปัจจัยด้านอาจารย์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าลักษณะ บุคลิกภาพของอาจารย์ รูปแบบการสอนของอาจารย์โดยเฉพาะอาจารย์นิเทศมีส่วนสำคัญที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวเป็นอย่างมากเมื่อต้องขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลิกภาพของอาจารย์นิเทศที่ขาดความเป็นกันเองกับนักศึกษา (ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และอัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณ, 2548) อาจารย์นิเทศที่ตำหนินักศึกษาด้วยคำพูดรุนแรงต่อหน้าผู้ป่วย อาจารย์ผู้สอนที่ขาดการให้ข้อมูลย้อนกลับ การขาดเสริมแรงทางบวกแก่นักศึกษา เช่น คำชมเชย เป็นต้น (Abu-Moghli, Khalaf, Halabi, & Wardam, 2005) ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้สึกกดดัน อึดอัดใจ ขาดความมั่นใจ เกิดความเครียด และไม่มีความสุขในการเรียน

4. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สัมพันธภาพระหว่างอาจารย์และเพื่อน (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) บุคลากรบนหอผู้ป่วยและผู้ป่วย (ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และอัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณ, 2548) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวและก่อให้เกิดความเครียดและไม่มีความสุขในการเรียน โดยสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนจะทำให้ผู้เรียนมีความสุขในการเรียนเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น หอพักนักศึกษาที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมี

ความสุข ขณะเดียวกันภาวะเป็ยบของหอพักและมหาวิทยาลัยที่เคร่งครัดทำให้นักศึกษารู้สึกอึดอัด และเกิดความเครียดได้ (สมใจ วินิจกุล, สุวรรณา เจริญสุขวงศ์ และประทุมทิพย์ สุขราชภูร์, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับการปรับตัวที่ หลากหลายทั้งในส่วนของการพัฒนาการตามวัย การเรียนภาคทฤษฎี การฝึกปฏิบัติ การปฏิบัติ บทบาทตามความคาดหวังของสังคมหรือวิชาชีพ การให้บริการกับผู้รับบริการที่มีความต้องการที่ หลากหลาย การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งล้วน ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ความสุขในการเรียนรู้ลดลง (ปีทมา ทองสม, 2554; สมใจ วินิจกุล, สุวรรณา เจริญสุขวงศ์ และ ประทุมทิพย์ สุขราชภูร์, 2557) และนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (นุชนาด แก้วมาตร, 2556) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำลง (Levett-Jones, Lathlean, Higgins, & McMillan, 2009) และลาออกจากการเรียน (Burnard, Rahim, Hayes, & Edwards, 2007) หากนักศึกษาพยาบาลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดความมั่นคงในการแสดง บทบาทและการแสดงออกของพฤติกรรมในสังคมได้เหมาะสมกับสถานการณ์ และสามารถ ให้บริการผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความฉลาดทาง สังคมเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เกิดทักษะทาง สังคมที่ดี มีการเรียนรู้ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้เป็นอย่างดี (ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน, 2558; Goleman, 2006; Kihistrom & Cantor, 2000)

ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

นอกจากนี้ลักษณะการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตซึ่งเน้นการ พัฒนาผู้เรียนทุกด้านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มี คุณลักษณะและสมรรถนะที่พึงประสงค์ตามแต่ละสาขาวิชาชีพ มีความรู้ทักษะตามเกณฑ์มาตรฐานที่ กำหนด มีความสามารถในการคิด การแก้ปัญหา และทำงานเป็นทีม ส่งผลให้ผู้เรียนต้องมีการปรับตัว และพัฒนาตัวเองอย่างมาก (พลสัมพันธ์ โพธิ์ศรีทอง, 2557) นักศึกษายังต้องเผชิญกับการใช้ชีวิตใน มหาวิทยาลัยซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่แตกต่างไปจากสภาพแวดล้อมในครอบครัว ทั้งในส่วนของการ สร้างสัมพันธ์ภาพกับอาจารย์ การคบเพื่อนทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศที่ การที่ต้องพักอยู่ในหอพักกับ บุคคลอื่น (นันทิชา บุญละเอียด, 2554) ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้บางครั้งก่อให้เกิดความรู้สึกกดดัน เครียด โดยจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียด คือ เกรดเฉลี่ยสะสม สภาพ การศึกษาในมหาวิทยาลัยด้านการเรียนการสอน ด้านกิจกรรมนักศึกษา และด้านสภาพแวดล้อม (ไพรัช วงศ์ศรีตระกูล, 2554) ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง เนื่องจากอยู่ในช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และสังคมอย่างรวดเร็วตามระยะพัฒนาการ และต้องเผชิญกับความเครียดที่หลากหลายจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมอย่างรวดเร็ว (Romeo, 2010)

นักศึกษาพยาบาลถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากต้องมีการปรับตัวทั้งใน ด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนการสอนในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสุขภาพ โดยเฉพาะการ ปรับตัวทางด้านการศึกษาในหลักสูตรสาขาวิชาชีพ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนมุ่งเน้นที่การ

ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณ ในทุกช่วงชีวิต บนเส้นทางความต่อเนื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล มีการเรียนรู้ภายใต้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนในบรรยากาศการเรียนรู้ที่เอื้ออาทร เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนมีความเป็นอิสระในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ใช้กระบวนการวิจัยและแหล่งทรัพยากรสารสนเทศที่ก้าวหน้า เพื่อพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากภาวะสุขภาพ โดยประยุกต์องค์ความรู้ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ วิจัย และศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกัน โดยมุ่งหวังให้บัณฑิตที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) มีความรู้ในศาสตร์ทางศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 3) มีทักษะในการแสวงหาความรู้โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ 4) มีกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การสะท้อนคิด และการจัดการความรู้และกระบวนการวิจัย 5) แสดงออกถึงภาวะผู้นำในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีต่อสังคม 6) มีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับบุคคลที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตลอดจนสามารถทำงานเป็นทีมและสร้างเครือข่ายได้ 7) สามารถใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการพูด การฟัง การอ่าน และการเขียน 8) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและกระบวนการเรียนรู้ในการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง มีความตั้งใจ และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพ 9) ปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เคารพในสิทธิและทรัพย์สินทางปัญญา

นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์ยังประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทั้งในส่วนของห้องปฏิบัติการและสถานการณ์จริงภายใต้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีพัฒนาการเรียนรู้ในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ทั้งด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาเป็นการนำองค์ความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ควบคู่กับการพัฒนาทักษะเชิงวิชาชีพซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละสาขาวิชา นักศึกษาต้องมีการฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จริงทั้งในส่วนของผู้รับบริการ ญาติ และบุคลากรในทีมสุขภาพ นักศึกษาต้องใช้ความอดทน ความละเอียดรอบคอบ ความระมัดระวัง และความรับผิดชอบเป็นอย่างสูง เพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายต่อชีวิตของผู้อื่นได้ จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้นล้วนกดดันให้นักศึกษาต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เกิดความรู้สึกกดดันมากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดในที่สุด (นิพันธ์ บุญเพิ่ม, 2552) นับได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ง่ายกว่านักศึกษาในสาขาวิชาชีพอื่นๆ เนื่องจากนักศึกษาต้องเผชิญปัญหาทั้งในด้านการปรับตัวเพื่อเข้าสู่วิชาชีพ สภาพแวดล้อม รูปแบบการเรียนการสอน การทำงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น และต้องเผชิญกับการปรับตัวตามพัฒนาการของวัยอีกด้วย ในขณะที่เดียวกันการเข้ามาศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาที่เป็นช่วงที่นักศึกษาต้องเริ่มแยกจากบิดามารดา ต้องออกจากบ้านมาใช้ชีวิตอยู่ที่หอพักของมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยตามลำพัง มีการปรับเปลี่ยนบทบาทในด้านต่างๆ ค่อนข้างมากเพื่อเตรียมพร้อมที่จะก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล โดยลักษณะงานของวิชาชีพเป็นงานที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้อื่น นักศึกษาจำเป็นต้องฝึกฝนและควบคุมตนเองให้มีความรับผิดชอบสูง เสียสละอดทน รู้จักการแก้ปัญหา มีการตัดสินใจที่

ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้นักศึกษาต้องเผชิญกับความคาดหวังของผู้รับบริการและสังคมทั่วไปด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลาย ทั้งในส่วนของพัฒนาการตามวัย การเรียนการสอนภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ การใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการปฏิบัติบทบาทตามความคาดหวังของสังคมหรือวิชาชีพ การปรับตัวดังกล่าวล้วนมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ความสุขในการเรียนรู้อลดลง (เป็ทมา ทองสม, 2554; สมใจ วินิจกุล, สุวรรณ เจริญ สุวงศ์ และประทุมทิพย์ สุรราชฎร์, 2557) และนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556; Ahmadi, Toobae, & Alishahi, 2004) จากการศึกษพบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เพศชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.3 และเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 (กชกร แก้วพรหม และ ชนกฤทัย ชื่นอารมณ, 2556) ส่วนนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.20 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 9.40 ระดับปานกลางร้อยละ 6.50 และระดับรุนแรงร้อยละ 0.30 และนักศึกษาแต่ละชั้นปีมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, โสภณ แสงอ่อน และยวดี ฤาชา, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่า นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.9 (นุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางแวม และชนิดดา แนบเกษร; 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร่าค่อนข้างสูง

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังไม่สามารถทราบสาเหตุที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอาจพอสรุปสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological theories) จากการศึกษพบว่าภาวะซึมเศร้าอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านชีวภาพภายในบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (genetics) โดยเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติในระดับยีน (gene) ที่สามารถถ่ายทอดสู่บุตรหลานได้ ถึงแม้ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่ชี้ชัดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความบกพร่องของยีนใดก็ตาม แต่จากการศึกษายืนยันว่าลักษณะทางพันธุกรรมอาจมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าบุคคลที่มีญาติสนิทมีภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร่ามากกว่าบุคคลที่ไม่มีญาติสนิทมีภาวะซึมเศร้า ส่วนเด็กที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคซึมเศร่ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร่าได้สูงถึง 3 เท่าของเด็กที่มีบิดาหรือมารดาไม่มีภาวะซึมเศร่า(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้เด็กที่มีบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร่ายังมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะซึมเศร่าเมื่ออายุน้อยและมีโอกาสเป็นซ้ำสูง (Thapar et al., 2012)

ส่วนปัจจัยทางด้านสารชีวเคมีในสมองหรือสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร่ารวมทั้งมีผลต่อรูปแบบการรักษาภาวะซึมเศร่าในปัจจุบัน โดยจากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร่าในวัยรุ่นอาจเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท

ในสมอง โดยพบว่าวัยรุ่นที่ซึมเศร้ามักมีการหลั่งของสารสื่อประสาท serotonin, dopamine และ norepinephrine ลดลง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ น้ำหนักลด ไม่มีสมาธิ (Stuart, 2013) อาจพบความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองบริเวณ limbic system ที่ส่งผลให้มีความผิดปกติทางด้านความคิดและอารมณ์ที่ชัดเจนมากขึ้น (Santrock, 2014)

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าระบบฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ (hormone and endocrine system) มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าโดยตรง จากการตรวจระดับฮอร์โมนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า มีการทำงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ที่เพิ่มขึ้นทำให้มีระดับ glucocorticoid เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังพบว่า มีระดับ thyroid stimulating hormone (TSH) สูงขึ้น ในบางคนยังอาจพบว่าระดับของ growth hormone ลดลงซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายอีกด้วย (Goodyer, 2009) สำหรับวัยรุ่นการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในช่วงวัยรุ่นถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลให้วัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูง โดยจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Santrock, 2014)

2. ปัจจัยทางด้านความคิด (cognitive factors) ปัจจุบันมีทฤษฎีทางด้านความคิดที่หลากหลายสนับสนุนว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากลักษณะความคิดที่บิดเบือนของบุคคลที่ส่งผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล โดย Beck (2011) กล่าวว่า ภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการรับรู้ การแปลผล และความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ (negative automatic thoughts) ซึ่งเป็นความคิดทางลบ และมีการแปลความไม่อยู่ในพื้นฐานของความเป็นจริงทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต เมื่อบุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบก็จะมองตนเองในเชิงลบ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง คาดหวังสิ่งต่างๆรอบตัวและอนาคตข้างหน้าในเชิงลบ รู้สึกสิ้นหวัง และล้มเหลว และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด จากการศึกษาพบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและสามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นได้ (Schniering & Rapee, 2004; Vatanasin et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านความคิดอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย ได้แก่ ความคิดแบบครุ่นคิด (ruminative thought) (Thanoi et al., 2010; Vatanasin et al., 2012) และการแก้ปัญหาทางสังคม (social problem solving) (Vatanasin et al., 2012) เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านสังคม (social factors) เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่มากกระทบกับตัวตนของวัยรุ่นและส่งผลให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ซึ่งจากพัฒนาการของวัยรุ่นเองที่ต้องการยอมรับความรักและความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ดังนั้นหากไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ดีก็จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง สับสน ไม่มีความสุข เสียใจและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้วัยรุ่นยังเป็นช่วงวัยที่เปราะบางและอ่อนไหวต่อสถานการณ์หรือภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก รวมทั้งเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตประจำวัน (Santrock, 2014) ซึ่งมีงานวิจัยที่หลากหลายที่สนับสนุนว่าปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลทั้งในส่วนของบิดามารดา เพื่อน อาจารย์ หรือบุคคลใกล้ชิด (Boonyamalik, 2005; Thanoi et al., 2010) การทำหน้าที่ของครอบครัว และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (ฉันทนา แรงสิงห์, 2554) แรงสนับสนุนทางสังคม (ศุภชัย ตู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง,

ธีรศักดิ์ สาตรา และสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2555) และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (Boonyamalik, 2005; Vatanasin et al., 2012) เป็นต้น

ปัจจุบันถึงแม้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนในการทำความเข้าใจภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แต่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นองค์ประกอบที่ซับซ้อน และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่หลากหลายทั้งในส่วนของปัจจัยด้านชีวภาพ ความคิด และสังคม อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษาการแก้ปัญหาทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านความคิดที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลประยุกต์รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ของ Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ของ Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดทฤษฎีการแก้ปัญหาทางสังคม (Social Problem Solving Theory; D' Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2004) โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีประสิทธิภาพในกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันลดน้อยลง โดยเมื่อเกิดปัญหาขึ้นถ้าบุคคลมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (มองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ และการมีอารมณ์ในทางลบ) จะส่งผลกระทบต่อความพยายามแก้ปัญหา โดยมีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นหรือไม่ระมัดระวัง หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาทางสังคม บุคคลจะเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ สะสมเรื่อยๆ ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม และส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ตามมา

ต่อมา D' Zurilla and Nezu (2007) ได้พัฒนาแนวคิดรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) โดยมีพื้นฐานที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การพัฒนาความสนใจในเรื่องความคิดสร้างสรรค์ 2) แนวคิดการศึกษาตามแนวความเป็นจริงที่เกิดขึ้น (positive approach) ในการบำบัดทางคลินิก และ 3) ความสนใจในเรื่องกระบวนการความคิด (cognitive process) และการควบคุมตนเอง (self-control) โดยการแก้ปัญหาคือเป็นกระบวนการทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลใช้ในการวิเคราะห์และกำหนดปัญหา ค้นหาวิธีที่จะเผชิญ หรือแก้ปัญหาและลงมือแก้ปัญหา การแก้ปัญหามีองค์ประกอบดังนี้ (Nezu, Nezu, & D'Zurilla, 2013)

1. การแก้ปัญหา (problem-solving) หมายถึง การนำตนเอง กำกับตนเองในการพยายามที่จะค้นหาหรือระบุ วิธีการเผชิญหรือปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยใช้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีเป้าหมายที่จะทำให้เกิดศักยภาพที่หลากหลาย และมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง มีความสามารถในการเพิ่มความเป็นไปได้ในการเลือกวิธีที่ดีที่สุดจากหลายๆ ทางเลือก ดังนั้น การแก้ปัญหาก็จำเป็นต้องมีความรู้ มีเหตุผล มีความพยายาม และมีกิจกรรมหรือการกระทำที่มีเป้าหมายอย่างชัดเจน เป้าหมายในการแก้ปัญหาคือต้องปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้นตามความเป็นจริง ปรับลดอารมณ์ที่กีดกันตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนศักยภาพในการ

แก้ปัญหาจากการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาต่างๆไป และวิธีควบคุมตัวเองการแก้ปัญหาไม่ใช่การปรับที่สถานการณ์ปัญหา หรือปรับที่บุคคลเท่านั้น แต่เป็นการแก้ไขที่ต่อเนื่อง เพื่อให้รับรู้ได้ว่า ความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ กับพลังในการแก้ปัญหาได้ลดลง การรับรู้ถึงปัญหาและการพยายามแก้ปัญหาเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับรู้จึงเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ปัญหาจากการรับรู้ของคุณคนหนึ่งจึงอาจไม่ใช่ปัญหาของคนอื่นๆ

2. ปัญหา (problem) หมายถึงสถานการณ์ปัญหา (problematic situation) เป็นสถานการณ์ เป็นงานในปัจจุบันหรืองานที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเองต้องการศักยภาพ พลัง หรือวิธีการจากทั้งภายนอก และภายในตนเอง แต่พบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่คุ้นเคย ขาดตัวช่วย ขาดข้อมูล ขาดทักษะ มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความไม่แน่นอน มีความยุ่งยากทางอารมณ์ มีความขัดแย้งของเป้าหมาย และรู้สึกล้มเหลวในการแก้ปัญหา บุคคลจะเกิดความรูสึกว่าคุณเองกำลังเผชิญปัญหา ซึ่งลักษณะของปัญหาสามารถแบ่งได้ ดังต่อไปนี้

2.1 ปัญหาที่เกิดขึ้นครั้งเดียวในเวลาจำกัด (single time-limited) เช่น ไปเข้าประชุมไม่ทัน พลาดขบวนรถไฟที่ตั้งใจไว้ การเจ็บป่วยที่กะทันหัน เป็นต้น

2.2 ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ปัญหาอื่นๆ (a series of similar related event) เช่น ถูกกดดันจากหัวหน้างาน พฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่องของบุตรสาวที่กำลังอยู่ในระยะวัยรุ่น

2.3 ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังต่อเนื่อง (chronic ongoing situation) เช่น ความเจ็บปวดที่ต่อเนื่อง ความเหงา ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2.4 ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล หมายถึง ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อย และการแก้ปัญหาต้องการ win-win approach เพื่อแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมากกว่าที่จะใช้ win-lose approach ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องต่อมาในระยะยาว

3. วิธีการแก้ปัญหา (solution) หมายถึง การเผชิญกับปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมในปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหาก็จะทำให้สถานการณ์ของปัญหาลดลง บุคคลลดความรู้สึกกดดัน สามารถเพิ่มผลกรรมทางบวก และลดผลกรรมทางลบและสามารถลดปัญหาได้ในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจากสถานการณ์ของปัญหาจะแตกต่างกันตามความเชื่อ ค่านิยม และมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคลว่าจะตั้งเป้าหมายอย่างไร เพียงใด ในระดับใด ซึ่งลักษณะการแก้ปัญหาที่ได้ผลดีจะต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในกาแก้ปัญหา สามารถลดผลกระทบทางลบ และสามารถเพิ่มผลกรรมทางบวก

แนวความคิดบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ของ Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบการแก้ปัญหาทางสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดก็จะพยายามแก้ปัญหาเหล่านั้นโดยใช้กระบวนการคิดหรือมุมมองต่อปัญหาใน 2 รูปแบบ คือ มุมมองต่อปัญหาในทางบวก (Positive problem oriented: PPO) และมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative problem oriented: PPO) ซึ่งส่งผลต่อวิธีการแก้ปัญหาของคุณ โดยบุคคลที่มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกมักมีวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (Rational problem solving) โดยพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา และค้นหาปัญหาที่แท้จริงรวมทั้งพยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผนและลงมือแก้ปัญหา

ซึ่งหากบุคคลมีรูปแบบวิธีการแก้ปัญหาในลักษณะนี้มักทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมทำให้ปัญหานั้นหมดไปและไม่มีภาวะซึมเศร้า แตกต่างจากบุคคลที่มีมุมมองต่อปัญหาในทางลบมักจะมีวิธีการแก้ปัญหาใน 2 ลักษณะ คือ การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง (Avoidance) โดยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา หรือรอให้ปัญหานั้นจบลงด้วยตนเอง หรือพยายามพึ่งพาผู้อื่นในการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/ Careless) ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งรีบ ลวกๆ ตัดสินใจโดยเร็ว ไม่ทบทวนทางออกของปัญหาอย่างรอบคอบ ซึ่งรูปแบบการแก้ปัญหาทั้งสองแบบนี้มักทำให้ปัญหานั้นคงอยู่ หรือขยายตัวทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) มุ่งเน้นที่การฝึกทักษะการแก้ปัญหาดังต่อไปนี้ (Nezu, Nezu, & D’Zurilla, 2013)

1. ปรับมุมมองต่อปัญหาทางบวก (Positive Problem Orientation, PPO) เป็นการปรับทัศนคติในการมองปัญหาที่เกิดขึ้นในทางบวก โดยรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้และรับรู้ศักยภาพของตนเองในทางที่ดี ทำความเข้าใจว่าในการแก้ปัญหานั้นต้องใช้เวลาและความพยายาม ความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าที่จะหนีปัญหาโดยมีการปรับอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา

2. ลดมุมมองต่อปัญหาทางบวก (Negative Problem Orientation, NPO) โดยพยายามปรับทัศนคติการมองปัญหาในแง่ลบให้ลดลง เช่น ปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ หรือ ไม่มีวันที่ปัญหานั้นจะคลี่คลายลง

3. ส่งเสริมการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (Rational Problem solving, RPS) หรือเสริมสร้างการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนอย่างดี (Fostering Planful problem-solving) เป็นความพยายามทำความเข้าใจ (formulation) และค้นหาปัญหาที่แท้จริง (identified problem) พยายามคิดหาทางออกจากปัญหาหลายๆ ทาง และตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ ลงมือทำการแก้ปัญหา ตามแผนและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ทั้งผลดีและผลกระทบในระยะสั้นและผลระยะยาว พยายามอยู่กับความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบเพราะไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้

4. ลดวิธีการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) โดยพยายามให้บุคคลได้เรียนรู้ถึงผลกระทบของการแก้ปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยงปัญหาซึ่งเป็นวิธีการที่หลีกเลี่ยงปัญหา หรือรอให้ปัญหานั้นจบลงด้วยตนเอง หรือพยายามพึ่งพาผู้อื่นในการแก้ปัญหา และลดการใช้ทักษะการแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้ลง

5. ลดการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/ Careless) โดยพยายามให้บุคคลได้เรียนรู้ถึงผลกระทบของการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งรีบ ลวกๆ ตัดสินใจโดยเร็ว ไม่ทบทวนทางออกของปัญหาอย่างรอบคอบลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีผลลดอาการซึมเศร้าในประชากรทั้งในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ (Bell & D’Zurilla, 2009) โดยจากการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีรูปแบบการบำบัดร่วมกับการให้ยาด้านเศร้าจะได้ผลลัพธ์ดีกว่าการบำบัดด้วยการแก้ปัญหายังเดียว (Cuijpers, Dekker, Hollon, Andersson,

2009) สำหรับในประเทศไทยเริ่มมีการนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และพบว่ามีประสิทธิภาพในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (สุนิสา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2554) และมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ไม่แตกต่างกับการบำบัดหรือการช่วยเหลือทางจิตสังคมอื่น เช่น Brief CBT หรือ การให้คำปรึกษา (Counseling) (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2554)

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาได้ประยุกต์รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้จักฉัน-เธอ เรารู้จักกัน” เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสำรวจตนเอง

กิจกรรมที่ 2 “เศร้าๆ สไตล้วยุ่น วัยว้าวุ่น” เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

กิจกรรมที่ 3 “เรียนรู้ปัญหาเพื่อรักษาจิต” เพื่อสำรวจปัญหา และฝึกการค้นหาปัญหา สาเหตุ และผลกระทบ

กิจกรรมที่ 4 “ทุกปัญหามีทางออก” เพื่อฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5 “เลือกทางดี ชีวิตมีสุข” เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 “โลกสวยด้วยมือเรา” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 “เศร้าไม่เศร้า เราทำได้” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ต่อ)

กิจกรรมที่ 7 “อยู่อย่างไรให้สดใสตลอดกาล” เพื่อฝึกการคงไว้เพื่อทักษะการแก้ปัญหาและขยายผล

กิจกรรมที่ 8 “พร้อมสู้ สู้เป้าหมาย” เพื่อสรุป ทบทวน และประเมินผลการเรียนรู้

กิจกรรมของโปรแกรมฯ มุ่งเน้นที่จะปรับทัศนคติในการแก้ปัญหาดังกล่าวและเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (Rational problem solving) ที่มีประสิทธิภาพให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยฝึกให้ทำความเข้าใจกับปัญหา ค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผนและลงมือแก้ปัญหา และพยายามลดวิธีการแก้ปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยง (Avoidance) หรือการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/ Careless) ซึ่งจะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีและไม่มีภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสองระยะโดยระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ส่วนระยะที่สองเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research designs) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน (Pre-post and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา: ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็น นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียง จากสถิตินักศึกษาปีการศึกษา 2560 ของสำนักทะเบียน มีจำนวนนักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี จำนวน 691 คน จำแนกเป็น นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 158 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 194 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 160 คน ชั้นปีที่ 4 จำนวน 179 คน แต่มีนักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามจำนวน 650 คน

กลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้า 17-20 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ 4) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือรูปแบบการบำบัดทางจิตใดๆ มาก่อน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ นักศึกษาไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง หรือระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นจนต้องได้รับการช่วยเหลือ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง: ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการ Power Analysis (Cohen, 1988) ด้วยโปรแกรม G*Power3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม (ระดับ α) ที่ .05 ขนาดของอิทธิพล (power) ที่ .80 และอิทธิพลของการทดลอง (effect size) ที่ .90 (จากผลการศึกษาของ Rubin and Yu, 2015) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง: ผู้วิจัยจะดำเนินการเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ประเมินภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดในทุกชั้นปี ซึ่งในปีการศึกษา 2560 มีจำนวนนักศึกษาทุกชั้นปีประมาณ 691 คน แต่จากการสอบถามพบว่ามึ้นักศึกษาที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและส่งแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 650 คน
2. จัดทำทะเบียนรหัสนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ซึ่งมีจำนวนประมาณ 117 คน และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 คน
3. สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีการจับคู่ (matching) ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ ระดับชั้นปี และผลการเรียนเฉลี่ย หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ถ้านักศึกษาคนใดไม่ประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจนครบ 30 คนทั้งสองกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Student Information Form) เป็นข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย รายรับต่อเดือน ความเพียงพอของรายรับ สถานภาพของบิดาและมารดา ที่พักอาศัย ความสมัครใจในการศึกษา และประวัติอาการซึมเศร้า
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1977) เพื่อใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น แปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) และกรมสุขภาพจิตได้แนะนำให้เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นไทยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าใน 4 ด้าน คือ ความรู้สึกในทางเศร้า 7 ข้อ (ข้อที่ 3, 6, 9, 10, 14, 17, 18) ความรู้สึกในทางบวก 4 ข้อ (ข้อที่ 4, 8, 12, 16), อาการเชื่องช้าและหงอยเหงา 7 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 5, 7, 11, 13, 20) และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ข้อ (ข้อที่ 15 และ 19) ผู้ถูกประเมินจะประเมินประสบการณ์ซึมเศร้าของตนเองในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้คะแนนออกมาเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนของแบบประเมินทั้งฉบับมีตั้งแต่ 0-60 คะแนนสูงหมายถึงมีอาการซึมเศร้ามาก ภาวะซึมเศร้ายังแบ่งออก 3 ระดับ ดังนี้ 0-16 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 17-20 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง และ 21 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรงต้องได้รับการดูแลหรือส่งต่อ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์ของ Cronbach ระหว่าง .84 ถึง .92 (Charoensuk, 2007; Vongsirimas, 2008)
3. แบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น (Social Problem Solving Inventory for Adolescents: SPSI-A) พัฒนาโดย Frauenknecht and Black (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดย

ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ (2558) เพื่อใช้ในการประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมในวัยรุ่น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมการแก้ไขปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น 3 ด้าน คือ กระบวนการอัตโนมัติ (Automatic process) การเข้าใจปัญหา (Problem orientation) และทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem solving skills) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนของแบบประเมินทั้งฉบับมีตั้งแต่ 30-150 ซึ่งคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางสังคมดี แบบสอบถามฉบับนี้มีความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดีโดยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจำนวน 30 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์ของ Cronbach เท่ากับ .94

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวความคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ Nezu, Nezu, and D’Zurilla (2013) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น รูปแบบการบำบัดภาวะซึมเศร้า และการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจากตำรา เอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยศึกษาขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ของรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และนำมาปรับ ดัดแปลง และประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งโปรแกรมฯ เป็นรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในลักษณะกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง แต่ละครึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที รวมทั้งมีการติดตามผลอีก 1 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งการพัฒนา กิจกรรมมุ่งเน้นการสอดแทรกความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น การปรับมุมมองของการแก้ปัญหาในทางบวก และการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล โดยให้นักศึกษาฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา ค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผน และลงมือแก้ปัญหา และพยายามลดวิธีการแก้ปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยง หรือการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น และขาดความระมัดระวัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้จักฉัน-เธอ เรา รู้จักกัน” เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสำรวจตนเอง

กิจกรรมที่ 2 “เศร้าๆ สไตลัวัยรุ่นวัยรุ่น” เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

กิจกรรมที่ 3 “เรียนรู้ปัญหาเพื่อรักษาจิต” เพื่อสำรวจปัญหา ฝึกการค้นหาปัญหา สาเหตุ และผลกระทบ

กิจกรรมที่ 4 “ทุกปัญหามีทางออก” เพื่อฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5 “เลือกทางดี ชีวิตมีสุข” เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 “โลกสวยด้วยมือเรา” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 7 “เศร้าไม่เศร้า เราทำได้” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผล การแก้ปัญหา (ต่อ)

กิจกรรมที่ 8 “อยู่อย่างไรให้สดใสตลอดกาล” เพื่อฝึกการคงไว้เพื่อทักษะการแก้ปัญหาและขยายผล

กิจกรรมที่ 8 “พร้อมสู้ สู้เป้าหมาย” มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุป ทบทวน และประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. **ความตรงของเนื้อหา (Content validity)** เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่นเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญและมีการนำไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงหรือแก้ไข ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าวซ้ำ

ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาจะนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของคู่มือและโปรแกรมฯ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำคู่มือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาความเข้าใจในเนื้อหาและความเหมาะสม ซึ่งจากการทดลองใช้พบว่า เนื้อหาของโปรแกรมฯ มีความสั้นกระชับ เนื้อหาเข้าใจง่าย และเหมาะกับกลุ่ม นักศึกษาพยาบาล หลังจากนั้นจึงนำโปรแกรมฯ ไปดำเนินการทดลองต่อไป

2. **ความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่นไปทดลองใช้กับกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าดังนี้

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เท่ากับ 0.89

แบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย ตามรหัสจริยธรรมที่ Sci 072/ 2560 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญ คณะผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการเรียนแต่อย่างใดและขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง การนำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวมเท่านั้น และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

นอกจากนี้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า มีนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 117 คน และภาวะซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 91 คน ซึ่งนักศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมวิจัยในระยะที่สองต่อไปจะได้รับการสอบถามความยินยอมเพื่อติดตาม ประเมินภาวะซึมเศร้า ให้สุขภาพจิตศึกษา และให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามความสมัครใจ พร้อมทั้งให้ข้อมูลและเบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อ

ปรึกษากับอาจารย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือได้ในกรณีที่เกิดการซึมเศร้ามากขึ้นหรือเข้าระบบการส่งต่อเพื่อดูแลภาวะสุขภาพจิตตามความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งผ่านกระบวนการและขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเรียบร้อยแล้วได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งขั้นตอนต่อไป

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจและประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

1.1 ผู้วิจัยประสานงานกับประธานชั้นปีแต่ละชั้นปีเพื่อนัดหมายเวลาที่นักศึกษาว่างและเข้าพบนักศึกษาพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดหมายเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะแรกเพื่อประเมินการแก้ปัญหาและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดในทุกชั้นปี โดยจากสถิติของสำนักทะเบียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าในปีการศึกษา 2560 มีนักศึกษาพยาบาลลงทะเบียนทั้งสิ้น จำนวน 691 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่นักศึกษาแต่ละกลุ่มของแต่ละชั้นปีว่างและมีความพร้อมในการให้ข้อมูล ซึ่งจากการสอบถามความสมัครใจพบว่า มีนักศึกษาที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 650 คน

1.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามต่างๆ รวมทั้งให้สิทธิกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ต้องการตอบแบบสอบถามชุดนี้ หรือเมื่อตอบแบบสอบถามแล้วต้องการหยุดหรือไม่ทำต่อก็ได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจ จากการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามให้ผู้วิจัยตรวจสอบ ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์ก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเก็บเอกสารใส่ซองปิดผนึกเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

ระยะที่ 2 การให้โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแก่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง

2.1 ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนรหัสนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 117 คน และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 30 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่ม

ตัวอย่างแบบอย่างง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยมีการจับคู่ (matching) ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ ระดับชั้นปี และผลการเรียนเฉลี่ย หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพบว่านิสิตใน ชั้นปีที่ 1 และ 4 ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากไม่ค่อยได้เข้ามาเรียนที่คณะพยาบาลศาสตร์ ส่วน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 ส่วนใหญ่สมัครใจและสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงดำเนินการจับ สลากใหม่และสอบถามความสมัครใจจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน เป็น นิสิตชั้นปีที่ 2 จำนวน 18 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 12 คน

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกตามวันและเวลาที่เหมาะสมโดยเป็น ช่วงวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ตามความสมัครใจในห้องศิลปะ ใต้ถุนอาคารหอพักคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีความมิดชิดเป็นสัดส่วนเป็นส่วนตัวสงบ ไม่พลุกพล่าน เนื่องจากห้องนี้เคยเป็นห้องที่อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจัดไว้สำหรับการเรียนการสอน จึงมีบรรยากาศที่ค่อนข้าง ผ่อนคลายและสบาย หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงแนวโน้ตเพื่อทำความเข้าใจ อธิบายและชี้แจงถึง วัตถุประสงค์ ความเสี่ยง และประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการรักษาความลับของกลุ่ม ตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมของ อาสาสมัครและหรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล แบบสอบถาม การแก้ปัญหา และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าอีกครั้งก่อนที่จะเริ่ม โครงการฯ

2.3 ผู้วิจัยและคณะเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 15 คนจำนวน 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกจะดำเนินการทดลองในช่วงเช้าของวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ ส่วนกลุ่มที่สองจะดำเนินการ ทดลองในช่วงบ่ายของวันเสาร์หรือวันอาทิตย์เพื่อดำเนินการทดลองตามโปรแกรมฯ จำนวน 8 ครั้ง และติดตามผลอีก 1 ครั้ง ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้จักฉัน-เธอ เรารู้จักกัน” เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสำรวจตนเอง

กิจกรรมที่ 2 “เศร้าๆ สไตล้วยุ่นวัยว้าวุ่น” เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับทักษะการ แก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

กิจกรรมที่ 3 “เรียนรู้ปัญหาเพื่อรักษาจิต” เพื่อสำรวจปัญหา และฝึกการค้นหาปัญหา สาเหตุ และผลกระทบ

กิจกรรมที่ 4 “ทุกปัญหามีทางออก” เพื่อฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5 “เลือกทางดี ชีวิตมีสุข” เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 “โลกสวยด้วยมือเรา” เพื่อฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 “เศร้าไม่เศร้า เราทำได้” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการ แก้ปัญหา (ต่อ)

กิจกรรมที่ 7 “อยู่อย่างไรให้สดใสตลอดกาล” เพื่อฝึกการคงไว้เพื่อทักษะการแก้ปัญหาและ ขยายผล

กิจกรรมที่ 8 “พร้อมสู้ สู้เป้าหมาย” เพื่อสรุป ทบทวน และประเมินผลการเรียนรู้

หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งสุดท้ายอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินการแก้ปัญหา และภาวะซึมเศร้า

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินการแก้ปัญหา และภาวะซึมเศร้า ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมจะได้รับการช่วยเหลือตามปกติโดยได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลและการส่งต่อตามความต้องการ ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจ ซึ่งจากการสอบถามพบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมดไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยจึงให้สุขภาพจิตศึกษา แจกคู่มือ เอกสารประกอบโปรแกรมฯ และให้คำปรึกษารายบุคคลเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้ข้อมูลและเบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อปรึกษากับอาจารย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือได้ในกรณีที่เกิดอาการซึมเศร้ามากขึ้น

ระยะที่ 3 การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง “ทักษะการแก้ปัญหาและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น” เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนกลุ่มเสี่ยง

ภายหลังการดำเนินการดำเนินโปรแกรมฯ เสร็จสิ้น ผู้วิจัยให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่อง “ทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น” แก่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามความสมัครใจ โดยเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มเพื่อเป็นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และการแก้ปัญหาทางสังคมวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการแก้ปัญหาและภาวะซึมเศวาระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และเมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจของตนเองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จะทำการทดสอบการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสองระยะโดยระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ส่วนระยะที่สองเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research designs) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน (Pre-post and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล การนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย และกราฟ ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคล และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลพบว่า มีผู้สมัครใจตอบแบบสอบถามจำนวน 650 คน ซึ่งมีรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=650)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	5.70
หญิง	613	94.30
อายุ		
18 ปี	48	7.38
19 ปี	153	23.54
20 ปี	162	24.92
21 ปี	148	22.78
22 ปี	104	16.00
> 22 ปี	35	5.38
$(\bar{X}=20.53, SD.=1.49, Min=18, Max=31)$		
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	152	23.38
ชั้นปีที่ 2	185	28.46
ชั้นปีที่ 3	155	23.85
ชั้นปีที่ 4	158	24.31
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย		
2.00 – 2.50	76	11.69
2.51 – 3.00	275	42.32
3.01 – 3.50	240	36.92
3.51 – 4.00	59	9.07
$(\bar{X}=2.98; SD.=.374, Min=2, Max=3.97)$		
รายรับประจำเดือน		
< 3,000	25	3.84
3,001-6,000	370	56.92
6,001-9,000	119	18.31
9,001-12,000	100	15.38
12,000-15,000	31	4.77
> 15,000	5	0.78
$(\bar{X}=6,536.40; SD.=2,967, Min=1,500, Max=20,000)$		

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายรับ		
เพียงพอ	491	75.54
ไม่เพียงพอ	159	24.46
สถานภาพของบิดาและมารดา		
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	430	66.15
บิดามารดาหย่าร้าง	85	13.07
บิดามารดาแยกกันอยู่	77	11.85
บิดาถึงแก่กรรม	43	6.62
มารดาถึงแก่กรรม	10	1.54
บิดาและมารดาถึงแก่กรรม	5	0.77
ที่พักอาศัย		
หอพักมหาวิทยาลัย	216	33.23
หอพักคณะพยาบาลศาสตร์	207	31.85
หอพักเอกชน	204	31.38
บ้านของตนเอง	23	3.54
ความสมัครใจในการศึกษา		
สมัครใจ	570	87.69
ไม่สมัครใจ	80	12.31
ประวัติอาการซึมเศร้า		
ไม่เคยมีอาการซึมเศร้า	592	91.08
เคยมีอาการซึมเศร้า	58	8.92

จากตารางที่ 1 พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 94.30 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 20.53 ปี (SD.=1.49) จำแนกเป็นชั้นปีที่ 1 จำนวน 152 คน (ร้อยละ 23.38) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 185 คน (ร้อยละ 28.46) ชั้นปีที่ 3 จำนวน 155 คน (ร้อยละ 23.85) และชั้นปีที่ 4 จำนวน 158 คน (ร้อยละ 24.31) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 (SD.=.374) มีรายรับประจำเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 6,536.40 บาท (SD.=2,967) มีรายรับต่ำสุด 1,500 บาท/เดือน และมีนักศึกษาหนึ่งรายที่มีรายรับสูงสุดเดือนละ 20,000 บาท/เดือน นักศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 75.54 มีรายรับเพียงพอกับรายจ่ายประจำเดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.15 มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน นักศึกษาพยาบาลพักอาศัยอยู่ในหอพักมหาวิทยาลัย หอพักคณะพยาบาลศาสตร์ หอพักเอกชนบริเวณรอบมหาวิทยาลัยจำนวนใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 33.23, 31.85 และ 31.38 ตามลำดับ นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 87.69 สมัครใจเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเอง และร้อยละ 91.08 ไม่เคยมีอาการซึมเศร้ามามาก่อน

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามชั้นปี (650 คน)

ภาวะซึมเศร้า	ระดับชั้นปี				รวม 650 คน
	ชั้นปี 1	ชั้นปี 2	ชั้นปี 3	ชั้นปี 4	
	152 คน	185 คน	155 คน	158 คน	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	95 (14.62)	112 (17.22)	111 (17.08)	124 (19.08)	442 (68.00)
มีภาวะซึมเศร้า	57 (8.77)	73 (11.23)	44 (6.77)	34 (5.23)	208 (32.00)
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง	28 (4.30)	38 (5.85)	30 (4.62)	21 (3.23)	117 (18.00)
ซึมเศร้ารุนแรง	29 (4.47)	35 (5.38)	14 (2.15)	13 (2.00)	91 (14.00)

จากตารางที่ 2 พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 32 โดยในจำนวนนี้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 18 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 14 เมื่อพิจารณาจำแนกภาวะซึมเศร้าตามระดับชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 8.77 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 4.30 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 4.47 ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 11.23 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 5.85 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38 สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 พบภาวะซึมเศร้าจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 6.77 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 4.62 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 2.15 และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 5.23 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 3.23 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 ซึ่งนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้รับการดูแลและส่งต่อให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพจิตหรือพบแพทย์ตามความสมัครใจ

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี ด้วยสถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่ามีนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามระดับชั้นปี (n=650)

ภาวะซึมเศร้า	df	SS	MS	F	p
ระดับชั้นปี					
ระหว่างกลุ่ม	3	568.170	189.390	3.484 *	.016
ภายในกลุ่ม	436	23698.718	54.355		
รวม	439	24266.889			

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า นักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 1-4 มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,436} = 3.484, p < .05$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในแต่ละชั้นปีรายคู่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ($\bar{X}=11.76, SD.=6.72$) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ($\bar{X}=14.83, SD.=8.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ จำแนกตามชั้นปี (n=650)

ชั้นปี	ค่าเฉลี่ย (SD.)	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
		14.83 (8.41)	13.61 (7.65)	14.14 (6.55)	11.76 (6.72)
ชั้นปีที่ 1	14.83 (8.41)	-			
ชั้นปีที่ 2	13.61 (7.65)	-1.218	-		
ชั้นปีที่ 3	14.14 (6.55)	-0.691	.527	-	
ชั้นปีที่ 4	11.76 (6.72)	-3.064*	-1.845	-2.373	-

* $p < .05$

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคม จำแนกตามองค์ประกอบย่อย (n=650)

ตัวแปร	Mean	SD	Actual range	Possible rang
ภาวะซึมเศร้า	19.27	5.831	5-47	0-60
ความรู้สึกในทางเศร้า	4.41	3.197	21	0-21
ความรู้สึกทางบวก	3.28	2.114	0-12	0-12
อาการเชิงซ้ำและหงอยเหงา	5.42	2.888	0-18	0-21
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.74	0.995	0-6	0-6
การแก้ปัญหาทางสังคม	107.28	13.05	68-142	30-150
กระบวนการอัตโนมัติ	11.15	2.093	3-15	3-15
การเข้าใจปัญหา	35.19	5.350	18-45	9-45
ทักษะการแก้ไขปัญหา	60.99	9.390	32-86	18-90

จากตารางที่ 5 พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 19.27 (SD.=5.831) เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า ด้านความรู้สึกลงในทางเศร้านี้อาจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 (SD.=3.197) ด้านความรู้สึกลงทางบวกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (SD.=2.114) ด้านอาการเรื้อรังและหงอยเหงามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.42 (SD.=2.888) และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.74 (SD.=0.995)

นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมเท่ากับ 107.28 (SD.=13.05) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า กระบวนการอัตโนมัติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.15 (SD.=2.093) ด้านการเข้าใจปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.19 (SD.=5.350) และด้านทักษะการแก้ไขปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.99 (SD.=9.390)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคล และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 60)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.000	1.000
ชาย	3	10.00	3	10.00		
หญิง	27	90.00	27	90.00		
อายุ						
19 ปี	3	10.00	5	16.67		
20 ปี	12	40.00	13	43.33		
21 ปี	12	40.00	8	26.67		
22 ปี	3	10.00	4	13.33		
	$(\bar{X}=20.45; SD.=.748)$		$(\bar{X}=20.38; SD.=.899)$.331**	.742
ชั้นปี					.000	1.000
ชั้นปี 2	18	60.00	18	60.00		
ชั้นปี 3	12	40.00	12	40.00		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย						
2.00 – 2.50	5	16.67	4	13.33		
2.51 – 3.00	13	43.33	19	63.34		
3.01 – 3.50	11	36.67	6	20.00		
3.51 – 4.00	1	3.33	1	3.33		
	$(\bar{X}=2.90; SD.=.387)$		$(\bar{X}=2.92; SD.=.316)$		-.204**	.839

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายรับประจำเดือน						
< 3,000	2	6.67	3	10.00		
3,001-6,000	15	50.00	11	36.67		
6,001-9,000	9	30.00	12	30.00		
9,001-12,000	4	13.33	4	13.33		
	(X̄=5,790; SD.=423.27)		(X̄=6,190; SD.=451.44)			
ความเพียงพอของรายรับ					.000	1.000
เพียงพอ	21	70.00	20	66.67		
ไม่เพียงพอ	9	30.00	10	33.33		
สถานภาพของบิดาและมารดา					.287***	.175
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	21	70.00	18	60.00		
บิดาถึงแก่กรรม	1	3.33	2	6.67		
บิดามารดาหย่าร้าง/ แยกกันอยู่	8	26.67	10	33.33		
ที่พักอาศัย						
หอพักคณะพยาบาลศาสตร์	7	23.33	9	30.00	9.885*	.020
หอพักมหาวิทยาลัย	13	43.34	16	53.33		
หอพักเอกชน	10	33.33	3	10.00		
บ้านของตนเอง	0	0.00	2	6.67		
ความสนใจในการศึกษา					2.842*	.492
สนใจ	22	73.33	23	76.66		
ไม่สนใจ	8	26.67	7	23.34		
ประวัติอาการซึมเศร้า					.181*	.090
ไม่เคยมีอาการซึมเศร้า	22	73.33	27	90.00		
เคยมีอาการซึมเศร้า	8	26.67	3	10.00		

*Fisher's exact test, **t-test, ***Cramer's V

จากตารางที่ 6 พบว่า นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.45 (SD.=.748) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.38 (SD.=.899) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มทดลองมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 (SD.=.387) และกลุ่มควบคุมมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 (SD.=.316) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีรายรับประจำเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 5,790 (SD.=423.27) ส่วนใหญ่มีรายรับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ 70 และพักอาศัยอยู่ในหอพักมหาวิทยาลัยคิดเป็น

ร้อยละ 43.34 นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่สมัครใจในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตคิดเป็นร้อยละ 73.33 และไม่เคยมีประวัติอาการซึมเศร้ามาก่อนคิดเป็นร้อยละ 73.33 เท่ากัน

ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายรับประจำเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 6,190 (SD.=451.44) ส่วนใหญ่มีรายรับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่บิตามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ 60 และพักอาศัยอยู่ในหอพักมหาวิทยาลัยคิดเป็นร้อยละ 53.33 นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่สมัครใจศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตคิดเป็นร้อยละ 76.66 และไม่เคยมีประวัติอาการซึมเศร้ามาก่อนคิดเป็นร้อยละ 90

เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า นักศึกษาพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีเพศ อายุ ชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และรายรับประจำเดือนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	SD	Mean	SD
การแก้ปัญหาทางสังคม				
ก่อนการทดลอง	99.60	13.14	101.23	9.42
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	106.20	14.03	101.07	9.34
ติดตามผล 1 เดือน	106.77	13.27	101.30	9.48
ภาวะซึมเศร้า				
ก่อนการทดลอง	19.10	2.04	18.97	2.08
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	13.30	4.63	18.67	2.50
ติดตามผล 1 เดือน	8.70	4.42	18.00	3.43

จากตารางที่ 7 พบว่า นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 99.60 (SD.=13.14) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเท่ากับ 106.20 (SD.= 14.03) และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 106.77 (SD.=13.27) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 101.23 (SD.= 9.42) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที เท่ากับ 101.07 (SD.= 9.34) และระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 101.30 (SD.=9.48)

นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 19.10 (SD.=2.04) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเท่ากับ 13.30 (SD. = 4.63) และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 8.70 (SD.=4.42) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 18.97 (SD.=2.08) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที เท่ากับ 18.67 (SD.=2.50) และระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 18.00 (SD=3.43)

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	Mean	SD	t	df	p-value
การแก้ปัญหาทางสังคม						
กลุ่มทดลอง	30	99.60	13.14	-.553	58	.582
กลุ่มควบคุม	30	101.23	9.42			
ภาวะซึมเศร้า						
กลุ่มทดลอง	30	19.10	2.04	.251	58	.803
กลุ่มควบคุม	30	18.97	2.07			

จากตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง ด้วยสถิติแบบอิสระที่ (Independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลอง ($\bar{X}=99.60$, $SD.=13.14$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=101.2$, $SD.=9.42$) มีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมที่ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = -.553$, $p=.582$) แสดงให้เห็นว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่ไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{X}=19.10$, $SD.=2.04$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=18.97$, $SD.=2.07$) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = .251$, $p = .803$) แสดงให้เห็นว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าที่ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of variance) ดังแสดงในตารางที่ 9-12

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	393.09	393.09	1.164	.020*
ความคลาดเคลื่อน	58	477.31	21.70		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1.59	463.81	291.71	7.147	.003**
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1.59	474.21	2.98.25	7.307	.002**
ความคลาดเคลื่อน	92.22	3763.98	40.82		

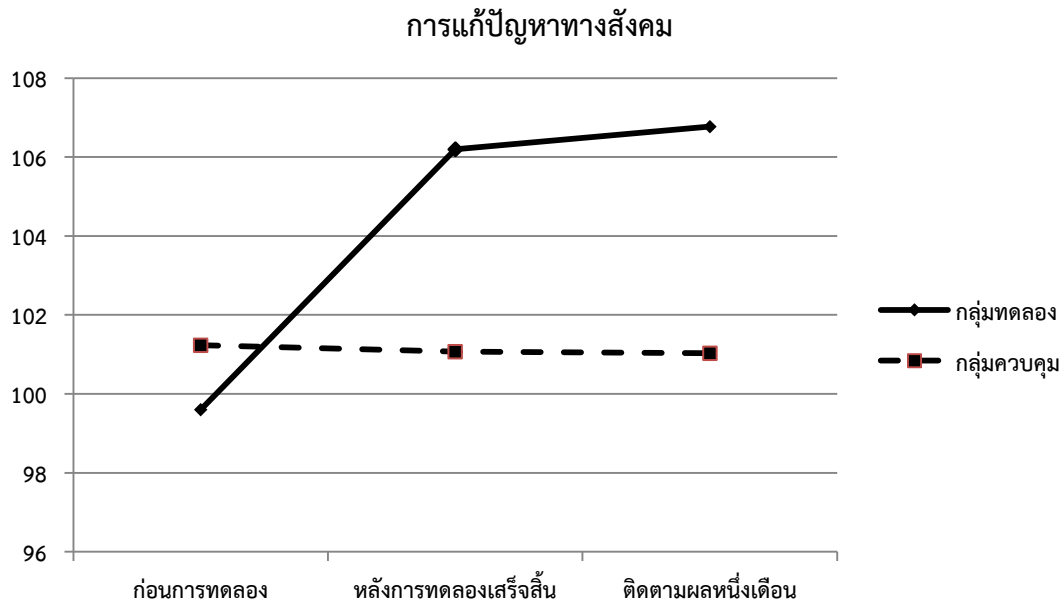
* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 9 พบว่า วิธีการทดลองส่งผลทำให้คะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1, 58} = 1.164$, $p < .05$) โดยนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหามีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกันเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมโดยจะมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 116} = 7.147$, $p < .001$)

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติยังพบว่า วิธีการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับระยะเวลาโดยเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 116} = 7.307$,

$p < .001$) และเมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมมาวาดกราฟแสดงค่าเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกันในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 2 กราฟแสดงการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 พบว่าเส้นกราฟคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของทั้งสองกลุ่มในระยะการทดลองจะตัดกัน (ซึ่งตรงกับผลการวิเคราะห์ที่พบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) เมื่อพิจารณาต่อในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนเพิ่มขึ้น (กราฟเส้นทึบ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่ค่อยแตกต่างกัน (กราฟเส้นประ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ทางสถิติที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการวิเคราะห์ทางสถิติและกราฟปฏิสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหามีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะเวลาการทดลอง	Mean (SD.)	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	99.60 (13.14)	-	6.60**	7.17**
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	106.20 (14.03)	-	-	.57
ระยะติดตามผล	106.77 (13.27)	-	-	-

** $p < .01$

จากตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนด้วยวิธี Bonferroni พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X}=99.60$, $SD.=13.14$) และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=106.20$, $SD.=14.03$) ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X}=99.60$, $SD.=13.14$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=106.77$, $SD.=13.27$) ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=106.20$, $SD.=14.03$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=106.77$, $SD.=13.27$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

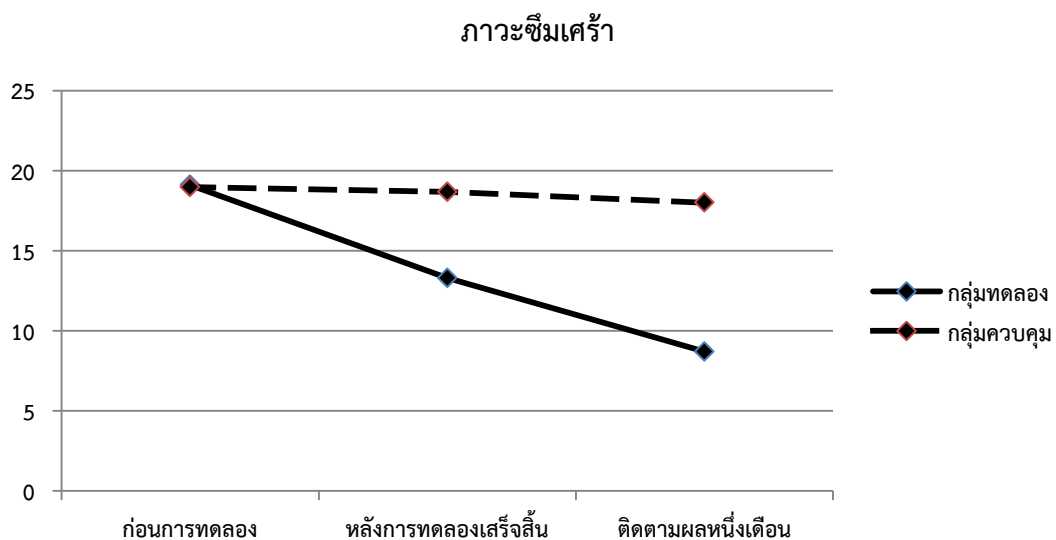
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	1056.089	1056.089	54.116	.000***
ความคลาดเคลื่อน	58	1131.889	19.515		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	970.744	485.372	68.575	.000***
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	2	673.544	336.772	68.575	.000***
ความคลาดเคลื่อน	116	821.044	7.078		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 11 พบว่า วิธีการทดลองส่งผลทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1, 58} = 54.116, p = < .001$) โดยนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาจะมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกันเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 116} = 68.975, p < .001$)

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติยังพบว่า วิธีการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับระยะเวลา โดยเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 116} = 68.575, p < .001$) และเมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามาวาดกราฟที่แสดงค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกันในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองพบว่ามีปฏิสัมพันธ์กันดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 3 กราฟแสดงการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 4 พบว่าเส้นกราฟคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนการทดลองจะตัดกัน (ซึ่งตรงกับผลการวิเคราะห์ที่พบว่ามีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) แต่เมื่อพิจารณาต่อในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนลดลง (กราฟเส้นทึบ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อน

การทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่ค่อยแตกต่างกัน (กราฟเส้นประ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ทางสถิติที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติและกราฟปฏิสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาที่มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะเวลาการทดลอง	Mean (SD)	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	19.10 (2.04)	-	-5.80**	-10.40**
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	13.30 (4.63)	-		-4.60**
ระยะติดตามผล	8.70 (4.42)	-		

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

จากตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X}=19.03$, $SD.=2.04$) และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=13.30$, $SD.=4.63$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X}=19.03$, $SD.=2.04$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=8.70$, $SD.=4.42$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=13.30$, $SD.=4.63$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=8.70$, $SD.=4.42$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสองระยะโดยระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและการแก้ปัญหาทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ส่วนระยะที่สองเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research designs) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน (Pre-post and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่ออาการซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะแรกเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 650 คน หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ จำนวน 60 คนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple-random sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ดำเนินการทดลองในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคลอนบาค เท่ากับ 0.83 และ .89 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติแบบอิสระที่ (Independent t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรน (Bonferroni) สรุปผลการวิจัยดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 32 โดยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 18 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 14 โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ($\bar{X}=11.76$, $SD.=6.72$) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ($\bar{X}=14.83$, $SD.=8.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=19.10$, $SD.=2.04$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=18.97$, $SD.=2.07$) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = .251$, $p= .803$)
3. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=106.20$, $SD.=14.03$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=106.77$, $SD.=13.27$) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X}=99.60$, $SD.=13.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=106.20$, $SD.=14.03$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=106.77$, $SD.=13.27$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=13.30$, $SD.=4.63$) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=8.70$, $SD.=4.42$) ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X}=19.03$, $SD.=2.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=8.70$, $SD.=4.42$) ต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X}=13.30$, $SD.=4.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาามีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=106.20$, $SD.= 14.03$ และ $\bar{X}=106.77$, $SD.= 13.27$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}=101.07$, $SD.= 9.34$ และ $\bar{X}=101.30$, $SD.= 9.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ($\bar{X}=13.30$, $SD.=4.63$ และ $\bar{X}=8.70$, $SD.=4.42$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}=18.67$, $SD.=2.50$ และ $\bar{X}=18.00$, $SD.=3.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. **ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล** ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32 โดยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 18 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 14 ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่ต้องปรับตัวที่หลากหลายนทั้งในด้านพัฒนาการตามวัย การปรับตัวด้านการเรียนการสอนทั้งในส่วนของทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการปฏิบัติบทบาทตามความคาดหวังของสังคมหรือวิชาชีพ การปรับตัวดังกล่าวล้วนมีเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด ความสุขในการเรียนรู้ลดลง (ปัทมา ทองสม, 2554; สมใจ วินิจกุล, สุวรรณ เทริชญ์สุข และประทุมทิพย์ สุขราชภูรี, 2557) และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556; Ahmadi, Toobae, & Alishahi, 2004) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางแถม และชนิดดา แนบเกษร (2554) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.90 และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภัทรพร เสงอุดมทรัพย์, ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์, ธนวรรณ อาชารัฐ, สิริพิมพ์ ชูปาน และพรพรรณ ศรีโสภา (2558) ที่พบว่านักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 49 โดยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 30.75 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 18.25

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาภาวะซึมเศร้าในแต่ละชั้นปีพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าค่อนข้างสูงกว่าชั้นปีอื่น ($\bar{X}=14.83$, $SD.=8.41$) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 3 ($\bar{X}=14.14$, $SD.= 6.55$) ชั้นปีที่ 2 ($\bar{X}=13.61$, $SD.= 7.65$) และชั้นปีที่ 4 ($\bar{X}=11.76$, $SD.= 6.72$) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในทุกชั้นปี พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ($\bar{X}=11.76$, $SD.=6.72$) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าต่ำกว่านักศึกษา

พยาบาลชั้นปีที่ 1 ($\bar{X}=14.83$, $SD.=8.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มนักศึกษาที่เริ่มเข้ามาศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นปีแรก ซึ่งถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมตอนปลายเข้าสู่การศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งมีรูปแบบการเรียนการสอนที่แตกต่างกันค่อนข้างมากโดยต้องมีความเป็นผู้ใหญ่ และต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ นักศึกษายังต้องปรับตัวเข้ากับเพื่อน อาจารย์ หรือ สิ่งแวดล้อมใหม่ ต้องย้ายเข้ามาอยู่ในหอพักของมหาวิทยาลัยซึ่งบางคนค่อนข้างห่างไกลจากครอบครัว มาก ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนทำให้นักศึกษาจำเป็นต้องปรับตัว ซึ่งหากนักศึกษารายใดไม่สามารถ ปรับตัวได้หรือขาดแหล่งสนับสนุนที่ดีก็มักเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด หรือซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภุมรินทร์ อินชวณี, อายุพร กัยวิทย์โกศล และเกศกัญญาณ์ บัวผัน (2551) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีแนวโน้มของความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 19.64 มีปัญหาในการปรับตัว ร้อยละ 15 (สุนทรี ชะชาติย์, สุพัตราพุ่มพวง และศศิวิมล วรรณทอง, 2551) และมีภาวะ เครียดระดับปานกลางร้อยละ 38.10 ภาวะเครียดสูงร้อยละ 50.5 และภาวะเครียดรุนแรง ร้อยละ 11.4 (ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา พุ่มพวง และสุนทรี ชะชาติย์, 2554) และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.90 (กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2556) ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จึงมีภาวะ ซึมเศร่าค่อนข้างสูง

ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่มีภาวะซึมเศร่าค่อนข้างสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร แก้วพรหม และ ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์ (2556) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีภาวะ ซึมเศร่ามากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ส่วนใหญ่ต้องขึ้นฝึกประสบการณ์วิชาชีพบนหอผู้ป่วย ซึ่งนักศึกษาจำเป็นต้องฝึกทักษะปฏิบัติการ พยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายด้วยความรอบคอบ ระมัดระวัง และ รับผิดชอบ เพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและตนเองได้ ต้อง ปรับตัวเข้ากับอาจารย์นิเทศ ผู้รับบริการ ญาติ บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย รวมทั้งต้องเผชิญ กับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (พรชัย ดีไพศาลสกุล, 2556) ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้สึกกดดัน คับข้องใจ วิตกกังวล หรือเครียด (อัศวินี นามะกันคำ, ซาลินี สุวรรณยศ, พจนีย์ ภาคภูมิ และ วรารวรรณ ภูมิคำ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษา ของมณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ (2552) ที่พบว่าสาเหตุความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ ขาดทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาด้านการสื่อสารและ สัมพันธภาพ การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วย ลักษณะการนิเทศของอาจารย์ และปัญหา สุขภาพ นอกจากนี้ นักศึกษายังต้องเผชิญกับสภาพหรือบรรยากาศที่ทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่อยู่ในหอ ผู้ป่วย (สุมาลี จูมทอง, ดุซฎี โยเหลา, งามตา วนินทานนท์ และสธัญ ภูคัง, 2552) ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนทำให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร่าสูง

2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาและได้รับการดูแลตามปกติ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

2.1 นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา มีการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาสามารถช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมและลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย D'Zurilla และ Nezu (2007) ได้ว่าเมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมโดยมุ่งเน้นการปรับความคิด ความเชื่อ และมุมมองต่อปัญหาในทางบวก ส่งเสริมการวางแผน และวิธีการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์อย่างเป็นเหตุเป็นผล ทำให้เกิดทักษะการจัดการกับปัญหาที่หลากหลาย ทำให้บุคคลนั้นมีการแก้ปัญหาทางสังคมที่ดีขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่กดดันก็จะสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ปัญหานั้นหมดไป บุคคลก็ไม่รู้สึกกดดัน เครียด วิตกกังวล และไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด เช่นเดียวกับนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมซึ่งเป็นรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 ครั้งที่ออกแบบให้นักศึกษาได้ทบทวน เรียนรู้ เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง รู้ถึงสาเหตุและกลไกของภาวะซึมเศร้า ได้ระบายความรู้สึก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นเกี่ยวกับการแก้ปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการกลุ่มซึ่งช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด มีมุมมองที่มีต่อปัญหาในทางบวกมากขึ้นโดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของนักศึกษาบางรายที่บอกว่า “การเข้ากลุ่มทำให้เรารู้ว่าปัญหาของตนเองนั้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปัญหาของเพื่อน” หรือ “จริงๆ แล้วที่เราทุกข์อยู่ทุกวันนี้เพราะเราคิดเสมอว่าเราไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้นั่นเอง”

นอกจากนี้จากลักษณะของรูปแบบกิจกรรมที่ออกแบบให้มีการนำความรู้และทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวันและนำกลับมาแลกเปลี่ยน เรียนรู้และสะท้อนคิดถึงประเด็นปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นทำให้นักศึกษามีมุมมองต่อปัญหาทางบวก โดยเห็นว่าปัญหานั้นเป็นเรื่องเล็กที่สามารถจัดการได้รวมทั้งมีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้นส่งผลให้ทักษะการแก้ปัญหานั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อนักศึกษามีความคิดหรือมุมมองต่อปัญหาทางบวกก็มีกำลังใจและลงมือแก้ปัญหาแบบมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขและค่อยๆ คลายตัว ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมจนครบทุกครั้งทำให้นักศึกษามีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้นจึงส่งผลให้มีคะแนนการแก้ปัญหาทางสังคมที่สูงขึ้น ทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขและคลายตัวลงส่งผลให้ความรู้สึกดีถึงเครียดลดลง มีอารมณ์ที่แจ่มใสมากขึ้น และมีภาวะซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุณิสสา ศรีโมอ่อน, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และ อัจฉราพร สีหิรวงศ์ (2554) ที่พบว่าการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาใช้ได้ผลดีในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะ

ซิมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง และการศึกษาของธวัชชัย พลสะอาด, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรัชนิกร อุปเสน (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซิมเศรากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีภาวะซิมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน (2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซิมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาที่มีอาการซิมเศร่าระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาจึงสามารถช่วยลดภาวะซิมเศร่าในประชากรกลุ่มต่างๆ ได้ ซึ่งเป็นไปตามผลของการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาครบทุกกิจกรรมมีการแก้ปัญหาทางสังคมสูงขึ้น และมีภาวะซิมเศร่าลดลง

สำหรับในระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีภาวะซิมเศร่าในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองนักศึกษาพยาบาลนักศึกษาไม่ได้รับการกระตุ้นหรือฝึกทักษะการแก้ปัญหารูปแบบอื่นเพิ่มเติมอีก นักศึกษาเพียงใช้ประสบการณ์หรือทักษะที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ นั้นไปใช้ในการแก้ปัญหาเท่านั้น ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาเป็นสิ่งที่ต้องใช้ระยะเวลาในการกระตุ้นหรือส่งเสริมรวมทั้งมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องซึ่งที่ผ่านมาการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์เป็นสิ่งที่ทำให้ทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมเพิ่มขึ้น แต่เมื่อนักศึกษาไม่ได้รับการฝึกฝนทักษะการแก้ปัญหาต่อจึงทำให้ทักษะนั้นคงที่ ดังผลการวิจัยคั้งนี้ที่พบว่าคะแนนการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ซึ่งแตกต่างกับภาวะซิมเศร่าซึ่งเป็นสภาวะอารมณ์ของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามสถานการณ์ที่กดดัน โดยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ นักศึกษาพยาบาลยังคงต้องเผชิญกับปัญหา อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่กดดันจากสภาพแวดล้อมเดิมอยู่แต่นักศึกษาสามารถนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น โดยนักศึกษามีมุมมองทางบวกต่อปัญหาและมองว่าทุกปัญหา มีทางออก รู้จักทบทวนเพื่อหาหาสาเหตุของปัญหา มีการวางแผนเพื่อหาทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้น และเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยมุ่งเน้นที่การจัดการกับปัญหามากขึ้นตามประสบการณ์ที่เคยได้รับมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่ได้หลีกเลี่ยงปัญหา หรือแก้ปัญหาด้วยความหุนหันพลันแล่นเช่นเดิม ซึ่งการแก้ปัญหาดังกล่าวทำให้นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงคลี่คลายลง ทำให้นักศึกษารู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ และมีภาวะซิมเศร่าลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการที่นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และมีภาวะซิมเศร่าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไป

ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาที่มีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่ดีขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวความคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย D'Zurilla และ Nezu (2007) ว่าเมื่อบุคคลมีทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับสาเหตุของปัญหามากกว่าการแก้ปัญหาด้วยความหุนหันพลันแล่นหรือแก้ปัญหาแบบลวกๆ เพื่อให้ผ่านไปหรือไม่พยายามที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าวจะทำให้ปัญหานั้นค่อยๆ คลี่คลายตัวและหมดไป บุคคลนั้นก็จะมีสภาวะอารมณ์ที่แจ่มใส ไม่ตึงเครียดและไม่ซึมเศร้า เช่นเดียวกับนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ก็มีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไม่เหมาะสม โดยมักมีมุมมองทางลบต่อปัญหานั้น เช่น คิดว่าปัญหานั้นยิ่งใหญ่เกินไป ไม่สามารถทำอะไรได้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือปัญหาจากการเรียน การฝึกประสบการณ์วิชาชีพ หรือปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน อาจารย์ ก็มักจะรู้สึกว่าการที่ตนเองนั้นอ่อนแอ ไม่มีกำลังที่จะจัดการกับปัญหา ซึ่งความคิดดังกล่าวมักกระตุ้นให้นักศึกษาจัดการกับปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยงปัญหา หรือพยายามแก้ปัญหาแบบลวกๆ ให้ผ่านไปโดยไม่ไตร่ตรองถึงผลที่จะเกิดตามมา แต่ภายหลังจากที่นักศึกษาเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่มุ่งเน้นการปรับความคิดและความเชื่อให้มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกมากขึ้นผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงทั้งของตนเองและเพื่อน รวมทั้งมีโอกาสได้เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่ละขั้นตอนจากการสอดแทรกไว้ในกิจกรรมกลุ่มที่เน้นให้นักศึกษาฝึกจัดการกับอารมณ์เบื้องต้น ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา แสวงหาทางเลือกที่หลากหลาย และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นน้อยที่สุด รวมทั้งนำทางเลือกนั้นไปทดลองใช้จริง ซึ่งจากการเรียนรู้ในกิจกรรมดังกล่าวทำให้นักศึกษามีมุมมองที่หลากหลายและมีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ประกอบกับการมอบหมายการบ้านให้นำทักษะการแก้ปัญหาที่เรียนรู้ไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน เปิดโอกาสให้ทบทวน พิจารณาถึงข้อดีข้อเสียและผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาแต่ละครั้ง รวมทั้งนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่ผ่านมากับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ทำให้นักศึกษาเริ่มมีทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาวางสังคมที่เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติอย่างชัดเจนจนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลจากการที่นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างตรงกับสภาพปัญหา และข้อเท็จจริงมากขึ้นทำให้สถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลต่อสภาวะทางอารมณ์ของนักศึกษาโดยตรงทำให้มีอารมณ์ที่ยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างต่อเนื่องดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย พลสะอาดดี, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรัชนิกร อุปเสน (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์

ผลการศึกษาค้างนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทำให้นักศึกษาพยาบาลมีการแก้ปัญหาทางสังคมดีขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาไปประยุกต์ในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมและลดภาวะซึมเศร้า

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปสอดแทรกในกิจกรรมการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาในระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษาได้ทราบถึงทางเลือกในการดูแลบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งสามารถนำตัวอย่างของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาไปประยุกต์ในกิจกรรมการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนโดยตรง

3. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มอื่น หรืออาจศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อตัวแปรอื่น เช่น การปรับตัว หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เป็นต้น

4. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับต่างๆ ควรนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทอิสระของตนเองได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการศึกษาต่อยอดหรือนำไปใช้เป็นทางเลือกในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยต่างๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เป็นระยะอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี โดยควรมีการวางแผนการให้กิจกรรมกระตุ้นเป็นระยะตามความเหมาะสม

2. ควรศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่อยู่ในระดับอุดมศึกษา โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการและลักษณะของตนเองมากยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในประชากรกลุ่มอื่นที่มีความหลากหลายมากขึ้น โดยอาจปรับปรุงแบบของกิจกรรมให้เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการของแต่ละช่วงวัยมากขึ้น

ผลผลิต

1. งานวิจัยนี้วางแผนจะเผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาโดยเขียนเป็นบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่เผยแพร่ในระดับชาติที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มหนึ่งอย่างน้อย 1 เรื่อง
2. การวิจัยนี้ทำให้ได้รูปแบบของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาที่มีผลในการเพิ่มการแก้ปัญหาทางสังคม และลดภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มแรก อันเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแล ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาที่อยู่ในระดับอุดมศึกษา อันเป็นการช่วยบรรเทาและลดการสูญเสียที่ อาจเกิดจากภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพของบัณฑิต
3. องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยไปใช้เป็นพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนทางการ พยาบาล เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลในระดับบัณฑิตศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนา โปรแกรมฯ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และมีแนวทางหรือทางเลือกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

รายงานสรุปการเงิน

เลขที่โครงการระบบบริหารงานวิจัย 2560A10802246 สัญญาเลขที่ 13/ 2560
โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อโครงการ: “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและ
ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล”

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์

รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

รายรับ

จำนวนเงินที่ได้รับ

งวดที่ 1 (50%) 112,500 บาท	เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2560
งวดที่ 2 (40%) 90,000 บาท	เมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2561
งวดที่ 3 (10%) 22,500 บาท	เมื่อวัน เดือน ปี.....

รวม 225,000 บาท

รายจ่าย

รายการ	งบประมาณที่ตั้งไว้	งบประมาณที่แท้จริง	จำนวนเงินคงเหลือ/ เกิน
1. ค่าตอบแทน	115,000	115,000	-
2. ค่าจ้าง	-	-	-
3. ค่าวัสดุ	20,200	18,000	-
4. ค่าใช้สอย	92,000	92,000	-
5. ค่าครุภัณฑ์	-	-	-
6. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	-	-	-
7. ค่าสาธารณูปโภค	22,800	25,000	-
รวม	250,000	250,000	-

(.....)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์
ลงนามหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

เอกสารอ้างอิง

- กชกร แก้วพรหม และ ชนกฤทัย ชื่นอารมณ. (2556). การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31 (4), 128-135.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2552). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย. *วารสารสมาการพยาบาล*, 26 (2), 42-56.
- ฉันทจุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, สายใจ พัวพันธ์ และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 1-13.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24 (1), 1-12.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์, ธนวรรณ อาชารัฐ, สิริพิมพ์ ชูปาน และพรพรรณ ศรีโสภา. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23 (4), 46-62.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, โสภิตา แสงอ่อน, และยุวดี ฤาชา. (2549). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 12(3), 289-303.
- ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรัชนิกร อุปเสน. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 60-74.
- นันทิชา บุญละเอียด. (2554). *การปรับตัวของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. การศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิตคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นุชนาด แก้วมาตร. (2556). นักศึกษาพยาบาลกับภาวะซึมเศร้า. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(3), 14-23.
- นุชนาด แก้วมาตร จันทนา เกิดบางแถม และชนิดดา แนบเกษร. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19 (2), 84-95.

- ประนอม โอทกานนท์. (2543). *การประกันคุณภาพการศึกษาระดับปริญญาตรี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ทองสม. (2554). การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลการศึกษา*, 4(1), 88-110.
- พันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี และจินตนา ลีแจ้งเพิ่มพูน. (2561). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 49-65.
- พรชัย ดีไพศาลสกุล. (2556). ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล. *Veridian E-Journal, SU*, 6 (1), 573-592.
- ไพรัช วงศ์ศรีตระกูล. (2554). ปัจจัยทางการศึกษาที่มีผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษามหาวิทยาลัยธนบุรี. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมทางวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย “มสธ. วิจัย ประจำปี 2554”.
- มณฑา ลิ้มทองกุลและสุภาพ อารีเอื้อ. (2552). แหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15 (2), 192-205.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์: รามาธิบดี*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรุณยุพา รอยกุลเจริญ. (2550). การปฏิบัติการพยาบาล: การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(3), 5-8.
- ศุภชัย ตู๊กลาง, อรพรรณ ทองแดง, อีร์ศักดิ์ สาตรา และสุชีรา ภัทรายุตวรรัตน. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3): 283-294.
- สมใจ วินิจกุล, สุวรรณมา เจริญสุข และประทุมทิพย์ สุขราษฎร์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในสถาบันการศึกษา ความสุขในการเรียนรู้กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21, 7-24.

- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2554). *แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับพยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2557). *รายงานการวิจัยแนวทางการพัฒนาการศึกษาไทยกับการเตรียมความพร้อมสู่ศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- สุมาลี จุมทอง, ดุษฎี โยเหลา, งามตา วนินทานนท์ และสธัญ ภูงค์. (2552). ประสบการณ์ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลจากการเรียนภาคปฏิบัติในห้องคลอด. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 39-56.
- สุณิสา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2554). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26 (3), 107-116.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์และปิยลัมพร หะวานนท์.(2540). การใช้ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- อัศวินี นามะกันคำ, ซาลินี สุวรรณยศ, พงนิย์ ภาคภูมิ และวราวรรณ ภูมิคำ. (2551). ความเครียดและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในหอผู้ป่วย. *พยาบาลสาร*, 2, 26-36.
- Ahmadi, J., Toobaee, S., &Alishahi, M. (2004). Depression in nursing student. *Journal of Clinical nursing*, 13(1), 124.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela& B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 6-32). New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Bell, C. A., & D’Zurilla, J. T. (2009). Problem solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29 (4), 348-53.
- Burnard, P., Rahim, H. T., Hayes, D., & Edwards, D. (2007).A descriptive study of Bruneian student nurses’ perception of stress. *Nurse Education Today*, 27, 808-818.

- Charoensuk, S. (2007). Negative thinking: a key factor in depressive symptoms in Thai adolescents. *Issues in Mental Health Nursing, 28*, 55-74.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cuijpers, P. Dekker, J. Hollon, S.D., Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive Disorders in Adults: A meta-analysis. *Journal clinical Psychiatry, 70*(9), 1119-1129.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (pp. 197-226). New York: Guilford Press.
- D’Zurilla, T. J. & Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: theory and assessment. In E. C. Chang, T. J. D’Zurilla & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: theory, research, and training* (pp. 11-27). Washington, DC: American Psychology Association.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Fisak, B. J., Richard, D. & Mann, A. (2011). The Prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Sciences, 12*, 255-268.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry, 59*, 225-231.
- Gladstone, T. R., & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(4), 212-221.
- Gladstone, T.R., Beardslee, W.R. & O’Connor, E. E. (2011). The Prevention of Adolescent Depression. *Psychiatric Clinic of North America, 34*, (1): 35–52.
- Goodyer, I.M. (2009). Early onset depression: meanings, mechanism, and process. In S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt. (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge.

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 353-363.
- Mahat, G. (2001). Stress and coping: First-year Nepalese students in clinical setting. *Journal of Nursing Education, 35*, 163-169.
- Mahon, N. E., & Yarcheski, A. (2001). Outcomes of depression in early adolescents. *Western Journal of Nursing Research, 23*(4), 360-375.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. New York: Springer publishing.
- Omigbodun, O. O., Odukogbe T., Akin-Tunde.A., Omigbodun, A.O., Yusuf, O. B., Bella, T. T., & Olayemi, O. (2007). Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria. *Social Psychiatry Epidemiology, 41*, 415-421.
- Rao, U., Daley, S. E., & Hammen, C. (2000). Relationship between depression and substance use disorders in adolescent women during transition to adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry, 39*, 215-222.
- Ruangkanchanasetr, S., Plitponkarnpim, A., Hetrakul, P., & Kongsakon, R. (2005). Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *Journal of Adolescent Health, 36*, 227-235.
- Rubin, A. & Yu, M. (2015). Within-group effect-size benchmarks for problem-solving therapy for depression in adults. *Research on Social Work Practice, 1*-9.
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Education.
- Seyedfatemi, N., Tafreshi, M., & Hagani, H. (2007). Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. *BMC Nursing, 6* (11), 1-10.
- Steinberg, L. & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 52*, 83-110.
- Thapar, A., Collishow, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet, 379* (17), 1056-1067.

- Thanoi, W., Phanchaoenworakul, K., Thompson, E. A., Panitrat, R., & Nityasuddhi, D. (2010). Thai adolescent suicide risk behaviors: Testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(3), 187–202.
- Thiamkaew, K., Phuaphanprasert, B., Mahatnirunkul, S., & Pannarunothai, S. (2007). Depression care cost in Thai public service settings. *Journal of Mental Health of Thailand*, 15(1), 11.
- Townsend, M. C. (2011). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of care in Evidence-base practices (5th ed.)*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Vatanasin, D., Thapinta, D., Thompson, E.A., Thungjaroenkul, P. (2012). Testing a model of depression among Thai adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 195-206.
- Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R., et al. (2008). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 270-278.

ภาคผนวก
(Appendix)



โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาสำหรับนักศึกษาพยาบาล
(Problem-solving Skill Enhancement Program for Nursing Students)



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ศิริวิมล วัฒนสินธุ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์
อาจารย์ สิริพิมพ์ ชูปาน
อาจารย์รัศมีสุนันท์ จันทรภักดี

โครงการวิจัยได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล
(งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาสำหรับนักศึกษาพยาบาล (Problem-solving Skill Enhancement Program for Nursing Students)

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving Skill Enhancement) เป็นรูปแบบการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มที่มีแบบแผนหรือโครงสร้างที่ชัดเจนโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาล พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวความคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ของ Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบของกิจกรรมมีพื้นฐานมาจากรูปแบบการแก้ปัญหาทางสังคมที่เสริมสร้างการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาตามความเป็นจริงเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต โปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ในแต่ละกิจกรรมจะมุ่งเน้นการปรับความคิด ความเชื่อ และมุมมองต่อปัญหาในทางบวก ส่งเสริมการวางแผน และวิธีการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ เป็นเหตุเป็นผล ทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับปัญหาอย่างหลากหลาย และพัฒนาทักษะใหม่ในการเลือกจัดการกับปัญหาที่สำคัญ รวมถึงส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ ทำให้นักศึกษาพยาบาลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและไม่มีภาวะซึมเศร้า

เป้าหมายของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา

เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ นักศึกษาพยาบาลสามารถ:

1. ทบทวนตนเอง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหา มุมมองต่อปัญหา วิธีการแก้ปัญหาที่เคยใช้ในอดีต ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการแก้ปัญหา รวมทั้งประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการและอาการแสดง และผลกระทบ และความเชื่อมโยงระหว่างการแก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้าได้
2. อธิบายสาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดขึ้น และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการแก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้า
3. อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองต่อปัญหาทางบวก (Positive Problem Orientation, PPO) และมุมมองต่อปัญหาทางลบ (Negative Problem Orientation, NPO) และวิธีการแก้ปัญหาในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งบอกถึงแนวทางในการปรับมุมมองที่มีต่อปัญหาเพื่อเสริมสร้างวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้
4. บอกถึงข้อดีข้อเสียของวิธีการแก้ปัญหาทั้ง 3 รูปแบบ ได้แก่ วิธีการแก้ปัญหาที่มีเหตุผล (Rational Problem solving, RPS) แบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) และแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/ Careless) รวมทั้งสามารถเปรียบเทียบประสบการณ์ในอดีตของตนเองเกี่ยวกับการใช้วิธีการแก้ปัญหามาและผลกระทบที่เกิดขึ้น
5. ฝึกปฏิบัติทักษะการค้นหาปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาโดยใช้ศักยภาพของตนเองตามสภาพความเป็นจริง
6. ฝึกปฏิบัติทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองที่มีต่อปัญหาโดย เพิ่มมุมมองต่อปัญหาทางบวกตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Positive Problem Orientation, PPO) และลดมุมมองต่อปัญหาทางลบ (Negative Problem Orientation, NPO)
7. ฝึกปฏิบัติทักษะการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยฝึกการแก้ปัญหามีเหตุผล และลดวิธีการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา หรือการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง

8. สรุปรการเรียนรู้และประเมินผลเกี่ยวกับการนำกระบวนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน โดยประเมินจากการแก้ปัญหาทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

แนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลประยุกต์รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ของ Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ของ Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดทฤษฎีการแก้ปัญหาทางสังคม (Social Problem Solving Theory; D' Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2004) ซึ่งเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด หรือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีประสิทธิภาพในกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันลดน้อยลง โดยเมื่อบุคคลเกิดปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากใจ ถ้าบุคคลมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (มองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ และการมีอารมณ์ในทางลบ) จะส่งผลกระทบต่อความพยายามแก้ปัญหา โดยมีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นหรือไม่ระมัดระวัง หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาทางสังคม บุคคลจะเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ สะสมเรื่อยๆ ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม และส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าตามมา

แนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ของ Nezu, Nezu, and D'Zurilla (2013) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบการแก้ปัญหาทางสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดก็จะพยายามแก้ปัญหาเหล่านั้นโดยการใช้กระบวนการคิดหรือมุมมองต่อปัญหาใน 2 รูปแบบ คือ มุมมองต่อปัญหาในทางบวก (Positive problem oriented: PPO) และมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative problem oriented: PPO) ซึ่งส่งผลต่อวิธีการแก้ปัญหาของบุคคล โดยบุคคลที่มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกมักมีวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (Rational problem solving) โดยพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา และค้นหาปัญหาที่แท้จริงรวมทั้งพยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผนและลงมือแก้ปัญหา ซึ่งหากบุคคลมีรูปแบบวิธีการแก้ปัญหานี้มักทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ปัญหานั้นหมดไปและไม่มีภาวะซึมเศร้า แตกต่างจากบุคคลที่มีมุมมองต่อปัญหาในทางลบมักจะมีวิธีการแก้ปัญหาใน 2 ลักษณะ คือ การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง (Avoidance) โดยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา หรือรอให้ปัญหานั้นจบลงด้วยตนเอง หรือพยายามพึ่งพาผู้อื่นในการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/ Careless) ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งรีบ ลวกๆ ตัดสินใจโดยเร็ว ไม่ทบทวนทางออกของปัญหาอย่างรอบคอบ ซึ่งรูปแบบการแก้ปัญหาทั้งสองแบบนี้ทำให้การแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ปัญหานั้นคงอยู่ หรือขยายตัวทวีความรุนแรงมากขึ้นจนบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) มุ่งเน้นการฝึกทักษะแก้ปัญหาดังต่อไปนี้ (Nezu, Nezu, & D'Zurilla, 2013)

1. ปรับมุมมองต่อปัญหาทางบวก (Positive Problem Orientation, PPO) เป็นการปรับทัศนคติในการมองปัญหาที่เกิดขึ้นในทางบวก โดยรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้และรับรู้ศักยภาพของตนเองในทางที่ดี ทำความเข้าใจว่าในการแก้ปัญหานั้นต้องใช้เวลาและความพยายาม ความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าที่จะหนีปัญหาโดยมีการปรับอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา

2. ลดมุมมองต่อปัญหาทางลบ (Negative Problem Orientation, NPO) โดยพยายามปรับทัศนคติการมองปัญหาในแง่ลบให้ลดลง เช่น ปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ หรือ ไม่มีวันที่ปัญหานั้นจะคลี่คลายลง

3. ส่งเสริมการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (Rational Problem solving, RPS) หรือเสริมสร้างการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนอย่างดี (Fostering Planful problem-solving) เป็นความพยายามทำความเข้าใจ (formulation) และค้นหาปัญหาที่แท้จริง (identified problem) พยายามคิดหาทางออกจากปัญหาหลายๆทาง และตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ ลงมือทำการแก้ปัญหา ตามแผนและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ทั้งผลดีและผลกระทบในระยะสั้นและผลระยะยาว พยายามอยู่กับความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบเพราะไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้

4. ลดวิธีการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) โดยพยายามให้บุคคลได้เรียนรู้ถึงผลกระทบของการแก้ปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยงปัญหาซึ่งเป็นวิธีการที่หลีกเลี่ยงปัญหา หรือรอให้ปัญหานั้นจบลงด้วยตนเอง หรือพยายามพึ่งพาผู้อื่นในการแก้ปัญหา และลดการใช้ทักษะการแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้ลง

5. ลดการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/ Careless) โดยพยายามให้บุคคลได้เรียนรู้ถึงผลกระทบของการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งรีบ ลวกๆ ตัดสินใจโดยเร็ว ไม่ทบทวนทางออกของปัญหาอย่างรอบคอบลงจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถลดอาการซึมเศร้าในประชากรทั้งในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ (Bell & D’Zurilla, 2009) โดยจากการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาร่วมกับการให้ยาต้านเศร้าจะได้ผลลัพธ์ดีกว่าการบำบัดเพียงอย่างเดียว (Cuijpers, Dekker, Hollon, Andersson, 2009) สำหรับในประเทศไทยเริ่มมีการนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และพบว่ามีประสิทธิภาพในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (สุณิสสา ศรีโมอ่อน, อทิติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2554) และมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ไม่แตกต่างกับการบำบัดหรือการช่วยเหลือทางจิตสังคมอื่น เช่น Brief CBT หรือ การให้คำปรึกษา (Counseling) (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2554) โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาได้ประยุกต์รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ที่มุ่งเน้นที่จะปรับทัศนคติในการแก้ปัญหาทางบวกและเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (Rational problem solving) ที่มีประสิทธิภาพให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยฝึกให้ทำความเข้าใจกับปัญหา ค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผน และลงมือแก้ปัญหา และพยายามลดวิธีการแก้ปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยง (Avoidance) หรือการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/ Careless) ซึ่งจะให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีและไม่มีภาวะซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย

นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนระหว่าง 17-20 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) เข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งละ 10-15 คน เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมนี้อาศัยกระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม

ระยะเวลา

กิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยจัดกิจกรรมในทุกวันเสาร์หรือวันอาทิตย์

การดำเนินกิจกรรม

รูปแบบการดำเนินกิจกรรมในลักษณะกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง กิจกรรมในแต่ละครั้งมุ่งเน้นการสอดแทรกความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น การปรับมุมมองของการแก้ปัญหาในทางบวก และการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 “ตัวตนของฉัน อารมณ์ของฉัน” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สำรวจตนเอง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 “เรียนรู้ปัญหา พาชีवासุขสันต์” เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

กิจกรรมที่ 3 “เราคือผู้พิชิต” เพื่อสำรวจปัญหา ฝึกการค้นหาปัญหา ฝึกทักษะการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 4 “เลือกทางดี ชีวิตมีสุข” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5 “โลกสวยด้วยตัวเรา” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ต่อ)

กิจกรรมที่ 6 “อยู่อย่างไรให้สดใสตลอดกาล” เพื่อคงไว้เพื่อทักษะการแก้ปัญหา สรุปร ทบทวน และประเมินผลการเรียนรู้

สถานที่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมโดยประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ระยะเวลาก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะเวลาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่

1. การแก้ปัญหาทางสังคมประเมินด้วยแบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น (Social Problem Solving Inventory for Adolescents: SPSI-A)
2. ภาวะซึมเศร้าประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D)

กิจกรรมครั้งที่ 1 “ตัวตนของฉัน อารมณ์ของฉัน”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ
2.
3.
9. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการคลายเครียดและการลดอารมณ์เศร้า

สาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมหรือสมาชิกกลุ่มได้ทำ ความรู้จัก สร้างสัมพันธ์ภาพ พุดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน.....

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือประกอบโปรแกรมฯ
2. คู่มือสุขภาพจิตศึกษาเรื่อง “เศร้าๆ สไตลล์วัยรุ่น วัยวัยรุ่น”
3.
4.

ระยะเวลา 60-90 นาที

สถานที่ ห้องอเนกประสงค์ หอพักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แผนการดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์	เวลา
1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ	1. ผู้ดำเนินกิจกรรมกล่าวทักทาย และแนะนำตัวพร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ลักษณะ และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมตลอดโปรแกรมฯ ”.....	-คู่มือประกอบโปรแกรมฯ	10 นาที
2.	2.....		
3.	3.....	-	
9. เพื่อสรุปการเรียนรู้ร่วมกันและ นัดหมายการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป	11. ผู้ดำเนินกิจกรรมสรุปการเรียนรู้	-	10 นาที

การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน โดยสังเกตจากการมีส่วนร่วม การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรม

2.

กิจกรรมครั้งที่ 2 “เรียนรู้ปัญหา พาชีवासุขสันต์”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม
2.
6. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการแก้ปัญหา กับภาวะซึมเศร้า

สาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรม

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากรูปแบบการแก้ปัญหาทางสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อวัยรุ่นเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดก็จะมีกระบวนการคิดหรือมุมมองต่อปัญหาในทางบวก.....

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือประกอบโปรแกรมฯ
2. ใบความรู้ที่ 2.1 กระบวนการแก้ปัญหา
3.

ระยะเวลา 60-90 นาที

สถานที่ ห้องอเนกประสงค์ หอพักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แผนการดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์	เวลา
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ	1. ผู้ดำเนินกิจกรรมกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมโปรแกรมและพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้	-คู่มือประกอบโปรแกรมฯ	10 นาที
2.	2.....		
3.	3.....	-	
9. เพื่อสรุปการเรียนรู้ร่วมกันและ นัดหมายการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป	9. ผู้ดำเนินกิจกรรมสรุปการเรียนรู้ ทบทวนการบ้าน การบันทึกสะท้อนคิด และนัดหมายวันเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป.....	-	10 นาที

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การร่วมอภิปราย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

2.

กิจกรรมครั้งที่ 3 “เราคือผู้พิชิต”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
2.
8. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ฝึกค้นหาทางเลือก และตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา

สาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรม

เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดก็จะมีกระบวนการคิดหรือมุมมองต่อปัญหา ซึ่งบุคคลที่มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกโดยคิดว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย สามารถแก้ไขได้ และตนเองนั้นมีศักยภาพ ความสามารถในการจัดการกับปัญหาเพียงพอ

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือประกอบโปรแกรมฯ
2. ใบความรู้ที่ 3 “คิดดี ชีวิตมีสุข”
3.

ระยะเวลา 60-90 นาที

สถานที่ ห้องอเนกประสงค์ หอพักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แผนการดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์	เวลา
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ	1. ผู้ดำเนินกิจกรรมกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมโปรแกรมและพูดคุยเรื่องต่างๆ ไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้	-คู่มือประกอบโปรแกรมฯ	10 นาที
2.	2.....	-	
3.	3.....	-	
9. เพื่อสรุปการเรียนรู้ร่วมกันและ นัดหมายการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป	9. ผู้ดำเนินกิจกรรมสรุปประเด็นและสาระสำคัญที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม และมอบหมายการบ้านโดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบันทึกกระบวนการแก้ปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ตามใบการบ้านที่ 3.1 และ 3.2.....	-	10 นาที

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การร่วมมือปรายการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น
2.
9. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ บอกถึงหลักการค้นหาทางเลือก และตัดสินใจเลือกทางเลือกแก้ปัญหาได้

กิจกรรมครั้งที่ 4 “เลือกทางดี ชีวิตมีสุข”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
2.
6. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทดลองนำทางเลือกในการแก้ปัญหาไปลงมือปฏิบัติจริงในสถานการณ์

จริงหรือในชีวิตประจำวัน

สาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรม

กระบวนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพควรเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาที่แท้จริงแล้วปรับมุมมองที่มีต่อปัญหาในทางลบให้เป็นทางบวก หลังจากนั้นจึงเริ่มระดมสมองเพื่อสร้างหรือหาทางออกที่หลากหลายให้มากที่สุด.....

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือประกอบโปรแกรมฯ
2. ใบงานที่ 4.1 เรื่อง การประเมินผลการแก้ปัญหา
3.

ระยะเวลา 60-90 นาที

สถานที่ ห้องอเนกประสงค์ หอพักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แผนการดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์	เวลา
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ	1. ผู้ดำเนินกิจกรรมกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมโปรแกรมและพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้	-คู่มือประกอบโปรแกรมฯ	10 นาที
2.	2.....		
3.	3.....	-	
9. เพื่อสรุปการเรียนรู้ร่วมกันและ นัดหมายการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป	9. ผู้ดำเนินกิจกรรมมอบหมายการบ้านโดยให้สมาชิกเขียนวิธีการลงมือในการแก้ปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ตามใบการบ้านที่ 3.1	-	10 นาที

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การร่วมมือปรายการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น
2.
7. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ บอกถึงแนวทางการนำทางเลือกในการแก้ปัญหาไปลงมือปฏิบัติจริงในสถานการณ์จริงหรือในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรมครั้งที่ 5

“โลกสวยด้วยมือเรา เศร้าไม่เศร้า เราทำได้”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
2.
5. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสิ่งกระตุ้นเตือนใจในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจเพื่อเป็น

การเสริมแรงให้สามารถฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคไปได้

สาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรม

เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ นำแนวทางการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไปฝึกปฏิบัติใช้ในสถานการณ์จริงจะเกิดการเรียนรู้และเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้างที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว.....

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือประกอบโปรแกรมฯ
2. ใบการบ้านที่ 3.1 การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาของฉันทัน
3.

ระยะเวลา 60-90 นาที

สถานที่ ห้องอเนกประสงค์ หอพักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แผนการดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์	เวลา
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ	1. ผู้ดำเนินกิจกรรมกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมโปรแกรมและพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้	-คู่มือประกอบโปรแกรมฯ	10 นาที
2.	2.....		
3.	3.....	-	
9. เพื่อสรุปการเรียนรู้ร่วมกันและ นัดหมายการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป	9. ผู้ดำเนินกิจกรรมมอบหมายการบ้านโดยให้สมาชิกเขียนวิธีการลงมือในการแก้ปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ตามใบการบ้านที่ 3.1	-	10 นาที

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การร่วมมือปรายการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น
2.
8. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ บอกถึงแนวทางการนำทางเลือกในการแก้ปัญหาไปลงมือปฏิบัติจริงในสถานการณ์จริงหรือในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรมครั้งที่ 5 “อยู่อย่างไรให้สติตลอดกาล”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
2.
5. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทบทวน เน้นย้ำตัวเองให้ฝึกการแก้ปัญหาตามขั้นตอนของการแก้ปัญหา

อย่างต่อเนื่อง และสำรวจการเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาของตนเองบ่อยๆ

สาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรม

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่สามารถปฏิบัติทักษะการแก้ปัญหาที่มีผลลัพธ์ตามที่คาดหวังนั้นจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติทักษะการแก้ปัญหาตามขั้นตอนหรือกระบวนการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง หากผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่ใส่ใจ หรือไม่พยายามเลือกใช้วิธีแก้ปัญหาตามที่ได้เรียนรู้ไปอย่างต่อเนื่อง.....

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือประกอบโปรแกรมฯ
2. ใบการบ้านที่ 3.1 การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาของฉัน
3.

ระยะเวลา 60-90 นาที

สถานที่ ห้องอเนกประสงค์ หอพักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แผนการดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์	เวลา
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ	1. ผู้ดำเนินกิจกรรมกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมโปรแกรมและพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้	-คู่มือประกอบโปรแกรมฯ	10 นาที
2.	2.....		
3.	3.....	-	
9. เพื่อสรุปการเรียนรู้ร่วมกันและ นัดหมายการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป	9. ผู้ดำเนินกิจกรรมเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ระบายความรู้สึก และสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และให้กำลังใจ ขอขอบคุณ พร้อมทั้งปิดกิจกรรม	-	10 นาที

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การร่วมมือปรายการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็น

2.

7. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ บอกถึงแนวทางการนำขั้นตอนการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง



คู่มือการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาสำหรับนิสิตพยาบาล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์
 รองศาสตราจารย์ ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์
 อาจารย์ สิริพิมพ์ ชูปาน
 อาจารย์รัศมีสุนันท์ จันทรภักดี

โครงการวิจัยได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล
 (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คู่มือสุขภาพจิตศึกษาเรื่อง
“เศร้าๆ สไตล์วัยรุ่น วัยว้าวุ่น”



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสอบถาม

การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล” ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น

แบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวน 5 หน้า 50 ข้อ โดยเป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของนิสิต ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที ขอความกรุณานิสิตในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอนและการวิจัยรวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญเกี่ยวกับความชุก ระดับของอารมณ์เศร้า และผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาที่มีต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้บริหารและคณาจารย์จะสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และระบบบริการสุขภาพจิตที่เน้นการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะซึมเศร้าแก่นิสิตพยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์ต่อไป ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย และไม่มีผลอย่างใดทั้งสิ้นต่อนิสิตโดยผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจของนิสิตเมื่อได้รับทราบข้อมูลแล้ว นิสิตมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยที่ไม่มีผลใดๆกับนิสิตทุกประการ หากนิสิตเห็นในคุณประโยชน์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อและตรงกับความเป็นจริงของตนเองมากที่สุด

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนิสิตผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ผศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์และทีมผู้วิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลจริงของท่าน และเติมข้อความลงในช่องว่างซึ่งตรงกับลักษณะของท่านตามความเป็นจริงในปัจจุบัน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. ท่านกำลังศึกษาอยู่ระดับ () ชั้นปีที่ 1 () ชั้นปีที่ 2 () ชั้นปีที่ 3 () ชั้นปีที่ 4
4. รหัสประจำตัวนิสิต.....
5. ผลการเรียนเฉลี่ยที่ผ่านมา (GPA).....
6. ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....
7. รายได้ของนิสิต.....บาท/ เดือน
แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() จากผู้ปกครอง () จากการทำงานพิเศษ () กองทุนกู้ยืมการศึกษา () อื่น ๆ ระบุ.....
8. ค่าใช้จ่ายของนิสิต.....บาท/ เดือน
9.
10.
11.
12.
13.
14. ความสนใจในการศึกษา
() สนใจ () ไม่สนใจ เข้าเรียนเนื่องจาก.....
15. สมาชิกในครอบครัวของท่านเคยมีประวัติมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่
() มี ระบุ..... () ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

คำแนะนำในการตอบ:ต่อไปนี้เป็นความรู้สึกที่อาจเกิดกับคุณได้ โปรดอ่านแต่ละข้อแล้วกาเครื่องหมาย / ลงในช่องตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเหล่านี้ไม่มี ถูก ผิด เป็นเพียงต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณเท่านั้น

ไม่เลย	หมายความว่า	ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วัน
นานๆ ครั้ง	หมายความว่า	ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วัน
ค่อนข้างบ่อย	หมายความว่า	ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วัน
บ่อยครั้ง	หมายความว่า	ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วัน

ความรู้สึก	ไม่เลย (<1 วัน)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	ค่อนข้างบ่อย (3-4 วัน)	บ่อยครั้ง (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจได้แม้ว่าจะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตัวเองตีพอยๆ กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู่ใจ				
7. ทุกๆ สิ่งที่ทำฉันกระทำให้จะต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ฉันรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่สะท้อนถึงวิธีการตอบสนองต่อปัญหาของคุณ ความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามมา คุณควรคิดถึงปัญหารุนแรงซึ่งเกี่ยวข้องกับครอบครัว สุขภาพ เพื่อน โรงเรียน และกีฬาของคุณ และวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาเมื่อเร็วๆ นี้ ในขณะที่คุณตอบข้อความต่อไปนี้

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างระมัดระวังคิดถึงสิ่งที่คุณมักคิด รู้สึกและปฏิบัติเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆแล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตรงตามความเป็นจริงที่ใกล้เคียงกับคุณ

ข้อความ	ไม่จริงเลยสำหรับฉัน	จริงเล็กน้อยสำหรับฉัน	จริงปานกลางสำหรับฉัน	จริงมากสำหรับฉัน	จริงมากที่สุดสำหรับฉัน
1. เมื่อฉันมีปัญหา ฉันคิดถึงแนวทางการแก้ปัญหาที่ฉันเคยใช้มาก่อน					
2. ในการแก้ปัญหา ฉันทำตามแนวทางที่ฉันเคยทำสำเร็จในอดีต					
3. เมื่อฉันแก้ปัญหาฉันใช้ทักษะการแก้ปัญหาที่ฉันเคยทำสำเร็จในอดีต					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
28. ถ้าวิธีการแก้ปัญหานั้นล้มเหลว ฉันจะกลับไปจุดเริ่มต้นไปและพยายามอีกครั้ง					
29. เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ ฉันจะพยายามตรวจสอบว่าส่วนไหนเป็นส่วนของกระบวนการที่ผิดพลาด					
30. ฉันจะกลับไปที่กระบวนการแก้ปัญหาอีกครั้ง เมื่อการแก้ไขปัญหาในครั้งแรกของฉันไม่ประสบผลสำเร็จ					



ที่ ๒๑๐/๒๕๖๐

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย Sci 072/2560

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้า
ของนักศึกษาพยาบาล

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์

หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า
โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี
ในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|---|
| ๑. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๑๕ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐ |
| ๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๙ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ |
| ๓. เอกสารแบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๙ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ |
| ๔. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูล
จริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๙ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ |

การรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ มีผลถึงวันที่ ๘ เดือน มกราคม
พ.ศ. ๒๕๖๒

ออกให้ ณ วันที่ ๙ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลงนาม


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจงเยี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย : Sci 072/2560
โครงการวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

เรียน นิสิตผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญนิสิตเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล” ก่อนที่นิสิตจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้นิสิตทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อันจะเป็นการช่วยลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มแรก รวมทั้งเป็นทางเลือกในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลต่อไป ผู้วิจัยจะประสานงานกับประธานชั้นปี เพื่อนัดหมายเวลาร่วมในการเข้าพบนิสิตเพื่อประชาสัมพันธ์และเชิญชวนให้นิสิตเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเนื้อหาของการประชุมสัมพันธจะเน้นให้นิสิตตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของตนเอง

หากนิสิตตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้นิสิตร่วมกิจกรรมของโครงการฯ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยกิจกรรมจะมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและกระบวนการแก้ปัญหาทางสังคม การปรับมุมมองต่อปัญหาจากทางลบเป็นทางบวก และการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล โดยฝึกให้ทำความเข้าใจกับปัญหา ค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผน และลงมือแก้ปัญหา ซึ่งภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ นิสิตจะมีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพและไม่มีความซึมเศร้า ทั้งนี้ในแต่ละครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมนิสิตจะได้รับเครื่องดื่มอาหารว่าง หรือของที่ระลึกซึ่งเป็นชุดเครื่องเขียนมูลค่าประมาณ 100 บาทจากผู้วิจัยเพื่อเป็นการตอบแทนที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของนิสิต หรือทำให้นิสิตรู้สึก อึดอัด นิสิตอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนิสิตทั้งสิ้น

ผลของโครงการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์โดยตรงกับนิสิตในการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลงหรือไม่มีความซึมเศร้า รวมทั้งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาล ช่วยลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มแรก และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลภาวะสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลต่อไป ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงแต่อย่างใด



AF 06-02

ข้อมูลต่าง ๆ ของนิสิตจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของนิสิต การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปีหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากนิสิตมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-102866 โทรศัพท์มือถือหมายเลข 081-9839978 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของนิสิตทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัย ไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย นิสิตสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620, 038-102561-62

เมื่อนิสิตพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในใบยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มควบคุม)

รหัสโครงการวิจัย : Sci 072/2560

โครงการวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะ
ซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

เรียน นิสิตผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญนิสิตเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล” ก่อนที่นิสิตจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้นิสิตทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อันจะเป็นการช่วยลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มแรก รวมทั้งเป็นทางเลือกในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลต่อไป ผู้วิจัยจะประสานงานกับประธานชั้นปีเพื่อนัดหมายเวลาว่างในการเข้าพบนิสิตเพื่อประชาสัมพันธ์และเชิญชวนให้นิสิตเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเนื้อหาของการประชาสัมพันธ์จะเน้นให้นิสิตตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของตนเอง

หากนิสิตตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้นิสิตในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการแก้ปัญหาทางสังคมของวัยรุ่น และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 10 เพื่อประเมินการแก้ปัญหา และภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะได้รับของที่ระลึกซึ่งเป็นเครื่องดื่ม อาหาร หรือชุดเครื่องเขียนมูลค่าประมาณ 100 บาทในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งจากผู้วิจัย เพื่อเป็นการตอบแทนที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

นอกจากนี้ภายหลังสิ้นสุดโครงการฯ นิสิตที่สมัครใจจะได้เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยกิจกรรมจะมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและกระบวนการแก้ปัญหาทางสังคม การปรับมุมมองต่อปัญหาจากทางลบเป็นทางบวก และการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล โดยฝึกให้ความเข้าใจกับปัญหา ค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผน และลงมือแก้ปัญหา ตามความสมัครใจ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของนิสิต หรือทำให้นิสิตรู้สึกอึดอัด นิสิตอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนิสิตทั้งสิ้น

ผลของโครงการวิจัยนี้เป็นประโยชน์โดยตรงกับนิสิตในการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลงหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาล ช่วยลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มแรก และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบ



AF 06-02

การดูแลภาวะสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลต่อไป ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ของนิสิตจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของนิสิต การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากนิสิตมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-102866 โทรศัพท์มือถือหมายเลข 081-9839978 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของนิสิตทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัย ไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย นิสิตสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620, 038-102561-62 เมื่อนิสิตพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในใบยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



AF 06-03.1



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย: Sci.072/2560

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและ
ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีกรวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอน หรือผลการเรียนที่ข้าพเจ้าจะ
พึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง ความ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม
ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

ว.ศ.ร.ร. : ก ก ม.ศ. 2561



คณะกรรมการศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๑๒๓
วันที่ ๑๑ มิ.ย. ๖๗
เวลา ๑๑:๒๙ น.

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๓)/๕๑๗/๐

ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช
ที่ ๘๒๐
วันที่ ๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๗
๑๗ มิ.ย. ๖๗

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๑๑๐ ถนนอินทวิโรตย์ ตำบลศรีภูมิ

อำเภอเมืองฯ เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑. ดวงใจ
- งานวิจัย (เมทริกซ์)

๖ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง อนุญาตให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการวิเคราะห์เปรียบเทียบภาษาและหาความใกล้เคียงของ
ภาษาของเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ ๖๖๐๓/๗๙๑

ลงวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ตามหนังสือที่อ้างถึง อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ สังกัดกลุ่มวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อยู่ระหว่างดำเนินการวิจัย เรื่อง "ปัจจัย
ทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ" และขอเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.
ดาราวรรณ ต๊ะปินตา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการวิเคราะห์เปรียบเทียบภาษาและหาความใกล้เคียงของ
ภาษาของเครื่องมือวิจัย ความละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง และยินดีให้
รองศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ให้กับคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียงน คณบดี

ขอแสดงความนับถือ
ด้วยคุณ: พณศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ
กิตติคุณคุณ: พณศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ
คุณ: พณศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ
ของเครื่องมือนำวิจัยของ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์
ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยมาเพื่อทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เทียนสวัสดิ์) จึงเรียนมาเพื่อ
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศน/วิศนคณบดี/รณ
๑๖ มิ.ย. ๖๗

๑. ไพรัตน์
๒. เห็นควรศึกษาแจ้ง
ดร.ดวงใจ, งานวิจัยทาง
๑๖ มิ.ย. ๖๗

สำนักงานคณะพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐ ๕๓๙๔ ๕๐๓๘
โทรสาร ๐ ๕๓๘๙ ๕๑๗/๑



สำเนา

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ โทร. ๒๘๒๓

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๓๑๓๐

วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิง ชนิดดา แนบเกษร

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ สังกัดสำนักงานจัดการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล” และอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือการวิจัย เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง คณะฯ จึงเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว รายละเอียดดังเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ร่าง.....

พิมพ์.....

ทาน.....



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ โทร. ๒๘๒๓

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๓๑๒๓

วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทจุฑา ชัยเสนา ดาลลาส

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ สังกัดสำนักงานจัดการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาต่อการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล” และอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือการวิจัย เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง คณะฯ จึงเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว รายละเอียดดังเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์